

O ANNEL DE BANDL

E A

DISTOCIA

96/6 ENC

Porno dia 11 Outubro, pelos 11 horas da manhã.

Presidente o Ex. Sr. ~~Alfredo~~
~~gusto Corrêa de Pinho~~
Sr. ~~Pinho de Aguiar~~

Ex. Srs.
~~Capitão Augusto de Pinho~~
~~Antônio Joaquim de Moraes Calado~~
Arg. (Roberto Bellarmino do Rosario Fries
João Lopes da Silva Martins Junior
~~Albino Pereira Pinto Aguiar~~
Antônio Jacinto da Costa

Eugenio Ribeiro

O Annel de Bandl

E A DISTOCIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Papelaria e Typographia Academica

Praça da Batalha, 35, 36 e 37

—
1899

9616 EMC

Escola Medico-Cirurgica do Porto



DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratícos

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. ^a CADEIRA—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a CADEIRA—Physiologia. | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a CADEIRA—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a CADEIRA—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a CADEIRA—Medicina operatoria | Agostinho Antonio do Souto. |
| 6. ^a CADEIRA—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a CADEIRA—Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a CADEIRA—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a CADEIRA—Clinica cirurgica. | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a CADEIRA—Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a CADEIRA—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| 12. ^a CADEIRA—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno F. Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { João Lopes da S. Martins Junior. |
| | { Alberto Pereira d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { Clemente Joaquim dos S. Pinto. |
| | { Carlos Alberto de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enuncia-las nas proposições.

(REGULAMENTO DA ESCOLA, de 28 de abril de 1840, artigo 155.º)

A meus Paes

A meus irmãos

A meus sobrinhos

Á mais fulgente Estrella que eu vejo no céu
desde que partiste

Oh! minha irmã!...

Aos meus condiscipulos

Aos meus amigos

AOS ILL.^{MOS} E EX.^{MOS} SNRS.

Dr. Julia Franchini
Dr. Antonio d'Andrade

© externo da 13, reconhecido

Aos distinctissimos lentes da Escola do Porto

OS ILL.^{MOS} E EX.^{MOS} SNRS.

Dr. Azevedo Maia

Dr. Lopes Martins

Dr. Roberto Frias

Dr. Dias Lebre

AO MEU ILLUSTRE PROFESSOR DE PARTOS

O Ex^{mo} Snr.

Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho

*Homenagem ao Talento, ao Character,
à Bondade e ao Saber.*

Ao meu dignissimo Presidente

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Alberto Pereira d'Aguar

I

Um pouco de historia

Desde ha muito que o actual anel de Bandl, ou orificio interno de Braun, é conhecido.

Os auctores que d'elle, primitivamente, se occuparam, consideravam-no uma facha muscular que dividia a cavidade do utero em dois segmentos, e, outros, olhavam-no como o orificio interno do collo. Madame Lachapelle em 1821, no seu livro *La pratique des accouchements*, referindo-se ao numero de mulheres que vira entrar no hospital, moribundas, em consequencia de rupturas do utero por "tentatives de personnes peu instruites," dá bem a entender que o seu espirito previa um obstaculo serio e relativamente frequente, ás intervenções obstetricas—obstaculo devido, a seu vêr, ao orificio interno do collo. Assim pensavam

tambem Baudelocque e Jacquemier; o primeiro dizia na edição de 1844 de *l'Art des accouchements*: "Avant l'écoulement des eaux de l'amnios, la cavité de la matrice a une sorte de régularité qu'elle perd en général d'autant plus que l'enfant y séjourne plus de temps après l'évacuation complète de ce liquide. Alors elle se resserre davantage à l'endroit du col de cet enfant que sur la tête et le tronc qui offre plus de volume. Elle prend la forme d'une grosse courge ou calebasse à deux ventres, comme on l'observe toutes les fois qu'on est obligé de retourner l'enfant longtemps après l'évacuation des eaux, surtout lorsqu'il presente la tête." Jacquemier, que vira as difficuldades que o anel de contracção podia arrastar á versão, mostra no seu *Manuel d'Accouchements*, publicado em 1846, que em quasi todas as circumstancias de estreitamento do anel, que elle suppunha ser o orificio interno, sobre o pescoço ou sobre as espaldas do feto, a extracção d'este é impossivel.

Alguns auctores, antes d'estes, se referiram á fórma em ampulheta que o utero toma em certos partos normaes. As mais antigas observações remontam a 1821 e 1822 e são de Ménard e Baltzell.

Mas, só depois de 1873; época em que Braün tinha já tornado publico o resultado dos seus trabalhos e apresentava um cóрте d'um utero congelado, onde nitidamente se salientava o anel de

contração, — se animaram os investigadores e fôram vendo a luz da publicidade theorias varias, tendentes a explicar a origem do tal annel.

Estremaram-se os campos: uns defendendo a origem cervical do segmento inferior e do annel de contração; outros, pelo contrario, tomando o corpo do utero como elemento formador d'aquelle segmento e annel. Os primeiros, com Bandl á frente, tinham tido predecessores como Madame Boivin. Bandl baseava as suas ideias em numerosos factos clinicos, e tão dedicadamente se votou ao estudo experimental, que deu á sciencia elementos valiosissimos para ulteriores e proficuos trabalhos sobre o annel que tem o seu nome.

Escolhia primiparas no ultimo mez de gravidez para os seus exames e fazia como segue a exploração digital:

Transposto o orificio externo do collo e percorridos alguns centimetros, encontrava outro orificio que elle chamava *transitorio*, separando a porção extincta que entrava na formação do segmento inferior, da não extincta. As paredes do segmento inferior, delgadas, flacidas, deviam ser cuidadosamente percorridas e “en continuant l'exploration au-delà, on trouve le plus souvent exactement au dessus de la symphyse, au niveau de l'entrée du bassin et continuant en arrière le commencement du corps de l'utérus, l'orifice interne indiquée sur les coupes de Braune. Il fait selon l'épaisseur de l'organe une saillie plus ou moins

marquée et le doigt éprouve la même sensation que si l'utérus était intercalé entre deux plans musculaires se dirigeant en bas vers le col et le vagin." (1)

E vamos vêr que era a persuacão de que o segmento inferior se formava á custa da extincção do collo, que o levava a afirmar a identidade do anel com o orificio interno.

"Lorsqu'on examine une femme enceinte dans le septième ou huitième mois, il est impossible de se rendre compte de l'état du col surtout chez les primipares. En examinant son pourtour, on peut cependant constater que le col persiste long e épais jusqu'à l'entrée du bassin, que la portion sus-vaginale, qui manque après l'engagement profond de la tête, persiste encore, et que la plupart du temps le segment inférieur n'est pas formé: le plus souvent, dans le huitième mois lunaire, la pression de l'oeuf et le poids de l'enfant manifestent déjà leur influence. On peut, chez les primipares, observer à travers la paroi vaginale, la disposition progressive de la portion sus-vaginale du col et la contribution de la paroi du col à la formation du segment inférieur."

