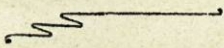


Septicemia peritoneal
aguda post operatoria

161/5 FMP

Mauricio Maia Ramos



Septicemia peritoneal aguda
post operatoria

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Outubro — 1915

161/5 FMP

IMPRENSA NACIONAL
de Jayme Vasconcellos
204, Rua José Falcão, 206
PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários


- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ^a classe — Anatomia | { Luis de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histo-
logia | { António Plácido da Costa
José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia. | Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica | { Augusto Henrique de Almeida Brandão
Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacte-
riologia | { João Lopes da Silva Martins Júnior
Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetria e Gine-
cologia | { Cândido Augusto Correia de Pinho
Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { Roberto Belarmino do Rosário Frias
Carlos Alberto de Lima
António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { José Dias de Almeida Júnior
José Alfredo Mendes de Magalhães
Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | António de Sousa Magalhães e Lemos |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

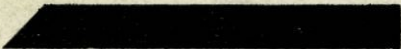
A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Faculdade de 23 de abril de 1840, art. 155.º).



À saudosa memoria de meu Pae

Saudade perenne.



À minha Mãe

Ào vosso enorme sacrificio
corresponderei sempre com a
minha infinita gratidão.

À memoria de meus irmãos

Affonso e America

e de minha tia

D. Constança Neves Maia

Saudade infinda.

A meus irmãos:

Constancia
Deolinda
Henrique
Manoel
e a minha cunhada Laurinda

Um abraço do
Mauricio.

A meus tios

A meus primos

A meus primos

D. Laurinda Isabel Basto Corrêa

e

João Lopes Corrêa

A minha gratidão para com-
vosco é tão grande, como gran-
de tem sido para commigo a
vossa bondade.

Aos meus companheiros da Republica
do Bêco do Paço

Um abraço de despedida.



Aos meus condiscipulos



Aos meus contemporaneos

Aos meus amigos

José Guilherme de Vilhena

Dr. Jorge Maia

Dr. Couto Nobre

Dr. Cunha Reis

Dr. Manoel Augusto Pinto

Ao meu Ex.^{mo} amigo

Dr. Manoel Moreira Junior

Nunca poderei esquecer os
vossos uteis conselhos; o meu
sincero agradecimento.

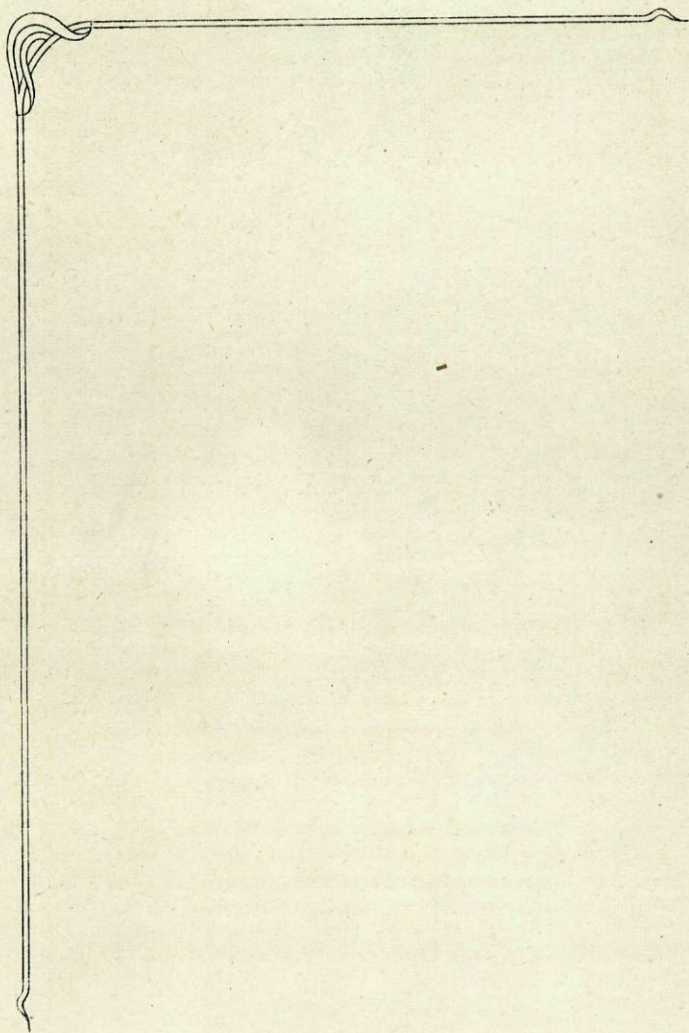
AO ILLUSTRADO CORPO DOCENTE

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Ao meu illustre presidente de these

Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho



Septicemia peritoneal aguda post operatoria

Duas palavras

A necessidade de cumprir a lei apresentando um trabalho no final do meu curso, fez-me percorrer o caderno dos meus apontamentos em busca d'um assumpto, com que bem pudesse satisfazer a exigencia d'essa inexoravel lei, e tambem o meu espirito buscando um assumpto interessante e pouco estudado, capaz de attrahir a attenção e susceptivel de incitar o espirito ao desejo de o esplanar e profundar.

Infelizmente com a bagagem scientifica em desalinho, falto de experiencia, cheio de naturaes vacillações, embora a minha boa vontade e o meu esforço se ajustassem na confecção d'este trabalho, elle não é mais do que uma ligeira referencia, uma série de notas colhidas, uma breve descripção de alguns casos presenceados e de theorias lidas

*em differentes tractados onde o assumpto está es-
crupulosamente cuidado.*

*A materia, é sem duvida, interessante e digna
de um verdadeiro estudo, e por isso, merecedora
de melhores cuidados e maior relevo; infelizmente as
forças de que disponho, a falta de tempo com que
luctei, não me permittiram um trabalho mais com-
pleto, e de maior folego, mais perfeito, um trabalho
de eleição digamos e d'ahi o vêr-me forçado a abor-
dar sómente uns pontos mais importantes, os que
me pareceram mais importantes para a clinica,
concatenando-os, dispondo-os e apontando-os da
melhor fôrma, fôrma breve mas clara, tendo só em
vista esclarecer essas étapes da infecção, as mais
importantes para a clinica, como disse, e com ellas
formar uma synthese, e consequentemente, um ligeiro*

trabalho que estivesse dentro do programma, e me permittisse satisfazer o meu bom desejo de bem cumprir.

*

*

*

Como ha n'este estudo uns pontos de maior importancia do que outros, n'elles me deterei mais, estudando-os melhor, e desenvolvendo-os o tão precisamente quanto possivel.

Assim, sendo o meu trabalho referente a uma septicemia, no logar onde tiver de occupar-me das vias de infecção, procurarei tanto quanto possivel mostrar como ella se faz, qual o caminho seguido,

e na parte respeitante á symptomatologia merecer-me-ha tambem grande cuidado o estudo dos signaes mais caracteristicos e mais communs, e finalmente no que diz respeito a tratamento procurarei tambem referir-me aos processos que hodiernamente se empregam para combater esta variedade de infecção.

