

A RETENÇÃO DAS SECUNDINAS

NO

PARTO DE TERMO

85/10 FMC

P. e dia 2.<sup>a</sup> de Junho de 1897, fe-  
las 11 horas da manhã

Presidente <sup>Antônio</sup> Cleonice  
João dos Santos Pinto por  
Emros. Srs.

Antônio João de Moraes Farias  
Antônio d'Aguiar Maia  
Candido Augusto Corrêa Pinho  
Antônio Rocio da Costa

Reg.<sup>tes</sup>

*Jacinto Teixeira de Souza Leite*

---

A RETENÇÃO DAS SECUNDINAS

NO

PARTO DE TERMO

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A'

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

---



PORTO

PAPELARIA E TYPOGRAPHIA MORGADO

27—Passeios da Cordoaria—31

1897

85/10 ENC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

DR. RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

## Professores proprietarios

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva geral. . . . .	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira—Historia natural dos medicamentos. Materia medica . . . . .	Ilydio Ayres Pereira do Valle.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa . . . . .	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina operatoria . . . . .	Eduardo Pereira Pimenta.
6. <sup>a</sup> Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . .	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna . . . . .	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica . . . . .	Candido A. Correia de Pinho.
10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia . . . . .	Nuno Dias Salgueiro.

## Professores jubilados

Secção medica. . . . .	{ Pedro Augusto Dias. Dr. José Carlos Lopes. José d'Andrade Gramacho.
------------------------	---

## Professores substitutos

Secção medica. . . . .	{ João L. da Silva Martins Junior. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
Secção cirurgica . . . . .	{ Roberto B. do Rosario Frias. Clemente J. dos Santos P. Junior.

## Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica . . . . .	Carlos Alberto de Lima.
----------------------------	-------------------------

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

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

A' MEMORIA

DE

M E U P A E

*Uma lagrima de saudade.*

A

**MINHA MÃE**

AO MEU PRIMO

DR. ANTONIO BAPTISTA LEITE DE FARIA



AO MEU PARENTE

Dr. Agostinho Antonio de Souto

AO MEU ILLUSTRADO PRESIDENTE

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

Dr. Clemente Joaquim dos Santos Pinto .

Y

Como introduccão ao nosso trabalho e para melhor comprehensão do assumpto, diremos duas palavras sobre parto, sua definição, e tempos de que consta.

O parto é um phenomeno physiologico, pelo qual termina a gravidez. Consiste na sahida pelos órgãos genitales, do ovo (feto e annexos) contido na cavidade uterina n'uma epocha, em que o feto é viavel. (Lepage).

Poderíamos citar outras definições; mas não é nosso intuito fazer-lhes a critica e por isso, simplesmente apresentamos esta que nos parece bastante completa e muito precisa.

O parto comprehende duas partes: a expulsão do feto ou parto propriamente dito e a expulsão dos annexos ou dequitação. Apesar de muito se poder escrever ácerca da primeira parte, sómente fallaremos da segunda, dequitação, pois que é ella, que vae fazer o objecto do nosso estudo.

A nossa attenção foi chamada para este assumpto, que deve interessar a todos os parteiros, pois na verdade é esta segunda parte do parto, que mais perigos póde acarretar á mulher.

Parece isto um contrasenso, mas a clinica tem demonstrado que o parto em si mesmo, a não ser em circumstancias excepcionaes, não apresenta complicações graves para a mãe.

Já assim não acontece com a dequitação. Esta, como diz Lepage, é um periodo fertil em accidentes, que demandam do parteiro presença de espirito e um conhecimento profundo dos phenomenos physiologicos, que então se passam, e das complicações, que pódem sobrevir.

A dequitação é a expulsão natural ou a extracção artificial dos annexos do feto; placenta, membranas e o cordão.

Umaz vezes esta expulsão ou extracção faz-se completamente, o que é muito para desejar, mas em certos casos um resto dos annexos pódem permanecer no utero e dar origem a complicações sérias.

Evitar essas complicações, ou quando não possa ser, apontar quaes os meios de tratamento, eis o fim do nosso trabalho.

Falta-nos a competencia, não nos falta a boa vontade e por isso mais uma vez confiamos na benevolencia do excellentissimo Jury.

Geralmente a primeira parte do parto realiza-se espontaneamente sem dificuldades e, só por excepção, será necessario que o parteiro tenha de intervir.

Já não acontece outro tanto com a dequitação.

Esta segunda parte do parto dá frequentemente origem a accidentes e graves complicações.

Ainda mesmo que o parto tenha sido muito facil e feliz, o parteiro não se deve dar por satisfeito; deve ter todo o cuidado em vigiar o utero durante a expulsão da placenta e só descansar, quando reconhecer que as secundinas tem sahido completamente.

Só assim ficará com a consciencia tranquilla a respeito dos accidentes graves, immediatos ou remotos, a que se expõe a parturiente e que são consequencia, a maior parte das vezes, de uma dequitação incompleta.

Logo que as secundinas tenham sido expul-

sas, deverão ser examinadas com a maxima attenção.

Acontece a maior parte das vezes que o ovo apresenta justamente a abertura sufficiente para a passagem do feto, e, n'esse caso, póde-se quasi ficar com a certeza de que a dequitação se fez completamente.

Mas não acontece sempre assim.