Para elle, era ponto assente a transformação

(1) *Ueber das verhalten der uterus und cervix in der Schwangerschaft und während der Geburt.* Stuttgart, 1876. Traducção de Bandl.

da porção supra-vaginal do collo em segmento, phenomeno "plus facil à observer chez les multi-pares, parce que 4 à 8 semaines avant l'accouchement on peut avec le doigt pénétrer dans l'organe;" d'onde facil o erro, pois nada mais natural do que suppor o estreitamento que, na exploração, encontrava a limitar superiormente o collo, o orificio interno d'este.

Ao lado de Bandl enfileiraram-se muitos auctores que defendiam à *outranse* e defendem hoje ainda como Küstner e Bayer, ideias provadamente erroneas.

O segundo grupo de contendores que affirmam ser o segmento inferior formado á custa do corpo e o anel de contracção o limite divisorio entre este e aquelle, argumentam com os resultados de numerosos exames histologicos todos concordes, como veremos, em estabelecer differenciação nítida entre as tres regiões do utero: corpo, segmento inferior e collo, e ainda, com a verificada inalterabilidade no comprimento do collo, antes do trabalho.

N'este grupo, onde encontramos Müller, Schroeder, Waldeyer, Hofmeier, Tarnier e Pinard, vemos Blanc e Démelin afastarem-se um pouco do principio exposto. Assim, Blanc, cré n'uma dupla origem do segmento, entrando na sua formação o corpo e a porção supra-vaginal do collo, extincta

antes de sobrevirem as primeiras dôres; Démelin, pensa que o orificio interno que é antes um canal, *poderia* dar nascimento ao segmento inferior.

Todos, porém, admittem que pertence á parte inferior do corpo uterino o chamado annel de Bandl, conhecido tambem pelo annel de contração de Schroeder, orificio interno de Braün, segundo orificio de Scanzoni, circulo uterino de Baudelocque, annel de retracção de Lusk, limite da onda muscular de Pinard, e orificio mechanico ou clinico de Ebell.

II

Duas palavras sobre anatomia

Não iremos alongar-nos em citações d'hypothes, fundadas umas sobre trabalhos de laboratorio, outras, sequencia de observações clinicas, mais valiosas talvez para os praticos mas não menos fallazes nas suas conclusões.

O que se sabe afinal do anel de Bandl?

É porventura um órgão bem definido na sua textura ou contextura, e no seu funcionamento?

Tem séde e relações precisas?

É, finalmente, elemento de dystocia com que devemos contar sempre?

Apezar das nossas palavras primeiras, não nos furtamos a resumir o que lêmos no ultimo

trabalho do Dr. Frarier ⁽¹⁾ sobre a formação do segmento inferior e do annel de Bandl.

Como é sabido, divide-se o utero em duas porções perfeitamente caracterisadas pela sua importancia na prenhez e no parto: o collo e o corpo; n'este, ainda temos a considerar uma zona que, nas primiparas, se fórma pelo septimo mez e, nas multiparas, só quando o trabalho começa—o segmento inferior, separado do corpo por um espessamento, contractil em determinadas circumstancias.

Que se fórma sempre o segmento inferior, está hoje bem assente: principalmente toques vaginaes e intra-uterinos, feitos em diversos periodos da prenhez, tem-no provado á saciedade.

Porque se fórma, ninguém contesta que é isso devido ao encravamento do feto, obrigado a descer pelas pressões sobre elle exercidas pelas zonas superiores do utero, e da resistencia ao seu desenvolvimento offerecida pelas paredes abdominaes.

Ora, vamos vêr como, modernamente, se interpreta a textura do annel e como elle se constitue.

Anterior e posteriormente, as paredes do segmento são cobertas pelo peritoneo, não lhe adhe-

(1) Leon Frarier—*Les procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels.*
— 1899.

rindo solidamente senão no seu extremo superior, onde começa a espessura das paredes do corpo; n'este ponto encontra-se uma grossa veia a Kranzvene, que descreve um circulo completo á volta do órgão.

Na camada muscular, ha um feixe, externo, de fibras longitudinaes, continuação das do corpo e um feixe, interno, de fibras circulares. Ambos estes feixes de fibras são menos numerosos e mais finos que os do corpo; estão unidos por tecido conjunctivo laxo e vê-se entre elles abundante tecido elastico. Estes diversos elementos são facilmente dissociaveis, caracter que, junto ao seu pequeno numero e finura, tende a separar os elementos musculares do segmento inferior, dos do corpo e do collo.

"De plus, non seulement il y a un étalement, un amincissement des fibres musculaires au niveau du segment inférieur, mais *il est probable que ces fibres y présentent un nouvel arrangement* expliquant la formation du segment lui-même et de l'anneau de Bandl." (1)

E accrescenta: "Quant à la nature de cet arrangement, on l'ignore absolument et on est à ce sujet en pleine hypothèse." (2)

Eis as duas hypotheses mais recentes:

(1) Loc. cit., pag. 40.

(2) Loc. cit., pag. 40.

N'uma, compara-se o segmento e anel a um *estore* que n'uma janella estivesse semi enrolado: a porção enrolada, seria o anel de contracção, tanto mais grosso quanto mais enrolado, isto é, quanto menor fôsse o segmento—a porção desdobrada. Se assim fôra, o anel deveria ser tanto mais volumoso quanto mais baixo estivesse situado e, nos casos de formação rapida do segmento inferior, por exemplo, deveríamos poder seguir o seu desdobramento, a sua diminuição progressiva de volume. Tal se não dá.

Nos casos de rigidez do collo, em que o anel é muito elevado, podemos sentil-o atravez da parede abdominal, o que implica n'elle um volume consideravel.

N'outra, só as fibras longitudinaes são adelgadas e *étalées*; as circulares, laxamente unidas, deslisam e reúnem-se na parte superior do segmento, attrahidas pelos planos musculares superiores, e ahi formam uma especie d'anel, susceptivel de se contrahir em presença d'um dedo que o toca.

Esta hypothese não é acceitavel em todos os casos e, notadamente, quando o anel de Bandl é muito elevado, situado, por exemplo, nas proximidades do umbigo, pois seria preciso admittir para as fibras circulares mais inferiores, uma ascensão e distensão impossivel de realisar-se. (1) Todavia, alguma coisa de verdadeiro ha na hypothese em

(1) Loc. cit.

questão. Estes *deslisamentos* das fibras circulares seriam sómente parciais, chegando ellas a um ponto em que se dissociavam por não poderem acompanhar a distensão progressiva do segmento inferior. Antes, porém, de se dar este phenomeno, as fibras circulares, aglomeradas na parte superior do segmento, formavam ahi anneis de Bandl provisionarios.

