

1150

1904

AUGUSTO F. DA CUNHA LEAL

e. n.º 1

BREVES CONSIDERAÇÕES

Sobre um caso de

Eclampsia Puerperal

Complicado d'infecção putrida

(Observação do Hospital de Santo Antonio)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL
80— Rua da Fabrica—80
—
1904



118/1 EMC

Vol. CXVIII
(218)

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Secretario — CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES



Corpo docente

Lentes cathedrativos

- | | |
|--|---|
| 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 Joaquim dos Santos Pinto |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria | Candido Augusto Corrêa de Pinho |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | José Dias d'Almeida Junior |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Azevedo Maia |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Roberto Bellarmino do Rosario Frias |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Augusto H. d'Almeida Brandão |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica | João Lopes da Silva Martins Junior |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene publica e privada | José Alfredo Mendes de Magalhães |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | Carlos Alberto de Lima |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographia | |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | José d'Andrade Gramago |
| Secção cirurgica | Pedro Augusto Dias
Dr. Agostinho Antonio dos Santos |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Secção medica | Vaga |
| Secção cirurgica | Vaga |
| | Antonio Joaquim de Sousa |
| | Vaga |



Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|------|
| Secção cirurgica | Vaga |
|----------------------------|------|

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

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

A meus Paes

Embora tarde, conseguistes
ver realizados os vossos
desejos. Abraça-vos.

O vosso

Augusto.

A' honrada e saudosa memoria
de meu Tio e Padrinho

P.º Jacintho Ferreira da Cunha Leal

(Escrivão, que foi, da Camara Eclesiastica da Guarda)

A posição que em breve terei só a vós a devo. Seria este o dia mais feliz da vossa vida, se a traiçoeira morte vos não tivesse roubado ao carinho da familia e á admiração dos amigos. Esforçar-me-hei por conservar immaculado o nome que nos legastes.

A minha irmã

Maria

E a meus irmãos

Jacinto

e

Joaquim

A minhas cunhadas

Maria da Gloria

Maria dos Prazeres

Magdalena

AOS MEUS CUNHADOS

A Meus Sogros

A TODA A FAMÍLIA

TESTEMUNHO DE ETERNA GRATIDÃO

AO MEU INTIMO E BOM AMIGO

O Ex.^{mo} Sr.

Dr. Leão de Meirelles

Habilíssimo Medico em

PAÇOS DE FERREIRA

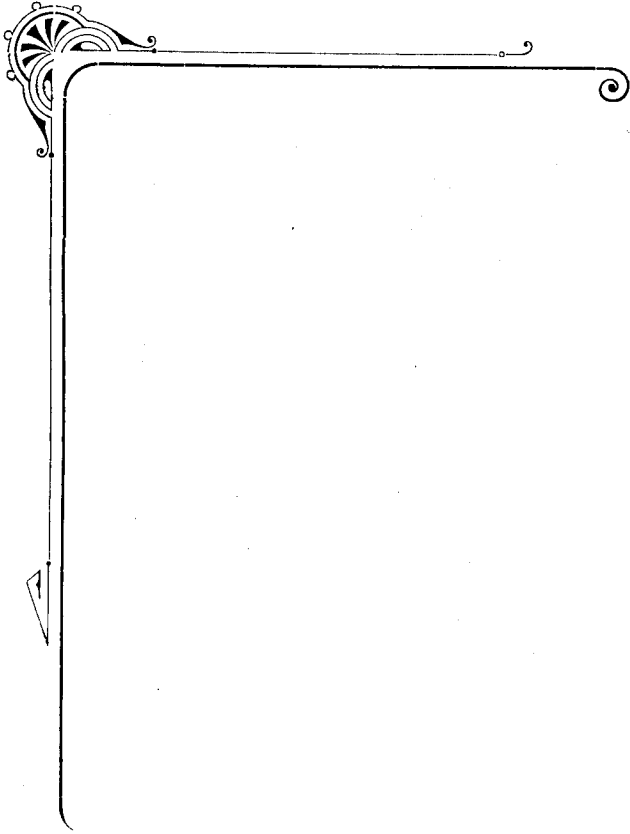
Aos meus condiscipulos'

Aos meus amigos

AO MEU DIGNO PRESIDENTE DE THESE

Ex.^{mo} Sr. Prof.

Dr. Carlos Alberto de Lima



Ao escolhermos para assumpto de uma dissertação inaugural um caso d'eclampsia puerperal complicado d'infeção putrida, era intenção nossa orientar o seu estudo sob o ponto de vista da etiologia e pathogenia. Nos primeiros momentos de enthusiasmo, não calculamos as contrariedades que nos surgiriam a cada momento e supusemos poder facilmente colher uma serie d'observações que nos permittissem fazer um estudo mais racional e criterioso. Em todo o anno lectivo, porém, infelizmente apenas observamos um unico caso d'eclampsia puerperal.

Assistindo-nos o desejo de apresentar um trabalho não só interessante como util, reconhecemos ao mesmo tempo ser indispensavel, que elle se amoldasse bem dentro da esphera dos nossos conhecimentos scientificos. Estas as razões, reforçadas com os sabios e prudentes conselhos d'um illustre professor, por todos os motivos digno da nossa sympathia, respeito e consideração, que nos levaram a mudar de rumo. Não fomos, certamente, mais felizes na nova orientação que tomamos,

mercê dos acanhadissimos recursos de que dispomos.

Assim, trataremos o assumpto d'uma fórmula mais simples. Abriremos pela observação clinica, que faremos acompanhar do relatorio da autopsia e exame histologico. Entraremos depois no assumpto, dividindo-o em duas partes na primeira das quaes estudaremos quatro pontos, que julgamos não dever ficar sem reparo e que constituem outros tantos capitulos: *gravidade do caso*, *rigidez do collo*, *lesões anatomo-pathologicas especiaes* e finalmente a existencia d'um *micro-organismo* n'estas lesões.

Os dois primeiros foram colhidos no quadro clinico, os dois ultimos, resultam da autopsia e exame histologico. Ainda n'esta parte reproduziremos, muito resumidamente, algumas considerações geraes sobre a etiologia e pathogenia das infecções puerperaes putridas, muito bem descriptas na these de Jeannin (*Etiologie et pathogenie des infections puerperales putrides*, Paris, 1902). Trabalho este que, coberto com a auctoridade de Lepage,

nos deve inspirar toda a confiança. Na segunda parte e a proposito do tratamento da eclampsia e, em relação especial á nossa observação, diremos duas palavras e reproduziremos incompletamente o artigo do cirurgião americano M. Stamm, publicado na revista scientifica «The journal of obstetrics and diseares of women and children», novembro de 1903, pag. 595-603, em que aquelle cirurgião põe bem em relevo as indicações da Cesariana vaginal, ou Cesariana moderna, fazendo ao mesmo tempo a descripção da technica operatoria.

* * *

E, antes de terminar, seja-nos permittido deixar aqui bem patente o sincero e vivo reconhecimento, que tributamos aos illustres professores Ex.^{mos} Snrs. Drs. Alberto d'Aguiar e Candido de Pinho pela delicadeza com que sempre nos trataram e pelos sabios conselhos que nos deram e que talvez não soubessemos aproveitar.

OBSERVAÇÃO

No dia 27 de novembro de 1903, cerca das 7 horas da noite, deu entrada na enfermaria d'obstetrica do Hospital de Santo Antonio, A. P., de 18 annos d'idade, solteira, florista de profissao e residente no Porto.

Á primeira vista, o que mais impressionava era o profundo estado comatoso em que a doente se encontrava e a anazarca extrema, que a revestia. Mas bem depressa outro phenomeno se exteriorisa, definindo bem claramente o estado morbido da doente.

Esta accorda de subito; fixa-se o olhar traduzindo-se n'elle um certo grau de terror; durante alguns momentos, os olhos parecem querer saltar das orbitas; as palpebras entram em agitação continua, os musculos da face contraem-se violentamente e os olhos collocando-se em estrabismo externo, permanecem completamente immoveis, depois de ligeira agitação. A cabeça oscilla, suc-

cessivamente, para a direita e para a esquerda. Os musculos do tronco e membros, contraem-se rapidamente; a cabeça colloca-se agora em opistotonos e o corpo descreve um arco de concavidade posterior; a respiração cessa, a lingua é projectada fóra das arcadas dentarias e da bocca corre espuma sanguinolenta, proveniente do traumatismo da lingua, provocado pelo trismus das arcadas dentarias, tornando impossivel afastal-as, para lhe intercalar um afastador de madeira. Finalmente, todo o corpo entra em agitação brusca e convulsões clonicas, terminando o accesso pela volta da respiração manifestamente irregular, ruidosa, estertorosa. A doente fica indifferente a tudo, completamente inerte, em perfeito estado comatoso, de que é despertada por novo accesso igual ao que fica descripto. O diagnostico impunha-se; evidentemente tratava-se de «eclampsia puerperal».

Os accessos succediam-se de 15 em 15 minutos sendo, alternativamente, um mais violento do que o outro. Os dois alumnos do quinto anno de medicina, n'aquelle dia em serviço permanente na enfermaria, reconhecendo a gravidade do caso, pedem a comparencia do clinico interno e ao mesmo tempo mandam aviso ao illustre professor da cadeira de partos, Snr. Dr. Candido de Pinho. Aquelle comparece immediatamente; faz á doente uma sangria, extrahindo cerca de 300 grammas de sangue. Precisamente no momento em que terminava a sangria, apparece o Snr. Dr. Candido de Pinho que preconisa um banho alcalino a 38° e com 180 grammas de carbonato de soda. Dura o

banho cerca de 35 minutos ; a seguir prescreve um clyster de hydrato de chloral na proporção, respectivamente, de 300 grammas para 6 ; faz o toque vaginal, com o fim de verificar se o trabalho estava iniciado.

Era tal a tumefacção e edema da vulva, que difficilmente se attingia o collo uterino ; este apresentava-se ainda em absoluta integridade. Como o illustre professor tivesse de retirar-se por incommodo de saude, ordena que 3 alumnos fiquem de prevenção na enfermaria, para auxiliarem o clinico interno, n'uma intervenção, a extracção do feto, caso o estado da doente não tivesse melhorado algum tempo depois.

Com effeito, o estado da doente conserva-se sensivelmente o mesmo, até á 1 hora da madrugada, momento em que o clinico intervem. A passagem da vulva offerece-lhe uma seria difficuldade, mas bem maior era a que o collo apresentava. Este era extremamente rigido e resistente; depois de differentes manobras apropriadas e reiteradas, consegue, a muito custo, fazer passar uma pinça de garras e com ella apenas póde extrahir as visceras do feto.

A estas grandes difficuldades na passagem da feira pelvi-genital, veio addicionar-se outra, a deficiencia da illuminação, muito para lamentar n'um hospital de primeira ordem.

Esta sessão foi laboriosissima e fatigante, tendo-se prolongado até ás 5 horas da manhã. Os accessos eclampticos, que não tinham cedido nem ao banho, nem ao chloral, cedem por completo

em seguida á absorpção das primeiras gottas de chloroformio, no momento da intervenção. Subtrahida a doente á anesthesia pelo chloroformio, os accessos não se repetiram mais. Abrem-se alguns foniculos a bisturi, nos grandes labios e faces internas das coxas, pelos quaes, immediatamente, correu bastante liquido.

No dia 28, procedeu-se a um exame clinico da urina, que teve de ser colhida com algalia e que revellou uma grande percentagem d'albumina. O estado da doente não permittiu que se colhesse a urina de 24 horas para se proceder a uma analyse chimica completa. A temperatura da manhã não ultrapassa 37°,5. O estado comatoso continua; o pulso é lento e muito fraco. Pelo meio dia propõe-se o illustre professor Snr. Dr. Candido de Pinho fazer-lhe a evacuação da cavidade uterina; mas depois de longos e reiterados esforços com o fim de dilatar o collo, que conservava precisamente o mesmo grau de rigidez anterior, todo o trabalho resultou improficuo, porque a difficuldade na passagem do collo não foi vencida, conseguindo-se apenas introduzir um dos ramos do dilatador 'Tarnier. Ao tacto, o collo dava a sensação d'um duplo circulo de couro endurecido. No momento, porém, em que retira o dedo que tinha introduzido logo no começo da sessão, uma grande quantidade de gazes, extremamente fetidos, se escapou do utero. Evidentemente o feto tinha entrado em franca e rapida decomposição. Dada a impossibilidade de se conseguir o fim desejado, quer pelo estado do collo, quer porque a sessão se ti-

nha já prolongado por largo espaço de tempo, tendo sido muito fatigante, collocou-se no interior do collo, um tampão de gaze, com o fim de conseguir que este, como corpo extranho, modificasse o estado do collo, permittindo mais facilmente a sua dilatação, ou antes a sua extincção. Durante toda a sessão a doente conservou-se indifferente a todas as manobras sem despertar do estado de coma profundo e murmurando apenas duas vezes: «Ai Jesus». A percussão do abdomen dava som baço absoluto, em toda a sua extensão; o prognostico era muito sombrio, quasi fatal. A's 6 horas da tarde o estado geral era, aparentemente, o mesmo. O thermometro marcava 38°. No dia 29 não se verificou a temperatura da manhã; ao meio dia o thermometro marcava 36°,5. N'este momento, o Snr. Dr. Candido de Pinho, que em todas as sessões era auxiliado pelos alumnos do 5.º anno, procede á 3.ª e ultima intervenção; mas feito o toque vaginal reconhece que a rigidez persiste ainda, embora a abertura do collo fosse um pouco mais ampla, que no dia precedente. Faz successivas tentativas de dilatação digital, com as quaes consegue, ainda com extrema difficuldade, fazer passar, atravez do collo, os tres ramos do dilatador Tarnier. Ao fim de 40 minutos de espera, a dilatação permittiu que com longas pinças de garras se extrahisse, mas em fragmentos, as restantes partes fetaes e annexos. Irriga-se largamente a cavidade uterina, com uma ligeira solução de sublimado a 48º; prescreve-se uma infusão de sene composto, e continua-se alimentando a doente

com leite, por meio de sonda gastrica. O estado da doente era desanimador; tendo sido indifferente a todas as manobras da intervenção que por certo lhe provocariam dôres, se não estivesse n'aquelle estado, apenas reagiu um pouco contra a elevada temperatura da solução com que foi irrigada.

No começo da intervenção, sahiu do utero uma grande quantidade de gazes horrivelmente fetidos. Os fragmentos do feto encontravam-se em decomposição adeantada e exhalavam egualmente cheiro fetido. A ascite era consideravel dando ás paredes abdominaes uma tensão extrema; a respiração estertorosa; o pulso quasi imperceptivel. Este estado prolonga-se até ás 5 horas da tarde, hora a que a doente succumbiu.

Como particularidade anatomica, observou-se, que a bacia era muito estreita, devendo, portanto, tornar o parto dystocico, se o feto tivesse ido a termo e seria indicação, talvez, para uma symphiotomia, no caso do feto ser vivo e viavel. O angulo pubico era muito pequeno; o espaço interischiatico media apenas 45 millimetros.