Definição

Sob o nome de septicemia peritoneal post operatoria descreverei os accidentes agudos, de origem infecciosa que sobreveem apoz as intervenções abdominaes.

Para alguns, este nome de septicemia é substituido pelo nome simples e resumido de peritonite, só, ou ainda de septicemia peritoneal, o que equivale ao mesmo.

Em principio, a septicemia peritoneal post operatoria é geralmente admittida, mas de facto é muitas vezes negada.

Com effeito, a sua evolução ordinariamente é tão rapida, que as lesões macroscopicas, bem palpaveis, digamos, de peritonite, faltam. As maiores lesões não são visiveis, e assim, passam despercebidas.

É por isso, que repetidas vezes em relatorios

de autopsias se tem affirmado que a morte foi devida a outros factores, como sejam o choque, e nem sequer se desconfiou da peritonite.

Ora, sem duvida, tem ella sido muitas d'essas vezes a verdadeira causa da morte, e não esse supposto choque que tão repetidas vezes é a unica e prompta explicação de insucessos operatorios.

Como se vê o assumpto é interessante e o saber-se alguma coisa de positivo ácerca d'isto é de toda a necessidade, não só para evitar como para curar esta variedade de infecção, que tão perniciosa é para o organismo e para os sucessos das intervenções cirurgicas em doentes laparotomizados. Antes de entrar na parte mais importante d'este estudo, não quero deixar de dizer algumas palavras ácerca do estudo experimental da septicemia peritoneal, que, na verdade, alguma coisa tem de interessante e que bem mereceria mais attenção, mas que não é possivel alongar visto ser de menor importancia para o character d'este trabalho, e eu ter antes em vista deter-me nos capitulos mais interessantes e de maior conveniencia, indubitavelmente mais indispensaveis para o estudo que venho fazendo d'esta modalidade de infecção. Começarei, pois, pelo estudo experimental, para depois me occupar da anatomia pathologica, do estudo bacteriologico, da symptomatologia e a seguir do tratamento.

Estudo experimental

Tem-se procurado e tem-se chegado a reproduzir experimentalmente as lesões da septicemia peritoneal, a determinar as principaes condições favoraveis ao seu desenvolvimento e a explicar a sua evolução.

As primeiras investigações pertencem a Wegner (1876). Este auctor pondo de parte a ideia de choque traumatico, que n'aquella epocha teve tantos adeptos, sendo a explicação unica da morte vinda apoz as operações, consagrou a sua attenção a este estudo e depois de sérias e pacientes experiencias e cuidadosas observações chegou á conclusão de que as laparotomizadas succumbem á septicemia peritoneal, ao envenenamento do sangue por reabsorção, no sentido chimico propriamente dito.

Quanto á pathogenia que elle dá da septicemia, ella é em parte discutivel, bem que apoiada, em apparencia, sobre experiencias comprovativas.

É baseada, primeiro sobre a facilidade de absorpção e de transudação do peritoneo e sobre o abaxamento da pressão abdominal seguido ás laparotomias.

Da abertura da cavidade abdominal, abaixando a pressão, resulta uma transudação serosa abundante que é devida á chegada dos liquidos nos vasos intra-peritoneaes sanguineos e lymphaticos. Por outro lado a absorpção diminue no estado normal; com effeito, esta é favorecida no momento da inspiração em virtude do augmento da pressão abdominal. Quando o abdomen é aberto, este augmento de pressão desaparece e a absorpção torna-se mais fraca. Ao sôro transudado vem juntar-se tambem os liquidos não absorvidos. Se o ar transporta alguns germens, elles ahi vão desenvolver-se rapidamente n'esse liquido que se accumulou.

Nas horas que se seguem á operação a pressão intra-abdominal restabelece-se e a absorpção tem o seu lugar. Se a pressão volta rapidamente á normal, o sôro é apenas decomposto e o organismo resiste; no caso contrario, ou se a quantidade de sôro decomposto é muito consideravel e a reabsorpção se faz muito activamente, a intoxicação póde acarretar a morte em dois dias, e, macroscopica-

mente nada se encontra. Se, emfim, a reabsorção é lenta, a transformação purulenta tem tempo de se produzir.

A theoria do derrame seroso por modificação da pressão não parece muito sustentavel, e por isso, é mais logico admittir que a ruptura das adherencias ou a imperfeição das laqueações sejam as causas mais communs da formação de um derrame intra-peritoneal post operatorio. Wegner chega ás seguintes conclusões:

- 1.º A morte apoz as intervenções abdominaes é devida á septicemia;
- 2.º Ella traduz uma verdadeira intoxicação;
- 3.º As lesões peritoneaes são tanto menos accentuadas quanto a infecção é mais rapida;
- 4.º A transformação purulenta não se produz senão quando os accidentes evoluem lentamente.

A noção microbiana não ha necessidade de ser apontada pois que Wegner admitte que a putrefacção dos liquidos intra-peritoneaes é devida á sua invasão pelos germens carreados pelo ar.

O estudo da infecção peritoneal começa póde dizer-se com os estudos de Grawitz em 1886 que depois de varias investigações tirou estas conclusões:

- 1.º A introducção de microbios não pyogeneos na cavidade peritoneal não arrasta a menor consequencia perniciosa, mesmo em doses maiores;

2.º Se o poder de absorção do peritoneo é abolido, os microbios não pyogeneos comportar-se-hão differentemente segundo a sua acção de decomposição da albumina. No ultimo caso nada produzirão; no primeiro poderão dar lugar a uma intoxicação putrida;

3.º Os microbios pyogeneos em suspensão n'um liquido não irritante nada produzem sobre um peritoneo são;

4.º Produzem ao contrario uma peritonite, se ha estagnação de liquidos no peritoneo, ou se este ultimo é a séde de uma irritação ou de uma ferida.

No anno seguinte 1887 Pawlovsky de S. Petersburgo estuda por sua vez a etiologia e o desenvolvimento da peritonite aguda.

Os resultados das suas experiencias differem um pouco dos de Grawitz; resumem-se nas seguintes proposições:

1.º Agentes chimicos (oleo de crolon, tripsina) podem produzir uma peritonite de fórmula hemorrhagica;

2.º A introduccção de microbios pathogeneos sós, e em particular do staphylococcus aureus, mesmo em fraca quantidade, determina uma peritonite;

3.º Os micro-organismos pathogeneos dão origem a peritonites de fórmula differente a saber:

(a) A peritonite mycotica ou sobre-aguda, na qual deixam de existir as lesões macroscopicas apreciaveis; a reacção não tem tempo de se poder effectuar;

(b) A peritonite hemorrhagica;

(c) A peritonite fibrino-purulenta, indicio de um grau mais fraco de infecção e que não é em todo o caso senão o inicio da fórma seguinte;

(d) A peritonite purulenta typica que só encontramos quando o animal vive bastante tempo.