Umaz vezes a placenta, deslocando-se das membranas em toda a sua periphéria, é expulsa só. Diz-se então que a placenta é descoroadá. Outras vezes parece estar tudo muito bem, mas voltando o sacco e a placenta e examinando-os pela sua face uterina encontram-se o amnios e o corion intactos, mas a caduca ficou toda ou em parte no utero.

Finalmente póde acontecer que uma parte das tres membranas, caduca, corion e amnios sobrepostas permaneçam na cavidade uterina.

Nós vamos agora estudar as causas da retenção das membranas, mas antes d'isso diremos em poucas palavras, como se faz normalmente o seu descollamento e a sua expulsão. Em geral, as membranas adherem á parede uterina, forrando-a na sua maior parte, exceptuando apenas o segmento inferior. O seu descollamento é d'ordinario posterior ao da placenta e é provocado pelas tracções exercidas por ella na sua descida.

Como se sabe o descollamento e a expulsão da placenta são produzidos pela retracção resultante das contracções uterinas.

Às vezes decorre um grande espaço de tempo entre o descollamento completo da placenta e o fim da dequitação. Acontece mesmo em certos casos a placenta chegar á vulva, sahir, pousar sobre o leito e as membranas ficarem ainda adherentes por alguns minutos.

Isto é devido, segundo Ribemont—Dessaigues, a que as membranas por causa da sua elasticidade pôdem seguir, dentro de certos limites, a retracção do utero e por isso só incompletamente obedecem ás tracções exercidas pela placenta na sua descida para a vulva; logo que esta elasticidade seja plenamente gasta, a tracção, transmitindo-se por completo ás membranas, obriga-as a descollarem-se.

O utero, já pela direcção das suas fibras, já pelas suas inserções, está admiravelmente disposto para expulsar qualquer corpo extranho contido na sua cavidade. A placenta, desde o momento em que as suas adherencias com o utero deixem de existir, pôde comparar-se a um corpo extranho e por conseguinte deve ser expulsa.

E' assim que ella se torna o principal agente da expulsão das membranas.

Certos auctores attribuem um papel importante ao peso da placenta n'este descollamento, mas esta acção só pôde produzir-se nos casos em que as mulheres porem de pé ou de joelhos; na posição obstetrica todo o peso vae exercer-se na parede posterior do utero.

O sangue, proveniente dos seios uterinos, ac-

cumulando-se por detraz da placenta e exercendo pressão, concorre tambem para o mesmo fim.

Obrigada por estas forças a placenta tem tendencia para sahir, mas não o poderá fazer sem que as membranas, que lhe estão prezas, se descollem do utero e a acompanhem no seu movimento de descida.

Felizmente as tracções suaves e continuas exercidas por ella são da melhor feição para produzir o descollamento.

Quando a placenta está inserida bastante acima em uma das faces do utero, como o descollamento começa na sua peripheria e graças ás tracções, que ella exerce, as membranas invertem-se em dedo de luva, formando uma especie de infundibulo, onde se vae accumular o sangue proveniente dos seios uterinos que, pela sua pressão e pela sua infiltração entre o utero e as membranas, auxilia o descollamento.

Isto comprehende-se muito bem, e é pela mesma razão que o sangue no estado liquido, ou de coagulos accumulado ás vezes em grande quantidade, n'esse infundibulo só pôde ser expulso juntamente com as membranas.

Descendo a placenta no utero, o involucro fetal, invertendo-se, é obrigado a acompanhal-a; a placenta chega á vulva, transpõe-n'a, arrastando comsigo as membranas e terminando assim o seu descollamento.

E' assim que normalmente se passam as coisas quando a segunda parte do parto se realiza



felizmente, porém muitas vezes um obstaculo qualquer vem estorvar esta evolução e provocar a retenção de todas ou de parte das membranas.

## Causas da retenção

Estas causas são multiplas; nós dividil-as-emos em dois grupos: predisponentes e determinantes.

Nas primeiras consideramos as adherencias anormaes, a pouca espessura e a friabilidade das membranas, a apresentação da placenta pelo seu bordo, o enrolamento das membranas em torno de um coagulo retido no utero e ainda a presença de uma placenta accessoria. Nas segundas estudaremos a dequitadura por tracções sobre o cordão, a dequitadura por expressão brusca da placenta mediante os esforços da mulher.

A causa mais vulgar das adherencias exageradas das membranas ao utero é uma endometrite, sobrevindo durante a gravidez ou existindo antecipadamente.

Alguns auctores não admittem o apparecimento da endometrite durante a gravidez; pensam que a affecção já existia, porque não concebem como os germens infectantes penetram entre as membranas e o utero.

Todavia a existencia das endometrites durante a gravidez está hoje averiguada por Bumm.

De resto, é muito possivel que as modificações da mucosa, que normalmente se produzem

durante a gravidez, tornem facil a infecção uterina e a producção da endometrite. Algumas vezes a inflamação recahe sobre todas as partes da caduca, dando origem a uma endometrite diffusa, mas, em geral, sómente a caduca uterina é attingida. N'este caso a caduca hypertrophia-se e apresenta uma superficie irregular.

Examinando-a ao microscopio nota-se uma enorme quantidade de cellulas gigantes e uma abundante infiltração de cellulas embryonarias.

Quando este processo hyperplasico se comunica á caduca ovular, formam-se então adherencias mais ou menos extensas, que, no momento da dequitação, produzem lacerações das membranas.

As hemorragias, que ás vezes apparecem durante os primeiros mezes da gravidez, pôdem ser tambem uma causa de adherencias anormaes.

