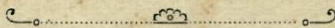
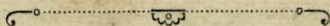


7008

1900



Rupturas uterinas puerperas



7021A EMC

N.º 1

ARTHUR VEIGA DE FARIA

Alumno interno do Hospital Geral de Santo Antonio



Rupturas uterinas puerperaes

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

80 — Rua da Fabrica — 80

1900

102/1 ENC

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO INTERINO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

Corpo Docente

Lentes cathedratcos

os Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.:

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

Lentes jubilados

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

Lentes substitutos

Secção medica.	} Vaga. Vaga. Luiz de Freitas Viegas. Vaga.
Secção cirurgica	

Lente demonstrador

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

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

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

A MEUS PAES

Dr. José Carlos Godinho de Faria

D. Margarida Adelaide Veiga de Faria

AO CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto



AO CORPO CLINICO

DO

Hospital Geral de Santo Antonio

E

EM ESPECIAL

aos *Ex.^{mos} Srs. Drs.*

Guilherme Gonçalves Nogueira

José Dias d'Almeida

Joaquim José Martins da Silva

AO MEDICO PARTEIRO

Arthur Maia Mendes

Director da enfermaria 9 do Hospital de Santo Antonio

AO PROFESSOR

Antonio Joaquim Ferreira da Silva

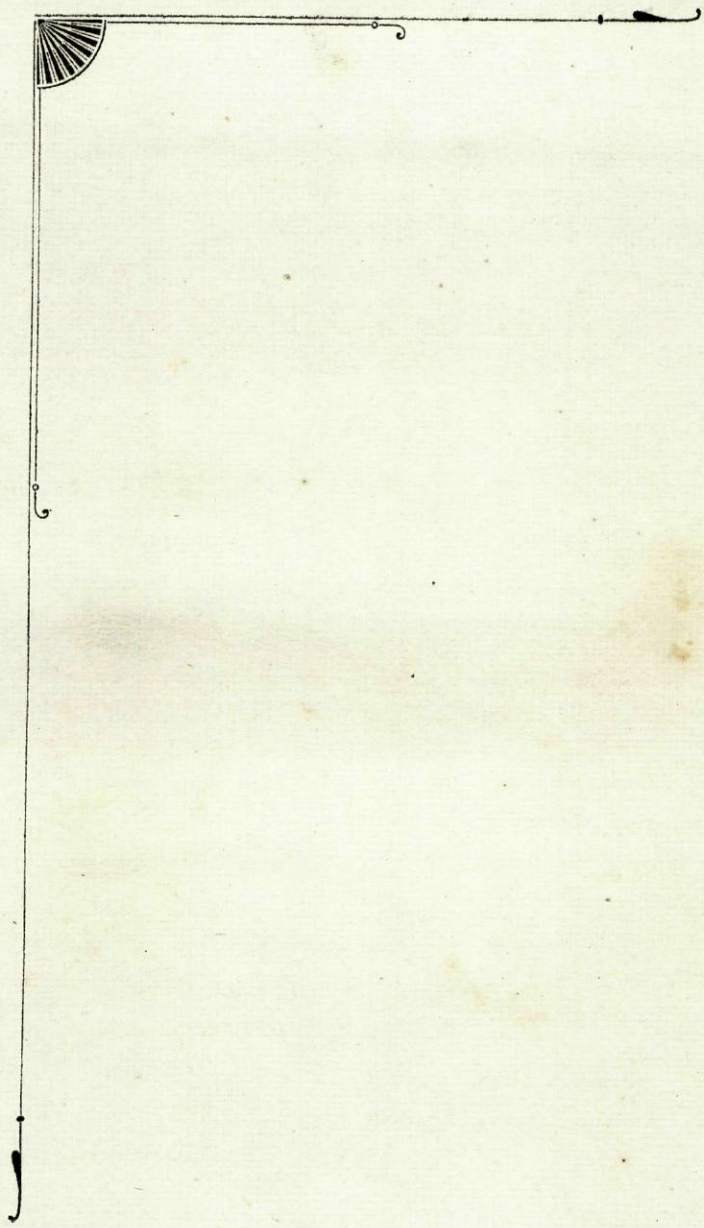
Director do Laboratorio Chimico Municipal

AO MEU PRESIDENTE

o

Professor Alberto Pinto Pereira de Aguiar

Director do Laboratorio Nobre



INTRODUCCÃO

Determina o regulamento de 23 de abril de 1840 que o acto final dos alumnos das Escolas Medicas de Portugal seja precedido da apresentacão de uma dissertacão. Esta dissertacão, manuscrita nos primeiros annos, passou a ser impressa, em consequencia de resoluçao ulterior.

Sem desconhecer os motivos ponderosos que podem justificar esta disposicão legal, todos commigo comprehenderão as difficuldades que um estudante depara para, ao terminar o seu curso, escrever um trabalho de alguma originalidade ou de algum valor individual. As difficuldades começam logo na escolha do assumpto.

Inevitavel me é porem cumprir, consoante os meus recursos, a imposicão da lei, para poder obter a minha carta de medico.

A dissertacão que apresento devo-a a uma innovacão regulamentar introduzida em 1896 no hospital de Santo Antonio. Refiro-me á instituiçao do

internato e do externato para os alumnos da Escola Medica, innovação local que tão poderosamente veiu facilitar-lhes e levantar-lhes o apprendizado pratico, com simultaneo beneficio para os enfermos. São merecedores de todos os louvores e de todo o reconhecimento os nomes dos mesarios que collaboraram em tão proficuo regulamento, e entre estes mesarios muito especialmente o professor Maximiano Lemos.

No concurso aberto ha dois annos para os lugares de alumnos internos do Hospital de Santo Antonio, quizeram as circumstancias que me fosse distribuida a enfermaria n.º 9, que comprehende uma sala de partos, superiormente dirigida pelo distincto medico parteiro Maia Mendes.

Foi no exercicio do meu internato que eu entendi dever procurar assumpto de interesse pratico, com o qual podesse satisfazer a determinação do regulamento da Escola e ao mesmo tempo provar a utilidade do internato hospitalar.

Se na bibliotheca hospitalar fundada ha poucas semanas com as dissertações dos alumnos internos fôr este trabalho occupar o mais modesto lugar, é porque os recursos intellectuaes não lograram auxiliar melhor a minha boa vontade.

No decurso do meu internato varios assumptos de interesse me fixaram a attenção, mas nenhum a prendeu tanto como uma ruptura uterovesical, de prognose a mais grave e de salvação a mais inesperada, caso observado em outubro de

1899, no dia de abertura das aulas escolares. Impressionou-me profundamente este caso, em que fui ajudante da extracção a forceps e chloroformisador na hysterectomia da agonisante mulher, cujo pulso batia 170 pulsações por minuto, e cuja vida a cada instante ameaçava desaparecer.

Grande foi a surpresa ao encontrar no dia seguinte ainda viva a operada, de quem na vespera imaginavam todos despedir-se para sempre. Era uma esperança nascente, que nos dias seguintes foi convertendo-se em probabilidade, e mais tarde na certeza de cura; porque a mulher veio a sahir do hospital curada.

Circumstancias muito semelhantes actuaram no actual parteiro francez, o dr. Labusquiere, discipulo do grande Pajot, para lhe suggerirem o assumpto da sua dissertação inaugural. Foi tambem um caso de ruptura do utero, em muito más condições e já no periodo antiseptico.

Pajot manifestara a surpresa da cura n'estas sinceras e eloquentes palavras. «O resultado é extraordinariamente maravilhoso, e, apesar da minha velha experiencia, muito velha, sim, declaro nunca haver observado nada semelhante».

O caso que abaixo (4) vai resumidamente des-

(4) Observação de Pajot. Ruptura completa provocada.

H. 35 annos, III para de partos anteriores laboriosos mas terminados espontaneamente. Terceira gravidez muito penosa por um desvio anterior do utero, muito accentuado (ventre em alforge). Principio de trabalho de termo. Trabalho laborioso. Apresentação de tronco. Ruptura

cripto é não só notavel pelo resultado mas pela fórma do tratamento, em que não se recorreu á hysterectomia.

Este caso, typico, de Pajot e outros muitos que poderia mencionar provam que não se pode aceitar, sem reservas, as proposições do meu mestre e amigo Maia Mendes, quando diz que a ruptura uterina completa, abandonada a si propria, a despeito dos maiores cuidados, dá a morte, e que a hysterectomia é o seu remedio de probabilidades salvadoras. *Observação II.*

Attenta a importancia do accidente, o mais grave que pode succeder a umã parturiente, e a curiosidade da observação de outubro de 1899, Maia Mendes, que foi o operador da paciente, recommendou-me *as rupturas do utero*, como base appropriada para a minha dissertação final. O anno acabou de

imprudente das membranas por uma parteira. Consecutivamente tentativas multiplas e infructuosas de versão por um medico. No decurso d'estas manobras sensação de uma dor atroz e perda de conhecimento. E' transportada para a clinica das mulheres meio-moribunda e em pleno collapso. Muitas horas depois da chegada da paciente, o professor Pajot verificava: aperto da bacia, apresentação de tronco, placenta inserida no segmento inferior do utero, ruptura completa da vagina e do utero, o corpo do utero cahido para o hypochondrio direito, parte da creança passada para o ventre. Versão e extracção pelas vias naturaes. Cephalotripsia sobre a cabeça ultima e retirada acima do estreito superior apertado. Placenta e membranas sahem arrastadas pelo cordão ligado ainda ao feto. Houve no dia seguinte febre, diarrhea abundante e rebelde, dores thoraco-abdominaes, dyspnea, pleuresia, etc.

Tratamento: injeções com o licor de Van Swieten, sulphato de quinina, alem de outros medicamentos empregados contra a diarrhea e congestões pleuríticas. Cura.

decorrer sem no hospital se apresentarem novos casos, e iam-se-me desfazendo as primitivas impressões, quando o novo anno de 1900 se inicia obstetricamente no Hospital de Santo Antonio por uma serie de rupturas uterinas, que o professor Alberto de Aguiar, assistindo á ultima, apellidou metaphorica e espirituosamente de *epidemia*.

Tambem S. Ex.^a me recommendou o assumpto como adequado para uma dissertação; e o sorteio decidiu depois que haja de ser elle proprio quem presida á defeza d'ella.

Depois da serie de rupturas occorridas no principio d'este anno, assisti mais tarde a uma perfuração do utero pela sonda de Doleris; e quasi no fim do anno lectivo a outra perfuração uterina determinada por um abcesso diffuso do ligamento largo.

No tratamento das doenças chronicas o medico tem tempo para completar as noções possuidas e para avivar as esquecidas; em uma ruptura do utero impõe-se a urgencia da intervenção, e o cirurgião precisa de ter formadas e firmadas as suas ideias, para previa e nitidamente fixar o *modus faciendi* ou fórma de intervenção. Ora tantos são os medicos que concluem os seus cursos sem haverem observado um caso de ruptura uterina, que chamar-lhes a attenção para o gravissimo accidente não é intento destituido de utilidade.

Diminuto era o numero das observações que no meu internato pude colher. Tentei accrescen-

tal-as e completal-as com todos os subsidios que em Portugal existissem impressos ou ineditos. Aspirava a que o trabalho tivesse um caracter nacional, que podesse supportar a confrontação com os estrangeiros sobre o mesmo assumpto.

Apesar de algumas das minhas cartas have-rem sido acolhidas com o silencio dos mortos, consegui-o em grande parte, visto que todo o valor d'este trabalho meu reside na sua parte segunda, que comprehende vinte e duas observações. Ascenderam ellas a 24 pela addição de outras duas que completei com os elementos que um dos mais talentosos professores da nossa Escola teve a amabilidade de fornecer-me, e que vão inseridas no capitulo da therapeutica. E 25 serão com a adjuncção de um caso de perfuração uterina determinada pela cureta, caso que foi observado e me foi oralmente relatado por um outro professor.

Em nenhuma dissertação estrangeira encontrei casos tão variados e curiosos.

Aqui apparece-nos uma ruptura uterina traumatica, durante a gravidez. A gestante durante longos mezes nada soffre, vindo, tres annos depois do accidente, queixar-se de fortes dores, que impozeram uma hysterectomia total abdominal, que fez a cura dos soffrimentos da mulher.

Além uma ruptura utero-vesical, operada 15 horas depois, e curada no fim d'um mez, vindo infirmar a opinião de Bonnaire, Brossard e Labusquiere, trindade auctorizada em rupturas do utero,

que declarava impotente toda a tentativa de tratamento das rupturas vesico-uterinas.

Mais adiante uma creança, extrahida viva e viavel das ansas intestinaes, para onde se internou atravessando uma extensissima ruptura utero-vaginal, vindo enriquecer a muito preciosa e rara estatistica, que quasi se poderia contar pelos dedos.

Finalmente, calculando a percentagem das curas pela laparotomia, encontramos o elevado numero de 44,4; e subtrahindo dous casos de mulheres agonisantes operadas, que não permittiam ajuizar d'um methodo therapeutico, subimos a 57,1, a mais elevada percentagem curativa de todo o mundo. Com effeito Fehling obteve 48,1; Leopold 46; Schäffer 36,1 e nós 57,1!

A alta cirurgia portugueza não tem que se envergonhar no confronto com a dos paizes mais afortunados. Perante a suprema cirurgia allemã de que tanto falla o professor Sabino Coelho, esta estatistica honra-nos e nobilita-nos.

N'este glorioso triumpho a palma compete ao distinctissimo professor Alfredo Costa, que me offereceu com a mais penhorante amabilidade seis observações muito curiosas, em duas das quaes as pacientes sobreviveram á hysterectomia supra-vaginal.

As phototypias que completam a segunda parte da dissertação são elementos valiosos para a anatomia-pathologica e provas justificativas do procedimento operatorio.

Quiz o snr. dr. Ferrari junctar á obsequiosa offerta da observação I a amavel dadiva da photographia do feto, que mandei phototypar.

Depois de haver esboçado em toscos traços geraes o valor das observações da segunda parte da dissertação, cumpre-me acclarar o espirito da primeira.

Subordinado a uma orientação pratica, prestei especial attenção aos capitulos da therapeutica e da prophylaxia. As considerações desinvolvidas no capitulo da medicina legal visaram a completar a prophylaxia.

E' uma verdade incontestavel na pratica gynecologica que a peritonite é mais facil de evitar que de curar. E, como a peritonite é a causa mais frequente da morte nas rupturadas uterinas, poder-se-ha dizer analogamente que a prophylaxia das rupturas é mais facil que a therapeutica, ou em outros termos a prophylaxia é segura e a therapeutica fallivel.

Se esta humilde these tiver a invejavel felicidade de contribuir para poupar alguma mulher á ruptura uterina, confessar-me-hei generosamente recompensado do tempo e do trabalho que dispendi.

E' necessario que nos convençamos de que todas ou quasi todas as rupturas uterinas podem e devem ser evitadas.

A todos os professores e a todos os clinicos, que prestaram ao meu trabalho o valioso concurso

das suas observações, aqui lhes renovo os meus agradecimentos e protesto a minha gratidão.

Ao illustrado jury que houver de apreciar esta dissertação e de classificar a minha ultima prova escolar rogo a mesma benevolencia que durante o meu curso me foi dispensada por todos os professores d'esta Escola.

I

HISTORIA

Tem havido quem attribua a Hippocrates, cinco seculos antes da nossa era, a primeira observação sobre a ruptura do utero. Tambem tem havido quem confira a prioridade da observação a Celso, o Hippocrates latino, que viveu no seculo primeiro. Mas os textos citados parecem tão obscuros, que muito duvidoso é que tão celebrados medicos houvessem tido noções e pretendido exprimir-as nos seus escriptos sobre um accidente, que durante longos seculos passou despercebido aos seus successores.

De Celso até o seculo XVI tudo o que se pode lêr é vago e obscuro em relação a rupturas do utero; e as observações descriptas deixam no leitor a duvida se serão effectivamente de rupturas ou de prenhez extra-uterinas.

Além de serem os homens geralmente excluidos da assistencia a partos, havia para manter o desconhecimento do assumpto a proscricção das autopsias humanas, que só veio a levantar-se no seculo XVI. Se é verdade que Herophilo e Erasistrato empregaram, alguns seculos antes de Christo,

o escalpello em cadaveres humanos, é tambem certo que taes dissecções foram tornando-se cada vez mais raras, que no tempo de Galeno não se faziam e que continuaram a deixar de fazer-se por mais de uma dezena de seculos. No dictionario de Dechambre diz-se que foi no seculo XIV que em Milão se fez a primeira dissecção publica de um cadaver humano, e que só no seculo seguinte se pôde assistir a este espectáculo em França, primeiro em Montpellier e depois em Pariz.

E' com a generalisação das dissecções e o grande desinvolvimento dos estudos anatomicos, que no seculo XVI apparecem as primeiras observações claras e indubitaveis da ruptura do utero, registadas por Ambrosio Paré, Plater e outros, e confirmadas por autopsias. Em 1581 Rousset, no seu livro sobre hysterotomotokia, suscita, a proposito de casos diversos de ruptura do utero, a ideia de se auxiliar a natureza por meio da operação cesariana. Guillemeau em 1621, no seu tratado da gravidez e do parto, apresenta um estudo cuidadoso do assumpto com tentativas theoricas. Mauriceau em 1681 e 1682 publicou algumas observações de rupturas do utero, verificadas pela autopsia, e nas quaes não houvera a menor intervenção cirurgica, visto o auctor ter a opinião radicada de que a operação cesariana é sempre seguida de morte. Entre as observações de Mauriceau sobresaia curiosamente uma pela circumstancia de nella figurar Chamberlen, o inventor dos forceps, a applicar este instrumento

com resultados desastrosos e com ruidosa reprovação da cirurgia parisiense. Depois Saviard em 1692, Peu em 1694, De la Motte, Viel, e Gregory no principio do seculo passado descreveram numerosos casos de rupturas uterinas verificadas pela autopsia. É porém em 1756 que apparece impresso o primeiro estudo especial e methodico das rupturas do utero devido á penna de Crantz. Elle, como o seu contemporaneo Levret, vê nos movimentos da creança a causa essencial das rupturas do utero; e aconselha a expectação, adduzindo para isto suppostos casos de cura, em que a creança depois de haver entrado na cavidade peritoneal se enkystara ahi para mais tarde sahir por caminhos diversos. A despeito d'estas opiniões, auctorisadas naquelle tempo, parece que em 1767 se praticara em Mans pela primeira vez a gastrotomia em uma ruptura uterina, e outra vez em Orleans em 1775.

No seculo actual tornam-se mais numerosas e interessantes as publicações sobre esta materia: Baudelocque, Deneux, Lamarre-Picquot, M.^{me} Lachapelle, Dezeimeris, Duparcque, Velpeau, Murat, Ramsbotham, Simpson, Fresh, Kayser, Stein e muitos outros contribuem com os seus escriptos e com as suas observações para o esclarecimento do assumpto. Deixa-se de considerar os movimentos da creança como a causa essencial das rupturas do utero; estudam-se as variadas causas; propõem-se theorias novas para o accidente; e advoga-se cada vez mais o recurso á gastrotomia.

Nos ultimos annos a antiseptia veiu amplificar e melhorar a therapeutica da lesão. A anesthesia e a antiseptia são duas acquisições medicas de tal valor, que por si sós perpetuariam brilhantemente a memoria de um seculo. Se com a primeira ficou habilitada a supprimir a dor operatoria, pela segunda foi a cirurgia ensinada a defender-se de microbios homicidas, de existencia antes desconhecida, mas cujos effeitos faziam o desespero e o terror dos cirurgiões. Com a applicação dos agentes anestesicos, com os actuaes meios hemostaticos, e com a observancia dos processos de asepsia, uma laparotomia exploradora deixou de intimidar um operador experiente.

São estas acquisições protectoras da cirurgia moderna, que não só facilitaram a decomposição e o estudo do complexo problema das rupturas uterinas, mas lhe amplificaram e melhoraram as soluções operatorias.

E' assim que Carl Braun em 1874 introduziu a drenagem peritoneal no tratamento das rupturas do utero; que as cœliotomias se podem praticar com maior frequencia, e com melhores resultados; e que a operação de Porro, pela vez primeira applicada á ruptura do utero por Oscar Prevôt em 1878, tem podido praticar-se depois repetidamente com uma crescente percentagem de bons exitos.

II

CLASSIFICAÇÃO

A definição da ruptura do utero é desnecessaria, porque a palavra ruptura lhe dá a significação fiel e clara.

Emquanto ao periodo puerperal em que se pode produzir uma ruptura do utero, pode esta ser da gravidez, do trabalho do parto e da involução gravidica. As mais frequentes, mais importantes e as de que mais me occuparei são as produzidas no trabalho do parto.

A ruptura pode ser completa e incompleta. E pode tambem ser mixta, accrescentarei eu, auctorisado pela observação XIV adiante descripta, em que houve associação das duas fórmãs.

O utero compõe-se de tres tunicas: a mucosa, a muscular e a sorosa. Os escriptores da especialidade denominam completas as rupturas que comprehendem todas as tres tunicas, e incompletas as que as não fendem todas. E das incompletas especificam como internas as que apenas comprehendem as tunicas mucosa e muscular, e como externas as que só rasgam o peritoneo.

Parece-me melhor definir rupturas completas

aquellas em que ha solução de continuidade de toda a espessura parietal do utero; visto que como completas considero algumas rupturas em que o peritoneo não foi rompido, como as produzidas no intervallo dos dois folhetos dos ligamentos largos.

Das rupturas incompletas as externas ou simplesmente peritoneaes são assaz raras: quasi sempre surpresas de autopsia, depois de os seus symptomas se haverem confundido com os da hemorragia interna e da peritonite aguda na curta agonia premortal. As incompletas internas são frequentes, ao contrario das externas, e as suas consequências para a paciente são muito variadas.

Emquanto á extensão da ruptura podem-se estabelecer dois grupos: as simples em que só o utero foi fendido; e as complicadas em que com elle se rasgaram a vagina, a bexiga, ansas intestinaes, etc.

A observação II da segunda parte d'esta dissertação descreve o caso por mim observado de ruptura uterina complicada com ruptura vesical. Este caso foi felizmente seguido de cura; apesar de Brosard, Bonnaire, Labusquiere e outros parteiros autorisados dizerem «que uma ruptura utero-vesical é de tal gravidade, que toda a tentativa de tratamento é impotente, ou que o resultado de tal complicação de accidentes tem sido sempre, parece, funesto».

O grupo das rupturas complicadas é ainda susceptivel de ser subdivido em rupturas que comprehendem o peritoneo com o utero e outros orgãos, e

em rupturas extraperitoneaes que, poupando o peritoneo, abrangem com o utero tambem a vagina, a bexiga ou a urethra.

N'esta dissertação não me occuparei das fistulas utero-vesicaes, devidas á compressão da cabeça fetal contra a symphise, especialmente nos casos de prolapso uterino; nas quaes se opéra uma mortificação de tecidos que quasi sempre mais tarde origina a formação da fistula pela queda de uma eschara.

Relativamente ás causas, quasi todos os parteiros admittem a classica divisão das rupturas uterinaes em espontaneas e traumaticas. Parece-me pouco rigoroso este ultimo adjectivo assim applicado, porque etymologicamente a palavra ruptura envolve a ideia de traumatismo, parecendo por isto pleonasmoo qualificativo traumatico. Poristo alguns parteiros vieram esclarecer a significação dos termos, dizendo que as rupturas espontaneas eram o synonymo de traumaticas internas, ou auto-traumaticas; e que as traumaticas propriamente ditas eram as devidas a um traumatismo externo, ou hetero-traumaticas. Nas espontaneas a causa estaria no utero, feto ou bacia; nas traumaticas partiria das mãos ou dos instrumentos do parteiro.

Estas explicações não satisfazem, porque as rupturas traumaticas não são determinaveis só pelo parteiro; podem ser causadas por outra pessoa, incluída a propria parturiente. E em que grupo incluir as rupturas causadas pela cravagem e pela

ergotina, de que adiante apresento alguns casos? Em nenhum dos dois grupos achariam cabimento apropriado. É então necessario crear um terceiro grupo, o das rupturas medicamentosas.

Proporei denominações e definições, differentes das geralmente adoptadas, para a classificação etiologica das rupturas. Aceito os dois grupos com as denominações de rupturas espontaneas e de rupturas *provocadas*, e não direi traumaticas. Estas, as provocadas, são as produzidas por traumatismos exteriores, por manobras obstetricas e pela administração intempestiva da cravagem ou outras substancias pharmacologicas. Aquellas, ou as espontaneas, são, por exclusão de partes, as devidas a um conjuncto variado de causas, difficil de resumir, com excepção dos tres grupos para as outras designados.

O quadro seguinte resume synpticamente a classificação das rupturas uterinas puerperaes, que constituem o assumpto especial d'esta dissertação.

Rupturas uterinas puerperaes	{	da gravidez . . .	{	incompletas	{	internas	{	simples	{	espontaneas
		do trabalho do parto		externas		complexas		provocadas		
		da involução puerperal		completas .	mixtas . . .					

III

ETIOLOGIA

No capitulo anterior adoptou-se, em relação ás causas, a divisão das rupturas em espontaneas e provocadas. Ambos os grupos são merecedores de toda a attenção.

E' talvez exaggerada a seguinte affirmação de Tardieu: «A impericia do parteiro durante o parto e as manobras criminosas durante a gestação são as causas determinantes mais communs das rupturas uterinas».

Não serão as rupturas espontaneas, isto é, as causadas pela contracção uterina associada a causas predisponentes variadas, as mais frequentes?

E' uma questão muito debatida e que não pode considerar-se resolvida. As estatisticas de rupturas provocadas são muito deficientes em numero e exactidão; e nas de rupturas espontaneas entrarão muitas provocadas. Já M.^{me} Lachapelle commentava maliciosamente «a quantidade innumeravel dos casos em que o accidente fica desconhecido, assim como os dissimulados pelos parteiros porque se julgam os causadores».

Na modesta estatistica que pude colleccionar

com elementos nacionaes, as rupturas provocadas apresentam-se menos numerosas do que as espontaneas. A mesma desigualdade de frequencia se acha nas estatisticas muito mais numerosas de Brosard, que em 110 casos de rupturas com causa averiguada menciona apenas 10 de ruptura traumática, e de Jolly, que em 573 rupturas encontrou 197 traumáticas e 376 espontaneas.

Todavia subsistem sempre as graves ponderações de M.^{me} Lachapelle a depreciar o valor d'estas numerações, e a impedir-me de formar opinião segura sobre a frequencia relativa das rupturas espontaneas e provocadas.

RUPTURAS ESPONTANEAS

A. *Causas determinantes*: as contracções uterinas violentas.

B. *Causas adjuvantes*. Se é verdadeira a theoria de Baudelocque que attribue a ruptura á lucta entre o utero e o feto, ha a ponderar separadamente dois grupos de causas: as maternas e as fetaes.

1.º CAUSAS MATERNAS:

a) *Multiparidade*. Bandl apresenta a relação de $\frac{1}{8}$ entre as rupturas das primiparas e as das das multiparas. Em 18 rupturas uterinas durante o trabalho do parto da minha estatistica acham-se 12 multiparas, 2 primiparas e 4 de que não pude saber. Depois de muitas gravidezes o utero algumas vezes

adelgaça-se e as paredes soffrem a degenerescencia gordurosa. As arterias atheromatisam-se, e as veias ectasiam-se e varicosam-se. Ha portanto uma esclerose a predispôr o utero para a ruptura.

b) *Edade.* Para Jolly as rupturas seriam sobretudo frequentes entre os trinta e quarenta annos. Em 18 rupturas uterinas durante o trabalho do parto da estatistica que organizei, figuram 9 mulheres com mais de trinta annos, 5 com menos de trinta, 3 novas sem edade determinada e 1 de edade incerta. Se a multiparidade é uma causa predisponente para as rupturas uterinas, e se a edade avancada origina muitas vezes partos dystocicos nas primiparas, o factor edade não poderia deixar de ter grande importancia etiologica.

c) *Alterações das paredes uterinas.* O carcinoma, a tuberculose, a degenerescencia gordurosa têm uma influencia incontestavel. A metrite parece ter tambem uma acção importante.

Na minha estatistica entram alguns casos de fadiga ou degeneração uterina (multiparidade). O caso X é um exemplo de degeneração neoplasica. Na observação II parece admissivel a influencia da metrite. Um trabalho longo provoca tambem a fadiga do utero, imprimindo-lhe modificações que facilitam a ruptura.

d) *Adelgaçamento ou distensão exaggerada das paredes uterinas.* A gravidez gemellar e o hydramnios são causas exemplificativas.

e) *Obstaculos á sahida do feto.* As exostoses e

tumores cartilagineos das paredes pelvicas, os tumores fibrosos do segmento inferior do utero, as neoplasias da bexiga, recto, etc., (orgãos visinhos), e finalmente todos os obstaculos á dilatação do collo são causas valiosas de rupturas uterinas.

f) *Cicatrizes de operações ou rupturas anteriores.* A's vezes uma ruptura incompleta curada completa-se no parto seguinte. As cesarianas têm sido causadoras do accidente.

g) *Deformações uterinas (obliquidade exaggerada, desenvolvimento asymetrico do utero).* A contracção exerce-se desegualmente sobre as paredes, de modo a facilitar a ruptura.

h) *Deformações da bacia: bacias apertadas e bacias largas.* São a causa materna que mais facilita a ruptura uterina. Nas observações d'esta dissertação, n.^{os} IV, VIII, XVII, XVIII e XIX, intervem o aperto pelvico como factor etiologico.

2.^o CAUSAS FETAES.

a) *Volume exaggerado da creança.* Ha quem admitta por isto maior frequencia das rupturas com os fetos masculinos: nos rapazes a cabeça é maior e mais ossificada. Na minha estatistica figuram 10 fetos sexificados, dos quaes eram masculinos 7. Em poucos dos casos ha referencia ao volume exaggerado do feto.

b) *Vicios de conformação do feto.* Hydroceph-

lia, spina bifida, ascite, etc. No caso VI da estatística havia hydrocephalia.

c) *Apresentações viciosas.* A de espadua é uma das mais importantes e frequentes causas da ruptura. Nas observações III, IV, VI, VII, XI, XIV e XVI a apresentação era de espadua.

RUPTURAS PROVOCADAS

A. Rupturas medicamentosas: tetania ergotínica.

As mulheres das observações VI e VII haviam ingerido cravagem; e a do caso V é presumível que a tivesse também tomado.

B. Rupturas por manobras obstétricas: a versão occupa o primeiro lugar etiologico. A observação XV é um exemplo de extraordinarias manobras (contra-indicadas). O forceps, o cephalotribo, e a dequitação artificial têm feito em mãos inhabeis ou inexperientes muitas victimas por esse mundo fóra. Mas os infelizes parteiros vão-se calando e sonogando á estatística os seus preciosos subsidios.

Na carencia de estatística pessoal pedirei emprestada a de Jolly que reúne 197 casos de rupturas provocadas, em que a versão figura 71 vezes como causa da ruptura, o forceps 37, o cephalotribo 10, e manobras contra-indicadas 3 vezes.

RUPTURAS DE CAUSAS MIXTAS

É frequente encontrar-se simultaneamente a apresentação de espadua e o ergotismo, a espadua e a versão, etc., a explicarem a ruptura. Os casos VI e VII são exemplos clinicos d'esta associação de causas.

Esta dissertação não se circumscreve ao estudo das rupturas durante o trabalho do parto, incontestavelmente as mais interessantes. Não pode deixar em omissão as restantes, de menor importancia.

Algumas rupturas ha lá fóra, onde a industria do abortamento é melhor explorada do que entre nós, produzidas pelas varetas, quando, ao descollarem as membranas, escapam e penetram no utero. Mas rupturas espontaneas durante a gestação ou com o aborto são raras.

Nas observações colligidas vai inserido um caso, o I, de ruptura do utero durante a gestação, em que uma quéda parece haver sido a causa determinante. Ha n'ellas tambem dois casos de rupturas do utero em involução produzidas pelas sondas intra-uterinas.

Mencionam-se tambem 2 casos muito curiosos de rupturas, que redigi com os elementos fornecidos, nas observações XXIII e XXIV. É tambem muito interessante o caso de perfuração uterina pela cureta, que me foi relatado pelo professor Candido de Pinho. Finalmente, observação muito digna de re-

gistar-se é a XXII, em que uma ruptura uterina se produziu pela abertura de um abcesso diffuso do ligamento largo, que rompeu para o utero e intestinos; perfuração uterina natural, e espontanea ou quasi espontaneamente curada, visto que se manteve apenas alguns dias o dreno abdomino-vaginal.