Em 1889 Lamelli demonstra que o *bacterium coli* em determinadas condições dá origem a uma peritonite mortal, e conclue das suas numerosas experiencias que este microbio é, sem duvida, o verdadeiro agente da peritonite por perfuração.

Em 1891 Alexandre Fränkel publica sobre o mesmo assumpto, infecção peritoneal, uma memoria muito notavel na qual mostra a transição que existe entre as fórmas de septicemia peritoneal sobre-aguda e a peritonite purulenta typica. As suas experiencias podem resumir-se no seguinte:

1.º O animal apresenta cedo os symptomas d'uma doença geral, mas restabelece-se;

2.º O animal foi attingido de intoxicação septica sobre-aguda e morreu no espaço de algumas horas; a autopsia deu-nos lesões minimas ou nullas;

3.º Uma verdadeira infecção se declara e então:

(a) Se a morte sobrevem em 24 a 36 horas as lesões macroscopicas são pouco apreciaveis e consistem em ligeiro exsudato e alguns depositos fibrinosos, mas o exame bacteriologico permite distinguir numerosos microbios no peritoneo e no sangue;

(b) Se o animal resiste 3 a 4 dias encontram-se as lesões da peritonite purulenta aguda;

(c) Se o animal sobrevive duas a tres semanas, podem formar-se bolsas purulentas.

Em 1893 apparecem ainda duas memorias importantes e interessantes; uma sobre a etiologia da peritonite em que é auctor Tavel e Lauz; a outra sobre a peritonite de origem intestinal por Ziegler.

E, enfim, uns outros trabalhos de differentes auctores surgiram, mas não tão importantes como os dos auctores cujos nomes e experiencias venho citando.

Taes são as principaes buscas experimentaes cujo fim foi provar que a introduccão de germens pathogeneos na cavidade peritoneal determina, se as condições são favoraveis, o desenvolvimento de uma peritonite.

Se bem que, um pouco contradictorias sobre certos pontos, taes experiencias que citei n'este trabalho a titulo de curiosidade, permitem ainda assim vêr os laços que ligam a septicemia peritoneal sobre-aguda á peritonite purulenta typica; uma

Anatomia pathologica

1—Lesões peritoneaes

A infecção peritoneal póde ser extraordinariamente rápida e não se traduzir senão por lesões difficilmente apreciaveis á vista. Quando a peritonite é aguda e que a morte sobrevem desde o 2.^o dia, nós encontramos as ansas intestinaes mais ou menos dilatadas e vascularisadas. Vê-se quasi sempre na pequena bacia ou nos hypocondrios, maior ou menor quantidade de sangue, ou então uma serosidade sero-sanguinea mais ou menos purulenta. Esta serosidade é em quantidade muito variavel; umas vezes tão pouca que quasi se não nota, outras em grande abundancia.

Assim, podemos nós para melhor orientação fixar os caracteres anatomo-pathologicos da peritonite sobre-aguda post operatoria e dispol-os em quatro a saber:

- 1.º A dilatação das ansas intestinaes;
- 2.º A vascularisação d'estas ansas;
- 3.º O aspecto da serosa despolida; e finalmente em quarto logar a existencia do derrame mais ou menos abundante. A dilatação das ansas é muito accentuada a maior parte das vezes; acontece frequentemente que, durante a vida o "ballo-nement," abdominal era leve ou quasi nullo, e que, apoz a morte, na autopsia, se encontra uma dilata-ção consideravel das ansas intestinaes. Esta dilata-ção póde ser generalisada, mas de ordinario onde mais se accentua é junto do fóco operatorio.

A vascularisação do intestino é um signal constante e caracteristico.

As ansas, quasi sempre dilatadas, apresentam na sua superficie finas arborisações vasculares, e algumas vezes uns pontos avermelhados, hemorrha-gicos. O epiplon apresenta-se tambem vasculari-sado e um pouco espesso quando a peritonite é generalisada ou quando ella, mais ou menos parcial, fica proximo do fóco inflammatorio inicial.

O peritoneo perde o seu caracteristico aspecto liso, modifica-se um pouco e apresenta por vezes uma especie de falsas membranas. Emfim, existe como acima disse, um derrame intra-peritoneal. Este derrame é de ordinario sero sanguineo e formado não só por um pouco de sangue cahido no acto da operação, ou depois d'ella, mas tambem por

uma exsudação peritoneal maior ou menor. A extensibilidade d'estas lesões é assaz variavel.

Quando a morte sobrevem ao terceiro ou quarto dia ou mais tarde mesmo, a peritonite é generalizada, e, além das lesões já mencionadas, outras se encontram que traduzem a reacção do organismo em face do inimigo que o invadiu. Ao nivel dos pontos inflammatorios ha uma diapedése intensa, cujo fim é a destruição dos micro-organismos pelos phagocytos e o resultado anatomo-pathologico a producção de falsas membranas e a formação de pús.

Estas falsas membranas que vemos constantemente são um excellente meio de defeza, são ellas que tantas vezes formam uma barreira ás suppurações não permittindo a difusão do pús na cavidade peritoneal. O pús só apparece ao cabo de muitos dias; a sua presença e a sua quantidade dependem da virulencia do microbio e da resistencia do organismo. Quando a peritonite é causada por micro-organismos extremamente virulentos, a morte sobrevem antes da formação do pús. É a septicemia sobre-aguda. Se o organismo é fraco e a resistencia é pequena, o operado succumbe rapidamente; se ao contrario é um doente com visceras em bom estado de resistencia, a lucta trava-se, estabelece-se a defeza e nós vemos uma série de falsas membranas e pequenas quantidades de pús. Ora

isto é o que se nota na serosa, mas agora precisamos de colher também noções sobre o que se passa nas visceras contidas na cavidade abdominal.

II — Lesões visceraes

Dentro d'esta variedade de lesões ha a distinguir as lesões que antes existiam, lesões que não devem ser attribuidas á infecção e aquellas que são provenientes sómente d'ella. É pois importante saber os dados principaes para não estabelecer confusões.

Esses órgãos assim diminuidos na sua resistencia soffrem um maior abalo, e os que são encarregados de tomar a sua parte na defeza ficam nas peores condições.

Portanto, em face d'estas considerações, preciso se torna eliminar o estudo das lesões anteriores que nada tem com o caso para sómente me occupar d'aquellas que porventura possam ser motivadas pela invasão dos micro-organismos. A determinação das lesões visceraes devidas á septicemia é muito difficil de precisar. Uma viscera, que, sem duvida, é mais tocada pela infecção é o figado.

Destinado a transformar as toxinas e a defender o organismo é o figado a viscera que mais sof-

fre, que mais prejudicada é pelas toxinas absorvidas. Se olharmos ás lesões que, por acaso, possam existir, no que diz respeito ás causadas pela infecção nós vemos que, macroscopicamente, são as lesões hepaticas muitissimo pouco accentuadas; no entanto, vêem-se algumas vezes manchas echymoticas subcapsulares e umas manchas ou pontos brancos, branco amarellados, de dimensões variaveis, ordinariamente, de cada lado do ligamento suspensôr e sobre o lobulo esquerdo.

