

N.º 5.

1904

1112
/

BREVE ESTUDO

SOBRE A

PELVI-CELLULITE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

POR

José Antunes Leitão

EX-ALUMNO EXTERNO DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTONIO

PORTO

TYP. DA EMPREZA LITTERARIA E TYPOGRAPHICA

178 — RUA DE D. PEDRO — 184

1904

129/5 ENC

ESCOLA MÈDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

LENTE SECRETARIO INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

*

CORPO CATHEDRATICO

Lentes Cathedratcos

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 medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a CADEIRA—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas Clemente J. dos Santos Pinto.
5. ^a CADEIRA—Medicina operatoria	
6. ^a CADEIRA—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém- 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 pathologica.	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. ^a CADEIRA—Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a CADEIRA—Pathologia geral, se- miologia 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 topographica	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.	Vaga. Vaga.
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Souza Junior. Vaga.

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, artigo 156.º)

A meus Paes

A Ex.^{ma} Senhora

D. Palmyra Simões Dias

Aos meus parentes

Aos meus amigos

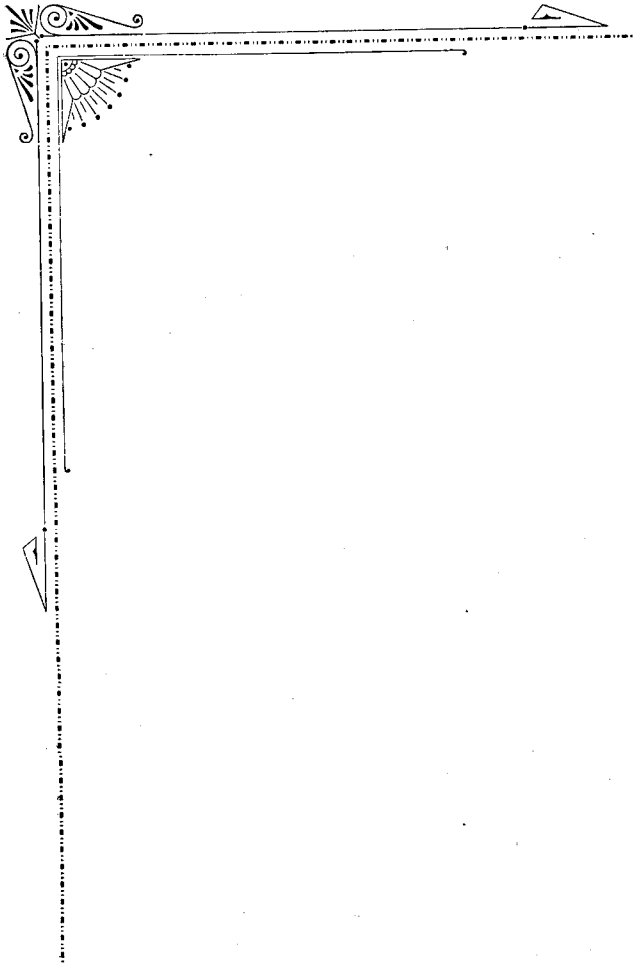
Aos meus condiscipulos

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

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

Prof. Antonio Alacido da Costa

ILLUSTRE OPHTHALMOLOGISTA



O apparecimento durante o anno lectivo de alguns casos interessantes de pelvi-cellulite, explica a resolução que tomamos de escolher este assumpto para thema da nossa dissertação inaugural. Esta affecção, se bem que não seja rara, nem sempre apparece com a nitidez dos casos que observamos, o que nos permittiu fazer algumas considerações ácerca da sua pathogenia e anatomia pathologica sobre que os auctores emittem as mais diversas e, por vezes, antagonicas opinões.

Não se julgue, porém, que pretendemos dizer a ultima palavra sobre um assumpto que tem sido tratado por tantos mestres eminentes, pois que, o restricto numero de casos que observamos e, prin-

principalmente, a consciencia da exiguidade de recursos scientificos e intellectuaes de que dispomos, só nos podiam permittir que fosse feito um trabalho incompleto e pobre, sem direito, sequer, á mais ligeira critica.

Assim, este trabalho, em que ha-de haver, indubitavelmente, deficiencias e lacunas devidas á nossa incompetencia e inherentes á inexperiencia propria de quem começa, apenas póde ter a pretensão de se julgar merecedor de muita benevolencia.

INTRODUÇÃO

Uma das primeiras difficuldades que encontrámos ao dar inicio a este trabalho, foi escolher uma denominação, d'entre tantas que se nos offereciam, para designar o assumpto de que nos vamos occupar.

De facto, desde o *phlegmão peri-uterino* de Nonat até a *annexite* de Pozzi, esta affecção foi conhecida por oito nomes differentes. Este simples factó já nos diz alguma coisa sobre esta questão tão complexa das inflammações peri-uterinas. A historia d'estas inflammações é bastante curiosa.

Até aos meados do seculo passado, havia apenas algumas observações muito incomple-

tas, e, além d'isso, destituídas de todo o valor científico.

Assim, Lisfranc considerava as tumefacções peri-uterinas como uma inflammação limitada da parede correspondente do utero. Para Velpeau estes tumores eram apenas simples deslocamentos uterinos.

Só em 1850, os trabalhos de Nonat demonstraram que os tumores inflammatorios da bacia que, aparentemente, fazem corpo com o utero, se desenvolvem, na realidade, na vizinhança d'este orgão. Mas Nonat cometteu o erro de fazer do tecido cellular o quartel general de todas as doenças inflammatorias da bacia da mulher, e vêr em toda a tumefacção dolorosa, á volta do utero, um phlegmão peri-uterino.

Vieram em seguida os trabalhos de Bernutz e Goupil que demonstraram, bem á evidencia, a existencia das pelvi-peritonites.

Estas duas affecções ficaram por muito tempo dominando toda a pathologia dos annexos, e as salpingites eram esquecidas ou apenas mencionadas.

Em breve, porém, se inverteram os papeis. Depois da brilhante operação de Lawson Tait, que teve tão grande repercussão no mundo ci-

urgico, a reacção foi tanto mais viva quanto o erro até ahi comettido appareceu mais evidente. Chegaram a negar a cellulite pelvica, o phlegmão peri-uterino e até a pelvi-peritonite; a inflammação das trompas era a unica causa, necessaria e sufficiente, de toda a suppuração pelvica.

Hoje, porém, graças aos progressos da cirurgia abdominal, a maior parte dos gynecologistas admittem tres grandes variedades de suppurações pelvicas: a pelvi-cellulite, as salpingo-ovarites suppuradas e a pelvi-peritonite que podem existir, quer no estado isolado quer simultaneamente.

No emtanto, as opiniões d'alguns auctores modernos, comquanto não tenham o exclusivismo d'outr'ora, são ainda muito divergentes. É o caso de dizer, como Delbet, «em face das suppurações pelvicas, temos mais meios de acção do que conhecimentos precisos.»

Tillaux, por exemplo, não admittre que possa existir isolada qualquer d'aquellas tres affecções; quando muito, poderá haver predominancia d'uma d'ellas sobre as outras.

Para Delbet, é pela via lymphatica que se faz, geralmente, a infecção; Pozzi, comquanto

admitta esta via, diz que a inflexão se faz mais *f/cc/* vezes pela mucosa.

Este sabio gynecologista descreve quatro typos anatomicos que a inflammação pode affectar á volta do utero e dos seus annexos, começando pela mais attenuada até á fórma mais grave.

Esses typos são: a *peri-metro-salpingite serosa*, o *abcesso pelvico*, o *phlegmão do ligamento largo* e a *cellulite pelvica diffusa*.

Esta classificação não se deve acceitar. De facto, a primeira designação parece-nos má, porque faz suppôr que a inflammação do tecido cellular é sempre consecutiva ás salpingites, e, além d'isso, não localisa a lesão; se se admittir, recahimos fatalmente na confusão de Nonat.

O abcesso pelvico «consecutivo á pyo-salpinge ou á suppuração d'um kysto do ovario ou d'um foco do hematocele pelvico na vizinhança d'uma trompa inflammada» nada tem que vêr com a pelvi-cellulite. O terceiro typo, é o que Delbet chama *phlegmão da bainha hypogastrica*; póde ir, como toda a inflammação do tecido cellular, desde a phase serosa até á cellulite pelvica diffusa, dependendo isso de circumstancias diversas.

N'este estudo, seguiremos a opinião dos auctores inglezes e americanos que admittem uma pelvi-cellulite, geralmente unilateral, puerperal ou não, e com differentes localizações anatomicas, sendo a mais frequente a da bainha hypogastrica.

E, finalmente, admittindo que o tecido celular da bacia póde ser a séde d'uma inflamação, parece-nos que a melhor designação é a que lhe deu Simpson — *pelvi-cellulite*.