Terminarei este resumido capitulo com a indicação das causas certas ou provaveis dos casos d'esta dissertação:

- I. OBSERVAÇÃO Traumatismo.
- II » Demora do trabalho; metrite; e talvez syphilis.
- III » Tetania espontanea; apresentação de espadua; metrite.
- IV » Tetania espontanea; apresentação de espadua; viciação pelvica.
- V » Pluriparidade (fadiga ou degeneração uterina); e talvez tetania ergotínica.
- VI » Tetania ergotínica; hydrocephalia fetal; apresentação da espadua.
- VII » Tetania ergotínica; apresentação de espadua; e talvez manobras manuaes.
- VIII » Grande aperto pelvico.
- IX » Pluriparidade (fadiga ou degenerescencia do utero).
- X » Degeneração neoplasica; trabalho demorado.

- XI OBSERVAÇÃO Tetania espontanea; apresentação de espadua.
- XII » Pluriparidade (fadiga ou degenerescencia do utero); demora de trabalho.
- XIII » Ruptura diagnosticada na autopsia; causa desconhecida.
- XIV » Ruptura diagnosticada depois da versão. O utero contrahiu-se quando se tratava de extrahir o feto; e depois da extracção correu algum sangue sanioso. Ruptura provocada? Era, porém, uma apresentação de espadua, com eclampsia. Tetania espontanea ou eclamptica?
- 7
- XV » Manobra obstetrica contra-indicada e viciosa d'um medico? ou tetania espontanea, consecutiva a um trabalho de tres dias?
- XVI » Apresentação de espadua. Tetania espontanea ou provocada por manobras de versão durante dous dias por uma parteira?
- XVII » Aperto pelvico; demora na intervenção.
- XVIII » Viciação da bacia; demora na intervenção.
- XIX » Aperto pelvico?
- XX » Sonda de Doleris introduzida negligentemente.

- XXI OBSERVAÇÃO Idem.
- XXII » Abcesso diffuso do ligamento lar-
go.
- XXIII » Sonda de Doleris.
- XXIV » Perfuração do utero, com dege-
nerescencia fibro-myomatosa,
pela sonda. Este caso, embora
não seja puerperal, é muito in-
structivo e completa o caso
precedente.
- XXV » Perfuração pela cureta.
-

IV

PATHOGENIA

Diversas têm sido as theorias propostas para explicar as causas das rupturas uterinas.

Uma theoria antiga via no feto o agente activo das rupturas durante o parto e durante a gravidez. Tal theoria não merece hoje discussão: nem durante a contracção nem durante o relaxamento das paredes uterinas se pode explicar uma ruptura pelos movimentos fetaes.

Alguns parteiros pretenderam explicar as rupturas por uma modificação pathologica no musculo uterino, a qual, diminuindo-lhe a elasticidade e a resistencia, preparava a laceração. Esta theoria foi invalidada pela anatomia pathologica, que consi-gnou que na maioria dos casos a fibra muscular não apresentava alterações pathologicas. Era a mais commoda de todas as theorias: applicaram-se, in-tempestivamente e imperitamente, manobras obstetricas ou a cravagem de centeio; depois de esva-siado o utero reconheceu-se uma ruptura e a pacien-te succumbiu; tudo isto deixaria tranquillias as consciencias, porque o desastre fôra devido a uma causa inevitavel, a alteração pathologica do utero

Mais recentemente uns attribuem as rupturas ás contracções uterinas violentas, determinadas por um obstaculo á penetração do feto, e dão á fibra muscular o papel preponderante. Para outros são as manobras obstetricas, o excessivo volume do feto e a compressão da parede uterina entre a pelve e a parte fetal apresentada que determinam o phenomeno da ruptura. Uns terceiros, eclecticicos, vêem na contracção uterina exaggerada a causa determinante, e na compressão das paredes do utero, nas tetanias pharmacologicas, etc., as causas adjuvantes. Todas estas tres propostas de pathogenia consideram a ruptura compativel com a normalidade da fibra uterina. Mas todas as tres, consignando a acção de causas reaes, carecem do caracter scientifico que distingue e valorisa a engenhosa theoria de Bandl.

Ha no utero durante a contracção, diz Bandl, duas zonas com caracteres muito distinctos : a zona superior, ou corpo do utero, é espessa e encurtada; a inferior, comprehendendo o segmento inferior e o collo, é delgada e distendida. Que um obstaculo á penetração do feto appareça, e o segmento inferior ir-se-ha adelgaçando até ultrapassar-se o limite da elasticidade, e então se rasgará. Que um parteiro, despresando ou esquecendo a prudencia que o *annel de Bandl* aconselha e impõe, tente uma versão ou uma applicação de forceps sem grande attenção, e o desastre imminente consummar-se-ha. Que um parteiro, preso aos velhos usos, e descrente ou

ignorante das conquistas scientificas modernas, pretenda abreviar o parto com a cravagem ou a ergotina, e terá muito provavelmente o desgosto de vêr suspenso o trabalho e desencadeada toda a série de symptomas de uma hemorrhagia interna. Que o segmento inferior hyperestendido seja fortemente comprimido por uma cabeça fetal contra as paredes pelvicas, e o adelgaçamento e a compressão associar-se-hão para provocarem uma ruptura uterina.

Na minha estatistica ha bastantes casos de apresentação de espadua. O mecanismo d'estas rupturas é por Bandl descripto do modo seguinte. O momento opportuno de fazer a versão passa despercebido, a bolsa das aguas está rota ha bastantes horas, e a espadua encravada profundamente na excavação. O utero retrahido contrahe-se dedalde, e o segmento inferior, em virtude da sua finura e extensibilidade, é applicado como uma luva sobre a espadua e a cabeça do feto. Prolongando-se por algum tempo esta situação, o segmento hyperdistendido romper-se-ha. As rupturas utero-vesicaes, de que appresento uma observação, são quasi sempre a resultante dos dous processos, a compressão e a hyperdistensão. No primeiro tempo, sob a influencia da contracção violenta, a parte apresentada comprime energicamente o utero e a bexiga contra a symphise publica, provocando uma destruição dos tecidos e uma solução de continuidade que faz communicar os dois órgãos; no se-

gundo tempo, o estiramento do segmento inferior prolonga a pequena solução de continuidade de modo a produzir-se uma laceração grande.

Ao eclectismo de Jolly, que explicava as rupturas do utero, quer pela compressão entre a cabeça e as paredes pelvicas, quer pela violencia das contracções uterinas, muitas vezes estimulada pela cravagem, mister é additar o estiramento do segmento inferior adelgado e hyperdistendido como uma das mais frequentes causas de que o parteiro tem a precaver-se.

O que fica escripto applica-se ás rupturas em geral, e especialmente ás espontaneas. Merecem porém attenção especial as rupturas provocadas.

As rupturas da gravidez pode-se dizer que são quasi sempre devidas a um traumatismo. Provocadas geralmente por violencias externas, como contusões, compressões, quedas, feridas incisas e contusas, perfurantes e por arrancamento, serão algumas vezes produzidas por manobras criminosas de abortamento ou de parto prematuro. Umas vezes o agente ruptural penetra pelo abdomen, outras vezes é a vagina, como possivel porta de entrada do traumatismo, que convirá inspeccionar.

Nas rupturas do trabalho do parto, provocadas, é a impericia do parteiro que concorre com o maior quinhão. Tem-se accusado a versão e a applicação do forceps de serem as principaes contribuintes para a estatistica d'estas rupturas, as provocadas:

é que a basiotripsia e a embryotomia são muito menos vezes empregadas.

No periodo involutivo do utero podem produzir-se as rupturas provocadas e as espontaneas do utero. O mecanismo das provocadas é facilmente comprehensivel: é, por exemplo, o determinado pela extracção manual da placenta, já quando o parteiro introduz a mão no utero, já quando destaca com as mãos ou as unhas um cotyledon real ou supposto. Para a comprehensão das espontaneas mencionarei duas observações, uma minha e outra de Porak: no caso da observação minha, XXII, a ruptura foi produzida pela abertura, no utero, de um abcesso difuso do ligamento largo.

A observação de Porak é de descripção mais extensa; uma mulher, grávida de termo, está há bastante tempo em trabalho; é feita a applicação do forceps; a operação corre bem; e a mulher julga-se quasi boa, quando, no quinto dia, ao fazer um movimento para pegar no filho, sente uma dor muito intensa e a symptomatologia de uma ruptura que foi confirmada pela autopsia. Parece que a parede uterina havia sido violentamente comprimida entre o promontorio e a cabeça fetal, que d'esta contusão resultara uma eschara que, ao eliminar-se, deixára apenas uma fragil casca uterina que cedera á acção de um pequeno movimento.

Podendo as rupturas ser completas ou incompletas, perguntar-se-ha quaes as razões d'esta desigualdade.

Não é pela desigual intensidade nas contracções uterinas que se pode explicar o facto de uma ruptura ser completa ou incompleta. Falta para o affirmar o depoimento necessario do methodo graphico; e por outro lado observam-se grandes feridas contusas das duas tunicas internas do utero sem o ferimento do peritoneo e a ruptura associada a uma pequena laceração do utero, sem fallar das fendas peritoneas simples.

Uma theoria, com base anatomica, pretende explicar melhor o facto de uma ruptura ser ou não completa. O peritoneo não é igualmente adherente ás outras duas tunicas em toda a extensão do utero. Intimamente adherente no corpo ou segmento superior, é no segmento inferior separado das tunicas que acima cobre por uma camada de tecido cellular que vai engrossando de cima para baixo. Assim as rupturas uterinas incompletas serão muito raras no corpo do utero e frequentes no segmento inferior.

Esta theoria, fundada em uma base anatomica real, é digna de consideração. Todavia pode-se propôr-lhe objecções. Não estará o peritoneo, que participa da hyperplasia dos tecidos do utero gravido, mais distendido e adelgado no corpo do que no segmento inferior? Não poderá haver nas metrosalpyngo-ovarites a fusão do tecido cellular, de modo a tornarem-se mais intimas as adherencias das tunicas externas do segmento inferior? Não poderá o sangue, o meconio, o feto ou a placenta distender a tunica serosa do segmento inferior, de

maneira que a ruptura incompleta em começo se torne completa pela distensão grande do peritoneo? Estas interrogações tendem apenas a provar que a theoria exposta não é applicavel á universalidade dos casos.

Resta-me alludir á pathogenia das rupturas incompletas externas. O peritoneo é distendido durante a gravidez pelas evoluções uterinas; como consequencia formam-se pregas, sulcos e cicatrizes á superficie de uma sorosa de elasticidade fraca; e assim se originam *loci minoris resistentie* expostos a lacerações.

SYMPTOMATOLOGIA

Durante o periodo expulsivo, consecutivo a um trabalho demorado, a parturiente sente uma dor viva, mais forte do que as do trabalho ordinario, dor que Desormeaux qualifica de angustiosa, coincidindo com uma contracção violenta ou com uma manobra obstetrica imprudente, e annunciando-se, em regra, por um grito agudo da mulher, e muitas vezes por um ruido surdo ou estalido, emanado do abdomen e perceptivel para os assistentes. Á primeira dor succede, ás vezes, logo segunda egualmente violenta, como se a ruptura se effectuasse em dois tempos, como aconteceu na observação III. A esta crise dolorosa succede muitas vezes uma calma, enganadora para os inexperientes, mas bem conhecida dos praticos. Outras vezes persiste, com menor intensidade, fixa no ventre, uma dor que se exacerba á menor pressão. Na observação V da minha estatistica era tão aguda a dor, que a paciente não podia supportar um unico cobertor. Depois manifestam-se os vomitos, os labios empallidecem, a pelle descora-se, a dyspnea começa, o pulso torna-se frequente e filiforme, a vulva cobre-se de san-

gue, o feto desaparece ao toque, e as pulsações fetaes deixam de perceber-se pela auscultação embora pela palpação abdominal se sinta muitas vezes muito proximo das paredes do ventre parte ou a totalidade do feto. O trabalho do parto suspende-se quasi sempre.

E' este geralmente o quadro symptomatico de uma ruptura completa do utero.

Tem-se procurado determinar os signaes precursores da ruptura, para a tempo se poder evitar. Para Levret, Tylor, Smith seriam symptomas precursores o trabalho longo e difficil, a tensão exaggerada do ventre, a sensação de peso abdominal; para Tarnier e Budin a retracção do anel de Bandl seria o indicio seguro de uma ruptura proxima.

Os primeiros signaes enunciados são de significação incerta. A retracção do anel de Bandl tem um grande valor como symptoma precursor.

No meu internato o observei algumas vezes: em abril d'este anno foi-me mostrado e a dois condiscipulos meus pelo nosso professor Candido de Pinho em uma apresentação de vertice com prociencia do membro superior; mas interveiu-se n'este caso a tempo de evitar uma ruptura provavel.

A retracção do utero e do anel de Bandl indicam a necessidade de cuidadosa intervenção immediata. E' então caracteristico o aspecto do ventre em uma apresentação de espadua: o segmento inferior acha-se hyperdistendido em altura e largura, sobretudo n'este sentido: a cabeça faz ao ni-

vel da fossa iliaca uma saliencia redonda separada do corpo do utero por um sulco percebido pela palpação e pela vista. O mesmo aspecto, mas menos nitido, se observa na apresentação cephalica, quando a cabeça estiver acima do estreito superior.

Disse eu que depois de uma ruptura completa do utero se suspende quasi sempre o trabalho do parto. Algumas vezes porém não param as contracções uterinas; o utero pode relaxar-se brusca ou gradualmente ou retrahir-se fortemente sobre o feto. Segundo as observações de Jolly, nos casos raros de continuação das contracções pode acontecer que, continuando estas com a mesma intensidade, sejam impotentes para a conclusão do parto; que reappareçam depois de se terem suspendido; que continuem com regularidade produzindo um parto espontaneo; e finalmente que tomem a fórma espasmodica.

Tem-se tentado explicar os factos, pouco frequentes, de persistencia das contracções uterinas depois de uma ruptura completa. Uns attribuem-as ao feto, como agente estimulante do utero; outros á pequenez da ruptura; e ainda outros a uma e outra causa simultaneamente. Mas depois do parto o utero contrahe-se sem o feto, e ha casos de rupturas pequenas com suspensão das contracções e de persistencia de contracções em rupturas largas. Jolly só considera possivel o phenomeno da continuação das contracções nas rupturas do segmento inferior.

A meu vêr n'esta questão theorica conviria começar pelo estudo das contracções uterinas. Qual é a causa determinante d'estas? A opinião geral é que a excitação das extremidades dos nervos uterinos, postos a descoberto pelo descollamento da caduca, é a causa unica ou principal das contracções uterinas. Keiffer, em uma communicação feita em maio ultimo á sociedade de obstetricia de Pariz, affirma, servindo-se do methodo de Golgi, que o utero possui uma potencia auto-motriz, como o coração, e que ha um plexo composto de cellulas com muitos prolongamentos sensitivos, motores, secretores e glandulares; systema ganglionar que conferiria ao utero uma autonomia analogá á do coração, de modo que a lesão d'elle determinaria a suspensão das contracções uterinas.

A hemorrhagia que acompanha uma ruptura do utero é um symptoma digno de estudo. Ha a hemorrhagia externa e a interna. A hemorrhagia externa é pequena, quando a ruptura se dá juncto do collo, região pouco vascularisada; quando o feto comprime os vasos, servindo de benefico agente hemostatico; ou quando o utero se contrahe: será grande, quando haja descollamento prematuro da placenta, desaparição das contracções uterinas ou laceração de algum vaso importante. A hemorrhagia interna traduz-se, quasi sempre algumas horas depois da ruptura, por vomitos, dyspnea, descoramento da face, arrefecimento das extremidades,

pulso frequente, fraco e filiforme, facies peritoneal, collapso, etc.

Quando a morte do feto data de algum tempo, pode-se pela palpação e percussão e até pela auscultação perceber a crepitação característica do emphysema; e quando o sangue exista em grande quantidade no peritoneo poder-se-ha sentir a flutuação e até o vascolejo se tambem existirem gazes.

VI

DIAGNOSTICO

Geralmente o diagnostico de uma ruptura uterina não é difficil. Com effeito, a suspensão das contracções uterinas coincidindo com uma dor aguda e angustiosa, o desapparecimento da parte fetal apresentada, a hemorragia, o collapso disproporcionado com a perda de sangue, e a cessação dos movimentos e ruidos fetaes são um conjuncto de symptomas que caracterizam uma ruptura uterina.

Mas assim como não ha doenças e apenas doentes, assim tambem este quadro typico se não observa sempre.

Na minha dissertação apresento observações, em que a ruptura só foi diagnostica na autopsia, e outras em que o foi depois de esvasiado o utero por uma manobra obstetrica.

Que as contracções uterinas e os ruidos fetaes persistam, que a cabeça fetal esteja encravada na bacia e a parte restante toda no utero, e o parteiro apenas poderá fazer o diagnostico pela symptomatologia da hemorragia interna. O diagnostico será duvidoso, e ao parteiro convirá n'estes casos convocar uma conferencia medica.

Não deve porém o parteiro precipitar-se em formular um diagnostico certo, quando haja observado apenas alguns symptomas geraes. Tenho um caso de observação pessoal que poderia illudir quem se contentasse com um exame pouco profundo. E' o seguinte:

F. primipara, gravida de seis mezes. As contracções, que haviam principiado dois dias antes, cessaram subitamente, coincidindo isto com uma dor aguda; em seguida decorrem calmamente alguns minutos; e algum tempo depois apparecem vomitos frequentes e febre. Resolve ir para o hospital de Santo Antonio: é em janeiro de 1900. Ao entrar, a temperatura é de 39°, com 110 pulsações; dor fixa abaixo do umbigo, dyspnea accentuada e prostração. A auscultação não dá nenhum ruido fetal, e a palpação abdominal nada colhe de anormal, a não ser a provocação de dores fortes. O collo do utero está porém fechado, e o anel interno apenas admite a polpa do indicador. O exame geral mostra nas pernas ulceras syphiliticas de mau aspecto. Este facto associado á oclusão do collo uterino affasta temporariamente a ideia de uma ruptura. Desinfectadas as ulceras com um soluto de sublimado e applicada uma injecção subcutanea de oleo cinzento, a temperatura baixou horas depois e as dores diminuíram notavelmente. Persistiram os vomitos, que só cessaram tres dias depois com a provocação do aborto pela laminaria. A mulher succumbiu depois a accidentes syphiliticos nervosos;

e a autopsia mostrou a integridade das paredes uterinas.

Quando em uma parturiente se associarem os symptomas da ruptura uterina, a extracção de uma creança viva ou a sahida previa da placenta não devem modificar o juizo do parteiro a ponto de se abster de uma palpação cuidadosa do utero depois do esvasiamento. Ha a contar sempre com os casos raros.

Durante a gestação a ruptura da gravidez tubar e alguns envenenamentos podem simular uma ruptura do utero. Os commemorativos podem n'estes casos prestar grande auxilio ; mas muitas vezes só a laparotomia pode completar o diagnostico.

Durante o periodo involutivo puerperal o diagnostico deve basear-se conjunctamente nos commemorativos e na symptomatologia geral.

Na gravidez e no periodo involutivo o diagnostico torna-se mais incerto, por não poderem produzir-se alguns dos symptomas mais expressivos do trabalho do parto.

Diagnosticada uma ruptura convém determinar se ella é ou não completa. Este diagnostico é por vezes muito difficil. Designarei os principaes symptomas differenciaes.

Se a ruptura fôr incompleta, o feto não desaparecerá totalmente, a parte apresentada conservar-se-ha na cavidade pelvica, emquanto a outra parte, conservada ainda na cavidade uterina, permanecerá, envolvida pelo sangue derramado, na

excavação formada pela parte affastada do peritoneo. Assim, pelo exame abdominal encontraremos contraído o utero, com um volume maior ou menor segundo contiver ou não a placenta, e ao lado d'elle uma saliencia immovel constituida pelo feto coberto pelo peritoneo distendido, a tensão do qual nos impede de apreciar nitidamente os contornos do feto. Na ruptura incompleta o corpo do utero está acima ou a um dos lados da dilatação fetal. Tarnier dá muita importancia a um hematoma elastico e renitente antero-uterino, simulando um cystocelo. Jolly egualmente o considera signal valioso de uma ruptura incompleta, mas aconselha o previo esvaziamento da bexiga.

Se a ruptura fôr completa, o corpo contraído do utero pode sentir-se ao lado, atraz ou adiante do feto; pode ou não desaparecer completamente a parte apresentada do feto, mas estará livre parte do feto na cavidade peritoneal, onde os contornos d'elle podem ser facilmente apreciados, e onde elle pode facilmente mover-se. Estes esclarecimentos colhi-os em um dos mais distinctos parteiros inglezes. Swagne cita porém o exemplo de um feto se achar totalmente na cavidade abdominal, e todavia a autopsia mostrou posteriormente a integridade do peritoneo, que estava deslocado, mas não fendido, em uma grande extensão.

Nas observações adiante registadas ha casos de rupturas completas, em que o feto se conservou no utero totalmente.

Por vezes a parede abdomino-uterina é tão delgada que o feto parece estar immediatamente contíguo ao peritoneo parietal. Finalmente ha mulheres em que o abdomen e o proprio utero se apresentam bilobados, embora não haja ruptura alguma.

Estes factos mostram as difficuldades de se distinguir uma ruptura completa da incompleta pela simples palpação abdominal.

A palpação intra-uterina tem sido indicada como meio seguro não só para diagnosticar uma ruptura do utero mas para distinguir as completas das incompletas. A proposição tem sido impugnada, a meu vêr com razão.

Umaz vezes a ruptura é tão pequena que passa despercebida ao toque uterino ; outras vezes os coagulos sanguineos enchendo a ferida illudem-nos sobre a sua extensão. Quando o utero é bifido ou em fórma de ampulheta, quando possui diverticulos provenientes de metrites antigas, ou haja retalhos das membranas ou alguns cotyledons placentarios anormalmente adherentes, os dedos podem enganar-nos transmittindo-nos a falsa sensação de uma ruptura.

Contra a applicação da palpação intra-uterina accresce tambem o receio justificado que o parteiro pode ter de completar uma ruptura que é apenas incompleta ou de alargar outra que, com ser completa, é todavia pequena.

Se ha frequentemente difficuldades grandes em distinguir as duas especies de ruptura, ha en-

tretanto toda a conveniencia em determinar esta parte do diagnostico, porque a therapeutica adequada pode variar muito.

Em geral não é difficil distinguir uma ruptura simples de outra complicada. Havendo hematuria, só se poderá affirmar a existencia da ruptura utero vesical quando o catheter mergulhar profundamente.

Durante a gravidez e durante o periodo da involução puerperal as difficuldades do diagnostico são grandes. Nas observações XX e XXI o diagnostico ficou por fazer.

A proposito apresentarei uma observação que o professor Candido de Pinho me referiu.

OBSERVAÇÃO XXV, DO PROFESSOR CANDIDO DE PINHO

S. Ex.^a assistiu ha annos a uma curetagem uterina em uma senhora puerpera. De repente viu pallido o medico que operava, e sumida totalmente a cureta apesar de muito comprida. A senhora não manifestou com isto, nem na occasião nem nos dias seguintes, a menor reacção peritoneal. Diagnose: provavelmente, uma ruptura incompleta, em que o peritoneo, descollado, fugisse diante da cureta. Conclusão: quando nas rupturas incompletas o peritoneo não é ferido, pode acontecer que nenhum symptoma se manifeste e que a ruptura passe despercebida.

VII

PROGNOSTICO

Não se pode applicar o mesmo prognostico a todas as rupturas uterinas. Varia elle com o periodo puerperal, com a extensão e séde da ruptura, com as condições de resistencia da paciente, com a promptidão dos soccorros, com a competencia da intervenção clinica, etc.

Durante a gravidez e no periodo de involução as rupturas são de prognostico menos grave.

Na observação I o feto, atravessando a ruptura, penetra na cavidade peritoneal, onde se enkysta, sem se produzir a reacção peritonitica. Só, passados dous ou tres annos, é que os symptomas peritoneaes impõem uma laparotomia seguida de hysterectomy.

Esta observação, assim circumstanciada, não deve acceitar-se como regra. É antes excepção, favorecida por uma grande contractilidade muscular do utero, e por não se haverem lesado vasos importantes.

Benignas foram as perfurações uterinas descritas nas observações que apresento. Parece que

a sonda de Doleris, em vez de atravessar o peritонеo, simplesmente o descollou.

Não se deprehenda porém d'estas observações que todas as perfurações uterinas poupam a vida.

Na *Gazeta Medica* do Porto vem descripto por Maia Mendes um caso hospitalar mortal, nos termos seguintes: «Morte subita. Tenho conhecimento de um só caso, occorrido fóra do meu serviço. A doente morreu durante uma irrigação uterina. O ventre ficou enormemente abahulado. Pela autopsia verificou-se que a sonda tinha despejado o liquido directamente na cavidade abdominal por abertura que fez, ou que já estava feita.»

D'este caso, que é o da observação XXIII, obtive uma narração mais circumstanciada. Estando em trabalho ha tres dias uma mulher de 30 annos, primipara, e havendo inercia uterina, foi chamado um professor da Escola Medica que fez a applicação do forceps com a competencia que distingue todos os seus trabalhos scientificos e praticos. A mulher ficou em bom estado. No dia seguinte alguem fez uma irrigação intra-uterina, preventiva da infecção puerperal, com tanta negligencia e infelicidade, que o irrigador, com tres ou quatro litros de soluto phenicado, se esvasiou completamente, sem que na gaveta da mesa dos curativos, em que a puerpera estava deitada, cahisse uma gotta de liquido. A mulher morreu fulminantemente. A autopsia foi feita pelo professor que a tinha operado, com a assistencia de varios quintanistas

entre os quaes se achava Sousa Junior. Retirada da cavidade abdominal a agua phenicada e examinado o utero, viu-se uma ruptura pequena semilunar, que, pela historia feita, só pela sonda podia ter sido produzida.

Muito interessante e instructivo, embora não seja puerperal, é o caso succedido ha quatro ou cinco annos na enfermaria de clinica cirurgica escolar, caso da observação XXIV. Ao fazer o ultimo exame a uma mulher, de cincoenta e tantos annos, portadora de uma degenerescencia fibro myomatosa uterina, para poder determinar a therapeutica mais conveniente, o professor Roberto Frias reconhece uma hemorragia, que tenta combater pela irrigação intra-uterina quente. Notando que a agua não sahia do utero, fecha immediatamente a sonda, e attende á mulher que cahira em syncopc. Restabelecidos os sentidos, reconhece pela palpação abdominal que effectivamente a agua penetrara na cavidade peritoneal. Não perde tempo: esterilisada a necessaria instrumentação, pratica a laparotomia, lava o peritoneo, e executa a hysterectomia abdominal total. A operação correu muito bem, e a doente no fim de poucos dias estava completamente curada. Á prudencia e promptidão com que a sonda foi fechada, e á hysterectomia com a lavagem do peritoneo, que o professor Roberto Frias promptamente executou, é que se deve por certo a salvação d'esta mulher.

O prognostico das rupturas do trabalho do parto tem maior gravidade.

Até ha poucos annos a abstenção do parteiro justificava-se pelo receio das septicemias; e a mortalidade era então assombrosa. Os processos anti-septicos importaram extraordinarios beneficios para o prognostico, que depende comtudo dos methodos therapeuticos empregados e da promptidão da intervenção. Uma intervenção prompta e bem executada não salva comtudo todas as rupturadas; mas subtrahе á morte muitas condemnadas a ella. Subsiste o perigo das intervenções abdominaes aggravado pelo mau estado geral das operadas.

Se a antisepsia lograsse supprimir completamente o perigo da morte por peritonite, ainda persistiria o perigo das hemorragias. E estas muitas vezes nem esperam pelo parteiro, e ainda menos pela esterilisação dos instrumentos e pelas mãos do operador e dos ajudantes. A morte sobrevem rapidamente, e o cirurgião não chega a empunhar o bisturi ou a concluir a operação. As injeções abundantes de soro physiologico mostram-se impotentes para as copiosas hemorragias, e a morte victima a puerpera, sem a menor culpa do operador.

Outras vezes pronuncia-se uma ruptura uterina com a sua symptomatologia typica. É chamado o medico, e entretanto o shock traumatico fulmina a parturiente, e o medico chamado só tem a verificar o obito.

As rupturas incompletas não tem em geral

gravidade igual á das completas. Ha gradações que importa precisar.

Assim como ao lado das rupturas completas e complicadas figuram as rupturas lateraes do utero abertas entre os dois folhetos do ligamento largo e com o peritoneo illeso, o que dá a estas rupturas a menor gravidade das incompletas a não serem le-sados os grandes vasos dos bordos do utero; assim tambem ha rupturas incompletas que revestem a symptomatologia e assumem a gravidade das completas.

Umaz vezes a ruptura não interessa toda a espessura da tunica muscular, ficando portanto intacta a sorosa. Estas rupturas podem passar despercebidas por não haver reacção peritoneal. Outras vezes toda a tunica muscular é fendida, e a sorosa beliscada e até descollada. Estes descollamentos podem ir desde o pequeno com reacção insignificante até os que chegam aos rins. O sangue, o liquido amniotico e o meconio podem insinuar-se entre o musculo uterino e o peritoneo, envolver todo o feto, produzindo grandes descollamentos a distancia, e completar a ruptura por excesso de pressão. N'estes grandes descollamentos a reacção peritoneal é grande, e com elles a symptomatologia de uma ruptura incompleta confunde-se com a das completas; e egualmente a gravidade do prognostico, pois tambem a estas incompletas se associam ás vezes as inflammações e suppurações peritoneaes.

Mais graves do que todas, geralmente, são as

rupturas uterinas complicadas, isto é, aquellas em que a bexiga ou o intestino se romperam com o utero.

Exercem influencia no prognostico o estado geral e as condições de resistencia da rupturada. Em uma cardiaca, brightica, tuberculosa, hepatica naturalmente a prognose aggrava-se. E tambem se complica, se a paciente não tiver a energia moral para acceitar de prompto a intervenção cirurgica ou carecer da energia nervosa precisa para reagir sufficientemente contra os abalos e expoliações de tão grave traumatismo.

A prognose dependerá muito da promptidão dos soccorros e da habilidade e competencia do parteiro. Disse ha annos um grande cirurgião que nas estatisticas não deveriam figurar os casos infelizes dos novatos aprendizes, para que se podesse apreciar com exactidão o valor dos methodos e processos therapeuticos. E o ideal de uma estatistica exigiria mais, isto é, que ella só comprehendesse os casos tratados ou operados pelo mesmo cirurgião experimentado, o qual, variando os methodos therapeuticos em casos analogos e numerosos, produziria numeros em que as comparações se poderiam fazer com confiança.

A vida do feto não periclita menos do que a da mãe em uma ruptura uterina: a prognose é até mais aterradora. Na minha dissertação ha apenas uma observação, a VIII, em que se conseguiu salvar o feto. No estrangeiro as felicidades não são

muito maiores. Quasi sempre o medico não chega a tempo de poder attender egualmente á vida da mãe e do filho; e não seria ás parteiras que se poderia confiar a faculdade de rasgar o ventre, para salvar o filho á custa da morte certa da mãe.

Do que fica escripto uma conclusão se deve inferir e formular: é que para a parturiente ha toda a conveniencia em ser observada durante os ultimos mezes da gravidez, e em ser assistida durante o parto por um medico. Com isto a prophylaxia poderia a tempo evitar as incertezas, difficuldades e perigos da therapeutica, com utilidade egual para a mãe e para o filho, e com beneficio da humanidade.

As lacerações do collo do utero são muito frequentes, mas geralmente benignas. N'esta dissertação porém pretendi estudar apenas as do corpo uterino e é a estas que se applica este capitulo do prognostico.

VIII

ANATOMIA PATHOLOGICA

Farei preceder o capitulo da anatomia pathologica de algumas considerações sobre anatomia obstetrica. Nem todas as rupturas completas do utero, em que as paredes sejam inteiramente atravessadas, colhem o peritoneo, como as classicas divisões affirmam.

As relações do peritoneo, das arterias uterinas e ovaricas e tambem dos ligamentos uterinos no decurso da gravidez, experimentam modificações cujo conhecimento summario se torna indispensavel.

No termo da gravidez, uma secção transversal do abdomen feita abaixo do ligamento de Poupart, ao nivel do orificio inguinal interno, pode penetrar na pequena bacia sem attingir o peritoneo. É que os ligamentos redondos e com elles o peritoneo acompanham no decurso da gestação o movimento ascencional do utero. Muito hypertrophiados e allongados dirigem-se, em linha recta, envolvidos nas pregas anteriores dos ligamentos largos, do bordo do utero para o annel inguinal interno. E, tornando-se laxo e distendendo-se o tecido cellullar, as adherencias da sorosa ficam por isto mesmo muito

relaxadas. Os folhetos dos ligamentos largos affastam-se, ficando laxamente adherentes, principalmente o anterior que passa pela face anterior do utero. De quadrangulares tornam-se triangulares os ligamentos largos, que são arrastados para fóra da bacia.

