

1182

190

Eduardo Fernandes Baptista Vieira

---

N.º 5

# RUPTURAS DO UTERO

DURANTE

## O TRABALHO DO PARTO

(ETIOLOGIA, TRATAMENTO)

Dissertação inaugural

APRESENTADA

À

Escola Medico-Cirurgica do Porto

JULHO DE 1904

BRAGA

*Papelaria e Typ. Universal a Vapor*  
Praça do Barão de S. Martinho

1904

220/5 ENC

# Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director — ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

Secretario interino — JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

## CORPO DOCENTE

### *Lentes cathedraicos*

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

### *Lentes jubilados*

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

### *Lentes substitutos*

Secção medica . . . . .	} Vaga
	} Vaga
Secção cirurgica . . . . .	} Vaga
	} Antonio J. de Sousa Junior

### *Lente demonstrador*

Secção cirurgica . . . . .	Vaga
----------------------------	------

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)*

*Aos meus*

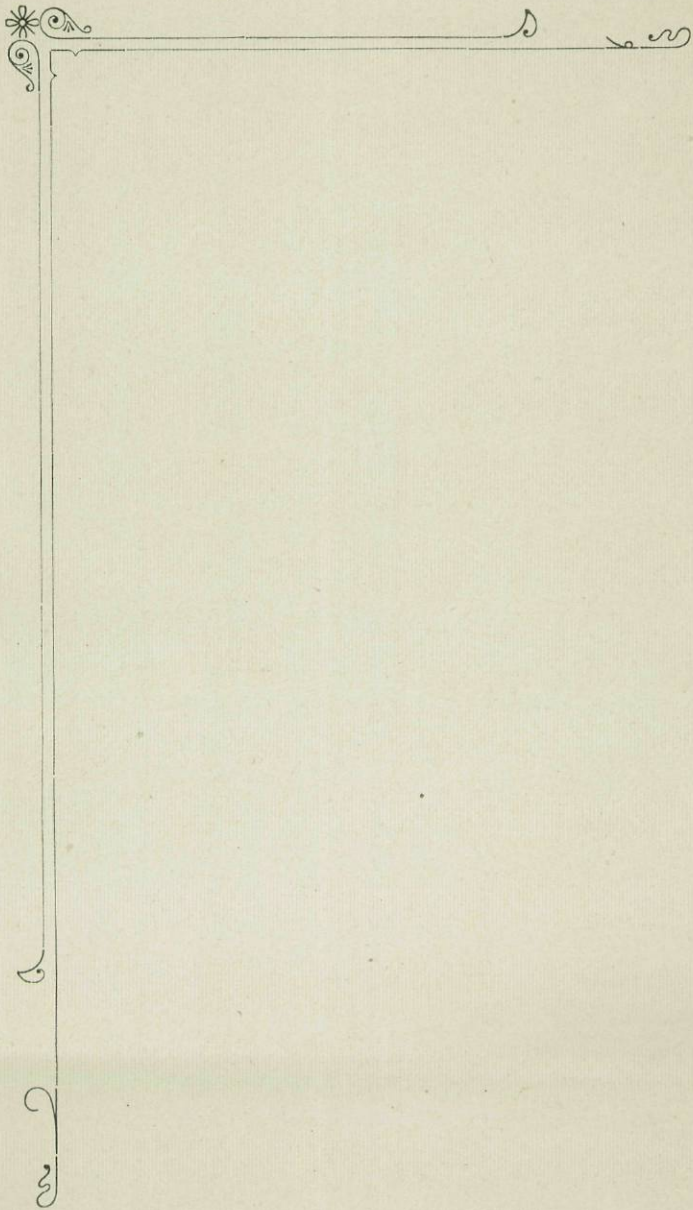
---

Ao meu presidente de these

o Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

*Dr. Luiz de Freitas Viegas*

---



## CAPITULO I

---

### Triologia

Parallelamente á serie de modificações por que passa o ovulo, desde que fecundado pela cellula masculina, cai na cavidade do utero, até á sua completa evolução, o organismo feminino soffre modificações importantes. Sai por assim dizer, em todas as suas funcções e em muitas das suas disposições anatomicas, do caminho que até então seguia.

Percorrendo toda a serie de apparelhos e systemas, todos recebem mais ou menos a influencia do novo estado, quer simultaneamente, quer em momentos successivos. Modifica-se a funcção digestiva, altera-se a funcção urinaria, a funcção cutanea, a funcção circulatoria, etc. Suspendem-se funcções que existem antes, e apparecem outras que, fóra do puerperio, se não encontram. Enfim, toda a economia se muda, se altera, não só no functionalismo grosseiro e aparente, mas até no

que ha de mais intimo na physiologia dos tecidos e elementos cellulares.

O utero soffre modificações tão importantes com o acto da fecundação que, no estado de vacuidade, parece um simples esboço do utero gravido. A superficie vai augmentando pouco e pouco até attingir vinte vezes e mais, no termo da gravidez, tornando-se ao mesmo tempo 519 vezes mais ampla a cavidade (Krause); a massa torna-se tambem 24 vezes mais consideravel. A forma tambem se altera : o corpo torna-se ovoide e continua-se com o cóllo sem linha de demarcação. A porção vaginal d'este conserva porem o seu comprimento até ao nôno mez, extinguindo-se então, para dar logar com o resto do utero a uma unica cavidade ovoide.

Não experimenta apenas modificações de superficie, de pezo, de forma, mas tambem de estrutura. Tudo n'elle soffre um maior impulso nutritivo, tudo se desenvolve: as fibras musculares hypertrophiam-se e hyperplasiam-se enormemente, principalmente durante os cinco primeiros mezes da gravidez, e de lisas que eram, passam a apresentar uma estriação distincta; as arterias, muito flexuosas, augmentam consideravelmente de calibre; o mesmo se dá com as veias, que se dilatam a ponto de formarem verdadeiros seios abertos na camada muscular; lymphaticos e nervos tambem se desenvolvem consideravelmente.

O utero, soffrendo progressivamente todas estas modificações, vai pouco e pouco augmentando de volume; ultrapassa a linha do estreito superior, sahindo da cinta ossea que o abrigava, ganha o umbigo, o epigastro, tornando-se de cada

vez mais exposto á acção dos agentes vulnerantes. E o seu papel, meramente passivo até á occasião da expulsão, torna-se n'este momento activo adquirindo a faculdade de se contrahir em convulsões tetanicas, para assim expulsar o producto da concepção. E se ás vezes fica vencido, cai inerte, a maior parte das vezes vence, obrigando o seu hospede a sahir atravez da feira pelvi-genital.

Porem nem sempre é este o caminho seguido.

Ás vezes, ainda que raras, o producto da concepção sai do utero atravez de uma solução de continuidade das suas paredes produzindo-se a ruptura uterina.

As proprias modificações imprimidas ao utero gravido são predisposições essenciaes para as rupturas. Mas, alem d'estas condições inherentes a todos os uteros gravidos, ha um grande numero de causas que têm uma acção mais ou menos immediata na producção d'este accidente, quer relativas á mãe, quer relativas ao feto.

Outras vezes a ruptura tem como causa um traumatismo, operações obstetricas varias e o emprego intempestivo de certas substancias medicamentosas, em especial, a cravagem de centeio.

Consideramos dois grupos de rupturas uterinas durante o trabalho do parto: espontaneas e accidentaes ou provocadas, incluindo n'este ultimo grupo as produzidas pelo emprego intempestivo da cravagem de centeio.

O seguinte quadro resume synopticamente a classificação das causas de rupturas uterinas que constituem o assumpto especial d'esta dissertação:

# Rupturas do utero durante o trabalho do parto

## R. espontaneas.

Causas predisponentes . . . . .	maternas . . . . .	geraes . . . . .	condições sociaes multiparidade idade avançada
		inherentes ao utero	distensão exagerada do utero alterações do tecido uterino malformação uterina obliquidade uterina
		locaes . . . . .	bacias viciadas bacias irregulares
	fetaes . . . . .		apresentação viciosa hydrocephalia etc.
	Causas determinantes . . . . .		contração uterina
	Traumaticas . . . . .		violencias exteriores operações obstetricas
	Não traumaticas . . . . .		cravagem de centeio

## R. accidentaes ou provocadas

## I

**Rupturas espontaneas**

São as mais frequentes e aquellas que merecem maior attenção ao parteiro, porque a maior parte das vezes seria possível evital-as.

