

1242

1906

Antonio Augusto Mendes

N.º 5

INERCIA UTERINA

UM CASO CLINICO (Breve estudo)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



Porto-Imp. C. Vasconcellos

1906

12715 ERG

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedaticos

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

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

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

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

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

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

A meus Paes

Tudo quanto n'esta pagina vos dissesse, não seria senão um pallido reflexo do muito que sinto. Estou contente, por saber que vós o estaes. Os vossos sacrificios, alliados a uma vontade de ferro, mostram exuberantemente que o querer, é poder; oxalá que um dia vos possa mostrar o meu reconhecimento, a minha estima, a minha dedicação.

A' Ex.^{ma} Senhora

D. Helena Vieira Soares

Como me não seja possível
dizer-vos quanto desejava, li-
mito-me a ofertar-vos este
livro... que também vos per-
tence.

Ao companheiro d'alguns annos

Joaquim Marques da Silva

Sincera amisade de teu *mano* e amigo.

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Dr. Antonia Augusta Proença

José Marques da Silva

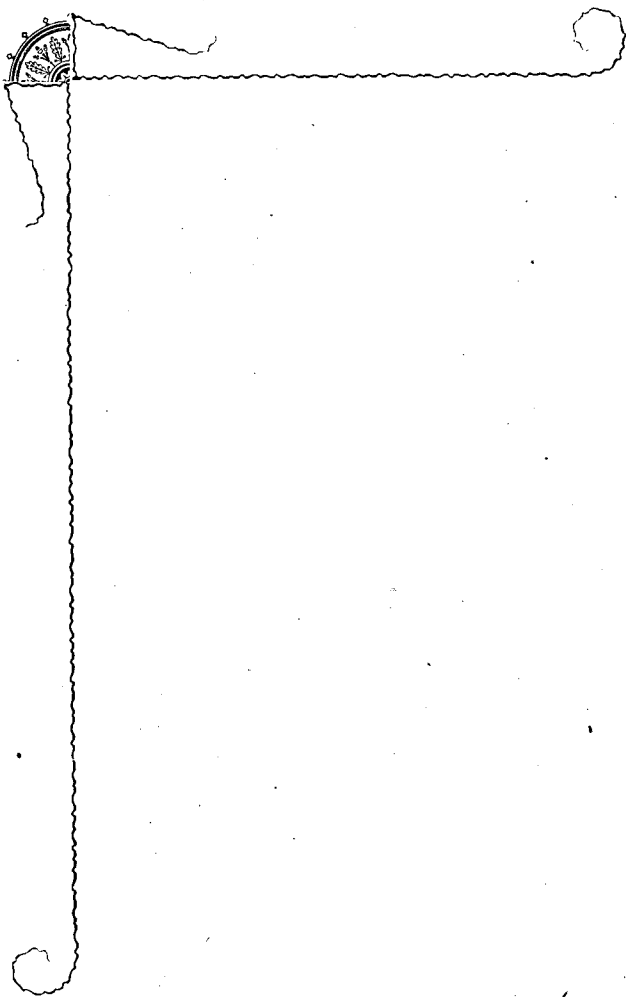
Aos meus condiscipulos

Abraço-vos a todos.

Ao meu illustre presidente de these

Prof. Roberto B. do Rosario Fias

A' trindade sublime que possui, caracter, saber e talento, presto aqui a minha homenagem sincera.



As difficulãades com que todos arcamos ao escolher um assumpto com que ultimar os nossos trabalhos escolares, são por demais conhecidas o que me dispensa de as repetir.

A escolha do presente, suggerida quando se procedia á intervenção de que trata a nossa observação, pelas variadas manobras a que deu origem, foi motivada pela lembrança de que um dia na minha vida clinica me veria em face d'um caso similar, e que teria de o resolver á falta d'outros collegas mais competentes.

Serei feliz na minha exposição? O illustre jury que tem de me julgar o dirá; no emtanto, o pedir complacencia para quem escreve pela primeira vez, para quem não

tem a vaidade de apresentar um trabalho completo, mas tão sómente cumprir um artigo da lei, parece-me não ser desdouro para quem a pede e para quem a conceder.

Programma? Não o apresento; servir-me ha de guia a observação que deu origem a este meu breve estudo, o que me parece sufficiente.

Para terminar, cumpre-me deixar aqui exarado o meu reconhecimento aos distinctos parteiros o illustre Professor Dr. Candido de Pinho e Dr. Maia Mendes, pelos materiaes que me forneceram para este meu estudo; é uma divida de gratidão a que me não furto.

OBSERVAÇÃO

J. da C., de 40 annos, solteira, creada, natural de Revelhe, concelho de Fafe, deu entrada na enfermaria n.º 12 (obstetricia) do Hospital Geral de Santo Antonio, em 7 de fevereiro de 1906, pelas duas horas da tarde, com as dôres da maternidade.

Não foi examinada no momento da entrada, nem mesmo n'esse dia, sendo-o porém no dia seguinte, 8 de fevereiro, obtendo-se d'esse exame que se tratava d'uma prenhez de termo, que o feto se encontrava acima do estreito superior, n'uma apresentação de vertice, posição esquerda anterior, e que as contracções uterinas eram muito espaçadas e pouco energicas.

A auscultação, deu o foco cardiaco na linha que vae do umbigo á espinha illiaca antero-superior esquerda e muito proximo do umbigo. Ao toque, verificou-se que o collo uterino estava molle, com uma pequena dilatação (moeda de duzentos réis), que a

bolsa d'aguas se achava tufada e não ser possível attingir a parte que se apresentava, já porque a bolsa d'aguas o impedia, já porque estava muito acima.

Passando ao interrogatorio, colhemos que as dôres lhe haviam principiado em 7, pelas 6 horas da manhã, dôres estas pouco intensas e espaçadas, com predominio na região lombar, e ser uma primipara. No dia 8 de fevereiro, sendo novamente examinada, verificou-se que não havia avanço no trabalho do parto, á excepção da ruptura da bolsa d'aguas, que apuramos ter-se dado na noite de 8 para 9, pelas 11 horas ou meia noite. O exame pelo toque, confirmou-nos a veracidade d'este informe.