Quando a cabeça desce e enche o canal pelvi-genital os uretheres affastam-se. Seguindo no meio do plexo vascular a parede vaginal, continuando ao longo da parede uterina para em breve a abandonar, e crusando obliquamente a linha do orificio uterino ao nivel da união do terço anterior com os dous terços posteriores, o urether corre pequeno risco de ser apprehendido pelo elastico na operação de Porro, quando não seja collocado muito baixo. Nas rupturas uterinas muito baixas ha pois o perigo de o elastico da hysterectomia Hegar amputar o urether.

As arterias são consideravelmente desenvolvidas, sobretudo as ovaricas.

Estas resumidissimas noções de anatomia obstetrica constituem tambem a base scientifica de duas interessantes operações; a laparo-elytrotomia e as cesarianas vaginaes de Dührssen e de Maia Mendes.

Os casos II, III, IV, VI, VII, IX e XI parecem significar que a parte do utero mais frequentemente rasgada é o seu segmento inferior, e neste a face anterior. Em todas as rupturas se dá a particularidade interessante de serem transversaes ou circu-

lares. Muitos escriptores consideram mais exposta a parte posterior.

Os casos V e XV são exemplos de rupturas posteriores, que, ao contrario das anteriores, apresentam a direcção vertical.

Os casos XIV e XVIII são rupturas lateraes de direcção longitudinal.

As observações XVI e XIX são de rupturas incompletas anteriores, sendo a direcção da primeira antero obliqua.

A observação XIV é de uma ruptura mixta, pouco referida na litteratura obstetrica: ruptura completa, longitudinal e lateral, com ruptura incompleta externa. Se eram lineares os bordos da ruptura completa, visto que o professor Alfredo Costa os sutura apenas, o caso contrapõe-se a todos ou quasi todos os outros, que eram de bordos contusos; e que parecem permitir-me a asserção de que as rupturas uterinas completas produzidas durante o trabalho do parto se caracterisam em regra por bordos contusos e irregulares.

Seria importante para a medicina legal verificar a exactidão do asserto de Devillez, que assevera que as rupturas determinadas por manobras obstetricas se localisam quasi sempre nos bordos do utero. A minha estatistica é quasi muda sobre rupturas provocadas.

A observação XIV parece uma ruptura provocada pela versão com o concurso de causas adjuvantes: é effectivamente lateral. Mas a observação

XV, ruptura provavelmente provocada, é longitudinal e occupa a face posterior.

Poder-se-ha propor á ideia de Devillez o additamento de que as rupturas provocadas seriam caracterisadas pela direcção longitudinal, quer a séde fosse nos bordos quer na face posterior; e que nas rupturas espontaneas a compressão do utero pelo promontorio ou pelo pubis o rasgariam transversalmente? Os casos da minha estatistica são insufficientes para fundamentarem uma resposta: pode-se dos casos descriptos induzir que a séde das rupturas espontaneas é quasi sempre na face anterior do segmento inferior e a sua direcção transversal; mas não auctorisam elles a estabelecer que seja constante, ou quasi, a direcção longitudinal das rupturas provocadas, não medicamentosas.

A extensão das rupturas é muito variada. Nas observações que descrevo ha tres em que a bexiga, a vagina ou os ligamentos largos participaram das lesões. Ha rupturas largas e extensas, como ha simples perfurações.

Na historia das rupturas figura um caso em que o corpo uterino, separado do collo, se elevou quasi até á face inferior do figado. Não menos curiosa é a observação de Slawiensky, em que o utero roto se inverteu de modo, que a superficie externa passou a interna, apresentando, depois de feita a laparotomia, o aspecto de um cogumelo. Curiosissima é tambem a observação de Slajmer, em que existiam duas lesões distinctas e separadas, a ru-

ptura uterina e a laceração da parte superior da vagina, de maneira que o feto passou do utero para a cavidade abdominal atravez da ruptura uterina, para em seguida sahir pela laceração vaginal. Outros casos instructivos mereceriam citação. Atravez da ruptura uterina passa algumas vezes uma ansa intestinal, que ficará estrangulada, com a producção de uma fistula utero-vaginal, ou descera até á vagina e á vulva; registando a historia factos de os parteiros haverem puxado ou cortado essa ansa intestinal por a confundirem com o cordão umbilical. Merece tambem reeditar-se a observação de Maygrier sobre a hemorragia de uma mulher grávida que soffrera um traumatismo abdominal: produziu-se uma ruptura incompleta externa e antero-vertical; accumularam-se na cavidade abdominal tres litros de sangue; e só um coagulo encontrado adiante do utero pesava 650 grammas. Finalmentê a observação regista casos de rupturas do utero com a do recto, e do musculo psoas com a do utero.

O caso XVI repetir-se-ha poucas vezes. E' uma ruptura incompleta, muito extensa, cêrca de dez centímetros, no que contrasta com as rupturas perforantes das sondas intra-uterinas. Interessa o anel de Bandl sem affectar o peritoneo, o que significa a particularidade. N'esta altura as rupturas são geralmente completas, enquanto são quasi sempre incompletas no segmento inferior; porque a sorosa n'este segmento é separada da tunica muscular uterina por uma camada cellulo-gordurosa, espessa

e laxa, que permite a mobilidade do peritoneo e o protege dos traumatismos uterinos; e ao nivel do anel de Bandl a união das tunicas sorosa e muscular é muito intima, participando por isto ambas da mesma boa ou má sorte.

Se a ruptura se produz ao nivel dos ligamentos largos, o sangue da superficie rôta, ou excepcionalmente o dos grandes vasos por serem helicoides e fugidios ao traumatismo, fará descollamentos por vezes extensos. Este sangue pode descer até o pavimento pelvico, ou costear a face anterior do utero para se lançar no outro ligamento largo, ou dirigir-se para a fossa iliaca, levantar a parede abdominal posterior e ir tingir o rim e até o diaphragma.

Estas rupturas, de grande gravidade, carecem para se effectuarem de condições especiaes, grande quantidade de sangue, impossibilidade d'elle e do liquido amniotico sahirem pela vagina, etc.

A inflamação e a degenerescencia provocam por vezes um *locus minoris resistentiae*, que facilmente se romperá; excepcionalmente a ruptura opera-se nas proximidades da cicatriz resistente.

Se a massa cellulo-gordurosa que cobre o segmento inferior se inflamma ou degenera, as rupturas incompletas rarearão e as completas ao contrario tenderão a augmentar.

Seria interessante investigar o modo como se opéra a cicatrização d'uma ruptura uterina. Ha condições que influem consideravelmente na potencia

cicatricial do utero, e entre ellas citarei a séde, a extensão, a configuração, a sepsia, o tratamento da ruptura, o estado anterior do utero e a constituição da mulher.

Na operação cesariana vaginal de Maia Mendes, que se poderia denominar ruptura uterina therapeutica, a abertura media no fim d'um mez dous centímetros, e passado mais outro mez já não permittia a introdução d'um estylete. Houve occlusão completa da ferida em pouco tempo.

Mas as rupturas uterinas só muito excepcionalmente apresentam os bordos regulares das incisões therapeuticas. E por isso geralmente a cicatrização é mais demorada.

Assim tambem, sendo rapida e facil a cicatrização d'uma talha hypogastrica, é demorada e muito difficil em uma ruptura vesical que complique a uterina.

Terminarei este capitulo com a indicação summaria dos caracteres anatomo-pathologicos das observações da dissertação :

I OBSERVAÇÃO Ruptura uterina provocada e completa, durante a gravidez. O sacco kystico, que encerrava o feto, communicava por uma larga abertura com a cavidade uterina onde se achava suppurada a placenta ainda ligada ao feto pelo cor-

dão umbilical. As paredes uterinas achavam-se hypertrophiadas e suppurantes. O pus accumulado nas cavidades uterina e kystica representava um a dous litros!

Vide phototypia n.º 1.

II OBSERVAÇÃO Ruptura uterina espontanea completa e anterior, durante o trabalho do parto. Ruptura da bexiga. Fistula vesico-vaginal. Parte do feto na cavidade abdominal. *Vide phototypia n.º 2.*

III » Ruptura uterina espontanea completa e antero-lateral direita, durante o trabalho do parto. Hematoma do ligamento largo direito. Parte do feto na cavidade peritoneal. *Vide phototypia n.º 3.*

IV » Ruptura uterina espontanea completa, anterior e transversal, durante o trabalho do parto. *Vide phototypia n.º 4.*

V » Ruptura uterina completa, e postero-vertical, durante o trabalho do parto: augmentada pela extracção do feto. Apesar de muito extensa, o utero

encerrava o feto e a placenta. Comparando a peça anatomico-pathologica d'este caso com as outras, reconhece-se que este utero soffreu apenas uma insignificante evolução regressiva. *Vide phototypia n.º 5.*

VI OBSERVAÇÃO Ruptura uterina completa e anterior durante o trabalho. Peritonite septica. Toda a cavidade uterina assim como a fossa iliaca esquerda estão cheias de detritos necrosados e suppurados. *Vide phototypia n.º 6.*

VII » Ruptura uterina espontanea, completa e anterior durante o trabalho.

VIII » Ruptura uterina vaginal espontanea, completa e circular durante o trabalho. Feto vivo e viavel entre as ansas intestinaes.

IX » Ruptura uterina espontanea, completa e anterior, durante o trabalho. Placenta e parte do feto entre as ansas intestinaes.

X » Ruptura uterina completa e an-

- terior, durante o trabalho.
Uma ansa intestinal na vagina.
- XI OBSERVAÇÃO Ruptura uterina completa e anterior durante o trabalho. Feto e placenta na cavidade peritoneal no meio da massa intestinal.
- XII » Ruptura uterina completa.
- XIII » Ruptura uterina completa e anterior, juncto do bordo esquerdo. Collo amolecido e retrahido na metade posterior, duro e proeminente na metade anterior. Utero retrahido. Feto na posição habitual na cavidade abdominal. Placenta juncto da grande curvatura do estomago e do colon transverso.
- XIV » Ruptura uterina mixta, completa e longitudinal, na reunião das faces anterior e posterior. Ruptura do ligamento largo. Trompa e ovario separados do utero. Ruptura incompleta externa. Talvez bordos lineares.
- XV » Ruptura uterina completa e talvez posterior e longitudinal.

Separação do fundo do sacco posterior, e rasgadura do segmento inferior em toda a altura. Anel de Bandl fortemente retrahido sobre o feto. Kysto dermoide com cabellos e partes osseas no ovario direito, perineo rasgado.

- XVI OBSERVAÇÃO Ruptura uterina incompleta interna, de dez centímetros, antero-obliqua. Folheto peritoneal do utero intacto. À direita, partindo do collo e interessando o extremo da parte anterior, via-se um hematoma extenso que seguia obliquamente para cima. A ruptura começava no extremo direito da face anterior do utero ao nivel do collo, interessando o anel de Bandl e com direcção obliqua da direita para a esquerda e de baixo para cima.
- XVII » Ruptura uterina completa. Ruptura do segmento inferior e de parte do superior. Hemorrhagia interna.
- XVIII » Ruptura uterina completa, do tamanho da palma da mão,

na metade esquerda do segmento inferior.

XIX OBSERVAÇÃO Ruptura uterina incompleta e anterior. Na segunda parte da dissertação vêm descritas algumas particularidades interessantes.

XX » Perfuração uterina, talvez incompleta.

XXI » Perfuração uterina, talvez incompleta.

XXII » Perfuração uterina, completa.

XXIII » Perfuração uterina, completa, semi-lunar.

XXIV » Degeneração fibro-myomatosa.

XXV » Perfuração uterina, talvez incompleta.

IX

THERAPEUTICA

Muitos são os methodos de tratamento propostos para as rupturas do utero; e todos elles pretendem, mais ou menos, fazer-se valer pelo numero dos bons exitos e pela auctoridade da estatistica. Quem houver por bem subordinar-se, sem discussão, á soberania dos numeros não chegará a ter opinião sobre este capitulo de therapeutica nem a saber o procedimento a adoptar quando deparar com uma rupturada.

O resumo historico, mas de historia contemporanea, que vou traçar mostrará bem a contradicção dos resultados e dos numeros, e as difficuldades de colher, por entre elles, fios conductores para uma discussão e para a constituição de opiniões e de preceitos seguros.

Não irei buscar a um passado remoto subsidios para este capitulo. As sangrias, os banhos, as tisanas, os xaropes, as cataplasmas e tantas outras prescripções de identica efficacia passaram á historia, mas do justo esquecimento. Não as irei desenterrar para lhes fazer a autopsia, porque, aqui, actualmente devemos cuidar apenas dos vivos.

É só no ultimo periodo de 26 annos, quartel ultimo d'este seculo, que procurarei e consultarei as estatisticas, colleccionadas com o fim de auxiliarem o estudo das rupturas uterinas, e de coadjuvarem e até fundamentarem a sua therapeutica.

Em 1884 publica Kröner 47 observações, com o especial proposito de determinar o valor da drenagem proposta por Braun em 1874. Na opinião de Kröner, os beneficios colhidos da drenagem deveriam attribuir-se menos a esta propriamente dita e artificial, do que á natural e estabelecida pela faxa compressiva e pela posição semi-sentada da puerpera.

Esta apreciação de Kröner faz recordar o recente trabalho de Georges Powler, em que se propõe um novo methodo de tratamento da peritonite septica diffusa pela elevação do tronco e da cabeça. Este methodo é justificado pela desigualdade do poder absorvente nos dois polos peritoneaes: grande na parte superior da cavidade abdominal, onde o microscopio revela grandes canaes lymphaticos, munidos de estomatos numerosos e largos; é, pelo contrario, pequeno na pelve, onde abundam os lymphaticos capillares que facilmente se thrombosam, e escaceam os grandes lymphaticos e estomatos. É assim insignificante o poder absorvente do peritoneo pelvico que se defende a tempo pelas adherencias peritoneaes.

D'isto se deve já deduzir que um leito inclinado, de maneira que a cabeça fique de 20 a 25 cen-

timetros acima do nivel dos pés, com a consecutiva drenagem pelvica, será, depois de uma laparotomia e lavagem do peritoneo, áparte alguma phlebite provocada pela posição, um benefico auxiliar no tratamento de uma rupturada.

Em 1890 Brossard apresenta uma these bem feita sobre rupturas uterinas, e nella inscreve 53 casos com 30 curas, nos quaes foi feito o tratamento antiseptico sem drenagem. Quer a extracção do feto pela vagina sempre que possivel seja. Condemna as injecções intra-uterinas de sublimado, e só adopta as vaginaes de pressão fraca. A compressão methodica do abdomen para fazer baixar o utero, o curativo anti-septico da vulva, o gelo no ventre, e o repouso do intestino são para Brossard os complementos obrigatorios do tratamento. Só quando é impossivel a sahida do feto pela vagina é que Brossard considera justificada a abertura do abdomen. Não repelle absolutamente a hysterectomia; e aconselha até a operação de Porro, quando houverem sido grandes os rasgões.

Em 1891 Schultz publica um trabalho notavel sobre rupturas uterinas. Das interessantes estatisticas, que colligiu, entendeu poder tirar a conclusão de que, sempre que o diagnostico da ruptura completa se pode estabelecer com segurança, se deve fazer a laparotomia. A hysterectomia seria reservada para os casos em que os labios da ferida fossem contusos, existissem myomas, ou o endometrio estivesse infectado. Não havendo isto, seria

sufficiente a sutura uterina; se a ruptura fosse incompleta, apenas se tamponaria o utero com gaze iodoformada; e, se o estado geral fosse mau, por prudencia se tentaria uma simples drenagem.

Em 1892 Freund conclue de 11 observações pessoas, que, quando o parto se possa effectuar promptamente e pela via vaginal, a drenagem é o methodo preferivel, a não ser que hemorragias rebeldes ou ansas intestinaes irreductiveis tornem indispensavel a laparotomia. Mas dois annos depois a experiencia fel-o reconsiderar, e é para a laparotomia e sutura uterina que elle mostra preferencia.

Em 1894 Doorman emitta a opinião de que o tampão, aconselhado por Dürhssen, se deve considerar o methodo de escolha, por ser quasi sempre sufficiente; só excepcionalmente a laparotomia teria rasão de ser.

A esta opinião conservadora se oppõe a exclusivista e radical do inglez Magnus Tate: o unico tratamento das rupturas uterinas, ou a creança esteja no utero ou na cavidade abdominal, é a laparotomia.

A todas as estatisticas dos parteiros precedentes se avantaja a do allemão Merz, estatistica que tem sido citada e consultada como um documento precioso e instructivo, por ser ainda hoje a primeira entre todas.

Esta estatistica, publicada em 1893, comprehende 230 casos de rupturas colligidas desde 1870,

anno por muitos considerado o inicio do periodo antiseptico.

Sendo de 1893 esta estatistica, conveniente seria completal-a d'esse anno até hoje; mas não m'o permittiram os livros e jornaes que pude consultar.

Aproveitarei comtudo a minha estatistica, muito mais pobre em numeros do que a de Merz, para tomar a liberdade de confrontar os resultados das duas. Para o descobrimento da verdade e para a realisação do bem todos podem e devem contribuir com o quinhão do seu trabalho. Não é a minha estatistica trabalho que possa pretenciosamente approximar-se da do ex-discipulo do grande professor Fehling: mas é a que com as minhas cartas e sollicitações pude colleccionar em Portugal.

ESTATISTICA DE MERZ

		Curas	Percentagem	
230	Rupturas completas :	181	63	34,8
	» incompletas :	46	19	41,3
	» indeterminadas :	3	3	
Casos não tratados 94	Rupturas completas :	70	10	14,27
	» incompletas :	21	4	19
	» Indeterminadas :	3		

RUPTURAS UTERINAS TRATADAS

a) Rupturas tratadas pela simples ligadura compressiva:

		Curas	Percentagem
Rupturas completas:	3	1	33,3
» incompletas:	2	2	100

b) Tratadas com tampão de gaze iodoformada e irrigações:

		Curas	Percentagem
Rupturas completas:	7	2	25,6
» incompletas:	4	2	50

c) Tratadas com tampão de gaze iodoformada, sem irrigações:

		Curas	Percentagem
Rupturas completas:	8	4	50
» incompletas:	6	1	16,6

Nas rupturas incompletas houve 4 casos, em condições especiaes que aggravaram a percentagem, e que por isso não devem desacreditar o ultimo methodo therapeutico.

d) Tratamento com dreno:

Mecha iodoformada:

		Curas	Percentagem
R. completas:	7	6	85,7
R. incompletas:	1	1	100

Tubo de vidro ou de caoutchouc:

R. completas:	14	8	57,1
R. incompletas:	5	4	80

Dreno não especificado:

R. completas:	6	4	66,6
R. incompletas:	1	1	100

e) Tratamento pela laparotomia:

Com conservação do utero e com sutura:

		Curas	Percentagem
R. completas:	24	10	41,7

Com conservação do utero e sem sutura:

		Curas	Percentagem
R. completas:	15	8	53,3

Laparotomia com extirpação do utero:

		Curas	Percentagem
R. completas:	15	8	53,3

Laparotomia com sutura da ruptura depois de extrahida a creança pelas vias naturaes:

		Curas	Percentagem
R. completas:	12	7	58,3

Resumo geral, desprezados os casos de diagnóstico e de tratamento indeterminado.

	R. comp.	C.	Perc. R. compl.	C.	Perc.	
Sem tratamento :	70	10	14,2	21	4	19
Ligadura compressiva :	3	1	33,3	2	2	100
Tampão :	15	6	40	10	3	30
Dreno simples :	6	4	66	1	1	100
Mecha iodoformada :	7	6	85,7	1	1	100
Tubo de dreno :	14	8	57,1	5	4	80

Laparotomia :

Com sutura :	24	10	41,6
Sem sutura :	15	8	53,3
Com a operação de Porro :	15	8	53,3

Percentagem das curas pela laparotomia :

Estatística de Merz e Fehling	48
» de Piskacek	39
» de Leopold	46
» de Schäffer	36
» portugueza (Veiga de Faria)	57

A minha estatística decompõe-se do modo seguinte :

	R. compl.	C.	Perc. R. compl.	C.
Sem tratamento	2	0	2	0
Dreno de gaze iodoformada	4	0		

Laparatomia :

Com sutura	1	1	100
Com hysterectomia Hegar .	8	3	37,5

O professor jubilado dr. Souto disse-me que tinha na sua clinica alguns casos de rupturas do utero, mas que não possuia nem podia dar-me hoje as necessarias notas clinicas. De Coimbra nada sei, porque o professor Daniel de Mattos não houve por bem responder a duas cartas minhas. Os casos de Lisboa devo-os á grande amabilidade do professor Alfredo Costa. Tambem não se dignou responder-me outro professor da mesma cidade. Das provincias não tentei colher elementos para pela estatistica inquirir o tratamento mais acertado das rupturas uterinas. No Porto parece-me ter colligido tudo o que havia de aproveitavel.

Pequeno é o numero de casos das rupturadas no trabalho que pude obter. Vão tambem registados, não na estatistica mas nas observações, dois casos de ruptura completa seguidos de cura, um pela hysterectomia e outro pela laparatomia e dreno, occorridos fóra do trabalho; e tambem dois casos de perfurações uterinas pela sonda de Doleris.

Sobre a mortalidade dos casos da estatistica portugueza tratados pela operação de Hegar necessario é accrescentar alguns esclarecimentos.

As observações V e VI contra-indicavam toda a intervenção operatoria. Foi um ultimo esforço,

que de fórma alguma pode depreciar o valor do methodo therapeutico.

Na observação V appello para o insuspeito testemunho do meu digno presidente, que foi ajudante na operação.

Na observação VI a intervenção é, na occasião do parto, contra-indicada pelo estado geral da puerpera, e feita dous dias depois em plena manifestação de peritonite. A intervenção é, portanto, mais rigorosamente a therapeutica radical da peritonite manifestada, que do utero rôto. Não foi tanto o utero rôto que serviu de indicação therapeutica, como a peritonite que elle occasionou.

Quaes são as conclusões therapeuticas e practicas que ha a colher da estatistica, realmente preciosa de Merz?

Os numeros que n'ella impressionam logo são os representativos da percentagem de mortalidade das rupturas uterinas completas sem tratamento. Em 70 casos 10 curas e 60 mortes, a relação de $\frac{1}{7}$. Não é para surprehender tão nefasta percentagem; está em harmonia com as considerações inseridas no capitulo do prognostico.

O mesmo não se pode applicar aos numeros que na estatistica de Merz designam a mortalidade das rupturas incompletas. A percentagem 81 é excessiva. As rupturas incompletas externas no puerperio são muito raras e até consideradas verdadeiras surpresas de autopsia: não podem pois occu-

par logar notavel em uma estatistica de rupturas incompletas.

O tratamento faz subir a percentagem de curas de 14,27 a 47,7 nas rupturas completas; e de 19 para 60 nas incompletas. Nas incompletas internas, em que é poupada a sorosa, a cura deve hoje ser a regra; visto que, graças ao systema therapeutico das irrigações intra-uterinas antisepticas ou de simples agua filtrada fervida, é hoje facilmente evitada e debellada a infecção puerperal.

Parece-me que n'este ponto, e direi tambem nos restantes, ha necessidade hoje de nova organisação estatistica que rectifique e complete a de Merz, publicada em 1893.

A percentagem de curas pelo tratamento é, porém, diversamente fixada pelos auctores: Trask dá-nos o numero de 86, Harris o de 53 e Merz o de 50 (136 rupturas e 68 curas).

Na minha estatistica ha 13 casos de rupturas completas com tratamento. Excluidas, como atraz se justificou, as observações V e VI, ficam-nos 11 casos com 4 curas ou a percentagem de 36,3.

Da benefica influencia do tratamento na percentagem das curas das rupturas uterinas, attestada pelas estatisticas, devemos concluir que muito perigoso é abandonal-as á sua sorte, e que necessaria e muito util é a intervenção therapeutica.

O que nos diz a estatistica de Merz sobre os methodos therapeuticos? Diz-nos que são a drena-

gem e a laparotomia os que mais vidas salvaram, e que d'estes dois meios therapeuticos é preferivel a drenagem com 66,6 por cento de curas á laparotomia que só obteve 48,1.

A minha estatistica não conseguiu registrar curas pela drenagem; em quanto pela laparotomia, eliminados justificadamente os dois casos V e VI, a percentagem das curas attinge o numero elevado de 57,1.

Na Allemanha, a patria da alta cirurgia, a drenagem salva mais de metade das puerperas rupturadas, vencendo o macio dreno de gaze no concurso o sangrento bisturi. No modesto Portugal é o bisturi que consegue ultrapassar em resultados curativos as celebres estatisticas de Leopold, Schäffer e Fehling.

É a lucta entre os methodos conservadores e os radicaes e mutilantes. É por certo mais sympathico o methodo conservador allemão, que poupa o utero, orgão de gestação e mina de ouro, visto que a riqueza em economia politica está na rasão directa do numero de habitantes de um paiz.

Mas qual é o methodo que realmente convém mais, geral e particularmente?

Deixemos as estatisticas, constituidas por unidades tão complexas como as d'estas, e tratemos mais largamente o questionado capitulo das indicações.

*

Viva e energica tem sido a contenda entre os abstencionistas e os intervencionistas. Em ambos os campos se levantam estatísticas e se proclamam inexcusáveis resultados praticos. Nas sociedades scientificas e nos congressos, nos jornaes e nos livros cruzam-se os argumentos e ferem-se as opiniões. São auctoridades consagradas as que em ambos os campos dirigem a discussão e o combate; e os discipulos e admiradores, suggestionados pela força da auctoridade, em nome d'ella adoptam as doutrinas e praticam os conselhos.

Das dissidencias dos individuos ás rivalidades das nações não é por vezes grande a distancia a transpôr. E por isto será talvez que os inglezes e os allemães são apaixonadamente defensores do dreno, e que os francezes modernos têm pelo bisturi a mais accentuada predilecção.

Abstencionistas são Frommel, Dührssen e os velhos Pajot e Tarnier; mas, alliados na defeza do abstencionismo, tornam-se dissidentes quando se vai particularisar o meio a adoptar. Frommel aconselha o dreno; Dührssen prefere o tampão uterino; e Pajot e Tarnier preconizam as injeccões antisepticas intra-uterinas.

Em cirurgia não podem deixar de ter grande influencia no procedimento de um operador as con-

dições da enferma e as circumstancias da localidade em que a mesma enferma se acha. Em uma aldeia distante de um bom hospital, sem os precisos ajudantes e sem a necessaria instrumentação cirurgica, o mais convicto intervencionista será por força das circumstancias um mero abstencionista. Uns e outros terão de limitar a sua acção cirurgica á applicação dos drenos, dos tampões ou das irrigações antisepticas, do que podér ser, porque ninguem é obrigado a executar impossiveis.

Mas em um hospital dotado de boas condições hygienicas e provido da necessaria instrumentação, ou em uma casa que permitta as grandes operações cirurgicas, o que deve fazer o cirurgião quando na povoação não faltem os instrumentos precisos?

E' esta scientificamente a formula do problema.

Entre os abstencionistas distinguem-se dois grupos: o dos puros ou escolasticos; e o dos accommodaticios ou eclecticicos.

Os primeiros dizem que depois de esvasiado o utero será facil ajuizar da séde, extensão e variedade da ruptura simplesmente pela mão introduzida no utero, e servem-se da estatistica de Merz para demonstração de que os tampões, os drenos e as injecções intra-uterinas provaram na pratica a sua notavel superioridade sobre todas as operações de bisturi. Os do segundo grupo, mais audazes, não repellem completamente o bisturi; mas só o applicam para rasgar o abdomen e o peritoneo, quando

occorram circumstancias muito anormaes e muito imperiosas.

Os intervencionistas argumentam contra a abstenção, ou exclusão do bisturi, do modo seguinte. Nas rupturas uterinas do trabalho do parto produzem-se muitas vezes lesões profundas e graves na cavidade peritoneal, que só a laparotomia pode revelar; a simples introdução da mão no utero não pode apreciar a abundancia do derrame abdominal e determinar as lesões peri-uterinas; emfim, feita a laparotomia, torna-se relativamente facil remediar as lesões abdominaes extra-uterinas, desembaraçar promptamente o peritoneo do sangue, coagulos, meconio e outras substancias infeccionantes, e satisfazer o grande principio de que é mais facil evitar uma peritonite do que cural-a.

Parece que estes argumentos actuaram no espirito de alguns abstencionistas, porque, munidos de longas pinças, de agulhas e de fios de costura, vieram mais tarde aconselhar, como additamento aos drenos, tampões e irrigações intra-uterinas, a sutura uterina por via vaginal.

Tarnier demonstrou que este methodo, applicavel tão sómente a rupturas uterinas baixas e de bordos lineares, é muito difficil de executar. Por isso da pratica foi banido.

Muito mais radical é a intervenção vaginal de Fritsch e adeptos. Aquelles conservavam o utero, suturando-o; estes eliminam-no, e affirmam a su-

periodade da hysterectomia vaginal sobre a abdominal.

E' uma operação mais simples a hysterectomia vaginal, dizia Fritsch; é accessivel á competencia de maior numero de operadores; suspende a hemorragia pelo abaixamento do utero; exige uma desinfecção menos rigorosa e menor tempo operatorio; poupa os uretheres, quando haja o cuidado de afastar, por meio de uma valvula, a bexiga préviamente descollada; e finalmente permite vêr mais exactamente as lesões dos annexos. Não esquece a Fritsch lembrar tambem que a drenagem vaginal tem sobre a abdominal a superioridade de permittir uma descarga facil e uma renovação frequente.

São realmente incontestaveis muitos dos motivos por Fritsch adduzidos em abono da hysterectomia vaginal. A critica tem porém necessidade de fazer o balanço do activo e passivo, isto é, das vantagens e dos inconvenientes do tratamento proposto. Ora o passivo d'este tratamento applicado ás rupturas uterinas é grande e o activo é menos avultado do que pretende Fritsch. Vou demonstral-o.

Fritsch assevera que os abstencionistas colhem ou ferem os uretheres; mas não se lembra de que a anatomia genital obstetrica difficilmente permittirá essas lesões, quando a ligadura elastica não fôr collocada muito baixa no methodo de Hegar; e esquece que a posição de Trendelenburg permite

avaliar lesões peri-uterinas, e que um dreno pode ser passado pelo Douglas. As hysterectomias vaginaes são mais rapidas do que as abdominaes; ora em uma ruptura uterina a intervenção é urgente e a operação deve ser rapida. E' este o principal activo da hysterectomia vaginal.

O passivo está nas seguintes considerações. Ha rupturas simples em que só o utero é lesado e complicadas em que com elle o são outras visceras: quando houver lesões visceraes distantes do campo pelvico, não podem os vaginistas remedial-as, visto que não pôdem tel-as conhecido. Estando o peritoneo conspurcado com coagulos sanguineos, meconio ou outras substancias infecciosas, egualmente as não podem eliminar bem nem sequer reconhecer a sua existencia alli. Não podem suturar uma parte do peritoneo lesado, affastada. Confiam demasiadamente no dreno vaginal, quando ha toda a utilidade em fazer a lavagem do peritoneo, provavelmente em lucha contra a acção de substancias septicas. A abertura do peritoneo permite optar convenientemente entre a sutura do utero e a sua extracção, porque a observação visual vem confirmar ou infirmar as sensações dadas pela palpação digital ou manual, inhabil muitas vezes para diagnosticar uma ruptura completa. Com a hysterectomia vaginal um operador nunca terá a certeza de que um dreno dê escoamento a todos os productos septicos; e contar com o fraco poder de absorpção do peritoneo pelvico pode ser perigoso, por sobrevir

*

depois uma peritonite por falta da lavagem peritoneal.

Parece-me que, pelo inventario do activo e passivo da hysterectomia vaginal, o balanço lhe é desfavoravel, prevalecendo as perdas ou inconvenientes sobre os lucros ou vantagens.

Preferida a intervenção abdominal ha ainda a discutir os processos operatorios propostos.

Parece preferivel a amputação supravaginal, praticada pela primeira vez em Moscou ha 22 annos. Merz pôde em 1894 colligir 15 casos com 8 curas. Em 1898 Maygrier eleva aquella estatistica a 39 casos com 17 curas, ou a percentagem de 43,5.

Para a hysterectomia abdominal total, processo rival da amputação supravaginal, Maygrier só pôde colligir 7 casos com 3 curas; e Wein, proseguindo o mesmo intento, consegue reunir mais 6 casos com 3 curas, e perfazer assim 13 casos com 6 bons exitos. E' uma percentagem de 46; e que parece poder ter sido melhor com a eliminação de 2 unidades operatorias praticadas em condições tardias.

E' a percentagem propicia da hysterectomia abdominal total superior á da supravaginal, tal como a mencionam as estatisticas precedentes, visto que 46 é superior a 43,5.