Resultam de uma desproporção entre as forças expulsivas e a resistencia uterina.

São varias as causas que as produzem e que, para facilidade de estudo, se costumam dividir em dois grupos: predisponentes e determinantes.

*Causas predisponentes*

Para que uma ruptura uterina se produza é necessario o concurso de differentes condições particulares, que podem provir do organismo materno ou do organismo fetal.

A) **Causas maternas** — 1) *geraes*. As *condições sociaes* da parturiente tem sido apontadas como causa predisponente para a producção das rupturas uterinas. Comprehende-se perfeitamente que nas classes pobres a alimentação insufficiente, ligada tantas vezes a um excesso de trabalho, exerça uma grande influencia na producção das rupturas, porque o organismo deve soffrer um depauperamento geral. E assim é realmente, diz Bandl, que n'estas classes ellas se observam com mais frequencia, que nas classes favorecidas pela fortuna.

A *multiparidade* tambem exerce uma grande influencia na producção das rupturas do utero.

Nas prenhez repetidas o utero vai pouco e pouco perdendo a espessura das paredes, havendo uma diminuição consideravel do seu tecido elastico (M. M. Poroschin).

Todos os authores, á excepção de Tyler Smith, admittem a maior frequencia nas multiparas, comprovando-a por meio de estatisticas :

Churchill em	75 casos	9 p. e	66 m.
Trask . . . »	320 »	39 » »	285 »
Villmart . »	100 »	15 » »	85 »
Kermann »	63 »	7 » »	56 »
Klob . . . »	28 »	5 » »	23 »
Franque . »	21 »	1 » »	20 »
Bandl . . . »	546 »	65 » »	481 »
etc.			

N'um dos casos observados durante o nosso curso de clinica obstetrica attribuiu-se a ruptura a uma fragilidade uterina devida talvez aos partos anteriores.

Em mulheres de *idade avançada* alterações analogas se observam nos tecidos uterinos e a sua maior frequencia.

2) *locaes*. As causas maternas locaes predisponentes das rupturas uterinas são varias, umas inherentes ao proprio utero, outras inherentes á bacia.

a) *Causas inherentes ao utero* — Estas causas são multiplas, umas physiologicas, como o adelgaçamento das paredes uterinas, devido ás tracções que esse tecido soffre durante as contracções do parto; outras, e a maior parte, pathologicas, devidas a um processo morbido de qualquer

natureza que rouba ao tecido uterino a sua propriedade contractil.

O *adelgaçamento do utero* pode ser extremo, geral ou limitado a uma porção de qualquer das suas paredes.

É ao nível do canal cervico-uterino, no segmento inferior do utero, que ordinariamente ha maior distensão, pela sua função particular de alojar a cabeça fetal. É este ponto, que supporta a maior parte da força expulsiva, o que naturalmente maior adelgaçamento experimenta, expondo-se á ruptura; e é aqui, realmente, que mais frequentemente ellas se observam.

Mas o adelgaçamento pode ter a sua sede em outra qualquer parte do utero. Assim Mombert cita um caso de ruptura na parede posterior do utero, que tinha apenas a espessura de uma folha de papel, ao passo que as paredes superior e anterior tinham 3 a 4 pollegadas. Alguns authores attribuem, n'estes casos, grande influencia á syphilis e á tuberculose, como causas pathologicas predisponentes.

Ao lado das doenças das paredes uterinas devem ser collocadas as *cicatrices*, e entre ellas, as que provêm de operações cesarianas ou rupturas anteriores em casos de cura. Estas cicatrizes dão lugar ás rupturas do utero por um processo analogo ao anterior, compromettendo a tonicidade e vitalidade das fibras musculares. Assim Vinkel cita 2 casos de ruptura consecutivos a cicatrizes de operações cesarianas anteriores; Jolly cita tambem varios casos e entre elles, um de Kilian, em que a ruptura se tinha feito ao lado de uma antiga cicatriz, etc.

Porem nem sempre isto se dá. Tem-se observado muitos partos ultteriores a cicatrizes das paredes uterinas, em que a resistencia tem sido sufficiente para se oppôr á sua producção. Haveria varios casos a mencionar de Jolly, de Fritzel, de Brock, etc., em que, depois de ruptura curada se observaram partos normaes, alguns d'elles até terminados pelo emprego do forceps, do cephalotribo, etc., sem que o utero deixasse de resistir.

As *malformações uterinas* tambem exercem uma grande influencia na producção das rupturas. O utero, durante a gravidez, pode adquirir a forma sacciforme, que alguns authores denominam retroversão parcial e que Depaul chama dilatação sacciforme do utero. N'este caso a parede posterior do utero grávido offerecendo menor resistencia, a parte fetal que tende a encravar-se levará diante de si uma porção d'essa parede posterior do segmento inferior do utero que, seguindo a direcção da vulva virá formar na bacia uma especie de fundo de sacco em relação com a concavidade do sacro, contendo a parte fetal apresentada. E o cóllo, elevando-se, irá collocar-se ao nivel da symphise, ou mesmo acima. Comprehende-se perfeitamente, n'este caso, quaes as consequencias funestas das contracções uterinas e da pressão prolongada sobre o sacco constituido pela parte posterior do segmento inferior do utero. Por mais prolongado que seja o trabalho, pode mesmo acontecer que o cóllo uterino nem sequer chegue a dilatar-se.

Em casos de *obliquidade uterina*, quando esta é consideravel, comprehende-se tambem que a ruptura se dê com facilidade, porque as forças ex-

pulsivas mudam de direcção. E alem d'isso, é n'estes casos que ordinariamente se observam as apresentações viciosas, cuja importancia é grande na producção das rupturas.

Como elemento etiologico importante, inherente ao utero, haveria ainda a mencionar a resistencia que o feto por vezes encontra ao nivel do cóllo e que se oppõe á sua dilatação (*rigidez do cóllo, cicatrizes, tumôres, etc.*).

b) Causas inherentes á bacia — Para que o parto se faça normalmente, é necessario e indispensavel que haja proporção entre as dimensões do canal pelvico e do corpo que o tem de atravessar. Sem isto, o parto espontaneo é impossivel.

Esta desproporção pode provir do organismo fetal; mas a maior parte das vezes provem da bacia, cujas dimensões se affastam muito d'aquellas que normalmente possui, constituindo uma *bacia viciada ou mal conformada*.

Na producção das rupturas do utero as bacias apertadas exercem uma grande influencia, que se comprehende perfeitamente e que é admitida por todos os authores.

Ao lado das bacias apertadas, deveremos collocar as bacias viciadas por excesso de amplitude. N'estas, se a dilatação do cóllo se faz esperar muito e as contracções uterinas se tornam energicas, pode sobrevir a ruptura do segmento inferior do utero, porque a parte fetal apresentada não encontrará obstaculo ou, se o encontra, é insignificante do lado das paredes osseas. E d'ahi, não havendo ponto d'apoiio sobre as partes osseas, obrigado o utero a resistir só á energia das contracções transmittidas pelo feto, pode acontecer

que a sua resistencia não seja sufficiente e ceda, rompendo-se.

As *irregularidades da bacia* também têm importancia na producção das rupturas. A bacia pode apresentar saliencias mais ou menos pronunciadas, e ás vezes cortantes, anomalias estas que se observam principalmente nas bacias rachiticas. Compreende-se que estas saliencias possam contundir ou mesmo rasgar a parede uterina comprehendida entre a parte fetal e a saliencia ossea.

A saliencia exagerada do promontorio pode, da mesma forma, dar logar á ruptura da parede posterior do utero.