O verdadeiro, o definitivo, é constituido por outras fibras circulares incapazes de se dissociarem por causa da presença do corpo uterino e da inserção do peritoneo e não é o resultado da ascensão de todas as fibras circulares; é formado, por conseguinte, d'elementos differentes dos que formam os anneis provisionarios.

“Dans les cas où le segment inférieur est au début de sa formation, l'anneau de Bandl (provisoire) est bien formé par toutes les fibres circulaires après leur glissement, mais, quand sa constitution est assez avancée, ce sont d'autres fibres circulaires, primitivement plus élevées, qui le produisent. Les premières se sont étalées et, dans les cas rares où cet étalement n'a pas eu lieu, on perçoit ou-dessous de la saillie nette, due à l'anneau de Bandl définitif, des saillies plus petites (anneaux de Bandl provisionaires), conséquences du non-étalement de ces fibres.” (1)

E conclue, dizendo:

(1) Loc. cit.

"La formation du ségment inferieur serait en quelque sorte le résultat de l'éloignement progressif de l'onde musculaire circulaire, née au voisinage du col, dont la partie périphérique, arrêté dans sa marche, constituerait l'anneau de Baudl définitif." (1)

O auctor que vimos seguindo, faz ainda algumas considerações tendentes a provar com factos clinicos o que fica exposto mas termina ainda no mundo das hypotheses, onde o deixaremos pairar, feliz, de certo, enquanto novas conjecturas não fizerem ruir o seu throno de glorias...

Durante a gravidez, póde determinar-se com certa precisão a região onde mais tarde se salientará o anel de Bandl; ha para isso pontos de reparo e são:

A constancia da linha transversal divisoria entre a parte adherente e não adherente da serosa ao utero; ao mesmo nivel, a presença d'uma veia circular de que já fallamos e um circulo arterial, constituido por dois ramos da arteria uterina, d'ella destacados no momento em que crusa a região do anel de Bandl.

Já a espessura d'esta região nos não póde guiar no exame porque é muito variavel durante a prenhez; algumas vezes se tem encontrado inferior á do corpo uterino.

(1) Loc. cit.

A situação do anel é, durante a gravidez, pouco sujeita a variações e admite-se, geralmente, que ella fica ao nível do plano do estreito superior; o que varia, é a sua distancia ao orificio interno que, como é bem de vêr, depende das causas que favorecem a expansão e o alongamento do segmento inferior. Assim, a descida do feto, produzindo a expansão mechanica das paredes do segmento, amplia, aliaz ligeiramente, a linha de separação do anel e do orificio interno.

Esta distancia pôde ser muito augmentada quando entram em jogo as contracções uterinas do trabalho.

Por deante, a região do anel, affecta relações intimas com a bexiga quando distendida e já n'um periodo avançado da gravidez; atraz, está separada do recto pelo fundo de sacco de Douglas onde, segundo alguns auctores, como Henké, nunca descem ansas intestinaes, tornando-se muito intima, portanto, esta relação entre os dois órgãos. Lateralmente, no afastamento formado pelos dois ligamentos largos, encontra-se a arteria uterina ligada ao utero, e fornecendo os ramos do circulo arterial já descripto.

É, finalmente, o anel de contracção elemento de dystocia com que devamos contar sempre?

É este o ponto mais importante da nossa dissertação e d'elle trataremos no proximo capitulo.

III

Dystocia

Antes de tratarmos propriamente da technica e indicações operatorias nos casos de retracção do anel de Bandl, natural é fazerem-se umas ligeiras referencias á sua etiologia, symptomatologia e diagnostico.

Pouco é sabido ainda sobre tão importantes ramos da pathogenia do anel, nem uma causa provadamente especial, nem um signal sufficientemente seguro existem; sabemos quam exigente é a semeiotica em syndromas, quando trata de estabelecer um diagnostico.

Porém, tirando ensinamentos das observações conhecidas, elaborando concepções sobre os mais insignificantes dados, conseguiram os auctores que, modernamente, d'este assumpto se têm occupado,

formular algumas indicações que poderão talvez servir de estímulo para ulteriores trabalhos mas que nenhuma utilidade pratica elles mesmo lhes reconhecem.

As causas de retracção uterina podem ser devidas ao feto e á mãe.

Causas maternas.—A presença da bolsa d'aguas, em geral, modera as contracções e a sua ruptura precoce, tem-se visto trazer como consequencia augmento de intensidade nas retracções do utero.

Parece que as duas propriedades physiologicas do utero, a contractilidade e a retractilidade, estão n'uma relação tal que, o augmento na intensidade contractil, exaggera a retractilidade.

Assim, todos os agentes que exerçam acção especial sobre a fibra muscular uterina, podendo ser como é sabido, uma causa de dystocia, no caso particular que nos occupa, são um perigo de retracção do annel.

Não é nunca superfluo lembrar quam perigosa é a administração da cravagem antes da extração do feto. Já Thomaz Smith em 1882 a incrimina, bem como a grande maioria dos auctores americanos; particularmente, Johnstone, n'um trabalho ⁽¹⁾ publicado poucos annos depois, assignala

(1) *On de etiology of hour glass contractions of the uterus.* 1887.

casos *d'hour glass ante partum* causados pela ingestão intempestiva da cravagem.

E teremos sempre presente que o nosso distinctissimo professor, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido de Pinho, quando a pello vinha, na clinica hospitalar, não deixava nunca de apontar os gravissimos inconvenientes que podia trazer ao parto a cravagem, inscientemente administrada.

Algumas observações têm igualmente mostrado que o emprego dos ballões dilatadores póde trazer como consequencia retracções annulares: é Budin quem mais tem insistido sobre o facto.

Tal complicação se não attribue ao afastador Tarnier.

A hypertensão permanente em que, ás vezes, o utero se apresenta durante o trabalho, devem pôr-nos de sobre-aviso sobre a possibilidade da formação de retracções annulares.

Hofmeier, principalmente, esforçou-se por demonstrar com algumas observações clinicas, que a rigidez do collo é, por vezes, causa de retracção.

Refere-se á rigidez chamada anatomica, pois das outras variedades: espasmodica e pathologica, não existem observações.

Tambem aqui se incluem os apertos de bacia como podendo ser causa de retracções annulares.

Causas devidas ao feto. — Tem-se notado maior numero de retracções quando o feto se apresenta

pela face ou pela pelve, isto é, quando o parto espontaneo exige do musculo uterino uma tal ou qual hyper-actividade funcional.