Antecedentes morbidos e habitos. — A. P. não tinha familia no Porto e tendo vindo de tenra idade para esta cidade, vivia na companhia de uma familia das suas relações. Uma pessoa d'esta familia e o medico assistente da nossa doente, foram quem nos forneceu os elementos com que reconstituimos a sua historia morbida.

Havia já dois annos que ella se queixava de

soffrimentos d'estomago e que melhoravam rapidamente com dieta, permittindo-lhe o trabalho. Conjunctamente soffreu de rheumatismo chronico, que por vezes a impediu de ir ao *atelier*, obrigando-a a descanço, sem que todavia a forçasse a recolher ao leito. No começo do anno de 1902, teve um violentissimo ataque de variola que quasi a ia victimando. Restabeleceu-se, mas notou que o seu estado de saude não era tão favoravel como anteriormente. Por vezes as urinas eram carregadas, quasi côr de café e dando grande deposito ; sentia frequentemente, nas regiões sacro-lombares, dôres que lhe tolhiam, por vezes, os movimentos. Era accomettida da polyuria durante alguns dias, seguindo-se-lhe uma pollakiuria tão pertinaz que a obrigava a abandonar o leito durante uma parte da noute. Teve muitas vezes a sensação do dedo morto, cryesthesia e era quasi continuamente encommodada com cephalêa e palpitações intensas. Apareceram-lhe os edemas, algum tempo depois de diferentes periodos de remissão e exacerbação, manifestando-se simultaneamente, nos pés, nas palpebras e na face. Assim foi vivendo, tendo tido periodos febris, que facilmente remeadava quando se submettia ao regimen lacteo absoluto, que severamente lhe era preconisado, mas que ella abandonava logo que se sentisse um pouco melhor, para se entregar ao regimen mixto, em que predominava a carne, chouriço sobretudo e vinho branco, sua bebida favorita. Em janeiro de 1903, tenta contra a sua propria existencia, ingerindo massa phosphorica ; tendo-

Ihe sido feita a lavagem do estomago no Hospital, o facto não teve grande importancia; todavia a função digestiva resentiu-se um pouco. Em abril do mesmo anno, repete o attentado, com a mesma substancia, tendo este facto mais importancia do que o primeiro, pois que se viu forçada a recolher ao leito, por alguns dias, com diarrhêa e fortes dores no epigastro. Melhorou, mas ficou com gastralgias e desde então tornou-se dysmenorrhica. Em julho, sente-se manifestamente peor, havendo nova exacerbação do brightismo, coincidindo com o começo da gestação. Então todo o cortejo symptomatico do Mal de Bright reaparece, prostrando a doente no leito, com edemas generalisados, tornando-se muito accentuados no abdomen, cujas paredes anteriores lhe cahiam sobre as coxas, facto este que muito a aterrorisou. O repouso e o regimen lacteo que lhe era imposto, fizeram que melhorasse ainda. Todavia as suas imprudencias repetiram-se a ponto de voltar ao estado anterior e forçar o medico que a tratava a internal-a no Hospital de Santo Antonio, em outubro, d'onde sahiu decorridos 3 a 4 dias, porque sendo um tanto irascivel de character, não se conformava com a vida hospitalar. Sahindo, peorou, o que era natural e no dia e mez já referidos, entrou no hospital no estado que já foi descripto.

Antecedentes heriditarios. — A mãe foi saudavel; morreu ainda nova com febre typhoide, andando gravida. O pae falleceu na avançada idade de 104 annos; tendo-se matrimoniado segunda vez,

houve d'este casamento uns 12 filhos; nunca soube porém de nenhum, pelo facto de ter vindo ainda nova para o Porto e em seguida ao fallecimento da mãe. Do 1.º matrimonio houve apenas 2 filhos ella e um irmão que vive e é saudavel.

Relatorio da autopsia

Habito externo. — O tegumento apresentava manchas ecchymoticas nas coxas; œdema generalizado e intenso, especialmente nos órgãos genitales externos. O abdomen estava extraordinariamente abaulado. Nas faces internas das coxas e nos grandes labios havia diferentes incisões.

Cavidades naturaes. — Pela bocca e fossas nasales sahia um liquido espumoso, sero-sanguineo.

Systema ganglionar. — Nada havia digno de mencionar-se.

Abertura do cadaver

Cavidade thoracica. — As pleuras continham grande quantidade de derrame amarello citrino. O pericardio continha tambem algum d'este mesmo liquido.

Mediastino — Apresentava tambem grande quantidade de liquido com os mesmos caracteres do das pleuras.

O pulmão direito, apresentava-se muito reduzido do volume parecendo haver uma hypoplasia. Na face externa havia pseudo-membranas antigas. Sobre estas adherencias existia um deposito gelatinoso; ao corte notou-se a existencia de congestão e edema bastante pronunciados e focos de broncho-pneumonia; os grossos bronchios apresentavam accentuadas lesões de bronchite. Pesava 450 grammas.

O pulmão esquerdo, apresentava as mesmas lesões que o direito, mas menos accentuadas e a falta do neo-membranas. Pesava 340 grammas.

O coração era de volume muito reduzido, muito pallido e molle. Todas as cavidades continham coagulos cruoricos. Á prova d'agua notou-se ligeira insufficiencia aortica, não podendo todavia considerar-se ainda como pathologica.

A aorta apresentava alguns focos atheromatosos; ao corte, notou-se que o myocardo estava bastante compromettido na sua vitalidade, parecendo attingido de degenerescencia gordurosa. Pesava apenas 200 grammas.

Cavidade abdominal. — Peritoneo. — Continha grande quantidade de liquido ascitico, amarello-citrino, cerca de 12 litros. Havia neo-membranas recentes, implantadas nas ansas intestinaes.

Tubo digestivo. — Perfeitamente normal, não se encontrando n'elle, nada que justifique a existencia das neo-membranas, que se implantavam nas ansas intestinaes e que pareciam ser formadas mais por uma exsudação, do que em virtude d'um

processo inflammatorio, de cuja existencia nenhum vestigio havia. A ultima porção do jejuno encontrava-se ligada á fossa illiaca direita, por uma brida muito resistente, mas ampla e flexivel parecendo d'origem congenita. O estomago parecia normal e continha algum liquido filante e bilio-mucoso. O baço era normal, esboçando-se todavia, uma congestão hypostatica. Pesava 130 grammas.

Figado. — Exteriormente apresentava uma côr amarello-acastanhado, com zonas vermelho-escuro, correspondendo a suffusões sanguineas. Entre estas apresentava ainda manchas esbranquiçadas, lenticulares, nitidamente redondas, umas isoladas e disseminadas em largas zonas e outras formando conjunctos, confluentes, de differentes dimensões. Ao corte, o tecido hepatico apresentava-se crivado de cavidades alveolares, vasias e cuja capacidade era variavel; as suas paredes eram nitidamente lisas e regulares; as mais superficiaes correspondiam ás manchas lenticulares da superficie; á medida que se caminhava do bordo cortante para o hilo, notava-se que no bordo posterior, os alveolos não só augmentavam de capacidade, mas ainda de numero, confluíam e commuicavam entre si, dando ao orgão o aspecto d'uma esponja. Havia ainda ao corte nitidas manchas de degenerescencia gordurosa, correspondendo tambem a algumas manchas amarelladas que se observavam na superficie exterior. Pesava 1:220 grammas.

Rim esquerdo. — Apresentava a conformação que os francezes chamam «*dos d'ane*»; a capsula destacava-se facilmente, a côr era amarellada, havendo

uma zona de côr esverdeada, aparentemente putrefacta, se bem que do lado dos órgãos que estavam em relação directa com o rim, nada houvesse que justificasse aquella coloração. Ao corte, a substancia cortical apresentava zonas de degenerescencia gordurosa e na substancia medullar, zonas de nephrite aguda, que parecia implantada em um processo morbido chronico. Pesava 185 grammas.

Rim direito. — Apresentava lesões manifestamente eguaes ás encontradas no esquerdo, mas mais nitidas ainda. Pesava 200 grammas.

O utero, apresentava a cavidade cervical exaggeradissima, com um comprimento egual ao do corpo; n'ella havia duas lascerações symetricas, com ecchymoses, na superficie interna. (1) A parte superior da superficie interna do collo, apresentava-se recoberta de um inducto muco-purulento, fetido, havendo ainda signaes evidentes d'uma metrite cervical. No corpo do utero havia coagulos cruoricos e detrictos membranosos. Ao corte o tecido do utero apresentava uma dureza anormal, um pouco lenhosa, especialmente no collo. Na superficie exterior havia pequenas neo-membranas, indicio d'uma perimetrite. Pesava 350 grammas.

Ovarios. — Era evidente a existencia d'uma ovarite chronica, e uma tendencia para o estado senil do ovario.

(1) Estas lesões foram produzidas, como facilmente se depreheude, pelos ramos do dilatador Tarnier.

Cavidade cerebro-medullar

Meninges.—Apresentavam-se ligeiramente congestionadas.

Cerebro.—Estava manifestamente edemaciado, havendo ligeira congestão dos vasos da base; os cortes nada revellaram digno de nota. Pesava 1:350 grammas.

Medulla.—Apresentava-se manifestamente congestionada, bem como as suas meninges; havia extensas suffusões sanguíneas ao nível da emergência dos nervos, entre as raízes anteriores e posteriores. (*Foi examinado um segmento da porção dorsal*).

Relatorio do exame histologico

*Pelo director do Laboratorio
Nobre Ex.^{mo} Snr. Dr. Alberto
d'Aguiar.*

Figado

Technica. — Fragmentos do figado foram fixos em sublimado durante 24 horas, lavados, passados successivamente para alcooes iododos de graduação crescente e em seguida para alcool absoluto, chloroformio, mistura de chloroformio e paraffina e finalmente paraffina, em que se incluíram. Os córtes foram uns corados pela hematoxilina de Böhmer e eosina, outros pela hematoxylina ferrosa e outros pelo methodo bacteriologico de Gram Nicolle. Os resultados do exame histologico foram os seguintes :

A lobulação hepatica, pesquisada com pequena ampliação, é pouco nitida, já pelo fraco desenvolvimento dos espaços de Kiernan, já porque as cellulas hepaticas estão um tanto irregularmente

dispostas, sem radiação nitida, antes separadas umas das outras de modo a formar espaços inter-cellulares em zig-zag. Estes espaços estão em muitos pontos repletos de globulos rubros, sem que n'elles ou em outro seja perceptivel o endothelio limitante dos capillares. Disseminadas com irregularidade encontram-se zonas de tecido hepatico em que as respectivas cellulas são menos transparentes, mais turvas, sem nucleo e fracamente coradas. Finalmente, a lesão dominante reside na existencia de vacuolos, a grande maioria dos quaes se percebe á vista desarmada e na funda dissociação d'alguns elementos cellulares, completamente desaggregados pelos microbios.

Para facilitar a exposição do resultado do exame histologico, vamo-lo subordinar aos seguintes pontos: *Cellulas hepaticas* — *Vascularisação* — *Canaliculos biliares* — *Lesões bacterianas*.

Cellulas hepaticas. — São tres os principaes estados em que estas se encontram :

1.º Nas zonas mais coradas e translucidas as cellulas são volumosas, turgidas, arredondadas e apenas uma ou outra parcialmente polygonal, nucleo grande, ordinariamente unico, o protoplasma fortemente granuloso. São os elementos melhor conservados a despeito da degenerescencia granulalbuminosa, que estes caracteres parecem indicar.

2.º Nas zonas mais coradas as cellulas são de contornos pouco nitidos, sem nucleo apparente, ou apenas esboçado; protoplasma turvo e com

granulação mais fina; são cellulas em via de necrose.

Umam e outras, encontram-se, como já foi dito, um tanto dissociadas, deixando espaços intercellulares mais amplos e sinuosos que normalmente. As cellulas em via de necrose, existem quer em zonas pequenas disseminadas e mal limitadas, quer em pequenos grupos entre as cellulas mais intactas.

3.º Nas zonas bacterianas, as cellulas estão fortemente alteradas, completamente isoladas, despegadas umas das outras; são pequenas, irregulares, um tanto alongadas de contornos lacerados, sem nucleo, sem vestígios de textura, apresentando-se muitas como massas irregulares, desegualmente coradas. São cellulas necrosadas, desaggregadas e separadas pelo trabalho microbiano.

Vascularisação. — Não está augmentada e quer no dominio da distribuição peri-lobular, quer na veia central, não ha o mais leve vestígio de processo esclerosico ou cirrhotico. O endothelio d'alguns dos grandes vasos está fortemente comprometido, destacado, ausente, ou reduzido a membrana granulosa; em outros, o endothelio está bem conservado e até em raros pontos, são mais volumosos e bem córados os nucleos dos seus elementos cellulares. Já notamos que é imperceptivel a parede limitante dos capillares e que em varios pontos ha turgescencia d'estes ultimos, encontrando-se repletos de globulos rubros.

Canaliculos biliares. — Não affectam modificação sensível a não ser quando existe lesão microbiana na sua vizinhança; então o seu epithelio está destacado e desaggregado e o seu tecido conjunctivo é como que mais laxo.

Lesões bacterianas. — São estas as mais importantes. Já nas preparações destinadas a exame puramente histologico, já, e muito melhor, nas coradas pelo methodo de Gram se encontram numerosos bacillos rectos, compridos, extremidades cortadas, tomando o Gram e muito analogos, pela fôrma, ao bacillo carbunculoso. Os bacillos não estão disseminados pelo figado, mas formam agglomerados maiores ou menores, sem orientação ou systematisação definida.

Taes agglomerados são, uns, puramente formados por microbios, outros, a maioria, dispostos irregularmente á periphèria de cavidades de fôrma geral arredondada. A existencia nos cortes de todos os graus intermedios d'estas formações vacuolares, indicam nitidamente a sua genese microbiana. O estudo e exame de todos os graus de lesões microbianas de que o figado é portador, permite estabelecer a seguinte evolução: os microbios vindos pelas vias lymphaticas ou mais provavelmente pelas vias sanguineas, localisaram-se em pontos differentes, nos espaços intercellulares ou intertrabeculares e ahi, com fôco de localisação se desenvolveram e proliferaram em nodulo irregular, insinuando-se entre as cellulas, deslocando-as, atrophiando-as e degenerando-as,

por vezes completamente, como já vimos. Com os progressos de desenvolvimento accentua-se a deslocação cellular, esboçando-se a cavidade nos vãos irregulares e sinuosos que deixam entre si os elementos cellulares, muitos d'elles soltos. A expansão dos gazes desenvolvidos pelo microbio e a desaggregação cellular, levam finalmente á formação dos vacuolos característicos d'esta curiosa lesão. Estas cavidades não tem paredes proprias e os microbios que as geraram, encontram-se, ou condensados contra as suas paredes, em camada microbiana de contornos nitidos, ou então disseminados até uma certa extensão no tecido em que se implantam. Esta disseminação em alguns vacuolos, dá ideia d'uma ruptura da cavidade, com invasão microbiana das lacerações, que a ruptura occasionou. Por taes pontos os microbios espalham-se, tendendo a constituir cavidades secundarias. As cavidades são ou regulares e arredondadas, ou, menos frequentemente, irregulares e sinuosas.