Haveria ainda a mencionar aqui as irregularidades da bacia resultantes de fracturas dos ossos correspondentes, quer dando logar a um desnivelamento permanente entre os ossos, quer á formação de cállos volumosos, que podem trazer obstaculo á marcha progressiva do feto, predispondo assim á realisação da ruptura.

Os tumôres do tecido osseo (osteofibromas, enchondromas, sarcomas, etc.) podem actuar da mesma forma, constituindo nos ossos correspondentes um obstaculo á parturição.

B) **Causas fetaes** — Resultam umas vezes de apresentações viciosas, dependentes quasi sempre de deformações da bacia; outras vezes porem, é o organismo fetal que, pelo excesso de volume, geral ou parcial, é a causa predisponente da ruptura.

Das *apresentações transversaes*, é sobretudo a apresentação de espadua, a que maior contingente dá na producção d'este accidente: o feto não podendo ser expulso n'esta posição, e produzindo

do-se uma distensão muito accentuada do segmento inferior, o musculo uterino rompe-se ao nivel da porção adelgada.

Tambem por vezes se observa nas *apresentações de face*.

Algumas vezes estas lesões são de natureza pathologica. Assim a *hydrocephalia* tem sido muitas vezes apontada como causa de ruptura do utero.

Havia ainda a mencionar como causa de ruptura, o *hydramnios*, a *prenhez gemellar ou multipla*, etc., imprimindo ao utero uma distensão exagerada das suas paredes.

O *sexo* tambem tem sido apontado como exercendo influencia na producção d'esta grave complicação do trabalho do parto. O maior volume que geralmente se observa nos fetos do sexo masculino seria a razão d'esta frequencia relativamente superior.

### *Causas determinantes*

A *contractão uterina* é sem duvida, na maior parte dos casos, a causa verdadeiramente activa, o elemento preponderante na realisação das rupturas chamadas espontaneas.

Ha, com effeito, um certo numero de casos que não podemos admittir como causa determinante a contractão uterina. Assim, quando a séde da ruptura é o segmento inferior do utero, quer na sua parte posterior ao nivel do promontorio, quer na sua parte anterior ao nivel da symphise, quer mesmo ainda em qualquer outro ponto da circumferencia do estreito superior, comprehendese perfeitamente, que a porção dos tecidos uteri-

nos interposta á porção fetal apresentada e encravada, e qualquer porção do rebordo da cinta ossea, possa assim ser esmagada entre essas duas superficies, dando lugar a uma mortificação por compressão.

Se o trabalho fôr demorado, ainda mesmo com contracções muito fracas, ou talvez na ausencia das contracções, podemos conceber que essa mortificação se dê, ainda que lentamente; e o mais pequeno esforço seja sufficiente, em taes casos, para romper esse tecido assim alterado e destruido.

Mas a maior parte das vezes é no momento de uma contracção uterina exagerada que este accidente se produz, não podendo deixar de attribuir-se o papel preponderante da contracção uterina na sua determinação.

## II

### Rupturas accidentaes

Não tão frequentes como as espontaneas, as accidentaes tem por causa as violencias exteriores, as operações obstetricas, ou ainda o emprego intempestivo da cravagem de centeio.

As *violencias exteriores* como choques, compressões, etc, são extremamente raras durante o trabalho do parto. Porem, algumas vezes, a ignorancia alliada á brutalidade pode ser a causa da sua producção.

Mais importantes são as que têm por causa

as *operações obstetricas*, ordinariamente nos partos que exigem a intervenção da arte.

E se algumas vezes é uma intervenção mal fundada, alliada á ignorancia e impericia do operador a sua causa, outras vezes não; o mais habil e mais prudente operador, sem commetter falta alguma, pode ser a causa involuntaria d'este accidente, assim o affirmam eminentes parteiros. O emprego da mão, por exemplo, produz muitas vezes esta grave complicação do trabalho do parto.

Uma das rupturas que tivemos occasião de observar, foi justamente durante as manobras da versão, n'uma apresentação transversal em que havia procedencia do braço, que a ruptura se produziu. E, como esta, muitas outras poderia citar; mas será inutil multiplicar o numero para mostrar as condições em que a ruptura se effectua, e com que precauções é necessario introduzir a mão na cavidade uterina para obstar á sua realisação.

A *versão* em geral não é uma operação difficil nem perigosa; mas torna-se, desde que tenham desaparecido as condições para uma intervenção favoravel.

O liquido amniotico exerce uma grande influencia n'este caso: enquanto a bolsa das aguas estiver intacta, ou mesmo em seguida á sua ruptura, mas o liquido amniotico não tenha sido esvasiado por completo, não é em regra muito difficil a operação da versão. Mas, desde que o liquido amniotico tenha sido totalmente evacuado do utero, este, contrahindo-se fortemente, amolda-se perfeitamente ao conteudo fetal, tornando-se assim a versão, quando não impossivel, ao menos muito arriscada.

Rupturas se tem observado tambem quando a mão é introduzida no utero com o fim de dilatar o cóllo, ou de extrahir a placenta.

O *forceps*, o *cephalotribo*, etc., têm sido por vezes tambem a causa de rupturas, quer directamente no momento da introdução dos seus ramos, quer durante as tracções exercidas; quer indirectamente, comprimindo o tecido uterino contra qualquer porção mais saliente da cinta pelvica.

A *cravagem de centeio*, que outr'ora se empregava todas as vezes que o parto era demorado e laborioso, está hoje por completo banida de pratica. E' bem conhecida a sua acção especial de excitar as fibras musculares lisas do utero, que é tanto mais pronunciada, quanto mais proximo do seu termo está a gravidez, pois que a intensidade das contracções é proporcional ao numero de fibras lisas; e é, com effeito, ao nivel do cóllo do utero, que as contracções são mais pronunciadas, porque é ahi que, relativamente, ellas se encontram em maior quantidade, constituindo um obstaculo á dilatação.

A cravagem de centeio não só reforça a contractilidade muscular do utero, mas tambem a prolonga, chegando mesmo a supprimir os intervallos das contracções normaes, «torna o utero n'um estado de contracção e de tensão por assim dizer espasmodico, tetanico» (Charpentier).

Não é pois difficil explicar a influencia que a cravagem pode ter na producção das rupturas do utero que, a maior parte das vezes, resultam de um exagero das suas contracções.

Alem d'isso a tetanica muscular uterina trará, como consequencia, a adaptação perfeita sobre

as partes fetaes, difficultando e tornando extremamente perigosa qualquer intervenção. O meu amigo dr. Ayres Chaves diz ter sido involuntariamente o causadôr de uma ruptura quando tentava introduzir a mão na cavidade uterina, ainda que com a maior prudencia e doçura, para praticar a versão, em uma apresentação transversal, a uma mulher que estava debaixo da acção do ergotino, administrado por uma parteira: o utero rompeu-se com uma facilidade pasmosa ao nivel do cóllo.

Exemplos analogos andam espalhados pelos jornaes scientificos e tratados classicos, que bem demonstram as consequencias funestas que resultam do emprego abusivo da cravagem de centeio que todavia, em condições apropriadas, presta excellentes serviços.

---

## CAPITULO II

---

### Symptomatologia

### Diagnosticoo e Prognosticoo

Não ha um quadro symptomatico constante que denuncie uma ruptura uterina.

Umas vezes, durante o trabalho do parto, um grande numero de symptomas denunciám-nos a sua producção. No momento de uma contracção uterina violenta, de uma manobra obstetrica bem ou mal fundada, de qualquer esforço, a parturiente accusa uma dôr viva, aguda, que lhe faz arrancar um grito, acompanhada de uma sensação de ruptura e ás vezes de um ruido surdo, tendo a sensação do corpo da criança que se desloca; as contracções uterinas cessam, ou se persistem, tornam-se raras e impotentes; o utero torna-se doloroso; pelo toque vaginal deixa de perceber-se, ou torna-se menos accessivel, a parte fetal até então apresentada; o sangue corre em maior ou me-

nor quantidade pela vulva, e conjuntamente, manifestam-se perturbações notaveis no estado geral: a face empallidece, o corpo cobre-se de suores, as extremidades tornam-se frias, o pulso accelera-se, a respiração modifica-se, o ventre tympanisa-se, apparecem nauseas, vomitos, e a prostração vai augmentando insensivelmente, succedendo-se o collapso e ordinariamente a morte.