Delbet quer que se diga phlegmão e não cellulite, e apresenta algumas considerações que nos parecem sem valor. Nós adoptamos esta designação por ser mais scientifica e, com certeza, a mais generalisada. De resto, as duas expressões são perfeitamente equivalentes.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA

Póde dizer-se que a maior parte das affecções genitales da mulher, exceptuando as neoplasias e os diversos traumatismos accidentales ou operatorios, provém d'uma unica causa, a *infecção*.

Ora, para que haja infecção é necessaria a presença de micro-organismos; e, n'esse ponto, a flora microbiana da vagina é d'uma exuberancia tal que se conhecem nada menos de 27 especies differentes.

Cinco d'aquellas especies, segundo Winter, podem ser consideradas como nocivas. As outras vivem como saprophytas; saprophytismo este que é considerado por muitos auctores co-

mo uma adaptação ao *meio*, esperando apenas a primeira occasião favoravel para formarem ataque, associando-se a outras especies ou modificando o meio de modo a exaltar-lhes a sua virulencia. De resto, sabe-se bem o papel que desempenham essas associações microbianas na diphteria, febre typhoide, etc.

No estado normal, porém, estes hospedes habituaes da vagina são inoffensivos em virtude da reacção acida das secreções vaginaes, acidez que é devida á presença d'uma bacteria especial e que tem a propriedade de produzir acido lactico, constituindo assim um meio improprio ao desenvolvimento dos micro-organismos.

Mas bastam leves modificações para lhes crear um terreno favoravel. Os corrimentos sanguineos e leucorrheicos prolongados, tornando alcalino o mucus vaginal acido, não só exaltam a virulencia d'esses hospedes pacificos transformando-os em agentes de infecção, mas tambem facilitam o accesso d'esses germens ás vias genitales profundas. A invasão do utero pelos germens infecciosos póde ser devida a um traumatismo. Uma sonda, um speculo, um pessario, ou qualquer corpo estranho estacionando

na vagina, podem determinar uma irritação que, além de augmentar as secreções, cria tambem uma superficie de absorpção.

Porém, as condições eminentemente favoraveis á infecção, são as que se realisam após um parto ou um aborto.

De facto, o escoamento dos loquios estabelece uma communicação entre a cavidade do utero e a da vagina, que facilita a ascensão dos germens. Estes vão ahi encontrar, mesmo em condições normaes, um terreno muito mais favoravel á sua evolução: secreção alcalina, mucus espesso e epithelio cylindrico. Se o parto ou o aborto forem incompletos, — coagulos, membranas e destroços placentarios retidos no utero, constituem então um excellente terreno de cultura, ao mesmo tempo que uma laceração do collo ou a propria ferida uterina lhes offerece uma vasta superficie de inoculação.

Por outro lado, as sondas intra-uterinas, os especulos, os hysterometros e as mãos do operador, não tendo havido o cuidado sufficiente da sua asepsia, podem vehicular microbios muito virulentos, que são assim introduzidos na vagina, no canal cervical e até mesmo na cavidade uterina.

Uma vez declarada a infecção, a sua propagação pôde fazer-se por duas vias: por *continuidade de tecido*, e teremos, após a metrite, uma tubo-ovarite ou uma pelvi-peritonite; por *via lymphatica*, e a inflamação irá localisar-se nos lymphaticos, nos ganglios ou no tecido conjunctivo infra-peritoneal, e teremos lymphangites, adenites ou a pelvi-cellulite. Esta marcha da infecção é hoje admittida pela maior parte dos auctores.

Ora, attendendo á grande frequencia das vaginites e metrites, sobretudo ás d'origem blenorragica, parece que tambem deveria ser frequente a inflamação do tecido cellular pelvico. a/

Comtudo, não é isso que se observa. Bem sabemos que o gonococco de Neisser não penetra nem nos lymphaticos nem no tecido conjunctivo; tem as suas preferencias por certas mucosas e nem sequer é pyogenico; mas altera o epithelio d'essas mucosas e prepara o terreno ás infecções secundarias. E, de facto, os microbios pyogenicos seguem-n'o geralmente de perto, e nomeadamente o streptococco pyogenico que, segundo Widal, seria o *unico capaz de produzir phlegmões*.

E, no entanto, a cellulite é geralmente consecutiva ao parto ou ao aborto. E porquê?

P. Delbet dá-nos a razão d'isso no seu tratado sobre as suppurações pelvicas. «C'est simplement parce que l'accouchement réalise des conditions identiques à celles qui amènent les suppurations dans le reste de l'organisme: d'une part un traumatisme qui peut être septique, le traumatisme obstétrical; d'autre part, une plaie, la plaie placentaire.»

Quer dizer, a passagem do feto pode dar lugar a uma laceração do collo ou a qualquer outra solução de continuidade; e quando esta se não dê, lá está a ferida placentaria que offerece uma vasta superficie para uma possível inoculação.

Por outro lado, o tecido celular pelvico é fortemente contundido pela passagem da cabeça do feto na fieira pelvi-genital; d'onde a producção de echymoses e pequenas hemorragias nas malhas do tecido conjunctivo, circumstancias eminentemente favoraveis á infecção. E esta faz-se tanto mais facilmente quanto as perdas de sangue e a depressão que se seguem a um parto laborioso contribuem para enfraquecer a resistencia da economia.

Vêmos, pois, que para se produzir, em geral, uma pelvi-cellulite, é preciso que haja não só uma ferida infectada, mas também um traumatismo, ou antes, uma contusão do tecido cellular pelvico.

Diz mais Delbet que se estas condições se realisarem fóra do parto, a infecção produzir-se-ha egualmente.

Perfeitamente. Mas não concordamos com aquelle auctor quando diz: «*Même il me paraît probable qu'on observe bientôt plus de phlegmons en dehors que pendant la puerpéralité.*» Não nos parece isso nada provavel, porque, fóra do parto, a contusão do tecido cellular pelvico não é, evidentemente, nem muito facil nem muito frequente. Além d'isso, na grande maioria dos partos, não ha os sufficientes cuidados antisepticos para que toda a infecção seja evitada.

Parece-nos que aquelle eminente gynecologista exaggerou um pouco a frequencia da cellulite não puerperal. Pelo menos, algumas das observações que aquelle auctor cita a este proposito, são, parece-nos, susceptiveis d'outra interpretação. Na observação de Delpech, citada por aquelle auctor, é mais provavel que se

tratasse antes d'uma pyo-salpinge que d'um phlegmão. Eil-a em resumo:

«... Nunca teve filhos. Leucorrhœa. Diagnosticou-se um phlegmão do ligamento largo do lado direito. *Autopsia*. Peritonite generalizada. O ligamento largo, a trompa, o ovario e o oviducto do lado direito formam uma massa purulenta. *Conclusões*. Os annexos do utero do lado direito tinham sido de tal modo destruidos pelo pus, que foi impossivel saber o que foi primeiro attingido.»

Ora, a leucorrhœa faz suppôr a existencia d'uma metrite; esta, por sua vez, teria produzido uma salpingo-ovarite que suppurou; o pus invadiu o tecido celllular do ligamento largo, formando um abcesso enkystado de que resultou a peritonite. Parece-nos, pois, que se deveria ter diagnosticado um abcesso pyo-salpingitico e não uma cellulite não puerperal.

Roger, apesar de admittir o phlegmão do ligamento largo, diz que esta variedade de supuração é extremamente rara e o que muitas vezes se toma por um phlegmão, não é mais que uma pyo-salpinge adherente á parede pelvica ou um foco de peritonite enkystada.

Não queremos com isto negar a pelvi-cel-

lulite não puerperal; só pretendemos pôr bem em evidencia a grande importancia do traumatismo obstetrico. De resto, a nossa observação 2.^a é um exemplo frisante das cellulites não puerperaes; mas, n'este caso, houve um verdadeiro traumatismo do tecido cellular pelvico, isto é, produziram-se identicas condições ás que se realisam no parto.

É, pois, o traumatismo obstetrico a causa mais frequente da cellulite pelvica; é elle que cria condições que tornam altamente favoravel a propagação da infecção ao tecido cellular pelvico. E será sempre esta a causa mais frequente, a menos que, por meio d'uma boa asepsia, se evite a presença e a entrada de agentes infecciosos na vagina por occasião do parto, o que não acontece actualmente na grande maioria dos casos.

Outras causas se apresentam para explicar a pelvi-cellulite: uma corrida a cavallo, os excessos venereos, o frio, etc. Tudo isto é muito problematico. O frio, quando muito, seria causa de certas metrites, por uma suspensão do fluxo menstrual. Esta suspensão traria uma estagnação e alteração consecutiva do sangue no canal vaginal, favorecendo o desenvolvi-

mento dos micro-organismos que iriam produzir a metrite.