Em vista d'estes factos, e fazendo o balanço de todos elles, o director da enfermaria, o distincto Professor Dr. Candido Pinho, resolveu intervir no trabalho do parto, na convicção de que se tratava d'um caso d'inercia uterina, optando pelo emprego do forceps, depois da dilatação prévia do collo uterino.

No acto operatorio, que correu relativamente bem, deu-se a ruptura do perineo, pelo que se teve de proceder á perineorrhaphia.

O feto, cujos ruidos cardiacos eram mal percebidos, foi extrahido sem vida, como se tinha prognosticado.

Á parturiente, durante o tempo que se conservou no hospital, foram-lhe feitas irrigações utero-vaginaes d'um soluto phenico a $\frac{1}{2}$ ‰. Houve infecção puerpural, marcando o thermometro, em 14 de fevereiro, $39^{\circ},5$; em 26, $39^{\circ},9$, coincidindo esta tempera-

tura com os symptomas d'uma metroannexite e cellulite pelvica, sob a fórma de infiltração serosa, e que sob a applicação do gelo se resolveu; em 6 de março 40°,2; em 15, 33,9; depois do que, com uma descida progressiva, se conservou normal a partir de 21.

A ruptura perineal não se conservou, por motivo de suppuração. •

Procedendo em 26 de março á mensuração da bacia, verifiquei tratar-se d'uma bacia normal e que a parede anterior da vagina tinha bridas cicatriciaes, devidas com certeza a lacerações que se deram no acto do parto.

Esta doente teve alta completamente restabelecida, em 30 de março de 1906.

Definição e divisões

Sendo-me impossível definir o que seja inercia uterina, em virtude de que tomando á letra a expressão, não existe, direi, no entanto, o que na linguagem corrente se entende por tal.

Dizemos que existe *inercia uterina*, todas as vezes que o utero não possui energia bastante para expulsar o feto com os seus annexos — o óvo — ou para se reconduzir á sua normalidade depois d'elle expulso.

Assim comprehendida, claro está que existem dois tempos differentes a considerar, quaes sejam: antes e depois de expulso o óvo. Da mesma fórma, podemos tambem, por sua vez, dividir o primeiro tempo em duas partes, ou sejam: antes e depois de expulso o feto.

É esta primeira parte do primeiro tempo que me proponho tratar, visto que é o caso da observação que apresento.

Etiologia e pathogenia

Multiplas são as causas que podem dar logar á inercia, tendo origem quer no proprio organismo materno, quer no producto concebido.

Algumas vezes acontece que entram em jogo duas ou mais causas para a producção do effeito, podendo essas causas pertencer á mãe ou ao feto; no nosso estudo estudal-as-hemos separadamente, por motivo d'ordem e commodidade.

Aquellas que dependem do organismo materno, são entre outras:

Ser uma primipara de idade relativamente avançada. — É caso frequente, n'estas condições, as mulheres apresentarem o utero inerte. A observação durante o anno lectivo, mostrou-me a veracidade d'este facto, porque algumas mulheres que vieram ter o parto n'este hospital, n'estas condições, todas tiveram de soffrer intervenções por motivo d'inercia; isto mesmo nos mostraram as estatisticas publicadas por

differentes parteiros. A observação que me serve de guia n'este estudo, d'uma mulher de 40 annos, primipara, é mais uma confirmação d'este facto.

Como explicar a inercia n'estas condições? Naturalmente, porque sendo o utero chamado demasiadamente tarde a desempenhar as mais nobres funcções que a natureza lhe confiou, já não pôde soffrer as modificações a que tem jus para acto tão capital; e, dada a hypothese de que as tivesse soffrido, o trabalho do parto em taes condições seria sempre mais laborioso, porque os tecidos perineaes e as articulações, teem perdido a elasticidade que normalmente deveriam apresentar.

Ter a bacia dystocica, comprehende-se que seja tambem uma causa d'inercia. N'este caso, o utero pôde a principio possuir a força contractil para a expulsão do feto, mas os obstaculos que o feto encontra na sua passagem, obrigam ao trabalho maior a fibra muscular que tenta vencer essa resistencia; porém chegando ao maximo do trabalho e não tendo podido vencer esses escolhos, entra n'uma phase de cansasso, de relaxamento das suas fibras musculares, emfim torna-se órgão inerte.

Na minha observação não havia bacia dystocica, porque pela mensuração a que já me referi, encontrei-a sensivelmente normal; assim: as espinhas illiacas antero-superiores, distanciavam-se 23 centimetros; a maxima distancia das cristas illiacas era de 29 centimetros; a distancia que existia da apophyse espinhosa da primeira vertebra sagrada — no ponto

correspondente ao promontorio — ao pubis, era de 19 centímetros, que, deduzindo as partes molles e osseas, deveria ser de 11 centímetros; o diametro promonto subpubico era de 11,5 centímetros, sendo portanto o promonto pubico minimo de 10 centímetros approximadamente.

Ter a mulher gravidade muitas vezes, porque então a fibra muscular uterina perdeu, pouco a pouco nas prenhez anteriores, a contractilidade das suas fibras, pelas distensões repetidas a que foi sujeita.

Ter o utero uma innervação defeituosa, porque então o órgão não póde receber as excitações, por igual, que lhe são transmittidas, á falta de conductores.

Uma anemia grande durante o tempo da gestação, sendo causa d'uma irrigação insufficiente, faz com que a fibra muscular não soffra a hypertrophia por falta de elementos nutritivos; e, não soffrendo esta hypertrophia muscular, não póde haver a força contractil para a expulsão do feto.

Esta causa não existia na nossa observada, porque era mulher nutrida, sem signaes de anemia, e, pelo interrogatorio soubemos ser uma mulher sempre saudavel.

Uma alteração pathologica, como seja o utero tornar-se um órgão fibroso, tem como consequencia a não contractilidade do órgão por falta de elementos musculares.

Não tendo a nossa observada soffrido doenças, não podia ser portadora d'um utero fibroso.

Outras causas podem ainda dar origem á inercia, como sejam: *o utero bicornio; fibromas uterinos; tumores dos orgãos visinhos; má direcção do corpo uterino* — proeminencia para deante: *utero em alforge*¹ — *repleção da bexiga ou do recto*, etc.

O modo como estas causas actuam é um pouco semelhante á bacia dystocica. Todas ellas são outros tantos obstaculos á sahida regular do feto, sendo por isso o utero obrigado a fornecer mais energia, que, chegando ao maximo e não podendo vencer a resistencia, deixa de se contrahir.