Ao exame microscopico reconhece-se a existencia de uma degenerescencia gordurosa aguda.

Em resumo: vêmos alterações que são analogas ás alterações produzidas por doenças infecciosas.

E de todas as visceras é esta a que mais soffre. Nas outras nada se vê que possa tornar-se bem sensivel. Os rins é que n'alguns casos se tem apresentado congestionados, echymoticos, vendo-se uma côr vermelho-negra quando estes sejam cortados.

Vejamos agora os dados fornecidos pelo estudo bacteriologico.

Estudo bacteriologico

O exame da serosidade recolhido immediatamente depois da morte mostra a existencia de microbios varios entre os quaes o mais frequente é o streptococcus. A quantidade é maior ou menor segundo a altura em que recolhemos a serosidade; se a morte foi rapida, são um pequeno numero, mas se a morte veio mais adiante notamol-os em quantidade muito maior.

As culturas são sempre extremamente abundantes e da melhor vitalidade. Nos exames bacteriologicos feitos, um facto notavel apurado, é que as serosidades que tinham apenas permittido descobrir um ou dois microbios por lamella, ao exame directo, tem dado culturas muito ricas e muito proliferantes. Varios são os microbios encontrados na serosidade peritoneal. Entre elles se tem visto, o

vibrião septico, o estaphylococus, o estreptococus, o bacterium coli, etc.

Ordinariamente estes microbios actuam de mãos dadas, e assim, raro se faz um exame da dita serosidade que se não encontrem associações d'elles, ora com uns ora com outros.

Passemos agora ao estudo da etiologia e pathogenia da affecção, que são capitulos deveras importantes no estudo que venho fazendo.

Etiologia e Pathogenia

A causa necessaria e determinante da septicemia peritoneal aguda post operatoria é a introdução de germens pathogeneos na cavidade abdominal.

Mas a clinica e a experiencia demonstram que a introdução de germens no peritoneo não basta para determinar a produção de uma peritonite; para isso é preciso que os germens sejam virulentos ou possam sê-lo, que encontrem um meio de cultura para a sua proliferação e que o terreno não seja refractario. E, assim, em relação a cada um d'estes factores vemos nós as fórmulas correspondentes e diversas da infecção peritoneal o que muito bem se comprehende.

Mas, sejam de uma maior ou menor virulencia, para se desenvolverem, é-lhes indispensavel o meio

de cultura. Para isso têm o meio sanguineo que é um excellentê sôro. Ora nas operações abdominaes não só pela linha de incisão como por qualquer outra hemorragia maior ou menor que se não possa de prompto sustar, o sangue escapa-se sempre e vem depositar-se nas partes de mais declive, ou mesmo fica em qualquer fóco defendido, e ahi n'esse sangue principiam a pullular os germens da infecção, para depois com a sua vitalidade apurada, com a sua actividade accrescida, darem o golpe decisivo, ou o estímulo a uma lucta, a um combate entre elles e o organismo, e com resultados mais ou menos felizes. Ha pois da parte do organismo uma necessidade de defeza e tão importante ella é que d'esta lucta resulta ou o triumpho ou a morte.

Ora um organismo em boas condições defende-se, mas em más não lhe é isso possivel. E más são ellas quasi sempre, porque em casos operatorios ha sempre uma grande baixa de resistencia. Mas não é isto só que temos de considerar, temos tambem de entrar em linha de conta com a questão do terreno. Para a infecção se dar não basta a introducção dos germens e a sua proliferação na cavidade peritoneal; é preciso tambem que haja absorpção das toxinas segregadas e que o organismo não esteja em estado de immuidade.

Assim temos que dous factores ha a conside-

rar no estudo da infecção peritoneal, melhor dizendo da septicemia.

- 1.º É o estado do peritoneo.
- 2.º É a resistencia do organismo.

ESTADO DO PERITONEO. — O peritoneo são, absorve com uma rapidez surprehendente; é um facto amplamente demonstrado pelas experiencias varias, e sobre o qual nada ha a objectar. Mas ao contrario quando está irritado, a sua resistencia em vez de afrouxar augmenta. Assim vemos nós por exemplo nos casos de ascite em que o peritoneo é irritado por largo tempo, uma resistencia á infecção deveras notavel. É curiosa esta tolerancia da serosa, mas é indubitavel que isso se dá, e que o seu conhecimento tem para o caso uma grande importancia. Tem-se pretendido explicar isto, mas a verdade é que as explicações não tem tido o exito que se tem pretendido.

Assim, para alguns auctores a absorpção sendo afrouxada, as toxinas microbianas são lentamente absorvidas, de tal sorte que a sua eliminção se faz á medida da sua absorpção.

Ha um verdadeiro equilibrio de modo que o organismo não soffre alteração, a infecção não dá o golpe. Por outro lado as culturas enfraquecem-se, perdem a sua virulencia e acabam por ser reabsorvidas.

Claro que não consideramos estes micro-organismos dotados de uma virulencia exaggerada, porque então, n'estes casos, a infecção seria inevitavel.

Temos, portanto, que a irritação peritoneal chronica é uma causa desfavoravel ao desenvolvimento da peritonite e dos accidentes infecciosos que d'ahi advem. Ora nada d'isto acontece quando é normal, quando ella não tem soffrido tal irritação. De tudo isto concluimos que ha dous factores importantes na pathogenia da infecção, e que vem a ser o estado da serose e a virulencia do microbio. A serosa tem um certo poder de defeza, lucha por assim dizer, e se o organismo a auxilia e a virulencia não é exaggerada tudo vai bem, mas quando haja um desequilibrio e que os germens pathogeneos se tenham desenvolvido no excellente meio onde cahiram, a sua resistencia afrouxa, e mesmo que esteja preparado por uma causa de irritação qualquer, perece na lucha.

Resta-nos agora fallar dos estados constitucionaes e das lesões visceraes que são outros tantos factores inherentes ao individuo e que na questão do terreno tem grande importancia.

Certas doenças como a diabetes, a uremia, as febres palustres e outras, são a causa de um enfraquecimento, e por conseguinte, adjuvantes da infecção quando ella tenha de se dar. É por isso, que doentes n'estas condições teem de ser operados

com outros cuidados e sobretudo com o maximo rigor de asepsia. São estados constitucionaes que favorecem a pullulação dos micro-organismos cahidos sobre a serosa peritoneal.

As lesões visceraes são da mesma fórmula causas de enfraquecimento, de diminuição de resistencia, ou por uma toxicidade generalisada ou por uma falta de defeza que permite a invasão e a pullulação dos ditos micro-organismos.

Passemos agora a um dos capitulos que mais interesse tem e que por isso mais merece minuciosa referencia, o que diz respeito ás vias por onde a infecção se faz.