Estas hemorragias apparecem em certas mulheres sem causa apreciavel: uma pequena queda, uma leve emoção pôdem provocal-as. Como contraste uma outra doente poderá ter um accidente grave sem lhe sobrevir desordem de especie alguma do lado do utero.

Muitas vezes a tensão extrema do sangue no organismo, como acontece nas cardiacas e nas albuminuricas, deve ser invocada como causa d'estas hemorragias. O sangue caminhando entre o ovo e o utero, umas vezes sahe para o exterior, outras vezes reunindo-se em certos pontos transforma-se, a fibrina organisa-se e como que

solda as membranas, produzindo as adherencias. Assim formadas as adherencias, comprehende-se muito bem que no momento da dequitação quando as membranas se invertem, formando o tal dedo de luva, de que já se fallou, se ellas estão presas em um ponto, suspendem a placenta que só póde descer pelo bordo opposto.

Se, n'este caso, ella é impellida para a vagina, que por contracções uterinas d'uma certa violencia, quer por tracções feitas no cordão, quer ainda pela expressão uterina, as membranas rompem-se e parte d'ellas fica no utero.

Quando as membranas são extremamente fixas e friaveis, laceram-se em alguns pontos durante a expulsão e por consequente é muito facil ficarem pedaços de membranas retidos no utero. Se a placenta se apresenta por um dos seus bordos é necessario o maior cuidado em não puxar pelo cordão, porque a tracção, não se exercendo igualmente em toda a periphéria das membranas, mas sómente sobre uma porção limitada da sua extensão, ellas facilmente se laceram n'esse ponto. Acontece ás vezes, que as membranas se enroscam em torno de um coagulo, que não póde franquear o orificio interno do utero. N'este caso o peso da placenta e a força, com que é expellida pelo utero, pódem bastar para romper as membranas, mas, em geral, são as tracções sobre o cordão que causam essa ruptura.

Dissemos que uma outra causa de retenção era a existencia de uma placenta accessoria.

N'este caso, ao mesmo tempo que as membranas, fica no utero a segunda placenta.

São estas as causas predisponentes mais vulgares da ruptura das membranas e da sua retenção.

## Causas determinantes

Como já dissemos, as causas determinantes são geralmente produzidas pelas manobras, que se empregam na dequitação para auxiliar a natureza.

Entre estas manobras as mais usadas tem sido o Methodo francez (Pajot), das tracções sobre o cordão e o Methodo de expressão placentar (Methodo de Crédé). Indical-os-hemos em poucas palavras, dizendo ao mesmo tempo quaes são os perigos a que elles expõem.

Ha ainda uma causa determinante independente de toda a manobra; referimo-nos á expulsão expontanea, mas brusca da placenta para fóra dos órgãos genitais.

## Methodo das tracções sobre o cordão

Nunca se devem exercer tracções sobre o cordão sem ter a certeza que as pareas estão descolladas.

Os unicos signaes que ha para verificar, se o descollamento se fez, são os que nos dá a descida da placenta.

Quanto mais perto da vulva ella estiver, mais razões temos para nos convenceremos do descollamento. Devemos portanto praticar o toque, esperando para isso que a mulher realise algumas contracções uterinas. Seguindo o cordão, procura-se attingir a sua inserção placentar; se, não podémos conseguil-o, devemos abster-nos de toda e qualquer tracção, mas se ao contrario, o dedo lhe tocar, devemos então segurar o cordão e exercer sobre elle tracções moderadas, mas continuas.

Tem grande importancia conhecer bem a direcção em que se devem exercer essas tracções; ellas devem ser feitas tanto quanto possivel na direcção do eixo do estreito superior para baixo e para traz por causa da altura a que se acham as pareas. Com effeito, se o parteiro puxar o cordão directamente para si, elle reflecte-se sobre o labio anterior do collo do utero no qual se vae embarçar a placenta. Para realisar este fim Mauriceau inventou uma manobra a que deu o nome de *poulie de renvoi* e que consiste em introduzir o indicador e o medio de uma das mãos justamente por traz do pubis e com as suas extremidades repellir o cordão para a parte posterior. Feito isto a outra mão exerce tracções sobre o cordão que escorrega na goteira formada pelos dois dedos. Esta manobra é sobretudo util quan-

do existe uma anteversão do utero. Escusado será dizer que tudo isto exige a mais rigorosa antiseptia.

Tem-se attribuido a este methodo varios accidentes taes como, a ruptura do cordão, a inversão uterina, o encastoamento da placenta, a retenção dos cotyledons placentares e das membranas.

E' sómente este ultimo accidente, que faz parte do nosso estudo, e do qual vamos dizer alguma coisa.

Acontece ás vezes, que a placenta já tem chegado á vulva ou mesmo já a tem franqueado, e experimenta-se ainda uma resistencia bastante grande.

Esta resistencia é devida a adherencias anormaes, ou a que as membranas ainda não tiveram tempo de se descollar. Geralmente é a caduca a unica que não se destaca, mas ella póde reter comsigo o chorion e o amnios ou sómente o chorion.

A causa da retenção da caduca é habitualmente uma endometrite como já dissemos.

A retenção de todas as membranas, ou sómente da caduca e chorion teem principalmente por causa hemorrhagias do começo da gravidez. Nos casos em que as membranas se não destacam facilmente, recommendam alguns fazer executar á placenta um movimento de rotação que obriga as membranas a torcerem-se e a offererem assim mais resistencia.