A prenhez gemellar tambem expõe d'um modo notavel á retracção da região do annel de Bandl; em todas as observações, se viu um dos fetos occupar o segmento inferior e o outro a cavidade do corpo, separados pelo annel contrahido.

Eis, em resumo, o que se aproveita sobre a etiologia das extracções annullares; são ainda relativamente pouco numerosos os factos clinicos e o estudo da acção intima das causas é demasiado recente para affirmações precisas.

Symptomatologia e diagnostico.—Ha um signal que a inspecção e a palpação fornecem e que, existindo, tem certo valor, qual é o sulco de separação entre os dois ventres da ampulheta, fórmula esta tomada pelo utero. Este sulco, mais ou menos pronunciado, acompanha-se quasi sempre d'um certo grau de contractilidade das paredes abdominal e uterina.

Hofmeier, tinha observado que mesmo em retracções medias, desde que fosse possivel determinar bem o ponto abdominal, poder-se-ia avaliar exactamente a altura do segmento inferior tomando como segundo ponto de reparo o orificio externo do collo.

É um meio, afinal, que nada nos diz do grau

de contracção do anel de Bandl, facto este que só a exploração directa faz conhecer.

Se o feto enche unicamente a cavidade do corpo uterino, o toque explorador descobrirá o anel contrahido; se está parte d'elle ou todo no segmento (prenhez gemellar), é preciso attender á bolsa d'aguas: intacta, é impossivel chegar ao limite superior do segmento; rota, natural ou artificialmente, póde chegar-se ao anel com relativa facilidade.

E util e curioso vêr as relações do anel de contracção com o feto na apresentação de espadua: (1)

1.º A espadua que se apresenta e a cabeça estão no segmento inferior; — o anel passa obliquamente por cima da espadua opposta á da apresentação.

2.º As duas espaduas e a cabeça encontram-se no segmento inferior; o anel de contracção passa sobre o tronco, por baixo das espaduas, a um nivel relacionado com o maior ou menor encravamento do feto.

3.º A espadua que se apresenta está com uma parte do tronco no segmento inferior. E' uma disposição excepcional e em que na observação relatada no trabalho de Morkowitch, "May-

(1) Thése de Chéron (Henri).

grier, explorant les parties engagées, constate un commencement d'évolution spontanée"; "*le cou et la tête remontés dans l'utérus sont inaccessibles.*"

Com a apresentação de pelve, a retracção do anel parece ser muito mais frequente na variedade desdobrada.

Em todos os casos de contracção do anel na apresentação de face, ella se faz acima da região do feto que se apresenta.

D'aqui resalta que, em geral, torna-se facil diagnosticar a contracção do anel quando o feto occupa a cavidade do corpo uterino, desde que a bolsa d'aguas seja rompida e o collo mais ou menos dilatado.

Em janeiro de 1898, na revista *L'Obstetrique*, Démelin refere um caso reunindo alguns signaes clinicos que fizeram suspeitar da existencia do anel: ao nivel do corpo do utero notava-se a extrema tensão da sua parede emquanto que a parte correspondente ao segmento inferior, era d'uma grande flacidez—dava, á palpação, a impressão d'um tumor liquido no meio do qual se percebia um corpo duro, a parte fetal, movel, baloiçando livremente como n'um ovo distendido por hydramnios.

A existencia d'este conjuncto de signaes e ainda a do sulco abdominal, podia-nos levar a um diagnostico, possivelmente preciso, sobre a contractilidade do anel de Bandl, antes da ruptura da bolsa d'aguas e do toque uterino ter sido feito.

VERSÃO

Chegados á parte essencial do assumpto que nos propuzemos tratar, estudaremos as difficuldades para cada tempo da versão podalica por manobras internas o mais resumidamente possível — como não póde deixar de ser a um despretençioso trabalho como o nosso, auxiliando-nos da these, já citada, de Henri Chéron e das licções do professor Budin, publicadas em *L'Obstetrique*, de Julho de 1898.

Primeiro tempo.— A difficuldade começa na passagem da mão entre o annel e o feto, pois só muito raramente elle cede antes de esforços demorados de dilatação manual. Por vezes, a pre-

sença da mão é como que um estímulo de contractilidade: sente-se o apertar da facha muscular, como se fôra um torno.

Alguns auctores téem proposto para combater tal obstaculo a expectação; mas as poucas observações que ha sobre este facto, mostram que é perigosa para a mãe e feto qualquer demora na intervenção. Citam-se casos de ruptura expontanea do utero, e é sempre mais grave, mais difficulosa a intervenção quando não é immediata; deve intervir-se mesmo que a dilatação do collo não seja completa.

Mas porque não empregar os anesthesicos, particularmente o chloroformio, visto sabermos a influencia que elle tem sobre a tensão do corpo uterino? Parece que o relaxamento muscular consecutivo, deveria estender-se á região do anel; tal não succede, porém. E ha apenas um successo feliz d'uma versão levada a cabo por Macdonald, sob o chloroformio.

Démelin, Lewis e o professor Simpson, proavam, pelo contrario, pelas suas experiencias, que a acção dos anesthesicos é nulla ou quasi nulla sobre a tonicidade do musculo uterino e do anel de Bandl.

Que fazer, pois, para transpôr a facha muscular? O mesmo que Rizzoli aconselha na dilatação do collo uterino: Fixar o fundo do utero com uma das mãos assente sobre o abdomen, e introduzir no anel, successivamente, um, dois, tres,

cinco dedos, por fim, a mão inteira, executando movimentos de rotação á maneira de parafuso.

Esta manobra permite ainda recolher indicações sobre o grau de dilatabilidade do anel e julgar assim da possibilidade de ser levada a cabo a evolução do feto.

Na procura do pé, nenhuma regra são estabelecidas "l'opérateur reste le seul juge de la voie qu'il doit suivre." Não ha bom nem mau pé, qualquer d'elles deve ser agarrado desde que seja attingido, o que não é sempre facil, em virtude das contracções do utero e do anel que não cessam, antes parecem augmentar com a presença da mão.

O mais curto trajecto para chegar ao fundo do órgão, onde habitualmente estão os pequeninos membros, parece ser o plano ventral do feto.

Segundo tempo.—Para facilidade de estudo, consideremos, em primeiro logar, o caso da região do feto que se apresenta, se encontrar no segmento inferior.

Apanhado o pé, exercem-se tracções sobre elle para obrigar a pelve a descer; esta descida apresenta por vezes difficuldades insuperaveis que levam o parteiro a lançar mão do forceps ou do basiotribo. E assim succede quando a cabeça se não move ou, em vez de se dirigir para o centro do anel, se aloja n'uma cavidade por ella for-

mada, tornando possível uma ruptura se as pressões augmentarem. Uma vez, a pelve não transpõe o anel pela extrema contractilidade d'este apesar das tracções exercidas sobre os membros inferiores; preciso é então, se a creança vive, tentar a extracção a forceps antes de empregar o basiotribo. Como se vê, é indispensavel que estes dois instrumentos estejam preparados convenientemente, promptos a servir quando o parteiro vae tentar a versão.