Vias de infecção

As principaes vias de conducção dos germens pathogeneos merecem ser procuradas com o maior cuidado, porque do seu conhecimento resulta a prophylaxia da infecção. Em primeiro logar farei uma divisão entre o numero de causas capazes de produzirem a infecção para melhor conveniencia da descripção que convem fazer. Assim, dividirei estas em causas externas e causas internas.

Entre as primeiras temos o ar muitas vezes incriminado como o transportador de certos germens pathogeneos. Ha auctores que se não coadunam muito com esta maneira de vêr, no entanto, experiencias varias, feitas por cirurgiões como Bum na Allemanha, provam que o ar póde ser o vehiculo de certas infecções.

Temos os instrumentos cirurgicos que por uma

esterilisação imperfeita são repetidas vezes os culpados da infecção. A perfeição com que hoje se fazem as esterilisações é deveras admiravel, e por isso, não é difficil por este lado cumprirmos uma perfeita e rigorosa defeza. Mas ha tambem a attender aos cuidados da parte do cirurgião que deve ter sempre em vista não tocar em qualquer objecto no acto da operação. É de uma importancia extraordinaria a questão de asepsia, e é tambem a da attenção do cirurgião que jámais deve esquecer que as suas mãos não podem desviar-se do campo restricto onde exerce a sua acção. Alguns descuidos tem produzido verdadeiros desastres, o que é para lamentar. As esponjas, as compressas, o catgut, emfim tudo deve ser rigorosamente aseptico.

Causas internas

Passando agora ao estudo d'estas causas, que são bastantes e bem graves n'alguns casos, veremos a sua importancia e a enorme difficuldade em evital-as. Começarei por fallar da contaminação directa do peritoneo pela abertura de tumôres ou collecções purulentas intra-abdominaes. Acontece por vezes que ellas conteem liquidos septicos e que uma vez postas em contacto com o peritoneo, esta serosa não tem a defeza precisa e os micro-organismos triumpham da sua invasão, dando uma septicemia. Temos de notar que nem todas as collecções contêm microbios capazes de produzirem a infecção; muitos ha que contêm germens attenuados na sua virulencia ou que contêm mesmo liquidos inoffensivos. Ha tambem devido á chronicidade de certas affecções uma baixa na vitalidade dos micro-

bios, é assim uma diminuição de perigo, dando-se mesmo o caso de se tornarem completamente inofensivos. Todos sabem que as salpingites depois de resfriadas e depois de terem passado um certo estado de tempo, não teem quando abertas na cavidade abdominal, os inconvenientes que teem, quando evoluem em pleno periodo agudo.

É mesmo preciso operar quando ellas se resfriam afim de evitar a septicemia. Ha tambem outra possibilidade de contaminação da serosa que é a produzida pela abertura do intestino; uma ulcera, uma perfuração qualquer que inesperadamente se faça na cavidade abdominal no decorrer da operação.

É por isso, bom, reparar sempre no intestino, e no caso de haver descolamentos a fazer, manipular-os com todo o cuidado para poupar o intestino, e quando se não possa evitar a sua laceração, é indispensavel sutural-o immediatamente e recobrir o ponto onde se fez esta sutura com a serosa que o reveste. O esphacelo que se dá, por exemplo nas hernias estranguladas é um perigo imminente para a serosa peritoneal, e é por isso que a operação cirurgica, quando seja resolvido intervir-se, tem de ser extremamente cuidadosa desviando a parte esphacelada. Sempre que se tenha aberto o intestino ou que se suspeite da contaminação possivel do peritoneo pelas materias fecaes ou por liquidos se-

pticos, é bom, é mesmo indispensavel, limpar cuidadosamente a cavidade e as visceras que lhe são contiguas e tocar tudo com ether.

Alguns auctores quizeram tambem admittir a possibilidade da infecção por uma emigração dos micro-organismos atravez das paredes do intestino, em determinadas circumstancias, mas estudos minuciosos e pacientes conseguiram provar que tal não era possivel, e assim, esta hypothese cahiu por terra não sendo mais accete. Podemos ainda admittir a possibilidade da infecção por via sanguinea. A operação diminue a defeza do organismo, e portanto, é possivel que n'essa altura o sangue carreando certos micro-organismos os deponha em logar propicio ao seu desenvolvimento. No entanto, abundam pouco as opiniões em abono d'este processo de infecção. Concluindo esta parte do estudo que vimos fazendo, notamos que as causas mais frequentes, as mais graves e aquellas que mais repetidas vezes dão a septicemia post operatoria, são as internas, são as que surgem traiçoeiramente a darem um desfecho triste no resultado cirurgico.

D'aqui devemos inferir que a operação tem cuidados especiaes, n'este sentido, que nunca se devem perder de vista; e a limpeza do peritoneo é um d'elles, é um complemento verdadeiramente indispensavel para podermos triumphar nos casos de ameaça.

Symptomas

Começarei por dizer que esta affecção é uma das que teem uma symptomatologia mais variavel e que não offerece portanto muita possibilidade de permittir apresentar um quadro exacto, visto que os casos são tantas vezes bem differentes entre si.

A maior parte das vezes, apoz um primeiro dia de calma, o doente começa a soffrer dôres abdominaes, e o seu pulso augmenta a frequencia das pulsações; certos phenomenos nervosos, essencialmente caracterisados pela agitação apparecem então, ao mesmo tempo que sobreveem accessos de dispnêa; o doente não supporta a roupa da cama, pede ar sentindo-se abafado. A sêde é tambem muito accentuada; a lingua sêcca e a bocca acida. Os vomitos apparecem, raros ou frequentes; o facies do doente começa a alterar-se, apresentando

algumas vezes a côr subicterica e ficando macilento. No espaço de algumas horas, ou durante um ou dous dias, os phenomenos accentuam-se, a face empallidece e cobre-se de suores frios, os olhos recolhem-se nas orbitas, a respiração altera-se, difficulta-se por vezes ficando dyspneica, o pulso augmenta ainda de frequencia e diminue de força, as extremidades ficam frias.

A constipação torna-se teimosa, persistente; a temperatura ora fica normal, ora sóbe a 39° ou 40°.

A intelligencia persiste, mas não deixa de se notar tambem uma agitação extrema á qual se segue um estado de delirio mais ou menos completo.

Este quadro que venho descrevendo, verdadeiro em geral, está no entanto longe de se applicar a todos os casos, e a analyse de cada um dos symptomas permittirá mostrar quanto é difficil fazer uma descripção ao mesmo tempo que exacta, bem completa. Vejamos o que se dá com o pulso e que é um symptoma verdadeiramente regulador.

Pulso

No decorrer da septicemia peritoneal aguda, o pulso soffre modificações muito importantes ás quaes devemos sempre ligar mais attenção do que

á temperatura porque são mais constantes e não teem a desigualdade que ás vezes se nota nos outros symptomas. As pulsações são essencialmente caracterisadas, pelo augmento da sua frequencia, pequena impulsão, pela sua regularidade e pela sua desigualdade. Primeiro é preciso olhar ao augmento de frequencia não porque este signal tenha mais importancia e valor prognostico do que a pequenez do pulso, porém sim, porque é de ordinario o primeiro que mais notamos e que clinicamente tem um grande valor. E tanto assim, que muitas vezes é elle o signal mais seguro e evidente do quadro symptomatologico d'esta variedade de infecção que venho descrevendo. É elle tão alliado á peritonite, se assim posso dizer, que o asseverar que não ha peritonite sem frequencia do pulso, não deve soffrer o menor reparo.