As primeiras provém dos nodulos microbianos mais compactos e lemitados, as ultimas, ou se produziram pela ruptura multipla d'aquellas, ou então, mais provavelmente, pelo desenvolvimento de microbios que, desde o inicio, se disseminaram irregularmente em uma certa extensão de tecido hepatico.

Na realidade, encontram-se, a par de nodulos microbianos compactos, alguns fócios irregulares, em que os microbios se insinuam, em uma certa extensão, entre os elementos cellulares.

As cavidades estão, ou completamente vazias, ou então possuem detritos cellulares e alguns microbios. E' natural que, já nos primeiros nodulos microbianos, já nas cavidades, se não encontrem, a não ser como excepção, alguns elementos ou globulos leucocytarios; apenas em um ou outro ponto se descobre entre os elementos epitheliaes desagregados, ou á periphéria da lesão, um numero limitado de cellulas leucocytarias.

Rim

O rim não apresenta nenhum vocuolo e o exame microscopico dos seus cortes não descobriu um unico microbio.

As lesões que este apresenta, ainda muito pouco adiantadas, são as de nephrite parenchymatosa aguda. A um exame rapido, parece ser perfeita a integridade do rim; observando-se mais de perto, nota-se, na grande maioria dos canaliculos, uma tumefacção dos elementos epitheliaes limitantes, uma irregularidade na sua distribuição, em muitos d'elles falhas, ou mesmo completo destaque da camada epithelial e em quasi todas, o calibre dos tubos uriniferos está cheio de exsudato fino, apresentando-se como reticulo tenue e levemente granuloso.

Os glomerolos estão sensivelmente intactos; ha apenas em alguns um pouco de descamação da sua camada endothelial. Existe em alguns pontos, mormente ao nivel dos glomerolos, um pouco de congestão.

Em resumo, a lesão dominante d'este rim é a nephrite parenchymatosa aguda, incidindo essencialmente sobre os canaliculos.

Utero

O exame de cortes histologicos revellou, além da hypertrophia notavel das suas fibras musculares lisas, lesões vasculares dominantes, caracterizadas por:

Dilatação vascular, mormente ao nivel da superficie interna do utero, com espessamento da sua camada endothelial, infiltração leucocytaria das paredes e repleção dos vasos quer por globulos rubros reunidos por fino reticulo fibrinoso, quer por verdadeiros coagulos compactos. A congestão ou dilatação vascular é generalizada a toda a espessura do utero, mas muito mais accentuada, como já vimos, ao nivel da superficie interna, havendo uma leve infiltração cellular do utero.

A superficie interna é irregular, sem camada mucosa e um tanto anfractuosa; a camada externa está em grande parte despojada do seu endothelio. O utero não possui o mais leve esboço das lesões microbianas cavitarias encontradas no figado; apenas em um ou outro ponto da sua face interna se encontram, isolados, alguns rarissimos elementos bacterianos analogos aos encontrados no figado.

Exame bacteriologico

N'este caso procedeu-se apenas á pesquisa de bacillos nos córtex, mas não a pesquisas bacteriologicas.

Em dezembro de 1900 tivemos, porém, occasião de proceder á autopsia d'um caso d'infeccão puerperal, em que existiam lesões absolutamente analogas ás do caso actual, mas muito mais accentuadas e sobretudo, muito mais generalizadas ; o figado, o baço, o rim, o coração e o utero, etc., estavam crivados de vacuolos muito mais confluentes.

No intuito de estudar bacteriologicamente esse caso, fizemos culturas com sangue do coração, polpa do baço e do figado, em caldo, gelatina e geleia. Pois a despeito da variedade de meios culturaes e de se fazerem as culturas a frio e a quente, os meios ficaram estereis. Tratava-se, pois, d'um anaerobio, pois que além de dar lugar á producção de gazes, não se cultivou nos meios aerobios, que empregamos.

Trata-se pois d'um bacillo anaerobio, tomando o Gram, de tamanho e fórmula analoga á do bacillo carbunculoso.

A ausencia de reacção no caso estudado poderia fazer pensar em uma invasão microbiana *post mortem*. Oppõe-se a esta hypothese :

1.º A existencia possível de reacção. No caso que autopsiamos, o exame histologico do figado

revelou cellulas atrophiadas e uma infiltração generalisada embora não muito exaltada.

2.º O tratar-se de microbios virulentos que provavelmente não despertam reacção inflamatória.

3.º Estas cavidades não augmentam depois da morte.

4.º A circumstancia de em casos diversos a disseminação ser muito variavel.

5.º A fórma de distribuição das lesões e caracteres cellulares.

PRIMEIRA PARTE

Gravidade do caso

Comparando a descripção de numerosos casos de eclampsia puerperal, que lemos em diversos livros, com o que observamos e embóra entre elles alguns haja cuja gravidade não é menor do que a do nosso, ficou-nos a impressão de que, na sua grande maioria, os ataques d'eclampsia não offerecem uma gravidade comparavel com a da nossa observação.

A gestação, causa primeira da eclampsia, colloca a mulher em circumstancias muito especiaes de resistencia. O organismo da mulher grávida, passa no começo da gravidez, por uma série de modificações, cuja causa existe no novo phenomeno, que n'ella se inicia. O seu organismo começa a funcionar anormalmente, porquanto o equilibrio que existe no individuo são, caracteri-

sando o estado chamado physiologico, desaparece; o desequilibrio manifesta-se immediatamente, entre os phenomenos da assimillação e desassimillação. Ha uma hyperproducção de venenos, elaboração, transformação e eleminação defeituosas dos mesmos, por *surmenage* dos differentes orgãos de defeza, e mesmo, pelo menos algumas vezes, por alteração cellular. Conhecer o machanismo d'este desequilibrio, isto é, saber como a gravidez o determina, seria muito interessante e util. Todavia, este problema ainda não teve solução. Sabemos que, por um lado, ha producção de venenos, quer no organismo materno, quer no organismo fetal e por outro, que ha uma deficiencia na sua transformação e eleminação. No intestino da mãe, desenvolvem-se fermentações com grande rapidez, que favorecem a multiplicação dos germens, hospedes habituaes do organismo humano. O intestino funccionando mal, traz a retenção de productos toxicos contidos na bilis e materias fecaes, que deviam ser eliminados e que não o sendo, conduzem á absorpção, mais facil das toxinas.

A propria secreção menstrual, sendo supprimida, é outra fonte de venenos endogenios. O feto vive e desenvolve-se; n'elle ha assimillação e desassimillação; e se uma parte dos seus venenos é destruida pelo figado, o resto é levado pelos vasos umbillicaes, á placenta, onde se dão trocas numerosas, onde as substancias toxicas do feto, passam ao sangue materno.

A vida cellular é perturbada; o augmento d'actos nutritivos, favorece a formação de detritos

mais abundantes, que, sendo menos oxydados no organismo, se tornam por isso mais toxicos. A desassimilação supplanta a assimilação. A combinação d'este conjuncto de phenomenos morbidos, constitue, em muitos casos, um estado bastante grave. Remedeia-se, todavia, este estado, ou mesmo evita-se, collocando a gravida, em condições hygienicas apropriadas, especialmente no que diz respeito a preceitos de alimentação. Se, porém, a este estado morbido, cuja causa é a gestação, se vem juntar um passado morbido, mais ou menos grave da mulher, a situação agrava-se e a therapeutica torna-se, muitas vezes, impotente para obviar a taes inconvenientes, embora n'ella encontremos recursos, que, até certo ponto pelo menos, nos permittam attenuar o mal. Tal é o nosso caso. A mulher fecundou em plena evolução do mal de Bright. Examinando a symptomatologia que apresentava antes da fecundação, n'ella se encontram elementos sufficientes, para podermos affirmar que a doente era affectada de brightismo chronico, mas com exacerbações, com phases agudas e isto desde que soffreu o ataque de variola. E posto que, na escala das doenças infecciosas, cujas toxinas mais mordem o rim, a variola esteja em ultimo grau, é certo, todavia que esta pôde dar nephrite embora ligeira, tornando-se em muitos casos chronica. Não é preciso ir procurar na variola a causa do brightismo. Este surprehende o homem, não sem causa, porque sem causa não ha effeito, mas insidiosamente, um grande numero de vezes, sem que se possa attingir a causa.

Supponho, portanto, que o brightismo no nosso caso datava do violento ataque de variola; progrediu sempre, como é natural, soffrendo um violento impulso com a gestação, que o veio auxiliar na intoxicação profunda do organismo. Estes dois factos, gravidez e brightismo, associados, eram motivo sufficiente para se fazer um prognostico muito sombrio, pensando na eminencia d'um ataque de eclampsia. Mas a estes factos vieram ainda juntar-se outros, cuja importancia não é minima; a doente era uma gastropatha e como tal deveria ter tido perturbações gastro-intestinaes, que não contribuem pouco para comprometter, embora lentamente, a vitalidade de certos órgãos, ouapparelhos, nomeadamente o vascular. As duas tentativas d'envenenamento, pelo phosphoro, tambem não são elementos etiologicos que devam ser despresados; posto que a absorpção do phosphoro deva ter sido minima, attendendo a que os soccorros da medicina fôram rapidos, essa absorpção concorria muito, n'este caso especialmente, para a depressão organica e sobretudo para a insufficiencia hepatica.

Finalmente, a tudo isto veio juntar-se a intoxicação, d'origem exogenia ainda, que quotidianamente entrava em jogo, pela alimentação impropria, nomeadamente pelo alcool, de que ella fazia, imprudentemente, largo uso. Não nos surprehende, pois, que em circumstancias tão precarias a gravidade do ataque fosse extrema e insuperavel. Com effeito, o ataque irrompeu com toda a violencia, repetindo-se ameudadas vezes e prolongan-

do-se extraordinariamente. E para cumulo de maior desdita, sobrevem uma complicação puerperal, motivada, por certo, pelo estado particular do collo de que vamos occupar-nos.

Rigidez do collo

Lepage diz que o collo é rigido, quando a sua extincção e dilatação, não progridem, ou não se operam senão com uma extrema lentidão. Tal é o facto observado no nosso caso.

Aqui, parece que ainda havia mais do que extrema lentidão; havia manifesta tendencia para a não extincção, pois que ao cabo de 48 horas de expectativa, tendo havido differentes manobras adequadas, com o fim de o extinguir o mais rapidamente possível, apenas cedeu em certo grau, não chegando nunca a haver extincção e muito menos dilatação.

Depois de se ter tentado debalde, a extincção e dilatação digital, recorreu-se ao dilatador de Tarnier e foram necessarios cerca de 50 minutos, para se conseguir que apenas uma pinça de garras, tivesse escasso accesso na cavidade uterina. E assim o feto teve de sahir por fragmentos. Por isto se vê, que aquelle estado particular do collo, constituiu um facto pouco vulgar de rigidez. Como explical-o? Haveria ali alguma das tres especies de rigidez, que alguns tratadistas descrevem? Vejamos. Rigidez pathologica não o deveria ter sido, porquanto nem o utero apresentava, macro e

microscopicamente lesões que a podessem justificar, nem no passado morbido da doente colhemos elementos, em que nos podessemos basear para afirmar, que se tratava d'uma rigidez pathologica.

Rigidez espasmodica, tambem nos não parece provavel que tenha sido, pois que esta, posto que muitas vezes se prolongue por muito tempo, cede quasi sempre espontaneamente, ao cabo d'um certo periodo e muito mais rapidamente, quando haja intervenção, com o fim de lhe pôr termo.

De resto, a rigidez espasmodica, habitualmente cede depois d'algumas horas. Temos, finalmente, a terceira variedade, a rigidez anatomica, especie sobre cuja existencia auctoridades respeitaveis e respeitadas, tem divergido. Negada por muitos é certo, mas ainda hoje defendida por sabios illustres, a rigidez anatomica parece existir. Parece-nos que o nosso caso caberia melhor n'esta especie do que em qualquer das outras.

Cazeaux e Tarnier, consideram a rigidez anatomica do collo d'origem mechanica e muito mais rara do que a espasmodica. Attribuem a rigidez anatomica ao facto das fibras do collo offerecerem uma resistencia extraordinaria á acção das fibras do corpo, sem que haja n'aquellas alteração que possa explicar a rigidez. Dizem que esta resistencia do collo se observa, sobretudo, nas mulheres muito novas, nas que attingiram uma idade relativamente avançada, nas primiparas e ainda quando o trabalho se declara prematuramente. Lepage affirma que, quasi sempre, se nota a falta d'um dos factores que contribue para a dilatação

do orificio uterino, nas observações publicadas de rigidez do collo. Para elle, rigidez anatomica e rigidez espasmodica, consistem, sobretudo, n'uma anomalia no mechanismo physiologico da dilatação, ou porque houve a ruptura prematura da bolsa d'aguas, ou porque houve a falta ou irregularidade na adaptação da cabeça fetal no segmento inferior, a falta de penetração do feto, aperto da bacia, inserção viciosa da placenta, etc., etc.

Sem nos querermos manifestar pró ou contra a rigidez anatomica, porque isto está na alçada dos que tem competencia e auctoridade para se pronunciarem sobre tão melindroso assumpto, diremos apenas que no nosso caso se deu, effectivamente, um conjuncto de circumstancias, talvez sufficientes para explicar o facto da rigidez e que estão de accordo com as ideias expendidas por Lepage: o facto da primiparidade, a ruptura prematura das membranas, não tendo havido bolsa d'aguas que formasse o segmento inferior, a falta d'appoiio da cabeça fetal, a falta de contracções uterinas e talvez ainda o aperto que se notou existir na bacia, embora esta ultima circumstancia só influisse quando a gravidez fosse levada a termo. Emfim o facto é muito interessante e á falta de conhecimentos para o tratarmos, limitamo-nos simplesmente a registal-o.

Lesões anatomo-pathologicas observadas

Eis-nos talvez, no ponto mais interessante do nosso assumpto.

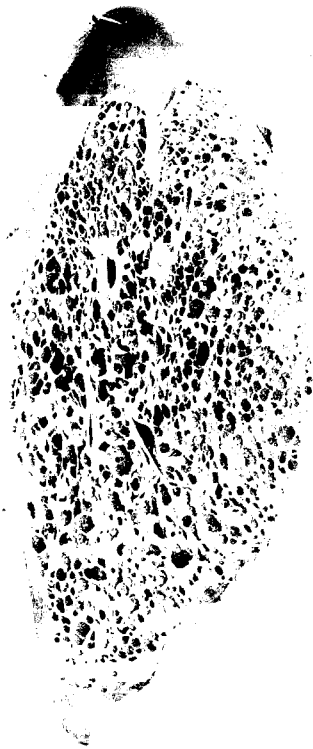
Fallaremos apenas das lesões cavitarias, que offereciam os quatro orgãos, figado, coração, rins e baço, n'uma observação do illustre professor Sr. Dr. Alberto d'Aguiar (1) e na nossa, apenas o figado.