Casos ha em que é esta a reprodução quasi fiel do quadro symptomatico da ruptura uterina.

Porem, nem sempre isto se observa, e o seu diagnostico é por vezes difficil.

Algumas vezes succede que só algum dos symptomas anteriores, isolado, chama a attenção do parteiro: umas vezes uma hemorragia insignificante é o seu unico symptoma; outras vezes a cessação brusca ou gradual das contracções uterinas; em outros casos o enfraquecimento da parturiente, seguido ou não de dôres ou vomitos, etc.

E se em seguida a qualquer d'estes symptomas, que se manifesta isoladamente e pouco intensamente, o feto ainda se conserva no utero, o accidente passará despercebido muitas das vezes, ainda mesmo para um medico experiente, que não seria, por certo, levado ao diagnostico de uma tão importante lesão, por um tão insignificante symptoma.

Casos ha até em que faltam absolutamente todos os symptomas. Assim Churchill aponta uma observação de P. Dubois em que a parturiente, a quem este terminou o parto por uma versão facil, sem ter accusado nenhum phenomeno caracteristico, succumbira no dia immediato ao da operação. Mas a ruptura que era extensa, comprehendendo

uma parte da face anterior do cóllo, bem como uma porção da parte esquerda do corpo do utero, foi verificada em seguida na autopsia.

Um dos symptomas mais frequentes das rupturas uterinas é a *cessação brusca ou gradual das suas contracções*. Às vezes porem persistem, sufficientemente energicas, para terminar o parto espontaneo; outras vezes cessam temporariamente, para voltarem a apparecer espontaneamente ou depois que o parto se tem terminado artificialmente; e casos ha ainda em que o utero se conserva durante algum tempo n'um verdadeiro estado tetanico (Lepage).

A *hemorrhagia* é tambem um dos symptomas mais frequentes das rupturas do utero, por vezes até o unico que desperta a attenção do parteiro. Pode ser mais ou menos abundante segundo a sua sede, a sua extensão, os vasos interessados, segundo a parte fetal faz ou não tampão e enfim, segundo o utero está em contracção ou em estado de inercia completa.

Por vezes é insignificante a hemorrhagia, ordinariamente quando a ruptura só interessa o cóllo; outras vezes porem é muito abundante, fulminante até, quando interessa o corpo, em virtude da sua maior vascularisação e por ser esta a sede mais frequente da inserção placentaria.

O sangue derramado internamente pode passar para a cavidade peritoneal; pode passar para a região hypogastrica dando ahi lugar a um tumôr molle, depressivel (Jolly); pode derramar-se tambem, dando lugar a um tumor sanguineo, entre a vagina e a bexiga (hematocelo ante-uterino extra peritoneal de Hecker).

A estes symptomas estão ligados muitos outros como a *pallidez*, o *resfriamento das extremidades*, *suôres frios*, *perda de forças*, etc.

O *vomito* é também um symptoma frequente da ruptura uterina. E' em geral pouco abundante, esverdeado, mais ou menos escuro, podendo ás vezes ser também sanguinolento. A's vezes manifesta-se também em partos terminados favoravelmente; mas, n'estes casos, não está ligado a outros symptomas que possam indicar-nos uma ruptura.

A *dôr* quasi sempre se observa, mas nem sempre é fixa. Algumas vezes estende-se a tóda a região hypogastrica, tornando assim difficil o diagnostico por palpação abdominal.

Em summa, por vezes só pelo agrupamento dos symptomas anteriores, é que nós poderemos chegar ao conhecimento do diagnostico seguro da lesão.

Os symptomas geraes são ás vezes de uma importancia bastante valiosa para o diagnostico da ruptura uterina; são quasi sempre os primeiros que chamam a attenção do medico parteiro quando elle examina uma mulher attingida de ruptura do utero.

O prognostico depende em geral da precocidade da intervenção; pois que, geralmente fatal para o filho e para a mãe, abandonada a ruptura sem tratamento cirurgico, deixa de o ser, sendo ainda todavia grave, mas nem sempre fatal, quando praticamos uma boa intervenção applicando as leis da antisepsia. Conseguimos assim hoje salvar mulheres que ainda não ha muito tempo teriam succumbido fatalmente.

Porem nem sempre podemos applicar o mesmo prognostico a todas as rupturas do utero, que é variavel segundo a ruptura é completa ou incompleta, segundo ella é mais ou menos extensa, segundo a maior ou menor resistencia da parturiente, etc. Assim, n'uma mulher já infectada por qualquer processo, o prognostico será sem duvida mais grave que em uma mulher cujos tecidos gosam ainda todas as condições de boa vitalidade e resistencia.

Nas rupturas completas, desde que ha uma solução de continuidade creada, a infecção é rapida e quasi fatal. Assim é, que n'estas, a mortalidade é muito maior que nas rupturas incompletas, cuja mortalidade por 100 attinge apenas 25, ao passo que nas completas sobe a 79 (Lepage).

---

## CAPITULO III

---

### Tratamento

Antes do conhecimento das leis da antisepsia e da asepsia, os processos de tratamento das rupturas do utero postos em pratica, eram impotentes e inuteis, levando os parteiros a considerarem este accidente d'um prognostico fatalmente mortal, limitando-se a confiar a infeliz rupturada, sem terminarem o parto, aos recursos da natureza. Prescrevia-se o opio e o gêlo; e, se a doente não succumbia á hemorragia, o tratamento habitual da peritonite era o seguido. Quando a criança passava para a cavidade peritoneal, fazia-se ás vezes a laparotomia; mas estas operações, praticadas quasi sempre em mulheres já infectadas, a maior parte das vezes em seguida a outras intervenções obstetricas como applicação do forceps, versão, cephalotripsia, etc., terminavam geralmente pela morte.

Hoje a intervenção impõe-se como um dever,

pois que a sciencia aponta meios para affrontar e combater as consequencias que sobrevenham, curando-se assim muitas das rupturadas, que fatalmente teriam succumbido se cruzassemos os braços e nos abstivessemos da intervenção.

Porem casos ha, infelizmente, em que a intervenção se torna impossivel, visto nem todas as rupturadas se encontrarem em localidade onde os meios á disposição do medico parteiro são sufficientes para uma intervenção d'esta ordem.

E que fazer em taes casos, n'uma aldeia distante de um hospital munido de uma instrumentação cirurgica necessaria para uma intervenção d'estas, que deverá ser tão precoce quanto possivel, para o bom resultado final? Ver-nos-hemos obrigados a confiar a infeliz rupturada aos recursos da natureza, limitando-nos apenas a applicar irrigações antisepticas e tampões, impotentes e inuteis, por certo.

Durante muito tempo, a ruptura do utero foi considerada como um accidente que não podia ser previsto nem prevenido. Hoje porem, está demonstrado sobre bases scientificas, que a maior parte das vezes poderemos obstar á sua realisação.

Muitas vezes é possivel evital-as; e se, apesar de todas as precauções ou inesperadamente, ella se realisa, a sciencia aponta-nos meios para affrontar este accidente e combater as suas consequencias. «Autrefois pour toute femme atteinte de une semblable déchirure c'était la mort á peu près certaine. Aujourd'hui, on emploie la methode antiseptique et les malades sortent guéries» (Tarnier).

N'este capitulo, do tratamento das rupturas

do utero, trataremos em primeiro logar da sua prophylaxia e em seguida do tratamento curativo.

## I

## Prophylaxia

São varias as causas que predispõem o utero a romper-se, como vimos já, tratando da etiologia. E a cada uma d'ellas corresponde uma serie de indicações prophylaticas que, muitas vezes postas em pratica, podem obstar á realisação do accidente que nos occupa.