Mas agora convem saber qual o numero d'essas pulsações; a nossa desconfiança perante um caso em que se suspeite uma infecção, deve nascer quando virmos elevar-se o numero das pulsações a cento e dez, cento e quinze, cento e vinte, e peor até cento e trinta. Em face de uma tal subida, devemos ter a certeza da gravidade do caso, e muito essencialmente quando a par d'esta frequencia notarmos tambem, uma impulsão muito baixa, um pulso muito pequeno, como vulgarmente se diz. Quando a infecção é nulla, o pulso permanece

abaixo de cem e por vezes mesmo não passa de oitenta e tal; mesmo depois de operações de longa duração, quando o peritoneo não tenha sido extremamente irritado com lavagens antisepticas como tão vulgarmente se fazia nos tempos em que a cirurgia estava mais atrasada. A subida do pulso a cento e vinte e mais pulsações é um signal de reacção, peritoneal que quasi sempre não tem causa differente da infecção. Fallei acima na irritação que outr'ora tanto se produzia no peritoneo por meio de lavagens até com liquidos causticos, e a proposito vem accrescentar agora mais algumas palavras sobre esta questão da irritação da serosa, mostrando a possibilidade de irritação por outros meios. Vejamos o que diz respeito á irritação mechanica por exemplo. Quando se faz uma drenagem da cavidade peritoneal, ou seja um Michulichz ou um simples tubo de borracha, muitas vezes acontece que o pulso dá signal da irritação e o numero de pulsações eleva-se um pouco, mas nunca vae onde póde ir quando ha infecção. Devemos, portanto, lembrarmo-nos d'isto sempre que se tenha feito uma drenagem para evitar desvios de tratamento que poderiam acarretar graves consequencias.

E tão manifesto e tão evidente é isto, que muitas vezes vemos diminuir esta frequencia do pulso depois de um curativo em que se tenham retirado as

mechas de gaze ou os tubos que serviam á drenagem do peritoneo. Portanto, vendo nós a importancia que tem a frequencia do pulso, não devemos perder de vista este excellente guia, quando apoz uma operação feita na cavidade abdominal, elle se nos apresenta bem nitido, bem palpavel. É um elemento de diagnostico excellente e seguro, e tanto mais quanto mais convencidos estivermos da possibilidade de uma infecção. Ha por vezes tambem um augmento de pulsações provocado por outras pequenas coisas, como por exemplo um abcesso da parede n'um dos pontos onde se fez a sutura, mas isso facilmente se reconhece e não é muito possivel que passe despercebido quando a investigação seja cuidadosa. E, quando isto acontece, tambem é certo que o numero de pulsações não vae tão longe; é mesmo raro passar de cento e dez. Em conclusão, uma elevação no numero de pulsações a seguir a uma laparotomia, nos primeiros dias, é um signal evidente de irritação peritoneal. E esta irritação é ordinariamente de origem inflammatoria e infecciosa. A maior parte das vezes os phenomenos accentuam-se, as lesões avançam e a morte põe termo á scena.

A confusão com o abcesso não é possivel se nos lembrarmos tambem de que a formação da collecção purulenta leva tempo a formar-se e nunca apparece sem que tenham decorridos alguns dias

sobre a operação. A marcha do abcesso é quasi sempre benigna, só em casos raros é que o abcesso produzido na linha de incisão por qualquer dos fios septicos pôde ir provocar uma peritonite. Primeiro daria logar a uma peritonite localisada, e como sabemos já, o peritoneo tem uma faculdade de defeza relativamente grande, em casos assim reduzidos de pequena acção, e portanto, facil nos é conceber a ideia de uma localisação do fóco com defeza perfeita e abertura para a parte externa, o que equivale a dizer que o mal seria attenuado a ponto de não produzir o mais leve abalo no organismo, findo que fosse o periodo inflammatorio. Vejamos agora o que se dá entre o pulso e a temperatura, que é de certo valor prognostico na evolução da septicemia.

Um e outro nem sempre andam ligados na sua marcha; o pulso sóbe, a temperatura fica por vezes indifferente a este avanço, outras acompanha a sua evolução e vai tambem subindo até ao limite máximo da sua ascensão; outras ainda, altera-se um pouco, mas fica apenas n'este limite pequeno sem grande ascensão. Para o diagnostico perguntamos agora, terá isto grande valor? Vimos já a importancia do pulso, importancia tal que fazemos d'elle o elemento de diagnostico mais importante; é justo perguntar agora se equal importancia terá a temperatura. As observações varias que são os melho-

res dados para avaliar da sua importancia veem asseverar-nos que não, que não tem a importancia do pulso e que apenas pôde ter o seu valimento pelo facto de prestar o seu concurso no prognostico da infecção quando ella seja elevada e se conserva n'esse limite.

Só, pois, devemos ligar-lhe importancia quando a par da sua subida notemos tambem a aceleração do pulso; fóra disso, não. Affirmam mesmo muitos auctores que tem feito minuciosos estudos sobre este assumpto, que apoz uma laparotomia, uma ascensão thermica desacompanhada de frequencia do pulso, não tem absolutamente nada de indicativo de peritonite.

Passemos á respiração e a mais algumas das outras funcções para vêr, a seguir, a importancia de outros symptomas. As perturbações respiratorias são frequentes, mas de tal modo variaveis segundo os casos, que é muito difficil ligar-lhes uma importancia consideravel. A respiração é modificada na sua frequencia e na sua regularidade. Ella é quasi sempre augmentada de frequencia desde o segundo dia; ora vae augmentando mais ou menos regularmente até á morte, ora soffre oscillações. Um facto notavel é que quando a temperatura e o pulso attingem o seu maximo de frequencia, a respiração pôde encontrar-se afrouxada e cahir n'um numero inferior ao normal. O rythmo regular da respiração

é ordinariamente modificado: o mais frequente são as crises de suffocação que apparecem por vezes a seguir ao dia da operação, no dia immediato e não no proprio dia. Estas crises são um mau symptoma e são indicio de uma inflammação peritoneal. O doente abafa; tem sêde de ar, pede que se abram as janellas e no entanto não se sacia de ar. Na expectoração ha algumas vezes, um pouco de espuma.

Em casos raros apparece o rythmo de Cheyne — Stockes.

No que diz respeito ás vias digestivas, a bocca mostra-se sêcca e recoberta por vezes de uma especie de membranas de côr branca; a sêde é ardente, não ha meio de a acalmar; os doentes pedem agua constantemente; os vomitos apparecem; não são constantes, mas são frequentes; os do primeiro dia são quasi sempre devidos ao chloroformio, mas os outros que vem a seguir são devidos sómente á infecção peritoneal.