As figuras que apresentamos dão ideia nitida de taes lesões, posto que tenham perdido muito do natural. A primeira ideia que occorria, era perguntar se estas lesões entravam no quadro da anatomia pathologica da eclampsia.

Se ainda hoje não são bem conhecidas, a etiologia e pathogenia d'este syndroma clinico, muito menos o é a sua anatomia pathologica. Com effeito, não é facil distinguir bem as lesões que lhe são proprias, as suas lesões especificas. D'aqui, a razão porque alguns anatomo-pathologistas, têm ido até negar a anatomia pathologica da eclampsia. Esta, comtudo, tem lesões proprias, constantes, que os tratadistas apontam. Todavia, alargam-se pouco em considerações sobre este assumpto e

(1) Foram photographados os orgãos da observação do Sr. Dr. Alberto d'Aguiar, pelo facto de as lesões serem n'ella mais accentuadas e nitidas do que na nossa e haver n'aquelle caso generalisação a outros orgãos alem do figado; todavia, as observações são precisamente eguaes, differindo apenas na sua intensidade.

ESTAMPA N.º 1



FIGADO—Secção antero-posterior.

quasi todos fazem convergir a sua attenção para as lesões hepaticas. E' no figado, com effeito, que se encontra uma alteração constante; consiste em fòcos hemorrhagicos, cuja sede é ao redor dos espaços porta sendo para alguns o ponto de partida d'embolias, que se dão em outros órgãos.

E' assim que se explica a existencia de cellulas hepaticas, ás vezes no estado de degenerescencia gordurosa, no sangue do coração e vasos pulmonares. Estas lesões hemorrhagicas passam por trez phases successivas. Na primeira, ha apenas uma dilatação especial dos capillares intralobulares situada na visinhança immediata dos espaços porta; este conjuncto de capillares ectasiados, está irregularmente disposto ao redor dos espaços porta.

Na segunda phase, a mais frequentemente observada, os fòcos augmentam muito; a periphèria é sempre formada por dilatações vasculares, mas o centro é composto d'um grande numero d'elementos em via de necrose; cellulas hepaticas repellidas e achatadas por dilatações vasculares, globulos destruidos, destroços de capillares, etc., e tudo englobado em uma rede irregular, cavada de vacuolos e formada por fibrilas constituidas por fibrina. Finalmente, n'uma terceira phase, as lesões lembram muito o processo dos infarctus; estes, uma vez constituidos, podem estender-se, tornar-se confluentes e levar, por obliteração dos vasos, á necrose das porções de parenchyma que as separam; formam-se assim vastos sequestros limitados por infiltrações de cellulas redondas que

formam á superficie do figado mosaicos semelhantes aos da ictericia grave. Eis a caracteristica das lesões hepaticas proprias á eclampsia. O figado é constantemente a sede d'estas lesões que apresentam caracteres absolutamente particulares, e permitem differencial-as nitidamente das lesões do figado devidas a outras affecções. Outras visceras, o baço e rins em particular, podem como o figado, apresentar alterações revestindo exactamente os mesmos caracteres destruidores que no figado. As lesões dos rins são muito inconstantes e as mais diversas, desde as das nephrites até um processo de degenerescencia analogo ao do figado. Mas ha casos d'eclampsia em que os rins ficam indemnes, ou apresentam apenas ligeiras lesões inflammatorias.

As lesões do cerebro e medulla espinhal mais notaveis são: as suffusões sanguineas que provavelmente tem a mesma origem que as dos outros órgãos. Para uns, são consequencia do ataque eclamptico; para outros, determinam, ou pelo menos concorrem para a eclosão d'aquelle syndroma clinico. Uns e outros baseiam-se apenas em hypotheses.

Os tratadistas apenas se referem a estas lesões, não apontando um unico caso, em que se tenham observado lesões cavitarias como no nosso. De resto, todas aquellas lesões referidas se encontram na nossa observação e resultam quer do exame macroscopico, quer do microscopico, sobretudo d'este ultimo, onde se encontram descriptas, com toda a proficiencia pelo digno director do labora-

ESTAMPA N.º 2



1. BAÇO — Secção longitudinal.
2. RIM — Corte longitudinal mostrando as duas superfícies da secção.
3. FIGADO — Secção antero-posterior.

torio Nobre. Tivemos ainda o cuidado de compul-sar algumas revistas que nos poderiam dar indica-ções uteis, mas nada conseguimos apurar; os proprios «Annaes do Instituto Pasteur», nada re-ferem sobre o assumpto. Convencemo-nos de que estas lesões nenhuma relação tinham com a ana-tomia pathologica da eclampsia. Suggestiram-nos a ideia de que talvez a doente tivesse sido infe-ctada, embora em vida esta infecção tivesse evo-lucionado silenciosamente, o que de resto era na-tural, attendendo não só ao estado comatoso da doente, mas ainda ao facto de se tratar d'uma in-fecção putrida que, como veremos, póde evolucio-nar sem manifestações geraes, posto que excepcio-nalmente.

Estudando, pois, as septicemias puerperaes, deparamos com as referencias, que Lepage, na sua ultima edição, recentemente sahida do prélo, faz ás infecções puerperaes putridas, chamando para estas especial attenção.

D'aqui nasceu a nova orientação, que nos con-duziu ao estudo das referidas infecções. No que respeita á sua etiologia e pathogenia, encontram-se já estudos feitos; mas pelo que toca á anatomia pathologica, pouco adeantam esses estudos. A attenção dos que se tem entregado a este estudo, é dirigida, sobretudo, no sentido da descoberta de especies microbianas e da sua pathogenia. Assim Lepage fallando da anatomia pathologica das in-fecções puerperaes e referindo-se ás lesões do utero diz o seguinte: *em certas septicemias determi-nadas pelos anaerobios, em particular pelo Perfrin-*

gens (1), os cortes parecem crivados de grandes cavidades irregulares; são veias dilatadas pela distensão gazosa. O endothelio desaparece geralmente. Serão estas cavidades analogas, da mesma natureza que as de nossa observação? E' possível. Todavia, aquelle auctor refere-se apenas ao utero e não falla de nenhuma especie microbiana revellada no interior d'essas cavidades. Jeannin, tratando da generalisação das septicemias gazosas, refere-se ás observações de Demelin e Letienne, publicadas em 1893 (2), nas quaes estes auctores se referem ao caso d'uma mulher tendo apresentado no parto signaes de tympanite uterina e que succumbiu ao 4.º dia depois do parto; houve phenomenos infeciosos: temperatura, arrepios e coma. Na autopsia, praticada 33 horas depois da morte encontraram o figado completamente transformado em uma massa esponjosa, estando os outros órgãos relativamente sãos. Pensaram primeiro que se trataria ahi de uma simples putrefacção *post-mortem*, mas reconheceram que o processo se devia ter dado durante a vida tendo por si occasionado a morte. Mais recentemente Bar e Belloy (3) (refere ainda Jeannin) insistiram sob uma fórma d'hepatite gazosa, n'uma eclampctica. Esta observação é particularmente interessante, porque o figado

(1) Registamos esta passagem, porque, nos parece, se relaciona com o facto de, na nossa observação, apparecer apenas uma unica especie microbiana.

(2) Soc. anat. de Paris, 10 de novembro de 1893.

(3) Soc. d'obst. de Paris, 15 de fevereiro de 1900.

ESTAMPA N.º 3



1



2



3



4

1. **BAÇO** — Secção longitudinal.
2. **RIM** — Superfície exterior mostrando numerosas depressões correspondentes ás cavidades alveolares.
3. **UTERO** — Secção longitudinal.
4. **CORAÇÃO** — Secção longitudinal.

pôde ser recolhido 12 horas depois da morte, época em que a putrefacção cadaverica não tinha tido ainda tempo de se ter pronunciado; os fragmentos do figado levantados na parte inferior, fluctuavam no alcool; o exame histologico revelou numerosos coccus junto das regiões dissociadas pelos gases. Finalmente, refere o citado auctor uma 3.^a observação de Thoyer-Rozat (1). Tratava-se de uma mulher de 28 annos, eclamptica em estado comatoso. Praticaram-lhe o parto rapido, tendo nascido uma creança que não foi possível reanimar. A temperatura elevou-se progressivamente, facto que fez pensar n'um processo, que veio enxertar-se sobre a intoxicação eclamptica. A doente succumbiu ao cabo de 24 horas. O cadaver foi conservado em logar muito frio, a uma temperatura muito baixa. Na autopsia encontraram o figado emphysematoso, com pequenas hemorragias sob-glissoneanas, em diversos pontos. Os cortes mostraram espaços livres, correspondendo a cavidades feitas no parenchyma e existindo quer nos espaços porta quer no proprio interior dos lobulos hepaticos.

Em face d'estas observações somos levados a crer e bem fundadamente, que aquellas lesões são exclusivamente da alçada das infecções putridas.

Quanto á fórma como foram produzidas, cremos que tem por causa directa, agentes microbianos anaerobios e nomeadamente o bacillus *Per-*

(1) Soc. d'obst. de Paris, novembro de 1901.

fringens, que levados ao contacto do parenchyma hepatico, ahi se fixam e se desenvolvem atacando a cellula hepatica que é a primeira a morrer por ser o elemento mais nobre do orgão. Mas podem tambem, simultaneamente, ser auxiliados n'este trabalho demolidor, mechanicamente pela grande quantidade de gases que produzem. Do estudo das nossas preparações histologicas, parece deprehender-se que na realidade, o ataque directo dos microbios ás cellulas, é um facto. A sua fixação na intimidade das paredes das cavidades, a sua migração atravez dos espaços intercellulares, e a sua reunião em montões, alguma coisa deve significar.

Que as lesões sejam produzidas *post mortem*, tambem o não cremos, porquanto temos assistido a um grande numero d'autopsias, durante o nosso curso medico e nunca observamos taes lesões nem ouvimos fallar d'ellas a quem tem feito mais autopsias do que nós. Pois entre tantas autopsias muitos casos deveria ter havido, cujas circumstancias permittissem o apparecimento de taes phenomenos de putrefacção, sobretudo porque quando se procede á autopsia, geralmente têm decorrido, pelo menos dois dias, depois da morte. Além d'isso, trabalhos modernos, sobretudo os da Krönig e Bar, vieram provar que não se tratava simplesmente de decomposição *post mortem*, mas de lesões produzidas durante a vida, pois que muitas vezes se notam manifestos signaes de reacção cellular, assim como pequenas hemorragias, vindo da deslocação dos lobulos pelos gases. Se, como

na nossa observação, ha casos em que essa reacção cellular se não evidencia, isto não deve surpreender, porque nem sempre o orgão tem a indispensavel aptidão para se poder defender. E' certo que em alguns casos, estas lesões visceraes são produzidas apenas, no periodo agónico ou preagónico, (sendo n'estes casos que a reacção é menos intensa) porque os agentes microbianos só entram na circulação sanguinea, quando o sangue soffreu certas modificações indispensaveis para se tornar um meio favoravel ao seu desenvolvimento. Em casos como o nosso, bem cedo o sangue lhes oferece essas condições favoraveis de vida, podendo, pois, haver uma generalisação rapida a todas as visceras, onde elles se vão alojar, procurando n'ellas meio de vida ainda mais favoravel.

Mais adeante fallaremos dos agentes etiologicos d'estas infecções putridas e da sua pathogenia. Mas seja dito desde já, que as especies determinantes d'estas manifestações visceraes, em todos os parenchymas e mesmo no proprio sangue, desenvolvem gazes e são os mesmos que dão nascimento á physometria intra-uterina; são os anaerobios habituaes das infecções putridas e particularmente o *Bacillus Perfringens*.

Identificação da especie microbiana encontrada

Identificação da especie lhe chamamos, mas somos o primeiro a reconhecer que a designação é impropria, porquanto a identificação ou diagnostico de qualquer especie microbiana, ha-de

necessariamente basear-se em dados seguros e obedecer a uma technica bacteriologica, especial a cada especie. Incurremos na falta de não ter feito colheita de sangue e serosidades, que nos permitissem, baseando-nos em dados de laboratorio, fazer, d'uma maneira segura, a identificação da especie encontrada.

Na impossibilidade de a fazer por aquelle processo, tentaremos aquella identificação, obedecendo, quasi exclusivamente, a dados hypotheticos. Tratar-se-ha d'alguma especie inoffensiva, banal? Esta hypothese não parece admissivel, porque nos repugna crêr, seja microbio banal, o agente causador de tão extensas e, portanto, tão graves lesões. De resto, taes lesões tendo sido produzidas n'um curto periodo, devem estar d'accordo com a intensidade e virulencia da causa. Por isso, esta hypothese é posta de parte.

Ao iniciar este estudo, a mesma ideia que nos ocorreu, a proposito das lesões cavitarias, nos ocorre ainda agora, sobre se a existencia d'esta especie no organismo, se relaciona ou não com o facto da eclampsia. E esta ideia é tanto mais natural, quanto é certo que a theoria microbiana da eclampsia, tem tido sempre acerrimos defensores, embora conte tambem muitos detractores. Façamos, pois, o mais rapidamente possivel, uma resenha historica do que se tem avançado sobre a theoria microbiana da eclampsia puerperal e vejamos se ahí, alguma especie se encontra, cujos caracteres morphologicos e lesões visceraes, tenham alguma analogia com o que observamos.

Em 1825, a celebre parteira M.^{me} Lachapelle aventou a ideia da contagiosidade da eclampsia, pelo simples facto, de lhe terem vindo quatro parturientes eclampticas, ao mesmo tempo, d'um determinado departamento e ser atacada de convulsões eclampticas uma parturiente, cujo leito se achava contiguo ao d'uma eclamptica. Realmente estes factos são impressivos e pendem em favor da origem microbiana. Mas pesquisas e trabalhos apprehendidos para estabelecer a origem microbiana da eclampsia, carecem de assentar sobre factos mais positivos e sobre uma base mais scientifica.

Em 1883, Doleris, (1) pensou que tinha encontrado nas urinas de mulheres eclampticas, com albuminuria, microbios, agentes pathogenicos da eclampsia. Bem depressa reconheceu o falso caminho que seguia, porque era um erro ir procurar, quando se trata d'uma doença geral, o microbio pathogenico da doença no reservatorio urinario.

Em 1836, Jürgens, encontrou no figado e pulmões de mulheres mortas com eclampsia, bacillos curtos, ligeiramente recurvados, mas não lhes deu grande importancia.

Em 1889, Blanc, descobriu por sua vez, nas urinas e no sangue d'eclampticas, um bacillo cuja acção pathogenica, lhe pareceu evidente mas não o satisfez.

Em 1891, Fabre, encontrou em infartus bran-

(1) (*Semaine medicale*, pag. 187).

cos de placentas eclampticas, um microbio que chamou *micrococcus eclampsiaë*. Herrgott, fez sementeiras com sangue e urinas de 9 eclampticas (1); as do sangue ficaram estereis; as da urina apenas duas vezes foram positivas, revelando um bastonete muito semelhante ao mico-organismo descrito por Blanc. Foram feitas inoculações com elle, em coelhos e coelhas prenhes; estas succumbiram sem apresentar symptomas eclamptiformes, bem nitidos.