Isto tem sua utilidade, quando as membranas são normaes, mas nos outros casos não só não impede a laceração, como muitas vezes a provoca.

Temos assim passado em revista o methodo das tracções que póde prestar grandes serviços sendo executado com todas as precauções, mas, que em mãos pouco destras occasiona frequentemente a laceração das membranas.

## Methodo de expressão placentar

Com o fim de evitar os accidentes a que expõe o methodo das tracções, quando estas são mal executadas, alguns auctores, entre os quaes Crédé, defendem o methodo da dequitação por expressão.

Este methodo consiste em: collocar uma das mãos sobre o utero e com ella exercer uma ligeira massagem sobre o abdomen e, ao mesmo tempo, observar o estado de contracção ou de relaxamento do utero.

A massagem tem por fim provocar uma contracção. Logo que esta se produza, apanha-se o fundo do utero entre as mãos e impelle-se na direcção da bacia.

Terminada esta contracção acaba-se immediatamente esta segunda manobra para começar a primeira, isto é, a massagem sobre a parede abdominal. Apenas começar nova contracção impelle-se de novo o fundo do utero e assim successivamente até que as pareas sejam expulsas.

Como se vê, este methodo é muito simples e demais torna a dequitação muito mais rapida.

Sem excitação as primeiras contracções só apparecem passados cinco e ás vezes dez minutos, emquanto que friccionando a parede abdominal a dequitação faz-se em dez minutos depois da sahida do feto. A's vezes, quando a parede abdominal está carregada de gordura, ou quando os musculos abdominaes se contraem violentamente, as pressões sobre o utero são difficeis de executar e mesmo sem effeito.

Este methodo tendo suas vantagens taes como apressar o descollamento da placenta, não expôr a ruptura do cordão e evitar o toque vaginal, tem tambem os seus e não pequenos inconvenientes.

Ao exercer pressões violentas no fundo do utero, como isso acontece ás vezes, está-se sujeito a provocar a laceração das membranas por duas razões: ou porque as membranas adherem a um ponto da superficie uterina e não podem acompanhar a placenta no seu movimento de expulsão, ou porque a placenta, sendo expulsa muito bruscamente e as membranas não tendo ainda tido tempo de descollar-se, se separam d'ella. Quando existem coagulos mais ou menos volumosos podem tambem ser presos pela contracção uterina.

Este methodo tem ainda o defeito de ser doloroso.

Como se vê, ambos os methodos tem inconvenientes, mas os do primeiro são mais facilmen-



te evitaveis, pois que são mais devidos ao descuido do parteiro do que ao methodo em si. Sendo como é, o methodo de expressão um methodo violento, na maior parte dos casos acontece que as membranas não acabadas de descollar, friaveis ou presas n'um coagulo, permitem a expulsão da placenta, ficando estas no todo ou em parte, retidas no utero.

• São estas as principaes causas determinantes da retenção das membranas. Conhecidas ellas, diremos quaes são os meios mais usados para as evitar tanto quanto seja possivel.

## Symptomatologia

Os annexos devem ser examinados cuidadosamente, tanto pela face fetal, como pela face uterina. Assim facilmente se reconhecerá se algum pedaço de membrana, ou a membrana inteira ficaram no utero.

Ha casos, é verdade, em que por mais cuidado que haja n'esse exame, se não póde affirmar a retenção; isto dá-se quando as membranas estão de tal maneira esphacelladas que é impossivel com esses farrapos reconstituir o sacco fetal.

Estes casos são muito raros; quasi sempre se poderá dizer se sim ou não ficou retido no utero algum pedaço de membrana para, no caso affirmativo, proceder á antisepsia a mais rigoro-

sa afim d'evitar as graves complicações que d'ahi podem provir.

E' este o signal que nos dá a maior certeza da retenção e que nunca devemos abandonar, sob pena de nos enganarmos muitas vezes.

Em certos casos, quando ha retenção, a mulher apresenta todo o quadro da infecção puerperal, mas, outras vezes, póde havê-la sem que nenhum symptoma a accuse.

Fical-a-hiamos ignorando, se não tivéssemos examinado as secundinas. Os pedaços de membranas, apodrecendo no utero, tornam-se um bello terreno para o desenvolvimento dos microbios pathogenicos, que ahi podem ser levados do exterior por varios meios de transporte.

Um dos symptomas da retenção, que se verifica mais constantemente, é a aceleração do pulso.

Póde a temperatura mesmo ser normal e o pulso estar acelerado, quer a mulher tenha perdido, ou não, grande quantidade de sangue. Como se sabe a elevação de temperatura e a aceleração de pulso, que normalmente segue o parto, dura apenas algumas horas. Portanto, quando houver uma aceleração de pulso nos dias que seguem o parto e não houver outra causa a que attribuil-a podemos e devemos pensar n'uma retenção.

Um outro symptoma, que acompanha a aceleração do pulso, são as dôres mais ou menos fortes que a mulher experimenta e que são analogas ás dôres de parto que persistem nos tres primeiros dias seguintes.

Ellas são devidas ás contracções que o utero faz para expulsar todo o corpo estranho ou seja coagulo, ou seja membrana, ou ainda um resto placentar. A mulher em cujo utero existe um pedaço de membrana apresentará apenas estes dois symptomas: acceleração do pulso e dôres.