São primeiro aquosos, depois biliosos, raramente fecaloides.

Umaz vezes veem com extraordinario esforço, outras naturalmente sem que o doente faça esforço algum.

A constipação é como acima disse, frequente; só muito poucas vezes apparece a diarrhea. A distensão do ventre, varia muito tambem; n'alguns

casos é muito pronunciada; n'outros, pouco ou nada. As dôres abdominaes expontaneas são quasi sempre muito vivas; á pressão a dôr é despertada e até aggravada.

As urinas são quasi sempre raras e carregadas. A côr icterica dos tegumentos é um pessimo symptoma, porque é uma prova de lesões hepaticas, e por conseguinte de diminuição de resistencia, visto ser ao figado que compete uma grande parte na defeza do organismo.

Estado geral

O organismo é rapida e fortemente sacudido pela infecção, e portanto, dominado por uma intoxicação cujas consequencias estão na dependencia da sua resistencia.

O facies modifica-se rapidamente; toma um ar especial, caracteristico que aos olhos experimentados não engana, servindo de guia precioso. Os olhos são encovados; o nariz adelgado, os labios sêccos e delgados.

Certas perturbações nervosas surgem então; apparece a agitação, a angustia, os suores, a impossibilidade de supportar a roupa; o delirio póde surgir, mas, coisa curiosa, o conhecimento persiste, o doente tem a noção de tudo que o cerca, presente a aproximação da morte, pede que o salvem e por vezes em gritos afflictivos, n'uma ancia indescrpti-

vel, n'um horror tremendo, termina a fatalidade do seu destino. Algumas vezes acontece tambem, mas raramente, esta evolução proseguir mais moderadamente, na ausencia de uma tão exaggerada symptomatologia, e a doente como se nada fôsse, finda os dias da sua existencia.

Tudo isto decorre rapidamente porque a invasão do organismo pelos agentes pathogeneos é verdadeiramente rapida, não conta muitos dias, é quasi fulminante e ordinariamente n'um dia ou dois tem feito a sua evolução e tem tambem tido o seu desfecho.

A septicemia peritoneal sobre-aguda pôde matar em menos de dois dias; ordinariamente faz a sua evolução em dois ou trez dias e mesmo quatro. Quando os doentes resistem mais, trata-se de infecções menos agudas e a transformação purulenta tem tendencia a fazer-se. Contudo ao quinto dia ou depois pôde-se não encontrar á autopsia senão lesões de peritonite sobre-aguda, sem pus nem falsas membranas. Se a infecção é ligeira e o organismo resiste a cura pôde dar-se. Acontece isso algumas vezes, mas é necessario que o organismo tenha uma resistencia admiravel e consiga vencer a lucta da invasão microbiana. Posto isto passemos ao tratamento d'esta variedade de infecção.

Tratamento

A peritonite post operatoria tem sido o grande escolho da cirurgia abdominal, dizia um auctor de-
veras considerado; e na verdade assim é, não se
tendo até hoje feito grandes progressos no campo
therapeutico, embora se tenham envidado bastantes
esforços e consagrado longos dias de estudo ao
arduo problema de obter uma cura positiva.

Continua assim o juizo formado de que é mais
facil evital-a do que tratál-a. Mas, estando no capi-
tulo do tratamento não posso deixar de me referir,
embora ligeiramente, á série de processos empre-
gados não só para evitar a infecção como para tra-
tal-a quando ella se tenha declarado. Primeiro que
tudo quero referir-me aos meios de a evitar que são
hoje relativamente faceis e seguros. Praticar uma
boa asepsia, cuidar religiosamente, digamos, da es-

terilisação dos instrumentos, de todas as compressas, das mãos, evitar a aproximação da *entourage*, desinfecção bem o campo operatorio, fazer emfim uma limpeza perfeita em tudo o que tenha de estar em contacto com a serosa, eis o mais indispensavel e mais seguro para evitar a infecção.

É preciso tambem evitar toda a estagnação de liquido no peritoneo, fazer uma drenagem perfeita quando isso seja necessario, evitar a acção dos desinfectantes que são nocivos á serosa peritoneal, fazer o descollamento das bolsas purulentas com todo o cuidado e ter sempre o campo operatorio defendido pelas compressas.

São detalhes muito importantes no acto operatorio e que muitas vezes escapam, facilitando a infecção.

Depois d'isto vejamos quaes são os agentes therapeuticos hodiernamente empregados no combate da infecção.

No caso de apparecerem vestigios de infecção, dous caminhos temos a seguir:

- 1.º Deter os phenomenos infecciosos.
- 2.º Favorecer a eliminação dos mesmos.

No primeiro caso devo dizer que é bem difficil suster a marcha da infecção, mesmo porque muitas das vezes se fica indeciso perante a symptomatologia da infecção, desviando a attenção para outro lado.

Ainda não vae longe o tempo em que os cirurgiões recorriam ás lavagens do peritoneo como meio prophylatico e tambem como meio curativo. Muitas vezes ao despertar do primeiro symptoma, abriam de novo a cavidade abdominal e iam limpar e lavar o peritoneo com agua salgada a sete por mil, ou com sublimado. Foi esta technica muito aconselhada pelo prof. Delbet; empregaram tambem outros solutos, mas o certo é que os resultados não foram satisfactorios.

Apenas ficou com o seu logar marcado a limpeza da cavidade abdominal, no acto da operação, mas na ausencia de todo e qualquer antiseptico, fazendo a seguir a drenagem que é um processo excellente para libertar a serosa peritoneal do contacto dos liquidos que se juntam e são um excellente meio de cultura permittindo o desenvolvimento de germens provocadores da infecção.

Depois d'estas ligeiras referencias aos antigos processos vejamos o que n'estes ultimos tempos mais se tem empregado.

Fallarei primeiro das injeccões.

Começarei pelas injeccões de oleo camphorado, injeccões intra-peritoneaes empregadas como meio de prevenir a peritonite post operatoria. As diferentes investigações experimentaes sobre a reabsorção pelo peritoneo, orientaram n'um sentido bem

differentes os estudos feitos sobre a prophylaxia da peritonite post operatoria.

Antes d'estas novas experiencias feitas por Glimm Herff e M. Kolb havia em vista o provocar uma hyperleucocitose artificial, e para isso, lançavam mão de soluções physiologicas, como sejam a solução de chloreto de sodio, a do acido nucleinico, a do sôro normal do cavallo, a do sôro antiestreptococico e outras, mas os resultados foram pouco animadores, e tão pouco, que immediatamente suscitaram novos estudos.

Foi, pois, devido a isso que M. Hühne desviou para este estudo a sua attenção e por trabalhos feitos pôde estabelecer que, praticando alguns dias antes de introduzir no peritoneo d'um animal uma cultura muito virulenta de colibacilos, uma injeção intra-peritoneal de oleo, determinar-se-hia uma reacção inflammatoria que se oppõe á absorpção dos microbios inoculados permittindo aos animaes resistir melhor á infecção.