Em 1892, Gerdes, faz por methodos os mais rigorosos, experiencias, de que resultou o ser posto em evidencia um bastonete curto e muito movel, encontrado nos rins, no figado e no sangue d'aorta d'uma eclamptica. Isolou-o e cultivou-o, estudou-lhe a acção em animaes; experiencias diversas foram feitas em ratos, coelhos e pombos; apenas os ratos apresentaram certos phenomenos d'intoxicacão. N'um segundo caso encontrou o mesmo micro-organismo no utero, n'uma ferida placentaria, no figado ainda e no pulmão; d'aqui concluiu que a eclampsia era uma doença infecciosa, provocada por um micro-organismo especial; que a infecção se faz no utero, provavelmente a favor d'uma endometrite preexistente á gravidez. Este ultimo facto cahe deante do seguinte: que as multiparas, apresentando endometrites mais vezes que as primiparas, são entretanto bem menos sujeitas aos accessos eclampticos. Um pouco mais tarde

(1) Ann. de geneol. janeiro e fevereiro de 1902.

Hafmeister e Haegler fizeram vêr que o bacillo de Gerdes não era outro, senão o *proteus vulgaris*.

Em 1893, fizeram diversas experiencias Fehling e Chamberlent, com o fim de encontrar o microbio especifico da eclampsia.

Todas as suas culturas ficaram estereis.

Finalmente, nos annaes de gynecologia de dezembro de 1892, janeiro e fevereiro de 1893, Herrgott, trata de novo esta questão e arranja para a eclampsia duas pathogenias: umas vezes, pôde ser devida a uma auto-intoxicação, consequencia d'uma alteração dos rins; outras é consequencia da acção d'um microbio pathogenico especial, que se encontra no organismo materno, modificado pela gravidez. Fez culturas com sangue e urina de 17 eclampticas; as culturas com sangue foram negativas; das culturas feitas com urina recolhida asepticamente, com sonda, apenas 2 foram positivas e revellaram um microbio especial, que cultivado em placas de gelatina, se apresenta sob diversos aspectos na mesma cultura. E um bastonete umas vezes gordo, curto, duas vezes mais longo que largo, outras vezes ligeiramente ovoide, outras ainda tomando a fórmula d'um biscoito. Inoculações feitas em coelhos e coelhas deram resultados positivos e o microbio foi encontrado no sangue e visceras d'estes animaes.

Parece-nos, pois, que seria uma temeridade apresentar, como agente etiologico da eclampsia, a especie de que se trata na nossa observação. No que deixamos exposto nada vemos, em que nos

possamos basear para crer, que aquella especie seja alguma das apresentadas na etiologia da eclampsia. Os auctores não apontam uma bacteria, que morphologicamente tenha analogia com a nossa, nem lesões onde ella se encontre e que lhe sejam attribuidas, como as da nossa observação. Desde essa epoca não conhecemos trabalhos novos sobre este assumpto, nem temos visto referencias n'este sentido. Será porque a theoria microbiana seja impotente para explicar as lesões? Evidentemente não. E' certo que Bouchard com a sua theoria pathogenica, hepato-toxhemia, abalou muito a theoria microbiana supplantando-a mas não a derruiu. Para isto seria indispensavel que tivesse chegado já a conclusões evidentes, a demonstrações seguras, irrefutaveis, o que não succede. Se ha uma grande divergencia entre os defensores da theoria microbiana, no que diz respeito ás especies encontradas, pelo facto de não terem achado uma especie unica, definida, que seria indispensavel isolar, cultivar, inocular e reproduzir com ella a doença, isso não deve surpreender, porque problemas ha, cuja solução só se consegue com grande tenacidade d'estudo e com o decorrer do tempo.

De resto a theoria microbiana seria ainda mais racional do que a do Bouchard e dar-nos-hia, com certeza, a explicação de certos phenomenos, que aquella nos não explica. A questão, pois, não está definitivamente julgada; a hypothese microbiana póde ter fundamento; os caracteres clinicos da eclampsia, mais do que as lesões anatomo-patho-

logicas que a caracterizam não excluem esta hypothese. Não poderá até tratar-se d'um micro-organismo que escape, actualmente, aos meios bacteriologicos d'investigação? Se a bacteriologia tem sido recentemente fecunda em descobertas e constantemente está causando surpresas, por certo que ainda não deu o ultimo passo. Já nos mostrou os agentes especificos da syphilis, da variola, sarampo, etc.? E comtudo poderemos duvidar da especificidade d'estas affecções? Por certo que não. Mas, seja-nos relevada a falta, sahindo um pouco fóra do assumpto e prosigamos com elle.

Não sendo, portanto, agente etiologico da eclampsia, era natural que o procurassemos entre os agentes etiologicos das infecções. Tomamos para base do diagnostico, dois elementos: 1.^o os caracteres morphologicos; 2.^o a coloração pelo methodo de Gram.

Morphologicamente considerado, o micro-organismo tem grande analogia com o *bacillus anthracis*, com o *vibrion septico* de Pasteur e ainda com o *colli-bacillo*. Este ultimo é immediatamente posto de parte, porque não toma o Gram.

Com o *bacillus anthracis* tem effectivamente grande similhaça e toma, como elle, o Gram. Mas não consideramos provavel que se trate de tal especie, porquanto esta é propria das regiões montanhosas, percorridas pelo gado lanigero e não das regiões da beira-mar.

E' este um facto que tem grande importancia embora se lhe não possa attribuir valor absoluto. Reputados clinicos d'esta cidade nos affirmaram

nunca ter observado um caso de pustula maligna, não só na cidade, mas ainda em qualquer ponto do districto.

Mas temos ainda um outro argumento que nos parece ter algum valor e em que nos podemos basear para suppor que não se trata do bacillus anthracis: o carbunculo é uma affecção, cuja primeira manifestação é sempre uma lesão puramente local. Esta manifestação póde ser externa ou interna, mas é quasi sempre externa, sobre o tegumento lesado.

E' esta manifestação propria do homem ao passo que a manifestação interna é mais propria dos outros animaes, embora no homem se observe por vezes, especialmente nos individuos que constantemente manipulam lãs e pelles. Ora, na nossa observada, que foi cuidadosamente examinada e autopsiada, nenhum signal havia que nos fizesse suspeitar d'uma infecção carbunculosa.

Resta-nos o *vibrion septico*. E' tal a similhaça que este agente microbiano apresenta com o micro-organismo da nossa observação, que nos convencemos, nos primeiros momentos, de que não se tratava d'outra especie; e isto era tanto mais natural, quanto é certo, que o *vibrion septico* é um agente extremamente vulgar, por toda a parte.

Reconhecemos que não se tratava do *vibrion septico* quando, mandando o professor Snr. Dr. Alberto d'Aguiar, verificar se o microbio das nossas peças histologicas tomava o Gram, se notou que o tomava perfeitamente; ora o *vibrion septico* não o toma.

Todavia, Macé, no seu tratado de bacteriologia, refere-se a um microbio, cujos caracteres morfológicos são precisamente os do vibrion septico, mas toma o Gram. Parece querer apresental-o como uma variedade do vibrion septico, porque apenas se refere a elle, de passagem, quando descreve aquelle micro-organismo. Se o considerasse como uma especie autonoma, devia descrevel-o em capitulo especial. Diz elle: «Fraenkel encontrou em 4 casos de phlegmões, acompanhados de producção de gaz, um bacillo anaerobio differenciando-se facilmente do vibrion septico.

Morphologicamente considerado, parece-se muito com o bacillo do carbunculo e é completamente immovel. Não fórma esporos, cora-se muito bem pelas côres d'anilina e conserva muito bem a coloração pelo methodo de Gram.

E', provavelmente, este mesmo microbio, que Weillon e Zuber, encontraram no intestino, em varios casos d'appendicite e chamaram *Bacillus Perfringens* e Guilhemot, em um caso de gangrena gazosa».

Consultamos alguns tratados de bacteriologia, mas não vimos referencias a este agente microbiano. Varnier, tratando das infecções puerperaes por anaerobios, descreve algumas especies microbianas e entre ellas, apresenta um bastonete, a que não dá nome e que nos parece ser o *Bacillus Perfringens*: «bastonete muito analogo ao bacillo do carbunculo, de estremidades arredondadas, não fórma nunca filamentos, não movel; em quasi

todos os meios culturaes ha producção de gazes e toma bem o Gram».

Finalmente Lepage, pondo em evidencia as differentes especies microbianas anaerobias, chama a attenção para o estudo d'estas e põe em foco especialmente o *Bacillus Perfringens* que foi encontrado em certos orgãos, rim e figado em particular, n'um caso d'infecção *post partum*, n'uma mulher cujos lochios apresentavam este microbio. Refere-se ao trabalho de Jeannin (*Etiologie e pathogenie des infections puerperales putrides*, 1902) que compulsamos e no qual vimos a descripção de numerosas especies microbianas, coccus e bacillus. Entre estes figura o *Perfringens*, cujos caracteres morphologicos correspondem aos do agente microbiano apresentado por Varnier e por Macé; além d'isto tomou bem o Gram.

Ora, entre as especies bacillares apresentadas pelo citado auctor, ha apenas tres, que tomam o Gram; são: o *Perfringens*, o *Ramosus* e o *Caducus*. Attendendo aos caracteres morphologicos estes dois ultimos serão excluidos. O *Ramosus* é um bastonete muito fino, ligeiramente mais grosso, que o bacillo da septicemia dos ratos. O *Caducus*, apresenta caracteres morphologicos muito semelhantes aos do *Ramosus*.

Pelo que fica exposto e ainda pelo facto de, nas infecções puerperaes putridas, causadas pelos anaerobios, o *Perfringens* entrar na maioria dos casos, e quando entra, ser a especie predominante, podendo, só por si, causar uma infecção bastante grave visto que póde adquirir uma grande viru-

lencia, e ainda pelo facto, de no nosso caso ter havido uma d'estas infecções, somos levados a crer que a especie encontrada na nossa observação, não é outra senão o *Bacillus Perfringens*.

Considerações geraes sobre a
etiologia e pathogenia das infecções putridas

Etiologia — Como causa determinante d'estas infecções, diferentes agentes, aerobios e anaerobios, tem sido apontados. Os primeiros, actuam indirectamente, preparando o meio para que os segundos possam exercer uma acção pathogenica. Esta symbiose microbiana tem uma importancia extraordinaria na etiologia d'estas infecções; as especies soffrem com ella, uma exaltação na sua virulencia.

Differentes especies microbianas podem produzir infecções putridas, quer se manifestem localmente, quer sob a fórma d'uma septicemia geral. Durante muito tempo passavam ignoradas diferentes especies anaerobias, pelo facto de que, não se lhe dando importancia, não se faziam culturas especiaes a estes microbios. Foi Pasteur, quem descobriu um grande numero d'estas bacterias nas putrefacções, mas não as indicou como agentes etiologicos d'infecções. Essa honra coube a Krönig, Fräenkel e Doleris, que não só descobriram novas especies, mas ainda puzeram em evidencia o seu papel pathogenico, dadas certas condições.

As especies anaerobias são muito numerosas, mas ainda mal conhecidas, não só pela divergen-

cia na technica bacteriologica, mas ainda porque a mesma especie tem tido varios nomes, a gosto dos differentes auctores que a tem encontrado. Comtudo algumas ha já sufficientemente estudadas, quer coccus, quer bacillus.

Entre os primeiros figuram: o *micrococcus fetidus*, o *staphylococcus parvulus*, o *micrococcus gazogenes alcalescens* e os *streptococcus anaerobios*. Entre os segundos, temos os seguintes: *bacillus perfringens*, *radiiformis*, *ramosus*, *tethoides*, *fragilis*, *nebulosus* e o *caducus*.

Nos tratados de bacteriologia que nos foi possível obter, apenas vimos, como já foi dito em outro lugar, referencias ao primeiro d'estes bacillos, o *perfringens* e n'um só tratado, o de Macé.

Jeannin faz o estudo detalhado de cada uma d'estas especies, baseando-se em experiencias suas e nos trabalhos de Krönig, Weillon e Zuber.

Apresenta-nol-as como principaes agentes d'uma serie d'affecções de natureza gangrenosa ou putrida e em particular das que nascem na visinhança das cavidades naturaes do organismo. Agentes productores de otites e mastoidites, causam ao redor do olho phlegmões gangrenosos: as sinusites da face com pus fetido, os phlegmões gangrenosos do pavimento boccal: o adeno-phlegmão sub-maxillar e cervical, reconhecem como causa os mesmos germens. No proprio aparelho respiratorio, apparecem como agentes da gangrena d'origem embolica ou aerea e das pleuriasias putridas. Da mesma maneira todas as suppurações, com ponto de partida intestinal, lhes devem o seu

caracter de fetidez e feição gangrenosa, em particular as gangrenas e abcessos appendiculares. São a causa da transformação purulenta dos kistos ovaricos, hydaticos, e das infiltrações d'urina. Emfim, o seu papel é immenso, na pathologia puerperal.

Ha ainda alguns auctores, que não querem vêr n'elles, senão simples saprophytas, incapazes d'actuar por si proprios, d'infectar o organismo.

Este ponto, porém, já não offerece duvidas. Conhecer o papel que cabe a cada uma d'estas especies, não é facil, porque, na grande maioria dos casos, as infecções são polymicrobianas. Inoculações em animaes de laboratorio provam, que ellas se mostram quasi uniformemente pathogenicas, dando logar a accidentes semelhantes. Entretanto, alguns parecem ter um papel um pouco especial. Assim, nas gangrenas pulmonares, o principal papel parece caber ao bacillus ramosus. Na physometria, esse papel cabe ás bacterias gazogeneas, sobretudo ao bacillus perfringens, que é tambem o principal agente das septicemias anaerobias generalisadas.

Umaz vezes, os anaerobias actuum como agentes auxiliares; outras causando, por si proprio, uma infecção. No primeiro caso, não se trata d'uma infecção putrida, mas sim d'uma infecção puerperal, no decurso da qual, a penetração, *in utero*, dos anaerobios, se faz secundariamente, isto é, sem que devamos considerar estes germens como a propria causa dos accidentes infecciosos. N'este caso elles revellam a sua presença pela fetidez dos

lochios, sem que o caracter geral da infecção se encontre aggravado; em outros casos, além d'esta fetidez, os phenomenos geraes accentuam-se, os signaes d'intoxicação geral tornam-se mais manifestos e obscurecem o prognostico.

Entregues a si proprios, a sua acção é bem diversa; sem o auxilio de qualquer agente microbiano aerobio, o seu papel pathogenico é exclusivamente seu; então todos os graus da infecção podem ser observados, desde a simples putrefacção dos lochios, até á infecção generalisada, seguindo a marcha da infecção, grau a grau.