A estatistica portugueza das observações, que pude reunir, dá-me porém para a hysterectomia supravaginal a percentagem util de 57,1.

Em theoria parece mais acceptavel a hystere-

ctomia total abdominal: eliminar todo o utero infectado, quando a observação o condemnou ao sacrificio, e estabelecer em seguida uma boa drenagem abdomino vaginal, parece que deverá ser o objectivo do cirurgião. A pratica ensina-nos porém que o schock nas amputações supravaginaes é mais fraco do que nas totaes, o perigo de ferir a bexiga e os uretheres da puerpera cujo utero está amolecido e empastado é muito menor, e que as operações supravaginaes são menos demoradas do que as totaes. Por isto se deve dar a preferencia á hysterectomia supravaginal, em todos os casos (e estes constituem a regra) em que seja mau o estado geral da doente, e tambem quando a ruptura não seja extremamente baixa.

Escolhida a amputação supravaginal resta comparar os processos de Chrobak e o de Hegar.

O primeiro está abandonado hoje, pelo perigo de deixar dentro do peritoneo o pediculo do utero provavelmente infectado.

O processo de Hegar foi executado em muitos dos casos da minha estatistica. O pediculo fica exteriorizado e desviado do peritoneo por um dreno hemostatico, o conhecido tampão de Mikulicz. A mortificação era auxiliada pelo tannino associado ao iodoformio. Ligadura elastica e pediculo mortificado cahem geralmente ao fim de quinze a vinte dias. Na observação II a eliminação fez-se aos doze dias e com ella coincidiu notavel abaixamento da temperatura.

Na therapeutica das rupturas uterinas completas sou em these partidario da laparotomia.

Com os necessarios cuidados de asepsia pode ella considerar-se hoje uma operação pouco arriscada. Não só completa o diagnostico, mostrando os caracteres da ruptura (extensão, fórma dos bordos e lesões visceraes extrauterinas); mas, permittindo uma abundante lavagem do peritoneo com agua esterilizada ou o sôro physiologico, muito beneficia com isto a rupturada.

Feita a laparotomia, o parteiro encontrará o utero ainda cheio ou já vasio.

No primeiro caso, se a extracção do feto não poder fazer-se pela vagina, ha a distinguir as hypotheses de a extensão da ruptura permittir ou não a passagem da creança. Sendo insufficientemente extensa, terá de praticar-se a cesariana, aproveitando a ruptura para a casa do botão ou abrindo janella nova para a libertação do feto.

No caso VIII, o aperto pelvico não consentia a extracção vaginal; mas não foi necessario praticar o segundo tempo da cesariana, porque o feto, ainda vivo, se encontrava entre as ansas intestinaes.

No caso V, embora o feto estivesse ainda no utero, a ruptura postero-vertical era tão extensa, que o feto foi sem difficuldade colhido e extrahido.

Raros são os casos mencionados de permanecer intactas as membranas em uma ruptura uterina completa. N'esta hypothese rara, praticar-

se-hia a cesariana, e extrahir-se-hia o ovo, intacto sendo possivel, ou cuidadosamente punccionado para lhe diminuir o volume.

No caso de o utero se achar já vasio, deve o parteiro examinar attentamente os caracteres da ferida, para a elles subordinar o seu procedimento.

E' a ferida muito pequena, de bordos lineares e de aspecto mais inciso do que contuso? Poderá o parteiro, n'este caso, abster-se de intervenção muito radical, fazendo passar um dreno utero vaginal e outro abdominal de modo que o utero esvasie pela vagina os productos septicos, e o abdomen pela parede abdominal anterior; mas tudo depois de cuidadosamente se fazer a hemostase, e a anti-sepsia e a sutura da ferida.

Em uma ruptura regular e de bordos lineares é applicavel a sutura, quando o utero não esteja manifestamente infectado. Quasi todos os parteiros adoptam dois planos de suturas com fio de seda: o primeiro é profundo e feito com seda grossa para atravessar as tunicas muscular e sorosa; o segundo, superficial, é feito com seda fina e abrange só a sorosa ou esta com parte da tunica muscular.

Finalmente, quando os bordos da ruptura são irregulares e contusos, como acontece na maior parte das vezes, ou quando o utero se achar manifestamente infectado, parece-me indicada a hysterecctomia. E dos methodos propostos considero preferivel o de Hegar.

Apresentada a therapeutica das rupturas completas do utero, deve naturalmente seguir o tratamento das incompletas.

Variavel é o prognostico d'ellas, foi dito já; e variavel deve ser a sua therapeutica, accrescentarei agora.

Supponhamos que antes do esvasiamento do utero se tem, pela symptomatologia da hemorrhagia interna, diagnosticado uma ruptura do utero.

O que n'esta hypothese se debería fazer é esvasiar prudente e cuidadosamente o utero de modo a não completar a ruptura, quer com o feto vivo se applique a extracção manual, a versão ou o forceps, quer com elle morto se empregue o embriotomo; para seguidamente se poder fixar ou completar o diagnostico.

Se houver de administrar-se o chloroformio, convem obter antes o consentimento da parturiente para qualquer operação arriscada que depois do esvasiamento do utero se julgue indispensavel, e simultaneamente preparar os ajudantes e instrumentação que essa operação possa exigir.

A palpação uterina revela, por exemplo, que a ruptura é incompleta, mas extensa e de bordos contusos, e que tambem ha descollamento do peritoneo. Que fazer?

Uma laparatomia que permittirá verificar o diagnostico feito pelos dedos, examinar o estado das visceras adjacentes e distantes, e accudir á hemorrhagia interna cuja symptomatologia nos ha-

via denunciado a existencia de uma ruptura. Depois proceder a uma boa lavagem peritoneal e a uma hemostase perfeita; deixar um dreno abdominal aberto para a parede e tamponar o utero. Tambem é adoptavel a pratica de Tarnier das irrigações intra-uterinas com um soluto de sublimado de $\frac{1}{4000}$ a $\frac{1}{5000}$, depois de uma irrigação vaginal e com a precaução de eliminar o excesso do bichloro por uma irrigação de agua fervida.

E' esta a pratica mais conservadora. A observação deve porém acompanhar attentamente a doente para, no caso de repetir-se a symptomatologia da hemorragia, se soltarem os pontos abdominaes, se lavar novamente o peritoneo, e se tornar a examinar a parte peri-uterina.

Entretanto nas condições exemplificadas de a ruptura ser incompleta, baixa, mas extensa e de bordos contusos, a sorosa poderá tambem estar comprometida. As irrigações de Tarnier, destinadas a fazer ou a manter a antisepsia uterina, expõem ao perigo de o liquido se insinuar pelo descollamento e pela pressão, completar a ruptura e pela sua causticidade lesar ainda mais a sorosa.

Emquanto se espera, no uso d'estes meios, pode aggravar-se a situação e perder-se o tempo de se poder recorrer com confiança ao remedio mais radical, a amputação. Um utero vale muito, mas a vida de uma mulher vale ainda mais.

Na ordem decrescente da gravidade e crescente da frequencia vêm, depois das precedentes,

as incompletas das quaes ha apenas suspeita antes de realisado o parto ou conhecimento só depois da visita ás paredes uterinas.

E' n'estas rupturas que as irrigações mercuriaes de Tarnier, e até as de simples agua filtrada fervida, se applicarão com toda a utilidade.

Se uma ruptura fôr baixa e de bordos lineares, e o utero não estiver infectado, pode-se fazer-lhe com utilidade alguns pontos de sutura pela vagina.

Disse eu que as irrigações de agua fervida podiam ser empregadas em substituição das do sublimado corrosivo.

Effectivamente nas ultimas ferias do Natal, a convite do professor Roberto Frias, que então substituiu na enfermaria o professor de partos, empreendi o tratamento de uma puerpera, com clara infecção puerperal, por meio de irrigações de agua filtrada fervida. A cura fez-se regularmente. Embora só tenha esta unica observação minha, inclino-me a admittir que a cura se effectue mais por uma acção mecanica do que por acção chimica. N'este caso, a agua esterilisada teria superioridade sobre o soluto de sublimado, se occorresse a eventualidade de a sonda ou o liquido atravessarem a sorosa, ou a tunica peritoneal uterina estar completamente descoberta. O sublimado iria irritar o peritoneo, e a agua só poderia ser perigosa pelos productos septicos que podésse arrastar.

Os dois casos de perfuração uterina pela sonda,

adiante referidos, exigem toda a atenção em uma irrigação. Deixar a sonda suspensa em um thermometro de madeira ou presa á dobra de uma toalha são imprudencias muito perigosas. Observar se o liquido vae sahindo regularmente, e attender á phisionomia da puerpera são preceitos que nunca devem ser esquecidos.

A therapeutica das rupturas incompletas é, pelo que fica exposto, mais simples e efficaz do que a das completas. A mortalidade, que em annos passados acompanhava aquellas, deve-se attribuir especialmente á infecção puerperal. Esta pode-se evitar e combater hoje pelas irrigações intrauterinas abundantes e frequentes.

Na minha estatistica ha apenas 2 casos de rupturas incompletas durante o trabalho. São a observação XIX, em que a morte se deve explicar pela infecção puerperal no tempo em que ainda não era conhecido o tratamento pelas irrigações intrauterinas; e a observação XVI, em que a ruptura tinha a extensão de dez centimetros e provavelmente os bordos contusos, caso em que as desesperadas condições da puerpera, depois de uma demorada versão, só deram tempo a uma injeção de sôro.

A estatistica de Merz está a carecer de rectificação hoje no que diz respeito á percentagem de mortalidade nas rupturas uterinas incompletas.

Estas são geralmente benignas ou de boa terminação. Mas é preciso que fique bem comprehendido que a palavra benignidade não significa a cu-

rabilidade constante pela therapeutica conservadora. São geralmente benignas, sendo adoptados os methodos therapeuticos que descrevi, e que podem, em pequeno numero de casos, chegar até á hysterectomia.

*

O caso do dr. Ferrari é instructivo, ou antes suggere algumas interrogações. A ruptura realisou-se, ficando a placenta no utero e o feto na cavidade abdominal, ligados entre si pelo cordão umbilical.

Continuaram as trocas nutritivas entre a placenta e o feto? No caso affirmativo até quando? Produziu-se um enkystamento, mas porque não foi a placenta expulsa? Não dizem os abstencionistas que, quando depois do aborto a placenta fica na cavidade uterina, só a hemorragia e a infecção podem justificar uma intervenção, porquanto o utero tende pelas suas contracções a eliminar a placenta como um corpo estranho? E, visto que aqui não se fez a expulsão espontanea, deveremos em casos de retenções placentares provocar as contracções uterinas por meio de tampões de gaze indofornada, como aconselham muitos parteiros estrangeiros?

Do caso presente não podemos tirar esta conclusão porque um utero roto só muito excepcionalmente se contrahe.

Dado um novo caso, identico ao do dr. Fer-

rari, observação I, o que se deveria fazer? Parece-me que fazer a coeliotomia, retirar o feto, extrahir pela ferida a placenta, lavar o utero e o peritoneo, e suturar ou amputar o orgão lesado, consoante a conformação dos bordos da ferida e o estado aseptico ou septico do utero.

Se perguntarem quando em um caso analogo eu propria a laparotomia, responderei que o mais cedo possivel. Se hoje o estado geral da rupturada é bom, pode não o ser amanhã; nada nos garante com segurança a esterilisação do utero; e ha o perigo de a ruptura se prolongar de um momento para outro pela passagem da placenta e pela contractilidade do utero.

Poderão objectar que o feto pode continuar a viver e vir a salvar-se. Seria isto extraordinario.

Cita-se o interessante caso de Leopold que vou descrever, mas a creança não se salva ainda assim.

O caso é o seguinte. Uma mulher, grávida de 4 mezes, cahe numa escada, sente uma dor viva, e ergue-se com difficuldade. A gravidez evoluciona, e a gestante percebe os movimentos fetaes até o fim do oitavo mez. Cessam então estes, e a mulher sente calefrios, suores e dores abdominaes. Chamado Leopold diagnostica uma gravidez extrauterina, pratica a laparotomia, e encontra na cavidade um feto de 2720 grammas envolvido pelas membranas. O cordão liga ainda o feto á placenta conservada no utero. A ruptura, atravez da qual sahiu o feto, membranas e cordão, mede 2 centímetros e

localisa-se no corno uterino direito. Praticada a amputação supra vaginal a mulher salva-se.

Houve n'este caso, diz Maygrier, uma gravidez extrauterina abdominal, consecutiva a uma ruptura uterina.

Tambem eu observei n'este anno um caso de gravidez extrauterina abdominal em que o feto viveu até o termo da gravidez.

São porém este e o caso de Leopold rarissimos; porque a regra é sobrevir o enkystamento no fim de algum tempo.

Este kysto protector pode inflammar-se e contrahir fortes adherencias com os órgãos visinhos como succedeu no interessante caso operado ha poucos dias pelo professor Clemente Pinto, seguindo-se ás vezes ulcerações, perfuração e fistulas que ligam a cavidade kystica com o intestino, bexiga, etc., por onde algumas vezes são expulsos os restos fetaes.

Pela raridade merece tambem ser aqui mencionado um caso que me foi referido pelo professor Carlos Lima. Trata-se de uma gravidez tubar enkystada. Os bordos eram cheios de asperezas de modo que cortavam como serras os órgãos visinhos. Faz-se opportunamente uma laparotomia, e extrahe-se o kysto tubar. O utero, que a esse tempo estava gravido, continuou a evolucionar; e a mulher pariu mais tarde de termo uma creança viva e viavel.

Se todos estes factos representam raridades

curiosas, e se na generalidade o enkystamento do feto na cavidade abdominal é o desenlace mais favoravel para a rupturada, não poderá conceituar-se de radicalismo o propor a laparotomia para as rupturas uterinas completas da gravidez.

*

Diagnosticada uma ruptura uterina completa no trabalho do parto, que devemos fazer?

Abrir o peritoneo para alargar a ruptura ou traçar a classica incisão cesariana, com o fim de esvasiar o utero pelo abdomen, e em seguida suturar ou amputar, consoante as circumstancias da ruptura?

Ou tentar primeiro que tudo a extracção da creança pela via vaginal por meio do forceps, versão ou embyotomia, conforme a situação local e vital do feto e a pratica do operador?

Entendo que, como regra geral, devemos tentar esvasiar o utero antes de recorrermos a uma intervenção abdominal.

No caso pessoal V, o toque vaginal encontrou o collo dilatavel embora estivesse um pouco contrahido. Feita em poucos segundos a dilatação digital, acha-se subida a apresentação, de modo que a mão penetra facilmente no utero, atravessa a ruptura e attinge as falsas costellas. A parturiente está agonisante, e continuava a perda de sangue, que havia sido abundantissima antes da entrada

no hospital de Santo Antonio. A cesariana estava feita naturalmente, e apesar da enorme ruptura o feto conservava-se no utero ainda. Era forçoso operar depressa, muito depressa, para que a parturiente não morresse nas mãos do operador. Apesar de toda a presteza, cessava de pulsar o coração ao serem dados os ultimos pontos cutaneos abdominaes.

Mas este caso, pelo desesperado da situação e pelas condições de urgencia, não pode servir de base para uma argumentação geral.

No capitulo do diagnostico escrevi eu que em geral não é difficil affirmar uma ruptura do utero; mas que algumas vezes subsistem duvidas sobre o facto, e que o exame directo, a palpação uterina, é o melhor meio para dissipar as duvidas do diagnostico. Pode-se pela simples symptomatologia distinguir sempre uma ruptura completa da incompleta, sem o concurso da palpação directa das paredes do utero? Não.

Renunciar á prévia palpação intra-uterina, feita depois do esvaziamento do utero, é correr o perigo de laparatomisar uma puerpera por uma simples ruptura incompleta, para depois ter de extrahir-se o feto por via vaginal, fechando o abdomen aberto inutilmente, ou ter de abrir o utero para praticar a cesariana.

Em conclusão, depois de diagnosticada uma ruptura do utero no trabalho do parto, o procedimento do parteiro deve ser o seguinte: tentar esvaziar o utero vaginalmente, e examinar o estado

das paredes uterinas e os caracteres da ruptura, antes de se pronunciar e de se praticar a laparotomia.

Na redacção d'esta regra quiz incluir a generalidade dos casos. Ha porém os raros, os especiaes, os menos frequentes, que não se podem desprezar.

Acontece algumas vezes que, depois de uma ruptura uterina, o feto se escapa todo para a cavidade abdominal. N'estes casos devem ser abandonadas as tentativas do esvaziamento uterino pela via vaginal, porque, embora a mão possa atravessar a ruptura e apprehender os pés, muito perigoso é extrahir o feto pela vagina, pela possibilidade de alargar a ferida, de provocar novas hemorragias e de agarrar e rasgar ansas intestinaes.

Tambem acontece por vezes que depois da ruptura a cabeça do feto passa para a cavidade abdominal e o corpo conserva-se no utero. N'estes casos aconselha Merz que se faça a laparotomia e em seguida a extracção abdominal do feto. Assim deve ser; mas a meu vêr só depois de tentados debalde *fracos* esforços para a extracção vaginal. Sendo a ferida pequena as tentativas insistentes de extracção vaginal são muito prejudiciaes; mas a verdade é que com feridas extensas podem estar a cabeça fóra e o corpo dentro, e até como na observação V o feto conservar-se todo no utero apesar de a ferida ser extensissima.

*

No capitulo em que resumi a historia do assumpto d'esta dissertação referi-me com profunda admiração ás gloriosas acquisições medicas do seculo que finda, e exprimi a immensidade dos beneficios que a cirurgia moderna colheu da anesthesia e da antiseptia, sem desconhecer a utilidade dos novos processos hemostaticos.

Não devo fechar o capitulo da therapeutica das rupturas do utero, sem me referir á hemosthase, á antiseptia e á anesthesia na parte que interessa especialmente ao tratamento d'estas lesões.

O professor Quenu tem ultimamente feito na Sociedade de Cirurgia de Pariz uma critica desfavoravel ao dreno de Mikulicz. Diz o distincto professor que a gaze só pode fazer a compressão de uma superficie que sangra em massa, e é portanto um hemostatico secundario; infecta-se facilmente, e obriga a conservar a parede abdominal bastante aberta; é emfim um mau dreno. E' Quenu partidario do dreno de caoutchouc, que o ventre tolera bem e que permite fechar mais o abdomen; e aconselha retiral-o trinta e seis a quarenta horas depois da operação.

Não duvido dos bons resultados obtidos por Quenu, mas tambem não posso esquecer o bello serviço que o dreno de Mikulicz tem prestado em algumas das minhas observações pessoaes. As duas

observações II e XXII não deixam arrependimento para o seu emprego. Havendo o cuidado de parcialmente se reformar o dreno de Mikulicz no dia seguinte á operação e todas as vezes em que esteja manchado, o perigo da infecção remover-se-ha. Emquanto á maior abertura que exige, não constituirá isto um perigo observando-se as precauções antisepticas, e será antes uma boa valvula de segurança.

No caso XXII, pessoal, enfiou-se um dreno de caoutchouc pela perfuração uterina, dreno que vinha abrir-se fóra da vulva: em poucos dias a ferida estava cicatrizada. Nas rupturas uterinas durante o trabalho do parto, que foram operadas com a hysterectomia de Hegar, não foi empregado o dreno de caoutchouc.

*

A causa mais frequente de morte nas rupturas uterinas operadas foi a peritonite. Não poderia esta peritonite ter sido causada pelas mãos do operador ou dos ajudantes?

Recahimos na questão da esterilisação das mãos; questão muito debatida, e de novo levantada por Quenu na Sociedade de Cirurgia. Muito se tem escripto com o proposito de junctar novos subsidios para a resolução d'esta questão importante.

De uma valiosa publicação de Krönig deve-se concluir que a desinfecção mecanica pela escova

*

com agua e sabão é insufficiente. A associação dos dous methodos de desinfecção, o mecanico e o chimico, é incontestavelmente superior á simples desinfecção mecanica. Dos desinfectantes chimicos Krönig dá a preferencia ás soluções mercuriaes, porquanto estas não perdem, como outras, completamente o poder da desinfecção com o contacto das substancias organicas.

Terá esta desinfecção mixta das mãos um effeito prophylactico efficaaz? Varnier responde que sim. Se ensaboarmos e esfregarmos com uma escova embebida em agua bastante quente as mãos durante cinco minutos, se as mergulharmos seguidamente em alcool e depois em um soluto de sublimado na proporção de $\frac{1}{1000}$, os microbios que resistirem á morte ficarão grandemente attenuados.

Nem todos os cirurgiões se satisfazem com estas tranquillisadoras conclusões. Alguns, como Delbet, querem aseptisar chimica e bacteriologicamente as mãos, adduzindo as experiencias de Widal sobre a capacidade de resistencia de algumas especies bacterianas; e consideram indispensavel para tal fim o emprego do sabão concentrado com agua bastante quente durante cinco minutos para se emulsionarem todas as gorduras, a immersão em um soluto de sublimado, e a escovagem com alcool a 90° até que a imbibição da pelle por esse soluto seja perfeita.

Mas, se as cœliotomias forem precedidas da versão, ha a ponderar que a vagina contém uma

flora microbiana variada de difficil extincção. Desinfectadas com a urgencia inherente a estes casos as mãos antes de tentarem a versão, necessario se torna esterilisa-las novamente quando haja necessidade de seguidamente abrir o abdomen.

Que fazer pois? Olshausen aconselha que se abandonem os processos muito rigorosos de desinfectação manual, visto que são demorados e os perigos da infecção abdominal crescem com o addiamento das operações urgentes. Outros empregam as luvas de caoutchouc na primeira, ou na segunda ou em ambas as intervenções, vaginal e abdominal.

A primeira intervenção, na impossibilidade de se desinfectar completamente a vagina, será septicca, e por isto se aconselha ultimamente o uso das luvas na segunda, embora muitos julguem preferivel usal-as na primeira intervenção para as mãos poderem fazer impunemente a segunda. Não deixaria de ser coherente com estes justificados receios o emprego de dois pares de luvas, um para cada intervenção; o que pouparia o tempo a dispender com esterilisações manuaes.

São hoje adoptadas pelos cirurgiões as luvas de caoutchouc. Têm comtudo inconvenientes: são difficeis de calçar e rasgam-se depressa; diminuem a sensibilidade tactil e por isso exigem uma boa educação do operador; a esterilisação ao autoclave precisa de vinte minutos; e não dispensam a desinfectação das mãos.

Ha muito pouco tempo o dr. Levai, de Buda-Pesth, propoz, para substituição das luvas de caoutchouc, um verniz isolador e aseptico formando uma pellicula flexivel que permite a mobilidade das articulações das mãos. E' composto de 1 parte de gomma copal e de 2 de terebenthina de Veneza. Aquece-se fracamente até se formar uma massa viscosa perfeitamente homogenea. Depois de arrefecido, dissolve-se este composto em 100 partes de ether sulfurico; e junctam-se 100 partes de colloidio não ricinado. Finalmente clarifica-se este producto com a addição de 8 partes de acetona.

Depois da operação é facil desembaraçar as mãos d'estas engenhosas luvas, lavando-as com uma mistura de 2 partes de ether e 1 de alcool. Têm comtudo o inconveniente de não supportarem a agua em temperatura superior a 50°; e tambem não dispensam a desinfecção cuidadosa das mãos.

O calor é um grande agente microbicida. Se as mãos podessem supportar a lampada de alcool como as pinças metallicas, rapida e facil seria a esterilisação; mas os cirurgiões operadores nem sequer são affectados de syringomyelia.

Viverá pois por muito tempo ainda a desinfecção mixta, isto é mecanica e chimica simultaneamente.

Não descure o parteiro nunca esta desinfecção, especialmente quando no mesmo dia haja observado uma infecção puerperal ou feito uma auto-

psia, porque a sepsia das mãos, dos instrumentos e das esponjas provoca uma peritonite mais do que a impureza do ar.

*

Desejei poder apreciar o novo processo de anestesia medullar na sua applicação ás rupturas uterinas. Os professores Candido de Pinho e Clemente Pinto prometteram-me ensaiar-o nas enfermarias escolares; mas nem n'estas nem nas restantes do Hospital de Santo Antonio tive occasião de o vêr experimentar.

Emquanto a cocainisação ou outros methodos anesthesicos não provarem a sua superioridade para a hypothese tratada, ir-nos-hemos contentando com o chloroformio, cuja applicação se torna muitas vezes difficil e perigosa em consequencia das pessimas condições das operadas.

Na observação II chloroformisei a puerpera com 170 pulsações; sendo necessario no fim da operação um trabalho extraordinario para combater a syncope que lentamente sobreviera.

Na observação V a doente cessava de pulsar ao serem dados os ultimos pontos de sutura. Não foi isto devido a erro do chloroformisador, que era competentissimo, mas resultado previsto pelo estado agónico em que a parturiente entrara para o Hospital de Santo Antonio.

QUADRO SYNOPTICO DA THERAPEUTICA EMPREGADA
 NAS OBSERVAÇÕES DA MINHA DISSERTAÇÃO

- I OBSERVAÇÃO Abstenção. Dous a tres annos depois da ruptura, hysterectomia abdominal total. Cura.
- II » Extracção a forceps. Lavagem do peritoneo. Hysterectomia Hégar. Alguns mezes depois, sutura da fistula vesico vaginal pelo methodo americano. Cura.
- III » Versão. Lavagem do peritoneo. Hysterectomia Hegar. Morte.
- IV » Idem.
- V » Extracção do feto pela ruptura depois de feita a celiotomia. Lavagem do peritoneo. Hysterectomia Hegar. Morte.
- VI » Puncção e evacuação do liquido hydrocephalico. Extracção manual do feto morto. Lavagem do peritoneo e hysterectomia Hegar dous dias depois da ruptura. Morte.
- VII » Versão. Drenagem da cavidade peritoneal para a vagina. Morte.
- VIII » Laparotomia. Feto extrahido vivo e viavel das ansas intestinaes.

-
- Lavagem do peritoneo. Hysterectomia Hegar. Morte.
- IX OBSERVAÇÃO Versão. Drenagem. Morte.
- X » Forceps. Versão. Drenagem? Morte.
- XI » Versão. Drenagem. Morte.
- XII » Extracção manual. Drenagem? Morte.
- XIII » Sem tratamento proprio. Morte.
- XIV » Parto provocado. Versão. Coeliotomia. Lavagem peritoneal. Sutura do utero, do ligamento largo e do abdomen. Cura.
- XV » Operação de Porro. Cura.
- XVI » Versão. Sôro physiologico. Morte.
- XVII » Extracção a forceps. Sem tratamento proprio. Morte.
- XVIII » Applicaçào do forceps e do basiotribo. Versão. Hysterectomia abdominal. Cura.
- XIX » Applicaçào do forceps. Versão. Morte.
- XX » Expectação e repouso. Cura.
- XXI » Idem.
- XXII » Laparotomia. Lavagem do peritoneo. Dreno. Cura.
- XXIII » Morte fulminante.
- XXIV » Lavagem peritoneal. Hysterectomia total abdominal. Cura.
- XXV » Expectação e repouso. Cura.

X

PROPHYLAXIA

Nos capitulos anteriores descrevi as causas das rupturas uterinas, mostrei as difficuldades que embaraçavam o diagnostico, accentuei a gravidade do prognostico, e discuti desenvolidamente os variados alvitres therapeuticos propostos para as numerosas hypotheses em que pode decompôr-se a pathologia das rupturas.

Na introducção escrevi que todas as rupturas podiam e deviam ser evitadas. É de alta moralidade a maxima que é melhor prevenir do que curar. Nem sempre se previne sem trabalho, sem riscos e sem desgostos, mas, se tudo isto sommado representa um mal inferior ao que se pretende evitar, entre dois males aconselha o bom senso que se opte pelo menor.

Na therapeutica das rupturas demonstrei a frequente necessidade de sacrificar o utero rupturado para evitar a peritonite e para salvar a vida da infeliz. Se pela prophylaxia podermos conseguir salvar a mulher e poupar o utero, aproveitemol-a de preferencia, porque estes bons serviços não os pode prestar muitas vezes a therapeutica.

É pelo estudo das causas que se deve resolver este muito complexo problema. É descobrindo a tempo as causas preparadoras de uma ruptura uterina, e a tempo applicando-lhe os meios apropriados, que preveniremos ou evitaremos o accidente desastroso de tão difficil therapeutica e de tão grave prognostico.

*

Apertos pelvicos.—São um dos maiores contribuintes das rupturas do utero, e muito maus contribuintes tambem. Foram elles que levantaram a velha, e sempre viva, questão dos symphysiotomistas, cesarianistas e prematuristas.

Conhecida a existencia de um aperto pelvico ha a determinar a sua grandeza.

Ainda que o aperto pelvico seja pequeno, só excepcionalmente se poderá confiar na *Walchersche-lage*, que representa a pequenissima amplitude de 2 a 3 millimetros. A expressão abdominal, muito empregada hoje na clinica de Bonnaire, tem o inconveniente de poder provocar a ruptura do utero.

Se o aperto é pequeno e o feto está vivo, o forceps, a versão ou a symphysiotomia deverão ser praticados respeitando-se as indicações particulares d'estas operações. A embryotomia não só se applica a fetos mortos como até em certas condições a fetos de vitalidade muito compromettida. É que symphysiotomias e cesarianas com muito poucas

probabilidades de salvação do feto estão contra-indicadas.

Se o aperto for superior a 67 millímetros, só ha a recorrer á cesariana ou á embryotomia, segundo as condições vitaes do feto. Em um meio, em que faltassem ajudantes e instrumentação, a cesariana tornar-se-hia impraticavel, e só restaria a embryotomia para salvar uma vida, porque ambas não se poderiam poupar simultaneamente.

Finalmente, se durante o septimo mez da gravidez se diagnosticar um grande aperto pelvico, haveria a aconselhar á gestante o emprego do bisturi, isto é, uma cesariana, expondo-lhe a utilidade e os inconvenientes da operação. Recusando a gestante este methodo de intervenção, o que de melhor haveria posteriormente a praticar seria a provocação do parto prematuro na occasião melhor indicada pelo grau de viciação pelvica. Todos estes conselhos violentos, ou pelo menos a sua execução, deverão ser sempre precedidos de uma conferencia medica, em que o assumpto se esclarecerá com a discussão, e com a qual as responsabilidades se repartirão e se attenuarão.

Apresentação de espadua.—As observações d'esta dissertação mencionam numerosas rupturas consecutivas á apresentação de espadua.

A versão espontanea é tão rara, que nunca devemos confiar n'ella. Durante dois annos só presenciei uma, em maio passado, em um parto gemelar; mas foi um parto prematuro de sete mezes e

meio, e cada feto pesava pouco mais de mil grammas. Com um feto regularmente volumoso, a versão espontanea ou não se dá, ou realisa-se á custa de uma ruptura, que tambem pode produzir-se no primeiro caso.

Duas das minhas observações pessoas confirmam esta verdade, que nunca deverá ser esquecida pelos parteiros (Obs. III e IV).

Diagnosticada uma apresentação de espadua impõe-se a necessidade de recorrer á versão.

No oitavo, no principio do nono mez, e até no começo do trabalho quando ainda estão intactas as membranas, deve-se tentar a versão cephalica por meio de manobras externas. Depois de rotas as membranas é a versão podalica que se deve fazer.

E' esta uma operação prophylactica da ruptura uterina, mas não devemos esquecer nunca que tambem pode ser causadora da mesma ruptura.

Disse atraz que Tarnier considerava a retracção do anel de Bandl como signal precursor seguro de uma ruptura do utero. Este signal, ainda que applicavel a todas as apresentações, é-o principalmente á de espadua. Este signal muitas vezes só é reconhecido quando se introduz a mão no utero para fazer uma versão podalica ou o abaixamento prophylactico do pé. Avalia-se a sua resistencia pela força necessaria para extrahir o feto a forceps ou pelas difficuldades da evolução na versão.

A proposito das versões, necessario é enunciar as causas da retracção do anel de Bandl, como

elemento subsidiario da exposição dos perigos da versão e do consequente procedimento do parteiro.

As causas da retracção do anel de Bandl são multiplas: são maternas e são fetaes. As que mais especialmente actuam na retracção d'este anel são a ruptura precoce das membranas, a intensidade das contracções uterinas e a demora do trabalho. A differença de espessura das duas zonas uterinas, e a existencia ou ausencia de um sulco divisorio, convem sempre averiguar-se antes e depois da ruptura da bolsa das aguas.

É para nos anteciparmos á retracção do corpo do utero e do anel de Bandl que não se pode adiar a versão depois de reconhecida a apresentação de espadua.

Retrahido o anel de Bandl, avultam e multiplicam-se consequentemente as difficuldades da versão. Com a retracção do anel de Bandl a passagem da mão do segmento inferior para o corpo do utero exige muitas vezes manobras longas de dilatação manual, e com a retracção do corpo do utero é por vezes difficil colher o pé.