Em collaboração com o professor Pfannestiel, Hühne pôde utilizar com successo estes dados experimentaes n'um fim prophylatico, e graças á injeção intra-peritoneal de oleo camphorado, viam-se operados gravemente infectados, curar sem peritonite, apezar da alta virulencia do agente pathogeneo.

Por seu lado o doutor Kolb teve ensejo de estu-

dar os resultados do emprego do methodo em questão no serviço do doutor Herff professor de clinica obstetrica e gynecologica na Faculdade de Basileia; ahi se fizeram 172 laparotomias tendo sido applicadas 79 injeções de oleo camphorado.

Em vez de praticar a injeção um ou dois dias antes da operação como o faziam Pfannestiel e Höhne, adoptaram um processo differente que consistia em lançar no peritoneo, mesmo na occasião da operação, a solução de oleo camphorado.

M. Kolb affirma que os resultados foram satisfactorios e que a maior parte dos casos não tiveram insuccesso, mostrando o seu enthusiasmo em face de taes resultados.

(Abstenho-me de apresentar a estatistica para não alongar a materia d'este estudo referindo apenas as conclusões tiradas pelos differentes auctores).

M. Hirschel (de Heidelberg) preconisa o seguinte processo:

Lançar na cavidade peritoneal depois de se ter bem limpo o peritoneo, com gaze e a sêcco, de 100^{cc} a 300 centimetros cubicos da solução de oleo camphorado préviamente esterilizado.

A solução deve ser muito espalhada sobre a serosa, e para isso com um simples tampão de gaze obtem-se o resultado desejado.

Além do engorgitamento dos vasos lymphaticos na passagem da reabsorpção, o oleo campho-

rado tem provavelmente ainda por effeito envolver as bacterias e tornal-as inoffensivas.

M. Borchard é de opinião tambem que o emprego do oleo camphorado e esterilizado apresenta vantagens no tratamento post operatorio da peritonite porque se levanta assim o pulso e diminuem os riscos de adherencias intra-peritoneaes.

D'aqui inferimos que o oleo parece ter um certo poder em face de tal infecção, e mais, que será preferivel ter que prevenir do que ter de remediar, e portanto, mais para aconselhar o empregar préviamente as injeccões dois dias antes das operações, e nos casos em que se tema a existencia de pús ou de qualquer fóco susceptivel de propagar a infecção.

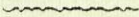
Assim será para aconselhar por exemplo, no caso de hysterectomia por infecção puerperal, na estirpação de tumores suppurados dos orgãos genitales, nas annexites, etc.

Resta-me fallar do emprego dos saes de prata tambem bastante divulgados na moderna therapeutica, sendo para recommendar o electrologol, o collogol, etc.

Ainda recorremos tambem aos purgantes, aos diureticos: daremos ainda clisteres purgativos com uma sonda um pouco longa.

Quando a constipação fôr teimosa os clisteres electricos são indicados. Actualmente teem tambem

recorrido ás injeções de sôro pelo facto de favorecerem a diurése. Resta agora o tratamento symptomatico; calmar os vomitos, a dôr epigastica as violentas dôres abdominaes e a sêde; o gelo e a morphina são correntemente empregados.



OBSERVAÇÃO

Entrou no mez de Julho para o Hospital M. R. de S. de 24 annos de idade, solteira, jornaleira, natural de Gondomar. Esta doente queixava-se de dôres na região abdominal, por vezes muito intensas, dizia ter colicas sobre a região ovarica. Procedendo ao exame constatou-se a existencia de um tumor na região hypogastrica esquerda, que levantou a suspeita de uma annexite.

Resolvida a operação para fazer uma ablação dos annexos, foi tudo disposto n'este sentido e a doente operada no dia 13 de julho. Fez-se primeiro a incisão abdominal classica, e ao cahir sobre o peritoneo notou-se que este estava espesso e muito adherente ao peritoneo visceral. Procedeu-se então ao descollamento e verificando-se que effectivamente havia uma grande annexite com uma bolsa kystica

enorme cheia de pús, que se rompeu um pouco em virtude da friabilidade do tecido cahindo o liquido purulento na cavidade peritoneal.

Immediatamente se procedeu o melhor possível á limpeza da serosa afim de evitar a infecção e depois de laquear os vasos sanguineos fez-se a peritonisação e finalmente fechou-se a parede abdominal. No dia seguinte, a principio, a doente parecia ir bem, mas havia anuria. Algumas horas depois, o facies alterava-se, o abdómen inchava, havia *ballonement*, appareciam symptomas de infecção a physionomia mais e mais se alterava e passadas umas 49 horas, a doente morria. Em face d'isto foi resolvido autopsiar o cadaver o que se fez pouco tempo depois da morte.

O resultado da autopsia foi o seguinte: O ventre estava um pouco distendido ao abrir a cavidade abdominal viam-se as ansas dilatadas e vascularizadas.

Não havia pus, mas sim um liquido sanguinolento cahido na cavidade. Ausencia de peritonite suppurada. Em face d'isto a conclusão a tirar é que a morte foi devida a uma infecção do organismo pelos agentes microbianos. O quadro symptomatico assim o revelou antes da morte e a autopsia mostrou-nos ausencia de lesões, porém sim, signaes de peritonite.

BIBLIOGRAPHIA

BUMM. — De l'étiologie de la péritonite septique.

JULIEN. — Curabilité des péritonites traumatiques post opératoire.

LARUELLE. — Études bactériologiques sur les péritonites par perforation.

SEMAINE MÉDICALE 1909, 1910. — Les péritonites post opératoires.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A disposição anatomica da articulação coxo-femoral explica-nos a pequena frequencia das suas luxações.

Physiologia. — O thymos tem um papel importante no desenvolvimento do esqueleto e dos tecidos, em especial das glandulas genitales.

Anatomia pathologica. — A modificação que o estado cadaverico imprime á flora microbiana do tubo gastro intestinal é simplesmente a de redução das especies.

Materia medica. — Não existe um methodo uniforme de tratar doentes.

Hygiene. — A noção do contagio é a base da prophylaxia.

Pathologia externa. — Na septicemia peritoneal agu-

da as lesões peritoneaes são tanto menos accentuadas quanto a infecção é mais rapida.

Partos. — Pelo graphico da temperatura pôde diagnosticar-se a variedade de infecção puerpural.

Operações. — Em cirurgia o rigor de uma technica operatoria é a maior parte das vezes impossivel.

Gynecologia. — Os deslocamentos do utero são, não devem acompanhar-se de soffrimento algum.

Pathologia interna. — A etiologia de alguns casos de purpura escapa-nos por completo.

Medicina legal. — Na submersão a morte é quasi sempre devida á asphyxia, raras vezes á inibição.

Visto

Candido de Sinho

Presidente

Póde imprimir-se

Candido de Sinho

Director