

1137

1903

Custodio Francisco Lourenço de Moura

N.º 8

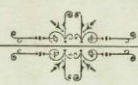
# O COLLO UTERINO

ANTE ET PER-PARTUM

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYP. DE A. F. VASCONCELLOS, SUCC.  
Rua de Sá Noronha, 51

1903

115/8 E.H.C

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

## Corpo Cathedratico

### Lentes Cathedrauticos

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .	Carlos Alberto de Lima.
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . .	Candido Augusto Corrêa de Pinho.
7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .	Roberto B. do Rosario Frias.
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .	João Lopes da S. Martins Junior.
Pharmacia . . . . .	Nuno Freire Dias Salgueiro.

### Lentes jubilados

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

### Lentes substitutos


Secção medica . . . . .	} José Dias d'Almeida Junior.
Secção cirurgica . . . . .	} Luiz de Freitas Viegas.

### Lente demonstrador

Secção cirurgica . . . . .	Vaza.
----------------------------	-------

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

(*Regulamento da Escóla*, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)



A' MEMORIA

DE

MINHA MÃE


---

A' memoria de meu avô

Domingos Gonçalves de Moura

E DE SUAS IRMÃS

*Sebastiana, Thereza e Maria*



*A minha Família*

*A meu padrinha*

*Dr. Diogo Gomes de Carvalho*

*A minha formatura devo-a, em grande  
parte, a vós.*

*A sua Ex.<sup>ma</sup> Família*

AO MEU INTIMO

Dr. Herminio Cezar Gomes

E SUA FAMILIA

AOS MEUS AMIGOS


*Dr. Luiz da Cruz Ferreira*  
*Dr. Theotônio José da Fonseca*  
*Padre Agostinho Alves Penteado*  
*Abade de Alvellos*  
*Afonso Henrique Barbeitos Pinto*  
(Distinto Official do Exército)  
*Dr. Antônio Ferreira Loureiro*

---

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

*Dr. Alvaro Teixeira Bastos*  
*Dr. Alberto da Silva Tavares*  
*Dr. Alberto dos Santos Monteiro*  
*Dr. Antonio Maria Pereira d'Almeida*  
*Dr. Ludgero Augusto Soares Moreira*  
*Dr. Albano Pereira dos Santos*  
*Dr. Antonio da Costa Ferreira*




A' memoria dos meus condiscipulos

*Gregorio Pinto d' Almeida Cereia*

c

*Julio José Jordão Guerra*



AO EX.<sup>mo</sup> SNR.

Professor Luiz de Freitas Viegas

Homenagem muito humilde  
mas infinitamente sincera.

Ao meu amigo e companheiro de casa

*Amadeu de Sousa Magalhães*

---

Aos meus contemporaneos

*Manoel José d'Oliveira*

*Antonio Joaquim Pereira da Silva*

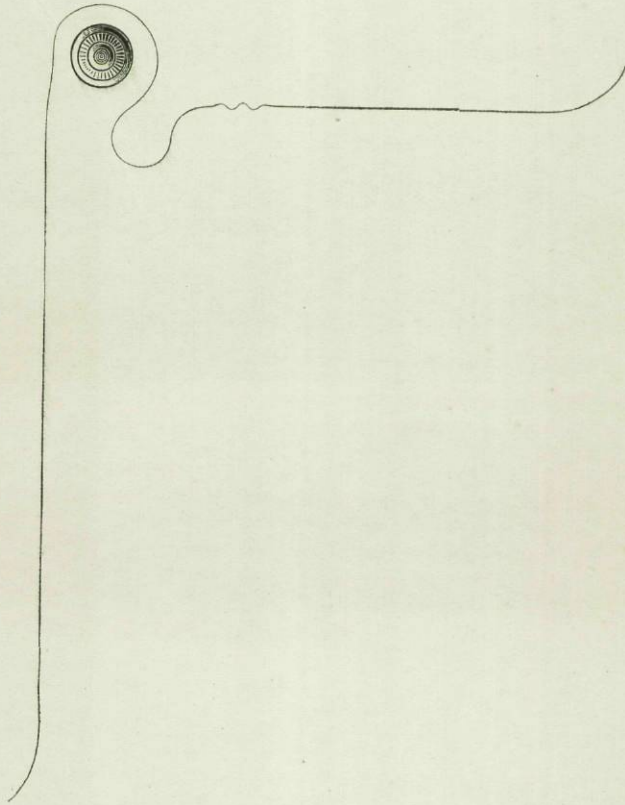
*Alfredo Peixoto*

*José Silverio da Silva*

*Gabriel Cavalleiro*

AO MEU DIGNÍSSIMO PRESIDENTE

Dr. Antonio Placido da Costa



## INTRODUÇÃO

«Celui que met au jour ses pensées pour faire briller ses talents, doit s'attendre à la severité de ses critiques; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser à une obligation qui lui est imposé a sans dout de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs et de ses juges».

LA BRUYERE

---

### Anatomia do collo uterino

O collo do utero é a parte que se encontra situada em continuação e abaixo do segmento inferior do utero; tem a fôrma de um fusão, achatado de deante para traz, e um comprimento de 30 millimetros, pouco mais ou menos.

O collo não se reune na mesma linha com o utero. Ha uma ligeira incurvação, formando os seus eixos um angulo de 140°, aberto para a frente (anteflexão).

A vagina inserindo-se no collo divide-se em duas porções; uma *intra-vaginal* e outra

*supra-vaginal*; medindo esta 20 millímetros e aquella 10 millímetros pouco mais ou menos.

Convem notar que esta mensuração varia segundo a idade e as condições physicas da mulher.

A parte supra-vaginal do collo é livre na parte posterior e adhere por a parte anterior á bexiga, por uma camada de tecido conjunctivo crivado de capillares e algumas fibras musculares lisas.

A porção intra-vaginal do collo, a mais importante das duas, apresenta-se, na multipara, com a fôrma de um cone truncado, com um orificio no centro; tem a denominação de «focinho de tenca», pela semelhança que apresenta com o focinho do peixe d'este nome.

Tanto o diametro transverso como o antero-posterior da base da porção intra-vaginal variam de 2 a 2 e meio centímetros.

O orificio que se encontra n'esta porção é o orificio externo do collo.

Este orificio é circular e pequeno nas multiparas e de maiores dimensões, ovalar e transverso, nas multiparas.

Tem dois labios, um anterior e outro posterior, este menor do que aquelle.

Da inserção da vagina no collo do utero, resulta a formação de quatro fundos de sacco, um anterior, um posterior e dois lateraes.

A cavidade do collo em nada se assemelha á do corpo do utero; communicam entre si por um orificio, chamado orificio interno, o qual tem apenas 3 millimetros de diametro antero-posterior e quatro de diametro transverso.

Das paredes, anterior e posterior da cavidade do collo, partem de cada uma, uma crista saliente, dos lados da qual sahem como se fossem ramos de uma arvore, outras cristas, egualmente salientes, porém pequenas.

A' reunião d'estas cristas (prégas palmares), em cada parede, deu-se o nome de *arvore da vida*.

A arvore da vida de uma parede não corresponde á da outra e d'ahi resulta um verdadeiro encaixe das paredes anterior e posterior do collo.

A *tunica externa* do collo do utero differe da do corpo, 1.º por existir ao nivel do collo, entre esta tunica e a media, uma camada de tecido conjunctivo frouxo; 2.º por não forrar os bordos, nem a face anterior do collo.

A camada superficial da tunica muscular do collo uterino é constituida simplesmente por feixes transversos.

A camada média é formada por feixes ple-xiformes inextricaveis.

Dos tres grupos de fibras longitudinaes e transversaes, que formam a camada pro-

funda da *tunica muscular* do corpo do utero, só uma faz parte do collo, constituindo uma especie de esphincter ao nivel do seu orificio interno.

As cristas das arvores da vida são formadas por fibras longitudinaes.

A *tunica interna* ou *mucosa* do collo uterino apresenta caracteres differentes da do corpo.

Ella é mais branca e menos espessa, é constituída por duas camadas, uma superficial e outra profunda; a primeira é formada, na metade superior do collo por epithelio cylindrico vibratil e na metade inferior por epithelio pavimentoso e a segunda é formada por tecido conjunctivo fibroso.

Na mucosa do collo encontram-se papillas e tres especies de glandulas; uma constituída por simples depressões, outra formada por dois ou tres fundos de sacco que se reúnem em um só canal excretor e a terceira são glandulas em cacho, dotadas de fundos de sacco compostos, que vão terminar em um canal excretor.

Todas ellas vão abrir-se entre as cristas das arvores da vida e segregam muco alcalino, differindo do do corpo do utero por ser viscoso e gelatinoso.

Quando o muco é espesso, em extremo, pôde obstruir a cavidade do collo.

E' n'esta mucosa que se encontram os pseudos — ovos de Naboth — que não são maior do que kistos devidos á dilatação dos saccos glandulares pela accumulção de muco.

Os *vasos lymphaticos* do collo do utero, em numero de dois ou tres e algumas vezes quatro de cada lado, tem um calibre consideravel, acompanham as arterias e vão dar na pequena bacia, aos ganglios pelvicos.

Os *nervos do collo*, provenientes do grande sympathico, (plexo sagrado) são em pequeno numero, o que explica a sua frisante insensibilidade.

Durante a prenhez elles adquirem um desenvolvimento grande em relação aos demais tecidos uterinos.

# O COLLO UTERINO

ANTE ET PER-PARTUM

---

PRIMEIRA PARTE

Eutocia

---

CAPITULO I

O collo uterino e o segmento inferior  
do utero ante-partum

O collo uterino não participa das mesmas modificações por que passa o corpo do utero durante a prenhez.