Nenhuma d'estas ultimas causas foi observada na nossa doente.

Enumeradas assim — ainda que rapidamente — as causas que provéem do organismo materno e o modo como actuam, vejamos da mesma fórma as que provéem do *ôvo*.

Ruptura prematura das membranas. A bolsa d'aguas esvasiando-se prematuramente não só deixa de contribuir para a dilatação do collo uterino — o que é importante — como tambem não contribue para a producção de reflexos que provoquem a contracção uterina.

Na minha observação, a ruptura da bolsa d'aguas deu-se depois de ter principiado o trabalho ha bastantes horas, razão porque não podemos attribuir a inercia a esta causa.

¹ Tivemos um caso durante o anno lectivo.

As partes fetaes apoiarem-se mal sobre o orificio uterino, quer haja um estreitamento da bacia — causa materna — quer uma inserção da placenta ao segmento inferior do utero.

No primeiro caso ha um estorvo á descida do feto, falta de reflexos, excesso e depressão das forças contracteis; no segundo, ha o mesmo estorvo, a mesma falta de reflexos, e temos mais a hemorragia.

No caso por nós observado, nada d'isto apuramos, havendo portanto exclusão d'esta causa.

O ovo muito volumoso, quer este volume seja devido a hydramnios, quer a uma prenhez gemellar ou multipla, o que se não notava no caso por nós observado. O utero, n'este caso, tendo soffrido uma superdistensão, a sua fibra muscular perdeu assim a propriedade de contrahir-se.

A adherencia anormal das membranas ao utero, impedindo o seu descolamento, impede igualmente a formação da bolsa d'aguas, o que se não observou no nosso caso.

Por ultimo temos a **brevidade do cordão umbilical**, actuando pelas tracções intempestivas que exerce sobre a parede uterina.

Algumas outras causas poderá ainda haver, mas as que deixo enumeradas, parecem-me as mais importantes e aquellas que não devemos desconhecer na nossa clinica, afim de as removermos tanto quanto possivel, para se poder dar o parto.

Symptomatologia

Collocados em presença d'uma parturiente, não é trabalho arduo para o parteiro descobrir a symptomatologia d'uma inercia uterina. Um curto e breve interrogatorio muitas vezes nos basta para fazermos o nosso diagnostico; porém, nunca nos devemos limitar ao simples interrogatorio, mas proceder sempre ao nosso exame clinico.

Algumas vezes acontece que um simples golpe de vista nos diz estarmos em presença d'uma mulher rachitica, tal o desenvolvimento que lhe encontramos; no entanto, convém que esta nossa ideia, sempre que seja possivel, seja confirmada ou infirmada pelo interrogatorio da doente ou das pessoas que a rodeiam.

Pelo interrogatorio, os esclarecimentos que podemos colher, são: se a prenhez é de termo; se sente dôres e se já existem ha muito tempo; se são ou não muito espaçadas; qual a intensidade d'essas dôres,

lembrando-lhe comparações com que avalial-as; se já sentiu correr as aguas. Se d'este interrogatorio obtivermos que a prenhez é de termo, que as dôres existem ha muitos dias, que são muito espaçadas, quanto é certo que já foram mais bastas, que a sua intensidade é pequena, e que já sentiu correr as aguas, ha todas as presumpções de que se trata d'um caso d'inercia.

Depois poderemos e deveremos fazer um interrogatorio retrospectivo dos partos anteriores, se é que os houve; é este um dado que nunca devemos desprezar, porque nos póde fornecer indicações uteis sobre a facilidade ou difficuldade dos partos anteriores, apesar de ser um dado, devo dizel-o, muito fallivel.

Á simples vista — depois de descoberta a doente —, poderemos vêr se se trata d'um utero em alforge, podendo-se verificar este estado mandando levantar a doente.

Pela palpação, verificamos se a prenhez é de termo, qual a posição do feto, estado da contractilidade do utero e espaço que medeia entre duas contracções, se ellas existem.

Pelo toque, vemos se o utero está em anteversão ou retroversão, qual o estado de amollecimento ou de dilatação do collo uterino, existencia ou ausencia da bolsa d'aguas e a posição do feto.

Se d'este nosso exame verificarmos que a prenhez é de termo, que o utero não é contractil, que são muito espaçadas as contracções, que o collo está amollecido ou em principio de dilatação — quando não

duro — , que a bolsa d'aguas ou é tufada ou já se rompeu ha muitas horas, poderemos affirmar com os outros dados colhidos pelo interrogatorio que se trata d'um utero inerte.

Outros symptomas não menos importantes para a nossa conducta, porque nos revelam que uma infecção se está a dar, vendo-se portanto as vidas da mãe ou do feto — quando não as duas — comprometidas, são: fadiga extrema da parturiente, lingua secca, labios fuliginosos, pelle quente, pulso pequeno e frequente, febre, etc.

Diagnostico e prognostico

O **diagnostico** da inercia uterina não é dos mais erigados d'espinhos, porquanto só temos a evitar o erro com a retracção permanente das paredes uterinas sobre o feto. Mas a palpação depressa nos guia, porque na inercia podemos apreciar as pequenas partes fetaes, da mesma maneira que apreciamos ou ausencia completa de contracções, ou de longe em longe uma contracção uterina; na retracção permanente, a parede uterina encontra-se dura, não permittindo a palpação das pequenas partes fetaes e a parturiente sente dôres permanentes, como a propria dureza da parede uterina.

Algumas vezes, porém, não nos podemos servir da palpação das pequenas partes fetaes, tendo de recorrer aos outros symptomas clinicos, em virtude de essa palpação ser impossivel; é o que observamos nas mulheres muito adiposas, nas que são portadoras de grandes derramamentos abdominaes, etc.

Na nossa observação sentiam-se ainda umas pequenas contracções, mas apalpavam-se bem as pequenas partes fetaes.

O **prognostico** é d'uma variabilidade grande tanto para a parturiente, como para o feto, conforme a causa da inercia.

D'uma maneira geral, a vida do feto é mais comprometida que a da mãe, não querendo com isto dizer que algumas vezes o prognostico se não apresente sombrio tambem para a parturiente. Assim: se a mulher tiver uma bacia dystocica, em que seja preciso intervir com a symphysiotomia a operação de Gilli ou cesariana, o prognostico será mais sombrio que para aquella em que não haja de intervir-se d'essa maneira; se houver signaes de infecção, mais de recear será o mau resultado da intervenção; se as membranas estiverem intactas, menos de temer a infecção; etc. etc.