Os anaerobios podem ficar alojados *in utero*, sem passar além, e ahi pullulam se encontram condições favoraveis: retenção completa ou incompleta dos lochios, detrictos organicos, ou coagulos que lhes forneçam alimento. E' certo que ás vezes o terreno lhes foi preparado por aerobios, que chegaram primeiro, mas isto não é indispensavel, pois que numerosos casos ha em que os anaerobios, só por si, e até mesmo uma unica especie, embora raras vezes, são capazes de atacar a materia albuminoide das cellulas e dos liquidos, de as peptonisar, transformando-as em putrilagem, desenvolvendo-se, por vezes, gases abundantes, *in utero*, isto é, a physometria. Estes phenomenos podem estender-se á caduca dando lugar á endometrite putrida ou gangrenosa, tambem chamada metrite dissecante. Ha sempre a producção *in situ* de toxinas mais ou menos abundantes, mais ou menos virulentas, que, reabsorvidas, determinam phenomenos d'intoxicação geral. Mas os anaero-

bios podem ir mais longe ainda, sahindo dos órgãos genitales, e indo infectar o organismo. Obedecendo á sua qualidade biologica de não poderem viver senão na ausencia do oxygenio, procuram na sua diffusão, vias especiaes.

E' a via lymphatica que melhor lhes serve, ou então atravez das serosas. Com effeito, trabalhos de Krönig provam que é este o caminho que mais vulgarmente seguem, dando lugar a uma metrolymphangite, que póde ser seguida de peritonite. Assim se fórma o ponto de partida de collecções suppuradas putridas perimetricas, salpingites, abcessos do ovario, phlegmão do ligamento largo, etc.

Mas a via sanguinea tambem lhes serve, sobretudo a via venosa. Para que possam seguir esta via, torna-se indispensavel que se dê uma das seguintes eventualidades, ou ambas simultaneamente: 1.º que o organismo offereça condições d'hematose especiaes, isto é, que esta esteja profundamente perturbada; 2.º que os germens entrem associados a aerobios.

Pathogenia — Estas infecções não fogem ás leis geraes da pathologia e o que se passa no utero puerperal, é identico ao que se observa em outros aparelhos.

Toda a infecção póde vir da propria pessoa, do exterior, ou ter simultaneamente estas duas origens; e assim teremos: infecção autogenea, heterogenea e mixta.

A infecção heterogenea é mais rara e facil-

mente evitavel. E' rara porque os germens anaerobios, sequestrados do meio que lhes é proprio, morrem facilmente. Desde que se não leve aos orgãos genitae da mulher, germens recentemente tirados de meios favoraveis, não ha que receiar. Ainda mesmo que a desinfecção não seja muito rigorosa, bastava o contacto do ar durante algum tempo, para os matar ou, pelo menos, attenuar muito. O oxygenio é o seu grande inimigo. E' facilmente evitavel, porque estes germens resistem pouco aos agentes vulgares da desinfecção e morrem quasi immediatamente em presença do ar e da luz.

A auto-infecção tem tido ardentes partidarios e detractores. Defendem-a Fritsch, Ahlfeld e Bumm na Allemanha e Doleris em França.

Fritsch, fallando da auto-infecção, chama-lhe infecção não pathogenica e explica-a assim: existem nas coxas, perineo e monte de venus, microbios da putrefacção, ao contacto dos quaes os lochios, como todos os liquidos albuminosos, experimentam a decomposição putrida, phenomeno favorecido pelo calor do leito. Esta decomposição estende-se naturalmente á vagina, sobretudo quando ahi existem lacerações, coagulos, ou detrictos membranosos; mas para elle, as bacterias da putrefacção não são pathogenicas porque não estão sufficientemente familiarizadas com o organismo humano, para se poderem utilizar, desde os primeiros instantes, dos materiaes nutritivos, que ahi encontram.

Ahlfeld, diz que a abstenção d'exploração in-

terna e o emprego de luvas esterilizadas, não evitam a febre puerperal; os germens encontram-se no proprio corpo da parturiente, no momento do nascimento, ou *ahi se* introduzem espontaneamente; a maior parte das vezes o muco vaginal não contem microbios virulentos, mas estes vêm de suppurações mais antigas, na visinhança dos órgãos genitales e no momento do parto soffrem exaltação de virulencia: para elle, a desinfecção vaginal rigorosa e systematicamente feita, evita as infecções.

Bumm é da mesma opinião d'Ahlfeld, differindo d'elle apenas, por não admittir que os germens virulentos possam partir da propria vagina; quando estes *ahi se* encontram, é porque fôram ali levados por um processo qualquer, sem comtudo incriminar um toque, com as mãos em condições improprias.

Doleris em 1900 (10.º Congresso internacional de Medicina) expõe nitidamente a questão, e defende a sua doutrina, admittida pela maioria dos parteiros francezes; admitte a infecção autogenia, no sentido mais geral e na accepção mais lata, reconhecendo-lhes duas causas: ou ha pre-existencia dos germens pathogenicos nas secreções das mulheres gravidas, ou então não existem no canal vaginal senão saprophytas, anaerobios a maior parte das vezes, capazes de adquirir virulencia ao contacto de residuos necrosados, ou do conjuncto de substancias mais ou menos mortificadas.

Depois d'este congresso os trabalhos têm con-

tinuado. Chapman apresenta uma theoria nova. Admitte, com effeito, que existe um modo de penetração dos germens nas vias genitales, atravez dos epithelios das vias respiratoria e digestiva. Em appoio d'esta these, cita trabalhos de Adami; incessantemente os leucocytyos atravessam os epithelios do intestino e podem vehicular os germens, introduzindo-os assim na economia; ora no decurso da gravidez a circulação do utero e órgãos pelvicos é particularmente activa; os leucocytyos carregados de microbios, poderão ser depositados nos diversos tecidos contiguos ao utero e d'ahi serem eliminados pelas secreções vaginaes, espantosamente augmentadas durante a gestação. Estas secreções tornam-se assim um verdadeiro deposito de productos septicos e se são impotentes para expulsar todos os germens, que contêm, apparece uma auto-infecção. E' uma infecção *cryptogenetica*, cuja causa passa despercebida.

Na Allemanha sobretudo, os principaes adversarios da auto-infecção têm sido, Menge, Weit e Wormser. O primeiro declarou (no congresso referido) que nenhuma das bacterias reconhecidas pathogenicas, na febre puerperal, vive como saprophyta nas secreções vaginaes; quer dizer, que nenhuma infecção autogenica, sob a dependencia d'estas bacterias, póde partir da vagina.

Weit reconhece, que as infecções puerperaes estão sob a dependencia de microbios variados, mas estes microbios fôram sempre importados, para a vagina, quando ahi se encontram, no momento da parturição, por exemplo, por um coito

recente. Da mesma maneira alguns germens podem vir do recto, mas a vagina defende-se d'elles. O autogenismo não existe, pois, para Weit que attribue a infecção puerperal a uma falta de technica.

Döderlain e Pestalozza condemnam como superflua e perigosa a desinfecção da vagina da mulher sã, de parto; e convencidos do poder bactericida do muco vaginal, não só não fazem desinfecção, mas operam até com luvas, para o resguardar contra toda a possibilidade de contagio.

Tal é, summariamente, a doutrina da auto-infecção. Posto que nos não seja dado fazer a critica de opiniões tão respeitaveis, sempre nos abalçaremos a dizer que nos parece bem fundada a doutrina autogenetica; é um facto averiguado, que a flora microbiana da vulva e da vagina, pelo menos na metade inferior d'esta, é rica em microbios pathogenicos e não pathogenicos. Quasi todos os tratadistas apontam os elementos constituintes d'esta flora; muitos, citam mesmo algumas especies que se encontram no collo uterino, especialmente no orificio externo e ainda na superficie exterior e nos fundos-de-sacco; isto no estado normal; ora no estado pathologico e nomeadamente na gravidez, a flora microbiana dos orgãos genitales, não só augmenta, mas os seus elementos soffrem um certo grau de exaltação na sua virulencia, podendo tornar-se offensivos na primeira occasião opportuna.

Existem casos muito frequentes, em que o utero é portador d'agentes microbianos, no de-

curso da gravidez, porque é attingido d'endometrite. Walter chamou-lhe endometrite microbiana latente do estado gravidico. Examinando um total de 10:000 partos, notou que houve um certo numero de casos, em que a febre, no curso do puerperium, não podia ser explicada por nenhuma das causas habituaes. Em presença d'estes casos, é racional pensar que podem existir no curso da gravidez, endometrites latentes, devidas a agentes pathogenicos e capazes de terem ficado silenciosas até ao parto. Além d'isto, é um facto averiguado, que em determinadas circumstancias, pôde haver uma perfeita migração microbiana, espontanea ou determinada, para o perimetro ou mesmo para o endometrio e vagina. Ou o microorganismo é attrahido por um conjuncto de circumstancias anormaes, que se dão n'estes órgãos, ou pôde ser levado, quer na corrente sanguinea, quer fixo ao leucocyto. Não nos repugna admittir a opinião de Fritsch e sobretudo de Doleris e Chapman. Não achamos, todavia que Fritsch tenha razão, affirmando que as bacterias da putrefacção não são pathogenicas, que não estão sufficientemente familiarisadas com o organismo humano, para se poderem utilizar, desde os primeiros momentos, das materias nutritivas que ahi se encontram. Essas bacterias não são pathogenicas, é certo, mas muitas d'ellas, em determinadas circumstancias, tornam-se pathogenicas e até muito virulentas. N'um grande numero d'observações, que Jeannin aponta, todas da sua propria observação, ha muitas produzidas exclusivamente por anaerobios, agentes

da putrefacção, cuja gravidade não era menor do que a d'infeccções por agentes pathogenicos conhecidos.

Posto isto, vejamos agora d'onde vêm estes agentes microbianos e como actuum. Os microbios podem chegar ás vias genitae de duas maneiras: ou serem para ali vehiculados por quem faz os toques ou intervenções, ou então, vir de qualquer região da propria mulher. N'um e n'outro caso, póde ser a propria mulher, que tocando-se, as vehicule. A mulher portadora de qualquer affecção exterior, cutanea, póde pelos dedos transportar os germens á vagina. Este modo d'infeccção é muito vulgar e póde dar-se sempre que haja infracção dos preceitos hygienicos. Recentemente incrimina-se até o banho geral, como vehiculante dos germens, quer estes provenham da propria agua, quer da superficie exterior do corpo, destacados d'este pela agua do banho e sobretudo quando a mulher fricciona o tegumento, com o fim de se lavar. Isto geralmente succede apenas nos hospitaes e maternidades; na clinica particular, a mulher apenas toma banho em determinadas circumstancias, com fim therapeutico.

E' principalmente na Allemanha, que o banho geral d'immersão é proscripto como anti-hygienico e contraproducente. Stroganoff emprehendeu trabalhos interessantes, sob este ponto de vista; preparou um banho geral abundante, juntou-lhe 30 grammas d'iodeto de potassio, préviamente dissolvido em agua, a mulher permanece no banho 20 minutos; sae e colloca-se em decubito dorsal,

sobre uma mesa; secca-lhe cuidadosamente os órgãos genitales externos; abre-lhe a vulva e vagina com uma valvula do especulo de Simon e um afastador lateral, introduz uma grande cureta, com todos os cuidados, até ao fim da vagina sem tocar nas suas paredes, tira uma certa quantidade de liquido misturado com agua que deposita n'um gadget de vidro; junta-lhe uma gotta d'acido nitrico fumante e um pouco d'amido. A agua recolhida torna-se azul. Isto prova que a agua do banho tinha chegado ao contacto do utero. Outros têm feito exames bacteriologicos e tem encontrado, nos productos recolhidos na vagina os mesmos microbios que a agua do banho contem.

Em outros casos os germens não são levados directamente aos órgãos genitales, mas chegam ahi por trajectos diversos e ás vezes muito longos. Umaz vezes provém do intestino, e estes casos não são raros, sendo vehiculados por leucocytos, dadas circumstancias especiaes. Podem ainda chegar por via transperitoneal; alguns auctores, nomeadamente Clado, provaram que o coli-bacillo pôde passar a parede intestinal, sem n'ella existir qualquer solução de continuidade. E' necessario todavia, que haja qualquer alteração pathologica, pelo menos nos órgãos circumvisinhos. Ora o utero, é um órgão que está em relação directa com o intestino, e modificado pela gravidez, ou por uma outra circumstancia anormal, é facilmente invadido durante a prenhez, no parto e mesmo no port-partum, especialmente se ha adherencias utero-intestinaes, que se observam em nu-

merosos casos : antigas suppurações pelvicas, salpingites, retroversão uterina, etc.

A via vulvo-vaginal é a mais frequente e a mais natural. No perineo e especialmente em volta do anus, ha grande abundancia de anaerobios que vieram do intestino ; estes germens podem ahi viver, especialmente se encontram condições favoraveis, como sejam lacerações, feridas, sobretudo as contusas e irregulares, onde pullulam livremente, resguardando-se do contacto do ar, formando lagos, onde se escodem.

Para que possam actuar é indispensavel que se dêem certas circumstancias, umas inherentes aos órgãos maternos, outras aos agentes microbianos.

Entre as primeiras temos : abertura do collo, a falta d'involução, as lacerações do collo, que abrem a porta á infecção por via venosa e lymphatica ; os detrictos membranosos, que pendendo do utero, actuam como drenos, debaixo para cima, permittindo assim a ascensão dos germens da vagina ao utero. Ás vezes mesmo é a massa placentaria inteira, que faz dreño, especialmente nos abortos. E' esta uma das causas mais frequentes de infecção autogenia e tem uma grande importancia.

Entre as segundas, temos a exaltação de virulencia microbiana ou a passagem de simples saprophytas a pathogenicos, se encontram um meio de vida favoravel.

A exaltação da virulencia dá-se todas as vezes que os germens mudam de meio e especialmente quando ha associação microbiana. São meios fa-

voraveis, as feridas e aquelles em que ha detrictos materiaes organicos, vivos ou mortos; a retenção dos lochios, pelo facto d'uma anteflexão, tornando o utero um vaso fechado; a retenção de coagulos, da placenta e membranas; finalmente, a morte e maceração do feto, constituem a principal causa predisponente da infecção puerperal putrida. Tarnier, considera esta circumstancia como especialmente terrivel, porque é n'estas circumstancias, que o ovo inteiro, póde fornecer um excellente meio de cultura ás bacterias que n'elle penetram; á maceração succede a putrefacção immediata e em seguida a physometria. Mas não só acontece isto com o ovo intacto; com elle aberto os mesmos phenomenos se observam, mas succedem-se muito mais rapidamente; a retenção de qualquer das partes do ovo, póde tambem dar logar á putrefacção e physometria, desde que o collo se feche; mas n'esta retenção parcial, os accidentes infeciosos não são tão graves, mas em compensação as hemorragias podem apparecer com frequencia, pondo em grave risco a vida da parturiente, quer por morte fulminante, quer porque, enfraquecendo o organismo, dê logar a uma doença intercorrente.