A não ser o amollecimento e os caracteres espeziaes, peculiares á primiparidade e á multiparidade, o collo uterino fica, pouco mais ou menos, o que era antes da gravidez e, baseado na observação e em dados anatomicos, o Professor Varnier provou á saciedade que o collo da prenhez e o collo do trabalho se distinguem; tem cada um d'elles uma physionomia propria, podendo o parteiro moderno firmar com exactidão o diagnostico, pondo-se ao abrigo de surpresas dos pseudos partos.

As sensações obtidas pelo *toque* durante o se-

gundo periodo da gestação variam conforme se trata de uma primigesta ou de uma multipara.

Na primigesta o collo é conico, em parte amollecido e a sua porção vaginal, a unica exploravel pelo *toque*, constituida por um relevo.

No vertice d'esse cone percebe-se um orificio arredondado, ora fechado, ora admittindo a introdução da extremidade do dedo explorador e limitado, n'este caso, por um bordalete delgado e linear: é o orificio externo do collo que resiste á entrada do dedo explorador no canal cervical ainda fechado.

Parece que a porção vaginal perdeu da extensão, que é mais curta do que normalmente, isto é, no estado de vacuidade do utero.

E' o que os nossos mestres francezes denominavam *éffacement* e que nós traduzimos por desaparecimento da porção vaginal do collo uterino.

Na multipara o collo apresenta-se largo em forma da massa, ás vezes tão amollecido que parece não existir, parece ter desaparecido.

O orificio externo, transversal, aberto, ás vezes lacerado, permite ao dedo explorador penetrar facilmente no canal cervical que é curto, e o mesmo dedo forçando o orificio interno, com facilidade penetra na cavidade uterina e toca as membranas.

Taes são, muito em resumo, as sensações percebidas pelo *toque* digital no termo da prenhez.

Na interpretação d'essas sensações pelos notaveis parteiros, tem havido completa desharmonia, estabelecendo-se confusão com prejuizo para a pratica.

Resumiremos o que a este respeito temos lido.

Mauri (em 1709) escreveu:

«Le col grandit, grossit et s'amollit jusq'au xième mois, après quoi il commence à diminuer dans toutes ses dimensions, à proportion que la matrice, s'étend, tellement que quand la femme approche du terme, il est tout aplani et presque confus avec le globe de la matrice, ne faisant pour lors qu'un petit bourrelet ou cercle un peu épais à son entrée, dont le couronnement est fait au temps le l'accouchement.»

Por sua vez, em 1759, Roedever doutrinava que no sexto mez o collo se alargava de modo que a parte da sua cavidade collocada acima do orificio externo se confundia com a cavidade do utero e é então que a parte vaginal do collo dilatado começa a constituir o segmento inferior do utero.

A' medida que os comentadores se multiplicam, a doutrina do desaparecimento do collo a partir do sexto mez generalisa-se e toma fóros de cidade.

M.<sup>me</sup> Boivin sustentava que, na prenhez a termo, o collo constituia mais do terço da cavidade uterina: «C'est le col de la matrice qui enveloppe la tête du fectus».

«Ce col s'efface pendant la grossesse», tal era a opinião de todos os auctores; tal era o consensus omnium dos clinicos.

O notavel parteiro de Vienna, Bandl, foi o primeiro que deu o grito do alarme.

Elle examinou 100 mulheres gravidas, dessecou

os uteros em estado de gestação que pode conseguir e tirou a conclusão seguinte:

«Le col doit commencer à s'effacer à partir du septième mois, mais il ne s'efface pas complètement»; uma parte só do collo, a porção supra vaginal, contribue a formar, durante a gestação o segmento inferior, no fim da prenhez resta apenas a porção vaginal, isto é, um côto que desaparece durante o trabalho.

Esta opinião fez ruido, foi um passo, porém Müller e Pinard foram além.

Müller, observando e medindo o collo de 100 mulheres gravidas, sustentou que, em qualquer condição que estivesse a cabeça do fêto, alta ou profundamente insinuada na escavação, o collo conservava-se até ao termo da prenhez, exactamente como nos primeiros mezes e até ao inicio do trabalho nos partos prematuros.

Pinard, em 1885, nas suas conferencias na Faculdade de Medicina de Paris ensinava que, durante a prenhez, a porção vaginal do collo não desaparece, pelo contrario, hypertrophia-se e que a porção supra vaginal persiste durante a gestação como a porção vaginal.

O desaparecimento se processa com o inicio do trabalho do parto.

Regner de Graaf (1672) apoiando-se em autopsia e principalmente na anatomia comparada, affirma que «o collo não acompanha a dilatação do utero».

Verheyen (1693) fez a mesma verificação na

vacca e tirou argumentos para a mulher, escandalizando os parteiros da época «porque é natural, diz Deventer, que a mulher sendo a imagem de Deus, que a creou, seja n'isto diferente dos quadrupedes» (1701).

Taylor, (de 1852 a 1862, apresentou aos seus confrades peças anatomicas que provavam justamente o contrario do que elles julgavam sentir e ensinavam.

«Sou bastante feliz, diz elle, por haver assistido a 25 autopsias de mulheres mortas durante a prenhez. D'estas 25 mulheres, 16 estavam a termo, algumas mesmo no começo do trabalho.

Em todos os casos, tanto no oitavo como no nono mez, verifiquei que o collo conservava o seu comprimento normal.

Em alguns casos mesmo, elle estava allongado e este allongamento era devido a uma hypertrophia physiologica que existia antes do começo do trabalho».

Pinard, em 1885, fazendo tres autopsias em mulheres mortas no fim da prenhez, encontrou nos tres casos o collo bem constituido.

Finalmente, Valdeyer, em 1886, descreveu e figurou um córte feito n'uma multipara a termo depois de congelada, morte por um comboio.

O collo nitidamente diferenciado do segmento inferior do utero, apresenta-se na sua totalidade sem o menor signal de desaparecimento; o orificio interno fechado; o comprimento era de 40 millimetros.

Além do estudo macroscópico, Valdeyer fez o exame microscópico que não deixa a menor duvida sobre a conservação do collo na sua totalidade.

H. Varnier no mesmo anno (1885) reuniu 62 observações nas quaes o collo do utero gravido fôra examinado e exactamente medido no principio, no meio e no fim da prenhez até ao começo do trabalho, e verificou que o collo quasi nada desapparecia, nem na porção vaginal, nem na supra vaginal e que media quatro centimetros.

Oscilla, é verdade, de 3 a 5 centimetros, o que está de conformidade com as oscillações do mesmo collo, observadas no estado de vacuidade e que variam de 26 a 30 millimetros, como mostrou Aran e Guyon.

O segmento inferior não é, pois, de origem cervical.

O desaparecimento do collo é um phenomeno do trabalho, é o primeiro phenomeno do trabalho.

Para bem se comprehender, o mecanismo da dilatação do collo e o seu amollecimento é mister estudar tambem as modificações porque passa o utero durante a prenhez.

Anatomicamente considerado, este orgão central de gestação póde ser dividido em 3 zonas.

Uma zona superior ou do fundo, uma zona média e uma zona inferior tambem chamada segmento inferior.

A parede da zona do fundo e a do segmento inferior são mais delgadas do que a da zona mé-

dia. A primeira tem aproximadamente  $0^m,003$  e a do segmento inferior  $0^m,002$  e entretanto a média tem  $0^m,010$ .

Na clinica basta considerar o utero dividido em duas zonas, a superior e média reunidas, constituindo o corpo, propriamente dito, e a zona inferior, chamada segmento inferior do utero.

O limite inferior d'esta zona é determinado pelo orificio interno do collo; o limite superior só pôde ser bem apreciado no utero gravido e indicado pelo espessamento brusco da sua parede em um ponto que Schoeder denominou *annel de contracção* e por onde circula uma veia calibrosa — a *Kranzvenedos* allemães. Além d'isso o peritoneo não recobre esta zona e as fibras musculares são menos adherentes entre si.

Na superficie externa e anterior do utero, este *annel* corresponde á parte em que o peritoneo firma a sua adherencia com aquelle orgão — tal é a opinião de Hofmeier.

No utero o termo, a extensão do seu segmento inferior, isto é, a distancia do orificio interno ao *annel de contracção* é de 6 centimetros aproximadamente.

N'esta zona, que como acima dissemos é mais delgada, o *parenchyma* muscular é mais frouxo, os feixes de fibras dissociam-se com extrema facilidade.

A anatomia d'esta parte do utero está de accordo com o importante papel physiologico que elle representa na parturição.

## CAPITULO II

### O collo e o segmento inferior do utero per-partum

#### a) Desapparecimento ou extincção

No exame cuidadoso do collo uterino encontra o medico parteiro o criterio mais seguro para affirmar o inicio do trabalho do parto.

Não basta que a mulher sinta dôres, que algum liquido se escôe de seus orgãos sexuaes, que ella declare convencida estar de emminencia da maternidade.

Quando a cabeça do feto desce ou se insinua na escavação nos ultimos mezes da prenhez «d'essa tormentosa viagem de nove mezes, na linguagem de Mauriceau, são frequentes os rebates falsos».

Surprehendidas, as gestantes, principalmente as primigestas, que tudo ignoram, ellas preparam-se para dar á luz, procuram o leito, fazem esforços e recorrem aos facultativos, porque tarda a expulsão do feto. Algumas colicas e um pouco de urina in-

voluntariamente emitida pela gestante explicam a illusão.

O conceituado parteiro examina o collo, elle está fechado, ou permeavel ao dedo, porém conserva toda a sua extensão, está amollecido, é verdade, mas não começou a desaparecer, não se modificou, não ha trabalho.