Relativamente ao feto, podemos dizer pouco mais ou menos a mesma coisa, accrescentando o risco da sua asphyxia.

Tratamento

O que deverá fazer o parteiro em presença d'um caso d'inercia? Não se póde traçar — como em todas as coisas — uma linha de conducta unica, porque temos de nos sujeitar aos differentes casos que se podem apresentar.

O emprego á outrance do *esporão de centeio*, como outr'ora se fazia, não o podemos hoje adoptar sobre qualquer pretexto, porque o seu emprego debaixo do ponto de vista dos resultados finaes, é mais nocivo que util. O esporão, bem como o seu alcaloide — a ergotina — foram-se pouco a pouco abandonando, á medida que se lhe iam conhecendo os inconvenientes que resultavam do seu emprego.

Produzindo as contracções das fibras musculares lisas e particularmente as do utero, tem o grande e grave inconveniente d'estas contracções serem permanentes e não intermittentes, como as physiologicas, do que resulta tambem uma compressão perma-

nente dos vasos uterinos, tendo como consequencia um estorvo á circulação e, portanto, um risco eminente de asphyxia fetal.

Este inconveniente seria mais que o bastante para rejeitar o seu emprego, quando ainda mesmo não tivesse outro. Mas a sua acção, exercendo-se sobre as fibras lisas, não póde o collo uterino subtrahir-se a ella; e, não o podendo, contráe-se tambem d'uma maneira permanente, oppondo assim um obstaculo grande á expulsão do feto.

Por estas razões devemos rejeital-o d'uma maneira absoluta, ainda mesmo que o feto tenha sido expulso, a não ser que dentro da cavidade uterina já não existam membranas ou placenta.

Para o substituir e preencher a lacuna deixada pelo esporão, empregou-se o *sulfato de quinina*, que, apesar de não apresentar tantos inconvenientes como o esporão, foi-se tambem restringindo cada vez mais o seu emprego, até ao abandono.

Com esta substancia, é uma verdade, não temos a temer o risco d'asphyxia fetal, porque as contracções produzidas por ella são semelhantes ás physiologicas; mas, como o esporão, actua tambem sobre o collo, produzindo a formação de circulares, oppondo estas circulares um obstaculo grande á expulsão do feto.

Outras substancias teem sido empregadas para a producção das contracções, mas não teem sido mais felizes que o esporão e o sulfato de quinina. O *chlorhydrato de pilocarpina*, a *strychnina*, o *assucar*, a

canella, etc., são outras tantas substancias que hoje enriquecem o museu da medicina, para onde foram transportadas.

Podemos dizer: d'uma maneira geral, os agentes medicamentosos excitadores do utero, são mais perturbadores que acceleradores.

Parece-me de boa pratica, sempre que se apresenta um caso d'inercia, verificar o estado de *repleção* ou *vacuidade da bexiga e do recto*, porque muitas vezes a simples evacuação d'estas duas cavidades, é o bastante para que a inercia termine.

Algumas vezes uma *emoção moral* brusca, dá ao utero toda a sua energia. É assim que em certas mulheres, o terror determinado pela necessidade de uma intervenção operatoria, produz a cessação da inercia e a terminação do parto espontaneo.

Alguns auctores, tendo em vista a relação *sympathica* que existe entre as glandulas *mammarias* e o utero, lembraram-se de excitar o utero, *estimulando as regiões mammarias* pelos sinapismos, vesicatórios, ventosas, fricções repetidas, electricidade, etc. Com estas praticas — apesar de alguns successos — não se obtiveram resultados satisfactorios, o que levou Jacquemier a qualificar-as de «vãs phantasias que não são sem inconvenientes».

Mas, como disse, a nossa conducta deverá ser differente conforme as circumstancias o exigirem; vejamos portanto os principaes casos que se podem apresentar, e a maneira de os resolver.

Se a inercia se mostra sem causa apreciavel, en-

contrando-se a mulher n'um estado debil, de fraqueza, devemos tratar de lhe levantar as forças com o auxilio de *injecções d'alcool, ether e pelo calor*.

Mas se a parturiente não está n'este estado de fraqueza, temos a attender ao periodo do trabalho e á sua bacia.

Se o orificio uterino está incompletamente dilatado e as membranas estão ainda intactas, devemos aconselhar á doente o passeio, a que tome um *banho quente prolongado* — uma hora —, a *injecções vaginaes* entre 44° e 48° sob fraca pressão e exhortal-a á paciencia. Todos estes conselhos visam á dilatação do collo uterino e a provocar as contracções uterinas pelos reflexos que se possam produzir.

Casos porém existem, em que devemos *romper a bolsa d'aguas*, como quando se trate d'um ventre muito volumoso ou haja adherencias das membranas ao segmento inferior do utero. No primeiro caso, elimina-se a distensão exagerada que o utero soffre pela tensão dos liquidos; no segundo, removem-se os obstaculos que se apresentam á dilatação do collo e á producção dos reflexos.

Mas, se as membranas não estão intactas e o orificio uterino é insufficiente para o trabalho do parto, se o feto não corre risco de vida e nem ha signaes de infecção, recommendaremos então á parturiente a sua conservação no leito, as *irrigações vaginaes quentes* todas as duas ou quatro horas e de quando em quando *fricções moderadas* no ventre. Por esta fôrma concorreremos para a excitação da

fibra muscular uterina e para a dilatação do orificio uterino se completar.

Era n'este caso que o esporão de centeio tinha a sua particular applicação, sendo hoje posto de parte, pelas razões que expuz. É este o caso tambem de que se trata na minha observação e aonde empreguemos o *forceps* como meio mais rapido de produzir o parto.

O emprego das *irrigações quentes a 48°*, é um meio de activar as contracções e de facilitar a dilatação do collo, não sendo no emtanto isento de perigos e inconvenientes, porque é um meio moroso — com o qual algumas vezes se tem d'esperar muitas horas e até dias —, podendo produzir embolias gazosas quando o liquido contenha ar e este penetre entre as membranas e a parede uterina, podendo tambem dar logar á perfuração dos fundos de sacco vaginaes e á ruptura do utero.