Fazendo uma boa antiseptia, as membranas podem ser expulsas no segundo ou no terceiro dia, ás vezes, ainda mais tarde sem accidentes de gravidade.

Podem tambem as membranas não sahir e a sua transformação dar origem mais tarde a varios accidentes, entre elles á endometrite.

Além d'estas complicações tardias podem sobrevir algumas immediatas de bastante gravidade, por exemplo, as hemorragias e a infecção puerperal.

A febre acompanha quasi sempre a retenção das membranas ainda mesmo que não exista uma infecção verdadeira; queremos referir-nos aos casos em que as membranas asepticas ficam por bastante tempo na cavidade uterina.

N'esse caso mortificam-se, putrefazem-se dando origem a ptomainas e lencomainas, cuja absorção pelo utero é sufficiente para produzir uma elevação de temperatura que se conservará, emquanto existirem as causas que lhe dão origem, emquanto as membranas não forem eliminadas. Além d'isso, as membranas, sob a influencia das contracções do utero, podem vir obturar-lhe o orificio interno, obstando á sahida do liquido lo-

chial e dar tambem origem a uma nova elevação de temperatura.

Juntamente com a elevação de pulso e de temperatura nota-se quasi sempre um cheiro fetido mais ou menos pronunciado, que só desaparece com a expulsão das membranas.

E' caso sabido que no caso de retenção de restos de membranas mortificadas no utero póde produzir-se uma auto-infecção.

Por muito benignos que sejam os microbios, que já se encontravam no aparelho genital, achando um terreno de cultura apropriado, vão produzir endometrite e sepsinas, isto é, lesão local e infecção geral. Felizmente estes casos de auto-infecção são muito raros e, quando houver uma infecção microbiana, é porque se não tem observado as regras da antiseptia.

Seja qual fôr a origem da infecção, o que é certo é que os diferentes microbios, encontrando um terreno favoravel, ahi vão desenvolver-se e produzir, ou uma endometrite, ou uma infecção generalisada.

Attendendo ás suas causas, podemos dividir estas endometrites em putrida, septica e ainda septico-putrido.

A origem da endometrite putrida está quasi sempre na retenção de restos de placentas ou de membranas, onde se vão desenvolver varios saphrofitas. Esta endometrite é geralmente limitada á porção de membranas retidas e a febre que a acompanha é devida á reabsorpção de substancias

toxicas. Ella é muito rara; quasi sempre se encontra associada á endometrite septica, produzindo assim uma fórma mixta cujo agente pathogenico é, a maior parte das vezes, o streptococo associado em muitos casos ao coli-bacillo e ao staphylococo.

Ha casos em que as membranas, ficando no utero durante um tempo mais ou menos longo, não dão logar a symptoma algum.

Outras vezes depois de ahi estarem um certo tempo, no momento em que vão descollar-se, pôdem dar origem a uma hemorrhagia mais ou menos abundante.

Esta hemorrhagia sobreveem alguns dias depois do parto.

E' necessario não a confundir com a que sobreveem logo depois da dequitação, hemorrhagia primitiva *post partum*, nem com a que sobreveem cinco ou seis semanas depois do parto, e que não é senão o reaparecimento da menstruação.

Esta hemorrhagia é devida, umas vezes, a que os restos das membranas não deixam operar a involução uterina, outras a que a sua presença produz uma congestão, mas quasi sempre a que os vasos subjacentes ás membranas ficam abertos no momento d'ellas se descollarem.

Logo que se retiram os restos das membranas contidos no utero, as hemorrhagias param como por encanto.

A retenção pôde tambem dar origem a accidentes nervosos.

Dubourg cita um caso em que uma mulher foi atacada de convulsões em seguida a uma dequitação um pouco rápida. Examinando as pareas, verificou-se que uma parte das membranas tinha ficado no utero. Retirada com a mão, as convulsões cessaram rapidamente.

Para fecharmos este capitolo diremos que ultimamente varios auctores teem chamado a attenção para complicações d'uma nova ordem. Restos das membranas, permanecendo no utero, pôdem provocar uma proliferação ou uma inflammação da mucosa uterina e dar origem a uma endometrite decidual. Esses restos pôdem ainda dar origem a verdadeiros tumores, quer benignos, quer malignos.

Segundo a maior parte dos auctores, trata-se de verdadeiros neoplasmas, tendo o seu ponto de partida nos restos de membranas (caduca) retidos no utero.

Gottschalk diz que o deciduoma maligno toma origem ao nivel da inserção placentar e explica da seguinte maneira o seu desenvolvimento :

As villosidades placentares já primitivamente doentes determinam, no seu ponto de contacto com a caduca serotina, uma proliferação dos elementos d'esta ultima.

Com respeito á anatomia pathologica d'estes tumores diz Cazin que as cellulas gigantes da caduca, proliferando de uma maneira anormal, se comportam como verdadeiros parasitas, que pôdem emigrar para os differentes orgãos e ahi proliferar

como um epithelioma de origem cutanea ou mucosa.

O elemento caracteristico do deciduoma é uma volumosa cellula gigante, que muito se assimilha á cellula decidual de Friedlaender.

Os symptomas d'esta lesão são os de qualquer tumor maligno, mas sempre consecutivos a um parto ou a um aborto.

Hemorrhagias profusas, alternando com um corrimento seroso, são durante algum tempo o unico symptoma, mas, em breve lhe succedem a anemia profunda, inapetencia, emagrecimento e insomnia.