E' verdade que em alguns casos a ruptura do utero se dá apesar de todos os cuidados e precauções prophylaticas; que algumas vezes assistimos a partos dystocicos, laboriosos, prolongados, exigindo a intervenção da arte, e que se terminam sem complicações que comprometam a vida da mãe ou do filho; que outras vezes a ruptura se realisa, sem que uma causa unica indique a sua possibilidade, collocando por assim dizer, na inercia, toda a prophylaxia. Mas serão sufficientes estas razões para descorarmos o tratamento prophylatico?

Parece-nos o contrario, que ellas justificam o dever de evitar quando possivel as causas que predispõem ao accidente, e de tomar uma serie de precauções que poderão ter uma influencia consideravel no resultado final, caso a ruptura venha a produzir-se. E' n'estas circumstancias que o mais rigorosamente possivel deve ser applicado o methodo antiseptico, com o fim de tornar as vias

genitales, onde os germens infecciosos encontram um meio esplendido para a sua rapida e vigorosa pullulação, perfeitamente asepticas, o que será sem duvida, uma condição favoravel de successo.

Limitando-nos ás rupturas do utero durante o trabalho do parto alguma coisa diremos, ainda que resumidamente, ácerca do seu tratamento prophylatico, baseando-o na constatação de certas condições desfavoraveis relativas aos órgãos maternos (alterações do tecido uterino, obliquidade uterina, apertos de bacia, etc.); sobre a constatação de certas doenças do feto (hydrocephalia); ou ainda de apresentações viciosas e manobras obstetricas varias.

Alterações do tecido uterino. — Vimos já, tratando da etiologia, que um grande numero de causas predisponentes, inherentes ao utero, têm como consequencia a falta de resistencia das suas paredes.

O corpo do utero, porem, escapa aos nossos meios de exploração; e muito difficil, ás vezes mesmo impossivel, se torna o diagnostico da predisposição. No entanto algumas vezes pelos antecedentes da parturiente nós poderemos desconfiar de qualquer alteração do musculo uterino. Assim, uma pancada na região hypogastrica seguida de uma dôr surda e de phenomenos inflammatorios, levará-nos a pensar n'uma metrite localizada, e como consequencia, a diminuição de resistencia n'esse ponto do tecido uterino; outras vezes a parturiente já foi victima de uma ruptura uterina ou operação cesariana anteriores, que são causas predisponentes muito importantes; pela palpação abdominal, pelo toque rectal e sobre-

tudo pela exploração do cóllo do utero, será possível reconhecer a existencia de formações neoplasticas, que trarão como consequencia uma diminuição de resistencia das suas paredes nas regiões correspondentes, etc.

Quando por qualquer d'estas circumstancias se poder presumir que ha um enfraquecimento das paredes uterinas, devemos auxilial-as a resistir, moderando ao mesmo tempo as suas contracções, quando ellas são exageradas, e evitando uma longa duração do parto, havendo todo o cuidado em saber se o feto está vivo ou morto, e no primeiro caso ainda, quaes as suas condições de vitalidade ou viabilidade. Poisque, para um feto morto ou vivo, mas em más condições de viabilidade, não deveremos hesitar em lançar mão de qualquer das operações mutilantes, que mais facil e promptamente possa diminuir os phenomenos de compressão e expansão, que ameaçam o utero de romper-se.

Em alguns casos aconselham os parteiros algumas compressas e uma larga cinta abdominal, de maneira a exercer uma compressão moderada e regular, não só no ponto enfraquecido, mas tambem abrangendo uma certa extensão dos tecidos visinhos, porque, se assim não fosse, iriamos talvez contribuir para a producção de uma ruptura que pretendiamos evitar.

Em caso de ruptura anterior, está indicado o parto prematuro ou mesmo o abortamento. (R. Labusquiére).

Obliquidade uterina. — A obliquidade uterina, quando muito pouco accentuada, não apresenta em geral indicação especial. Porem ás ve-

zes, ainda que não muito frequentemente, ella é muito pronunciada e pode ser um elemento importante na producção da ruptura.

N'estes casos é possível, quer já durante a prenhez, quer durante o trabalho, prevenir qualquer accidente grave levando o órgão á sua posição normal e mantendo-o n'essa posição.

Os meios indicados para preencher estas indicações são: o decubito dorsal, na obliquidade anterior; o decubito lateral direito ou esquerdo, segundo a obliquidade é esquerda ou direita; o emprego de cintas almofadadas que mantenham o utero na sua posição normal, etc.

Como regra a seguir é indicada a seguinte: fazer deitar a parturiente sobre o lado onde mais distinctamente se possa sentir o ligamento redondo distendido (M. Fritsch).

**Resistencia do orificio uterino.**—Por vezes as fibras musculares do cóllo do utero adquirem uma resistencia extraordinaria que, oppondo-se á sua dilatação, constituem um obstaculo serio á terminação do parto.

Esta resistencia ao nivel do cóllo, ou é de natureza puramente passiva, e temos então a chamada rigidêz do cóllo, ou é devida a uma retracção activa, e temos então a sua retracção espasmodica.

Compreende-se perfeitamente que, n'estas circumstancias, se o trabalho do parto se prolonga muito, se as forças expulsivas não conseguem vencer o obstaculo, se a dilatação do cóllo se não faz, o utero poderá romper-se.

Deveremos então proceder á sua dilatação por varios meios, que por vezes conseguem vencer esse obstaculo á terminação do parto. Assim

a dilatação digital e introdução moderada da mão, a pressão hydraulica applicada por meio de saccos hydrastaticos de Barnes, conseguem em geral vencer o obstaculo, quando a rigidez é espasmodica.

Porem, quando a rigidez é de natureza passiva, quando ha a verdadeira rigidez do cóllo, estes meios são impotentes, e não poderemos vencer o obstaculo sem recorrer a outros como as incisões nas paredes lateraes do cóllo, havendo todavia a maxima cautélla que ellas não excedam certos limites; e ainda assim, por vezes acontece que estes processos não dão uma dilatação sufficiente sem perigo de romper o cóllo. E então venos-hemos obrigados a reduzir pela perfuração os diametros da cabeça, quando é esta a parte fetal apresentada, ou praticar a operação cesarina, conforme as circumstancias.

Apertos de bacia.— Debaixo do ponto de vista prophylatico das rupturas do utero, é muito importante saber se a bacia não é apertada, ou se o é, e qual o gráu do aperto n'este caso. São estes dados, em face dos quaes o medico parteiro decide, se deve confiar a terminação do parto nas forças da natureza, ou se deve auxiliar-a.

As indicações prophylaticas a seguir são muito variadas, e só poderão ser estabelecidas em face de cada caso em especial.

Limitamo-nos a apontar summariamente quaes as indicações geraes que, segundo aconselham os mestres, regulam a intervenção nos casos de aperto de bacia, considerando dois casos: ou o aperto não permite o encravamento da parte fetal apresentada, ou é possível tal encravamento.

a) No primeiro caso, quando o aperto *não permite o encravamento*, o proceder dependerá do momento em que é exigida a intervenção do medico parteiro. Assim, durante os primeiros mezes da gravidez, o unico recurso está em provocar o aborto; nos ultimos mezes (7.º e 8.º) está indicado o parto prematuro; durante o trabalho do parto deve pensar-se na libertação do feto e, segundo o estado ou vontade da mãe, optar pela operação cesarina, pela cephalotripsia, ou ainda pela embryotomia.

Estas operações mutilantes, a cephalotripsia e embryotomia, deveremos empregal-as sem hesitação desde o momento que o feto esteja morto ou mesmo vivo, mas em duvidosas condições de viabilidade, com a sua vitalidade compromettida; pois que, um feto assim, deverá ser considerado para todos os effeitos como um feto morto. Mas, se o feto está vivo e em boas condições de viabilidade, para sermos humanitarios, deveremos preferir a operação cesariana, se bem que é contra-indicada pelo professor Pajot, que a regeita de um modo cathgorico, a qual julga só applicavel quando não haja outro meio possivel de salvação para a mãe.

b) No segundo caso, quando o aperto *permite o encravamento*, o proceder do medico parteiro dependerá tambem do periodo mais ou menos avançado da gravidez em que é observada a parturiente, não deixando de a interrogar sobre os partos anteriores, se é multipara, ácerca das circunstancias em que esses partos se fizeram, etc.