A applicação de *electricidade*, que alguns parteiros empregam para estes casos, apesar de parecer um meio inoffensivo, é no emtanto dos mais incertos. Se Bayer em 10 casos que a empregou para provocar um parto rapido, por meio d'uma corrente contínua, obteve 7 successos, tambem Brühl em 7 casos não teve um unico seguido de bom resultado.

Em vista da incerteza dos seus resultados, devemos rejeital-a n'uma pratica corrente, e tanto mais quanto é certo, que só n'um grande centro poderemos dispôr d'ella, pelos appparelhos que necessita o seu emprego.

Quando a parturiente ou o feto não possam esperar pelos resultados que poderíamos colher da applicação dos meios que já estudei, ou verificassemos que eram impotentes para combater a inercia, teremos então de combater os seus effeitos — tratando assim indirectamente a inercia —, se é que de principio não optamos logo por elles. No caso figurado, tratando-se d'uma bacia regular, em que não ha anomalias dos órgãos pelvi-genitales, o uso do *forceps* é o mais corrente e o mais indicado.

Para o emprego do forceps é condição essencial que o collo esteja dilatado ou seja dilatavel, de fórma a dar passagem não só aos seus ramos, como ao proprio feto. (N'um capitulo áparte estudarei a dilatação do collo uterino, não só porque foi um dos tempos do caso por nós observado, como porque é um trabalho vulgar de parteiro).

É preciso tambem que a bolsa d'aguas se haja rompido para que se possa apprehender melhor e não descollemos préviamente a placenta, dando assim logar a hemorragias graves; e que o feto se apresente de vertice ou de pelve.

O forceps actúa não só como instrumento de prehensão, mas tambem como de tracção, de excitação, de evolução, de dilatação; no emtanto, é mais frequente o seu uso como instrumento de prehensão e de tracção. Póde ser applicado ao nivel do estreito superior, na excavação pelvica, ao nivel do estreito inferior e ao nivel da vulva; á medida que a sua applicação desce, torna-se cada vez d'uma manobra

mais facil e mais vantajosa para a parturiente e para a vida do feto.

Taes os meios a que podemos recorrer n'um caso de bacia normal ou approximando-se da normalidade; mas, em bacias dystocicas, temos de empregar quer a symphysiotomia, ou melhor a operação de Gilli, quer a cesariana.

A symphysiotomia, operação que tem por fim tornar maior a aria do estreito superior á custa do córte da symphyse publica e afastamento dos dois illiacos, é uma operação que não devemos fazer em bacias cujo diametro antero-posterior seja inferior a 7 centimetros, dado um feto de termo e bem desenvolvido; e não a devemos fazer, porque o afastamento que se obtem não é o bastante para que o feto possa atravessar a fieira pelvi-genital. Este afastamento nunca deverá ir além de 7 centimetros, devendo ser feito d'uma maneira progressiva e symetrica.

Não entrando na technica da operação — como já fiz para o forceps e farei para aquellas em que falar — direi que é preciso que o orificio uterino esteja dilatado por completo para que se possa dar a extracção; que a symphyse publica esteja bem movel; que a bexiga e o recto estejam esvasiados; e que a doente se ache anesthesiada.

As suas contra-indicações são a febre, a infecção, a anquilose sacro illiaca, a morte ou soffrimento do feto, etc.; como complicações temos as lacerações da parede anterior da vagina, da uretra, incontinencia

d'urinas, infecções genitales e urinarias, endometrites, cystites, perturbações da marcha, etc.

Em vista d'estes accidentes, temos de a considerar uma operação cujo prognostico é grave, o que nos é confirmado pelas estatisticas.

A *operação de Gilli*, que teve a sua consagração no ultimo congresso de medicina ha dias realiado em Lisboa, propõe-se substituir a symphysiotomia, pelos resultados futuros não serem tanto de temer. Com as mesmas indicações da symphysiotomia, com muitos dos seus inconvenientes, é porém uma operação de mais futuro, porque nos deixa intacta a symphyse publica — o que é importante — em virtude do corte d'um dos ramos ischio-pubicos.

A operação *cesariana* consistindo na extracção do feto através d'uma abertura feita nas paredes abdominal e uterina, é uma operação bem menos grave do que a symphysiotomia, por não termos a temer a serie d'accidentes que n'ella se dão. As suas indicações são as mesmas da symphysiotomia, accrescentando-lhe todas as outras que se possam offerecer, como sejam tumores, eclampsia, etc.; é portanto d'uma indicação mais geral.

Sendo a incisão feita sobre a linha mediana, como está estabelecido, não temos a temer a hemorragia, a não ser que caiámos sobre a placenta; a infecção, a febre, etc., não são mais de recear do que na symphysiotomia, antes ha condições melhores para não se darem, porquanto ás lacerações da symphysiotomia temos os cortes nitidos a substituil-as.

Outras vantagens temos ainda sobre a symphysiotomia, como sejam: o não temermos as lacerações da vagina, da uretra, as infecções genitales e urinarias, as cystites e sobretudo as perturbações da marcha.

Mesmo debaixo do ponto de vista do prognostico, pondo de lado as antigas estatisticas que foram feitas antes de se conhecer a antisepticia e a asepticia, esta operação dá-nos resultados mais corajosos que a symphysiotomia.

Em vista do que expuz, temos a considerar a operação cesariana não como uma operação de necessidade, mas como de escolha entre as operações obstetricas.

No congresso de medicina e cirurgia ha dias realisado em Lisboa, o distincto parteiro d'esta cidade Dr. Maia Mendes, apresentou uma memoria defendendo a operação cesariana e fazendo resaltar a prioridade sobre a symphysiotomia, justificando esse modo de vêr com dados da sua clinica.

Esta operação poderá ser substituida, em alguns casos, não pela symphysiotomia, mas pela operação de Gilli.

Alguns casos porém existem, em que temos de ir mais longe com a nossa intervenção, quer amputando o utero depois de extrahido o feto, quer amputando o utero com o feto, como sejam aquelles em que haja hemorragias incoerciveis que não podemos sustar pelos meios habituaes, ou se trate d'um tumor que impeça o corrimento das lochias amea-

çando infectar a parturiente, ou d'um tumor canceroso, etc.