Beigel apresenta cinco casos de cellulite do ligamento largo como consequencia das lacerações do perineo. Mas o proprio Delbet não lhe liga importancia alguma, pois diz que «as circumstancias que determinam d'ordinario a ruptura do perineo são antes mais proprias para explicar os phlegmões do ligamento largo». Se ellas fossem profundas de modo a interessarem o tecido cellular, n'esse caso seriam apenas feridas suppurantes. Como quer que seja, é mais uma prova que Delbet nos fornece. Não basta a infecção; é preciso o concurso das taes *circumstancias*.

Uma outra questão, embora de importancia secundaria, seria saber qual é o lado mais frequentemente attingido. As estatisticas demonstram que é o lado esquerdo. Dos nossos casos, dois, e precisamente os puerperaes, são do lado esquerdo.

Tillaux pretende relacionar este facto curioso com a mesma causa que produz o varicocele no homem, que é quasi constantemente á esquerda. Mas, para o varicocele, ha diversas causas que nos explicam sufficientemente essa

frequencia. Essas causas são: a disposição diferente das veias espermaticas, o maior comprimento das do lado esquerdo, a compressão exercida pelo S iliaco sobre a veia iliaca ao nivel do estreito superior da bacia e a disposição da veia iliaca primitiva do lado esquerdo a qual passa por baixo da aorta para formar, com a correspondente do lado direito, a veia cava. Excepto esta ultima causa, as outras não existem na mulher.

Delbet cita o facto e diz «que seria interessante saber se ha alguma relação entre a apresentação do feto e o lado em que se desenvolveu o phlegmão». Quanto a nós, seria essa a unica causa.

De facto, a apresentação mais frequente é a cephalica, e a posição tambem mais frequente é a occipito-iliaca-esquerda-anterior; isto é, durante a rotação interna, o tecido cellular do lado esquerdo deve ser mais fortemente contundido pelo occiput do que o do lado direito pela face.

É, pois, muito provavel que a infecção se dê mais facilmente do lado em que essas lesões forem maiores.

ANATOMIA PATHOLOGICA

A anatomia pathologica da pelvi-cellulite foi por muito tempo ignorada. Nas poucas autopsias que então se faziam, em virtude das intimas relações de continuidade e contiguidade dos annexos, os quaes acabavam por ser invadidos ao mesmo tempo, cada auctor encontrava a confirmação da sua theoria.

Hoje, porém, depois das bellas e numerosas experiencias feitas por Delbet e Koenig, chegamos a resultados um pouco mais positivos, pelo menos no que diz respeito á séde, prolongamentos e paredes proprias do abcesso, e ainda, ao modo como o peritoneo se comporta em volta da pelvi-cellulite suppurada.

No excellente estudo anatomico que Delbet fez da pequena bacia da mulher, especialmente das aponevroses e da disposição do tecido cellular, procurou demonstrar que existem, de cada lado do utero, duas regiões bem distinctas, e que são caracterisadas pela passagem de vasos d'origem differente. ¹

¹ Essas duas regiões, magistralmente descriptas por Delbet no seu tratado sobre as suppurações pelvicas, são: 1.º Uma região superior, especial á mulher, formada por uma préga do peritoneo que envolve a trompa e o ovario, contém os seus vasos e representa o meso da arteria ovarica. É o ligamento largo. 2.º Uma região inferior, que existe igualmente no homem e na mulher. Esta região inferior é limitada atrás pela aponevrose sacro-recto-genital, adiante pela parte posterior e inferior da aponevrose umbilico-vesical, para cima pela convergencia d'estes dois folhetos, para baixo pela aponevrose perineal superior. Para fóra, esta loja repousa sobre a chanfradura sciatica, e abre-se para a nadega. Para dentro, vem terminar no collo do utero na mulher, na prostata no homem; na bexiga e no tecido cellular interposto entre estes diversos orgãos nos dois sexos. Esta loja contém os ramos pelvicos, arteriaes e venozos da hypogastrica, lymphaticos, ganglios, nervos e o ureter. Para cima e para fóra communica com a fossa iliaca ao longo da hypogastrica. Para cima, para fóra e para diante, prolonga-se em diverticulo ao longo dos vasos obturadores.

Esta loja irregular, que corresponde ao *paramétrium* dos gynecologistas allemães, é vulgarmente chamada base do ligamento largo e espaço pelvi-rectal superior. A essa loja aponevrotica chama Delbet, — *bainha vascular dos orgãos da pequena bacia* ou simplesmente *bainha hypogastrica*.

Assim, segundo este auctor, ha, para os órgãos contidos na pequena bacia, dois pediculos vasculares bem distinctos: um, formado pelos vasos utero-ovaricos, encerrado entre duas prégas do peritoneo, formando um verdadeiro *meso*, e que constitue o ligamento largo propriamente dito; o outro, o pediculo hypogastrico, formado pelos ramos pelvicos da hypogastrica, situado mais profundamente e encerrado em aponevroses. Estes dois pediculos vasculares contem lymphaticos. Pelo primeiro, caminham os lymphaticos do fundo do utero, da trompa e dos ovarios; vão directamente aos ganglios situados por diante das apophyses transversas das vertebrae lombares. Pelo segundo, caminham os lymphaticos do collo do utero e da vagina, indo lançar-se nos ganglios situados nas paredes da excavação pelvica.

Estes dois grupos de lymphaticos podem inflammar-se separadamente e dar origem «a duas variedades de phlegmões, differentes pela sua séde, pelos seus symptomas e pela sua evolução.»

Isto será assim; nem podemos pôr em duvida a grande auctoridade de Delbet. No em-

tanto, clinicamente não se póde admittir esta distincção.

Em primeiro logar, os phlegmões do ligamento largo propriamente dito são extremamente raros. É contudo, parece não haver razões para isso; tecido cellular relativamente abundante, e a presença de vasos lymphaticos que conduzissem os germens infecciosos, seriam condições bastantes para a maior frequencia d'estes phlegmões. Qual será, pois, a causa d'essa extrema raridade?

Vamos procurar dar-lhe uma explicação, a qual nos servirá para, mais uma vez, demonstrar a grande importancia do traumatismo obstetrico.

De facto, o ligamento largo, e por conseguinte o tecido cellular que elle encerra, em virtude da sua grande mobilidade, muito augmentada, além d'isso, no estado puerperal, escapa muito mais facilmente á pressão exercida pela cabeça do feto quando da sua passagem através da fieira pelvi-genital, evitando-se assim a producção das echymoses e pequenas hemorrhagias nas malhas do tecido cellular, circumstancias estas, como já vimos, altamente favoraveis á infecção.

Em segundo logar, estas duas regiões, tão distintas, segundo Delbet, podem ser simultaneamente atingidas. Quanto a nós, ainda é o estado puerperal que se deve invocar para explicar este facto. Assim, entre os dois folhetos do ligamento largo existe uma camada lacha e abundante de tecido conjunctivo que vae diminuindo de espessura para os seus bordos inferior e externo. Mas não desaparece: continua-se com o tecido conjunctivo infra-peritoneal, que recobre a aponevrose perineal superior, com o que tapeta as faces lateraes da bexiga, com o tecido infra-peritoneal da parede abdominal e da fossa iliaca.

Ora, no estado puerperal, o tecido cellular é muito mais lacho e deixa-se infiltrar facilmente, e portanto a inflammação do ligamento largo póde propagar-se com grande facilidade a qualquer d'aquellas regiões.

Nada d'isto acontece fóra do estado puerperal.

Em resultado da fraca espessura do tecido conjunctivo que separa os bordos do ligamento largo, a inflammação faz com que entre os dois folhetos peritoneaes se estabeleçam fortes adherencias, transformando-o por assim dizer, em

uma cavidade fechada. É talvez por este facto que a pelvi-peritonite é quasi sempre consecutiva ás salpingo ovarites e não á pelvi-cellulite. Talvez que aqui se possa applicar a mesma theoria da *cavidade fechada* de Dieulafoy. E assim se explicaria que um pequeno abcesso encerrado no ligamento largo, possa produzir uma pelvi-peritonite, emquanto que um grande abcesso da pequena bacia não a produza, embora o pus esteja largamente em contacto com o peritoneo. Este ultimo caso foi precisamente o que se deu na doente da nossa observação 1.^a, e, não obstante, os phenomenos do peritonismo eram insignificantes.

Queremos dizer com isto que se anatomicamente não podemos negar a existencia da cellulite do ligamento largo, clinicamente póde dizer-se que não existe. O que muitas vezes se considera uma cellulite do ligamento largo, não é mais que um abcesso resultante d'uma salpingo-ovarite suppurada ou d'um foco de peritonite enkystada. Que esta nossa affirmacão não teria valor algum se não tivesse a escudal-a a opinião de gynecologistas muito illustres; entre outras, a de Roger, que já citamos.

Kœnig chega a conclusões bem diversas das de Delbet. Este mesmo diz: «é verdade que este auctor (Kœnig) empregou, para as suas experiencias, mulheres mortas de affecções não puerperaes, mas pouco tempo depois do parto.» E mais abaixo: «é certo que as injeccões de Kœnig teem mais valor que as minhas; pelo menos explicam melhor o que se passa nos casos puerperaes.»