Se formos chamados ainda n'um periodo pouco avançado da gravidez, deveremos examinar

cuidadosamente os diâmetros da bacia, que nos fornecerão indicações para a epoca em que havemos de terminar antecipadamente o parto, vigiando attentamente a mulher para não deixar escapar o momento opportuno da intervenção. Mas, se o aperto é reconhecido durante o trabalho do parto ou muito proximo d'este, devemos evitar por todos os meios as causas que possam retardar a dilatação do cóllo, que geralmente n'estes casos é demorada; rectificar a apresentação do feto, se está viciosamente collocada; seguir a marcha do feto; e intervir opportunamente. Por meio do forceps podemos ás vezes diminuir os diâmetros transversaes da cabeça por uma compressão moderada sem perigos para a vida do feto, e assim extrahil-o. Mas nem sempre é possível uma tal extracção sem gravidade para a vida do feto; e n'este caso está indicada a symphysiotomia, quando a criança se encontra em boas condições e o aperto está incluído nos limites que lhe estão assignalados.

**Hydrocephalia.**— Nem sempre é facil o diagnostico da hydrocephalia. Por vezes é muito difficil e já a ruptura se tem produzido quando se realisa a intervenção.

Porem, todas as vezes que assistamos a um parto difficil e demorado, conservando-se a cabeça acima do estreito superior, tendo a parturiente já partos anteriores, faceis e espontaneos, devemos pensar n'um desenvolvimento anormal do craneo (Simpson).

N'este caso quando ha hydrocephalia e a expulsão se não effectua pelos esforços naturaes, uma puncção feita com um pequeno trocate pode,

evacuando o derrame hydrocephalico facilitar a terminação do parto tão effizadamente como quaesquer outros processos operatorios mais perigosos; e os operados raras vezes succumbem da operação, mas sim de novas accumulações liquidas. Se por este meio não se consegue terminar o parto, aconselham os authores o emprego do forceps, do cephaltrobo, ou a embryotomia.

Apresentações viciosas do feto — Versão. — O diagnostico da apresentação viciosa é ordinariamente feito durante o trabalho do parto. As indicações consistem em dar ao feto uma posição que facilite a sua expulsão; e se nenhuma outra circumstancia alem da apresentação viciosa exige a intervenção, abandona-se a expulsão ás proprias forças uterinas.

Nas apresentações cephalicas não é preciso fazer a versão, poisque está demonstrado que uma parte das rupturas e sobretudo as mais extensas e perigosas, se produzem justamente durante as versões ou ensaios de versões executados em casos de apresentação cephalica e de aperto de bacia (M. Fritsch).

Muitas vezes porem a versão é indicada e em geral não muito difficil, quando o medico parteiro é chamado logo em seguida á ruptura da bolsa das aguas. Mas o mesmo não acontece, e infelizmente a maior parte das vezes, quando somos chamados muito tempo depois do esvasiamento do liquido amniotico, cuja falta traz, como consequencia, uma retracção muito accentuada do corpo do utero e ao mesmo tempo um extremo adelgaçamento do collo, consequencias que, muitas das vezes, são exageradas pelo emprego

da cravagem do centeio. N'estes casos quaesquer manobras ou tentativas na cavidade uterina tornam eminente a producção de uma ruptura.

Em casos de criança morta ou muito compromettida na sua vitalidade, o que a maior parte das vezes acontece devido á longa duração do trabalho e ao esvasiamento do liquido protector, assim como ao estado tetanico do utero e algumas vezes tambem á procidencia do cordão, não temos senão a attender ao estado da mãe. E então, a versão nem sequer a deveremos tentar, mas sim proceder á embryotomia immediata.

Mas se a criança está em boas condições, deveremos combater a tetania uterina, calmal-a, pelos meios que a sciencia nos fornece como banhos tepidos prolongados, injeccões vaginaes emollientes, chloroformio, chloral, etc, tentando em seguida a versão, mas com toda a prudencia e doçura. Alguns authores aconselham n'estes casos a versão debaixo da narcose chloroformica

E se gastos todos estes meios e a versão se torna impraticavel, ainda mesmo que a bacia seja normal, não deveremos esperar pela evolução espontanea do feto, que é muitissimo rara n'estas circumstancias, mas deveremos proceder á embryotomia e extracção das partes fetaes, afim de evitar um trabalho inutilmente prolongado e que pode trazer consequencias graves para a mãe.

**Forceps.** — Não ha duvida que o forceps foi uma grande acquisição para a obstetricia, e ninguém poderá negar os constantes serviços que todos os dias presta á humanidade, salvando milhares de existencias.

E' um instrumento admiravel, simples e de

facil manejo. Mas a sua applicação não é exempta de grandes perigos quando em uma mão ignorante, imprudente, ou inhabil; ao passo que, dirigido por mãos intelligentes e habeis, rarissimas vezes é o agente productor de uma ruptura do utero, «c'est beaucoup moins sur l'instrument que sur l'adresse et l'habilité de l'homme qu'il faut compter» (Valpeau).

## II

**Tratamento curativo**

O tratamento curativo das rupturas do utero comprehende o tratamento immediato, isto é, a extracção do feto para fora da cavidade uterina ou peritoneal e o tratamento consecutivo ou propriamente dito da ruptura.

A) **Tratamento immediato** — Qual a conducta que deveremos seguir quando a ruptura é manifesta? Deverá o medico parteiro abandonar a rupturada aos recursos da natureza sem terminar o parto? Deverá intervir immediatamente procedendo á extracção do feto? E n'este caso, a extracção deverá ser feita por via genital ou por via abdominal?

São estes os problemas em cuja solução, por vezes muito difficil, assenta as suas bases o tratamento immediato das rupturas do utero.

A expectação, usada n'uma epoca em que esta complicação do trabalho do parto era mal conhecido ou os meios á disposição insufficientes ou perigosos, isto principalmente antes do conhe-

cimento das leis da antiseptia e da asepsia, está hoje por completo banida de pratica, mencionando-se apenas a titulo de historia. E se algumas vezes nos veremos obrigados a abraçar este processo de tratamento confiando a infeliz rupturada aos recursos da natureza, não será por certo o desconhecermos os bellos resultados operatorios obtidos graças á grande descoberta da therapeutica antiseptica, mas antes porque as condições de meio em que ella se encontra, tornam impossivel a precocidade d'esta operação, por falta de pessoal habilitado, ou instrumentação cirurgica necessaria.

Já n'uma epoca anterior á descoberta dos grandes processos de tratamento, apesar da sua terminação geralmente fatal para a mãe e para o filho, a intervenção era aconselhada por alguns authores quando o feto tinha passado para a cavidade peritoneal. Assim Baudelocque, M.<sup>me</sup> Lachapelle e outros aconselhavam a laparotomia, salvo nos casos em que a mãe estava agonisante e o filho morto.

Porem hoje, perante os progressos da cirurgia abdominal e da therapeutica antiseptica, não ha que recear os mesmos perigos que anteriormente se attribuia á intervenção.

Hoje todos os parteiros são de opinião que se deve intervir, procedendo á extracção immediata do feto. Porem, como as estatisticas nos ensinam indicações divergentes, o mais seguro será o medico parteiro estudar cuidadosamente o caso particular que se lhe apresenta, apreciar minuciosamente as suas particularidades essenciaes, deduzindo em seguida a melhor direcção thera-

peutica, que dependerá certamente das circunstancias da parturiente, da sede da ruptura, da apresentação do feto, se está ou não na cavidade peritoneal, do estado de contracção ou de relaxamento das paredes uterinas e ainda das dimensões da bacia.

Poderão apresentar-se varios casos :

- a) O feto está totalmente no utero.
- b) O feto passou em parte para fóra do utero.
- c) O feto passou totalmente para a cavidade peritoneal.