Postas estas considerações, vemos que na nossa observação houve um conjuncto de circumstancias que estão com ellas de perfeita harmonia. O ataque eclamptico deve ter sido a causa determinante da morte do feto. O producto da concepção estava, desde ha muito, collocado em circumstancias muito desfavoraveis de vida como

de resto a propria mãe, attendendo, aos procedentes morbidos. Morto o feto, estava dada a principal circumstancia para a infecção putrida. A oclusão do collo, pelo facto da rigidez, veio transformar o utero em cavidade fechada, permitindo a retenção do feto e annexos; assim se formou um meio extremamente favoravel ao desenvolvimento dos germens que naturalmente eram attrahidos, quer do intestino que já por si funcionando mal, devia ter exaltado os microbios, quer da vulva cujo estado de edemaciação não permittia uma boa desinfeção antes d'intervir.

A circumstancia de ter havido varias sessões operatorias, todas ellas muito prolongadas, não é para desprezar, como causa adjuvante da infecção.

Além d'estas circumstancias favoraveis puramente locaes, havia uma outra de summa importancia, o estado geral da doente, offerecendo um excellente meio de generalisação microbiana.

SEGUNDA PARTE

A therapeutica da eclampsia divide-se em duas partes: therapeutica medica e cirurgica.

A primeira consiste em evitar ou debellar o ataque recorrendo apenas aos meios medicos. Evita-se o ataque quasi sempre, submettendo a mulher, com prévia antecedencia, ao regimen lacteo absoluto, todas as vezes que haja imminencia de eclampsia.

Póde debellar-se reccorrendo a anesthesicos sobretudo ao chloroformio, ás injeccões de soro physiologico, sangria, etc. O jornal scientifico «*La Presse Medicale*» de 30 d'abril de 1904 e de 14 de maio do mesmo anno, refere-se a um novo tratamento pela capsulotomia do rim, como sendo muito efficaz; todavia este processo ainda não está consagrado e só o estará quando a estatistica nos offerecer um numero mais elevado d'observações.

Não nos deteremos sobre o tratamente medico; todavia, diremos de passagem, este falha n'um grande numero de vezes e só o tratamento cirurgico nos póde merecer confiança. E' certo que

este é o complemento d'aquelle e não estamos auctorisados a reccorrer a uma intervenção sem primeiro ter esgotado todos os recursos da therapeutica medica. Mas desde que estes não tenham efficacia immediata, que haja perigo quer para a mãe quer para o filho e sobretudo para ambos, devem ser postos de parte e recorrer-se então ao tratamento cirurgico. Esta indicação impõe-se, sobretudo se a gravidéz attingiu já o 7.º mez; desde que o feto seja vivo e viavel, é indispensavel subtrahil-o ao meio em que está exposto quasi fatalmente á morte; e se escapa nascerá debil porque não encontra os principios nutritivos indispensaveis ao seu desenvolvimento.

A combinação d'um tratamento medico racional e da evacuação do utero, constitue a base therapeutica da eclampsia. O parto tem uma feliz influencia sobre a mãe e sobre o filho; melhora o estado materno, embóra não conduza sempre á cessação dos accessos convulsivos. A creança viavel tem tudo a ganhar com um parto rapido; é certo que ella succumbe ás vezes com as primeiras convulsões, mas estes casos são raros; depois do nascimento, apezar da fraqueza congenita que a caracteriza, está menos exposta á morte do que no organismo materno.

Portanto, parece-nos que em casos d'eclampsia, revestidos d'uma certa gravidade, não se deve insistir muito sobre a therapeutica medica que falla um grande numero de vezes.

O tratamento cirurgico deve inspirar-nos mais confiança. O parto methodicamente rapido, por

dilatação bimanual, é o melhor processo de intervenção nas eclampticas. Todavia, este recurso falha ainda algumas vezes, sobretudo nas primiparas, tanto mais quanto o ataque é mais precoce e especialmente em certos estados especiaes do collo, cancro, cicatriz, rigidez, etc. Então uma intervenção mais radical se impõe; era a cesariana classica e operação que fatalmente estava indicada. A tenacidade de estudo e o lucidissimo espirito d'alguns cirurgiões da actualidade, tem enriquecido e alargado o campo da cirurgia, especialmente da cirurgia gynecologica. Assim esta nova operação, a *cesariana vaginal* ou *cesariana moderna*, entra com largos horisontes no dominio da gynecologia obstetrica. A sua technica é um pouco variavel, conforme as circumstancias, mas isto succede com todas as operações. Em geral o operador tem o direito de introduzir qualquer modificação que circumstancias d'ocasião exijam. Vamos pois reproduzir, pelo menos em parte, o artigo do cirurgião americano M. Stamm, em que este apresenta o valor da cesariana vaginal e suas indicações. Parece-nos, pela leitura que fizemos d'esse artigo, que a doente da nossa observação offerecia uma indicação formal de praticar esta operação. De resto, o distincto professor Snr. Dr. Candido de Pinho, ainda a quiz fazer, mas teve de desistir por motivos alheios ao seu desejo, especialmente por falta d'illuminação apropriada. A indicação era formal, posto que a bacia fosse muito apertada, medindo apenas 45 millimetros e não os 8 centimetros, ou mais,

que o auctor do referido artigo aponta como minimo, para que ella deva ser praticada; no nosso caso o feto tinha uma evolução pouco adeantada e portanto a cabeça devia ter diâmetros compatíveis com os da bacia.

Valor da operação Cesariana Vaginal

(Por M. Stamm, de Fremont, Ohio)

Foi Dührsen, de Berlim, quem introduziu este methodo na pratica e o tornou largamente conhecido, apresentando as regras e indicações da operação. Stamm ha 4 annos ficou vivamente impressionado com a efficacia d'este methodo n'um caso de cancro uterino. Compreendeu por essa epocha o largo futuro reservado a esta operação que estava destinada a substituir a cesariana abdominal em quasi todos os casos em que as partes molles constituissem obstaculo ao parto e em que não houvesse a considerar uma bacia apertada, abaixo de 8 centimetros. Os relatos clinicos de operações effectuadas por indicações diversas, parecem depôr favoravelmente por este methodo.

Dührsen aconselha a operação pela primeira vez na *Allgemeine Deutsch Auztzeigung* de 1 de abril de 1895 n.^{os} 7 e 8 a proposito do tratamento da eclampsia. Dizia elle que nas convulsões gravidicas era importantissimo esvasiar o utero tão depressa quanto possivel e que mãos competentes podiam executar, praticando a incisão da parede anterior do collo e do segmento inferior do utero.

Novamente na reunião de 10 de julho de 1896, da Sociedade Obstetrica de Berlim disse o mesmo auctor: «A cesareana vaginal, conforme o meu modo de vêr, só póde ser praticada por um clinico assistido de ajudantes adextrados e está indicada todas as vezes que um collo fechado e indilatavel, faz perigar a vida da mãe e em raros casos a do filho».

N'esta mesma occasião apresentou a descripção do processo operatorio, que seguiu a 24 d'abril de 1896 n'uma doente grávida de termo, a quem tinha sido feita a vaginopexia alguns annos antes.

O grande tamanho e a posição transversal da cabeça causaram-lhe bastante receio de perturbações graves. N'este caso praticou a incisão longitudinal das paredes anterior e posterior do collo uterino até ao orificio interno e drenou depois o utero com um tampão. A 28 de maio do mesmo anno apresentou mãe e filho á Sociedade Germanica de Cirurgia e n'essa occasião expôz as seguintes indicações da operação cesariana vaginal: 1.^a condições anormaes do collo e segmento inferior do utero (carcinoma, myoma, rigidez, estenose). 2.^a condições perigosas da mãe, que podem ser removidas ou attenuadas pelo esvaziamento rapido do utero: (affecções do coração, pulmões e rins.)

3.^a condições da mãe em que a morte é imminente e se póde prever.

As duas ultimas indicações só têm valor nos casos em que o collo está fechado e é indilatavel, ou em que se deve evitar a influencia depressiva

das dôres do trabalho, como das affecções do coração e pulmões.

Na gravidez complicada de carcinoma uterino, advoga a execução immediata da cesariana vaginal com a hysterectomia subsequente, seja qual fôr o tempo de gravidez ou estado do trabalho em que se nos depare esta condição.

O modus faciendi consiste em curetar e cauterisar o tecido carcinomatoso a thermo-cauterio, laquear depois a base do parametrio de cada lado, separar a vagina da porção uterina por todos os lados e, sendo necessario, alargar a abertura por uma incisão longitudinal anterior; abaixar o utero com pinças apropriadas e praticar, nas paredes anterior e posterior, uma incisão sufficientemente larga, para extrahir a creança. Extrahida a placenta, fende ainda mais o utero e abre os fundos-de-sacco anterior e posterior de maneira a poder apanhar o utero, o mais alto possivel, o qual é abaixado para laquear os ligamentos, ou então para lhes collocar clampos. A operação termina pela sutura do peritoneo.

O segundo caso de Dührsen foi o d'uma mulher soffrendo d'insufficiencia mitral e dilatação dos 2 ventriculos com perturbações de compensação em elevado grau; a creança estava ligeiramente asphixiada; a operação durou 20 minutos mas o estado da doente era tal que a não pôde supportar.

O terceiro caso era de eclampsia; a doente estava no 6.º mez da gravidez e morreu 33 dias depois da operação com symptomas de tubercu-

lose pulmonar e pneumonia e apresentava de novo edema e urinas albuminuricas. Como os órgãos pelvicos recuperassem as suas condições normaes, apresentou este caso como curado na sua estatistica.

Dührsen exprime a esperança de que virá tempo em que a cesariana classica ha-de ser substituida pela vaginal nos casos graves de eclampsia e aconselha este ultimo methodo sempre que as partes molles formem obstaculo serio ao parto e a vida da mãe ou da creança corram perigo.

Na monographia «Der Vaginale Kaiserschmit», já elle tinha especificado claramente as indicações d'esta operação e dizia que além do cancro uterino, eclampsia, uremia, descollamento prematuro da placenta com hemorrhagia interna, podia ser applicada quando o collo está fechado e ha ausencia de dôres. Com esta operação sob uma anesthesia profunda, salvam-se 75 % na eclampsia, cifra muito superior á que obtem por outro tratamento.

Simon (Munch e Medizin) relata 3 casos d'operação cesariana vaginal. A 1.^a doente tinha sido operada 2 dias antes de prolapso da vagina, e utero, praticando-se então a colporrhaphia anterior e posterior com amputação do collo uterino. D'aqui resultou uma estenose do utero e vagina, que complicou muito o trabalho. Apesar das dôres terem já 3 dias de duração e da ruptura da bolsa d'aguas, o trabalho de parto era extremamente lento. O aperto cicatricial do orificio uterino e da vagina, oppunha um grande obstaculo ao parto espontaneo. Simon praticou primeiramente uma

incisão através do perineo e da parede vaginal posterior e em seguida uma incisão sagital, na parede anterior da vagina até ao orificio do utero. Junto do rebordo cicatricial isolou a vagina do utero por meio d'uma incisão transversal e depois de ter separada a bexiga do utero, fez um corte mediano na extensão de 10 cent. na parede uterina anterior, o que lhe permittiu apanhar a cabeça com o forceps e extrahir rapidamente uma creança viva, pesando 8 arrateis. A placenta veio logo em seguida; suturou depois o outro com 8 pontos profundos de seda, a vagina com catgut e o perineo com seda. A doente curou-se não se reproduzindo o prolapso. O 2.º caso era o d'uma primipara de 30 annos e em trabalho havia 5 dias, com a bolsa d'aguas rota. O collo dilatou-se durante os 2 primeiros dias de modo a permittir a entrada de dois dedos e assim permaneceu, apesar das dôres continuarem; estas foram-se tornando gradualmente espasmodicas, appareceu a febre e dentro em pouco a doente enfraquecia rapidamente. A cabeça estava na escavação impelindo deante de si o collo, que só admittia dois dedos.

Não havia qualquer causa para tal estado, a não ser a rigidez que ás vezes apparece nas primiparas idosas. Havia signaes de creança viva e foi praticada a cesariana vaginal. A bacia era normal, o utero estava em contracção tetanica, o pulso muito rapido e o estado geral fraco e exausto. A creança foi extrahida a forceps, depois de ter sido executada uma incisão no perineo

e na porção anterior do collo e utero. A mãe falleceu passados tres dias mas a creança sobreviveu.

O 3.º caso era uma primipara de 24 annos, de termo, teve oito ataques de convulsões sem o menor signal de dôr, encontrando-se em estado comatoso. Pratica a dilatação com o *metreuryter* (1), o que poucas dôres produziu mas augmentou as convulsões e passadas duas horas fez a cesariana vaginal. O cordão estava em prolapso, não pulsava e n'estes casos julgou a perfuração da cabeça como o caminho mais simples a seguir; passaram as convulsões, mas persistiu o coma mais dois dias, restabelecendo-se por fim a mãe.

Como ficou dito, Dührsen affirmou que o descollamento prematuro da placenta podia ser tambem uma indicação para a cesariana vaginal. Um caso de Ruhl forneceu a applicação pratica d'esta indicação. A doente tinha recebido um pequeno traumatismo abdominal, no dia anterior. Na manhã seguinte teve algumas dôres pouco intensas seguidas, repentinamente, d'uma grande dôr como se se tivesse rompido alguma coisa internamente. A doente perdeu os sentidos e cahiu por terra. Passada uma hora, o Dr. Ruhl examinando-a, encontrou o fundo do utero proximo do rebordo costal direito; a configuração do utero era normal, apparentemente; comtudo o lado direito do corpo uterino estava mais proeminente; não se podiam sentir distinctamente as partes fetaes, não havia

(1) Dilatador do collo.

movimentos e as pulsações cardíacas estavam extintas. A vagina achava-se cheia de coágulos sanguíneos, o collo não estava obliterado e as suas paredes eram espessas e duras. Difficilmente se podia introduzir o dedo indicador, as membranas estavam intactas, tornando-se tensas no momento das dôres e não se reconhecia a placenta proximo do orificio uterino. A doente recuperou os sentidos e queixava-se de que as dôres se tornavam mais fortes. Havia um gottejar constante de sangue, muito especialmente durante as dôres do trabalho. Rühl introduziu um *colpeurynter* (1) para dilatar o orificio, mas passados 15 minutos, a doente perdeu novamente os sentidos e tornou-se mortalmente pallida. Difficilmente se percebia o pulso radial. A parede anterior do corpo e fundo do utero formavam um tumor saliente do tamanho d'uma cabeça de adulto e apresentando uma tumefacção distincta, alongando-se para o collo. Tudo isto levou Rühl á conclusão de que havia hemorragia interna, reclamando intervenção immediata. Deram-se injeccões de sôro á doente, abriram-se as paredes anterior e posterior do collo uterino, sem que houvesse grande hemorragia. O tempo que mediou entre a incisão e a extracção da creança, foi de seis minutos. A placenta e grandes coágulos sanguíneos sahiram espontaneamente, a hemorragia cessou logo e o utero ficou vazio. A doente ficou em estado muito precario, mas uma

(1) Dilatador vaginal de Braun.

serie d'injecções de sôro e de oleo camphorado, conseguiu melhorar esse estado.