Os vomitos frequentes e os accessos de tosse fazem ás vezes pensar n'uma tuberculose. Esta complicação é fatal ; a cachexia é rapida e a morte sobrevem em alguns mezes.

## Diagnostico

Quando se tem á mão as pareas no momento da dequitação, o diagnostico da retenção de membranas é em geral facil.

Ha casos, todavia, em que as membranas laceradas e separadas ficam em estado tal que é impossivel afirmar se estão ou não completas.

Febre com ou sem arrippios, accebração de pulso, dôres uterinas, lochios fetidos nos primeiros dias depois de um parto devem immediatamente chamar a nossa attenção para uma dequitação incompleta com ou sem infecção.

Póde a mulher apresentar apenas uma elevação de temperatura sem arripios, os lochios sendo normaes.

N'este caso, devemos sem duvida, pensar n'uma infecção, mas faremos bem em não accusar immediatamente a retenção de membranas.

Devemos examinar a doente com todo o cuidado, a vêr se existirá uma lesão qualquer capaz de produzir essa elevação de temperatura.

Far-se-ha isto com muito mais razão, quando se estiver convencido que a dequitada se fez por completo.

Esta febre não póde explicar-se pela erupção do leite, porque esta ou nada eleva a temperatura, ou a eleva muito pouco.

A causa do mal deve procurar-se do lado dos órgãos genitales, e quasi sempre ahi se encontrará. Às vezes nada apparece do lado do utero, mas procurando nos seios, encontram-se excoriações por onde se póde fazer uma infecção, e consecutivamente uma angiolencite, que dá origem á elevação de temperatura.

Quando não encontramos coisa alguma no apparelho genital que explique a febre, faremos um exame. o mais minucioso possivel, porque pelo facto de a mulher ter tido um parto pouco tempo antes, não está livre de ter qualquer outra doença estranha á gravidez.

A presença de grandes escharas na vulva e na vagina póde tambem ser a causa de uma elevação de temperatura.



Em casos de duvida, só depois de ter feito um exame bem completo da doença, e quando se não poder accusar outra causa, é que podemos fazer o diagnostico de infecção consecutiva a uma retenção de membranas.

## Prognostico

A benignidade do prognostico depende da observação rigorosa de uma boa antiseptia das vias genitales.

Póde haver uma retenção de membranas sem consequencias graves immediatas, sempre que se tenha praticado uma rigorosa antiseptia antes e depois do parto.

N'estes casos a mulher póde ter uma auto-infecção como já dissemos, mas ella é quasi sempre o resultado de uma gonorrhêa mais ou menos antiga. O prognostico é mais sério, quando existe uma infecção franca produzida pelo streptococcus ou staphylococcus.

Convém sempre fazer um diagnostico rapido porque ainda n'este ultimo caso o prognostico é sensivelmente melhorado por um tratamento racional.

Quando este tratamento é instituido (irrigações uterinas, raspagem) os accidentes diminuem e em breve se produz, um abaixamento de temperatura, que se mantém durante 24 a 48 horas e o perigo immediato é conjurado. Na opinião de Lepage, se ainda hoje se observam mulheres ma-

nifestamente infectadas, torna-se cada vez mais raro encontrar mulheres em que esta infecção tome uma forma rapidamente mortal.

Em presença d'uma mulher atacada de septicemia attenuada não haverá difficuldade em dizer que ella se curará.

Como se vê, o prognostico immediato é favoravel, mas a mulher fica sujeita a complicações tardias entre outras a phlegmatia alba dolens, que é a mais frequente.

## Tratamento

N'este ultimo capitulo, vamos estudar o tratamento da retenção das secundinas que é sobretudo prophylatico.

Consiste principalmente em obstar á laceração das membranas e secundariamente em tomar todos os cuidados antisepticos para evitar os accidentes infecciosos tanto quanto possivel.

Para evitar a laceração das membranas, parece que o meio mais simples e mais seguro consiste apenas em vigiar a evolução das secundinas, auxiliando a sua expulsão para fóra da vagina, e deixar que a natureza opere por si propria.

Depois da sahida do feto o fundo do utero soffre um movimento de ascensão; este movimento corresponde á emigração da placenta descollada.

Seguindo este movimento, podemos vigiar a descida da placenta sem praticar o toque muitas

vezes, o que, como sabemos, tem sérios inconvenientes.

Acontece ás vezes, que o cotovello formado pela parte retrahida do utero e pelo segmento inferior molle impede a sahida da placenta.

N'este caso é sempre de grande utilidade reduzir esta anteflexão, procurando collocar o eixo uterino no prolongamento do da vagina. Isto consegue-se, levantando com a palma da mão sobre o ventre a face anterior do utero, como se quizessemos transformar em retroversão a anteversão existente, depois impelle-se o corpo do utero para a excavação. Dentro em pouco, a placenta assim recalçada apparece á entrada da vulva; continua-se a apoiar a mão sobre o utero até que a parte mais volumosa da placenta venha para fóra.

Desde esse momento deixa-se de exercer pressões e procura-se antes levar o utero para a excavação. Para isso, insinua-se a extremidade dos dedos por detraz da symphyse publica para onde desceu a face anterior do utero.

Tomando ponto de apoio sobre essa face, exercem-se sobre ella leves fricções, uma verdadeira massagem que faz desaparecer a curvatura situada entre o segmento inferior e o corpo, levando este sempre para cima.

A placenta detida pela vulva não póde seguir este movimento de elevação e as membranas attrahidas, pouco a pouco, destacam-se e cahem.