Repellir para a cavidade uterina a parte fetal que se apresenta, é ainda mais delicado que o abaixamento da pelve.

Ha para isso processos, dois dos quaes se resumem a propellir com os dedos d'uma das mãos o globo cephalico até ao estreitamento, ao mesmo tempo que a outra exerce pequenas tracções sobre os membros inferiores. Pódem estes movimentos executar-se internamente ou combinar-se com uma pequena manobra executada por um ajudante sobre o globo cephalico atravez da parede abdominal e tendente a arrastalo para o fundo do utero. Isto mesmo póde ser tentado pelo parteiro sem auxilio d'ajudante: orienta primeiramente a cabeça por meio de tracções externas e quando lhe parece que ella aflora o circulo de contracção, põe em pratica as manobras internas.

Nenhum d'estes processos merece confiança, porque o parteiro por mais pratico e habil que

seja, não pôde sempre afirmar que o feto não está fazendo pressões sobre qualquer ponto do segmento em vez do anel de Bandl.

Segundo outro processo, Budin, aconselha introduzir a mão ao longo da cabeça, fazendo passar a extremidade dos dedos acima do anel, e, tendo o craneo por ponto d'apoio, sobre aquelle actuar á maneira d'alavanca, de fôrma a vencer a resistencia cujo sentido é de fóra para dentro, em quanto a outra mão puxa o pé.

“Mais, dit Budin, j'ai éprouvé de grandes difficultés, et j'ai craint de causer un enfoncement du crâne avec cette pression limitée et vigoureuse exécutée par le pouce.”

Ora, para substituir “cette pression limitée” por outra mais extensa em superficie, aconselha Budin a technica que elle descreve nas seguintes palavras:

“a) Quand le pied ayant été amenée dans le vagin ou au niveau de la partie supérieure de ce canal, on ne réussit pas à refouler la tête, on met un lacs sur le membre inférieur, puis on confie ce lacs à un aide qui ne vas pas exercer sur lui des tractions, mais qui va seulement se tenir prêt a tirer lorsqu'on lui dira de le faire.

“b) On introduit alors une main dans les parties génitales, et on fait pénétrer l'extrémité des doigts entre l'anneau de Bandl et la tête. Cette main s'efforcera de refouler un peu l'anneau de contraction de dedans en dehors; mais elle cons-

tituera surtout un plan incliné, allant de la cavité cervicale vers la cavité du corps de l'utérus. L'autre main s'efforce de refouler, avec le bout des doigts, la tête qu'on réussit souvent à faire glisser sur le plan incliné.

"c) Quand on sent que la tête a presque complètement franchi l'anneau de contraction, sans cesser d'exercer une pression sur l'extrémité céphalique, on prie l'aide de tirer sur le lacs; l'évolution se produit, la tête remonte au fond de l'utérus et le siège, ou contraire, descend.

"Dans ces conditions, on ne saurait affirmer que la main droite a fait céder l'anneau de contraction; il semble plutôt qu'elle a joué le même rôle que le plan incliné sur lequel ou fait rouler un tonneau pour qu'il franchisse de bas en haut un escalier. Si on se contente de pousser le tonneau contre une marche, il est arrêté par le plan vertical de la marche; si, au contraire, on forme avec des planches un plan incliné, le tonneau n'est plus arrêté et il s'élève sous la pression qu'il subit."

Apezar das manobras, por vezes, serem longas e penosas, a creança póde ser retirada com vida se o cordão não é comprimido.

N'estas circumstancias, a versão é sempre uma operação difficil e laboriosa; diz Budin ser preferivel, antes de tentar a versão, empregar o forceps.

Se o feto só occupa a cavidade do corpo ute-

rino, as dificuldades da versão são d'outra ordem; dependem do grau de contracção das paredes do corpo e do obstaculo maior ou menor que o anel de Bandl oppõe á penetração do ante-braço.

Durante a evolução do feto, não ha perigo de ruptura, attenta a espessura muscular d'esta parte do utero.

Terceiro tempo.—O terceiro tempo da versão é o que menos vezes dá motivo a dystocia, principalmente se o feto evoluciona bem dentro do utero; a passagem dos polos fetaes ao nivel do anel parece ter tal ou qual acção moderadora sobre a tensão muscular. Comtudo, alguns factos ha de retenção ultima da cabeça ao nivel da fascia muscular.

N'uma observação de Martin, foi preciso que um ajudante fizesse expressões no fundo do utero, combinadas com tracções continuas sobre o feto, para a cabeça se desembaraçar do anel constritor; "à l'examen de l'enfant, on trouve un sillon profond autour du crâne comme si une corde avait été serré étroitement à ce niveau," lê-se na observação de Martin.

Do que exposto fica, resaltam duas ordens de ensinamentos: a presença do anel de Bandl em

qualquer apresentação, é d'um prognostico sombrio para o feto; a intervenção deve ser immediata.

Qual, porém, o processo operatorio?

Temos a considerar dois casos:—o feto está ou não morto.

No primeiro caso, é a embryotomia que, naturalmente, está indicada, excepção feita para os grandes apertos do anel onde aquella operação não é de resultados seguros. Pela interessante observação de Démelin que adeante transcrevemos, se vê a verdade d'esta asserção.

Para estes factos exceptionaes, parece que a unica operação que poderá convir, é a de Porro, sobretudo se houver indícios de começo d'infeccção.

Se a creança vive, as indicações variam conforme a apresentação, por isso as vamos estudar para cada caso no que diz respeito principalmente ao emprego do forceps e da versão.

1.º Apresentação de vertice.—Nas grandes retrações do anel, que podemos prever por certos signaes, como sejam: longa duração do trabalho, ruptura prematura da bolsa d'aguas, altura relativamente elevada do anel e ainda se tivermos lançado mão de meios acceleradores do trabalho, é formal a intervenção pelo forceps. As estatisticas são concordes na superioridade da escolha. Como deverá ser feita a applicação do for-

ceps? Experiencias de Démelin feitas sobre o assumpto, mostram que não é ella indifferente, tem suas regras.

Assim, quando a cabeça esteja ao nivel do estreito superior, é com successo que a presa obliqua se tem empregado; todavia se o forceps desagarra mesmo na presa directa, applicam-se as colheres segundo os maiores diametros da cabeça: uma no occiput, outra na face.

Póde acontecer que a cabeça pela sua elevação ou incompleta flexão, escape a uma solida presa; resta-nos, n'esse caso, a versão podalica, com os seus perigos e incertezas. Nas retracções d'intensidade media, o operador terá em vista apenas as regras d'estes dois generos d'intervenção.