Não se tendo podido intervir antes da retracção do anel de Bandl, o que devemos fazer depois de elle retrahido? Contentar-nos com a expectação, recorrer ao chloroformio ou accudir immediatamente com a intervenção manual?

Esperar é acceitar negligente e culposamente os riscos de uma ruptura uterina imminente.

Chloroformisar é pratica recommendavel, mas

não é remedio infalivel. Muitas vezes a chloroformisação modera as contracções uterinas e como consequencia a retracção do annel; mas as observações de Demelin, de Simpson e de outros parteiros retiram a confiança absoluta na anesthesia.

Resta a intervenção manual, quando se tiver deixado de applicar ou houver fallhado a chloroformisação, intervenção que o chloroformio não dispensa mas só pode facilitar.

Nos casos da retracção do annel, está geralmente todo o feto encravado no corpo do utero retrahido. Sendo fixado o fundo do utero por uma mão applicada sobre o abdomen, introduzem-se successivamente um, dois, tres, quatro e os cinco dedos, imprimindo-lhes movimentos de rotação como os imprimidos a uma verruma, até se poder introduzir a mão. Conseguida a dilatação do annel, deverá ser vagaroso e acautelado o movimento ascencional da mão até o fundo do utero. Seguir o plano ventral do feto, e aproveitar o primeiro pé colhido, seja ou não o bom pé, é a pratica mais recommendavel. A evolução fetal é quasi sempre difficil; porque o feto deslisa com difficuldade pela parede uterina tetanicamente contrahida. Durante a extracção uma parte do feto pode ser apprehendida pelo annel; mas esta apprehensão rara tem pouca importancia.

Quando parte do feto se encontra no segmento inferior, a evolução é mais difficil, e algumas vezes a versão torna-se impossivel. Estando no segmento inferior a parte fetal que se apresenta, pode a pelve

descer até á porção inferior do corpo do utero retrahido ou até o proprio annel de Bandl onde ficará detida. A força de tracção imprimida ao pé para fazer descer a pelve decompor-se-ha em duas, actuando uma na direcção do corpo do utero retrahido e a outra na do corpo do feto e indirectamente no segmento inferior por intermedio da cabeça fetal. Ora, resistindo o corpo do utero, as tracções vão distendendo o segmento inferior e preparando a ruptura.

São varios os processos de fazer a cabeça transpor o annel de Bandl. São perigosas as pressões directas sobre a cabeça livre ou fixada pela mão applicada sobre o abdomen, porque podem produzir a ruptura quando exaggeradas e exercidas directamente sobre o annel e sobre o segmento inferior. O processo do plano inclinado de Budin parece-me mais acertado.

O terceiro tempo é mais perigoso para o feto, mas pouca influencia pode ter na producção de uma ruptura.

Instrumentos obstetricos e processos dilatadores do collo. O forceps, o gancho metallico e os embryotomos são susceptiveis de produzirem rupturas, quando applicados por mãos inexperientes. O preventivo do desastre está na observancia das regras formuladas pelos professores de obstetricia. Dizer que uma colher do forceps não deve forçar descuidadamente uma resistencia, que as tracções devem ser sempre precedidas do exame meticoloso da parte

apprehendida, que se deve esperar a sufficiente dilatação do collo, etc., são preceitos que todos os parteiros devem conhecer e praticar. O mesmo se applica aos embryotomos de grande, mas reduzivel numero: todo o cuidado com estes instrumentos, sobretudo quando o corpo do utero retrahido encerra todo o feto. N'este caso será necessario fazer preceder a introdução do embryotomo da dilatação digital do anel de Bandl.

O dilatador de Tarnier pode concorrer para uma ruptura, quando com elle se determinar a dilatação muito brusca do collo.

Os balões podem consecutivamente ás contracções intensas provocar a retracção do utero.

As grandes incisões cervicaes de Dührssen foram accusadas de contribuirem para a estatistica das rupturas uterinas. Parecem-me preferiveis as duas incisões lateraes de 15 millimetros do professor Fochier, as quaes só deverão ser praticadas quando o segmento inferior esteja formado e haja extincção completa do collo, que deve ser normal: por este processo provoca-se a dilatação artificial do collo das primiparas sem perigos para o utero.

Cravagem de centeio e seus derivados. — A acção da cravagem sobre a fibra muscular uterina é conhecida ha muito tempo. Dez ou quinze minutos depois da sua administração manifestam-se contracções vivas, longas e permanentes. Quer a contracção seja continua, ficando o utero duro e sem as alterações de tensão e relaxamento do trabalho phy-

siologico, quer seja remittente, a parturiente soffre immenso e agita-se continuamente. A face congestiona-se, as pupillas dilatam-se, e o pulso accelera-se ao principio para cahir meia hora depois. Com doses repetidas, accrescem por vezes a cephalalgia, vertigens, nauseas, vomitos e fadiga dos membros.

A todos estes effeitos e ás retracções do corpo do utero vieram as observações modernas accrescentar um outro, o da retracção do annel de Bandl.

A cravagem é portanto um agente pharmacologico que muito pode contribuir para a formação de uma ruptura do utero.

Muitos medicos só applicam a cravagem, quando o collo está dilatado ou dilatavel, a bacia seja bem conformada, o feto regular, e a parturiente multipara. Johnston, em um trabalho publicado em 1887, declara haver empregado systematicamente, pouco tempo antes da expulsão do feto, a cravagem para evitar as hemorragias da dequitação; mas encontrou em $\frac{2}{3}$ dos casos a retracção do annel de Bandl.

A cravagem, usada distrahidamente por alguns medicos, e inconscientemente pelas parteiras que das pharmacias a obtêm com toda a facilidade, é um agente nefasto na generalidade dos partos. Pelas rupturas uterinas que pode provocar necessario é restringir o seu uso, e subtrahil-a rigorosamente á inconsciencia das parteiras, curiosas ou habilitadas.

Não poderia a cravagem ser substituida nos

casos em que para ella houvesse oportunidade por algum derivado activo, e ser consequentemente eliminada das pharmacopeas para se supprimir esta atrevida e perigosa intervenção das parteiras?

Dupuy diz que as experiencias feitas com a ergotina desde a sua descoberta demonstram que esta substancia constitue realmente o principio activo da cravagem do centeio, e que a este principio são devidos todos os effeitos physiologicos da cravagem e dos extractos conhecidos por ergotinos.

Carcinoma uterino.—Durante os primeiros mezes da gravidez, se a neoplasia é limitada e operavel, sacrificariamos o feto ou o embrião, cuja tara morbida poderá ser pesada, em beneficio da mulher. O carcinoma predispõe para o aborto e é aggravado pela gestação. *Vide Medicina Contemporanea de 16—9—900. Observação de Sabino Coelho.* Nos ultimos mezes da gestação, se o feto está vivo e o tumor é diffuso, pode-se contar com o amollecimento do collo na occasião do trabalho. Entretanto para impedir a ruptura de um orgão degenerado é preciso evitar grandes esforços uterinos. Auxiliar a dilatação do collo e fazer cuidadosamente a extracção a forceps ou a versão quando o trabalho pareça demorar-se, tentar finalmente a cesariana se o collo não se dilatar e o utero ameaçar romper-se, parece-me dever ser o procedimento a adoptar.

Fibromas.—Os fibro-myomas contribuem tambem para as rupturas do utero. Alguns intersticiaes e tambem alguns cavitarios volumosos, localizados

no segmento inferior, não se deslocando e impedindo a penetração do feto, têm sido accusados d'esse terrivel accidente.

No caso de Delagenière, relatado este anno nos Annaes de Obste•tricia, é duvidoso se a ruptura uterina se deva attribuir aos dous fibromas situados no fundo do utero ou antes á versão e á expressão abdominal durante a dequitação. A ruptura só foi diagnosticada 22 horas depois do parto.

É embaraçosa e difficil a situação de um medico consultado por uma mulher gravida e portadora de um fibroma. A responsabilidade é grande para um só; outros medicos devem ser ouvidos.

Não se recommendam muito o abortamento e o parto prematuro geralmente, porque, embora a moderna estatistica de Kirscheinen accuse menor mortalidade para a mãe, 40 %, do que a antiga de Pozi, 53 % para a mãe e 66 % para o feto, os perigos são muito grandes.

Os fibromas uterinos, embora grandes, podem deslocar-se e subir durante o trabalho de maneira a permittirem a penetração fetal. Se a penetração se torna impossivel ou muito difficil, e o trabalho se demora, se não houver espaço para a introdução de uma mão ou a dilatação resista, parece-me preferivel abandonar a via natural a abrir brecha esboroando o fibroma.

Se durante a gravidez occorrerem complicações graves, como hemorrhagias, dores insupporta-

veis devidas á compressão das visceras vizinhas, etc., parece-me justificada a intervenção.

N'estas circumstancias observei n'este anno um caso no Hospital de Santo Antonio. Algum dos accidentes acabados de referir decidira uma mulher a solicitar uma operação. O operador fez a laparotomia, e libertou o utero gravido de quatro mezes de um grande fibroma sessil subperitoneal. Mas a hemorragia que esta descorticação causou foi tão rebelde que o operador viu-se obrigado a fazer a amputação supra-vaginal pelo methodo de Hegar.

Alguns outros são muito mais benignos, como sejam polypos implantados no collo, fibromas intersticiaes facilmente enucleados, tumores pediculados do fundo do utero, fibromas interligamentosos. N'estes pode-se intervir operatoriamente sem grandes perigos; mas tambem oppõem pequena resistencia ao parto.

A observação XXIV de perfuração de um utero em degeneração fibro-myomatosa exemplifica o perigo a que está exposta uma gestante em taes condições.

Parece-me, em relação á prophylaxia, que todos os medicos devem aconselhar a operação a todas as mulheres affectadas de fibro-myomas intersticiaes e que possam engravidar. O methodo moderno de Tuffier, a enucleação dos fibromas intersticiaes com conservação do utero e ovarios, deve

inspirar confiança ás operandas. É operação difficil, mas benigna e conservadora.

Tambem devem ser tenazmente combatidas as metrites, visto predispoem para rupturas. N'estas comprehendo as blenorrhagicas. E, como causadoras de metrites, as infecções puerperaes nunca deixarão de ser combatidas por irrigações abundantes de solutos antisepticos entre os quaes o phenicado a $\frac{1}{100}$ tenho visto produzir beneficios completos e constantes.

Cicatrices de lesões anteriores. — Entre as causas das rupturas uterinas incluimos as cicatrizes das operações cesarianas e das rupturas anteriores.

Que prophylaxia adoptar para estas predispostas para rupturas?

Provocar o parto prematuro, abreviar o trabalho do parto, poupando as contracções uterinas, facilitando a dilatação do collo, e extrahindo o feto pelo forceps, versão ou outra manobra obstetrica?

Ou condemnar o feto á morte, servindo-nos para isso d'um embryotomo, o que seria a reprovação da sutura de um orgão cujo producto tinha de ser inutilisado?

Não nos suggere o raciocinio a resposta satisfactoria a estas interrogações. Procuremos porisso subsidios na experiencia dos mestres, na accumulção das observações agrupadas em estatisticas.

Uma das estatisticas mais recentemente publicadas, pois appareceu em 1899, é a do allemão Abel, de Leipzig. Comprehende ella 34 operações

cesarianas feitas entre 1887 e 1894. D'estas 34 operadas 22 engravidaram, abortando apenas uma. Poucas tiveram na primeira metade da gestação dores na cicatriz, e na segunda metade nenhuma as sentiu. Em duas houve ruptura na parede posterior do utero.

Não tendo n'estes dous casos cedido a cicatriz da cesariana, occorre uma duvida sobre a etiologia d'estas duas rupturas. Se as cesarianas tivessem sido determinadas por grandes apertos osseos, não seriam os mesmos apertos os provocadores das rupturas n'estas duas cesarianisadas?

Ha outras estatisticas mais antigas. Krukenberg reuniu 13 observações, em que se rompeu a cicatriz uterina de antigas cesarianas, cahindo sempre o feto na cavidade abdominal; junctou 5 casos em que egualmente se rompeu a sutura, conservando-se o feto dentro do utero. Kaiser colligiu 6 casos de cesarianisadas com ruptura da cicatriz no parto seguinte.

Rose publicou uma observação assaz interessante. Foi a de uma mulher de 32 annos que teve em quatro gravidezes successivas outras tantas rupturas na occasião do trabalho. Em todas as vezes o feto passou á cavidade abdominal, donde foi extrahido morto nos tres primeiros casos e vivo no ultimo pela vagina. E sempre a mulher se restabeleceu sem complicações.

Estas citações provam não só que as cicatrizes das cesarianas devem ser incluidas na etiologia

das rupturas, mas que o perigo de a cicatriz uterina ceder em um parto posterior é muito menor agora com a antiseptia e com a segurança das suturas modernas em dois planos do que era n'outros annos.

Ha casos, mas menos numerosamente registados, de uma ruptura uterina completa se repetir na cicatriz de outra anterior completa ou incompleta.

Das datas das estatisticas referidas conclue-se que as cicatrizes uterinas representam hoje uma causa predisponente menos perigosa do que fôra antes; é simplesmente a predisposição e não a condemnação inevitavel a novas rupturas.

Mas se subsiste a predisposição pode ella causar a ruptura, quando reforçada pelas causas adjacentes necessarias.

É a acção d'estas que o parteiro deve cuidadosamente evitar, impedindo o mais possivel o trabalho demorado e violento, e intervindo com toda a prudencia quando esteja justificada alguma operação obstetrica.

Kystos dos ovarios.—Sendo grandes, encravados na bacia e irreductiveis, o parteiro tentará a punctão, e, se com isto não se fizer a penetração do feto, e o feto estiver vivo, está indicada a cesariana.

Deformações do utero.—O utero bicorneo e cordiforme predispõem para apresentações transversas. Em casos especiaes do utero bicorneo a ruptura é frequente; noutros casos o corno vasio hyperthrophiado poderá obliterar parte da bacia.

A expectação armada durante a gravidez e a dequitudura deve sempre acompanhar estas deformações.

Desvios do collo.— Observam-se principalmente nas primiparas e com mais frequencia para traz e para a esquerda. N'estes casos a força da contracção uterina exerce-se sobre a parte anterior do segmento inferior, e a dilatação opera-se lentamente.

Aconselha-se para estes embaraços endireitar o utero durante as contracções, modificar a posição da parturiente e tambem exercer prudentemente com o indicador recurvado tracções sobre o labio anterior de maneira a pôr o orificio uterino no centro da excavação.

Apertos do collo.—Ha no collo como na urethra apertos espasmodicos que facilmente se vencem; e apertos cicatriciaes syphiliticos, cancerosos ou provenientes de operações anteriores, os quaes muitas vezes resistem a todos os processos de dilatação. Na peor das hypotheses a salvação da mãe e do filho poderá reclamar a cesariana e até a operação de Porro.

Tetania espontanea do utero.— É devida a contracções uterinas exaggeradas e permanentes. O chloroformio em dose pequena e o chloral são os remedios mais adequados.

Hydrocephalia.— Depois de diagnosticada a hydrocephalia muitos parteiros esperam, antes de intervirem, que o parto se faça espontaneamente. Só

depois de convencidos da impotencia das contracções uterinas é que punccionam o craneo ao nivel do espaço membranoso mais accessivel.

Esta pratica pode causar uma ruptura do utero. Parece-me mais acertado não demorar a punção com um trocarte fino, operação que tem permitido extrahir um feto vivo pela versão ou forceps.

Não dando a cabeça boa presa ao forceps, tentaremos a versão antes de recorrer ao cephalo ou basiotribo.

Quando não seja cephalica a apresentação e o diagnostico da hydrocephalia se faça só na occasião em que todo o tronco se acha fóra da vulva, punccionaremos a abobada palatina e as fontanelas posteriores ou introduziremos por uma abertura feita na face posterior da columna vertebral uma sonda elastica munida de mandaril para por ella se esvasiar o liquido. Pela manobra de Mauriceau, com o forceps ou cephalotribo extrahir-se-ha em seguida a cabeça reduzida de volume.

O edema generalizado, o hydro-thorax, a ascite e a putrefacção do feto, o emphysema, a spina bifida, os tumores fetaes e as monstruosidades oppõem algumas vezes obstaculos graves ao parto. N'estas condições a missão do parteiro quasi se limita a salvar a vida da mãe. Portanto, quando não se faça a penetração, o parteiro praticará uma punção ou uma embryotomia.

Finalmente nunca deveremos esquecer que o aperto pelvico é uma relação entre os diametros da

bacia e o volume do feto, e que portanto o previo conhecimento d'aquelles diametros não pode antecipadamente tranquillisar. Tambem é conveniente não esquecer que as posições occipito e mento posteriores e da pelve desdobrada são muitas vezes persistentes e demoram um trabalho, que o parteiro pode abreviar; que a multiparidade e a idade determinam a caducidade do systema genital (Doleris); que a gravidez gemellar e a gestação d'uma tuberculosa devem ser attentamente vigiadas; e alfim que o hydramnios exige quasi sempre a ruptura artificial das membranas.

*

Fiel ao programma da prophylaxia expuz as considerações e os preceitos que mais adequados me pareceram ao proposito de evitar as rupturas uterinas.

Subsiste porém ainda um perigo grande, que deriva do desprezo pelos preceitos prophylacticos formulados quer durante o trabalho do parto, quer tambem durante a gravidez. É uma lacuna sobre cujo preenchimento urge providenciar com os recursos da beneficencia.

Alguem disse um dia que as rupturas uterinas são mais frequentes nas mulheres pobres do que nas ricas. Se a proposição foi colhida na estatistica, não foi acompanhada da explicação.

Será porque as condições de trabalho expo-

nham mais as pobres do que as ricas? Talvez. Mas as modernas theorias affirmam que os fetos das mulheres que não repousam no ultimo mez são menos volumosos e menos pesados do que os das outras; e assim, com um menor volume fetal, os apertados pelvicos seriam menos frequentemente provocadores de rupturas.

Se este perigo é menor para as pobres do que para as ricas, outras causas aggravam muito mais a situação das pobres. São por exemplo as metrites quer puerperaes quer blenorragicas; e é sobretudo a carencia da assistencia medica, assistencia que as pobres difficilmente encontram e que as ricas facilmente obtêm.

Entre nós mostra a observação que os partos dystocicos são relativamente frequentes nas mulheres de recursos pecuniarios, mas tambem nos diz que o medico parteiro só em ultima instancia se chama. É que ellas ainda não comprehenderam que, para beneficio seu e dos filhos em gestação, é necessario deixarem-se examinar algumas vezes pelo medico durante a gravidez e serem assistidas sempre por uma parteira competente na hora do trabalho. Um exame mensal a contar do sexto mez evitaria as rupturas do utero, diminuiria o numero ainda grande de partos dystocicos, e reduziria o numero maior de nado-mortos.

É dispendiosa esta prophylaxia para a classe pobre.

Estabeleçam os grandes hospitaes uma con-

sulta especial para as parturientes. A despeza não será grande, e será bem compensada pela diminuição dos partos dystocicos que não ficam baratos aos hospitaes.

Hoje que por toda a parte se levanta a bandeira da protecção para as parturientes não devemos ficar na rectaguarda inertes e indifferentes.

Em Lisboa o professor Alfredo Costa abriu no anno passado o curso de obstetricia com uma lição interessantissima. Na lista das theses defendidas em Lisboa n'este julho ha uma com o titulo de «*Protecção ás mulheres gravidas pobres*», que devia ter sido inspirada por aquella lição.

Creada a consulta especial que lembro e insinuado no espirito das necessitadas a conveniencia de a aproveitarem, a therapeutica obstetrica cederia o logar á prophylaxia triumphante; a vida da parturiente não seria atormentada pela duvida da boa ou má hora; a confiança moral da gestante fortificar-se-hia; e numerosas creanças seriam subtrahidas a uma morte certa.

O professor Alfredo Costa pede o repouso e a protecção para o ultimo ou ultimos mezes da gravidez. A consulta prophylactica que proponho é de maior simplicidade economica em relação ao avultado dispendio com que se realisaria a ideia do illustre professor de Lisboa.

Podem objectar que os partos dystocicos não são muito numerosos, e que portanto a consulta prophylactica não aproveitaria a muitas parturien-

tes. Responderei que esta consulta pode tambem ensinar noções hygienicas ás gestantes, e evitar muitos abortos, nado-mortos e heredo-syphiliticos pelo tratamento a tempo da molestia que as parturientes muitas vezes desprezam ou ignoram.

Podem tambem dizer que na consulta geral se ouvem parturientes. Sim: ouvem-se as parturientes como ainda ha pouco tempo doentes de olhos, de gynecologia, de dermatologia e de todas as variadas especialidades; mas o tempo é pouco para attender ás doenças chronicas que procuram a consulta hospitalar.

Um dos melhores meios de propaganda da prophylaxia seria a creação de uma consulta especial; e um relatorio scientifico annualmente publicado seria ao mesmo tempó um documento de grande valor para a sciencia e um incentivo para as parturientes aproveitarem a beneficencia hospitalar.

A educação e a missão do parteiro cirurgião ficaria reduzida para o futuro; mas não só é parteiro quem pratica operações obstetricas, é-o tambem e muito melhor quem as prevê e sabe evitar.

As versões uterinas poderiam ser vantajosamente substituidas por versões externas, se as parturientes se apresentassem quando o feto é ainda movel, isto é, antes do fim do oitavo mez. Assim se evitariam as apresentações de espadua, e as rupturas uterinas que ellas frequentemente causam, se a versão não é feita opportuna e prudentemente. As hemorragias que sobrevêm depois da versão, quan-

do é dado o chloroformio, deixariam de produzir-se. As infecções puerperaes, que mal tratadas, como o são geralmeete, preparam as metrites e as salpingo-ovarites, e que tantas vezes succedem ás manobras obstetricas, tambem deixariam de existir com beneficio grande da parturiente e da humanidade. E digo da humanidade, porque um utero chronicamente inflammado é muitas vezes um orgão esteril, e sempre um corpo exposto ás rupturas com nefastas consequencias.

A eclampsia poderia ser quasi sempre evitada pela analyse methodica e systematica da urina; e sem eclampsia não haveria tetania eclamptica.

O diagnostico e medição dos apertos pelvicos indicariam a oportunidade para a melhor intervenção preventiva.

Diagnosticada uma hydrocephalia, ficar-se-hia habilitado para propor um parto prematuro ou para intervir convenientemente logo que o parto começasse.

Em kystos volumosos do ovario praticar-se-hia uma ovariectomia nos primeiros tempos da gravidez sem grande perigo para a gestante e para o feto. Os kystos dermoides periovaricos volumosos seriam extrahidos ou punccionados durante a gravidez. E a observação amiudada das gravidezes pathologicas completaria vantajosamente as indicações fornecidas por um primeiro exame.

Teriamos assim pela prophylaxia eliminado da therapeutica as rupturas do utero.

QUADRO SYNOPTICO PROPHYLATICO DOS CASOS
DA MINHA DISSERTAÇÃO

- 1.º CASO Evitar o traumatismo. Caminhar e trabalhar mais prudente e cuidadosamente.
- 2.º » Tratamento completo da metrite, e intervenção a forceps em momento opportuno.
- 3.º » Versão em momento opportuno.
- 4.º » Versão em momento opportuno.
- 5.º » Intervenção em occasião opportuna.
Abstenção da cravagem (?)
- 6.º » Puncção cephalica. Versão. Abstenção da cravagem do centeio.
- 7.º » Versão logo que o collo se dilatou. Abstenção da cravagem e das grosseiras manobras manuaes das curiosas.
- 8.º » Symphiotomia em momento opportuno ou parto prematuro provocado.
- 9.º » Intervenção em occasião opportuna.
- 10.º » Poupar ou facilitar o esforço uterino, fazendo uma applicação cuidadosa de forceps com a assistencia d'um ou mais collegas.
- 11.º » Dilatado ou dilatavel o collo, versão.
- 12.º » Extracção manual em momento opportuno.
- 13.º » Ruptura diagnosticada sómente na au-

- topsia. Passando despercebida a causa, não se pode propor a respectiva prophylaxia.
- 14.º CASO Versão feita a tempo cuidadosamente.
- 15.º » Abstenção de manobras de palmatoria e extracção manual em occasião opportuna.
- 16.º » Evitar quedas, e as manobras de curiosas. Versão em tempo conveniente.
- 17.º » Intervenção em occasião opportuna.
- 18.º » Idem.
- 19.º » Aperto pelvico. Applicação do forceps sem resultado. Symphisiotomia ou embryotomia?
- 20.º » Introducção da sonda de Doleris com mais cuidado.
- 21.º » Idem.
- 22.º » Tratamento anti-puerperal mais a tempo. Antisepsia durante o parto. Entrada mais cedo no hospital.
- 23.º » Introducção cuidadosa da sonda no utero, fechando-a desde que a agua não sahisse.
- 24.º » Não é puerperal.
- 25.º » Perfuração pela cureta. Muita prudencia. Sonda romba ou simplesmente os dedos.

XI

MEDICINA LEGAL

Eis-me no ultimo capitulo das rupturas uterinas puerperaes, cuja frequencia é, como demonstrou Tarnier, muito superior á designada por Jolly, $\frac{1}{3400}$. Impossivel é obter estatistica verdadeira, porque numerosos casos perdem-se para a publicidade. Quasi todas as observações que apresento eram inéditas, e ficam agora archivadas, mas são com certeza uma diminuta fracção do numero que o depoimento consciencioso de todos os medicos do paiz habilitaria a determinar.

Para complemento do meu trabalho entendi dever escrever um capitulo medico-legal, em que resumisse os elementos de que a medicina forense pode dispor para provar uma ruptura provocada por impericia ou por negligencia. Não vai nisto o intento de levantar novas difficuldades ao difficil exercicio da obstetricia. É mais uma recommendação de vigilancia e de prudencia para junctar a todas as que tenho inscripto.

Os embaraços, que esperava encontrar, mais avultaram com as tentativas feitas para a colheita de subsidios para este capitulo. Está elle por com-

pletar; e não é para um homem só, tivesse elle a estatura do primeiro medico-legista, a missão de preencher todas as lacunas de tão pouca estudada materia. Os poucos processos medico-legaes sobre rupturas uterinas, que pude lêr, são quasi todos antigos e imperfeitos.

A responsabilidade criminal e civil do parteiro pode deduzir-se da impericia das manobras obstetricas e do nocivo ou intempestivo uso da cravagem e seus succedaneos. A negligencia pode ser tambem uma base de accusação.

Grandes são hoje as difficuldades de provar pela autopsia e pelo exame do utero a culpabilidade do parteiro. E' conhecido o seguinte trecho de Triaire de Tours: «É raro que o parteiro seja accusado, no caso de ruptura do utero sobrevinda durante o trabalho, de imprudencia ou de impericia. É para isso preciso conhecer perfeitamente o valor das circumstancias em que se produziu o accidente. Poderiamos cahir em erro se, por carencia de lesões pathologicas, attribuissemos a ruptura a manobras obstetricas. Os mais habeis parteiros têm-se julgado por vezes inhabilitados para declarar se a laceração, que elles verificaram na autopsia, existia antes de uma operação ou foi o resultado d'ella».

Doutrina diversa se enuncia nas conclusões de um relatorio medico-legal sobre o caso de uma ruptura uterina produzida, em trabalho regular de parto, numa mulher a quem um parteiro applicara

manobras obstetricas. «É claro pois, diz Tardieu, que, se o tecido do utero está são, se nenhuma ferida exterior o offendeu, se a boa conformação da bacia, a normal apresentação da creança, e a completa e regular dilatação do orificio do collo deixaram o caminho aberto ao producto da concepção, impossivel é que as contracções do utero, em vez de expulsar o feto nella contido, lacerem as paredes d'este orgão. Nestas condições, se o utero está lacerado e perfurado, a lesão deve com toda a verosimilhança attribuir-se a uma perfuração por instrumento introduzido no interior do utero ou a arrancamento proveniente de tracções violentas exercidas sobre o feto e seus annexos ou sobre o proprio utero».

Devilez e Tardieu dão grande importancia á séde da ruptura. Quando está localisada no segmento inferior juncto da inserção vaginal, na face posterior e bordos do utero, a ruptura é segundo Tardieu devida com probabilidade a impericia obstetrica.

Nesta materia a consciencia do perito medico-legista deve impôr-lhe a maior circumspecção no raciocinio e nas conclusões.

Em geral o diagnostico de uma ruptura do utero, sobretudo completa, faz-se bem: a observação adverte o parteiro da existencia d'ella. Tambem pelos antecedentes e commemorativos, associados á observação, é muitas vezes facil distinguir a ruptura espontanea da provocada.

Em arrancamentos do segmento inferior, naquellas perfurações pela sonda de Doleris que vão descriptas na dissertação, e em outros casos de igual nitidez, nenhuma duvida pode subsistir sobre a impericia do cirurgião.

Mas na maior parte dos restantes casos suspeitos de culpabilidade o problema deixa de ter a mesma clareza.

A séde, a direcção, a forma da ferida, assim como a configuração dos seus bordos têm alguma importancia e devem descrever-se com toda a fidelidade; mas todos estes elementos são insufficientes para comprovarem uma accusação de culpabilidade.

Casos ha, como se disse, em que as contracções uterinas continuam depois de rupturado o utero: são factos raros; mas não se deve nunca esquecer a sua possibilidade. Casos ha em que o segmento inferior se acha estirado e o utero vasio de liquido amniotico e retrahido, de modo que a mão do parteiro não é mais do que a gotta de agua que faz trasbordar o copo. Casos ha tambem em que o segmento inferior estirado se tem rompido ou se romperá no decurso de uma manobra obstetrica feita prudente e habilmente.

Se tudo isto pode acontecer, e se a séde e os caracteres da solução de continuidade não podem hoje justificar juizos seguros, o medico-legista não poderá geralmente redigir conclusões positivas sobre os erros de impericia ou negligencia.

Mas o que o parteiro deve fazer sempre quan-

do reconhecida, supposta ou receiada uma ruptura, é reclamar a assistencia de outros medicos antes de qualquer intervenção operatoria, para não vir a ser accusado de auctor da ruptura. E aquillo de que as parteiras deveriam systematicamente abster-se é de fazer versões, para deixarem de desfazer e de romper uteros.

N'esta dissertação registam-se casos de rupturas provocadas pela administração da cravagem de centeio. Quer a cravagem, quer os seus extractos alcoolicos, ou de outro excipiente, são de composição chimica muito complexa; e a analyse chimica não possui ainda reagentes e processos que possam com segurança reconhecer a presença d'estes agentes pharmacologicos.

Na prophylaxia propuz a substituição da cravagem e dos ergotinos ou ergotinas pela ergotina, substancia que Tanret, Dupuy, e outros experimentadores auctorizados affirmam ser o alcaloide e principio activo, ao qual a cravagem deve as suas propriedades physiologicas e therapeuticas. A ergotina parece poder reconhecer-se pelo processo de Stass.

A substituição da cravagem pela ergotina e a sua subtracção ás parteiras são dos mais relevantes serviços que ás puerperas poderemos prestar.

E como este capitulo de medicina legal obedeceu só ao pensamento prophylactico, e não ao penal, deixarei na omissão todos os artigos da legis-

lação nacional e estrangeira relativos a este genero de responsabilidade.

*

Com o que fica escripto desempenhei a minha ultima ou antes penultima obrigação escolar, como m'õ permittiram os recursos da intelligencia e o limitado tempo disponivel.

Outro poderia ser o plano do trabalho. Pareceu-me porẽm que o adoptado era o mais proprio para o assumpto ser estudado na sua maior extensão. Nenhuma publicação conheço em que sejam egualmente desenvolvidos todos os capitulos em que se acha decomposta esta dissertação.

Sempre que era possivel aproveitei todos os casos colleccionados no paiz para interpretações exemplificativas.

Seguem agora todas as observações com as respectivas descripções mais ou menos circumstanciadas consoante os elementos que se poderam obter.



OBSERVAÇÕES



OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

DR. FERRARI (VIZEU)

Ruptura uterina durante a gravidez

Este caso foi-me narrado pelo distincto cirurgião nos termos seguintes :

«Uma mulher gravida de cinco mezes, se bem me recordo, foi buscar um pesado molho de lenha; ao voltar a casa, fez um passo em falso, e o molho, cahindo, bateu-lhe violentamente no ventre dando logar a uma dôr agudissima.

Desde então, a mulher não mais sentiu os movimentos do feto, e, pouco depois do accidente, começou a sentir nas regiões umbilical (parte inferior) e hypogastrica uma intumescencia que ella propria reconheceu ser o feto, pois até as pernas d'este facilmente se reconheciam atravez das paredes abdominaes.