E' indispensavel executar esta manobra no intervallo das contracções porque, na occasião

em que o utero se contrahe, a massagem actua com muito menos efficacia.

A massa placentar deve ser sustentada ao nivel da vulva, para que o seu peso não vá provocar a laceração das membranas, que por este processo se evita quasi sempre, excepto no caso de adherencias anormaes.

Tarnier aconselha, no caso de se produzir a laceração, prender um fio ao pedaço adherente e exercer sobre elle leves tracções nos dias seguintes.

Quando a mão que sustenta a placenta sofre uma certa resistencia é que as membranas não estão completamente descolladas; deixa-se então repousar a placenta sobre o leito e espera-se alguns minutos até que o descollamento se produza.

Apesar de todas estas precauções, póde acontecer que um pedaço de membrana fique retido no utero; é necessario, então, vigiar cuidadosamente a mulher e prodigalisar-lhe todos os cuidados antisepticos. Devem fazer-se tres ou quatro injecções vaginaes por dia precedidas cada uma por uma da vulva.

Além d'isso deve-se obturar a vulva com algodão antiseptico.

Esta expectação com a observancia de todos os cuidados antisepticos é o melhor tratamento da retenção de membranas.

Alguns auctores recommendam as injecções intra-uterinas, mas ellas tem seus perigos e por

isso devemos contentar-nos, na maioria dos casos, com a antiseptia vaginal. A's vezes durante o segundo ou terceiro dia, quando existe retenção, sobrevem febre. Declara-se então uma endometrite putrida ou sceptica. Em qualquer dos casos deve-se praticar immediatamente uma injeccão intra-uterina que precisa ser prolongada, fazendo passar pelo utero dez a dõze litros de liquido antiseptico.

Quando a febre desaparece no fim da primeira injeccão, devemos ficar por ahi. Se a temperatura se eleva de novo, não ultrapassando 38 graus, faz-se uma nova injeccão, mas quando ella se eleva acima de 38 graus deve recorrer-se á raspagem.

O liquido da injeccão não deve ser toxico, ou pelo menos muito pouco, porque a absorpção, fazendo-se mais facilmente pelas mucosas, póde dar origem a symptomas de intoxicação.

Segundo Lepage as injeccões intra-uterinas encontram as suas indicações quando a retenção se faz acompanhar de fetidez dos lochios e de elevação de temperatura ou quando existem os mesmos symptomas, e que as mãos ou instrumentos tem sido introduzidos no utero.

Como já dissemos, as injeccões uterinas tem seus perigos como : penetração do ar e de liquidos nas veias, accidentes convulsivos, infecção do utero pela sonda, que passa pela vagina mais ou menos infectada.

A's vezes, quando se faz a injeccão, a mulher

torna-se pallida, o seu pulso enfraquece, a doente perde a razão e em seguida é tomada de movimentos convulsivos da face e dos membros. Estes phenomenos pódem accentuar-se e ir até á morte.

Como explicar estes phenomenos? A penetração dos liquidos no peritoneu pelas trompas só muito excepcionalmente poderá dar-se. Para isso seria necessario uma pressão mais forte que a que vulgarmente se utiliza nas injeccões.

A penetração do liquido nos seios venosos é fóra de duvida. Ella faz-se naturalmente na occasião em que o utero se relaxa.

O ar, penetrando nos seios uterinos, é um accidente mortal.

A perfuração do utero com a sonda deve sempre ser evitada, procedendo com cuidado.

Em certos casos, o bico da sonda ou mesmo a projecção do liquido com muita força pódem ir destacar um coagulo e produzir hemorragias.

Ha ainda um outro perigo: a intoxicação pelo liquido injectado. Para evitar este accidente servir-nos-hemos do liquido o menos toxico possivel.

Tarnier recommenda, como sendo de grande efficacia, o iodo a dois ou tres por mil, em segundo logar o permanganato de potassa a 0,25 ou a 0,50 por mil.

Outros aconselham o biiodeto de mercurio por ter grande poder antiseptico e ser muito pouco toxico. Convém no fim fazer passar no utero uma certa quantidade de agua boricada ou simplesmente fervida. A injeccão intra-uterina deve ser

praticada pelo proprio parteiro; nunca por uma pessoa que não conheça a anatomia do canal utero-vaginal. A mulher deve ser collocada ao longo, ou melhor, atravez do leito na posição obstetrica com a bacia um pouco levantada.

Depois de feita uma injeccão vaginal, procura-se com o dedo o collo do utero ou o seu orificio externo. Tendo feito penetrar no orificio uterino um ou dois dedos faz-se escorregar sobre elles o bico da sonda, tendo o cuidado de que ella não leve ar. A injeccão deve ser feita muito suavemente e, ao mesmo tempo que uma das mãos segura a sonda, a outra applicada sobre o utero vigia que elle não distenda demais.

Em certos casos, depois da injeccão intra-uterina, a febre diminue momentaneamente para reaparecer com mais intensidade, passadas algumas horas. Que fazer então?

Se a febre é intensa e ultrapassa 38 graus com um pulso attingindo 120, deve praticar-se a raspagem, se já tem passado o terceiro dia depois do parto.

Pinard aconselha, nos casos em que ainda não tenham decorrido os tres dias, praticar irrigações continuas.

Sob a influencia da irrigação continua algumas infecções teem cedido. Ella é tambem util como tratamento preparatorio da raspagem.