Não basta que haja dôr, é mister que essa dôr coincida com a contracção do utero, e principalmente necessario que essas contracções dolorosas sejam efficazes, isto é, que determinem modificações do collo.

Sendo verdadeiras as dôres, repetem-se cada vez mais intensas e com intervallos mais curtos.

A cada systole uterina, assim se pôde chamar á contracção, a mulher accusa dôr, mais ou menos forte e cujo character varia com o periodo do trabalho de parto.

Um muco espesso, gelatinoso, mais ou menos tinto de sangue, escoo-se da vulva: são as *glaires* que eu traduzo por viscosidade. Estas viscosidades, em pequena quantidade no inicio do trabalho, tornam-se mais abundantes mais tarde: são confundidas algumas vezes pela parturiente e pela entourage com a perda das *aguas* do amnios. São constituídas por secreções das glandulas de muco do collo que se accumulam na cavidade cervical e que se escapam no momento da abertura d'esta cavidade. Além d'isso contém algum liquido amniotico que, por filtração, tenha atravessado as membranas.

A coloração de sangue é originada pelas pequenas lacerações do collo que acompanham a dilatação.

N'estas condições, o dedo explorador tocando o collo do utero, póde ainda percorrer todo o canal, desde o orificio interno, acima do qual percebe a cabeça do feto ou outra qualquer parte que se apresente, até ao orificio externo; mas é notavel a differença, a sua extensão está muito reduzida, reduzida a metade, um centimetro de comprimento aproximadamente.

As contracções do órgão central da gestação foram uteis, o collo tende a desaparecer, tende a formar com o corpo do utero uma unica cavidade.

E' este o criterio que leva o parteiro a diagnosticar o trabalho de parto: contracções dolorosas e efficazes do utero determinando o desaparecimento ou a extincção do collo, bem averiguado.

Convém que o *toque* seja feito não só durante o intervallo das contracções mas tambem durante as proprias contracções, afim de melhor poder apreciar o caracteristico desaparecimento do collo.

#### b) Dilatação

Declarado o trabalho de parto, as dôres augmentam sempre de intensidade, começam depois e terminam antes da contracção do utero.

No periodo de dilatação, as dôres persistem pouco mais ou menos durante 30 segundos e repetem-se de 20 em 20 minutos; no periodo da ex-

pulsão os intervallos diminuem, tornando-se quasi continuas.

No inicio do trabalho as dôres localisam-se nas regiões lateraes do utero, depois ellas assentam de preferencia na região lombar e sagrada com irradiações para as pernas.

Ellas tem por causa a compressão dos nervos, situados na parede uterina, pela contracção d'este órgão e são tambem produzidas pela distenção do collo e pela pressão exercida sobre os órgãos da bacia pela parte fetal que se insinua.

No periodo de expulsão as dôres são principalmente occasionadas pela super-distenção da vagina, do anus, do perineo e da vulva.

E' em geral no periodo de dilatação que as dôres se tornam exageradas determinando vomitos, tremores, agitação grande e desespero, parecendo ás vezes haver perdido a razão a parturiente.

São communs os tremores e caimbras dos membros inferiores e tem-se observado serem as caimbras mais frequentes no membro abdominal, correspondente á posição da cabeça fetal; se é um O. I. E. é o membro inferior esquerdo que mais soffre.

Examinando de novo a parturiente reconhece o parteiro, pelo toque cuidadoso que o collo do utero que pouco tempo antes tinha todo o seu comprimento, tende a diminuir de extensão; o orificio externo que com difficuldade elle attingia, está ao alcance do dedo no centro do segmento inferior.

O seu bordo, de grosso que era, está delgado e nas primiparas torna-se fino, linear, muito regular sem as cicatrizes observadas nas multiparas. O orificio está mais ou menos dilatado.

A dilatação é progressiva, muito mais lenta na primipara do que na multipara, é em média de 3 horas n'esta e de 10 n'aquella; são multiplas as causas que podem modificar a dilatação do collo, causas locais e geraes que serão tratadas em outros capitulos; por emquanto nos occupamos dos casos normaes.

A cada contracção do utero, que é bem apreciada porque este orgão muda de fórma, torna-se mais globuloso, diminue os seus diametros transversos e augmenta os diametros antero-posteriores, as fibras longitudinaes do corpo que se terminam no esphincter do collo formado por fibras musculares circulares, encurtam-se e retrahem-se deslocando estas ultimas.

O mesmo phenomeno activo do orgão central de gestação impelle o ovo, cujo polo inferior penetra passivamente no orificio do collo.

E' um phenomeno mechanico digno de nota: «O ovo é composto de uma parte solida e outra liquida, a primeira o feto, é compressivel e diminue o seu volume á proporção que penetra nas aberturas por onde tem de passar para chegar ao exterior.

A outra parte, o liquido amniotico, é incompressivel como todos os liquidos.

O utero contrahindo-se tende a diminuir a sua capacidade e exerce em todos os sentidos uma pressão sobre o conteúdo solido e liquido.

A parte solida reduz-se, de modo a occupar o menor espaço possível, mas o liquido sendo incompressivel, transmite o esforço uterino ao ponto de menor resistencia do utero, isto é, actua directamente sobre o collo».

As membranas que encerram o liquido amniotico vêm fazer hernia no collo e, como verdadeira cunha, dilatar os seus orificios.

E agora que me refiro a membranas e liquido amniotico, em parenthesis devo dizer duas palavras sobre o que em obstetricia se denomina «bolsa das aguas».

Dá-se o nome de bolsa das aguas á porção das membranas, em numero de 3 (caduca, chorion e amnios), forrada de uma camada de liquido que a separa da apresentação, que apparece atravez do collo dehiscente ou dilatado. A bolsa das aguas existe durante a gravidez; mas a sua apparição é sobretudo um phenomeno do trabalho.

Quanto á sua formação facil é comprehendel-a.

O liquido amniotico comprimido em todos os pontos no utero, e particularmente no momento das contracções do trabalho—dirige-se para o ponto que offerece menor resistencia, levando diante de si as membranas.

No intervallo das contracções, o dedo que chega em contacto com a bolsa das aguas, encontra uma

superfície levemente setinosa, lubrificada, tensa, mas assaz molle, depressivel e permittindo chegar sobre a parte fetal.

No momento d'uma contracção esta superfície endurece, torna-se renitente; torna-se convexa, arqueada, insinua-se no orificio, não permittindo ao dedo penetrar além.

Esta saliencia da bolsa das aguas é variavel, d'onde as denominações de *aguas salientes* e *aguas chatas ou planas*.

A bolsa saliente mostra que a apresentação é elevada, que entre esta e as membranas ha um grande espaço cheio por uma grande quantidade de liquido. As aguas chatas indicam que a apresentação está quasi em contacto com as membranas; d'ahi o aphorismo que M.<sup>me</sup> Lachapelle repetia: «Eu não receio as aguas chatas».

N'um certo momento as membranas rompem-se, quer em bloco, quer separadamente. O ponto da ruptura é variavel, umas vezes no centro do orificio outras vezes mais distante.

Terminando esta curta mas indispensavel villegiatura, continuarei a minha exposição.

Quanto maior fôr o vis-a-tergo uterino, mais resistentes as membranas e abundante o liquido amniotico, tanto mais facilmente será dilatado o collo.

E a observação tem demonstrado que o sacco das aguas deve ser respeitado e que só em casos excepçionaes deve o parteiro praticar a sua ruptura.

Se as contracções do utero são fracas, se ha pouco liquido amniotico e se as membranas romperam-se prematuramente, de ordinario ha dystocia.

A dilatação do collo será sufficiente quando permittir a passagem do feto e será completa quando o orificio externo estiver em contacto com a superficie interna da pelvis, de tal sorte que o utero e a vagina formem uma só cavidade.

Ordinariamente a ruptura das membranas dá-se quando o collo está com a sua dilatação quasi completa podendo então *coroar* a cabeça do feto que passa impellida pelo vis-a-tergo uterino que então adquire toda a sua energia.

Nas primigestas o labio anterior do collo é ordinariamente mais ou menos percebido entre o bordo inferior da symphise pubica e a cabeça do feto, podendo soffrer notavel compressão reclamando do parteiro intervenção libertadora.

#### c) Dilatabilidade do collo

E' um phenomeno que reclama do parteiro toda a attenção.

Depois de haver attingido a quasi completa dilatação o collo retra'ie-se, augmenta de espessura, mas conserva uma flacidez extrema.

Em geral esse phenomeno produz-se quando as membranas se rompem, o liquido amniotico se escôa e a parte fetal que se apresenta não se insinua.

A differença entre dilatação e dilatabilidade é a seguinte:

O collo está dilatado quando os seus bordos chegam a pôr-se em contacto com as paredes da vagina e n'este estado se conserva.

O collo é dilatavel quando, ainda que esteja pouco aberto, póde ser, em virtude de sua extrema flacidez, distendido completamente, não offerecendo embaraço algum a qualquer intervenção que porventura seja necessaria.

#### d) Retrocessão do trabalho

Em consequencia de uma paragem das contracções dolorosas do utero durante o trabalho de parto, póde o collo, depois de haver-se dilatado e desaparecido em parte, retrogradar, reconstituir-se por assim dizer, adquirindo toda a sua primitiva extensão.

A este phenomeno, que é raro, Charier denominou: Retrocessão do trabalho.

FÓRMAS DO COLLO DURANTE A DILATAÇÃO.—Quando a dilatação é lenta e progressiva, o orificio conserva a sua fórma circular durante o trabalho de parto.