Passaram largos mezes, sem que o parto tivesse logar nem o feto dêsse signaes de vida, sendo o estado geral satisfactorio, pois não havia dôres, difficuldades nos movimentos ou qualquer outro phenomeno que a molestasse.

Por isto, todos os collegas que consultou lhe disseram

que nada fizesse, pois que só por meio d'uma operação melindrosa se poderia libertar do feto.

Decorridos porém quasi tres annos, a mulher começou a sentir taes dôres no hypogastro, que teve de dar entrada no Hospital de Vizeu, onde se reconheceu a extrema necessidade e urgencia de a operar.

Aberta a cavidade abdominal por uma incisão que se estendia desde o pubis até á parte media da região epigastrica, ficou a descoberto um grande sacco kystico dentro do qual estava o feto; este sacco kystico communicava por uma larga abertura com a cavidade uterina, onde se achava grandemente suppurada a placenta ainda ligada ao feto pelo cordão umbilical. As paredes uterinas achavam-se hypertrophiadas, profundamente alteradas em sua estrutura, e suppurantes; o pús achava-se accumulado nas cavidades uterina e kystica (1 a 2 litros), não podendo sahir para o exterior por se achar obturado o orificio uterino.

Extrahimos o sacco kystico, o feto e o utero, e completamos a operação pelos processos conhecidos.

Em poucos dias a mulher sahiu curada do Hospital.

Entendi que se tratava de uma ruptura traumatica do utero com passagem consecutiva do feto para a cavidade abdominal onde se enkystou.»

Vide a phototypia I

OBSERVAÇÃO II

PESSOAL

ENFERMARIA N.º 9*Hospital de Santo Antonio**Ruptura uterina completa.—Variedade anterior**Ruptura vesical**Causas: metrite, trabalho demorado e talvez syphilis**Hysterectomia Hegar***CURA**

F., secundipara, de 32 annos, solteira, costureira, natural de Albergaria-Velha.

E' transferida da enfermaria 14, onde estava em tratamento d'uma ulcera syphilitica da urethra, para a enfermaria 9, em trabalho de parto, no dia 18 de outubro de 1899.

Antecedentes pessoaes. Em creança teve o sarampo.

Ha 2 annos entrou gravida de 7 mezes com paresia das pernas, especialmente da esquerda, para a enfermaria 7, onde se alliviou de termo.

A paresia desapareceu com algumas fricções proconisadas pelo professor Souto.

Dous mezes depois tem um parto bom, creança viva e viavel, a qual succumbiu de anno e meio á diphteria.

Manifestando-se a febre puerperal, é transferida a puerpera para a enfermaria 9, onde foi feito durante algum tempo o tratamento pelas irrigações intra-uterinas com o soluto phenico a $\frac{1}{100}$.

Com a symptomatologia propria d'uma metrite é transferida mais uma vez; entra na enfermaria 13, onde o snr. dr. Andrade propoz uma curetagem que não foi aceite pela doente.

Vae passar o S. João com a familia, depois de haver estado 8 mezes no Hospital.

Em agosto d'este mesmo anno a metrite accentua-se, havendo um forte corrimento branco e liquido de que não faz caso.

Volta ao Hospital de Santo Antonio em agosto de 1899. E' recolhida e tratada na enfermaria 14, do snr. dr. Souza de Oliveira; da qual é transferida para a nossa enfermaria em virtude de haverem augmentado as dôres de parto que tinham principiado já a 15 de outubro.

Antecedentes hereditarios. O pae esteve no Brazil, onde fracturou uma perna e um braço. Parece ter sido alcoólico. Morreu ha 8 annos d'uma congestão cerebral.

A mãe, de 60 annos, soffre do peito; tem tido algumas hemoptyses, e de 14 irmãos 10 falleceram de doenças eruptivas, e 4, vivos ainda, são sadios.

Eis como o distincto parteiro Maia Mendes descreve este caso:

«Em novembro do anno passado entrou para o meu serviço, no Hospital de Santo Antonio, a doente F., que vinha em trabalho de parto já começado na vespera. Vinha esta doente de uma outra enfermaria do mesmo Hospital, onde tinha estado em tratamento de ulcerações syphiliticas proximo á urethra, segundo os dizeres da respectiva papelleta.

A' hora da visita passou ella como simples infectada, em trabalho regular, pelo que diz respeito a mechanica do parto, com a cabeça já na excavação.

A's oito horas da noite, porém appareceu em minha casa o interno snr. Veiga de Faria, a chamar-me, porque a mencionada enferma, continuando a apresentar temperatura elevada, queixava-se de dôres atrozes, e entrára em vomitos continuos, sem que o trabalho por fórma alguma adiantasse, antes parecia ter retrocedido. Interrogado acerca do estado do feto, respondeu que nada poderia dizer, porque, embora tivesse auscultado a mulher, receiava ter

confundido as pulsações do filho com as da mãe, de tal modo estas eram frequentes.

D'ahi a pouco observava eu minuciosamente a enferma, e encontrei os symptomas seguintes: vomitos biliosos ameadados; dôr fixa na região uterina; pulso molle, tenuissimo, quasi sem se poder contar, dando approximadamente 140 pulsações; facies anciado, quasi agonico, pelle coberta de suor viscoso; trabalho completamente paralyzado, com a cabeça immobilizada na excavação, havendo comtudo uma dilatação larga do collo e das partes molles.

A doente conta que, havendo-lhe principiado as dôres proprias do parto na vespera, tinham seguido regularmente até ás 6 horas da manhã, e que a esta hora pararam de repente, e nunca mais voltaram, coincidindo este desapparecimento subito com uma pontada violenta e continua no ventre.

A dôr, os vomitos, a suspensão subita do trabalho, a configuração do ovoide fetal, o pulso abdominal, o facies agonico — tudo isto eram symptomas claros: impunha-se o diagnostico *ruptura uterina*.

Informei d'isto o meu interno, e, passando a fazer a antiseptia dos orgãos genitales, comecei por introduzir uma algalia. Não havia urina. Perguntando então á doente se tinha urinado pouco antes, respondeu-me que nunca mais urinara desde as seis horas da manhã. Era sempre a mesma hora fatal a que se tinha dado a ruptura do utero e provavelmente tambem a da bexiga, visto que esta não continha liquido. Obliquei então um pouco mais a algalia, e, deprimindo o utero para traz, consegui passar esta com toda a suavidade, em todo o comprimento, até proximo do umbigo. Alli estava a prova material da ruptura, com a circumstancia aggravante de ter interessado a bexiga, devendo ter produzido portanto o extravasamento da urina na cavidade peritoneal.

E a cabeça lá continuava á excavação, na sua immobi-

lidade característica, perfeitamente accessivel e operavel. Que fazer?

Extrahir quanto antes o feto, é claro, mas annunciar primeiramente, bem alto, a toda a *entourage*, as condições em que a operação era feita, e o que havia a esperar do estado da doente, embora a extracção se fizesse: simplesmente a morte. Só uma segunda operação, muito mais grave, que depois se veria se se podia fazer, a poderia salvar: a amputação utero-ovarica.

A extracção a *forceps* foi relativamente facil. Digo *relativamente*, porque as extracções em uteros rotos dão sempre mais trabalho do que em uteros sãos, ainda que um dos extremos do feto esteja francamente accessivel como aqui. Falta a *vis a tergo*.

O feto não é espremido em nenhum dos tempos do trabalho operatorio pelo globo uterino; tem de ser todo tirado artificialmente. Além d'isso, o que a maior parte das vezes succede, quando ha rasgão uterino, é que uma parte do feto, se não todo, transpoz a ruptura, está como que herniado, de modo que, além de faltar a *vis a tergo* para o trabalho expulsivo, é necessario ainda fazer tracções anormaes, para vencer a resistencia do anel de nova formação.

E isso aqui aconteceu, porque parte do feto e toda a placenta se encontravam na cavidade abdominal. Mas a extracção foi rapida, e o estado não se aggravou com ella; sómente persistia, é claro, uma situação verdadeiramente angustiosa.

Eu não tinha vontade alguma d'amputar o utero. Não me parecia que pudesse salvar a mulher. Era, porém, um caso de consciencia, e portanto cuidei de procurar algum collega a cuja opinião me encostasse, para deixar aquella infeliz entregue á sua triste sorte.

Estava de serviço o meu amigo Antonio Andrade. Depois de o pôr ao facto de tudo, fiz-lhe vêr o desesperado da situação: um pulso que não se conta; coagulos, liquido

amniotico, feto morto e urina da doente, tudo isto na cavidade abdominal. Desde as 6 horas da manhã (eram 9 $\frac{1}{2}$ da noite) vomitos e aspecto geral de agonia. A doente iria provavelmente morrer na operação ou pouco depois. O meu amigo foi da opinião que, visto que a doente estava perdida, se empregasse o ultimo recurso. Tinha razão, como se vae vêr.

Resolvi-me então a praticar a hysterectomia abdominal, que foi levada a effeito pelo processo d'Hegar.

A ruptura era circular anterior, ao nivel do canal de Braune, formando uma especie de T, que se prolongava para baixo e interessava largamente a bexiga.

Foi preciso andar muito depressa, porque o pulso tendia a desaparecer. Quando, depois de ter laqueado os ligamentos, me dispunha a suturar a bexiga, a doente parou de respirar. Por não ser operação d'urgencia a da bexiga, deixei-a então para mais tarde, se por acaso a doente resistisse; e, enquanto uns praticavam injeções d'ether, cafeina, sôro, etc., e outros faziam a respiração artificial, passei eu a fixar á parede abdominal o pediculo, que interessava com as agulhas e respectivo laço elastico ainda parte da parede da vagina, e portanto ficou a repuxar fortemente para baixo a bexiga com a sua ruptura, que d'este modo se obliterou o mais perfeitamente possivel. Por traz do pediculo collocou-se ainda um largo tampão sacciforme, não só como dreno do peritoneo mas tambem afim de interceptar a passagem d'alguma urina que por acaso viesse da ruptura. O peritoneo, que tinha sido cuidadosamente lavado, dera um grande numero de coagulos, alguns dos quaes se encontravam para cima da região umbilical.

Ainda depois de terminada a operação houve grande trabalho em reanimar a enferma, que por vezes se julgou morta.

Consequencias. Esta operada curou sem incidente digno de notar. Teve febre moderada uns poucos de dias,

emquanto durou o trabalho de putrefacção do pedicelo : eliminado este, nunca mais a temperatura subiu. A urina não tornou a passar para a cavidade abdominal, nem appareceu nunca no penso : a parte conservada do pedicelo interceptava-lhe completamente a passagem. Não houve peritonite. Quanto á fistula vesico-vaginal tem de ser suturada depois, mas incommoda relativamente muito pouco a doente a ponto de lhe ter passado despercebida por muitos dias. Esta mulher principiou cedo a andar, a nutrir, a apresentar cara de saude, e pediu-me ultimamente para ir ao Douro passar o Natal, promettendo voltar depois, afim de lhe ser cosida a fistula.

Consideração final. Resolvi-me a fazer esta operação, porque todos os casos de ruptura uterina, que tenho visto, occorridos durante o parto, que não foram operados, têm terminado invariavelmente pela morte. Portanto valia a pena tentar.

Andam por ali algumas estatisticas inglezas, que mencionam uma certa percentagem de curas obtidas pela simples expectação. Tambem eu já as tenho encontrado, mas são d'uma outra ordem, são rupturas feitas pela cureta durante a raspagem, pela sonda durante a irrigação, ou por qualquer causa mais ou menos importante actuando sobre o utero vasio.

A ruptura uterina completa, n'um parto demorado, produzida pela violencia natural do trabalho ou por violencia de causa exterior, com entrada do ovo, no todo ou em parte, para a cavidade abdominal, abandonada a si propria, a despeito dos maiores cuidados, repito, dá a morte.

Considero, portanto, falseadas as estatisticas, que misturaram estas differentes ordens de rupturas : induzem a crêr n'uma probabilidade de cura, em casos irremediavelmente perdidos.

A operação deve ser feita sempre, quando se chegue

a tempo. É este o unico meio de se obter probabilidades de salvação.»

Poucos esclarecimentos tenho que junctar á descripção do dr. Maia Mendes.

O feto foi extrahido morto em principio de maceração. Peso, dimensões e diametros regulares.

A parturiente não tinha aperto pelvico. A polpa do indicador não toca o promontorio; os restantes diametros são tambem bem conformados.

Conclusão. A ruptura deverá attribuir-se á demora do trabalho, á metrite e talvez á syphilis.

DIARIO

Dia 19. Aspecto geral animador. Fallou muito: habito que nunca perdeu. Poucos vomitos (de chloroformio); insignificante tympanismo. A urina sae pela vagina. É feito o curativo: reformado parcialmente o Mikulicz e dada uma irrigação vaginal.

A tabella da pagina seguinte dispensa minudencias. A queda do pediculo effectuou-se doze dias depois da operação, coincidindo com um abaixamento thermico sensivel.

Voltou ao Hospital para ser operada da fistula vesicovaginal em fevereiro d'este anno.

No dia tres de março fez-se o avivamento e sutura metallica a fio de prata. Não ficou completamente curada. Actualmente, mez de setembro, encontra-se mais uma vez na nossa enfermaria para lhe desfazermos de vez a fistula que hoje é já pequena.

Vide a phototypia II.

TABELLA RESUMIDA DAS TEMPERATURAS E PULSAÇÕES
DA OPERADA

Outubro e novembro de 1899

Dia	Temp.		Pulso	
	m.	t.	m.	t.
18	36,5	37		170
19	36	37,3	112	120
20	37,2	38,2	112	116
21	37,1	38,4	110	120
22	37	38,4	108	112
23	37,6	38,5	92	100
24	37,5	38,1	88	94
25	36,8	37,3	80	86
26	37	38,1	74	78
27	37,3	38,1	88	84
28	37,4	37,7	70	80
29	36,9	37,8	76	84
30	37,4	37,7	72	76
31	37,2	37,8	62	66
1	37		68	

No dia 1 cahe o pedicelo, baixando e normalizando-se em seguida a temperatura.

OBSERVAÇÃO III

PESSOAL

ENFERMARIA N.º 9

*Ruptura uterina completa. Variedade anterior**Causas: Tetania espontanea em apresentação de espadua. Metrite*

F., multipara de 30 annos, solteira, creada de cosinha, exposta da Roda de Fafe, moradora na rua da Gloria.

Gravida de termo, havendo começado as dores de parto a 26 de dezembro e augmentado no dia 31, entrou no hospital ás 8 horas da manhã do dia 1 de janeiro de 1900.

Antecedentes pessoais. Não se lembra de haver tido doenças na infancia. Teve ha seis annos um parto gemellar. Fetos vivos e viaveis. Um d'elles morre passados alguns dias; o outro succumbe de tres annos á diphteria.

Dous mezes depois d'aquelle parto nota um corrimento branco e espesso e dores na fossa iliaca esquerda.

D'um outro homem engravida; pare de termo um feto morto. Esse homem era saudavel. É d'este mesmo homem que entra gravida no dia 1 de janeiro d'este anno.

Antecedentes hereditarios. Nullos: era exposta da Roda de Fafe.

Historia actual. Gravidez de termo. Durante a gestação gosou boa saude. Experimenta dores ha 7 dias. Desde a vespera não sente a creança mover-se. Apresenta ictericia ha 2 dias.

Dia de anno novo, sahe com licença a enfermeira parreira. As dores são grandes, mas o pessoal não as distingue, o facies é abdominal, mas não o reconhece.

A bolsa das aguas rompe-se ás 2 horas da tarde. Algum tempo depois sente uma dor intensissima, seguida de

segunda, que quasi fizeram perder-lhe os sentidos, segundo a expressão da doente. Estas dores pela sua intensidade distinguiram-se das precedentes e posteriores. Sente tambem subir o feto no ventre.

Em breve sobrevêm-lhe vomitos, mucosos ao principio, e biliosos mais tarde, dos quaes conserva na camisa vestigios nitidos.

Ás 8 $\frac{1}{2}$ horas da noite chega a parteira e nota a pro-cidencia d'um membro superior. A apresentação é de espadua. Pela auscultação não ouve nenhum ruido fetal.

É chamado com urgencia o snr. dr. Andrade, interno de serviço. Acompanhei-o.

O facies era peritonico e o pulso filiforme. O utero estava retrahido, o feto fazia grande saliencia no abdomen que se mostrava muito sensível á pressão. Ao fazermos o toque, que revelava a existencia d'um cordão estranho na porção antero-inferior do utero, notamos grande hemorragia. A posição era acromion iliaca esquerda anterior.

Diagnose. A historia dizia-nos que a doente havia experimentado uma grande dor ás 3 horas da tarde, com sensação da ascensão do feto no ventre e com suspensão das contracções.

Os vomitos mucosos e biliosos, dos quaes apresenta manchas evidentes na camisa, a hemorragia uterina, o facies peritonico, a existencia d'um cordão estranho, dirigido horisontalmente no segmento inferior do utero, todos estes factos conjugados com a antiga metrite, a apresentação d'espada com procidencia d'um membro irreductivel e além d'isto o demorado trabalho impõem a diagnose de ruptura uterina.

Prognose. Grave. São 9 horas: a bolsa acha-se aberta ha 7 horas, e a ruptura deu-se provavelmente ha 6 horas. Perdeu bastante sangue, e apresenta bem estampada na face a ictericia a provar a perturbação funcional do figado.

Therapeutica. Urgia esvasiar primeiro o utero pela ver-

são podalica; em seguida tentar-se-hia a hysterectomia abdominal supra-vaginal; methodo d'Hegar.

É feita promptamente a versão podalica. Cabeça, membranas e coagulos irrompem da cavidade abdominal. Feto feminino morto.

A mão introduzida outra vez no utero confirma á evidencia o diagnostico feito. E' uma ruptura transversal extensa, de bordos irregulares, da face anterior do utero e prolongando-se pelo bordo lateral direito n'uma extensão de $\frac{2}{3}$ do utero.

O pulso está muito fraco. Dão-se duas injeções de cafeina e uma de ether. Depois d'ellas o pulso vae melhorando e o estado geral torna-se aparentemente mais satisfactorio. Pulsações, 100; temperatura, 37,°6

Operação. E' escolhida a hysterectomia Hegar. Chloroformisada a doente, é feita a laparotomia e a lavagem peritoneal. Deparamos então com um hematoma do ligamento largo direito. Os intestinos, apesar de a parturiente haver evacuado de manhã, estão cheios de fezes duras.

Durante a operação que corre bem são injectados: 60 grammas de sôro physiologico, 6 de ether e 3 de cafeina.

A autopsia do feto revelava uma congestão meningea. A morte podia attribuir-se á asphyxia? Podia. Mas a ruptura deu-se ás 3 horas da tarde do dia 1, e a parturiente ha 2 dias não sentia mover-se o filho; e, se nos lembrarmos que era portadora d'uma antiga metrite, e que no parto anterior havia parido morto um feto de termo, não nos custa acreditar que a morte deva attribuir-se antes á metrite do que á ruptura uterina.

DIARIO

Dia 1. Operações. Injeções estimulantes. Botijas quentes nos membros inferiores. Pulsações 100. Temperatura 37,°6.

Dia 2. Curativo. A ictericia é mais accentuada, a esclerotica é muito amarella. Vomitos combatidos pelo gelo. Pulsações; de manhã 110, de tarde 120. Temperatura; de manhã 37,°5, de tarde 38°.

Dia 3. Curativo. Está no uso do gêlo. A ictericia é ainda mais accentuada. Peritonismo. Não evacua. É administrado com intervallo de 15' um gramma de calomelanos em duas doses. Os vomitos param. A ictericia obriga-nos a desistir d'uma lavagem peritoneal.

Pulsações; de manhã 90, de tarde 92. Temperatura; de manhã 36,°5, de tarde 36,°6. Apesar dos calomelanos não evacuou.

Dia 4. Curativo. Continua com o gêlo. A ictericia permanece intensa. Dores abdominaes fortes; regurgitações. Constipada. E' administrado o clyster de senne tatarizado; e toma a agua de Carabaña. Pulsações de manhã irregulares; ha periodos de 110 pulsações alternando com periodos incontaveis. Temperatura de manhã 36,°4. Á noite pulso miseravel, imperceptivel, preagonico. O thermometro não accusa nenhuma ascensão. São applicadas duas injeções de cafeina, e tambem 100 grammas de sôro no flanco direito.

Dia 5. Morre ás tres horas da manhã, victima da peritonite.

Autopsia. Não é feita, porque a familia se oppoz. Mas o quadro symptomatico parece inclinar-se para uma peritonite. A prognose sombria foi confirmada. A ictericia, trazindo uma perturbação funcional do figado, aggravou a prognose, impediu uma terceira intervenção, a lavagem peritoneal, e por certo muito e muito contribuiu, conjunctamente com a intervenção tardia, para o funesto resultado.

Nota. Não havia aperto da bacia. Diametros regulares da bacia da parturiente e da cabeça do feto.

Vide a phototypia III.

OBSERVAÇÃO IV

PESSOAL

ENFERMARIA N.º 9

Ruptura uterina completa. Variedade anterior

Causas: *Tetania espontanea com apresentação d'espadua.*
Viciação da bacia

F., multipara, de 30 annos, solteira, fabricante, natural de Penafiel e residente na rua do Principe.

Gravida de termo, entra no dia 1 de janeiro de 1900 para o Hospital de Santo Antonio.

Antecedentes pessoaes. Saudavel; não teve nenhuma doença grave. O primeiro parto foi bom, creança viva, fallecida mais tarde de diphtheria. O segundo parto é demorado. Algum tempo depois appareceram grandes hemorragias e febre durante bastantes dias, sendo dadas poucas irrigações intra-uterinas, não havendo tido, segundo diz, tratamento completo.

Antecedentes hereditarios nullos. Paes, tios e irmãos saudios.

Historia actual. Teve a ultima menstruação a 15 de março de 1899. Durante a gravidez gosou boa saude.

Ás 2 horas do dia 1 sente cahir um liquido que attribue erradamente á ruptura da bolsa das aguas; ás 9 horas da noite, experimentando algumas dores, dirige-se para o Hospital de Santo Antonio.

Ás 4 horas da tarde do dia 2 a enfermeira parteira faz o toque vaginal e reconhece a procidencia do membro superior. Tenta a redução do membro, que volta pouco depois á viciosa posição.

A bolsa das aguas está ainda intacta; rompe-se ás 8 horas. As dores são intensas.

Às 9 horas da noite a doente diz haver sentido uma grande afflicção e uma grande dor, falta de ar e a barriga a inchar. Até então o feto movia-se.

Às 10 horas vendo a enfermeira a afflicção da doente e o trabalho suspenso, e notando a ascensão do feto que lhe fugia ao toque, resolve mandar chamar o medico.

O clinico de serviço mandou chamar collegas que o ajudassem. Dia de chuva e de trabalho. Quasi todos os operadores do Hospital estavam em serviço particular, como mais tarde provaram. Os creados tambem andaram a passo de formiga, de modo que só ás 5 horas da manhã chega o snr. dr. Andrade.

Pela auscultação não se percebe nenhum ruido fetal. Ha vomitos. A doente acha-se adynamica, apesar de haver levado bastantes inecções de ether, cafeina e abundante quantidade de sôro physiologico. O utero estava retrahido, muito sensivel á pressão. Dyspnea. Facies peritonico, pulso fraco. Apresentação de espadua com procidencia do membro superior esquerdo. Ha corrimento sanguineo pela vulva.

Diagnose. A historia diz-nos que a parturiente sentiu ás 9 horas da noite uma grande afflicção, uma grande dor, falta de ar, a barriga a inchar e o trabalho suspenso.

Às 10 horas a parteira notou a ascensão do feto que lhe fugia ao toque.

Antes de chegar o snr. dr. Andrade, apresentára já a doente dyspnea, vomitos e um corrimento sanguineo. O ventre é muito sensivel á pressão. A apresentação é de espadua com procidencia do membro superior esquerdo.

Haveria metrite? Não sabemos. A doente não accusou os symptomas proprios; mas teve uma infecção puerperal no segundo parto, que foi tratada com poucas irrigações e que poderia crear no utero um *locus minoris resistentiae*. A associação de todos os phenomenos observados e descrip-

tos basta para justificar o diagnostico de ruptura uterina.

Prognose. Grave. A bolsa acha-se aberta ha 9 horas, e a ruptura deu-se ha 8 horas.

Therapeutica. É feita primeiro a versão que se tornou difficil, em virtude da procidencia do membro e retracção do utero.

É visitado o utero. Existe uma extensa ruptura transversal na face anterior do utero a confirmar o diagnostico.

A bacia não era perfeitamente bem conformada; o pubis era achatado, diminuindo o diametro antero-posterior.

Parte do feto, membranas e coagulos achavam-se na cavidade abdominal. Estava effectivamente morto. Sexo feminino.

Operação. É feita a laparotomia e lavagem peritoneal seguida de hysterectomia abdominal; methodo de Hegar. Uma pequena differença houve entre esta e a operação do caso III. Na IV só ficaram exteriorisados os pediculos dos ligamentos largos. Mickulicz. Pulvilhação do pediculo com iodoformio e tannino. Sutura e penso antiseptico.

DIARIO

Dia 3. Operações. Injecções estimulantes. Vomitos. Gelo. Botijas quentes na cama. Pulsações de noite 100. Temperatura de noite 37°.

Dia 4. Vomitos. Gelo. Pulsações de manhã 90, de noite 110. Temperatura de manhã 37°2, de noite 36°9.

Dia 5. Vomitos. Constipada. Gelo. Calomelanos. Pulsações de manhã 110, de noite (ás 6 1/2 horas da tarde) 112. Temperatura de manhã 37°5, de noite 37°2. Evacua á noite. Ás 7 1/2 da noite o pulso cahia muito. Ás 9 horas Carlos Albuquerque e eu difficilmente o percebiamos.

Dia 6. Ás 7 horas da manhã teve uma lipothymia, e minutos depois achava-se morta.

Autopsia do feto : lesões da asphixia.

Autopsia da operada. : foi impedida pela familia que fez o enterro.

Causa da morte. Peritonite? Embolia? Syncope? Faltou a autopsia.

Vide a phototypia IV.

OBSERVAÇÃO V

PESSOAL

ENFERMARIA N.º 7

Ruptura completa do utero. Variedade posterior

Causas: pluriparidade (fadiga ou degeneração uterina) e talvez tetania ergotínica

F., multipara, de 43 annos, casada, domestica, natural de Lamego, residente no Porto.

Gravida de termo, entra no Hospital de Santo Antonio ás 3 horas da tarde do dia 5 de janeiro de 1900.

Antecedentes pessoaes. Diz ter tido sempre saude e nunca haver tomado remedios.

Tivera já 12 filhos bem, sete dos quaes são vivos e saudaveis, e os cinco restantes fallecidos de doenças eruptivas.

Antecedentes hereditarios. Nullos. Pae incognito; mãe saudavel.

Historia actual. Teve a ultima menstruação a 13 de março de 1899. Durante a gestação gosou boa saude.

No dia 4 começaram as dores, ao principio brandas, mais tarde fortes.

Às 3 horas da noite manifestou-se uma hemorragia que ainda continuava.

Foi chamada uma parteira que mettu as mãos varias vezes no utero (?) e administrou umas capsulas.

De manhã, 9 horas, sentiu uma dor muito forte. O utero e o feto sobem, as contracções desaparecem e a mulher experimenta em seguida formigueiros, frios, dyspnea, delirio e vertigens. A creança cessa de mover-se. Algum tempo depois vomitos amarellos com restos das capsulas ingeridas.

Não entra entretanto para o Hospital com receio da *barriga aberta!*

Em estado anemiado e desesperado chega ao Hospital ás tres horas da tarde. São injectados cem grammas de sôro physiologico. Dyspnea intensa. Pulsações, 100; temperatura, 36°.

Abahulamento abdominal alto e consideravel, excavação vasia. Com o dedo não se toca o promontorio; observa-se o collo incompletamente dilatado, bolsa rota e apresentação de vertice.

A sensibilidade abdominal é tão aguda que não tolera a pressão dos cobertores da cama. As dores são tão violentas, o soffrimento é tão atroz, que ella propria já implora e supplica lhe seja feita uma operação que lhe mitigue o soffrimento.

Dilatado o collo digitalmente, a mão sobe, encontra a face posterior do utero aberta de cima abaixo, transpõe a laceração, e attinge intestinos e falsas costellas.

Não poderia ser posta em duvida a ruptura uterina. Era evidente.

Diagnose. Não tem discussão.

Prognose. Gravissima. A ruptura deu-se ha 8 horas, a mulher vem exsanguie, em estado agonico.

Therapeutica. Que fazer?

Estando a paciente em estado agonico, com dores atro-

zes e implorando uma operação que horas antes temera e repudiara, o cirurgião, com o auxilio da anesthesia, poderia tentar um milagre ou fazer uma operação palliativa.

Se o evangelho diz que não devemos querer para os outros o que não queremos para nós; nós, que em identicas circumstancias pediríamos a operação, não deveríamos cruelmente negal-a.

Anestesiada suavemente a parturiente, fez-se a laparotomia e extrahiu-se da cavidade uterina o feto, masculino e de conformação regular. Operação de Porro em que o 2.º tempo estava natural ou espontaneamente feito.

A ruptura é extensissima, posterior e lateral direita. Por ella sahe o feto morto e as membranas, coagulos e meconio que impediram a involução do utero, cuja espessura e grandeza são consideraveis como se vê na phototypia.

Hysterectomia abdominal; methodo d'Hegar. Ao darem-se os ultimos pontos cutaneos o pulso parava. Estava morta.

Feto morto. Conformação regular.

Autopsia. Não foi feita; a familia oppoz-se.

CONCLUSÃO

Causa da ruptura. Muito provavelmente a tetanisação ergotínica. As hemorragias, a visita da parteira ou curiosa, o delirio e a vertigem, as capsulas vomitadas e o collo contrahido confirmam, a meu vêr, bem a probabilidade de tal causa. A fadiga ou degeneração do utero, provenientes da multiparidade, tambem devia ter contribuido para o accidente.

Vide a phototypia V.

OBSERVAÇÃO VI

DR. MAIA MENDES

Ruptura uterina completa. Variedade anterior

Causas: *Tetania ergotínica, hydrocephalia fetal, apresentação transversa*

ENFERMARIA N.º 9**HOSPITAL DE SANTO ANTONIO**

F., multipara, de 31 annos, casada, d. de casa, natural de Baião, e residente no Porto. Gravidez de termo. Está ha 3 dias em trabalho.

Havendo ingerido grande quantidade de cravagem, sem que o parto se effectuasse, entra no dia 17 de abril de 1897 para a enfermaria n.º 9 do Hospital de Santo Antonio.

Hydrocephalia fetal. Apresentação transversa. Ruptura uterina completa.

O estado da doente é muito máo. Esgotada pelo longo e infructifero trabalho (tres dias), havendo perdido grande quantidade de sangue, não anima a uma intervenção radical. Por isso fez-se apenas a punção e evacuação do liquido hydrocephalico, seguidas da extracção do feto morto. Sexo feminino.

Dous dias depois manifestam-se os symptomas d'uma peritonite.

O snr. dr. Maia Mendes, auxiliado pelo dr. Andrade e Guilherme Rodrigues faz a laparotomia e lavagem peritoneal, seguida de hysterectomia abdominal (amputação supra-vaginal).

Toda a cavidade uterina assim como a fossa iliaca esquerda estão cheias de detriectos necrosados e suppurados.

Faz-se a drenagem do fundo do sacco posterior para a vagina, e applica-se o tampão Mickulicz (dreno hemostatico) na cavidade abdominal.

• O estado da doente era tambem muito grave quando se fez a segunda intervenção.

Tres horas depois succumbia á peritonite.

Vidê a phototypia VI.

OBSERVAÇÃO VII

DR. MAIA MENDES

Ruptura uterina completa

Causas: *Tetania ergotínica; apresentação d'espadua; manobras manuaes?*

Caso do Hospital de Santo Antonio

« Serviu d'ajudante n'esta operação o collega Forbes Costa.

Primipara ou multipara? Este caso já foi observado ha uns poucos de annos, e não ha notas minuciosas d'elle.

Gravidez de tempo; vulva e canal vaginal largamente edemaciados, e com placas de mortificação. Apresentação fetal incognoscivel pelo toque ordinario, mas em compensação encontra-se na vagina uma ansa do intestino, e *emergem da vulva alguns fios de tecido fibroso*, que se não destacam, e estão profundamente presos.

Averiguou-se que esta doente ingeriu, fóra do hospital, grandes doses de cravagem de centeio.

Fez-se a extracção do feto em apresentação d'espadua, e drenou-se o peritoneo para a vagina.

A doente morreu mais tarde da peritonite.

N'este caso, a ruptura do utero foi evidentemente de-

vida a tetania ergotínica e provavelmente também a manobras manuaes brutalmente feitas antes da doente ter dado entrada no hospital.»