Quando tem sido praticada, o arripio depois da raspagem é muito mais raro e a queda do pulso e da temperatura muito mais constantes.

Alguns auctores entre outros Pozzi e Charrier dizem que em caso de infecção se deve praticar a raspagem immediatamente.

Esta opinião é um pouco exagerada porque em muitos casos uma injeção intra-uterina tem sido sufficiente para reduzir definitivamente a temperatura á normal.

A raspagem não deve ser reservada só para os casos de infecção.

Charrier aconselha a raspagem em todos os casos, em que ha motivos justos para suspeitar uma retenção de restos membranosos, embora não haja symptomas de infecção.

Outros auctores propõem tambem a raspagem prophylatica nos casos de retenção.

Esta pratica é justificada pela gravidade dos accidentes tardios da retenção.

Com estas precauções a mulher ficaria ao abrigo d'esses accidentes.

Não temos fallado no tratamento geral nos casos de infecções puerperaes mas aqui, como de resto em todas as doenças, elle póde prestar um poderoso auxilio.

A este tratamento vem juntar-se ainda o tratamento pelo sôro antistreptococcico.

O tratamento local varia não só com a natureza e gravidade dos accidentes, mas ainda com o modo como os parteiros encaram a sua causa. Sobre o tratamento geral todos os auctores estão de accôrdo. Este ultimo consiste em collocar a mulher em condições de tal ordem que ella



possa lutar convenientemente contra a infecção.

Levantar as forças da doente e combater os symptomas que pelo seu exaggero se pódem tornar de uma gravidade immediata, eis o fim principal a que se propõe esta medicação.

Devemos portanto recorrer aos meios que habitualmente se empregam no tratamento das septicemias. Estes são: os tónicos, o alcool em grandes doses e sob fórmulas variadas, as injeções hypodermicas de soro artificial, de cafeina e de ether, as inalações de oxigenio, etc.

O leite, actuando duplamente como alimento e como diuretico, presta grandes serviços quando a mulher o supporta bem.

O café addicionado de rhum ou de cognac é um bom tonico do coração e um diuretico magnifico.

O champagne gelado, unica bebida tolerada em certos casos de nauseas ou de vomitos, pódese de grande utilidade. E' sempre necessario fazer a antiseptia intestinal por meio do benzo—naphtol, dos calomelanos ou d'outro qualquer desinfectante.

Combater-se-ha a elevação de temperatura pelos saes de quinina empregada em doses variaveis e pela via mais conveniente.

As irrigações continuas, como já vimos, constituem tambem um meio de abaixamento da temperatura.

Os banhos frios tem uma applicação racional

nos casos, em que a temperatura se mantém em torno de 40 graus, e não obedece á medicação uterina e aos antithermicos geralmente usados; foram empregados a primeira vez por Playfair em 1877, depois por Stoltz em 1881, Gaillard Thomas e Tansky em 1883 e mais recentemente preconizados por Vicent (de Lyon): Estes banhos devem ser dados a uma temperatura de 18 a 28 graus, começando por esta ultima e renovando-os de tres em tres horas, até que a temperatura do doente desça a 38 graus e ahi se mantenha com pequenas oscillações.

O. Macé no *Bulletin de la Societé Obstétricale* mostrou os bellos resultados obtidos por elle em casos observados nos serviços de Maygrier e de Orienu. Agora resta-nos apenas fallar na soro-therapia antistreptococcica.

Desde o momento que se conheceu que a infecção puerperal era principalmente causada pelo streptococco, era natural que os bacteriologistas se lembrassem de preparar um sôro antistreptococcico. Isto foi conseguido por Marmorek, que chegou a dar ás culturas uma virulencia extraordinaria. Applicando-o no tratamento da febre puerperal, elle notou que o sôro antistreptococcico é especifico e não tem valor empregado n'outras infecções; é necessario portanto estabelecer o diagnostico bacteriologico da doença.

Parece destinado a grandes resultados mas por enquanto é cedo para dizer de uma manei-

V

ra certa qual o seu valor no ponto de vista curativo.

Terminando este capítulo e fechando com elle o nosso trabalho, faremos notar mais uma vez que o tratamento da retenção é sobretudo prophylactico. O tratamento curativo consiste apenas na expectação com uma antisepsia muito rigorosa.

---

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**—As cellulas osteogenicas existem não só na face profunda do periosseo, mas tambem na medulla.

**Physiologia.**—As trocas intimas na respiração explicam-se pela differença de tensão entre os gazes do sangue e a dos tecidos.

**Anatomia pathologica.**—A unica classificação dos tumores, que importa ao clinico, é a de benignos e malignos.

**Pathologia geral.**—O traumatismo nos diathesicos é sempre grave.

**Materia medica.**—Reprovo as injeções intra-musculares de curara nos tetanicos.

**Pathologia externa.**—Reprovo a intervenção cirurgica immediata nos casos de grandes traumatismos.

**Pathologia interna.**—A hypertrophia cardiaca não é caracteristica do mal de Bright.

**Operações.**—Prefiro o methodo circular na amputação da coxa afóra casos excepcionaes.

**Hygiene.**—Nos casos de epidemia de febre typhoide o primeiro cuidado do hygienista deve ser fazer a analyse das aguas.

**Partos.**—A menstruação é uma funcção uterina independente da ovulação.

---

VISTA.

O presidente,

*Clemente.*

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O director,

*Wenceslau de Lima.*