O mesmo auctor relatou recentemente outro caso interessante, sob o titulo : hysterectomia vaginal anterior por rigidez intensa do collo, complicada com ruptura do segmento inferior do utero e parametrio. Era uma primipara de 25 annos em trabalho havia cinco dias, tinha dôres constantes ; as paredes uterinas estavam muito tensas e muito sensiveis ao toque e notava-se um annel de contracção cerca de tres dedos abaixo do umbigo. Os orgãos genitales externos não eram mais desenvolvidos que os d'uma rapariga de 12 ou 13 annos e não mostravam nenhum signal de gravidez, como tumefacção, amollecimento ou descoloração. A bacia que era um pouco estreita, tinha a fórma de funil, a vagina mal admittia dois dedos. A cabeça estava na excavação, impellindo deante de si o segmento inferior do utero. O collo alcançava-se difficilmente, estava alto e desviado, apresentava-se duro e o orificio externo estava completamente fechado. A bolsa d'aguas tinha-se rompido havia cinco dias e havia contracção tetanica do utero. Como houvesse perigo imminente de ruptura uterina estava indicado o parto immediato. Houve difficuldade em abaixar o collo e após esforços para o dilatar com instrumentos, apenas permittia a penetração d'um dedo. Em virtude d'este estado fez a incisão da parede anterior e extrahiu a forceps uma creança viva. Apezar de todos os cuidados e de incisões vaginaes multiplas, houve uma laceração de perineo até ao recto. A hemorragia foi tão

violenta que a doente cahiu em colapso e não cessou apesar da extracção immediata da placenta e da contracção do utero. Procurando a causa da hemorragia, encontrou-se n'uma laceração que se estendia transversalmente do ponto mais alto da incisão anterior em direcção ao lado esquerdo e attingia a parte inferior do parametrio. Depois de laquear uma arteria que sangrava, uniu os bordos da ferida por suturas, que a sustaram immediatamente. Em seguida suturou a incisão anterior e as lacerações da vagina e perineo, curando-se a doente completamente.

Bümm pôde apresentar 13 casos proprios, apenas com uma morte, devida ao coma eclamptico. As indicações d'estas operações em 2 casos, foram o cancro do utero, a eclampsia em 5, no 7.^o, 8.^o e 9.^o mez da prenhez, nephrite no 9.^o mez em outro; nephrite complicada por estenose mitral e insuficiencia, fornece outro caso, que foi operado no 6.^o mez, com anesthesia local, obtendo-se grandes melhoras. Um caso de chorêa grave, operado no 5.^o mez, forneceu 2 gemeos, melhorando a doente da sua chorêa, n'uma semana. Outro foi operado por hemorragia no 6.^o mez, devida a inserção viciosa da placenta.

Baun Fernwald, praticou a operação por motivo de estenose do collo e da vagina fazendo as 2 incisões, anterior e posterior.

Eherendorfer relata um caso, em que a *hyperemesis gravidarum* (1) forneceu indicação ao 6.^o mez.

(1) Vomitos da gravidez.

Os vomitos e a salivação cessaram gradualmente e passado dia e meio a doente estava curada.

Spinelli operou em 1898 uma doente por estenose cicatricial e hydramnios com vomitos incoerentes.

Dührsen relata outro caso de eclampsia em que a doente primipara, começou com edema das pernas e face em fins de janeiro. Em 23 de fevereiro tornou-se-lhe a vista, teve grandes dores de cabeça e vomitou por 2 vezes. A 26 do mesmo mez, teve 5 ataques convulsivos. A vagina estava rigida, côr azul escura e mal admittia 2 dedos. O collo não estava obliterado e apenas consentia um dedo. Uma incisão previa na região vagino-perineal direita, deu-lhe sufficiente accesso á mão. Praticou em seguida a incisão na parede anterior do utero, que foi acompanhada d'uma outra na parede posterior, para melhor poder introduzir a mão. Feita a versão, extrahiu uma creança viva. Passada meia hora extrahia a placenta por expressão, e como havia alguma hemorrhagia devida a atonia uterina, collocou um tampão de gaze.

Suturou as incisões uterina e vaginal a catgut deixando n'esta ultima uma pequena tira de gaze para drenagem. No primeiro de março já não havia albumina nas urinas e a doente abandonava o hospital em boas condições a 6 do mesmo mez.

Stamm refere um caso da sua propria observação. Uma senhora de 35 annos, tendo tido 4 filhos, e que a 22 d'abril de 1903, no 7.º mez da gravidez, começou a ter ataques convulsivos, pelas 8 horas da noite e que se repetiram 7 vezes

até que foi vista por elle e outros medicos ; desde a meia noite entrou em estado comatoso. O collo admittia o dedo minimo, mas uma tentativa para maior dilatação com instrumentos não deu resultado, ou pelo menos, teria sido demasiadamente demorada ; 2 casos fataes da sua pratica tinham lhe dado a convicção de que um parto mais rapido daria melhor resultado. Preparava-se para intervir quando a doente teve outro ataque de convulsões. A porção posterior apresentava-se mais favoravel que a anterior e devido aos circumstantes e ao pequeno numero de ajndantes resolveu seguir o caminho que parecia mais facil para elle, n'aquellas circumstancias. Fez a incisão mais profunda na porção posterior (de quasi 4 $\frac{1}{2}$ pollegadas de extensão) e depois uma mais pequena no anterior, com o bisturi. A hemorragia não foi profusa, desde que introduziu a mão no utero e praticou a versão. Houve uma pequena demora em apanhar a cabeça atravez da abertura vaginal mas toda a operação apenas durou cerca de 6 minutos. A placenta foi extrahida poucos minutos depois, por expressão e collocou um tampão de gaze iodoformada na cavidade uterina. As incisões foram suturadas a catgut e toda a operação foi feita em 25 minntos, pouco mais ou menos. A doente melhorou em poucas horas e a creança viveu cerca de meia hora. A mãe foi vista 2 vezes depois, por Stamm que a encontrou de perfeita saude ; apenas uma pequena parte da incisão posterior não tinha unido. A urina estava sem albumina.

Stamm refere que ha para cima de 60 casos de cesariana vaginal relatados até á data em que escreveu esta noticia. A maioria d'elles foi tentada por cancro uterino, mas o numero effectuado por convulsões puerperaes tem tambem augmentado rapidamente; parece que esta affecção fornecerá de futuro a principal indicação d'esta operação. Muitas auctoridades parecem concordar que a extracção rapida é o meio mais importante para reduzir a mortalidade na eclampsia.

Pensa Stamm que a dilatação rapida com o dilatador Bossi, ou com instrumentos semelhantes será substituida, d'algum modo, por uma operação em que a extensão da incisão ou laceração, está mais sob a verificação do operador e em que a ferida apresenta maiores probabilidades de cicatrizar por 1.^a intenção.

A technica operatoria consiste em expôr a porção uterina por um largo especulo ou retractores e em a apanhar por 2 pares de pinças collocadas de cada lado do orificio. O tecido cellular laxo, é então aberto com tesouras entre a bexiga e o collo.

A bexiga é levada para traz por uma pequena tira de gaze, assim como o orificio interno e correspondendo aquella altura, pratica-se uma incisão sagital, atravez da parede anterior do collo. Os bordos superiores da ferida são de novo pinçados d'um modo semelhante ao *morcellement* e á myotomia vaginal. D'este modo põe-se a descoberto uma porção maior de utero; a bexiga é levada mais para cima e faz-se outra incisão atravez do

segmento inferior do utero ; repetindo esta manobra umas poucas de vezes, é possível praticar facilmente uma incisão de 8 a 12 centímetros, sob a direcção da vista e sem abrir o peritoneo. Esta incisão é geralmente larga bastante para admittir a mão e extrahir uma creança de termo. Se, todavia, não fôr sufficiente, póde seguir-se processo semelhante para a porção posterior. Na maioria dos casos, é provavelmente melhor aguardar a expulsão natural da placenta, mas se tal se não dá dentro em pouco, póde empregar-se alguma expressão sobre o utero. E' melhor sem duvida fazer esta operação no hospital, mas pode tambem ser feita em casa da doente, n'um caso de necessidade. Em regra a incisão na porção anterior é preferivel; todavia as circumstancias é que nos deverão guiar na escolha.

Estas incisões podem ser reunidas por suturas de catgut ou d'outra substancia.

Dührsen, recommenda o tamponamento uterino; outros pelo contrario, regeitam-o.

O citado auctor refere ainda outro caso que observou já depois de ter começado o artigo; em resumo, tratava-se d'uma primipara de 25 annos, no 8.º mez da gravidez atacada de eclampsia; a cabeça estava baixa, na escavação, impellindo ante si, a porção anterior do utero; o collo, parcialmente obliterado, admittia dois dedos; não havia dores; a urina continha albumina.

No dia seguinte a doente foi operada pelas 7 horas; a incisão anterior foi de 3 pollegadas de comprido, affastando-se a bexiga, mas encontrando

os tecidos muito friaveis fez tambem uma incisão posterior de 4 $\frac{1}{2}$ pollegadas que admittia a mão, permittindo a versão que facilmente foi feita e a creança extrahida em 7 minutos, morrendo em seguida a algumas inspirações. A hemorragia não foi grande, a placenta foi extrahida por expressão 5 minutos depois, durando a operação apenas meia hora. Quatro suturas de catgut uniram a incisão anterior e a posterior; houve uma laceração do perineo que se estendia atravez da parede vaginal até ao parametrio e que foi reunida por sutura continua de catgut. Injectaram á doente sôro physiologico e oleo camphorado, recuperando esta os sentidos. O albuminometro d'Esbach dava 10 gr. d'albumina por litro no dia da operação e no dia seguinte desceu para $\frac{1}{2}$ gr.

* * *

Tendo referido varias observações apresentadas por auctores estrangeiros, seria injustiça grave deixar de referir uma, de resto interessantissima, apresentada á *Sociedade de Medicina e Cirurgia* em sessão de 30 de janeiro de 1899 e publicada na *Gazeta Medica do Porto*, jornal scientifico que então se publicava, pelo habil medico parteiro Ex.^{mo} Snr. Dr. Maia Mendes, que teve occasião de executar, com bom exito, uma cezariana vaginal indicada em circumstancias bem differentes das apresentadas por Dürhsen; por isso a operação differiu um pouco na technica, tanto mais que o seu au-

ctor toma como principio fundamental da sua operação o afastamento dos ligamentos largos, produzido pelo feto, tendo por isto uma certa originalidade. O auctor chamou-lhe *Talha sub-peritoneal*.

Eis, um pouco resumidamente, a observação.

Tratava-se d'uma primipara de vinte e tantos annos, em trabalho muito adiantado. Uma das extremidades do ovoide fetal encontrava-se á vulva, mas coberta pelos tegumentos da mulher; essa extremidade era semi-espherica; parecia um utero prolabado que tivesse acompanhado o feto na sua descida atravez do canal pelvico, hypothese não admissivel porque o collo uterino não apparecia em todo o envolucro materno da extremidade apresentada. Pelo toque manual profundo reconhece-se que não ha fundo-de-sacco vaginal direito porque o ovoide utero-fetal o apagou, insinuando-se entre elle e a parede direita da escavação. E' a parede direita da vagina e a propria parede uterina que cobrem a extremidade fetal apresentada e tanto que o grande labio direito se continua quasi sem sulco intermedio, com os tecidos envolventes da apresentação.

O fundo-de-sacco esquerdo é profundissimo, sendo preciso um grande esforço de toda a mão para se attingir o collo, quasi inaccessivel, que se esbateu, mas não se dilatou, percebendo-se apenas uma fenda pequenissima. Era um collo não preparado. Na parte media dos tegumentos que envolvem a região apresentada, principia a accentuar-se, muito ao de leve, um brevissimo ponto

de mortificação. A apresentação é de pelve. Em virtude de qualquer anomalia congenita na disposição das fibras uterinas e também por alguma posição viciosa do feto, o ponto d'apoio da resultante do utero em trabalho, veio effectuar-se, não sobre o collo, mas ao lado direito, na propria parede uterina, ao nivel do canal de Braun, que é o *locus minoris resistencie* d'esta parede que, cedendo e fazendo hernia por entre os dois folhetos do ligamento largo direito, veio tufar por detraz da parede correspondente da vagina. E ao mesmo tempo que se dava esta descida por o lado, o collo já agora inutil, não amollecido nem dilatado, visto que não era sollicitado por força alguma importante, subia a ponto de se tornar difficil attingil-o. Tomando como ponto fundamental o afastamento dos folhetos do ligamento largo, o auctor da operação procura não sahir fóra do tecido cellular, limitado em cima pelos referidos ligamentos. Faz primeiro uma casa de botão, mergulha a tesoura botonada de modo a dar lateralmente duas incisões verticaes em continuação uma da outra, para cima na direcção do collo que ainda fica distante, para baixo até ao pequeno labio.

Esta dupla incisão interessou ao mesmo tempo a parede vaginal e uterina. Obtida abertura sufficiente seguiu-se a extracção do feto pela pelve, tirado a gancho metallico, sem difficuldade de maior até ao momento em que a cabeça veio afrontar o anel muscular. N'este ponto, porém, as trações feitas moderadamente e sem resultado, mostraram

que havia grande risco, empregando mais força, de exorbitar a abertura uterina, comprometendo a vida da mulher. N'esta altura, o globo uterino livre de quasi todo o feto, tinha-se emancipado da escavação e apresentava o rebordo da sua ferida muito mais alto do que a ferida vaginal, constituindo um anel exclusivamente muscular, em involução, estrangulando o pescoço. Faz em seguida a cephalotripsia com o basio-tribo de Tarnier, não sem difficuldades porque tem de o applicar pela base. Não houve reacção peritoneal; febre ligeira; o collo voltou á situação normal, permittindo a intruducção da sonda para as lavagens que eram feitas alternativamente pela abertura anormal e pelo collo. Não foi preciso suturar a ferida que ao fim de 2 mezes estava completamente cicatrisada, sahindo a mulher curada.



Proposições

Anotomia descriptiva. — Só a congelação nos pôde servir para o estudo rigoroso das relações visceraes do thorax e abdomen.

Hystologia. — A hystologia é o melhor auxiliar da anatomia pathologica.

Anatomia topographica. — O estudo detalhado da anatomia topographica é dispensavel.

Physiologia. — A acção chimica da saliva é quasi nulla.

Pathologia geral. — O individuo com tara tuberculosa, resiste melhor á tuberculose do que o não tarado.

Anatomia pathologica. — As lesões cavitarias da minha observação são de natureza microbiana.

Materia medica. — O repouso é o melhor agente therapeutico.

Pathologia cirurgica. — O estrangulamento herniario tanto pôde ser produzido pelo sacco como pelo annel.

Pathologia medica. — A nephrite pôde fazer parte integrante do mal de Bright, mas nunca este está subordinado áquella.

Medicina operatoria. — A therapeutica operatoria sangrenta, é uma medicação substituitiva.

Partos — As infecções puerperaes putridas têm tanta importancia como as não putridas.

Hygiena. — O Porto é a cidade mais anti-hygienica que eu conheço.

Medicine legal. — E' nos crimes de attentados contra o pudôr, que o medico-legista corre mais o risco d'incorrer em erro.

VISTO.

O Presidente,

Carlos Lima.

PÔDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

Moraes Caldas.