2.º Apresentação de face.—Dos resultados clinicos, infere-se ser a versão a operação de escolha.

3.º Apresentação de espadua.—Aqui ainda é a versão podalica por manobras internas que deve ser tentada immediatamente.

Este adverbio quererá dizer que se não aguarde a extincção do collo, capital elemento de extracção ultima e facil da cabeça?

Nada d'isso; a expectação fica, como sempre, dependente da vitalidade do feto. Se elle resiste

a um trabalho demorado, é que as contracções uterinas em nada prejudicam a circulação fetoplacentária e, parece que deveríamos esperar; todavia a experiencia dos praticos diz-nos que podem sobrevir difficuldades insuperaveis se retardamos a intervenção: as contracções do corpo do utero augmentando a retracção do annel.

De que maneira conciliar, pois, estes antinomicos principios? Crêmos que só um diagnostico preciso do annel de Bandl resolveria a questão, e emquanto elle não poder ser feito com segurança, a hesitação acompanhará o parteiro n'estes casos difficeis.

Se a versão falla, é ao embryotomo que temos de recorrer embora o coração fetal se ouça ainda pulsar.

A embryotomia n'estas condições está plenamente justificada por numerosas observações, em que a longa duração das manobras trouxe *quasi fatalmente* a morte á creança.

Alguns auctores, tendo em vista a consideravel mortalidade infantil, preconizam a operação cesariana nos casos de forte retracção annular. Se bem que as estatisticas modernas accussem á operação cesariana conservadora, mortalidade apenas de 10,7 por 100 (Leopold) e 16 por 100 (Démelin), não é ella isenta de perigos para a mãe, e entre a mãe e o feto, optamos por aquella. Vae longe a época em que se sacrificava uma alma para salvar outra alma.

E, demais, como a operação cesariana só deve ser tentada depois da versão e do emprego do forceps, isto é, depois de esgotados os meios relativamente favoráveis á parturiente, o prognóstico agrava-se sensivelmente visto serem por completo postos de parte os mais rudimentares principios da cirurgia moderna. Nunca se faz uma intervenção sangrenta de certa gravidade, sem primeiramente se *preparar* a doente e, no caso presente, ninguém dirá que a mulher depois d'uma prenhez mais ou menos attribulada; fatigada por trabalho laborioso e receosa das consequencias da intervenção obstetrica; finalmente, tendo estado sujeita a acção d'um anesthesico durante tempo variavel mas sempre demorado, ninguém dirá que, n'estas condições, a doente está preparada para uma operação cesariana.

Na prenhez gemellar, as difficuldades, em geral, só existem apoz o nascimento da primeira creança; de ordinario a contracção do anel é pouco violenta, por isso se procede como se fôra uma prenhez simples para o feto situado acima do anel.

E para concluir, servir-nos-hemos dos seguintes termos de Budin: "vous voyez donc, que l'anneau de Bandl peut, dans des cas très différents, constituer une cause parfois très grave de dystocie. Puissiez-vous ne pas avoir trop á lutter avec lui!"

Vamos, em seguida, transcrever, resumidamente, algumas observações que reputamos importantes pelos ensinamentos praticos que fornecem.

OBSERVAÇÕES

Observação I

(DA THESE DE DEGOS)

Retração do anel de Bandl adeante da cabeça fetal.—Introdução d'um balão de Champetier.—Descollamento da placenta.—Appliação do forceps ao nivel do estreito superior.—Resultado favoravel para a mãe e feto.

X..., 28 annos d'idade, multipara; primeiro parto, normal.

Gravida de oito mezes e meio.

A' data do exame, apresenta varizes volumosas nos membros inferiores e nos grandes labios.

A creança apresenta-se pelo vertice em D. T.; não ha albuminuria. Principiou o trabalho pelas 7 horas da manhã, perdendo a doente sangue em abundancia; a hemorragia foi sustada por injeção vaginal quente,—a bolsa d'aguas rompeu-se n'esta occasião, espontaneamente. A's 9 horas recomeça a hemorragia. O indicador penetra com facilidade no collo e no segmento inferior, extremamente molle; no extremo superior d'este, encontra o dedo um circulo duro, fortemente contrahido—é o anel de Bandl. Acima, está a cabeça fetal, muito movel. Em ponto algum se encontram cotyledon placentarios. Como a hemorragia continuasse, foi introduzido um balão de Champetier, grande modelo, acima do anel. Ao meio dia e vinte, chloroformisa-se a doente; tracções continuas sobre o balão, durante meia hora, fazem ceder a pouco e pouco o musculo uterino até ser aquelle, finalmente, expulso.

Rápida applicação de forceps no estreito superior, cabeça em D. T. Extracção d'uma creança viva; dequitação natural 10 m. depois.

A mãe teve uma ligeira infecção curada em poucos dias.

A creança morreu passados 4 dias de pneumonia septica, provocada pelo liquido amniotico aspirado durante o trabalho.

Parece que os casos de retracção do ánnel adeante da cabeça fetal, se encontram mais nos partos prematuros, expontaneos ou provocados.

Observação II

(THESE DE MORKOWITCH)

Retracção do anel de Bandl atraz da cabeça fetal. — Tentativas de extracção pelo forceps. — Versão impossivel. — Basiotripsia.

F..., multipara, tres partos a termo, creanças vivas; um aborto de dois mezes.

A prenhez actual tem corrido sem incidente.

A bolsa d'aguas, volumosa, á vulva; depois de 23 horas de trabalho, é rompida artificialmente; o collo do utero completamente dilatado. A cabeça em O. I. E. P., muito elevada.

O liquido amniotico, córado por meconium, indica a urgencia da intervenção.

Primeira applicação de forceps correcta, a cabeça parece descer um pouco, depois o instrumento desagarra.

Segunda tentativa, applicação facil, tracção moderada, desprendimento.

Pensa-se na versão; a cabeça bastante movel, deixa penetrar a mão no segmento inferior; «mais à la partie supérieure de celui-ci, la paroi utérine, au lieu d'être lâche, est rétractée sur le cou du fœtus et il est impossible de pénétrer plus haut.»

Lança-se de novo mão do forceps, fazendo previamente girar a cabeça para O. I. E. T.

Articulação facil, tracções moderadas, desprendimento.

Volta-se de novo á versão; com grande custo consegue-se ultrapassar o anel de contracção com os dedos.

Sente-se o cordão bater muito lentamente, e, durante as tentativas feitas para attingir os pés, deixam de perceber-se as pulsações, o que leva a terminar o parto por basiotripsia.

Dequitação natural.

A parturiente sãe curada do hospital, passados poucos dias.