1) No primeiro caso quando *o feto permanece todo no utero*, temos em primeiro lugar saber se está vivo ou morto. Se está vivo, devemos conciliar a vida da mãe e do filho; e para isso as indicações são varias, dependentes principalmente da fixidez ou mobilidade da cabeça fetal. Assim, quando a cabeça está fixa ou encravada, está aconselhada a extracção a forceps; quando porem está movel acima do estreito superior e não é possível o encravamento, isto ordinariamente quando a bacia é apertada, e tivermos a certeza das boas condições de vitalidade do feto, está indicada a laparotomia. Mas quando são duvidosas as condições de boa vitalidade, deveremos recorrer ao cephalotribo ou á embryotomia, optando pela salvacção da mãe ainda que sacrificando o filho, se necessario fôr, do que pretender conciliar duas existencias inconciliaveis, arriscando-se a perder ambas (Pajot).

A versão tambem se pratica, ainda que raras vezes, quando a cabeça está movel, mas com toda a prudencia e doçura que reclamam as circunstancias.

No segundo caso quando *o feto está em parte fóra do utero*, sendo normaes as dimensões da bacia, está indicada pelos authores modernos a extracção immediata a forceps se a cabeça é a parte fetal apresentada, e a versão podalica quaesquer que seja a outra apresentação do feto.

Porem n'estas condições, por vezes succede que o musculo uterino está retrahido, e torna muito difficil a passagem atravez dos labios da soluçãõ de continuidade, da porçãõ fetal que passara para fóra do utero, sendo necessario para isso exercer tracções violentas, prejudiciaes á mãe e ao filho, quando este está vivo.

E' n'estes casos muito pouco frequentes, que P. Dubois e outros aconselham as incisões, com o fim de augmentar as dimensões da soluçãõ de continuidade.

Chailly regeita este processo de introduzir no utero a mão armada de bisturi, para ir augmentar a ruptura e vencer o obstaculo, isto é, a retracção. Brossard em 138 observações não encontrou senão um caso d'estes, em que o tronco do feto estava apertado entre os labios da ferida retrahida.

Fritsch diz nunca ter encontrado na sua clinica obstetrica casos d'estes, em que a ruptura actuava como um laço elastico, estrangulando por assim dizer o feto. Mas, n'estes casos, procederia conforme as circunstancias, diz elle: «si je pouvais atteindre facilement un pied, je procéderais à l'extraction en me basant sur l'espoir que la partie foetale engagée parcourra en sens inverse le chemin qu'elle vient de faire; mais si j' éprouvais trop de résistance et que l'hémorrhagie fut abon-

dante, je préférerais recourir á la laparotomie». Charpentier e Lepage, em eguaes circumstancias, preferem tambem a laparotomia.

Não seremos nós, certamente, quem deva emittir opiniões sobre assumptos cuja solução depende exclusivamente da observação e da pratica.

Confessamos que nunca vimos taes casos, nem praticar taes incisões, por alguns authores aconselhadas; no entanto pensamos que algumas vezes ellas terão vantagens, substituindo a laparotomia, operação morosa e nada innocente. E não é mesmo crível que praticos as tenham aconselhado, sem que d'ellas algumas vantagens se podesse esperar.

Com effeito, quando a ruptura tem a sua sede no corpo do utero, comprehende-se que seja extremamente perigoso levar ahi a mão armada de um bisturi, para ampliar as dimensões da ruptura; julgamos mesmo que a retracção do utero, continuando a manifestar-se, annullaria bem depressa os effeitos da incisão, se attendermos á constituição essencialmente muscular do utero. Mas ao nivel do cóllo, julgamos que taes incisões não serão tão inuteis nem tão perigosas, principalmente se a ruptura occupa as partes lateraes d'este, sua sede de predileção. Ahi não teremos receio de ferir orgãos importantes, como succederia no caso anterior quando a sua sede fosse no corpo do utero; alem d'isso os tecidos ao nivel do cóllo estão ordinariamente muito adelgaçados, o que facilita a incisão em toda a sua espessura; facilmente ahi poderemos chegar um bisturi; a contractilidade ahi não é em geral muito accentuada;

e a hemorragia não será por certo tão abundante, que seja a causa da morte da parturiente.

De resto as incisões serão poucas vezes necessarias, porque só em casos excepcionaes é que a ruptura ao nivel do cóllo affecta a direcção vertical, a unica que será capaz de dar lugar ao estrangulamento do feto; poisque a forma transversal, ordinaria n'estas rupturas, tenderá sempre a affastar os bordos da solução de continuidade, durante o esforço uterino.

Mas quando a ruptura é vertical e o estrangulamento se dá, as razões que deixamos ditas e a observação, demonstrando que taes incisões têm sido feitas e com resultado, authorisam a sua pratica, como meio prompto e não menos seguro, para a terminação do parto pelas vias naturaes.

Portanto todas as vezes que se dê a passagem parcial do feto para fóra do utero e a sede da ruptura seja o segmento inferior d'este, não deveremos desprezar este processo de extracção pelas vias genitales, ainda mesmo quando haja retracção uterina, não havendo outro obstaculo que se opponha á sua extracção por esta via; poisque, se não existe ainda um principio de infecção, é possivel, tomando todas as precauções antisepticas, collocar a parturiente ao abrigo de uma infecção secundaria, e evitar a laparotomia, operação que não é sem gravidade.

Nos casos de ruptura com sede no corpo do utero e retracção exagerada d'este, impossibilitando a extracção pelas vias naturaes, deveremos recorrer á laparotomia immediata, principalmente quando tudo nos leve a crer na possibilidade de uma infecção já existente.

3) No terceiro caso quando o *feto passou na totalidade para a cavidade peritoneal*, alguns aucthores modernos como Charpentier, Lepage, etc., parecem preferir a extracção pelas vias genitales, sendo possível; e no caso contrario, quer devido a aperto de bacia, quer á retracção dos labios da ruptura não permittindo novamente a passagem do feto para a cavidade uterina, quer ainda quando haja resistencia do cóllo, é que aconselham a laparotomia.

Pozzi, pelo contrario, só aconselha a extracção pelas vias genitales quando o feto permaneça na cavidade uterina; ao passo que, quando se dá a passagem do feto para a cavidade peritoneal, prefere a extracção immediata por via abdominal.

A mesma opinião é emittida por Trask, Jolly, e com elles varios outros, que preferem a extracção por via abdominal, comprovando por estatisticas o melhor resultado d'este processo operativo. Da mesma opinião é tambem Fritsch quando diz: «je pense qu'il est bon de procéder de suite a la laparotomie, á moins que la mort de la mère ne soit eminent; même au cas où il existerait une fort élévation de température et des symptômes de péritonite, il faut opérer quoique le pronostic soit grave et que nous n'ayons que peu de chances de sauver la vie de notre malade».

Não temos a experiencia nem a competencia para formular uma opinião pessoal; comtudo pensamos que a laparotomia deverá ser reservada para os casos em que o feto esteja vivo e seja absolutamente impossivel a extracção por via genital, sem graves prejuizos para ambos os existentes. Não abandonamos a laparotomia, poisque é uma

operação de necessidade, muitas vezes, e cujo prognostico, hoje, relativamente attenuado, em virtude da therapeutica antiseptica e dos progressos da cirurgia abdominal. Deveremos não hesitar em lançar mão d'este processo todas as vezes que um obstaculo accentuado á libertação do feto se opponha á sua extracção pelas vias naturaes, e quando haja qualquer infecção que nos faça prever uma peritonite eminente.

B) **Tratamento consecutivo** — Em seguida á extracção do feto e da placenta, temos que nos occupar o mais rapidamente possivel do tratamento propriamente dito da ruptura ou consecutivo. Estamos ordinariamente em presença de dois perigos: a hemorragia e a infecção.