OBSERVAÇÃO VIII

DR. J. FRANCHINI

Ruptura uterina completa espontanea durante o trabalho de parto

Gravidez de tempo

Grande aperto pelvico

Feto vivo e viavel

Hospital de Santo Antonio

Á amabilidade do dr. Franchini devo a seguinte descripção d'este caso. «F., de 30 annos, primipara, casada e rachitica. Bacia achatada. *Diametro conjugado 8^{cm}*.

O vicio da conformação diagnosticado pouco depois do casamento, preveni a doente da necessidade de se internar no Hospital algum tempo antes do termo da gravidez, unico meio de intervir a tempo e efficazmente com probabilidades de salvar a mãe e a creança.

A doente desprezando a advertencia apresentou-se no Hospital algumas horas depois de iniciado o trabalho, depois da ruptura prematura da bolsa de aguas e tendo sido explorada sem precauções antisepticas. Foi a violencia extrema das contracções sem resultado apreciavel que a decidiu a dar entrada no Hospital.

Meia hora depois da entrada d'esta doente fui chamado pela parteira, porque as dores violentas e continuas, verdadeiro tetano uterino, tinham-se suspendido subita-

mente após uma dor lancinante seguida d'um estado syn-
copal.

Examinando a doente, encontrei-a pallida, profunda-
mente abatida, pulso frequente e pequeno e respiração
curta e frequente.

O ventre distendido não deixava perceber a fôrma glo-
bulosa do utero gravido; algumas partes do feto pareciam
subcutaneas, e a cabeça não occupava o estreito superior.

A exploração vaginal completou o diagnostico: não
havia parte apresentada accessivel aos dedos e algumas an-
sas intestinaes occupavam o fundo da vagina. Hemorrha-
gia abundante.

Diagnostico: ruptura uterina completa e recente. A in-
tervenção impunha-se.

Tomadas rapidamente as precauções antisepticas indis-
pensaveis procedi á laparotomia mediana do umbigo ao
pubis.

O feto ainda vivo entre as ansas intestinaes foi rapi-
damente extrahido e reanimado com grande difficuldade.

Subtrahidos os coagulos e meconio e examinado o
utero, verificou-se a existencia d'uma ruptura transversal
pouco abaixo do anel de Bandl, occupando as tres quartas
partes da circumferencia uterina n'um ponto.

Á esquerda, um prolongamento vertical d'esta ruptura
interessava todo o collo e uma parte da vagina.

Procedi immediatamente á sutura da ruptura cervico-
vaginal a fio de sêda com os nós do lado da cavidade va-
ginal, e procurei em seguida formar um pediculo que me
permittisse amputar toda a parte interessada pela ruptura.

Á direita a formação do pediculo não era difficil, mas
á esquerda em consequencia d'uma certa obliquidade da
ruptura e do prolongamento cervico-vaginal não havia te-
cido para a formação do pediculo, e, como o estado gravis-
simo da doente não me permittisse prolongar a operação
tentando uma extirpação completa, fixei o pediculo forma-

do pela parte direita que pude abranger na ligadura, e completei por um duplo plano de suturas a parte obliqua cervico-vaginal.

Uma lavagem abundante do peritoneo completou a intervenção. O pediculo foi fixado á parede por duas agulhas longas; appliquei um tampão Mikulicz do lado esquerdo sobre a parte suturada da ruptura e suturei a parede. Tampão de sublimado na vagina.

Algumas injecções de ether e cafeina reanimaram com difficuldade a doente.

Durante os dois primeiros dias que seguiram esta intervenção o estado da doente foi regular.

Ao terceiro dia os symptomas da septicemia peritoneal appareceram e lentamente se foram aggravando, morrendo a doente ao nono dia no subdelirio quasi sem soffrimento.»

OBSERVAÇÃO IX

DR. MAIA MENDES.

Ruptura uterina completa

Causas: *Pluriparidade* (fadiga ou degeneração uterina)

Caso de Canidello

A narração d'este caso e dos dois seguintes devo-a á obsequiosa amisade do dr. Maia Mendes.

«A doente está meio sentada, encostada a travesseiras, em grande anciedade; face encovada; pulso filiforme; ventre muito volumoso, tenso, a principiar esphericamente nos tres sentidos anterior e lateraes da base do thorax, sem conservar vestigios da fórma, que lhe deveria imprimir o utero gravido. Depois de descoberta a doente, com a sua face pallida, emaciada, olhos encovados e o seu grande

abdomen retezado, parece um individuo no ultimo periodo da cirrhose atrophica do figado.

E todavia esta mulher está no ultimo acto da gravidez, que evolucionou regularmente até uma certa altura do trabalho. Começaram-lhe as dores dois dias antes, a principio muito bem, e com todos os signaes de um parto rapido. Já as conhece perfeitamente, pois que tem tido nove filhos; este é o decimo. A cabeça viera rapidamente abaixo; faltava só um *puxo*, diz a doente, para a deitar fóra, quando a barriga lhe dá um estalo, e logo alli se lhe fincou uma dor terrivel, que nunca mais passou.

Ao mesmo tempo appareciam vomitos, que tambem nunca mais a deixaram. Ella ahi está ainda a expellir, de quando em quando, ás golphadas, um liquido verde, o vomito bilioso misturado com muita agua da que se vê obri-gada a beber.

A temperatura é baixa. Tem a pelle fria e humida.

O feto desapareceu da excavação, facto que a propria doente refere, dizendo que a creança tornou a subir.

Encontra-se-lhe, effectivamente, apenas pousada no estreito superior, a cabeça, que está movel, sem a tonicidade normal que a costuma segurar.

O operador faz então o diagnostico de ruptura uterina, e declara que não opéra alli, pois que alli só poderia fazer a extracção do feto, o que pouco aproveitaria á enferma, que morreria provavelmente do mesmo modo. Uma outra operação muito mais grave deve ser feita logo depois de extrahido o feto. N'aquelle pobre albergue ha carencia de tudo; é indispensavel mandar já a doente para o hospital. Mas a familia, que não quer mandar a doente para o hospital, pede, insta e chora de tal modo que o operador, depois de ter salvaguardado o mais possivel a sua responsabilidade no sentido acima exposto, resolve-se a praticar logo alli a extracção, o que afinal não era mais do que adiantar serviço.

A versão — a cabeça não dava preza ao forcerps — foi feita em cima de uma grande caixa de madeira, onde se improvisara uma cama. Não periclitou a antisepsia, porque no local havia boa agua e sabão ; pastilhas de sublimado e um irrigador portatil tinha-os o operador levado consigo.

O feto foi tirado facilmente da cavidade abdominal. O que mais trabalho deu durante a operação foi desembaraçar o feto das ansas intestinaes da mãe, que se dispunham a sahir junctamente com elle. Tambem a placenta andava solta pelo meio dos intestinos, e de lá foi tirada, tudo sem trabalho de maior, porque infelizmente o caminho era largo e amplo!

O utero estava atraz, como se disse ; a ruptura era, portanto, anterior. A bexiga tinha escapado ; dera urina á algalia.

Relativamente a estado geral, a mulher depois da operação não ficou melhor nem peor: pulso do mesmo modo filiforme, os mesmos vomitos, ventre quasi do mesmo volume.

Continuou depois a familia a obstinar-se, muito esperançada agora, em não mandar a doente para o hospital.

Lá se lhe deixou o dreno de gaze. A serem verdadeiras as estatisticas dos auctores inglezes, esta mulher ficaria assim ao menos em condições de se poder salvar. Mas, em face da clinica, já se disse, pouco ou nenhum credito merece opinião tão optimista ; e o operador partiu de Canidello convencido de que a doente não poderia per si só fazer face á infecção peritoneal.»

A morte sobreveio dous dias depois por peritonite.

OBSERVAÇÃO X

DR. MAIA MENDES

*Ruptura uterina completa*Causa: *Degeneração neoplásica***Caso do hotel America**

«Gravidez de tempo, em senhora nova. Primipara?

Havia soffrimento uterino antigo. O collega Franchini, que não assistiu ao parto, tinha diagnosticado em tempo uma degeneração neoplásica do utero, cuja natureza não estava averiguada.

O trabalho já começou ha muitas horas, sem que a cabeça, que se apresenta, haja conseguido transpor o estreito superior. Não ha aperto de bacia.

Ao tempo a que o operador toma conta d'este caso, já tres outros cirurgiões dos mais distinctos do Porto alli estão a prestar os seus serviços, e têm feito successivamente, apenas separadas pelos indispensaveis intervallos de descanso, tres applicações infructuosas de forceps. O feto é finalmente retirado por versão, mas a primeira cavidade onde a mão penetra suavemente, sem esforço algum, é a cavidade abdominal. Esta doente morreu, ao terceiro dia, de peritonite.

A causa da ruptura foi evidentemente a degeneração neoplásica do utero.»

OBSERVAÇÃO XI

DR. MAIA MENDES

*Ruptura uterina completa*Causas: *Tetania espontanea em apresentação de espadua***Caso da rua Firmeza**

«Mulher nova, nutrida, primipara? assistida pela par-teira D. Amelia.

Acha-se em trabalho ha mais de dous dias, no fim de uma gravidez de tempo.

E' impossivel fazer o toque vagino-fetal com os dedos, de tal modo o feto está alto. O que vale é uma excavação larguissima, muito dilatada, onde a mão penetra até ao pulso, quasi insensivelmente, sem esforço algum, apenas lubrificada pelos liquidos vaginaes. D'este modo lá se percebe em cima qualquer região fetal, que parece espadua, mas região variavel, fluctuante, sem nenhum apoio uterino! O ventre muito volumoso e deformado não pode guiar pela palpação.

A familia acceita o conselho de fazer recolher a doente ao hospital, e n'esta casa de caridade se principia logo com a intervenção manual, e se reconhece que a apresentação era effectivamente d'espadua. O utero acha-se vasio, fortemente tetanisado a um lado. O feto é extrahido, por versão, do meio da massa intestinal onde tambem se encontrava a placenta. Deixou-se dreno peritoneo-vaginal de gaze. A morte sobreveio poucos dias depois, por peritonite.

N'este caso a ruptura foi devida a tetania, provavelmente espontanea, provocada pela apresentação d'espadua.»

OBSERVAÇÃO XII (1)

DR. MAIA MENDES

*Ruptura completa e espontanea do utero**Apresentação de pelve. Extracção manual*

«É na rua da Restauração: uma puerpera da qual é medico assistente Joaquim Rodrigues de Carvalho. Agostinho de Faria tambem me auxilia na operação.

Informes e antecedentes. Pluripara; já teve nove filhos, e foi sempre feliz nos partos. D'esta vez está em trabalho, ha tres dias. As primeiras quarenta e oito horas passou-as em contracções violentas, quasi sem effeito util. Ao fim d'esse tempo, durante uma contracção mais forte, sente um estalo no alto do ventre, e alli lhe fica uma dor aguda que, ha vinte e quatro horas, a não deixa. Logo lhe passam as dores das cruces; a creança, que já tinha descido algum tanto, como que sobe outra vez; sobrevêm alguns vomitos. Taes são os informes fornecidos pela doente e pela familia.

Estado actual. A respiração é anciosa, a voz velada, o olhar envidraçado. O pulso, muito pequeno, mal se conta, tão apressado é. Extremidades frias, suor frio, arrancos de vomito. De dez em dez minutos, um esbracejar e um queixume afflictivo: uma agonia. Atravez da parede do abdomen, no fundo do utero, palpa-se a cabeça do feto, que parece extreme sob o peritoneo parietal. A seguir á cabeça, encontra-se um profundo sulco. A apresentação

(1) Transcripta da dissertação de concurso de Maia Mendes.

é de pelve, ainda ao estreito superior, como se reconhece pelo toque vaginal. Feto morto.

Diagnostic. Ruptura completa do utero.

Prognostico. Morte proxima; já principiou a agonia.

Tratamento. Extracção immediata do feto, e laparotomia depois, se parecesse indicada? Nem eu nem os collegas insistimos na intervenção, porque receiamos que a enferma succumba durante o acto operatorio; mas o marido, depois de informado de que esse é o unico recurso, excusa-nos de responsabilidades, e decide que se faça a

Operação. É uma extracção normal simples, em apresentação de pelve. Não ha alli o gancho metallico para ser applicado á prega inguinal, mas como o feto está morto, e o principal empenho é andar depressa, pouco importa que a coxa fracture, como costuma acontecer quando aquelle gancho é substituido pelos dedos. Prescinde-se, portanto, d'elle. Os dedos gancham o femur, que effectivamente parte, e a extracção completa-se em poucos minutos. A seguir á placenta apparece um rebordo uterino, em principio de inversão, que é logo reduzido. Não sobrevem hemorragia; o estado desesperado da enferma contraindica, para o momento, qualquer exploração intra-uterina e muito mais ainda a laparotomia immediata.

Terminação. A operação acabou pelas 10 horas da noite: a morte só teve logar de madrugada.»

Nota do dissertante: multiparidade e demora do trabalho são as causas provaveis da ruptura.

OBSERVAÇÃO XIII

PROFESSOR ALFREDO COSTA

*Ruptura uterina completa, diagnosticada na autopsia
Feto na cavidade abdominal, macerado*

F., primipara, de 26 annos, exposta da Santa Casa da Misericordia de Lisboa, creada de servir.

Nove mezes e dezenove dias depois da ultima menstruação entra na enfermaria escolar de obstetricia: 13 de janeiro de 1899, pelas 2 horas da tarde.

Antecedentes. A. hereditarios nullos. A. pessoas physiologicos: primeira menstruação aos vinte annos. A. pessoas pathologicos: febre typhoide e intercurrentemente uma pneumonia.

Gravidez actual. Esqueleto e pelle normaes. Desdobramento do primeiro tom, e sopro cardiaco. Respiração frequente. Edema nos membros inferiores e abdomen. Dilatações venosas na região esternal.

Ventre acuminado, tenso, doloroso; som tympanico á percussão na região umbilical (que está ligeiramente achatada), sub-tympanico abaixo n'uma zona limitada, e escuro em todo o resto. Paredes muito tensas. Apresentação pelvica? Não ha encravamento. Diametro sacro-pubico 11^{cm}. Auscultação nulla.

Teve a ultima menstruação a 25 de março de 1898. A altura do utero está sensivelmente a egual distancia do umbigo e appendice xiphoideo.

Tudo correu normalmente até ao dia 10 de janeiro em que começou a sentir dores em todo o ventre, acompanhadas de perdas de sangue insignificantes, com sensiveis exacerbações. Tinha albumina no dia da entrada.

PARTO

Tem dores ha tres dias com algumas perdas sanguineas. Entra na sala de trabalho ás 3 horas da tarde do dia 13 de janeiro. Não ha ainda dilatação. Collo apenas amollecido e extinto na parte posterior.

Registo circunstanciado. Á palpação não se distinguem partes fetaes. No ventre encontrava-se um corpo volumoso apresentando pontos de som macisso e pontos de som tympanico perfeitamente rodeados de som escuro. O som era sobretudo macisso acima do pubis, indo aclarando-se successivamente para cima e para os lados. Não se encontrou a sensação do utero gravido; o corpo solidó era immovel e parecia adherente á parede ventral. O collo tinha uma fôrma especial, estava amollecido e retrahido na metade posterior, duro e proeminente na metade anterior. Corria algum sangue mal cheiroso e escuro pela abertura cervical onde não penetrava o dedo.

Na autopsia verificou-se que o utero roto na sua face anterior juncto do bordo esquerdo estava retrahido e por de traz do feto. O feto estava na posição habitual com as coxas flectidas sobre o ventre, as pernas flectidas sobre as coxas e cruzadas, os membros superiores flectidos e cruzados; o eixo do feto na linha mediana do ventre; apresentação cephalica. A cabeça muito volumosa estava macezada, cheia de liquidos e gazes, dando a sensação de uma bolsa cheia de liquido.

Este feto sentia-se ao toque em vida da mulher no fundo de sacco superior, mas nem dava a sensação de uma cabeça nem se deslocava como succede ás cabeças de fetos que estão fóra do utero em seguida ás rupturas.

A placenta tinha-se ido collar á grande curvatura do estomago e ao colon transverso. Havia sangue no ventre e signaes de peritonite. O som tympanico que se encontrava em vida era produzido pelo feto macerado; uma das areas

tympanicas era determinada por gazes retidos entre o tronco e a coxa do feto e as paredes do ventre por cima que fechavam um espaço circular.

A conservação da attitude fetal faz suppor que a ruptura do utero se deu depois da morte do feto. Por mais que se interrogasse a mulher nunca accusou dores fortes a que se possa attribuir a ruptura. Foi vista por duas parteiras, mas nenhuma lhe fez manobras nem lhe ministrou medicamento, ao que disse.

DIARIO

Dia 13. Dificuldade na marcha e na extensão dos membros inferiores. O ventre está avermelhado e com sensibilidade exaggerada, grandes vergões, vomitos.

Dias 14 e 15. Vergões mais nitidos; a coloração e a sensibilidade abdominal exaggeraram-se. De noite vomitos biliosos e diarrhea. Poção de Rivière com resultado immediato. Voltaram novamente os vomitos na noite seguinte, apesar do que pediu leite que tomou com appetite. Pulso filiforme. O sangue era fetido, pelo que lhe foram feitas injeções vaginaes.

Dia 16. Injecção de cafeina, ether e 100 grammas de sôro. Vinho do Porto.

Morreu sem convulsões. Anciedade durante 2 minutos. Parece ter sido por esgoto.

OBSERVAÇÃO XIV

PROFESSOR ALFREDO COSTA

Ruptura uterina mixta

Eclampsia grave; parto provocado. Laparotomia. Sutura do utero e do ligamento largo

CURA

F., multipara, de 26 annos, domestica, natural de Sobral de Mont'Agraço.

Oito mezes depois da ultima menstruação entra na enfermaria escolar de obstetricia: 23 de janeiro de 1899.

Antecedentes. A. hereditarios nullos. A. physiologicos: primeira menstruação aos 14 annos. A. pathologicos: foi operada de raspagem do utero em maio do anno passado.

Gravidezes e partos anteriores. Tres partos de termo e espontaneos: o primeiro do sexo feminino e os dois ultimos do sexo masculino; nasceram vivos; durante os tres primeiros mezes alimentados a leite materno e durante nove mezes a sopas de leite e leite materno. Todos filhos do mesmo pae.

Gravidez actual. Ultima menstruação a 1 de maio de 1898. Primeiros movimentos activos do feto em outubro. Utero quatro dedos acima do umbigo. Tem tido edema albuminurico. Albumina em quantidade.

Exame á entrada. Ausencia do 4.º dedo da mão esquerda. Tachycardia. Respiração rude. Edema generalizado, inclusivè nos grandes labios e collo uterino. Seios flaccidos, areola regular e pigmentada. Ventre edemaciado. Utero na linha media. Paredes pouco tensas. *Apresentação de espadua.* Falta de encravamento. *Acromion-iliaca esquerda anterior.* Bacia normal. Ausencia de ruidos fetaes.

PARTO

Entrou na sala de trabalho ás 3 1/2 horas da tarde de 24 com o collo ainda não extinto e edemaciado. Dilatação completa ás 2 horas e 15' da manhã de 25. Ruptura prematura das membranas. Expulsão do feto ás 3 1/4 horas da manhã de 25.

Filho do sexo masculino. Nado-morto. Peso 1:830 grammas; comprimento total 0,™50.

Apresentação da placenta pelo bordo. Grande perda de sangue durante a dequitação.

Observação. Como passados 25' a placenta não sahis-se e o utero tivesse descido, tentou-se extrahil-a por meio de tracção sobre o cordão, mas como este offerecesse pouca resistencia tentou-se introduzir a mão, o que se fez tirando-se a placenta com difficuldade por causa das lesões adeante descriptas.

Annexos do feto. Placenta oval. Peso 415 gr. Amnios descollado da metade da face fetal. Chorion rasgado segundo uma linha obliqua. Caduca muito irregular. Comprimento do cordão 0,™42. Inserção marginal.

Registo circumstanciado. No dia 24 ás 2 horas e 40' da tarde teve um ataque de eclampsia que se repetiu ás 6 horas e 50' da tarde, mais fraco que o primeiro; ás 8 e 20' teve terceiro, 8 e 50' quarto, 10 e 5' quinto, 10 e 40' sexto, 11 e 10' setimo. Como os ataques se fossem repetindo, chegando a doente a não ter momentos lucidos durante os intervallos, resolveu o snr. professor Alfredo Costa intervir.

Ás 11 e 50' começou-se a fazer a versão por manobras internas: tentou-se a dilatação do collo com os dedos, mas apenas se conseguiu introduzir com difficuldade tres dedos. Não sendo possivel fazer a dilatação por este meio resolveu-se fazel-a pelo balão de Champetier que

se introduziu ás 12 e 20'. Tirando-se á 1 e 30', a dilatação era maior sem ser completa. Com nova introdução do balão ás 2 e 15' era completa a dilatação, podendo entrar a mão. Agarrou-se o bom pé (direito), puxou-se para fóra, tirou-se o esquerdo, depois o tronco e por ultimo a cabeça com a maior facilidade possível; o utero contrahiu-se quando se tentava extrahir o feto. Apoz a extracção correu algum sangue mal cheiroso.

Passados 25' como a placenta não sahisse, tentou-se extrahil-a primeiramente por tracção sobre o cordão, porém como este não parecesse mostrar grande resistencia, introduziu-se a mão para a extrahir. Ao fazer-se isto, verificou-se que parte do bordo estava já na vagina e parte no utero. Tentando-se contornear a placenta, verificou-se que o utero estava roto á direita: a mão passava na cavidade abdominal. Verificada esta ruptura resolveu-se proceder á laparotomia. Durante este espaço de tempo a doente teve mais os seguintes ataques: o nono ás 12 e 40', o decimo á 1 e 35', o decimo primeiro á 1 e 50', o decimo segundo ás 2 e 25', o decimo terceiro ás 3 e 40', e o decimo quarto ás 4 e 40'. Deu-se tambem uma injecção de sôro e outra de cafeina.

Feita a laparotomia verificou-se que o utero estava fendido de cima a baixo na reunião da face anterior com a posterior; a ruptura interceptava em cima o ligamento largo o qual estava dividido em dois, ficando para a parte de fóra a trompa e o ovario. Além d'esta ruptura havia uma outra mais interna que interceptava sómente a face externa do corpo do utero, não chegando portanto á cavidade uterina.

Fez-se a sutura do utero e do ligamento largo assim como do abdomen; collocou-se um penso; deu-se-lhe uma injecção de cafeina, tendo-se já dado uma outra ás 2 e 25 minutos.

Sahiu curada a 12 de março de 1899.

TABELLA RESUMIDA DAS TEMPERATURAS E PULSAÇÕES
DA OPERADA

Janeiro e Fevereiro de 1899

Dia	Temp.		Pulso	
	m.	t.	m.	t.
25	37,4	37,2	82	72
26	36,8	39,2	80	150
27	39,4	39,4	128	128
28		40	120	120
29	38,2	39,8	116	130
30		37,4	86	100
31	36,9	37,6	100	94
1	37,8	37,2	84	98
2	36,8	37,2	88	90
3	36,8	38,1	90	90
4	36,6	38,2	92	80
5	37,9		72	

N'este dia 5 tiram-se os pontos. Ha união perfeita. A temperatura e o pulso mantêm-se inconstantes até os primeiros dias de março; sahindo a doente no dia 12 curada.

OBSERVAÇÃO XV

PROFESSOR ALFREDO COSTA

Ruptura uterina completa. Operação de Porro

CURA

F., secundipara, de 24 annos, domestica, natural de Lisboa.

Gravida de termo entra na enfermaria escolar ás 11 horas da manhã de 5 de agosto de 1899.

Gravidezes e partos anteriores. Teve um parto de termo, espontaneo, sexo masculino; morreu na ama.

Exame á entrada. Edema, não ha albumina. Paredes tensas. Apresentação pelvica. Encravamento. S. I. E. A. Bacia normal. Não se ouvem pulsações fetaes,

PARTO

Expulsão do feto á 1 $\frac{1}{2}$ horas da tarde de 5-8-99.

Filho do sexo masculino, nado-morto. Peso 2750 gr. Comprimento total 0,^m50.

Registo circumstanciado. A mulher entrou em estado typhoso com febre alta, dentes fuliginosos, pulso frequente. Estava em trabalho havia tres dias. Procidencia do braço direito do feto. Feto morto. Tento a versão, mas logo que introduzo a mão na vagina reconheço que ha ruptura do utero (separação do fundo de sacco posterior, rasgadura do segmento inferior em toda a altura). A minha mão passa facilmente para a cavidade abdominal, sinto intestinos e bater por fóra o anel de Bandl fortemente contrahido sobre o feto. Sahe de dentro uma mistura fetida de sangue, liquido amniotico e meconio. É chamado o dr. Salinas para verificar o diagnostico, e ambos concordamos na necessidade immediata de uma laparotomia. Opera-se em seguida: incisão no fundo do utero; cáhio sobre a placenta. Extracção rapida do feto. Como o utero parece infectado, resolve-se a ablação, que se faz em seguida. Operação sem incidente; pequena hemorragia. A mulher tem o pulso quasi imperceptivel; injecção de sôro.

Pelo que a doente referira antes de operada, o parto parecera difficil á parteira que chamara, e viera por isto um medico. Este pretendeu fazer uma versão; metter a mão no utero e puxara o braço do feto para fóra. O feto estava em apresentação pelvica S. I. E. A.! Supponho que, fra-

cturando a mão e não reconhecendo a apresentação, puxou pelo membro que encontrou desconhecendo que era a mão. A não ser isto, o parto deveria ter-se executado espontaneamente?

No ovario direito existia um kysto dermoide com cabellos e partes osseas. Á entrada o peritoneo vinha rasgado.

Não se juncta o traçado graphico da temperatura por ter a doente sido passada em seguida á operação para outra enfermaria, porque estando a maternidade em obras julgou-se inconveniente a permanencia da doente aqui.

Sahiu completamente restabelecida a 7 de setembro de 1899.

OBSERVAÇÃO XVI

PROFESSOR ALFREDO COSTA

Ruptura uterina incompleta

Versão

F., multipara, de 32 annos, serviçal, de naturalidade desconhecida.

Sete mezes depois da ultima menstruação entrou na enfermaria de obstetricia a 13 de janeiro ás 8 1/2 horas da tarde.

Antecedentes. A. hereditarios: pae morreu não sabe de que doença; mãe viva e saudavel; marido morreu ha 4 mezes de tuberculose. A. physiologicos: primeira menstruação aos 12 annos. A. pathologicos nullos.

Gravidezes e partos anteriores. Teve 12 filhos dos quaes

vivem 5. Nos partos que foram de termo não houve complicações. Nunca abortou.

Exame á entrada. Utero inclinado para a direita. Paredes muito contrahidas e duras. Apresentação de espadua. Encravamento. Bacia normal.

PARTO

Expulsão do feto artificial ás 2 $\frac{1}{4}$ da madrugada de 14-1-900.

Filho do sexo masculino, nado-morto.

Dequitação. Extracção difficil da placenta ás 2 $\frac{1}{2}$ horas da madrugada de 14-1-900.

Registo circumstanciado. Entrou ás 8 $\frac{1}{2}$, e depois do banho de limpeza foi conduzida para a sala do trabalho.

Era acommettida frequentes vezes de ataques imprevisitos, em que instantaneamente perdia o conhecimento e em consequencia d'um que teve no dia 11 de janeiro deu uma queda, de que resultou a ruptura da bolsa das aguas. Assistiu-lhe uma parteira que, depois de manobras sem resultado durante dois dias, a mandou recolher a esta maternidade. O feto vinha com o braço esquerdo de fóra e o cordão tambem, tudo macerado. N'este estado permaneceu nos dias seguintes á queda.

O cirurgião de serviço no banco, snr. dr. A. Ribeiro, cortou o cordão e em seguida tentou a versão. O utero tinha as paredes rigidas e as contracções uterinas tornavam impossivel a manobra. Submettida ao chloroformio, repete-se a tentativa que, depois d'uma hora d'esforço, ficou sem resultado. Seguiu-se um descanso de 1 $\frac{1}{2}$ horas e depois a intervenção do snr. dr. João Pinheiro, que começou por amputar o braço pendente. Trabalhou durante 1 $\frac{1}{4}$ hora sem utilidade, com a paciente chloroformisada.

O feto tinha a cabeça na fossa iliaca direita, o tronco seguia pela esquerda, a pelve batia no fundo, e seguiam en-

curvadas as pernas para a direita e para traz. Os pés estavam no ponto mais distante, tornando-se inacessíveis, protegidos pela cabeça á direita, pelo abdomen á esquerda, que rolhavam o utero contrahido e furtavam todo o espaço para a passagem da mão do operador.

Á 1 $\frac{1}{4}$ horas da madrugada interveiu o snr. professor Alfredo Costa que consegue laçar o outro braço. Continuarão as tentativas até ás 2 horas da manhã sob a acção do chloroformio. Conseguiu-se então laçar o pé direito, e o resto foi sem difficuldade. Depressa appareceu o pé esquerdo e a cabeça sahiu sem esforço. Não houve hemorragia. O feto vinha todo macerado, particularmente na espadua que esteve encravada. Minutos depois colheu-se a placenta que estava muito adherente á direita e em cima.

Findo todo o trabalho descobriu-se, n'uma ultima investigação, ao nivel do anel de Bandl, na parede anterior direcção vertical, extensa de 6 centimetros approximadamente, uma ruptura do utero. O peritoneo parece intacto.

Pela violencia do choque ficou em grande prostração. Deu-se-lhe uma injecção de sôro.

No dia 14 de manhã queixava-se de fortes dores no ventre, a lingua estava secca e a temperatura era de 36,°5. Durante o dia subiu a 37,° baixando de novo até ás 10 $\frac{1}{2}$ da manhã do dia 15, hora a que morreu.

Autopsia. A 16 fez-se-lhe a autopsia.

Na cavidade peritoneal encontrou-se ligeira sorosidade, 100 grammas approximadamente.

O folheto peritoneal do utero estava intacto, como fôra previsto. Á direita, partindo do collo interessando o extremo da parte anterior, via-se um hematoma extenso que seguia obliquamente para cima.

Aberto o utero pela parede posterior, encontrou-se na cavidade um foco de coagulos escuros, mal cheirosos e adherentes.

Reconheceu-se a ruptura extensa de 10 centimetros

aproximadamente começando no extremo direito da parede anterior, ao nível do collo interessando o anel de Bandl, e com direcção obliqua da direita para a esquerda e de baixo para cima.

Destacados os coagulos, encontrou-se á superficie a inserção da placenta que era ao fundo da parede anterior, ao centro e seguindo para a direita.

OBSERVAÇÃO XVII

PROFESSOR ALFREDO COSTA

Ruptura uterina completa

Aperto pelvico. Trabalho demorado

Extracção a forceps

F., multiplara, de 37 annos, creada, natural de Sarzedo. Gravida de termo entra para a maternidade a 2 de fevereiro de 1900 ás 12 horas da manhã.

Antecedentes. Nullos.

Gravidezes e partos anteriores. 6 partos, de termo, espontaneos. Nasceram vivos.

Exame á entrada

Aperto de bacia. 8,^{cm}5. Pelle com livôres. Tachycardia. Edema nas pernas. Seios pequenos. Ventre regular. Utero oval. Paredes tensas. Apresentação cephalica (vertice). Encravamento. O I D P. Bacia apertada. Foco maximo de auscultação á direita abaixo do umbigo.

Parto

Dilatação completa ás 2 horas da tarde de 2 de fevereiro. Membranas já vinham rotas. Liquido amniotico verde. Variedade de posição na occasião do desencravamento O Pubica. Expulsão do feto ás 7 $\frac{1}{4}$ da tarde de 2 — 2 — 900.

Duração do periodo d'expulsão 5 horas e um quarto.

Quantidade approximada de sangue perdido depois da expulsão 300 grammas.

Filho do sexo feminino, nado-morto. Peso 3200 grammas. Comprimento total 0^m,53.

Dequitação. Apresentação da placenta, bordo. Expulsão espontanea ás 7 e um quarto, em seguida á extracção do feto.

Registo circumstanciado. A mulher tinha os labios cyanosados, a pelle com livores mais accentuados na parte inferior do tronco e membros inferiores. Pallidez das mucosas. Pulso imperceptivel, tachycardia, 160 pulsações por minuto. Extremidades frias. Esforços de expulsão depois da dilatação. Antes da applicação do forceps foi-lhe dada uma injeção de sôro.

A applicação do forceps fez-se no diametro frontomastoideo. A cabeça estava applicada contra o falso promontorio, tão saliente como o verdadeiro, e que se oppunha á sahida da cabeça; sahida esta, houve grande difficuldade na das espaduas, sendo necessario apprehender o braço posterior e em seguida o anterior. A sahida do feto e da placenta fez-se sem hemorrhagia. Em seguida o snr. professor Alfredo Costa, suspeitando que haveria ruptura, introduziu a mão, e, por sahirem sangue e coagulos, retirou-a com receio de provocar maior hemorrhagia. Pareceu-lhe que havia ruptura do segmento inferior á direita e que encontrara atravez essa ruptura um cordão tenso.