Póde fazer-se a retracção do annel de Bandl sobre o tronco do feto e ainda, como o demonstrou Démelin em duas observações publicadas em *L'Obstétrique* de Janeiro de 1898, antes da ruptura das membranas.

A bolsa d'aguas era, em ambas, extraordinariamente volumosa, sendo preciso rompê-a com o auxilio d'um estylete, para se fazer o diagnostico. Parto terminado com o basiotribo.

Publicamos em seguida a interessante observação de Démelin e Landais a que nos referimos em outro lugar.

Annales de la Société obstétricale de France, 1898.

Observação III

M.^{me} B..., de 39 annos, bem constituida, tivéra dois partos normaes; tratava-se da terceira prenhez chegada a termo sem incidente digno de menção. Não havia albuminuria.

As primeiras dôres dão-se a 17 de Janeiro de 96; a 18 pelas 6 h. m. em virtude da extrema lentidão do parto, um medico tenta uma applicação de forceps sem resultado. As 6 da tarde, constata-se uma apresentação de vertice na parte superior da escavação; bacia normal, membranas rôtas, dilatação do orificio do collo igual a uma moeda de 5 francos.

Aguarda-se a completa dilatação visto manterem-se regulares e perfeitamente audiveis os ruidos do coração fetal.

Às 3 horas da manhã de 19 resolve-se intervir: dilatação completa do collo mas o feto conservando-se alto, parecendo ter a cabeça subido para além do estreito superior; varias applicações com os forceps Levret e Tarnier são tentadas sem resultado pelo Dr. Landais.

Como a doente havia tres horas que estava sob o chloroformio, suspende-se a operação e é chamado Démelin.

M.^{me} B..., soffria pouco e não tinha lesões genitaeas notaveis.

Não se ouvia o coração fetal; o utero fortemente retraído sobre o feto, sem sonoridade á percussão.

Nenhuma febre, nem signal algum de putrefacção intra-uterina. Cabeça do feto muito elevada, em O. I. E. P.: é mal ossificada, cavalgando os ossos—o dedo colhe a sensação d'uma cabeça macerada.

Estava indicado o emprego do basiotribo, se bem que a mobilidade da cabeça apresentasse certa dificuldade.

É applicado o basiotribo segundo as regras habituaes mas, com geral espanto, garrou, sendo este o primeiro insuccesso attribuido ao basiotribo Tarnier. Restava tão sómente a versão n'um utero vasio de liquido amniotico e fortemente contraído sobre um feto volumoso.

A mão é introduzida e apanhado um pé com extrema difficuldade, mas a versão não se faz: o feto era comprimido como n'um estojo. São extraídas algumas laminas osseas da abobada craneana esmagada e consegue-se, ao cabo de muito tempo e trabalho, abaixar um braço para a vagina.

Decidiu-se, por fim, fazer a embryotomia, isto é, a evisceração para o conseguimento da versão forçada.

As tesouras de Dubois foram introduzidas custosamente e feita uma larga brecha no thorax e no abdomen por onde se esvaziou o feto.

A evolução fez-se em seguida e logo a extracção — phase esta da operação não menos trabalhosa e fatigante.

Estava terminado o parto, tendo-se gasto, desde a primeira basiotripsia, duas horas, durante as quaes a doente esteve submetida ás inalações de chloroformio.

Na extracção da placenta, reconheceu-se a integridade do utero e da vagina; apenas havia algumas lesões vulvares, sem importancia.

A doente passa relativamente bem até 22, dia em que apparece albuminuria, ictericia e fetidez dos lochios. O ventre é indolente e a intelligencia intacta.

Injecção uterina; temperatura normal.

No dia seguinte, o figado é doloroso á palpação, continuando a ictericia; pouca albumina; sopro tricuspid.

A 24 a temp. sobe a 39° continuando o estado comatoso até 27.

A 28 ha ainda alguma ictericia: a urina é biliosa, urobilinuria notavel; o estado geral, satisfactorio.

A doente entra em convalescença a 4 de Fevereiro.

Como se vê, trata-se n'esta observação d'um caso complexo de dystocia devida ao utero e ao feto; este devia pesar mais de 4:000 gr. e a má ossificação da cabeça, favorecia, evidentemente, os desprendimentos do forceps. No utero, porém, é que residia a principal causa da dystocia —na retracção consideravel do anel de Bandl. Seria esta motivada pela applicação intempestiva (antes da extincção do collo) do forceps? Devemos tambem entrar em linha de conta com a longa duração do trabalho e a ruptura prematura das membranas.

Poderemos attribuir á dose consideravel de chloroformio absorvido (a anesthesia durou 5 horas) os accidentes manifestados no 3.º dia *post-partum*: a ictericia biliar seguida d'agitacão e, depois, coma?

Observação IV

(*Inedita* — CLINICA DE PARTOS. DEVIDA AO MEU ILLUSTRE
PROFESSOR O EX.^{mo} SNR. DR. CANDIDO DE PINHO

F..., entra para a enfermaria 9 do Hospital Geral de Santo Antonio, pertencente á Escola, em trabalho de parto; prenhez a termo.

Como o parto se demorasse, observou-se a doente mais detidamente: diametros internos da bacia um pouco diminuidos, feto volumoso em apresentação de vertice, collo quasi extincto; rompidas as membranas.

O feto não progredia e como manifestasse signaes de soffrimento, foi resolvida uma intervenção a forceps.

A applicação foi um pouco laboriosa e demorada. A parturiente estava em meia chloroformisação.

Terminada a operação decidiu-se visitar a parede interna do utero para a libertar, se fôsse preciso, de algum retalho de membrana que por acaso ficasse adherente e fazer uma irrigação de sublimado.

Ao introduzir a mão no utero, verificou-se claramente a divisão da sua cavidade em dois segmentos quasi eguaes, offerecendo a imagem exacta de uma ampulheta. A cinta média que determinava o estrangulamento, permittiu a passagem da mão de uma cavidade inferior para uma outra superior. Realizada duas vezes esta exploração, o pequeno esforço a que obrigava reconheceu-se que augmentava a constrição do anel.

Feita a irrigação, estava pouco depois quasi completamente extincto o estrangulamento e a cavidade uterina assumia a sua disposição normal.

O anel de Bandl começou a formar-se em virtude de contracções demoradas e anômalas do útero.

A dystocia causada pela retracção do anel de Bandl, raramente se encontra na apresentação de face.

Conhecem-se sómente duas observações publicados pelo professor M. Budin em 1893 na revista *L'Obstétrique*.

Observação V

(Lefour et Bourrus, Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie; 1893).

Apresentação de espadua. — Retracção do anel de Bandl. — Difficuldades consideraveis á versão. — Resultado favoravel para a mãe e feto.