Quando o collo apresenta cicatrizes, bridas, degenerescencia de uma das suas partes, a dilatação faz-se á custa da parte sã do mesmo collo e d'ahi as fórmas variadas do seu orificio, podendo ser triangular, elliptica, rectangular, etc... sendo a fórma subordinada á lesão.

## SEGUNDA PARTE

### Dystocia

---

#### CAPITULO I

##### Desvios do collo

A situação do collo do utero durante o trabalho póde encontrar-se modificada de tal modo a constituir causa de dystocia.

Tres são as variedades principaes de desvios do collo, a saber: para traz, para diante ou lateralmente, podendo as duas primeiras associarem-se, em diversos grãos, com a variedade lateral.

A causa d'estes desvios não é sempre a mesma. Elles produzem-se quando o utero na sua totalidade soffre uma inclinação exagerada, que se denomina obliquidade, porque o collo se desloca em sentido inverso do corpo.

Poder-se-hia, sob este ponto de vista, ligar a descripção dos desvios do collo á dystocia proveniente do deslocamento o corpo do utero.

Porém, a obliquidade uterina não é a unica causa do desvio do collo; uma não é função da outra como á primeira vista parece; o desenvolvimento exagerado de certas porções do segmento

inferior no fim da prenhez, é outra causa muito importante.

Se o segmento soffre uma ampliação maior para deante, para traz ou lateralmente, o collo acha-se no fundo de sacco vaginal opposto, em profundidades variaveis.

Esta anomalia póde existir só, sem que a direcção do corpo seja modificada, ou ser combinada com uma obliquidade uterina qualquer.

O desvio para traz é o mais frequente; tem-se observado sobretudo em duas circumstancias: na primeira existe obliquidade uterina anterior, *ante-versão*, e o collo volta-se tanto mais para atraz, quanto o corpo uterino se inclina para adeante; na segunda, o utero póde ter a direcção normal, porém a porção anterior do segmento inferior, muitas vezes bastante adelgada, soffre um desenvolvimento exagerado e cobre a cabeça do feto que mergulha na escavação; tanto n'um como no outro caso, o collo repousa no fundo de sacco posterior da vagina, algumas vezes em profundidade consideravel, o que é mais commum.

E' muito mais raro o desvio do collo para deante, no fundo do sacco anterior.

A obliquidade não póde ter um deslocamento muito consideravel para traz, por ser a inclinação do corpo do utero limitada pela columna vertebral e, por conseguinte, o collo não soffrerá mudança de situação notavel.

Convém lembrar que uma retro-versão do utero

gravido nos primeiros mezes pôde reduzir-se de uma maneira incompleta e persistir parcialmente; a porção antero-superior do utero desenvolvendo-se só acima do estreito superior para permittir á prenhez continuar seu curso, o collo fica então no fundo de sacco anterior e é n'esta situação que se encontra no começo do trabalho.

E' habitualmente em consequencia de um desenvolvimento anormal e parcial de segmento inferior no fim da gestação, que o desvio do collo se produz para deante.

N'este caso é a porção posterior d'este segmento que soffre uma distensão anormal e cobre a parte fetal, ordinariamente a cabeça.

Esta fórma insolita do utero gravido, com desvio do orificio cervical para deante, sobre a qual Depaul chama particularmente a attenção, algumas vezes designada sob o nome de falsa retro-versão, é actualmente descripta com o nome de dilatação sacciforme, dado por Franke e adoptado por Depaul.

As mesmas causas reconhece o desvio do collo para os fundos de sacco lateraes da vagina, isto é, uma obliquidade lateral do utero ou uma distensão exagerada de uma das porções lateraes do segmento inferior.

Observa-se ainda durante o trabalho de parto nas mulheres de bacias estreitadas ou nos casos de apresentação viciosa, como se vê, por exemplo, n'uma observação por Hiernaux á Academia Real da Belgica, em 1874.

Os desvios do collo pôdem ainda depender de um tumor ou de cicatrizes dos bordos do collo com as partes visinhas, em consequencia de lesões devidas a um parto laborioso, a um traumatismo qualquer ou ainda a uma phlegmasia dos órgãos da pequena bacia.

Os signaes pelos quaes se reconhece a existencia de um desvio do collo durante o trabalho são quasi exclusivamente fornecidos pelo toque.

Sem duvida, se existe uma obliquidade exagerada do utero, reconhecivel pela inspecção do ventre e palpação, pôde suspeitar-se do deslocamento do collo; só pelo toque é que poderemos firmar o diagnostico.

Introduzindo-se o dedo, mais ou menos profundamente na vagina, encontra-se a parte fetal que se apresenta, quer ella esteja ainda ao nivel do estreito superior, quer esteja ensinuada, sempre coberta pelo segmento inferior, geralmente muito adelgaçado; não se toca, porém, immediatamente o collo que está situado em um dos fundos de sacco, ao passo que o fundo de sacco opposto não existe.

E' n'esta porção affastada da vagina que se encontra o orificio uterino; é esta que devemos explorar de qualquer fórma.

Este orificio está ás vezes tão elevado que a extremidade do dedo apenas toca o seu bordo inferior; em alguns casos, o collo fica inteiramente inacessivel; se dois dedos não o podem attingir, convém recorrer ao toque manual, porque é de importancia capital estabelecer bem o diagnostico.

No desvio para traz, a porção anterior do segmento inferior do utero é distendida, adelgaçada e recalçada para baixo pela cabeça fetal que, assim coberta, é muitas vezes incravada tão profundamente na escavação pelvica que se acha em contacto com o perineo.

Quando começa o trabalho de parto, o collo extingue-se sem mudar de situação e o seu orificio encontra-se directamente em contacto com a face anterior do sacro a uma altura variavel, attingindo algumas vezes o nivel do angulo sacro-vertebral.

Para chegar a este orificio é preciso que o dedo contorne, de diante para traz, a cabeça fetal recoberta pelo segmento inferior e não é sem difficuldade que se consegue tocá-lo muito atraz e no alto.

Ainda é preciso para o conseguir, levantar a bacia e recalcar o perineo. Com a mão livre sobre o abdomen, o parteiro tambem recalca o utero para a parte posterior.

Quando a difficuldade fôr muito grande deve-se-ha collocar a parturiente em posição de talha perineal, as coxas fortemente flectidas sobre o abdomen.

Devemos proceder de outra fôrma quando o desvio fôr anterior; o collo estando situado no fundo de sacco anterior e achando-se ao nivel da parte superior da symphise publica ou mesmo acima, é difficil attingil-o.

O parteiro tornará menos difficil o exame, collocando a parturiente em decubito lateral ou em

posição genu-peitoral e encontrando o collo, verificará a sua situação exacta, o grau de amolecimento ou de dilatação, o estado das membranas, etc.

Só com a exploração vaginal, é que se poderá evitar um erro de diagnostico e os perigos a que elle conduzirá, qualquer que seja a variedade do desvio.

Um dos erros, quando não se attinge o collo, é acreditar-se em uma obliteração do orificio.

Depaul em 1875 desconhecendo um desvio anterior do collo, acreditou em uma obliteração e incisou o ponto mais culminante do segmento inferior para dar sahida ao feto.

A parturiente succumbiu e a autopsia revelou o orificio uterino amolecido e entre-aberto, occupando situação muito elevada e inaccessible ao dedo, na parte antero-superior da vagina.

Este foi o ponto de partida da notavel memoria de Depaul sobre a dilatação sacciforme.

Quando o segmento inferior é muito tenue e cobre perfeitamente a cabeça do feto a ponto de se sentir atravez as suturas e fontanellas, póde parecer que a cabeça está coberta pelas membranas e o collo completamente dilatado, o que é um erro funesto.

Ha casos de applicação de forceps n'estas circumstancias, causando graves lesões nos orgãos genitales.

E' indispensavel um exame cuidadoso para evitar semelhante erro; devemos explorar a vagina até

aos fundos de sacco, e se este exame fôr impossivel só com o dedo, é preciso não hesitarmos na introdução da mão, ainda que para isto se torne necessario a administração do chloroformio.

E' ainda por este meio que conseguimos firmar o diagnostico differencial entre o desvio do collo e a dilatação exagerada de uma das metades do segmento inferior.

O prognostico varia com o gráu do desvio. Quando o orificio do collo se acha pouco desviado pôde retomar expontaneamente a sua situação normal; quando, porém, o desvio é muito accentuado, a dilatação faz-se lentamente, podendo mesmo ficar estacionaria, acarretando para a parturiente todos os perigos de um trabalho prolongado.

O meio mais simples de remediar esta causa de dystocia é fixar os bordos do orificio com um ou dois dedos no momento de uma contracção e trazel-o ao lugar que normalmente elle occupa; esta manobra deve praticar-se tantas quantas vezes forem necessarias para que o deslocamento não se produza; isto porém muitas vezes não dá resultado quando o desvio é anterior.

Se em alguns casos de desvios do collo o parto pôde terminar-se expontaneamente, em outros é preciso praticar-se a dilatação do collo com os dedos ou por meio de incisões multiplas de 3 a 4 millimetros (Depaul); pode-se fazer a extracção do feto pelos pés ou mesmo praticar-se a craneotomia (Pilat) no caso de feto morto.

## CAPITULO II

### Agglutinação e obliteração do collo

A natureza d'estas duas affecções é quasi a mesma; a agglutinação, que é caracterizada por uma oclusão particular do orificio externo, não é mais do que o primeiro gráu da obliteração.

Raramente observadas, porque podem desaparecer expontaneamente antes de ser assignalada a sua existencia.

E' claro que a oclusão completa do orificio externo do collo só pode ter lugar depois da fecundação; a agglutinação, porém, pode-se dar antes ou depois da gestação.

Attribue-se a uma inflammação do collo durante a prenhez a causa da agglutinação.