Ora este facto tem extraordinaria importancia, porque no estado puerperal as condições anatomicas da pequena bacia da mulher são muito diversas do normal. É por isso que as experiencias de Kœnig teem para nós maior valor do que as de Delbet, porque já vimos a grande influencia da puerperalidade na pathogenia da pelvi-cellulite.

As principaes conclusões das pesquisas de Kœnig são as seguintes:

1.^a Uma collecção desenvolvendo-se no tecido conjunctivo dos ligamentos largos na vizinhança da trompa e do ovario, estende-se primeiramente ao longo do psoas-iliaco, e é sómente em seguida que ella desce para a pequena bacia.

2.^a As collecções que se desenvolvem pri-

meiramente no tecido conjunctivo, sobre as partes lateraes e anteriores do isthmo do utero, enchem o tecido cellular da pequena bacia ao longo das partes mais baixas do utero e da bexiga, e estendem-se depois, seguindo o ligamento redondo, para o ligamento de Poupart, por baixo do anel inguinal. D'ahi ganham para fóra e para trás a fossa iliaca.

3.^a Quando o pus se dirige para o ligamento de Poupart, mesmo em pequena quantidade, levanta o peritoneo e destaca-o tão bem do ligamento que, se se fizer uma incisão dois centímetros acima d'este ligamento, esta passa ainda por baixo do peritoneo.

É pois o tecido cellular da fossa iliaca que a pelvi-cellulite mais tendencia tem a invadir, podendo fazel-o por caminhos differentes, dependendo da localisação inicial da lesão e da disposição das aponevroses pelvicas.

O pus, uma vez chegado á fossa iliaca, pôde ainda evoluir em dois sentidos differentes.

Pôde subir sob o peritoneo para a região lombar, chegar até ao rim e mesmo ao diaphragma. É n'este caso que o diagnostico da pelvi-cellulite offerece algumas difficuldades, porque se pôde confundir com um abcesso

peri-nephretico e ainda com a appendicite suppurada.

Outras vezes o pus desce para a parede abdominal, levanta o peritoneo ao nivel do ligamento de Faloppe, e fica directamente em contacto com a parede abdominal anterior, geralmente na sua parte externa, perto da espinha iliaca antero-superior. Na doente da nossa observação 1.^a produziram-se estes dois prolongamentos. O prolongamento lombar chegou a formar tumor um pouco para a direita da columna vertebral, á altura da primeira e segunda vertebrae lombares. O prolongamento abdominal foi bem evidente, pois que o abcesso tinha tendencia a abrir-se espontaneamente por cima da arcada crural.

Ha outros prolongamentos, mas menos frequentes: o prolongamento abdominal anterior, em que a inflammação invade a parede abdominal, dando lugar ao complexo symptomatico conhecido pelo nome de *plastron*; o prolongamento crural anterior em que o pus segue os vasos sob a arcada crural; o crural interno, que se faz pelo buraco obturador e o prolongamento nadegueiro em que o pus sae da bacia pela chanfradura sciatica. Em outros casos o

pus passa ao lado opposto e chega mesmó á fossa iliaca do outro lado. No caso já citado havia alguns d'estes prolongamentos, pelo menos o crural interno e o nadegueiro. E não é de admirar, visto que o pus teve muito tempo de abrir todos os caminhos.

Outras vezes, o abcesso abre-se espontaneamente na vagina, no recto, na bexiga e mais raramente no utero. Delbet considera egualmente estas aberturas como prolongamento do abcesso. Não nos parece bem cabida essa designação. De facto, nos prolongamentos o pus vae invadindo progressivamente o tecido celular; emquanto que nas aberturas espontaneas, o pus faz saida por um trabalho de necrose da parede das visceras, as quaes se podem considerar como fazendo parte da parede do proprio abcesso, em virtude das suas relações de contiguidade estabelecidas por meio de adherencias.

Já nos referimos acima ao estado do peritoneo em volta da pelvi-cellulite suppurada, e pouco mais teremos a dizer.

Alguns auctores, Pansh, Barns, etc., são

de opinião que o peritoneo é geralmente doente na vizinhança d'um abcesso do tecido cellular. Halbert chega a dizer que a cellulite pelvica é sempre complicada de peritonite.

Outros, pelo contrario, dizem que o peritoneo póde apresentar apenas insignificantes lesões de vizinhança. Delbet diz que póde haver phlegmões mesmo muito extensos, muito graves e muito antigos e o peritoneo encontrar-se completamente ou quasi completamente são. Uns e outros tem razão; e parece-nos que é ainda a pathogenia da pelvi-cellulite que explica esse facto.

Assim, ha as pelvi-cellulites puerperaes e não puerperaes. As primeiras tem a sua localisação inicial mais frequente na bainha hypogastrica, porque é ahi onde os vasos e ganglios lymphaticos são mais frequentes e os mais proximos do ponto onde se dá geralmente a infecção. Logo que se dá a suppuração, o pus invadirá facil e successivamente todo o tecido conjunctivo, pois que, como já vimos, o traumatismo obstetrico cria condições que normalmente não existem e que favorecem a propagação da infecção.

Nada d'isso acontece nas pelvi-cellulites

não puerperaes. Estas são as que mais tendencia tem a passar ao estado chronico. Encontra-se por vezes mais que um abcesso, como que enkystado em paredes proprias, produzindo-se intima adherencia em órgãos vizinhos ou no peritoneo. Este póde fazer parte da parede propria do abcesso, sendo immediatamente atacado ou em futuras *poussées inflammatorias*.

Estudemos agora muito resumidamente a anatomia-pathologica do abcesso, isto é, a formação da bolsa purulenta, a constituição das suas paredes e o seu modo de cura.

Passaremos rapidamente sobre os primeiros estados da evolução, os que precedem a formação do pus, visto que não tem senão um interesse geral. De resto, esse estudo foi magistralmente feito por Virchow nos casos de infecção puerperal rapidamente terminados por morte. Foi este auctor que, com uma admiravel observação clinica, comparou o processo das cellulites diffusas ao da erysipela. Esta comparação teve uma brilhante confirmação nos estudos bacteriologicos, pois que se sabe

hoje que é o mesmo microbio que, em differentes graus de virulencia, produz a erysipela e a infecção puerperal.

Nos casos cuja evolução é mais lenta em que se fórma uma suppuração collectada, observa-se primeiramente uma especie de edema. As malhas do tecido conjunctivo estão afastadas, engorgitadas de liquido transparente e espesso, apresentando o aspecto de massa gelatinosa. N'este periodo, porém, a suppuração não é fatal; o exsudato póde reabsorver-se, fazer-se a cura, mas não sem deixar vestigios. Se a cellulite deve suppurar, apparecem então pequenos focos isolados que tomam o aspecto do pus, e pouco a pouco se reúnem uns aos outros, constituindo-se assim a cavidade com as suas paredes e o seu conteúdo. O pus é geralmente espesso, bem ligado, o que d'antes se chamava pus louvavel. Por vezes, principalmente nas vizinhanças do recto, encontra-se o pus misturado a gazes, o que augmenta consideravelmente as difficuldades do diagnostico. Ainda hoje se não sabe se esses gazes resultam d'uma alteração do pus, ou veem do tubo digestivo por exosmose.

As paredes do abcesso, vistas pela sua face

interna, são formadas de folhetos, de lamellas, de filamentos irregulares, e, por vezes, de fungosidades que fluctuam no abcesso. Podem ser pouco espessas e, segundo Vernich, estes abcessos estendem-se com muita rapidez, mas, quando abertos, curam com extrema facilidade. Podíamos dizer que são os que resultam d'uma cellulite puerperal. Outras vezes, porém, a espessura das suas paredes pôde attingir dois centímetros e mais, encerrando apenas algumas gottas de pus, que são a causa de todo o mal. Vê-se bem as difficuldades clinicas a que estes abcessos podem dar logar. Estes devem ser os não puerperaes.

Seria importante saber, sob o ponto de vista da intervenção, se estes abcessos são uniloculares ou multiloculares. Parece estar provado que, comquanto os primeiros sejam mais frequentes, tambem os ha multiloculares, anfractuosos e com diverticulos em que o pus escapa facilmente á acção da drenagem.

Quando os abcessos curam depois de ter suppurado, deixam lesões irreparaveis, e tanto maiores quanto mais extensa e duradoura foi a suppuração.

Ficam sempre cicatrizes, as quaes, contrahindo-se, dão logar a deslocamentos permanentes do utero. Na doente da nossa observação 1.^a havia, além d'isso, a perda funcional quasi completa do membro homonymo da pelvi-cellulite.

SEMIOLOGIA

N'este capitulo estudaremos os signaes que permittem distinguir as inflammções do tecido cellular das do peritoneo e das trompas.