Cabeça na fossa iliaca esquerda, o braço esquerdo flectido, procidente na vagina; membranas rôtas. Orificio externo completamente dilatado. Contrações energicas, aproximadas e dolorosas. Pulsações fetaes enfraquecidas. Ausencia de liquido amniotico na cavidade uterina.

Qual a conducta a seguir?

Como a creança vivesse ainda, foi a versão podalica por manobras internas, a intervenção escolhida.

Para poupar o tecido uterino e facilitar a operação, contra as regras classicas, foi procurado o pé esquerdo com a mão direita — a esquerda collocada no fundo do utero oppôndo-se ao levantamento do órgão.

Este primeiro tempo foi trabalhoso por causa da constricção do anel ao nivel da região fetal que se apresentava. Os dedos insinuados entre o dorso do feto e a parte correspondente do anel, foram abrindo caminho no intervallo das contrações.

Guiado pelo plano lateral esquerdo do feto consegue Lefour agarrar solidamente a perna esquerda acima dos malleolos; a extracção foi longa e laboriosa. Applicado um laço, bem como ao braço procidente, por elles se fizeram, docemente, tracções.

Desceu a nadega esquerda mas o encravamento da anterior demorava-se extraordinariamente.

Pensava-se na amputação do braço procidente quando a descida do tronco se opera.

A mão direita introduzida logo para agarrar o maxillar inferior, constatou o desaparecimento completo da contractura annular.

Dequitadura natural.

A creança que pesava 2.500 gram., conseguiu-se reanimal-a com o auxilio do insuflador Ribemont.

Por esta observação se vêem as difficuldades que o annel de Bandl pôde trazer, na apresentação da espadua, á versão; quando esta seja impossivel, é á embryotomia que devemos recorrer.

E assim succede, principalmente quando á contracção do annel se junta a do corpo uterino. Quando temos que vencer apenas a resistencia do annel de contracção, antes de chegarmos áquelle extremo, convem procurar fazer a dilatação, fatigando o annel.

A evolução do feto faz-se sempre desde que elle não seja extremamente volumoso ou se não tornem subintrantes ás contracções uterinas.

A's vezes, a cabeça é retida ao nivel do diametro suboccipito-frontal; segundo Démelin, "c'est un véritable bonnet de coton qui coiffe la tête foetal."

N'este caso fazendo-se tracções na bocca consegue-se facilmente terminar o parto.

E' quasi sempre fatal para a creança a constricção do annel ao nivel do pescoço na extracção ultima da cabeça; em geral só o cephalotribo resolve a questão,

O annel pôde obstar á descida do feto na apresentação de pelve: ou contrahindo-se sobre o pescoço na extracção ultima da cabeça, ou sobre o tronco. Particularmente no modo de nadegas desdobrado, só os laços ou o forceps conseguem, não sem demorados esforços, fazer descer o feto.

Observação VI

(*Inedita*—CLINICA DE PARTOS—

DEVIDA AO MEU ILLUSTRE PROFESSOR, O EX.^{mo} SNR.

DR. CANDIDO DE PINHO

F..., é trazida ao Hospital algumas horas depois de um parto que correu sem incidentes. Como quer que o cordão se houvesse rompido nas mãos da parteira, que exercera tracções para realisar a dequitação, foi chamado um medico que depois de varias tentativas a declarou impossivel e aconselhou a familia a enviar a parturiente ao Hospital. Á sua entrada verificou-se que a hemorragia era continua, embora pouco abundante; declarou que não havia tomado medicamento algum e que a perda de sangue havia mantido as mesinas proporções desde que o cordão se tinha rompido até áquelle momento (5 ou 7 horas).

Tomadas as precauções antisepticas, introduziu-se a mão no utero, verificando-se que, transposto o orificio uterino, se entrava n'uma cavidade onde a mão se accommodava muito á vontade, percorrendo-a em todos os sentidos, e verificando que a sua parede estava inteiramente lisa. Na parte correspondente ao fundo havia um anel, por onde apenas passava o indicador que d'esta fórma entrava n'uma segunda cavidade, onde se encontrava a placenta. As tentativas feitas para introduzir concomitantemente o indicador e o medio permaneceram por muito tempo totalmente infructiferas, tão resistente e apertada era a cilha que cerrava o anel. Reconhecida a impossibilidade de destacar com um unico dedo a mas-

sa placentaria, fez-se uma irrigação uterina com agua a 48° e applicou-se um tampão que encheu a cavidade uterina accessivel e a vagina. Uma hora e meia depois, pouco mais ou menos, o sangue varára o tampão e corria em fio tenuissimo mas constante. Resolveu-se tirar o tampão para atacar directamente a hemorrhagia, já então inquietadora.

Introduzindo-se de novo a mão, verificou-se que o anel se tinha ampliado e dava já passagem a metade da massa placentaria que provavelmente nas primeiras tentativas havia sido destacada. Foi então facil completar o descollamento e fazer a extracção completa, apoz a qual a hemorrhagia se suspendeu completamente.

No diagnostico a que se procedeu versaram-se as duas hypotheses: 1.^a do encastamento placentario n'um diverticulo uterino; 2.^a a constricção do orificio interno do collo.

A primeira foi excluida, porque na superficie externa do utero não se descobriu saliencia que auctorisasse a pensar n'um diverticulo; a segunda porque não havia o mais pequeno signal de reconstituição do collo e porque a amplitude da primeira cavidade, que se encontrou, era descompassadamente maior do que a que podia ser attribuida a elementos, mesmo dilatados, d'este segmento.

A placenta foi, portanto, retida pela contracção do anel de Bandl, determinada provavelmente por tracções immoderadas do cordão.

Proposições

Anatomia.—Não é a integridade ou especificidade de fibras musculares que caracteriza o segmento inferior do utero.

Physiologia.—Para sustentar as cabeças osseas nas respectivas cavidades articulares, intervém forças resultantes da actividade molecular e não a pressão atmospherica.

Materia medica.—Considero o oleo de Chaulmoogra o melhor especifico da lepra.

Pathologia externa.—É evitavel a ophtalmia purulenta do recém-nascido.

Medecina operatoria.—A resecção do appendice vermicular feita a frio, offerece condições de exito muito mais vantajosas do que no meio de incidentes agudos.

Partos.—A dilatação do collo do utero é o resultado de duas acções positivas e uma negativa.

Pathologia interna.—A' concepção unitaria da uremia deve substituir-se a noção de estados uremicos variados.

Anatomia pathologica.—A rigidez do collo do utero póde algumas vezes ser causa de retracções musculares annulares.

Hygiene.—Condemno em absoluto todo o systema quarentenario.

Pathologia geral.—Os accidentes da *ménorrhemia* téem pathogenia identica aos da *uremia*.

Visto.

Alberto d'Alguiaz

Presidente.

Imprima-se.

D. Lebre.

Director interino.