A obliteração pode ser devida á presença de muco ou á existencia de pequenas adherencias.

E' mais frequente nas multiparas em consequen-

cia a traumatismos, a rasgões, a operações praticadas sobre o collo, a cauterisações, etc.

Se bem que estas modificações pathologicas do collo possam ser diagnosticadas durante a prenhez, a regra é causarem surpresa ao parteiro no momento do trabalho de parto.

Praticando-se o toque vaginal, para se verificar o estado do collo, chega-se ao segmento inferior distendido e de tal fórma adelgado que se pode perfeitamente, atravez d'elle, apreciar todos os caracteres da apresentação e acreditar-se em uma dilatação completa do collo ; no entanto, o bordo do orificio do collo não é encontrado, por mais attenta que seja a exploração da vagina.

Algumas vezes encontra-se na superficie do segmento inferior uma saliencia ou uma depressão que parece indicar o orificio do collo.

Se a introducção de um estilete n'este ponto der sahida a uma gotta do muco, é claro que se trata d'um caso do agglutinação.

Quer pelo toque, quer com o auxilio do speculum, é impossivel encontrar-se o menor orificio nos casos de obliteração completa ; a vagina apresenta um estado de *secura* caracteristica, não havendo escoamento das *glaires* nem do liquido amniotico.

Sob a influencia de contracções uterinas energicas e depois de um trabalho mais ou menos longo, póde acontecer que o orificio se entreabra espontaneamente ; este factio sendo mais frequente na

agglutinação, pode entretanto ser observado na obliteração.

Muitas vezes isto não acontece, e o trabalho prolongando-se demasiadamente póde acarretar uma ruptura uterina ou a morte do feto por asphyxia.

Da resistencia dos tecidos depende o prognostico e a gravidade desaparece com uma prompta intervenção.

Firmado o diagnostico, deve ser instituido o tratamento que consiste em restabelecer ou fazer um orificio uterino.

Em alguns casos basta exercermos, com a extremidade do dedo, pressão e movimento de rotação no lugar onde se suppõe que existe o orificio, para sentirmos que os tecidos cedem e dentro em pouco forma-se um orificio que attinge immediatamente 4 a 6 centimetros. Desapparecido o obstaculo, o trabalho segue regularmente o seu curso.

Nos casos em que este processo é insufficiente, então somos obrigados a recorrer á hysterotomia vaginal.

Anestesiada a mulher e collocada em posição obstetrica, introduzindo o indice da mão esquerda na vagina para servir de guia a um bisturi longo, cuja lamina se ache envolvida em uma atadura, deixando sómente um centimetro da sua extremidade a descoberto, incisa-se, com precaução, camada por camada no sentido transversal e n'uma extensão de 8 a 10 millimetros, no ponto mais culminante do segmento inferior.

Tarnier aconselha segurar-se, com uma pinça de garra, a parte a incisar e fazer um pequeno orifício com uma tesoura recta, evitando, d'est'arte, ferir o feto.

Quando se chega ao ovo, o que constitue o primeiro tempo da operação, basta alargar o orifício feito ; para isto, emprega-se o dedo, incisões multiples com tezoura curva ou com bisturi botonado.

Se o estado da parturiente ou do feto exigir, deve-se terminar o parto por uma applicação de forceps.

## CAPITULO III

### Rigidez do collo

Chama-se rigidez do collo do utero a um estado de dureza do tecido e, particularmente, do orificio externo que impede a marcha progressiva da dilatação.

Tres são as especies da rigidez: a spasmodica, a anatomica e a pathologica.

#### Rigidez spasmodica

Ao spasma ou á contractura do orificio externo, dá-se tambem o nome de retracção spasmodica, tetanismo do collo.

Ha certa differença entre o spasma e a retracção spasmodica: esta dá-se quando o collo já se encontra mais ou menos dilatado, ao passo que aquelle dá-se no começo da dilatação.

A rigidez spasmodica pode ser primitiva ou secundaria.

Primitiva, quando apparece sem causa aprecia-

vel; secundaria, quando a dilatação é embaraçada por uma causa qualquer de dystocia; é assim que ella se dá em mulheres nervosas, fatigadas por um trabalho prolongado, em casos de constricção de bacia e sobretudo quando ha ruptura prematura das membranas.

A rigidez spasmodica localisa-se ordinariamente no orificio externo, e segundo Doleris, pôde estender-se a todo o collo e mesmo ao segmento inferior.

Por occasião da dequitação observa-se algumas vezes o spasmo do orificio interno.

No intervallo das contracções, o collo em lugar de ficar em repouso, resiste de uma maneira continua; o orificio cervical constantemente distendido dá ao dedo a sensação de um circulo delgado, como se fosse constituido por um fio metallico, muito doloroso ao toque.

N'estas condições o collo influe de uma maneira muito penosa sobre o trabalho de parto.

A parturiente fica agitada e queixa-se de dores continuas nos rins, de tenesmo vesical e anal, e algumas vezes observam-se nauseas e vomitos.

Na maioria dos casos, em algumas horas o collo cede, a dilatação completa-se e o parto termina naturalmente; todavia, nem sempre é assim, e, sob a influencia de contracções uterinas energicas, o collo lacera-se e dá passagem ao feto ou o collo resiste e a parturiente esgota-se por cansaço.

O prognostico é benigno e a rigidez desaparece com um tratamento conveniente.

Entre os diversos meios preconizados para fazer cessar o spasmo do collo, temos a assignalar a sangria até á syncope, hoje abandonada por perigosa.

Chaussier aconselha a applicação de pomada de belladona sobre o collo e Dubois propõe o extracto secco de belladona.

Os banhos de assento e, sobretudo, as irrigações vaginaes quentes e prolongadas são de grande utilidade.

Quando a contractura persiste, devemos recorrer aos opiaceos ou aos anesthetics; é assim que xx a xxx gottas de laudano ou 2 a 4 grammas de hydrato de chloral, sob a fórma de pequenos clysters, bem como as inhalações de chloroformio na simples dose analgesica ou mesmo até á resolução, dão excellent resultado.

### Rigidez anatomica

Tarnier assim denomina uma especie de resistencia das fibras do collo do utero, no periodo de dilatação, a qual não é explicada por nenhuma alteração das mesmas fibras.

Ao passo que a contractura spasmodica é um estado de resistencia activa do collo, a rigidez anatomica é um estado de resistencia passiva.

E' o apanagio das primigestas idosas, cujos tecidos, na opinião de Pajot, soffrem certo endurecimento.

Os signaes fornecidos pelo toque, em nada se

parecem com os que se encontram no spasma do collo; em lugar de delgado, distendido e doloroso, o orificio acha-se espesso, pouco aberto e indolor.

A falta de uma lesão característica levou grande numero de auctores a negarem a rigidez anatomica do collo; Doleris diz que o collo não se dilata devido á inercia uterina.

Pinard e seus discipulos, Toledo e Wallich, affirmam que o estado de dureza do collo é um phenomeno secundario, produzido por defeito ou vicio dos agentes dilatadores.

Ribemont e Lépage, sem negarem a rigidez anatomica, consideram-n'a muito rara. Tarnier, diz: «Il ne faut pas confondre cet état anatomique de l'orifice avec un col qui reste simplement épais, parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées, ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus.»

A observação clinica tem mostrado que o collo póde resistir primitivamente, independente de qualquer causa de dystocia, e são estes casos os denominados de rigidez anatomica.

Está provado que em certas primigestas a vulva e o perineo offerecem uma resistencia exagerada, sem que haja alteração nos tecidos.

Porque não admittir que o mesmo se dê com o collo?

O que dissemos da marcha do trabalho de parto nos casos de spasma do collo, se applica aos casos de rigidez anatomica, com a differença de que n'es-

tes, os phenomenos são mais graves, por causa da maior resistencia dos tecidos.

A duração da resistencia opposta pelo collo varia; algumas vezes rasga-se para dar passagem ao feto; ha casos em que o rasgão se dá circularmente e a porção inferior do collo é expellida.

Não cedendo o collo, o trabalho prolonga-se, e comprehende-se os perigos que d'ahi podem resultar.

A maior parte das vezes rompem-se as membranas e os phenomenos da infecção apparecem; tambem devemos recear a ruptura uterina e o esgotamento da parturiente.

O prognostico póde tornar-se muito grave.

Se não é facil, pelo menos é possivel estabelecer-se o diagnostico differencial entre a rigidez anatomica e as outras variedades de rigidez; o toque dá-nos os caracteres do spasma do collo e os da rigidez anatomica.

Os auctores que não admittem a rigidez anatomica, e sim um edema secundario, aconselham, como tratamento, recorrer-se aos agentes que teem a propriedade de fazer o utero contrahir-se.

Se estes meios dão resultado quando se trata do edema do collo, são absolutamente inefficazes quando existir uma rigidez anatomica verdadeira.

Os banhos de corpo inteiro, o laudano, o chloral e as inalações de chloroformio podem ser uteis em certos casos, dando-se ao utero um certo repouso relativo e auxiliando-o nas suas contracções para vencer o obstaculo creado pelo orificio rigido.

A maior parte das vezes, porém, esta therapeutica é impotente e devemos agir directamente sobre o orificio, recorrendo aos instrumentos dilatadores, aos balões de Barnes, de Champetier de Ribes, de Boissard e ao dilatador de Tarnier, que nos dão excellentes resultados.

Casos ha em que é forçoso recorrer ás incisões do collo.

Eis como Tarnier descreve o desbridamento do collo ou hysterotomia vaginal :

«Pour pratiquer cette opération, on place un bistouri boutonné sur l'index, et on le conduit jusque sur l'orifice que l'on coupe en sciant et en pressant tout à la fois.