Este estudo offerce algumas difficuldades, porque os phenomenos observados são, por vezes, inconstantes e variaveis. Se ha casos em que o diagnostico é simples, outros ha em que é difficil e necessita esse conjuncto de sciencia, sagacidade e habilidade manual que faz o bom clinico; outros ha ainda em que é impossivel.

Como quer que seja, ha dois pontos de importancia capital que devemos procurar sempre determinar: a virulencia do pus e a séde

exacta da lesão. Isto só se consegue pela analyse minuciosa dos symptomas. Começemos, pois, por estudar o seu valor diagnostico.

I. — Valor dos signaes geraes

Febre. — A febre tem uma importancia consideravel em pathologia pelvica, porque, além de nos dizer já alguma coisa sobre a virulencia do pus, é ainda um dos melhores signaes da localisação anatomica das lesões.

A maior parte dos auctores chegam a conclusões sensivelmente analogas ás de Duplay e Clado. Estes auctores distinguem tres typos principaes de elevação thermica nas affecções annexiaes. No typo I, que reveste duas modalidades, a temperatura mantem-se sem remissão matinal entre 39° e 40°, ou então apresenta grandes oscillações de ascenção vespereal muito accentuada: frequente na infecção puerperal, annuncia a cellulite pelvica ou a pelvi-peritonite aguda, e quando a curva thermica affecta a fórma em *plateau* deve temer-se a infecção

total cujo prognostico é dos mais graves. No typo II a temperatura não excede 38° a $38^{\circ},5$; corresponde á endo-metro-salpingite aguda, e, se a febre, em vez de se attenuar, reveste qualquer das duas modalidades do typo I, é um signal quasi sempre caracteristico da complicação peritoneal.

Emfim, no typo III, o thermometro apenas se eleva de meio grau acima do seu nivel normal: caracteriza em geral uma inflammação sub-aguda ou chronica do utero e dos seus annexos.

No emtanto, quer se trate da inflammação do tecido cellular ou da do peritoneo, uma queda momentanea da temperatura annuncia a formação do pus.

É preciso notar tambem que nas collecções purulentas dos annexos, fóra do periodo do começo, a temperatura não se eleva, e póde mesmo não exceder a normal; o pus, como que sequestrado, não infecta o organismo. Se, pois, n'estes casos a febre apparece, podemos concluir que uma complicação se produziu.

A elevação da temperatura dá-nos alguns elementos para avaliar da virulencia do pus, porque é de toda a evidencia que a existencia

da febre basta para afirmar que este pus é septicó. Pelo contrario, d'uma temperatura normal não se póde concluir a esterilidade de uma collecção purulenta. É por isso que, no decurso d'uma intervenção, deve haver todo o cuidado quando haja desbridamentos a fazer, porque comprehende-se bem qual seria o resultado d'um derrame d'esta natureza no peritoneo. Foi por isso mesmo que na intervenção que se fez á doente da nossa observação 1.^a, não se poudo fazer uma minuciosa exploração dos annexos. De facto, eram taes e tantas as adherencias entre os intestinos e entre estes e o peritoneo, que os desbridamentos só podiam fazer-se á força de bisturi; d'onde o perigo de se abrir uma d'essas pequenas collecções.

Mas, se a febre nas collecções purulentas da bacia é um signal certo da virulencia dos germens microbianos, não se segue que todos os derrames pelvicos acompanhados de febre sejam de natureza purulenta. A febre não é, com effeito, sempre synonymo de infecção: sem fallar das febres nervosas, hystérica e *por habito* que são do dominio da pathologia interna, conhecemos a hyperthermia das gangrenas asepticas e a das fracturas fechadas. Como

distinguir a febre septica da febre aseptica? Segundo Delmisch, á primeira pertencem todos os signaes geraes da infecção: a sensação de mal-estar, o entorpecimento dos sentidos que póde ir até á somnolencia, a perturbação das funcções digestivas e a prostração das forças; na febre aseptica ha ausencia completa de todos estes signaes.

Portanto, quando a suppuração não possa ser duvidosa, a febre, segundo os seus caracteres e o seu grau, póde fornecer-nos preciosos dados sobre a séde do pus e sobre a sua virulencia.

Pulso. — Considerado nas suas relações com a hyperthermia, o pulso póde por vezes tornar-se um util auxiliar d'esta ultima para precisar a localisação anatomica das lesões. Tem importancia quando se trata de distinguir a inflammacção do tecido cellulaer da do peritoneo: na cellulite pelvica, o pulso é frequente, mas amplo e cheio e em perfeita concordancia com a alta temperatura observada n'esta affecção; pelo contrario, os caracteres de frequencia, fraqueza e irregularidade que apresenta na

pelvi-peritonite, estão mais em harmonia com a hyperthermia, relativamente pouco elevada que acompanha a inflamação do peritoneo pelvico. Ainda que, como dizem alguns auctores, o thermometro possa ir até 39° ou 40° na pelvi-peritonite, o pulso nem por isso é menos *abdominal* e profundamente differente do da cellulite pelvica.

O *facies* do doente é egualmente differente na pelvi-peritonite e na suppuração do tecido cellular. Na primeira, a nota dominante é dada pela alteração da physionomia: o rosto é pallido, os olhos são excavados; na cellulite é a côr plumbea, livida, que fere mais a nossa attenção. O mesmo se diz dos vomitos-que, raros e sem caracteres na cellulite, são frequentes, tenazes e por vezes esverdeados na pelvi-peritonite.

Emfim, nas suppurações chronicas, qualquer que seja a séde do pus, a emaciação e o enfraquecimento geral d'uma doente, a sua côr pallida e terrosa, os arrepios frequentes, os accesos de febre quotidiana, os suores profusos, a anorexia e a diarrheia traduzem bem a infecção profunda de todo o organismo.

II. — Valor dos signaes funcçionaes

A analyse dos signaes funcçionaes, observados nas suppurações pelvicas, podem confirmar, modificar ou completar as noções que nos fornece o estudo dos symptomas geraes sobre a séde dos focos purulentos; mas, deve dizer-se, é mais susceptível de nos dar ensinamentos uteis sobre o estado do utero. Assim é que as perturbações da menstruação, a leucorrhœia, a pyometrorrhœia, o volume do corpo do utero, o estado do collo, etc., não teem senão um interesse mediocre sob o ponto de vista das lesões suppuradas. Só a pyometrorrhœia póde ter alguma importancia quando estiver nitidamente sob a dependencia d'uma collecção purulenta peri-uterina.

Dôr. — As dôres encontram-se em todas as variedades de suppuração pelvica; mas apresentam por vezes em cada uma d'ellas caracteres particulares que nos podem esclarecer sobre a séde exacta da inflammação.

Na pelvi-peritonite a dôr é constante e espontanea e faz-se sentir mesmo na mais absoluta immobilidade; exagera-se sob a influencia da tosse, das grandes inspirações, ao menor movimento ou á mais leve pressão. Na pelvi-cellulite, a dôr, que só excepcionalmente pôde faltar, é, em geral, muito viva; surda e caracterisada no começo por uma simples sensação de calor ou de peso, não tarda em tornar-se aguda, lancinante, pungitiva, comparada á do panaricio. Mas não é influenciada pelos movimentos da respiração, só é exagerada por uma palpação profunda ou pelo toque vaginal.

Apresenta muitas vezes irradiações para o membro inferior e, especialmente, segundo Koenig, ao longo do nervo musculo-cutaneo externo. Estas dôres acompanham-se quasi constantemente d'uma flexão da perna do lado atingido, o que é, segundo Hewitt, pathognomonic da pelvi-cellulite.

Nas salpingites, podem encontrar-se as mesmas irradiações dolorosas; mas estas nunca são tão intensas e dependem antes do volume do tumor que da propria inflammação. A *colica salpingitica*, assignalada por Kaltembach, tem pouca importancia, e só pôde observar-se

no começo das salpingites quando as paredes não teem ainda sido fortemente distendidas.

Quando á palpação, um tumor annexial é doloroso, é provavel que se trate d'um processo inflammatorio; no emtanto, esta conclusão nem sempre é verdadeira. Ha certos kystos do ovario e do ligamento largo que são muito dolorosos; comtudo, exceptuando estes casos, muito raros aliás, é evidente que os phenomenos dolorosos, no decurso d'uma affecção dos annexos, são uma grande presumpção em favor da natureza inflammatoria das lesões, sobretudo quando se acompanham dos symptomas geraes ou dos signaes locaes proprios á inflammação.

Estas ultimas teem uma importancia capital para o diagnostico da séde anatomica da suppuração. Esses meios d'exploração cujo conjuncto constitue o exame local são: a inspecção, a palpação, a percussão do abdomen, os toques vaginal e rectal e a palpação bi-manual.