Na autopsia verificou-se que havia ruptura do segmen-

to inferior á direita e de parte do segmento superior. Existia derrame sanguineo dentro e abaixo do peritoneo. O cordão que se sentia atravez a ruptura era o ligamento redondo. A distancia do bordo inferior do promontario á symphise era de 0^m,085 e á do falso promontorio era a mesma.

Apresentava algumas placas leitosas no coração.

A ruptura do utero deu-se muitas horas antes da applicação do forceps, e embora não affirmada foi suspeitada. Foi diagnosticada, e não era difficil, a hemorragia interna.

A applicação do forcerps por si fez-se com absoluta inocuidade.

Falleceu a 2 de fevereiro de 1900.

OBSERVAÇÃO XVIII

PROFESSOR ALFREDO COSTA

Ruptura uterina completa

*Applicação do forceps e do basiotribo. Versão
Hysterectomia*

CURA

F., secundipara, creada, de 24 annos, exposta da Misericordia de Lisboa.

Entrou na maternidade ás 2 horas da tarde do dia 17 de março de 1900.

Antecedentes. A. physiologicos: primeira menstruação aos 9 annos. A. pathologicos: variola e impaludismo.

Gravidezes e partos anteriores. Ha dois annos teve uma filha, parto de termo. Foi necessaria a intervenção do forceps. A applicação foi feita no hospital de Coimbra pelo

snr. Dr. Daniel de Mattos; a filha viveu nove mezes e não foi amamentada pela mãe porque esta foi servir de ama.

Exame á entrada. Ventre muito volumoso. Paredes bastante tensas. Vertice (apresentação). Encravamento. O. I. E. A. Na bacia havia uma espinha ossea na face posterior do pubis á esquerda da linha media, tendo mais de 0^m,05 de comprimento. Pulso fetal á esquerda da linha media abaixo do umbilico.

PARTO

Na occasião da entrada havia dilatação completa do collo do utero. A ruptura das membranas dera-se á 1 hora e 50' da tarde do dia 17. Extracção á 1 hora da manhã do dia 18.

Filho do sexo masculino, nado-morto. Peso 4110 gr. Comprimento total 0^m,57.

Dequitação. Extracção difficil á 1 1/2 da manhã do dia 18; meia hora depois da extracção do feto.

Anexos do feto. Placenta redonda, diametro 0^m,20. Peso 900 gr. Placas brancas fibrosas na face. Membranas completas. Cordão. Inserção marginal; 69^{cm} de comprimento.

Registo circumstanciado. A parturiente á entrada estava um pouco pallida; pulso pequeno, rythmado, numero de pulsações não superior a 90; ventre volumoso, parede abdominal bastante tensa.

A parteira ao fazer o toque recebeu a sensação da fontanella posterior sob o pubis. O quintanista snr. Soares encontrou a cabeça muito descida, mas não conseguiu tocar a fontanella. As contracções do utero eram frequentes; as dores fortes a avaliar pelos gritos da parturiente. Das 3 ás 4 horas as contracções eram muito intensas e o utero empinava-se fortemente; os gritos da parturiente eram os proprios das dores expulsivas; o perineo porém conservava-se immovel.

Julguei que se devia intervir, porque os phenomenos

descriptos faziam suppor que a cabeça do feto era demasiadamente volumosa, ou que havia aperto da bacia; inclinava-me para esta ultima hypothese pelo facto da parturiente ter necessitado uma intervenção a forceps por ocasião do primeiro parto sendo a creança regular. Das 4 ás 7 horas as dores e contracções foram diminuindo de intensidade e frequencia. Ás 9 horas estava extremamente pallida, labios e conjunctivas muito descorados, pulso pequeno e frequente a ponto de não poder contar-se. Tachycardia: 140 pulsações. Ventre volumoso, mas sem a tensão primitiva; utero inerte; dores vagas e fracas. A parteira ouviu o pulso fetal ás 9 horas; ás 9 1/2 já o não ouvi. Suppuz que houvesse hemorrhagia. Injectou-se-lhe um litro de sôro no flanco esquerdo ás 10 horas. Ás 11 horas o snr. dr. A. Ribeiro auxiliado pelo snr. dr. Salinas (que concordaram com a existencia de hemorrhagia devida á rasgadura do utero) duas vezes fez a applicação do forceps sem resultado. Ao introduzir a primeira colher do forceps a cabeça deslocou-se, sahindo do utero grande quantidade de sangue a confirmar o diagnostico de hemorrhagia. Não dando resultado a applicação do forceps e estando o feto morto, resolveu o snr. dr. A. Ribeiro a applicação do basiotribo Tarnier modificação de Baz, quando chegou o snr. professor Alfredo Costa, que o applicou definitivamente auxiliado pelos snrs. drs. Ribeiro e Salinas. A applicação foi difficil, porque a cabeça deslocava-se com extrema facilidade. Ao fazer a tracção garrou o basiotribo. Á 1 hora e 10' da manhã o snr. professor Alfredo Costa notou no segmento inferior do utero ao lado esquerdo uma larga rasgadura por onde introduzia a mão toda. Em torno do umbigo e alargando-se mais para a esquerda havia uma zona do tamanho da palma da mão em que se percebia nitidamente a sensação de marulho. Tendo garrado o basiotribo e sendo a applicação muito difficil, tentou o snr. professor Alfredo Costa á 1 hora e 15' a versão podalica interna; apprehen-

deu o pé esquerdo e a extracção fez-se com facilidade, terminando pela manobra de Mauriceau. Em seguida fez-se a hysterectomia abdominal, por se reconhecer que só assim se poderia salvar a parturiente suspendendo a hemorragia.

Operou o snr. professor Alfredo Costa; o chloroformio foi administrado pelo snr. dr. Salinas, e ajudaram o snr. dr. A. Ribeiro e quintanista Nery. A operação correu bem. Começou ás 2 horas e 25' da manhã e terminou ás 3 horas e 40'. O utero pesava 1235 grammas.

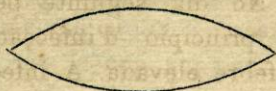
A 6 de maio a doente achava-se ainda na enfermaria. Tinha incontinencia de urinas devida a uma paralysis do esphincter urethral.

OBSERVAÇÃO XIX (1)

Ruptura incompleta do utero. Forceps. Versão

Esta operação é no hospital de Santo Antonio, e a ella me faz o favor de presidir o snr. dr. Souto. Primi-para. Pequeno aperto da bacia ossea. Tinha applicado o forceps sem resultado, e consigo depois insinuar a mão entre a cabeça e o collo, para apanhar os pés, e extrahir o feto por versão.

Palpando, por acaso, a parede anterior e interna do utero, encontro ao nivel do umbigo, uma solução de continuidade allongada, transversal, mais larga no meio, e a terminar, de cada lado, em ponta aguda, em fórma de ta-lhada de melancia.



(1) Transcripta da dissertação de concurso de Maia Mendes.

Os dedos, que percorrem a superfície uterina de baixo para cima, encontram, ao nível da lesão, primeiro um degráo, como se fosse constituido por um feixe de fibras musculares, que se houvesse afastado do seu visinho: cahem depois n'um fundo largo e liso, de contacto nitidamente soroso, fazendo lembrar o folheto peritoneal da parede anterior do abdomen; e encontram, por ultimo, um segundo degráo superior, tambem de fibras musculares como o primeiro, ao qual faz continuação a superfície interna do utero. Passando depois a percorrer transversalmente, segundo o eixo maximo, a área d'esta solução de continuidade, vão encontrar a um e outro lado, a extremidade angular, onde os degráos se unem, o que demonstra a passada contiguidade dos feixes respectivos, agora separados. Quando os dedos exercem pressão na parte media e central, são palpados como que directamente pela mão exterior, e com tal nitidez que logo fica no espirito a certeza de que não ha entre a mão de dentro e a de fóra mais espessura do que a parede delgada do abdomen. Finalmente, se a mão se adianta, um pouco menos cautelosamente, para ir apanhar os pés ao fundo do utero, logo os dedos se insinuam entre o degráo superior e a parede abdominal, e se sentem caminhando entre duas superficies lisas, sorosas.

Verificado isto, a versão foi feita com as maiores precauções, e completou-se o parto sem augmento notavel da solução de continuidade.

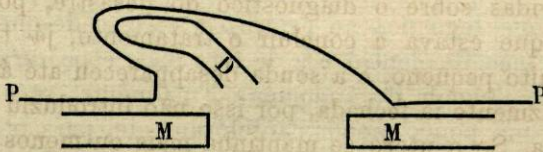
Esse dia passa-o a doente relativamente bem: ligeiro movimento febril, á tarde; pulso correspondente; não ha vomitos nem anciedade; e não ha soffrimento abdominal intenso. No dia seguinte pela manhã apparece um arrepio, principio d'infeção, que de tarde se caracteriza por febre elevada. A infeção continua nos dias seguintes, e prolonga-se ainda por bastante tempo, mas *sem que se declare peritonite grave e muito menos a peritonite por perfuração*. Passam quinze dias, tres sema-

nas; a doente chega, por conveniencia de serviço, a ser mudada de enfermaria: e os symptomas de ruptura completa nunca apparecem!

N'esta altura, vi-me obrigado a abandonar o caso, por doença, que me afastou do hospital uns poucos de mezes. A enferma escapou á infecção ou veio, por fim, a morrer?

Ignoro-o. O que ella não teve, com certeza, foi a larga perfuração uterina, que se impunha, com tanta clareza, na occasião do parto.

Schema de um corte vertical da parede uterina praticado ao meio da lesão



M M Camada muscular do utero. Em virtude da ruptura M separou-se de M.

P P Peritoneo uterino, que se conserva intacto, e está formando prega diante do

D Dedo do operador.

Nota do dissertante: O snr. dr. Maia Mendes soube mais tarde que a doente succumbiu a uma metro-salpingo-ovariete.

OBSERVAÇÃO XX

Perfuração incompleta do utero

DR. MAIA MENDES

ENFERMARIA N.º 9**Hospital de Santo Antonio**

Este caso é transcripto da *Gazeta Medica* do Porto.

«*Perfuração do utero*. Só se deu o caso uma vez na enfermaria. Pedindo um outro alumno ao meu interno Neves, que lhe deixasse dar alguma irrigação, para se habituar, e obtido o consentimento, tão desastradamente forçou a sonda que a sumiu logo, á primeira, no peritoneo. Não restavam duvidas sobre o diagnostico do desastre, porque a doente, que estava a concluir o tratamento, já tinha o utero muito pequeno, e a sonda desapareceu até ás guardas. Felizmente ia fechada, por isso não introduziu liquido na sorosa. Se o utero se mantinha mais ou menos aseptico, como era possivel, visto que a enferma se encontrava em convalescença, era licito admittir que o repouso bastaria para fechar a ferida uterina, sem reacção peritoneal. Não se dá por vezes resultado analogo, filiado ainda de peiores condições, quando, por exemplo, uma cureta, com a qual se está fazendo a curetagem, fura o utero e penetra na cavidade abdominal? Portanto, repouso e expectação. Esta pratica foi coroada de um feliz exito; ao fim de oito dias, a mulher achava-se inteiramente boa, sem ter tido reacção local nem geral de qualidade alguma.»

OBSERVAÇÃO XXI

Perfuração incompleta (?) do utero

CASO PESSOAL

ENFERMARIA N.º 9*Hospital de Santo Antonio*

D. J., primipara, de 20 annos, creada, natural de Castello de Paiva e residente nos Loyos.

Parto a 6 de fevereiro de 1899 na enfermaria escolar, da qual é transferida poucos dias depois com uma infecção puerperal para a enfermaria n.º 9.

É entregue aos cuidados do quintanista F., externo da enfermaria, que lhe applica diariamente duas irrigações phenicadas intra-uterinas. A febre é bastante rebelde, entretanto vae cedendo nos primeiras dias de março.

No dia 6 tem 37º de manhã e 37º,6 de noite. Na manhã do dia 7, antes da irrigação, o thermometro accusa 37º,3.

Á 1 hora da tarde o externo vem dar a irrigação. Eu tinha acabado de prestar igual serviço a uma outra infectada. Sou testemunha ocular.

A sonda entra profundamente, a mulher solta um grito, cahe em syncope, a vagina e vulva tingem-se de sangue.

É suspensa a irrigação. Faz-se a respiração artificial. Com difficuldade recupera os sentidos. Sahem ainda algumas gottas de sangue. Dá-se uma irrigação vaginal quente e é applicado um tampão. Á noite 40º,7.

No dia seguinte accusa ainda uma dor no hypogastro. São receitados os calomelanos e a pomada mercurial bella-donada; as irrigações intra-uterinas são substituidas por vaginaes. É retirado o tampão manchado de sangue, que é

secco e coagulado. A hemostase tinha-se feito portanto facilmente. De manhã 37°, á noite 38°.

A temperatura mantem-se nos dias seguintes entre 37° e 38°,5. No dia 20 entra no uso do acido salicylico, e sahe curada a 4 de abril.

Conclusão. Deu-se uma perfuração incompleta (?) do utero.

Este caso foi observado tambem pelos meus condiscipulos Guilherme d'Almeida e Damião da Silva.

OBSERVAÇÃO XXII (1)

Ruptura uterina completa

Abcesso do ligamento largo

PESSOAL

R. S., (papeleta 698), de 21 annos, mulher de fabrica. Deu entrada no hospital a 12-3-900, gravemente infectada, por motivo de parto mal succedido dez ou doze dias antes. Além da temperatura elevada, calefrios, diarrhêa, etc, isto é, além de todos os symptomas da infecção puerperal, apresenta na parte inferior do ventre, fazendo saliencia atravez da parede abdominal, um tumor volumoso, consecutivo á infecção. Sóbe até proximo ao umbigo, é duro na maior parte, accusando comtudo em alguns pontos uma certa fluctuação. O utero muito atrazado em sua involução, pois que se encontra amplo, dando lochios infectos, foi repellido para baixo e para traz. Pelo recto sahe gran-

(1) Esta observação foi amavelmente redigida pelo meu director de enfermaria dr. Maia Mendes.

de quantidade de um liquido albuminoso, tirante a clara d'ovo, com aspecto purulento por vezes. A bexiga, á parte a compressão, conserva-se normal.

1.^a *Operação.* Laparotomia na linha branca: ao nivel do tumor e constituindo-lhe a maior porção encontram-se as ansas intestinaes em parte adherentes entre si e ao peritoneo parietal, em parte afastadas por pequenos focos purulentos de contheudo infecto e paredes mais ou menos alteradas. O processo attinge quasi toda a massa intestinal da metade inferior do ventre, dando a convicção de que a sua genese foi a abertura d'um abcesso do ligamento largo para a cavidade peritoneal, produzindo ao mesmo tempo n'essa metade inferior a peritonite infecciosa diffusa e a peritonite adhesiva, sendo esta ultima a que evitou a generalisação do mal. Do foco primitivo já não se encontra cavidade definida, tal é a grande massa de ansas interessadas nos pequenos focos e adherencias á pelve, ao utero, á parede abdominal e umas ás outras. O tumor é isto. Depois de separadas cuidadosamente umas das outras as ansas entre as quaes se albergam focos, foi tudo abundantemente lavado; e, como a superficie de todas essas pequenas cavidades parciaes ficasse ainda pultacea, forrada de uma infinidade de filamentos mortificados como é proprio de taes infiltrações, e não se devesse portanto fechar o abdomen, foi collocado profundamente, como penso, um largo tampão, depois do que a parede abdominal foi em parte fechada por quatro ou cinco pontos de sutura.

No dia seguinte havia melhoras accentuadas: temperatura muito mais baixa, pulso mais cheio, facies mais composto.

Ao fazer o curativo, porém, aguardava-me uma surpresa. O curativo consistia em retirar o tampão, lavar abundantemente a cavidade, e tamponar de novo; a surpresa foi que ao fazer a lavagem principiou a sahir uma grande parte da agua pela vagina: o utero estava, portanto, roto!

O abcesso do ligamento largo, ao mesmo tempo que abriera para a cavidade abdominal, abriera tambem para o utero.

Passai-lhe então, com o auxilio de uma sonda Doleris e uma algalia, um largo dreño, que entrando pela abertura abdominal vinha sahir á vulva. Não me pareceu que esta ruptura podesse aggravar o prognostico; o que com certeza ella produzia era a simplificação dos curativos, pois que, achando-se, como já disse, o utero infectado, tornava-se indispensavel desinfectal-o todos os dias, antes ou depois da cavidade abdominal; e a ruptura da matriz com o respectivo dreño communicante vinha reduzir a dupla lavagem a uma só, porque ao mesmo tempo que se lavava uma das cavidades se lavava tambem a outra.

Tres ou quatro dias se passaram com melhoras progressivas, ao fim dos quaes me aguardava uma nova surpresa, esta bastante desagradavel: a sahida de fezes pela abertura abdominal!

O trabalho reparador, que se estava dando com muita intensidade e rapidez na enferma, produzira a eliminação d'escharas da parede intestinal: d'ahi a abertura do intestino.

Em quantos pontos? Em quaes? Eis o que não se poderia saber, sem uma nova intervenção operatoria. Depois de se ter retirado o dreño, para não canalisar fezes para o utero, e de se terem deixado passar alguns dias afim de dar tempo a que os tecidos mortificados se eliminassem completamente, definiu-se claramente a situação, que vinha a ser a sahida completa dos contentos intestinaes pela abertura do ventre e portanto a inutilização temporaria, mas absoluta, do segmento inferior do tubo digestivo. A abertura ou aberturas eram no intestino delgado, e talvez bastante acima porque a doente principiara a emagrecer com grande rapidez, apresentava escharas, e dava todos os signaes d'uma nutrição insufficiente.

2.^a *Operação*. A abertura abdominal foi augmentada para cima e para baixo. O intestino achava-se ao fundo reduzido a uma só massa cheia de vitalidade, mas friavel e á primeira vista indecifrável. Procurou-se então descollar-o para lhe patentear as aberturas: ao cabo de bastante trabalho conseguiu-se isolar uma ansa com duas aberturas, á distancia approximada de um decimetro uma da outra.

Faz-se a laqueação do mesentereo correspondente, a amputação de um decimetro de intestino e a fixação dos topos intestinaes á parede abdominal, deixando acima e abaixo d'este *anus contra naturam* uma abertura na parede abdominal, a debaixo para dar passagem ao dreno uterino, que é restituído, e a de cima como valvula a mais de segurança, para qualquer outra ruptura possível que por acaso tenha passado despercebida.

A doente restabelece-se relativamente rapido d'esta operação. O novo anus funciona perfeitamente; as aberturas abdominaes de drenagem nunca mais dão fezes, e vão-se estreitando depressa.

3.^a *Operação*. Uns oito ou dez dias depois é feita a primeira applicação d'enterotomo, que se demora pelo intestino ao todo uns vinte dias, em applicações successivas. Ao fim d'este tempo retira-se o dreno uterino que já não tem que drenar, e, verificado que o corte do esporão é sufficiente, marca-se dia para a

4.^a *Operação* (definitiva). Foi a operação curativa de um *anus contra naturam*. Soldou logo á primeira, por solidos planos sobrepostos, de modo que a doente sahia do hospital, nos principios de julho, completamente curada, válida e sem defeito. Antes de ter alta ainda se achou assistida pela primeira vez depois do parto, sem inconveniente.

OBSERVAÇÃO XXIII

PROFESSOR ROBERTO FRIAS

Foi descripta a pag. 47.

OBSERVAÇÃO XXIV

PROFESSOR ROBERTO FRIAS

Idem, a pag. 48.

OBSERVAÇÃO XXV

PROFESSOR CANDIDO DE PINHO

Idem, a pagina 45.

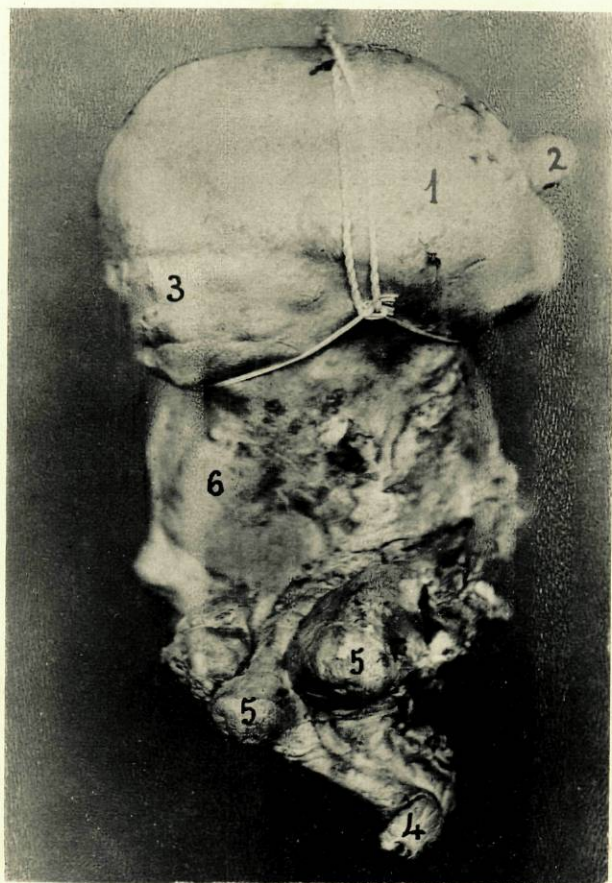
INDICE

	Pag.
Introdução	1
Historia	11
Classificação	15
Etiologia.	19
Pathogenia	28
Symptomatologia	35
Diagnosticó	40
Prognostico	46
Anatomia pathologica	53
Therapeutica	65
Prophylaxia	104
Medicina legal	128

Observações :

Ruptura durante a gravidez	137
Rupturas durante o trabalho do parto	139
Rupturas durante o periodo involutivo	187

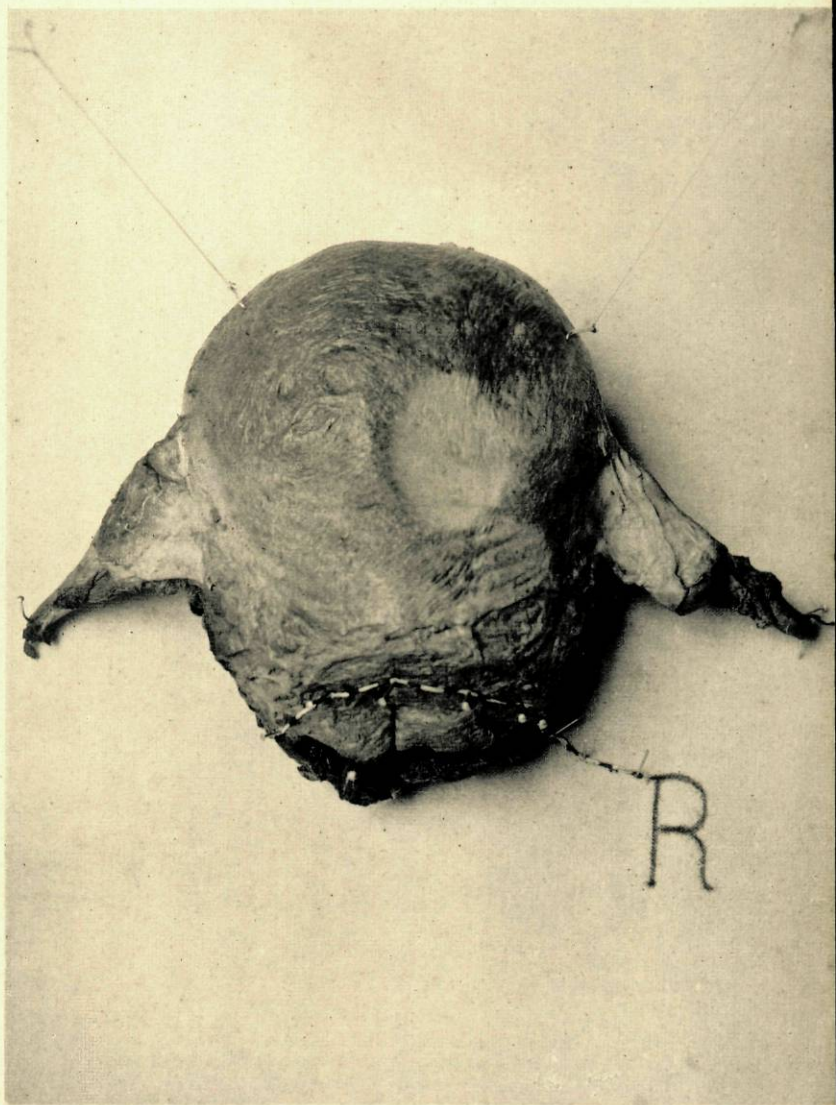
Veiga de Faria.— Rupturas uterinas puerperaes



Obs. I.—Feto extrahido do abdomen 30 mezes depois d'uma ruptura uterina durante a gravidez. **Cura.**

Operador dr. Ferrari (de Vizeu)

- 1 — occipital.
- 2 — mamillo kystico ampliado pela photographia.
- 3 — face.
- 4 — pé.
- 5 — joelho.
- 6 — abdomen.



Obs. II.—Ruptura uterina espontanea, completa e antero-circular durante o trabalho do parto. **Cura.**

Operador dr. Maia Mendes

R — ruptura.

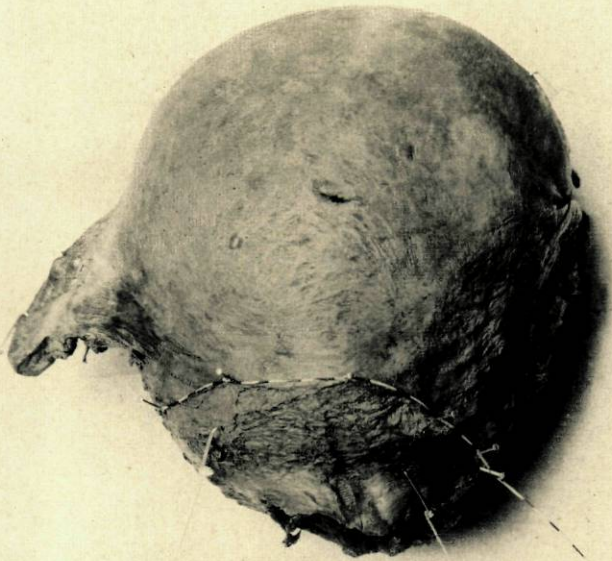
Veiga de Faria.—Rupturas uterinas puerperaes



Obs. III. — Ruptura uterina espontanea, completa e antero-lateral direita durante o trabalho do parto.

R — ruptura.

Veiga de Faria. — Rupturas uterinas puerperas.

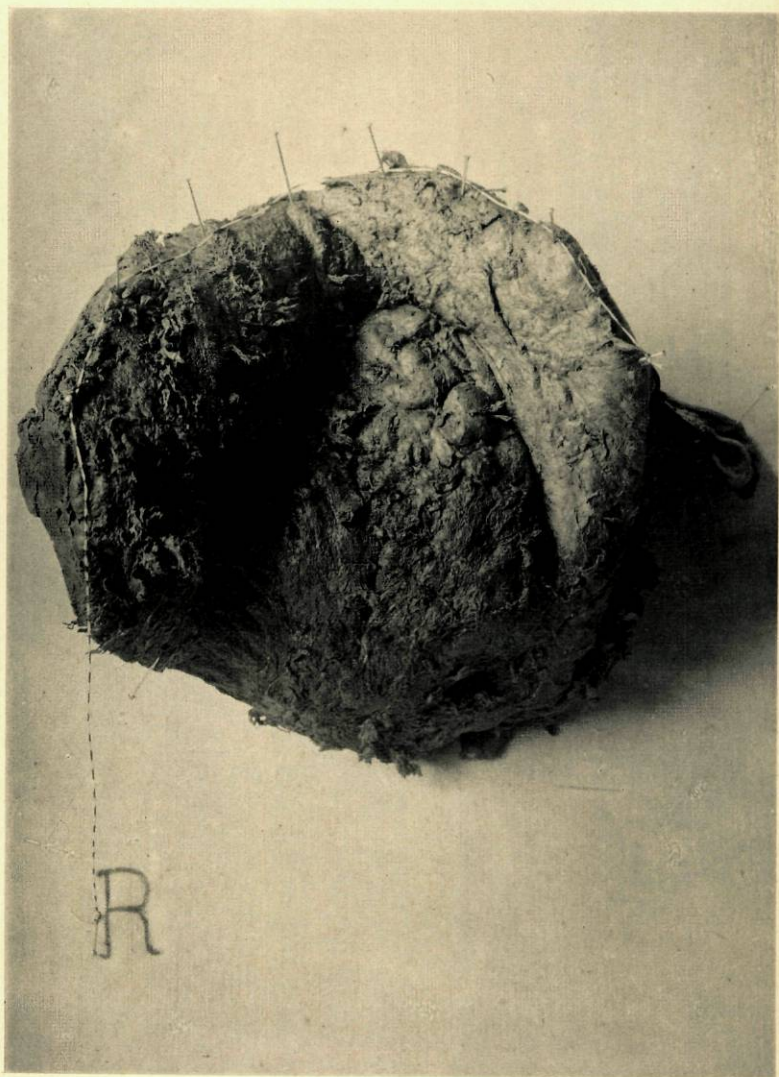


R

Obs. IV. — Ruptura uterina espontanea, completa e antero-transversal durante o trabalho do parto.

R — ruptura.

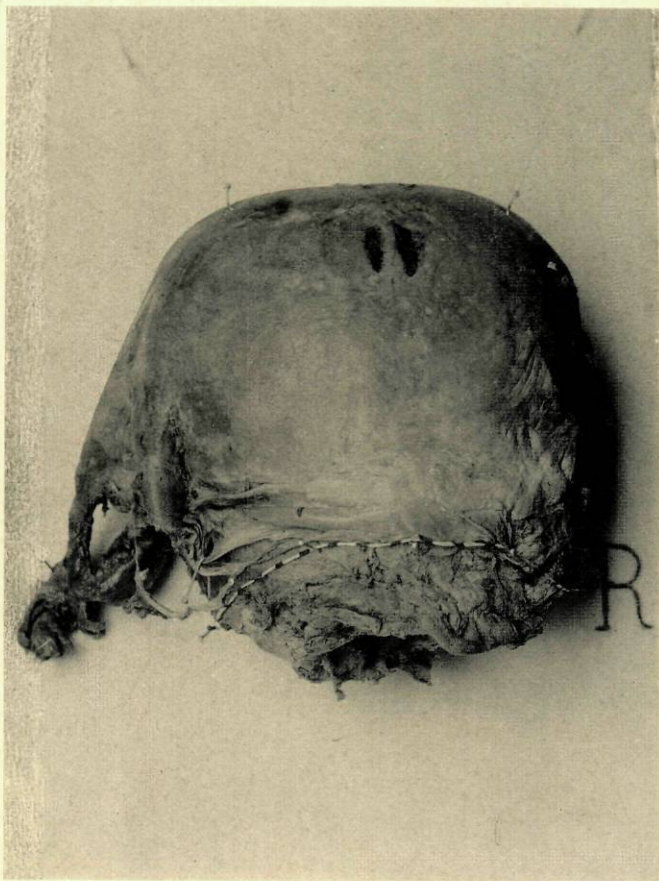
Veiga de Faria. — Rupturas uterinas puerperaes



Obs. V. — Ruptura uterina completa e postero-vertical durante o trabalho do parto.

R — ruptura.

Veiga de Faria. — Rupturas uterinas puerperas



Obs. VI. — Ruptura uterina completa e anterior durante o trabalho do parto.

R — ruptura.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O segmento inferior do utero é formado á custa do seu corpo.

Physiologia. — A hydratação é o processo essencial dos phenomenos vitales.

Anatomia pathologica. — Ha rupturas uterinas completas sem lesão do peritoneo.

Materia medica. — Theoricamente as nucleinas são o melhor agente bactericida.

Pathologia geral. — A auto-intoxicação explica a morte mediata nas grandes queimaduras.

Pathologia externa. — Na pathogenia do tetano admitto a theoria microbiana.

Operações. — Nos fibro-myomas intersticiaes do utero adopto a enucleação de Tuffier.

Pathologia interna. — Diagnosticada uma perfuração intestinal no decurso da febre typhoide voto pela intervenção operatoria.

Partos. — A tuberculose é tão prejudicial á gravidez, como a gestação á bacillose.

Hygiene. — As rupturas uterinas são evitaveis.

VISTO
O Presidente,
Alberto d'Aguiar.

PÓDE IMPRIMIR-SE
O Director,
Moraes Caldas.