«La plus grande partie de la lame de l'instrument aura été préalablement recouverte d'une bande de toile pour protéger le vagin.

«Les incisions multiples représentent ici avec tous leurs avantages et exposent beaucoup moins à une déchirure consécutive d'une seule incision; il est rare qu'on soit obligé de leur donner plus d'un centimètre d'étendue, et même moins, car presque toujours on se contente de faire sur le pourtour de l'orifice une plaie de quelques millimètres seulement. On incisera de préférence les parties latérales du col; en cas de besoin, on peut néanmoins porter l'instrument sur la lèvre antérieure et enfin sur la lèvre postérieure.

«Cette opération est simple dans la majorité des cas, on peut y rencontrer cependant quelques diffi-

cultés pour le maniement d'un bistouri boutonné ordinaire.

«C'est alors qu'on emploie un bistouri boutonné courbé en forme de croissant, tranchant sur son bord concave.

«Pour mon compte personnel, je donne, presque tous les cas, la préférence à des ciseaux courbés en bec de corbin.

«On guide cet instrument avec l'index; on l'entrouvre au niveau de l'orifice, et l'on engage l'une des lames entre l'œuf et l'orifice, après quoi l'on incise.»

Este é o methodo das incisões multiplas seguido pela escola franceza. Dührssen, na Allemanha, preconisa as incisões profundas do collo, duas a seis incisões no orificio cervical que se estendam até aos fundos de sacco da vagina.

Este modo de tratamento não está generalizado.

Terminado o desbridamento do collo, o parto póde terminar-se natural ou artificialmente.

## OBSERVAÇÃO

### LA MANŒUVRE DE BONNAIRE DANS LA DYSTOCIE PAR RIDIGITÉ ANATOMIQUE DU COL

Dans un cas de dystocie par ridigité anatomique du col, chez une primipare de trente ans, infectée, en travail depuis trois jours, avec poche des eaux rompue et tête engagée en occipito iliaque droite pos-

térieure, M. Chaleix (de Bordeaux) afin de terminer rapidement l'accouchement procéda de la façon suivante :

La patiente une fois anesthésiée et mise dans la position obstétricale, M. Chaleix pratiqua un lavage vulvaire et vaginal soigneux avec une solution de permanganate de potasse à 1 par 1:000, préférant en raison de l'état de fatigue de la parturiente cet antiseptique aux sels hydrargyriques.

Puis il se mit en devoir d'obtenir une dilatation suffisante du col par une application patient de la manœuvre de Bonnaire.

Plaçant à la fois dans le col l'index et le médius droit et gauche, il fit jouer à ces quatre doigts adossés par la face dorsale, le rôle de pince dilatatrice.

Peu à peu ces doigts furent rejoints par les annulaires et les auriculaires.

Mais cette manœuvre devenant fatigant, M. Chaleix completa la dilatation en introduisant profondément dans le col sa main droite toute entière, sauf le pouce, et lui imprima des mouvements prolongés de circumduction.

Il obtint ainsi, au bout d'une demi heure, une dilatation complète et termina l'accouchement par une application de forceps.

M. Chaleix estime qu'en pareille circonstance la manœuvre de Bonnaire est bien supérieure aux balons e surtout aux incisions de Dührssen <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> *La Presse médicale*, n.° 50—23 juin 1900 S. 238.

### Rigidez pathologica

Esta variedade de rigidez póde ser de origem cicatricial ou em virtude da invasão do tecido cervical por um processo morbido.

Em virtude de rasgões devidos a partos anteriores, de traumatismos obstetricos ou gynecologicos, etc., o collo póde ser a séde de cicatrizes mais ou menos profundas, que estreitem o orificio externo e ponham obstaculo á extincção e dilatação do collo. Pelo toque se reconhecem facilmente estas cicatrizes.

Algumas vezes a vagina é a séde de uma atresia cicatricial.

A principal causa da rigidez pathologica, devida a um processo morbido, é sem duvida a syphilis.

Ella se apresenta de um modo caracteristico. A sua historia é recente.

Pretégnat foi o primeiro a assignalal-a em 1868; depois Chiarleoni, Chiaro e Martinetti, em Italia; Welponer, na Allemanha e Doleris, Nime-Mesnard, Blanc e Maygrier, na França, publicaram observações.

A rigidez syphilitica póde ser devida a um cancro do collo que deixa um endurecimento parcial ou a placas syphiliticas que em virtude da prenhez se hypertrophiam, determinando um endurecimento mais ou menos pronunciado.

Póde tambem ter como causa a sclerose espe-

cifica do collo; Fasola, na Italia, em 1886, demonstrou histologicamente a sua existencia.

O collo e mesmo o segmento inferior são invadidos por uma hyperplasia conjunctiva que engloba os feixes musculares e os atrophia; os vasos são obliterados, resultando d'estas lesões ficar o tecido cervical muito resistente, offerecendo algumas vezes uma consistencia fibro-cartilaginosa.

O diagnóstico da rigidez pathologica do collo é baseado exclusivamente nos anamnesticos e nos signaes fornecidos pelo toque.

O prognostico varia conforme a lesão.

Quando as cicatrizes são pouco profundas ou as manifestações especificas são limitadas, é possivel que a dilatação se faça de modo a permittir a expulsão do feto, com ou sem rasgões do orificio cervical.

Mas quando o collo está invadido em grande extensão ou na sua totalidade por tecido cicatricial ou por sclerose syphilitica, a dilatação póde tornar-se estacionaria e a prolongação do trabalho trazer os accidentes que assignalamos a proposito da rigidez anatomica, isto é, ruptura interna, esgotamento e septicemia.

O feto raramente sobrevive.

O tratamento consiste na dilatação artificial do collo e nas incisões.

## CAPITULO IV

### Edema do collo

Algumas vezes o collo do utero apresenta-se parcial ou totalmente edemaciado, o que dificulta de algum modo a marcha regular do trabalho de parto.

O edema parcial localisa-se em um dos labios do collo e apparece ordinariamente durante o trabalho.

O edema produz-se em virtude de compressão: é assim que, quando o labio anterior do collo é comprimido entre a cabeça fetal e symphise publica, ou, nos casos de constrição de bacia, o labio superior é comprimido entre a cabeça fetal e o angulo sacro-vertebral, temos o edema d'esse ponto.

Pelo toque facilmente se reconhece a tumefacção de um dos labios do collo, de consistencia molle ou pastosa; o volume varia com a demora do trabalho.

O tumor pôde ser constituído por uma infiltração ou por um derrame sanguineo — o que fórma um verdadeiro *trombo do collo*.

Quando o edema não é muito pronunciado, com um pequeno esforço a cabeça do feto pôde vencê-lo e o parto terminar-se espontaneamente.

Quando o edema é consideravel e se oppõe á sahida do feto, pôde ser causa de uma inercia uterina e comprometter a vida do feto.

Ha casos em que o tumor é trazido até á vulva e o diagnostico é feito *de visu*.

Nos casos de trombo, pôde dar-se a ruptura e em consequencia uma hemorrhagia.

É ainda pelo toque que faremos o diagnostico differencial entre o edema do collo e um cotyledon nos casos de placenta prévia, e um membro fetal ou um tumor inserido no collo.

O prognostico depende do desenvolvimento do edema.

O tratamento consiste em primeiro logar evitar a sahida do tumor e tentar a sua redução.

Étienne, discipulo de A. Hergott, aconselha proceder-se do modo seguinte: fixa-se o labio entumecido entre dois dedos durante a contracção; terminada esta, procura-se recalcar o tumor para traz da parte fetal, tantas vezes quantas forem necessarias para que o obstaculo seja vencido.

Algumas parteiras aconselham praticar-se escarificações superficiaes na parte edemaciada, quando não conseguem manter o collo na vagina.

Muitas vezes a vida do feto reclama uma aplicação de forceps que deve ser feita com muita prudência, afim de evitar-se um rasgão ou mesmo o arrancamento do labio edemaciado.

Raramente, depois do parto, o tumor continúa saliente na vulva sem que a sua redução seja possível: Stoltz aconselha, n'estes casos, a sua ablação com uma simples serra de cadeia, com um esmagador linear, com o thermocauterio e com a ansa galvanica.

## CAPITULO V

### Cancro e tumores diversos do collo

O cancro do collo do utero, mais frequente do que o do corpo e mais importante sob o ponto de vista da dystocia, apresenta-se sob a fórma de carcinoma ou de epithelioma.

Tem sido estudado desde 1840.

E' uma affecção bastante rara, como provam os algarismos seguintes: Winckel encontrou 8 casos de cancro do collo do utero em 15:000 gestantes; Stratz 12 casos em 17:000; Sutugin 2 casos em 9:000.

Amadei, em 6 annos, no Hospital Majeur de Milão, em 600 mulheres attingidas de cancro uterino notou 3 casos de prenhez.

Cohnstein foi quem reuniu o maior numero de observações: até 1873 constatou 127 casos; Theilhaber durante 20 annos registrou 165 observações de cancro uterino, complicando a prenhez e o trabalho de parto.

A prenhez exerce uma influencia sombria sobre a marcha do cancro do collo; elle torna-se mais friavel e algumas vezes propaga-se ás partes visinhas.

A mulher sente dores intensas e tem um corrimento sanguineo e fetido, as hemorragias cada vez mais abundantes e a doente póde fallecer de cachexia antes do termo da prenhez.

Não é raro ver-se a prenhez ser interrompida pelo cancro: assim é que em 100 mulheres gravidas e soffrendo de cancro uterino, 15 terminaram a prenhez pelo aborto e 15 pelo parto prematuro, segundo Cohnstein.