III. — Valor do exame local

Inspecção.—D'estes differentes modos de investigação, a inspecção do abdomen é a menos instructiva; não deve comtudo ser desprezado, porque, em certos casos, pôde indicar-nos immediatamente a séde da lesão. Assim, quando uma doente, attingida de febre e de vivas dôres pelvicas, se apresenta com o abdomen distendido e tympanico, poderemos concluir que o peritoneo está profundamente tocado. Pelo contrario, se com os mesmos phenomenos febris e dolorosos, o ventre tiver o seu volume normal ou até mesmo um pouco mais deprimido, a inflammacção terá por séde o tecido cellular pelvico ou os annexos. N'outros casos, nota-se uma tumefacção n'uma das fossas iliacas: se ella é edematosa e parece fazer corpo com a parede abdominal, deve tratar-se d'uma cellulite peri-uterina; se a parede conserva uma independencia relativa com o tumor, é uma collecção annexial sub-jacente que determina essa saliencia. Excepcionalmente, esta distinc-

ção póde não ser verdadeira quando, por exemplo, uma pyo-salpinge ou um abcesso peritoneal peri-salpingeo contrahiram adherencias com a parede e ameaça abrir-se espontaneamente; mas estes casos são hoje muito raros, visto que não se espera a abertura espontanea das collecções purulentas.

Palpação. — É a palpação que nos permitirá distinguir os caracteres particulares d'estas tumefacções.

A mão que as percebe experimenta, segundo a expressão consagrada, uma sensação de *plastron*; mas deve distinguir-se o verdadeiro *plastron*, no qual a parede participa da inflammação, do falso *plastron*, que pode ser devido a uma tumefacção subjacente e independente, e até mesmo á simples contractura do musculo recto.

E' ainda a mão que, com a face palmar dos seus dedos e não com a sua extremidade, sentirá as ansas intestinaes e as franjas epiloicas adherentes á symphise publica, ou apreciará os tumores annexiaes de consistencia dura, resistente e fluctuante.

Percussão. — A percussão revelará o meteorismo abdominal que acompanha a pelvi-peritonite aguda, e a bassidez das tumefacções pelvicas.

Raramente a sonoridade ao nível d'esta ultima pode ser devida a abcessos gazosos.

Toque e palpação bi-manual. — É incontestavelmente, o toque, combinado com a palpação abdominal, que nos fornecerá as noções mais completas e mais seguras sobre a séde e a extensão das suppurações peri-uterinas. É verdadeiramente o A B C das investigações gynecologicas.

Mas antes de chegar a este meio explorador, que só póde fixar o diagnostico, é preciso dizer algumas palavras sobre as precauções que devemos tomar antes do exame, e do modo de examinar as doentes.

Se a doente não está n'um estado geral grave, é preciso obter uma evacuação tão completa quanto possivel do intestino: purgante na vespera, clyster na manhã do exame. Esta simples precaução torna mais util o toque re-

ctal, o qual se deve fazer sobretudo nos casos duvidosos.

O chloroformio deve dar-se sempre que a dôr provocada pela palpação seja um obstaculo a uma exploração rigorosa. D'este modo é verdade que se annulla um symptoma importante; mas não é menos certo que, um diagnostico impossivel de fazer por causa das dôres provocadas, se torna facil sob o chloroformio, apesar da ausencia da dôr.

Em seguida, e depois de ter feito um interrogatorio cuidadoso sobre os antecedentes pelvicos, o que é d'uma importancia extrema, e de ter constatado os symptomas geraes e funcionaes que nos permitem reconhecer a natureza inflammatoria da affecção, procedemos então ao toque.

Apoiando sempre o cotovello no plano do leito, e introduzindo o index na vagina, procuraremos primeiramente apreciar o estado da parede vaginal, e depois o collo uterino, séde, mobilidade e direcção. Depois, o dedo explorará methodicamente os fundos-de-sacco vaginaes, e combinando a sua acção á da mão abdominal, apreciaremos tanto quanto possivel

o estado do corpo uterino, dos seus annexos, do peritoneo e do tecido cellular ambiente.

As sensações percebidas, deve dizer-se, são d'uma diversidade extrema; no entanto, do seu conjuncto tirar-se-ha um certo numero de typos clinicos de modo que os factos particulares serão apenas variantes.

N'um primeiro caso, poderemos encontrar uma tumefacção que apaga completamente o fundo-de-sacco correspondente e espessa manifestamente a mucosa vaginal, leva-se para trás e para fóra fusionando-se com a parede pelvica, faz corpo para fora com o utero e ganha, subindo por diante d'este orgão, a região supra-pubica; trata-se d'uma pelvi-cellulite. Pode acontecer que haja outras lesões, que a trompa e o ovario participem da inflammação; no entanto, é o tecido cellular pelvico que deve attrahir em primeiro logar a nossa attenção e onde deve cair o primeiro golpe do bisturi. e/

Segundo caso: com um conjuncto de phenomenos geraes graves, febre elevada, pulso rapido, vomitos frequentes e tympanismo abdominal, acha-se uma tumefacção primeiramente pastosa e depois fluctuante, que apa-

ga o fundo-de-saco posterior e repelle o utero para a symphise ; nunca é uma cellulite.

N'um terceiro typo clinico, existe um tumor que o dedo segue para fóra e para trás, separado d'um dos lados do utero por um sulco manifesto e que conserva em toda a sua extensão uma situação relativamente elevada, ou entrando pela sua extremidade mais afastada no fundo-de-sacco de Douglas. A sua forma, volume e consistencia são variaveis: pode apresentar-se regular ou de superficie irregular, arredondada ou piriforme ; pode ter o volume d'um ovo ou d'uma cabeça de feto ; uma consistencia dura, homogenea, ou resistente e ás vezes mesmo fluctuante, mas n'este caso de paredes espessas ; adherente ou mobilisavel, e quasi sempre dolorosa á palpação. Podemos concluir que se trata d'uma salpingo-ovarite.

Como quer que seja, o exame local permite-nos bastante facilmente reconhecer as trez grandes variedades de suppurações pelvicas. É verdade que a sua combinação frequente, a existencia d'um passado pelvico ou os casos francamente chronicos, podem dar logar a typos complexos e d'uma interpretação mais

difficil; mas os dados fundamentaes, adquiridos pelo estudo dos casos simples, permitem-nos fazer sempre um diagnostico approximativo, quando não seja rigorosamente exacto.

Para terminar este capitulo, resta-nos dizer algumas palavras sobre a terminação e consequencias afastadas de pelvi-cellulite.

A inflammação do tecido cellular pode terminar: pela *resolução*, isto é, a desaparição gradual de todos os symptomas, o que se effectua em seis ou oito dias; por *suppuração*, que é a terminação mais frequente; por *induração*, que não é mais do que a sua passagem ao estado chronico e finalmente, por *gangrena*, muito rara na cellulite simples.

Após a cura da cellulite pelvica suppurada, ficam sempre vestigios, que são as cicatrizes.

Estas, como em toda a parte, retrahem-se e arrastam o utero, ficando este em posições mais ou menos viciosas. Estes desvios são geralmente lateraes.

A sua influencia não se faz sentir tanto sobre os ovarios e as trompas; Delbet diz que a pelvi-cellulite não condemna tão frequentemen-

te a mulher á esterilidade como as salpingites e as pelvi-peritonites.

Uma outra consequencia, que não vimos citada em livro algum, é a perda funccional do membro inferior, quando por motivo de longa suppuração, a perna, em flexão, estiver condemnada a uma longa immobildade.

Foi precisamente o que succedeu á doente da nossa observação primeira.

TRATAMENTO

A therapeutica das suppurações pelvicas obedece ainda ao velho aphorismo cirurgico: *ubi pus, ibi evacua.*

Antes do apparecimento da antiseptia, os auctores dividiam-se em abstencionistas resignados e intervencionistas, ou timidos ou ousados, mas quasi sempre infelizes. Os primeiros, que eram os mais numerosos, ou recorriam a um tratamento antiphlogistico ou procuravam, por meios felizmente illusorios, favorecer a abertura espontanea do abcesso n'uma determinada viscera.

Hoje, porém, que se conhecem bem os factores da suppuração e que a formação do pus é já uma victoria ganha pelo organismo sobre

os germens pyogenicos, que não procuram senão uma sahida para fugir do campo de batalha, só nos compete favorecer essa fuga, e evitar que penetrem novos assaltantes.

O principio da intervenção está, pois, solidamente estabelecido. Trata-se sómente de determinar quando, por onde e como se deve evacuar o pus.

Indicações operatorias

No tratamento da cellulite pelvica, alguns auctores, embora francamente intervencionistas, não intervinham senão depois de esgotados todos os recursos do tratamento medico.

Tillaux e Delbet, dizem que se deve esperar a formação do abcesso e abri-lo largamente logo que se reconheça a existencia do pus.