Para o caso em que o feto se ache morto, podemos empregar a embryotomia, porque reduzindo com ella o volume do feto, mais facilmente se pôde produzir o parto.

Dilatação do collo uterino

A dilatação do collo uterino com um fim obstetrico, é sem duvida alguma muito differente da dilatação gynecologica, porque no primeiro caso tem o orificio uterino de dar passagem a um feto, emquanto que no segundo basta que o possa transpôr uma cureta ou uma ansa d'um esmagador, conforme se trate d'uma curetagem ou da ablação d'um polypo.

O esphincter uterino, para se poder dilatar tanto quanto convém para o acto do parto, precisa d'um preparo physiologico prévio, em virtude de não estar sempre prompto a funcionar como os outros esphincteres do organismo, qual seja o seu amolecimento e infiltração — collo preparado. Este preparo tem como consequencia o não haver lacerações ao ser transposto pela cabeça e tronco do feto, assegurando-se assim o expôr-se a parturiente a um menor numero de infecções puerperaes.

A dilatação artificial do collo tem numerosas in-

dicações, podendo resumirem-se: d'uma maneira geral, deve fazer-se todas as vezes que a vida da parturiente ou do feto corram risco de vida.

Sendo muitos os meios que podemos empregar para fazermos a dilatação, podemos no entanto reunil-os em tres grupos: *dilatação manual*, *dilatação instrumental* e *cesariana vaginal*.

Não quero dizer com estes tres grupos, que a cesariana vaginal não seja instrumental; é-o. O que m'a faz constituir por si só um grupo, é que o processo operatorio para a sua realização é differente, visto que temos de empregar instrumentos cortantes, o que se não dá no grupo que classifiquei de instrumental.

DILATAÇÃO MANUAL

Póde ser feita com uma ou duas mãos.

Em qualquer dos casos, é necessario que o collo uterino se deixe atravessar pelo dedo indicador d'uma das mãos, para este por sua vez preparar o collo afim de poder ser introduzido um segundo, estes um terceiro e assim successivamente.

Este processo, posso desde já dizel-o, tem algumas vantagens sobre os outros, porque é um processo em que não temos a temer lacerações, em que podemos regular o esforço á nossa vontade, e, facto importante, qualquer clinico está habilitado a fazel-o, porque todos estão armados do instrumental para a sua realização.

A unica contra-indicação que tem, é o fatigar muito o parteiro, precisando portanto algumas vezes ajudantes que o possam substituir, quando demore muito a dilatação.

Dilatação com uma mão. — Penetrando a mão direita nos órgãos genitales, depois de se ter abaixado e fixo o corpo uterino pela outra mão collocada sobre a parede abdominal, é o dedo indicador introduzido no collo uterino, que fará ahí pressões e massagens em todos os sentidos, até o collo poder dar entrada a um segundo, terceiro e quarto.

Em seguida o pollegar é collocado no cavado que existe na face palmar, resultante da união dos quatro ultimos dedos em cone, e continua-se a dilatação até ao momento em que as articulações metacarpo-phalangeanas tenham penetrado na cavidade uterina. Se quizermos que a dilatação seja maior, podemos abrir os dedos ao retirar a mão, formando assim um novo cone de vertice inferior.

Dilatação bi-manual. — Introduzido o index da mão direita no collo uterino, faz-se deslizar o da mão esquerda, quando vejamos que pelas massagens que tem feito, ha logar para elle; o dedo da mão esquerda deve ser encostado dorso a dorso com o da mão direita, e ficarem ambos encurvados para que se não produza o cançasso tão rapidamente.

Depois das massagens feitas pelos dois indices, introduzem-se os medios, continuando-se com as pressões excentricas e massagens, podendo chegar até á introdução dos quatro ultimos dedos de cada mão.

DILATAÇÃO INSTRUMENTAL

N'este processo podem empregar-se varios dilatadores, sendo os mais communs as laminarias, os balões e os dilatadores metallicos.

As *laminarias*, actuando pelo augmento de volume devido á imbibição de liquidos, são por vezes o bastante para se obter por acção reflexa uma dilatação sufficiente e um parto relativamente rapido. Mas para estes resultados, é mister empregar uma serie progressiva e rapidamente crescente, e que não haja necessidade d'um parto rapido; porém se este meio falha, recorreremos então aos dilatadores metallicos.

Os *balões*, entre os quaes o de Barnes e o de Champetier de Ribes, são saccos hydrostaticos, que, introduzidos vasio no collo uterino, são depois cheios com agua destillada por meio d'um tubo que communica com o exterior. Existe uma serie graduada, o que permite pelos progressos da dilatação substituirem-se cada vez por outros mais volumosos, até se obter uma dilatação sufficiente para a expulsão ou extracção do feto.

O emprego dos balões deve ser rejeitado: porque não produzem geralmente a dilatação completa do orificio uterino, nem distendem igualmente este orificio em virtude da sua fórma conica; porque a dilatação pôde ser bastante demorada; e porque se alteram facilmente ao fim d'algun tempo, de maneira

que se podem romper no momento em que d'elles fazemos uso.

Os *dilatadores metallicos*, entre os quaes temos o de Tarnier e o de Bossi, são por assim dizer os instrumentos heroicos da dilatação artificial. Ao passo que a dilatação manual, as laminarias, os balões, exigem um collo molle, os dilatadores metallicos podem empregar-se mesmo em collos rigidos.

O de *Tarnier*, formado por tres ramos encotovelados na sua parte média onde articulam, é sob o ponto de vista dos resultados finaes inferior ao de Bossi. Simples, é uma verdade, mas nem sempre applicavel, porque exige que o collo apresente uma abertura pelo menos d'uma moeda de duzentos réis; além d'este inconveniente, tem ainda o de formar pela abertura dos seus ramos um cone de base superior, podendo portanto escorregar para dentro do utero, traumatisando o ovo e tornando o esforço menos efficaz.

Para remover os inconvenientes apresentados pelo apparelho de Tarnier, inventaram-se varios, entre os quaes o dilatador de *Bossi*. Este dilatador, tem a vantagem sobre o de Tarnier, de poder ser applicado em qualquer collo — mesmo nas primiparas — por mais estenosado que elle esteja. Composto de quatro ramos articulados pelas suas extremidades, em virtude do mechanismo especial como elles se cruzam, as suas extremidades livres afastam-se parallelamente, o que impede de escorregar para dentro do utero. O afastamento dos seus ramos, é feito por

meio d'um parafuso em que termina a sua extremidade livre, sendo cada volta do parafuso marcada por uma agulha n'um quadrante que lhe é appenso, lendo-se n'esse quadrante o quanto o collo se acha dilatado. Este dilatador é facilmente manejavel, devendo-se dar uma volta de parafuso, sempre no intervallo de duas contracções.