Bar calcula que a gestação só chega a seu termo em dois terços dos casos.

Cohnstein dá a percentagem de 33,3 de fetos nascidos vivos; Herman dá para os nascidos mortos a proporção seguinte: 42,8 % não a termo e 21,7 % a termo.

Quando o neoplasma se limita a uma parte do collo, vê-se a dilatação fazer-se á custa da parte sã, muitas vezes de uma maneira sufficiente para o parto terminar-se naturalmente.

Quando é uma grande porção do collo ou a sua totalidade invadida pelo neoplasma, a marcha e a terminação do parto dependem da resistencia do tecido morbido.

Se bem que algumas vezes, em virtude do amolecimento do tumor, devido á prenhez e ao trabalho, a expulsão do feto possa dar-se espontaneamente.

te, a maior parte das vezes o collo resiste, constituindo uma verdadeira rigidez pathologica que pôde ser vencida á custa de rasgões do collo, rasgões que quasi sempre são acompanhados de hemorragias difficies de sustar, em virtude da alteração dos tecidos.

Não se dilacerando o collo, nem se dilatando, o trabalho de parto pode prolongar-se por muitos dias, e a parturiente ficar exposta aos mais graves accidentes de infecção, quando não morre por exgotamento ou em virtude de uma ruptura uterina.

Livre dos perigos do parto, pôde a parturiente succumbir durante o puerperio por septicemia, por peritonite ou mesmo algumas semanas depois por cachexia cancerosa.

Os signaes característicos fornecidos pelo toque, o cheiro especial da leucorrhéa, as hemorragias, as perturbações do lado da bexiga e do recto e o estado geral do doente levam-nos a bem firmar o diagnostico.

O exame hystologico do tumor tem grande valor para confirmar o diagnostico.

A marcha da affecção, o estado geral do doente e o exame histologico fornecem dados para o diagnostico differencial entre o cancro do collo e certos tumores, taes como um fibroma ulcerado, um papilloma, etc.

O prognostico é extraordinariamente grave.

Em 126 doentes de Cohnstein, 72 morreram durante o puerpério, das quaes 3 no momento do par-

to ou logo depois, e as outras mais ou menos tardiamente durante o puerperio. O total da mortalidade, é pois, para este auctor, de 57 %.

Em 116 fetos, nasceram vivos 42, segundo o mesmo auctor.

No tratamento do cancro uterino durante a prenhez duas ordens de conducta podem ser seguidas : ou deixa-se evoluir a prenhez, limitando-nos a uma therapeutica symptomatica, ou interrompe-se systematicamente o curso da prenhez.

No primeiro caso, devemos sustentar as forças da doente com tonicos e reconstituintes ; combater as dores com calmantes, narcoticos e anesthesicos ; a leucorrhéa e os corrimentos com lavagens de sublimado, de acido phenico e de permangato de potassio e a hemorrhagia com o tamponamento vaginal e com as cauterizações.

No segundo caso, pode-se interromper a prenhez, provocando o aborto ou o parto prematuro, praticando a operação cezariana ou a ablação do utero gravido.

A provocação do aborto ou do parto prematuro é regeitada pela maior parte dos parteiros. Bar diz : — «on ne fait bien souvent, que sacrifier le fectus sans benefice pour la mère».

A interrupção da prenhez n'estes casos, só é admittida como o primeiro tempo da hysterectomia vaginal.

Chegada a prenhez a termo, se não ha probabilidade de um parto expontaneo, deve-se praticar a

operação cesariana antes de começar o trabalho de parto.

A ablação do utero pode ser praticada por via vaginal ou por via abdominal.

A ablação do utero pela vagina, antes de terminar o quarto mez de gestação, dá excellentes resultados.

Terminado o quarto mez de gestação, a extirpação total do utero deve ser praticada por via abdominal.

Esta operação foi praticada pela primeira vez, com successo, por Spencer Wells em 1882.

Considerando que a ablação do corpo e do collo do utero por via abdominal tem o conveniente do contacto inevitavel da serosa peritoneal e das visceras pelvicas com os productos cancerosos, Zweifel e Stocker, operaram como Spener Wells, aos 6 mezes de prenhez, retirando o corpo do utero por via abdominal e o collo por via vaginal.

Cada uma d'estas praticas que vimos de expôr, tem as suas indicações.

Quando o cancro fôr inoperavel, o tratamento será palliativo; quando o cancro fôr operavel, isto é, quando fôr bem limitado e o estado geral da doente satisfactorio, uma intervenção radical é justificavel porque, se não curar, pelo menos pôde prolongar consideravelmente os dias da paciente.

Quando o cancro não invade a totalidade do collo, é possivel que o parto se termine expontaneamente; quando a dilatação se faz mal ou mui len-

tamente, devemos dilatar artificialmente o orifício e o dilatador de Tarnier e os balões de Champetier de Ribes e de Boissard pódem ser uteis.

Uma vez que o collo continua a resistir, devemos recorrer ás incisões pequenas e multiplas, o que de um modo geral não deixam de ser perigosas.

Bar, em 24 casos tratados por este methodo teve 11 mortos.

Theilhaber aconselha fazer-se, antes da secção dos tecidos, a ablação das porções, exuberantes do tumor, o que se consegue com a curetta, com a tesoura.

Terminada a dilatação do collo applicar-se-ha o forceps se houver indicação.

Nos casos de feto morto, a basiotripsia é indicada por ser o processo de extracção que menos contunde a parturiente.

Quando o cancro invade as partes visinhas do collo, é inoperavel e a intervenção consistirá em praticar-se a operação cezariana ou a de Porro; segundo a estatística de Theilhaber, a primeira dá 61,6 % de curas e a segunda dá 50 %.

Durante o puerperio, uma vez que o parto se deu naturalmente, o tratamento consiste na hysterectomia vaginal, 12 a 15 dias depois do parto, se o cancro fôr operavel.

### Polypos do collo do utero

Os polypos do collo pódem ser mucosos ou fibrosos.

Os polypos mucosos são geralmente pequenos e não constituem causa de dystocia, porque são achatados entre a parte fetal e a bacia por occasião do parto. A's vezes o seu pediculo rompe-se, e são expellidos.

E' raro que os tumores fibrosos do collo do utero se pediculisem e tomem a fórma de um polypo.

O pediculo dos polypos póde ser mais ou menos longo; algumas vezes, por occasião do trabalho de parto, se o pediculo é curto e resistente, elles ficam ao nivel do orificio do collo, outras vezes, se o pediculo é longo, elles sahem da vulga antes do feto e voltam á vagina depois do parto.

Os polypos do collo pódem ser tomados por uma inversão do utero.

Quando os polypos se oppõem ao parto, o tratamento consiste em seccionar o pediculo e extrahil-os com a mão ou com uma pinça de garra.

### Vegetações e fungosidades do collo

E' raro que as vegetações e as fungosidades do focinho de tenca venham a ser causa de dystocia.

Cazeaux, na 7.<sup>a</sup> edição do seu tratado de partos, 1867, a paginas 718, diz:

«Ces tumeurs, qui se présentent sous la forme de choux-fleurs, peuvent naître de l'une ou de l'autre lèvre: elles acquièrent parfois un volume considérable, peuvent marquer l'orifice et le rendre presque inaccessible.

Elles produisent souvent des hémorrhagies, et comme le tissu fongueux qui les constitue offre quelque analogie avec le tissu placentaire, elles ont fait croire, dans quelques cas, à l'insertion du placenta sur le col; M.<sup>me</sup> Lachapelle, Denman citent des erreurs de ce genre. J'ai été témoin d'un cas encore plus singulier: j'ai vu les internes à l'hôpital de Lourcine faire appeler M. Nélaton, qui était le chirurgien de cet hôpital pour faire la version dans un prétendu cas de présentation de la main.

«M. Nélaton me pria de l'accompagner, et, à notre arrivée, nous constatâmes que ce que ces messieurs avaient pris pour une main, était un énorme chou-fleur qui naissait de la lèvre antérieure du col. Son pédicule avait au moins trois centimètres de longueur, et sa base offrait cinq ou six petites végétations qui avaient été pris pour de véritables doigts.»

### Kystos do collo

Relativamente aos kystos do collo do utero, transcreveremos da pag. 434 do 3.<sup>o</sup> volume do «Traité de l'art des accouchements» de Tarnier e

Budin a seguinte observação do Dr. Cousot, de Dinan, publicada no Boletim geral de therapeutica medica e cirurgica de Pariz, 1863.

«M.<sup>me</sup> C., âgée de 39 ans, a eu deux grossesses et deux accouchements qui n'ont rien présenté de particulier; elle est enceint pour la troisième fois, et sa grossesse est à terme. «Lécoulement des eaux à minuit. Les premières douleurs de l'accouchements surviennent vers la soir. Le toucher fait constater que le col, effacé en avant, est presque entièrement dilaté, surtout dans son segment antérieur; la position de la tête, un peu oblique est cependant bonne; mais les eaux ont entraîné une anse considérable du cordon ombilical; on n'y sent plus des pulsations, et on trouve tous les autres signes de la mort du fœtus.

En faisant quelques manœuvres pour réduire l'anse ombilicale herniée, on est frappé du volume et de la resistance que conserve le segment postérieur du col; il reste dur, tendu, et semble continuer sans interruption la paroi recto-vaginale. On s'assure aisément que le rectum n'est pour rien dans ce gonflement. Le diamètre antero-postérieur du détroit supérieur du bassin est considérable men diminue, et c'est là que siège évidemment l'obstacle, qui, malgré d'énergiques douleurs, empêche la tête de cheminer.