Roger, porém, vae mais longe e quer que se faça « incisão immediata de toda a inflamação do tecido cellular pelvico, porque só assim se evitará que uma lesão na apparencia insignificante, possa dar logar a uma septicemia mortal. » Somos inteiramente d'esta opinião. A nossa observação 3.^a é um caso caracteristico.

De facto, o abcesso não estava ainda formado; fomos como que surprehender o processo morbido na sua primeira phase.

O resultado não podia ser mais favoravel; doze dias depois da intervenção a doente estava curada da sua cellulite.

O que teria acontecido se não se tivesse feito a incisão immediata? Suppondo o caso mais favoravel, prolongar-se-ia a doença por muito mais tempo e a suppuração deixaria, com toda a certeza, mais vestigios; não, falando de qualquer complicação imprevista e que podia trazer consequencias desastrosas.

Mas, poderá alguém objectar que, n'este caso, talvez se desse a reabsorpção do exsudato e que a inflammação não chegasse á suppuração. Sim, mas a intensidade dos symptomas não fazia prever essa terminação.

De resto, admittindo mesmo essa hypothese, a incisão não teria inconveniente algum, porque a cicatrização dar-se-ia quasi ao mesmo tempo que a reabsorpção completa do exsudato; além d'isso, ha muitas mais probabilidades de não sobrevir qualquer complicação do lado do peritoneo e cujas consequencias ninguem pode prever.

Escolha da intervenção

A suppuração do tecido cellular pelvico, quer seja aguda ou chronica, e seja qual fôr a sua localização, deve ser considerada, sob o ponto de vista therapeutico, como um phlegmão ordinario. A evacuação do pus pela simples incisão do fóco purulento, é o unico tratamento racional. O unico ponto a discutir é a escolha da séde mais favoravel a esta incisão evacuadora.

Byford preferia abrir o abcesso pela via rectal, pelo menos sempre que este fazia saliencia no recto. Esta via deve ser inteiramente abandonada. De facto, a penetração das materias fecaes no fóco do abcesso é inevitavel e expõe a perigos consideraveis; além d'isso, a antiseptia é impossivel n'estas condições. N'este caso deve fazer-se o mais rapidamente possivel a incisão vaginal para evitar a abertura espontanea no recto.

Segond, diz que é pela parede abdominal que se deve fazer a abertura do abcesso. Para Bouilly, Delbet e Roger é a incisão vaginal o tratamento d'escolha em todos os abcessos agudos do tecido cellular pelvico. É esta via evidentemente a mais favoravel.

Em primeiro logar, ha um principio geral em cirurgia que diz, que todo o fóco purulento deve ser aberto e drenado na sua parte mais inferior; ora, na incisão abdominal abre-se o abcesso pelvico pela sua parte mais elevada. A cura é n'estes casos sempre tardia e muitas vezes só se faz depois d'uma contra-abertura vaginal, isto é, o cirurgião acaba por onde devia começar. Além d'isso, a incisão abdominal cria na parede um ponto fraco, ao nivel do qual se póde fazer secundariamente uma even-tração. E, emfim, um argumento menos serio mas que tem a sua importancia, a incisão abdominal deixa uma cicatriz sempre desagradavel para a mulher, qualquer que seja a sua condição social.

É, pois, a incisão vaginal que deve merecer todas as nossas preferencias no tratamento da cellulite pelvica.

Ha comtudo uma circumstancia excepcional, na qual a incisão abdominal pode estar indicada: é quando, apesar de colpotomia, persiste na fossa iliaca um prolongamento do fóco purulento que se drena mal pela vagina. No emtanto a incisão inguinal será apenas secun-

daria á vaginal; a pratica actual deve pois ser exactamente a inversa da antiga. O ponto em que se deve fazer a incisão, póde dizer-se que é sempre directamente sobre o tumor.

Os pontos de eleição são: o fundo de sacco posterior com prolongamento lateral, e o fundo de sacco anterior.

Algumas vezes, porém, é preciso transpôr uma certa espessura de tecidos, e é bom saber que se corre o perigo de ferir uma arteria importante, a arteria vaginal, e o ureter. Mas isso evita-se facilmente. A arteria, transversalmente situada aos lados do utero, explorando-a com attenção, é facil sentil-a; logo que se reconheça, é preciso fazer a incisão por detrás d'ella para evitar o ureter. Este póde encontrar-se repellido para fóra, contra a parede pelvica, ou aproximado do collo do utero. É preciso que a incisão se faça na parte mais recuada do tumor, porque só assim ha a certeza de o evitar. Esta incisão deve ser obliqua para trás e para fóra, porque é n'esse sentido que caminham todos os vasos da região.

Não temos considerado até aqui senão o tratamento da cellulite pelvica unilateral e limitada; mas na *erysipelas maligna puerperal*

de Virchow, na cellulite pelvica diffusa de Pozzi, em que a inflamação invade a totalidade do tecido celular da bacia, será bastante a incisão vaginal, ou teremos de recorrer á hysterectomia? Ainda aqui é preferivel a incisão vaginal. Na hysterectomia, não falando dos inconvenientes da castração, que não devem entrar em linha da conta nos casos graves, ha a receiar o choque operatorio d'uma intervenção radical, e, principalmente, a abertura do peritoneo no foco eminentemente septico da cellulite pelvica, podendo determinar uma peritonite rapidamente mortal.

Roger cita o caso d'uma doente, cujo estado era gravissimo e á qual fez a incisão da semi-circunferencia posterior do fundo-de-sacco vaginal; a doente não só se curou mas teve ainda uma nóva prenhez, que terminou sem o menor accidente.

Portanto, qualquer que seja a extensão das lesões na cellulite pelvica, o tratamento d'escolha é colpotomia. Bem conduzida, esta intervenção nunca produzirá estragos; permite atingir sempre a séde da suppuração, e poderá, nos casos mais graves, dar resultados inesperados.

OBSERVAÇÕES

1.^a

Leonor C., 21 annos, casada, natural de S. Mamede de Alijó, entrou para o hospital no dia 13 d'Outubro de 1903.

A doente tem uma ferida um pouco acima da espinha iliaca antero-superior esquerda, por onde corre pus em grande quantidade.

O pus é branco, espesso, phlegmonoso. A região iliaca apresenta-se ligeiramente tumefacta e bastante dolorosa á pressão. Sondando a ferida, notamos que havia trajectos que se dirigem para trás e um pouco para baixo para a fossa iliaca. Pela pressão o pus parece vir não só da fossa iliaca, mas tambem da re-

gião nadegueira e da região postero-interna e superior da côxa.

Fazendo o toque vaginal, verificamos um certo empastamento da parede esquerda da vagina, e pouco nitido o fundo-de-sacco correspondente. O collo do utero encontra-se desviado para a esquerda. Não ha corrimento algum pela vagina.

A doente era muito emaciada, de côr pallida e terrosa. O membro esquerdo está em semi-flexão e semi-abducção; não o pode collocar em outra posição porque isso lhe causa grandes dôres. Só faz a extensão, e ainda assim incompleta, levantando a região lombar. Deve porém notar-se que a doente pode levar o membro desde a semi-abducção á abducção completa e vice-versa, sem que esses movimentos lhe causem dôr alguma.

Foi sempre saudavel. Casou aos 20 annos; gravidou. Teve um parto normal no dia 19 de Junho, não tendo havido nada de anormal nos dias seguintes. Porém, quinze dias depois do parto, estando a lavar no rio, sentiu uma dôr na virilha que a obrigou a voltar para casa. As dôres foram sempre augmentando de intensidade, tomando-lhe agora toda a me-

tade esquerda do abdomen, mas mais intensas na fossa iliaca. Não podia estender a perna nem deitar-se do lado esquerdo. Consultou um medico que lhe aconselhou banhos sulfurosos; esteve por duas vezes nas Caldas, mas não achou melhoras. Tinha muita febre, principalmente á tarde; as dôres, por fim, apanhavam-lhe a anca, o abdomen e irradiavam para as costas.

E assim se passaram quasi quatro mezes, até que o tumor começou a juntar por cima da virilha. A pelle principiou a fazer-se vermelha, luzidia; a tumefacção augmentou, e quando appareceram umas pintas de pus, resolveram então lancetar o abcesso. Saíu uma grande quantidade de pus, e, facto curioso, desappareceu um outro tumor que alguns dias antes lhe apparecera na região lombar.

Como a suppuração fosse grande e não tivesse meios para se tratar, resolveu entrar para o hospital.

Diagnosticou-se uma pelvi-cellulite suppurada com diversos prolongamentos.

Remontando ao começo da doença, vemos que se devia ter dado uma infecção post-parto, ainda que minima, visto que não se traduziu

por symptomas apreciaveis ; essa infecção, tendo como causas adjuvantes o traumatismo obstetrico recente e o frio que resultou da doente estar com os pés mettidos na agua, teria produzido uma cellulite da base do ligamento largo ou, como diz Delbet, da bainha hypogastrica. Uma vez formado o abcesso, o pus, não se tendo feito uma abertura para o exterior, foi invadindo todo o tecido cellular, emittindo prolongamentos para a fossa iliaca, para a região nadegueira pela chanfradura sciatica, e para a região postero-interna da côxa pelo buraco obturador; e por ultimo, produziu um verdadeiro abcesso por congestão na região lombar.