Os dilatadores metallicos são apparatus imprescindiveis, devendo comtudo restringir-se o seu emprego tanto quanto possivel, porque não sendo manejados com cuidado, podemos produzir lacerações que podem ser graves. Por esta razão, devemos preferir o de Bossi ao de Tarnier, como amanhã devemos preferir aquelle que apresentar mais de quatro ramos, em vista de que, quanto maior fôr o numero de pontos solicitados á dilatação, menos se expõe o collo uterino a lacerações.

*

* *

Podemos tambem considerar como dilatadores do collo uterino, o *forceps* e o *tampão*, dadas certas circumstancias.

Se houver um collo semi-dilatavel e amollecido, que coife a cabeça do feto, o *forceps*, pelas suas colhéres, actua sobre este collo dilatando-o, sendo a dilatação completada pela cabeça do feto; as colhéres do *forceps* formando um cone, actuam ao mesmo tempo sobre quasi todos os pontos do collo, para depois na descida ser substituido pela cabeça.

É este um bom processo de dilatação, que se pôde graduar á vontade pela descida lenta do feto, com a vantagem de serem solicitados ao mesmo tempo todos os pontos do collo uterino.

Quando haja hemorragia devida a uma inserção viciosa da placenta, o emprego dos dilatadores nem sempre é util, porque muitas vezes a hemorragia é favorecida pelo seu emprego, sendo n'este caso os *tampões* vaginaes volumosos, por vezes uteis. Estes tampões, transformando a hemorragia externa em hemorragia interna do utero, fazem com que o sangue se acumule ahi, formando coagulos, comprimam e estimulem o collo de dentro para fóra, ao mesmo tempo que é comprimido e estimulado de fóra para dentro pelo tampão.

Colocado portanto o collo entre estes dois factores, a hemorragia vae-se tornando menor, ao mesmo tempo que pela maceração e pressão a que o collo está submettido, infiltra-se, amollece, e se as contracções sobrevêm como é provavel, temos o parto natural.

CESARIANA VAGINAL

Por ultimo temos a *cesariana vaginal*, preconizada por Dürhsen e executada pela primeira vez por Acconci.

A sua technica, consiste no seguinte: abaixa-se o utero com pinças fixas ao collo; abrem-se os fundos de sacco vaginaes; descolla-se depois a vagina

da bexiga, do perineo e do fundo de sacco de Douglas. Feito isto, fazem-se incisões nas faces anterior e posterior, de baixo para cima, desde o orificio externo até ao orificio interno ou um pouco mais acima se é necessario; depois rompem-se as membranas e extráe-se o feto quer com a mão, quer com o fórceps.

Algumas vezes, porém, uma só pequena incisão do collo uterino basta para se obter o effeito desejado.

Esta operação é indicada sobretudo nos collos esclerosados, quando estes não possam ser transpostos por um dilatador, não devendo portanto recorrermos a ella senão em ultima analyse.

*

* *

No caso que nos serviu d'estudo, empregamos o dilatador de Bossi com optimos resultados finaes. A preferencia d'este instrumento sobre os outros, já a mostrei. O collo apresentava-se com um começo de dilatação, é certo, mas bastante rigido, pelo que durou a dilatação uma hora e um quarto, preenchendo assim uma indicação, que me tinha esquecido indicar.

Accidentes

Como accidentes d'um parto em que haja inercia uterina, temos principalmente a considerar as lacerações e as hemorragias que possam determinar as intervenções.

As lacerações podem ter a sua séde no utero, no collo, na vagina e no perineo. Podem ser mais ou menos graves, já pelas hemorragias que possam determinar, já por serem mais uma porta d'entrada que o organismo tem para a sua infecção.

A estes inconvenientes, temos ainda a accrescentar outros futuros, como sejam: a formação do tecido cicatricial—que é sempre retractil—e o apparecimento de bridas tambem cicatriciaes; estes tecidos cicatriciaes impedem n'um novo parto a distensão dos tecidos, ao mesmo tempo que oppõem obstaculos á descida regular do feto.

No utero, podem estas lacerações ser produzidas espontaneamente, o que é raro, ou por traumatismos,

e em particular pelas manobras da versão ou do forceps, ou ainda pela propagação das lacerações do collo.

No collo, podem ser devidas quer á dilatação artificial mal cuidada e rapida, quer por o volume do feto não estar em relação com o orificio uterino dilatado.

Na vagina, além das intervenções obstetricas, podem dar logar a lacerações uma vagina estreita congenita; o ser muito breve; ser a séde de alterações cicatriciaes, esclerosas, etc.; não haver relação entre as partes mais volumosas do feto e o canal vaginal; e as contracções energicas do utero e das paredes abdominaes. Estas lacerações são muito de temer quando extensas, porque são uma causa de fistulas vesico-vaginaes e recto-vaginaes, devendo por esta razão fazermos convergir a nossa attenção sobre este orgão, para remediarmos tanto quanto possivel as consequencias ultteriores produzidas.

As lacerações do perineo, raras nos partos espontaneos, são frequentes quando se faz a extracção artificial pela versão ou pelo forceps. A esta causa, outras existem como sejam: os tecidos estarem mal preparados pela imbibição gravidica, esclerosados, cicatriciaes, infiltrados, sendo n'estas condições as primiparas mais expostas que as multiparas; a ampliação vulvar ter-se feito muito rapidamente, razão porque os fetos pequenos o laceram mais vezes que os de dimensões regulares, pela rapidez com que atravessam a vulva; haver uma má direcção, quer

seja das tracções feitas pelo forceps quando do seu emprego, quer por a symphyse publica estar muito alta e n'este caso o feto fazer mais pressão sobre a parede posterior que normalmente.

Sempre que intervinhamos no trabalho d'um parto, nunca nos devemos esquecer que se podem produzir estas lacerações; e, quando em nosso espirito ellas nos pareçam inevitaveis, é preferivel prevenil-as, fazendo uma ou mais incisões, nitidas e regulares, porque a parturiente tem com este nosso modo de proceder tudo a lucrar.