Se algumas vezes a hemorragia é dominada pela propria natureza, a maior parte das vezes torna-se abundante e perigosa, podendo ser a causa de morte immediata. E' por vezes muito difficil sustar-se, ordinariamente quando é de origem arterial, tornando-se impotentes para a combater os differentes meios hemostaticos como irrigações de agua quente a uma temperatura de 48°, injeccões hypodermicas de tintura de cravagem, etc.; e ainda mesmo os tampões vaginaes e as compressões do ventre por um penso ou uma funda, nem sempre conseguem o fim desejado. Só pondo a descoberto a sede da hemorragia e praticando a laqueação dos vasos que sangram, é que conseguimos pôr-lhe termo de uma maneira definitiva. Assim, quando a ruptura occupa a espessura dos ligamentos largos, o unico meio de praticar a hemostase, será sem duvida, as rupturas em massa n'esses ligamentos, depois de praticarmos a lapa-

rotomia; os tampões vaginaes e as proprias suturas feitas pela vagina, não seriam capazes certamente, de pôr termo a uma tal hemorragia.

E' verdade que algumas vezes, quando a extracção do feto se faz pelas vias naturaes e que a ruptura em geral não é muito extensa, nem a hemorragia muito abundante, nós conseguimos o fim desejado por meio dos tampões antisepticos, tendo o cuidado de fazer ao mesmo tempo a compressão energica do abdomen. E se algumas vezes a expectação, auxiliada da drenagem do tampão, intra-uterino e da ruptura, da compressão, etc., tem podido deixar escapar á morte algumas mulheres, a verdade é que as estatisticas modernas condemnam este processo na maior parte dos casos, que por vezes apresenta tambem o perigo de rasgar o peritoneo, em casos de ruptura não perfurante.

As estatisticas modernas mostram que a mortalidade é mais elevada quando se não intervem, do que quando se pratica a laparotomia. Assim a estatistica de Pinard publicada por H. Varnier (congresso de Nantes, 1901) é instructiva a este respeito: n'um primeiro grupo comprehendendo 11 casos, observados de 1885 a setembro de 1897, em que o tratamento consistia apenas na extracção do feto pelas vias naturaes e tampões, 10 mulheres mortas; n'um segundo grupo de 12 casos, observados de 1897 a setembro de 1901, 6 vezes a mulher morreu sem que houvesse tempo para intervir, ao passo que sobre as 6 outras, seguidas de operação, 3 curaram-se.

A estatistica dos casos de ruptura uterina observados de 1877 a 1901 na maternidade de

Moscow, publicados por Ivanoff (ann. de gyn. e d'obst., maio de 1903), sobre 124 casos tratados systematimente pelo tratamento conservador (gêlo, funda compressiva, tampão da região rupturada com gaze iodoformado, etc.) ha 98 mortes, ou 79 por 100 de mortalidade (Lepage).

Só praticando a laparotomia, é que nós poderemos parar d'uma maneira definitiva a hemorragia, pela ligadura directa dos vasos que sangram; só assim é que nós poderemos fazer a evacuação dos coagulos e liquidos derramados na cavidade abdominal, etc.

Deveremos tambem ter todo o cuidado com a infecção septica, uma vez que existe uma passagem livre para os germens que a produzem, evitando-a por todos os meios, obtendo sempre um estado aseptico do peritoneo e dos liquidos derramados (o mesmo tambem para a cavidade uterina e vias genitales), pondo em pratica para isso os preceitos aconselhados pela antisepsia moderna. Será sem duvida, este, o principal elemento para o bom resultado final. E conforme a importancia das lesões, deveremos optar pela sutura da ferida ou pela ablação do utero.

A *sutura da ferida* com catgut ou sêda, indicada em certos casos quando o utero não é a sede de qualquer processo tumoral ou de infecção, e quando alem d'isso os bordos da solução de continuidade, não muito extensos, são regulares e pouco mortificados, expõe todavia a mulher a uma infecção e a uma nova ruptura, quer durante um novo trabalho, quer mesmo durante uma nova prenhez, em virtude da cicatriz resultante.

Zweifel aconselha que n'estes casos se deve

esterilizar a mulher seccionando as trompas com o thermocauterio.

A maior parte dos autores modernos, porem, optam pela *ablação do orgão*, quer por uma simples operação de Porro, quer por uma hysterectomia supra-vaginal, quer pela hysterectomia abdominal total.

Porem, de todos estes processos, aquelle que melhores resultados tem fornecido, é a hysterectomia abdominal total com dreno pela vagina (Kolomenkin).

H. Varnier, partidario da intervenção cirurgica qualquer que seja a ruptura (completa ou incompleta), prefere á hysterectomia total a sub-total, com fixação do pediculo á parede abdominal e exteriorisação.

Em 5 casos successivos de ruptura do utero terminados por 5 curas no «Alt-Katharinenspietels», empregaram-se as seguintes operações: hysterectomia abdominal total, 3; operação de Porro, 1; hysterectomia vaginal, 1 (Lepage).

Vê-se pois, que todos estes processos operatorios têm as suas indicações, que só poderão ser estabelecidas em presença de cada caso em particular.

A ambas as rupturadas que tivemos occasião de observar foi feita a operação da hysterectomia abdominal (processo d'Hegar) com fixação exterior do pediculo e tampão de Mikulicz. Uma d'ellas conseguiu curar-se apezar da ruptura datar de cerca de 14 horas e de ter havido grandes perdas sanguineas, poisque a hemorragia não foi possível sustar-se por completo desde o momento da sua producção, 2 horas da manhã, até ao momen-

to da intervenção, 4 horas da tarde do mesmo dia 25 de outubro. Esta ruptura era extensa, interessando o cóllo uterino em quasi toda a sua circumferencia, assim como ainda uma porção da vagina.

O segundo caso foi seguido de morte, o que não admira, visto a ruptura datar de muitas horas, encontrando-se a parturiente em más condições relativamente á infecção.

Ordinariamente nas rupturadas sobrevem um estado de cançasso, prostração, um collapso mais ou menos accentuado; o pulso torna-se miseravel, por vezes mesmo imperceptivel; as extremidades mais ou menos frias; e o facies d'uma pallidez e indifferença notaveis, indicando o profundo abálo das funcções nervosas. Casos ha até, em que o choque traumatico e a hemorrhagia, têm consequencias fataes immediatas.

As indicações n'estes casos são evidentes: repouso tão completo quanto possivel, levantar a depressão nervosa, tonificar o systema nervoso, resistindo ao aniquilamento completo das forças vitales. A' disposição do medico estão todos os agentes que em therapeutica se chamam excitantes geraes (ether, ammoniaco, cognac, vinho do Porto, etc.).

Alem d'isso a parturiente deverá ser isolada de todo o meio contagioso, n'uma casa onde se encontrem as melhores condições hygienicas, de temperatura, de ventilação, etc., o que sem duvida, não deixará de exercer uma grande influencia no resultado desejado da operação.

# Proposições

---

*Anatomia.* — No corpo humano a symetria bilateral é apparente.

*Histologia.* — E' distincta a estriação muscular no utero gravido.

*Physiologia.* — A menstruação é independente da ovulação.

*Pathologia geral.* — As moscas disseminam notavelmente os bacillos da tuberculose, podendo contribuir muitissimo para a propagação da doença.

*Materia medica.* — Os clysteres alimentares de pouco valem na therapeutica.

*Pathologia cirurgica.* — Nos lypomas devemos ter todo o cuidado com a laqueação do pediculo quando tenha adherencias a um vaso importante.

*Anatomia pathologica.* — A suppuração é uma complicação da inflamação.

*Pathologia medica.* — Na pleurisia com derrame abundante prefiro a thoracocentese aos vesicatorios repetidos.

*Operações.* — Quando haja de puncionar-se a bexiga prefiro a punção hypogastrica.

*Partos.* — O utero gravido, mesmo sem alteração pathologica dos tecidos, póde romper-sc.

*Hygiene.* — Nos lugares onde reinam endemicamente as febres palustres deve proceder-se á plantação d'eucalyptus.

*Medicina legal.* — O feto póde ser estrangulado dentro do utero sem que haja infanticidio.

VISTO

O Presidente

*Luiz Viegas.*

PODE IMPRIMIR-SE

O Director

*Moraes Caldas.*