O tratamento que se fez foi a lavagem do foco purulento, e a introducção d'uma mecha de gaze com vaselina iodoformada.

A suppuração foi pouco a pouco diminuindo, e a ferida fechou sem deixar fistula.

A doente saiu no dia 14 de dezembro, curada da sua pelvi-cellulite, mas com lesões irreparaveis em resultado da longa suppuração.

Assim, pelo toque verificámos que a parede esquerda da vagina se encontrava como que repuxada para a bacia ; o collo do utero estava

francamente desviado para a esquerda. Além d'isso, a doente está impossibilitada de fazer a extensão e a adducção do membro inferior ; tem a anca deformada, a bacia desviada para a esquerda e inclinação correspondente da columna vertebral, que é bem uma curvatura de compensação.

2.ª

Rosa M., 23 annos, solteira, criada de servir, natural de Paranhos, entrou para o hospital no dia 11 de Fevereiro de 1904, queixando-se de fortes dôres no baixo ventre.

Foi requisitada para a enfermaria da Escola no dia 13 do mesmo mez.

Não ha antecedentes hereditarios.

Foi menstruada aos 14 annos ; a menstruação foi dolorosa e pouco abundante. Só quasi um anno depois é que voltou o corrimento menstrual, continuando depois muito regularmente.

Ausencia completa de todo o passado pelvico.

Um mez antes da sua entrada no hospital,

e quando conduzia á cabeça uma mala, esta resvalára e, para a não deixar cair, amparou-a contra o ventre, soffrendo então um violento traumatismo.

Nos dias seguintes o ventre estava bastante doloroso, a ponto de não poder apertar as saias. No emtanto, as dôres foram diminuindo, mas sem desaparecerem de todo.

No principio de Fevereiro foi menstruada; d'esta vez, porém, a menstruação foi acompanhada de phenomenos dysmenorrhéicos, o que nunca lhe tinha acontecido. O sangue era negro e pouco abundante. Depois da menstruação, que apenas durou dois dias, não ficou corrimento algum, mas as dôres continuaram augmentando de intensidade. Localisadas primeiramente na fossa iliaca direita, apresentavam agora irradiações por todo o ventre.

Alguns dias depois teve arrepios, náuseas e vomitos; a micção era muita dolorosa. Como visse que não melhorava, resolveu entrar para o hospital.

Quando a examinamos, a doente era magra, livida, e os olhos cercados por uma zona azulada. Estava apyretica; o pulso era cheio, pouco frequente.

Inspeccionando o abdomen, notamos a existencia d'uma tumefacção do lado direito, um pouco para baixo e para fóra do umbigo. A parede abdominal parecia conservar uma relativa independencia com o tumor. A dôr, constante, e por vezes, pungitiva, exacerbava-se pela pressão.

Fazendo o toque, verificamos que o collo do utero se encontrava desviado para a esquerda e para baixo. Na parede direita da vagina, muito espessa, notava-se a presença d'um tumor, muito doloroso á pressão, adherente, irregular e sem limites nitidos; era situado um pouco para cima e para trás, parecendo fazer corpo com o utero, e continuando-se por diante d'este órgão, para a região supra-pubica. O fundo-de-sacco vaginal correspondente encontrava-se quasi completamente apagado.

Tratava-se evidentemente d'uma inflammação do tecido cellular ou dos annexos; mas os symptomas observados não eram bem nitidos para que se pudesse precisar o diagnostico.

Esta doente principiou a ser tratada por meio de irrigações vaginaes e tampão de glycerina, experimentando algumas melhoras.

Em 20 á tarde a doente teve um grande

arrepio, náuseas e vomitos; n'esse dia e nos tres seguintes, a temperatura apresentou grandes oscilações, com ascensão vespéral muito accentuada, chegando o thermometro a marcar 40°,5. O pulso esteve sempre em perfeita concordancia com a febre. O Ex.^{mo} professor Dr. Roberto Frias resolveu então fazer-lhe uma laparotomia exploradora.

Em 23 á tarde, a doente tomou um purgante, e no dia seguinte, depois de cloroformisada, foi operada.

Aberta a cavidade abdominal, encontraram-se tantas e taes adherencias entre os intestinos e entre estes e o peritoneo, que só á força de bisturi se podia fazer os desbridamentos. Aquelle nosso illustre professor resolveu não continuar a operação, porque, além da extensão de lesões que já se observavam, havia o justificado receio de abrir qualquer pequena collecção purulenta, cujo conteudo é, por vezes, d'uma extrema virulencia.

Suturou-se a parede abdominal e a cicatrização da ferida fez-se rapidamente.

Tratava-se, pois, d'uma pelvi-cellulite traumatica, consecutiva, talvez, a uma salpingite, estendendo-se a inflammação até ao peritoneo.

Era verdadeiramente uma *annexite* traumática.

No entanto, depois da intervenção, melhorou muito o estado geral da doente. A temperatura raras vezes chegou a 39°; as dôres foram diminuindo e, por fim, só se revelavam á palpação profunda.

A doente saiu, a seu pedido, no dia 26 de Março, muito melhorada, mas sujeita provavelmente a futuras *poussées inflammatorias*.

3.º

Maria A., 23 annos, solteira, cosinheira, natural do Porto, entrou para o hospital no dia 16 de Fevereiro, em adiantado trabalho de parto. Este, que se deu duas horas depois da doente entrar, foi normal.

Porém, no terceiro dia depois do parto, começaram a apparecer os primeiros symptomas da infecção: pequenos arrepios frequentes, ascensão vespéral da temperatura a 38° e dôr na fossa iliaca esquerda, mas que a doente não localisava bem. Ao outro dia, a doente

começou a fazer uso de irrigações vaginaes quentes (45°). No entanto as dôres augmentaram de intensidade; eram agora profundas, pungitivas. A febre chegou a 39°; o pulso era cheio, amplo e muito frequente.

Nos dois dias seguintes, a doente apresentou algumas melhoras; mas ao outro dia, os symptomas augmentaram de intensidade. Á hora da visita, o Ex.^{mo} professor Dr. Candido de Pinho examinou a doente, e fêl-a examinar por varios alumnos. O toque vaginal fez constatar a existencia d'uma tumefacção na parede vaginal esquerda e anterior, que apagava o fundo-de-sacco correspondente, parecia fazer corpo com o utero e desviava o collo para baixo e para a direita. A dôr, já de si muito intensa, exacerbava-se á menor pressão e apresentava irradiações para o membro inferior, mas não havia flexão. Á tarde a temperatura subiu a 39.°5. Diagnosticou-se uma pelvi-cellulite puerperal.

No dia seguinte, 23, aquelle nosso illustre professor, depois d'um novo exame á doente, resolveu intervir immediatamente.

A doente foi chloroformisada e, depois de feita a indispensavel toilette vaginal, fez-se

uma larga incisão no fundo-de-sacco anterior, escoando-se então uma abundante serosidade hemorrhagica. Desinfectou-se novamente a cavidade vaginal, e fez-se em seguida a drenagem da ferida com tiras de gaze iodoformada, fazendo-se este tratamento durante os dias seguintes.

Os resultados da incisão immediata não podiam ser mais satisfactorias. Todos os symptomas foram diminuindo progressivamente; e a doente, passados quinze dias após a intervenção, sahiu do hospital completamente curada.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — É a anatomia dos órgãos genito-urinarios da mulher que nos explica os graves accidentes das suas affecções.

Histologia normal — Os musculos da lingua são os mais ricos em fibras nervosas.

Physiologia — O utero é physiologicamente um complemento do ovario.

Pathologia geral — O diagnostico clinico da tuberculose pulmonar é superior ao diagnostico bacteriologico.

Anatomia pathologica — Não ha doenças sem lesões anatomo-pathologicas.

Therapeutica — No tratamento das hemoptyses tuberculosas, prefiro o gelo localmente aos hemostaticos internos.

Pathologia externa — As fistulas de natureza tuberculosa são verdadeiros abcessos de fixação.

Pathologia interna — Ha febres por habito.

Medicina operatoria — Em gynecologia prefiro a via vaginal, sempre que seja possivel, á via abdominal.

Hygiene — Os sanatorios para tuberculosos pobres não preenchem o fim para que foram creados.

Medicina legal — Em geral, não ha meio de verificar se o aborto foi provocado criminosamente.

Partos — A symphyseotomia substitue vantajosamente a applicação do forceps no estreito superior.

Visto.

O presidente,

A. Placido da Costa.

Póde imprimir-se.

O director,

Moraes Caldas.