Dada uma laceração, o modo como devemos trat-a, já pela propria laceração, já pela hemorragia que possa produzir, é em pouco semelhante em qualquer ponto que ella se produza; assim: se ella é pouco extensa quer em profundidade, quer em comprimento, uma simples compressão depois d'uma lavagem, é o bastante; mas se é extensa e a hemorragia grande, temos então de lançar mão d'outros meios.

No *utero* se a ruptura é incompleta, a applicação d'um tampão utero-vaginal é por vezes o bastante, podendo em alguns casos servirmo-nos dos clamps. Se a ruptura é completa, a cesariana d'urgencia é o caminho que naturalmente nos está indicado, com immobilisação subseqüente da doente.

No *collo* empregamos a agua quente, que, se a não parar, recorreremos á tamponagem; algumas vezes porém, teremos de empregar clamps, sutura immediata ao catgut e injecções subcutaneas de ergotina.

Na *vagina*, se as lacerações são pouco extensas, não penetrantes, bastarão os cuidados antisepticos habituaes. Se as lacerações tiverem a séde na parte inferior e posterior da vagina, serão suturadas com o perineo, que acompanha a vagina n'estas lacerações.

N'estas lacerações devemos ter os maiores cuidados, afim de prevenir a formação d'escharas e fistulas ulteriores; se as escharas se formarem, devemos pensal-as directamente e cauterisal-as algumas vezes.

Se as fistulas forem inevitaveis, esperar-se-ha pelo restabelecimento da doente, para depois ser operada.

No *perineo* as lacerações podem attingir o anus — completas — ou ficarem muito áquem d'elle — incompletas.

Sempre que assistamos a um parto, devemos proteger o perineo com as duas mãos, afim de evitar tanto quanto possivel as lacerações, apesar d'esta protecção ser pouco efficaz. Parece-nos melhor protegel-o, retardando a sahida do feto e fazendo-lhe incisões quando a ruptura se nos afigure inevitavel. Para a protecção do perineo e retardamento da sahida do feto, convidamos a parturiente (n'este tempo do trabalho do parto) a moderar os seus esforços, ao mesmo tempo que collocamos a mão esquerda por cima e por diante da vulva, que apoiando-se sobre a parte que se apresenta, retarda a sahida; a mão direita vae proteger o perineo, estando o indicador calcando a forquilha e o pollegar na prega in-

guino-vulvar. Se o feto se apresenta de vertice, não devemos abandonar a doente depois de expulsa a cabeça, porque é na passagem das espaduas e do tronco que muitas vezes se produzem as lacerações.

Tal é em resumo o tratamento preventivo das lacerações do perineo; mas, se ellas se dão, devemos fazer a reparação immediata depois de feita a hemostase.

Se a laceração é superficial, faz-se uma sutura contínua quer a catgut, crina, ou fio de prata. Se é profunda, como no nosso caso, fazem-se duas suturas em dois planos: sendo uma, n'um plano profundo, intersticial, perdida; a outra é superficial, como no primeiro caso. Penso, e tampão iodoformado.

As hemorragias podem ter outras origens que não sejam as lacerações; é assim que as vemos na inserção viciosa da placenta, no descollamento prematuro d'esta mesma placenta, na ruptura do seio circular e na inercia uterina post-partum. Como não constituam propriamente objecto do nosso estudo, não vou além da sua enumeração.

Pela mesma razão nada direi dos outros accidentes do parto, como a procidencia do cordão, a laterocidencia do mesmo cordão, thrombus da vagina, disjunções das symphysis pelvicas, etc.

CONCLUSÕES

1.^a A inercia uterina pôde apparecer em todas as idades da vida sexual.

2.^a Sempre que estejamos em face d'um caso de inercia, devemos procurar a causa, para assim intervirnos.

3.^a Tanto quanto possível, devemos evitar as soluções de continuidade; e, quando as não possamos evitar, é preferivel serem feitas por nós, porque assim resultam nitidas e regulares.

4.^a Devemos rejeitar toda a medicação interna que tenha por fim excitar o utero, emquanto elle contiver o ovo ou partes do ovo.

5.^a As operações de Gilli e cesariana não expõem a parturiente a tantos perigos como a symphysiotomia.

6.^a Nunca devemos ser exclusivistas d'um dado processo de dilatação.

7.^a Sempre que não haja contra-indicações, devemos preferir a dilatação manual.

8.^a Os dilatadores metallicos, quando empregados, devem-n'o ser com todos os cuidados, afim de nos prevenirmos contra as lacerações do collo; que são instrumentos indispensaveis para se obter um parto rapido; e, sempre que os empreguemos, devemos prolongar o mais possivel a sessão operatoria para evitarmos as lacerações.

9.^a Os accidentes do parto devem ser remedios tão promptamente quanto possivel.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O diaphragma, é um falso diaphragma.

Physiologia. — Ha versões uterinas physiologicas.

Pathologia geral. — «Livra-te dos ares, que eu te livrarei dos males».

Anatomia pathologica. — É impropria a designação de membrana pyogenica.

Pathologia externa. — Não ha apertos uretraes invenciveis.

Materia medica. — Toda a medicação interna no acto do parto que possa excitar o utero, é contraproducente.

Medicina operatoria. — Em alguns casos, a faixa d'Es-march só deve ser applicada depois do corte da pelle e do tecido cellular subcutaneo.

Hygiene. — A agua é o maior factor que a hygiene possui.

Pathologia interna. — Um derrame deve ser punccionado tão precocemente quanto possivel, para que determinemos a sua natureza.

Obstetricia. — A dilatação manual do orificio uterino, é a que menos perigos offerece á parturiente.

Medicina legal. — O relato dos suicidios nos jornaes noticiosos, deveria ser prohibido.

Visto,
R. Frias,
Presidente.

Pôde imprimir-se,
Moraes Caldas,
Director.

ERRATAS MAIS IMPORTANTES

Pag.	Linha	Onde se lê	Leia-se
35	1	diagostico	diagnostico
36	12	symphysiotomia	symphysiotomia,
43	8	symphysiotomia,	<i>symphysiotomia,</i>
»	9	aria	area
»	23	dar	fazer
57	14	é em pouco	é um pouco