A quatre heures du matin, la malade s'épuise en efforts stériles; le pouls s'accelere et se concentre; douleur déchiranté continue dans les reins

mais n'ayant aucun caractère expulsif; la tête ne bouge pas; la patiente est découragée, il y a de plus hémorrhagie.

On donne un gramme de seigle esgoté, et aussitôt que les contractions reparaissent le forceps est appliqué.

Malgré quelques difficultés des manoeuvres, la tête est bien saisie et progresse; elle est précédée, dans sa migration, par la tumeur, laquelle est logée en partie dans l'intervalle que laissent les cuillers de l'instrument.

Au moment où se complète le mouvement d'extension de la tête, la tumeur s'enuclée, se dégage, et tombe aux pieds des opérateurs. On s'assure immédiatement par le toucher que le col est revenu sur lui même, et qu'il ne reste plus trace de l'énorme tumefaction qui comblait le petit bassin. La délivrance dut être réalisée sans trop tarder, une portion du placenta s'étant déchirée, et l'autre entretenant une parte par son enchatonnement dans un segment utérin.

«La tumeur est oblongue, piriforme, longue de 11 centimètres, large de 6.

«Les parois fibreuses, lisses, nacrées, sont très résistantes.

«Un pédicule gros comme le pouce, et portant les traces de la déchirure d'un point d'implantation forme la plus petite extrémité de l'ovoïde.

«L'incision donne issue à un liquide séro-purulent, tenant en suspension des grumeaux caséaux en

tout semblables à ceux que renferment ces kystes du cuir chevelu qui ont subi un certain degré d'inflammation.

«On découvre en même temps dans la tumeur une masse considérable de cheveux noirs, soyeux, contournée en tous sens, et comme feutrés: il y en a de toutes les dimensions, depuis 5 ou 6 centimètres jusqu'à 35.

«Quoique continus dans la grande poche kystique, ils ont leur racine dans une seconde loge plus petite, à parois plus épaisses et plus résistantes.

«Tous les poils sont implantés sur une surface de 2 à 3 centimètres, dont l'organisation paraît très différent de celle des parois.»

C. Maygrier, pensa que esta observação intitulada: Kyste pileux du col uterin, cause de dystocie, não está de conformidade com o seu titulo, porque a séde do kysto não está rigorosamente determinada.

### Abcessos do collo

Préstat, cirurgião adjunto do Hôtel-Dieu de Pontoise, publicou no «Jornal de Cirurgia» de Malgaigne, em 1844, a seguinte observação intitulada: *Accouchement rendu difficile par la présence d'un abcès intirstitial dans le col de l'utérus.*

«Une primipare, de complexion robuste, se livra pendant toute sa grossesse aux travaux de la campagne. Premières douleurs d'accouchement le 19 novembre 1843.

«Une sage-femme constata alors que le col était effacé, l'orifice mince; et que la tête se présentait. Malgré des douleurs, assez fréquentes le travail, n'avancait guère, et M. Prestat, appelé en consultation le 23, trouva la malade dans l'état suivant: L'orifice utérin, de deux centimètre de diamètre, était mince sur ses bords; mais, à quelques millimètres plus haut, le col devenait épais, et présentait une grosse résistance, aussi bien pendant les contractions utérines que dans l'intervalles qui les séparait.

Les membranes étaient intactes. L'enfant se présentait le sommet, en position occipito-iliaque gauche antérieure.

«À minuit, M. Prestat incisa les bords de l'orifice utérin en trois points différents.

«Application de forceps, le 25; pendant l'introduction des branches de l'instrument, il s'écoula par la vulve quelques cuillerées d'un liquide purulent, épais, crémeux et teint de stries rougeâtres. Le forceps fut alors articulé, et l'accouchement put être terminé.

«L'enfant était vivant, et les suites de couches furent heureuses.»

M. Prestat diz acreditar em um abcesso intersticial do collo uterino, que fôra aberto por um dos ramos do forceps.

### Thrombus do collo

Maygrier, em um artigo publicado no 3.<sup>o</sup> volume do *Traité de l'art des accouchements*, de Tarnier e Budin, diz nunca ter observado caso algum de thrombus do collo, e transcreve do «Jornal de Malgaigne, de 1852, o seguinte caso de W. F. Montgomery:

«Je fus appelé pour assister M.<sup>me</sup> S... , le 11 mars 1830, à dix heures du matin.

«Elle avait en d'un premier lit six enfants, dont le dernier n'avait que cinq ans. La nuit précédente elle avait eu des selles liquides et une partie rouge.

«À mon arrivée, le travail était déjà établi; il y avait un peu d'hémorrhagie.

«La partie inférieure du col de la matrice, à droite, était saillante, épaisse, spongieuse, et ressemblait à un fragment de placenta; le sang me parut s'écouler de ce point.

«La présentation de la tête était régulière; l'accouchement avançait, et, comme la tête, en descendant, pressait de plus en plus sur cette tumeur spongieuse, celle-ci finit par se vider; aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta, et, vers midi et demi, M.<sup>me</sup> S... mit au monde en enfant mâle, sain et vigoureux.

«Le placenta fut expulsé dix minutes après. Le rétablissement fut prompt.»

Montgomery acompanhou esta observação de uma outra communicada á Sociedade de obstetricia

pelo Dr. Georges Johnston, em que a apresentação do feto era podalica e o parto deu-se naturalmente.

Cinco dias depois, achando-se o utero perfeitamente retrahido, uma hemorragia repentina se manifesta, matando a puerpera em hora e meia.

Pela autopsia verifica-se no tecido do collo, perto do orificio e á esquerda, uma cavidade perfeita, para a qual convergiram muitos vasos sanguineos.

Um exame attento não deixa duvida sobre a existencia de um thrombus, cuja cavidade fôra preenchida por um coagulo; a camada delgada do tecido uterino ou mesmo a mucosa e o tecido aureolar interpostos á cavidade do thrombus e á do utero haviam-se adelgado pouco a pouco, até se perfurar ou gangrenar e dar sahida ao coagulo, dando a abertura dos vasos uma hemorragia tão promptamente mortal.

O thrombus do collo pôde desenvolver-se durante ou depois do trabalho, como acontece com o thrombus da vulva e da vagina.

### **Rasgões da porção vaginal do collo uterino**

Os rasgões do collo do utero podem dar-se espontaneamente no decorrer de um parto natural ou em consequencia a uma dystocia, cuja causa se assenta ao nivel do proprio collo.

Os ramos do forceps, o baziotribo, os perfuradores, etc., podem ser causa de rasgões da porção

vaginal do collo do utero, bem como a propria mão do parteiro quando procura dilatal-o.

Durante um trabalho prolongado, quando os labios do orificio cervical são comprimidos por muito tempo, pode dar-se a formação de uma escara, que mais tarde cahindo acarreta perda de substancia.

Geralmente os rasgões do collo apresentam-se como simples fendas, em numero variavel, e apparecem as mais das vezes á esquerda; raramente se produz um arrancamento circular de uma porção do collo.

Os rasgões do collo podem prolongar-se para o lado do corpo do utero ou da vagina, indo muitas vezes até á bexiga, dando logar á formação de uma fistula vesico-uterina.

Pelo toque vaginal ou com o auxilio do speculum podemos verificar a fórma, o numero e a extensão das lesões cervicaes; não é raro que os rasgões do collo sejam acompanhados de verdadeiras hemorragias, nas quaes o sangue corre de uma maneira continua ou em jactos, quando algum vaso arterial é atingido.

E' importante estabelecer-se o diagnostico differencial entre estas hemorragias e as provenientes da cavidade uterina.

Todas as vezes que o utero estiver globuloso e bem retrahido é evidente que o sangue deve partir do collo, da vagina ou da vulva.

Se um exame attento com o dedo ou com a vis-

ta demonstrar que o sangue não parte da vulva nem da vagina, é porque o collo é o ponto de partida da hemorragia.

O prognostico depende da extensão dos rasgões e da abundancia da hemorragia.

Quando as lesões são extensas, devemos evitar a infecção e receiar uma cicatrização viciosa.

Tratar as lesões e praticar a hemostase, é o que devemos fazer quando nos acharmos em presença de rasgões do collo.

As pequenas hemorragias cessam ordinariamente com uma irrigação vaginal a 48 graus.

As hemorragias graves podem ser tratadas pela ligadura ou pelo pinçamento do vaso que sangra; estes meios nem sempre são de fácil execução e é preferível recorrer á compressão directa do ponto que sangra.

A sutura dos labios do rasgão é aconselhada não só como tratamento da hemorragia, mas tambem como preventivo da infecção e da cicatrização viciosa.

# Proposições

---

*Anatomia*—Ha perfeita analogia entre os ossos dos dois membros—thoracico e abdominal.

*Physiologia*—Não admitto a morte subita.

*Materia medica*—A vida é um antiseptico.

*Anatomia pathologica*—A malignidade dos tumores está na razão inversa da gerarchia da sua organisação.

*Pathologia geral*—A infecção e o contagio, sob o ponto de vista pathogenico, são uma e a mesma coisa.

*Pathologia externa*—Ha differenças características entre o rachitismo fetal e o de desenvolvimento.

*Pathologia interna*—Nem sempre o ruido de sopros indica lesão cardíaca.

*Medicina operatoria*—Todo o policlinico deve ser cirurgião.

*Partos*—O collo uterino constitue, muitas vezes, uma das causas de dystocia materna.

*Medicina legal*—A docimasia pulmonar hydrostatica é, muitas vezes, infiel.

*Hygiene*—Para secundar e executar as prescrições medicas sobre a tuberculose são impotentes os actuaes governos.

---

Visto,  
*A. Placido da Costa.*

PRESIDENTE.

Póde imprimir,  
*Moraes Caldas.*

DIRECTOR.