

N.º 3.

N.º 211.

Mito

Porto (Lille)

Considerações practicas sobre alguns dos obstaculos, e accidentes, que o
parteiro deve evitar, e combater, para salvar a vida da mãe e do filho.

These apresentada

a

Eschola Medico Cirurgica do Porto para ser defendida

sob a presidencia do

M.^{mo} e Ex.^{mo} Sr. Manoel Maria da Costa Leite, Fidalgo Cavalleiro.

da Casa Real, Cavalleiro e Commendador da Ordem de Nossa Senhora da

Conceição de Villa Rica, Cirurgião Honorario da Real Camera, ~~Cavaleiro~~

~~de~~ de S. Mauricio e S. Lazaro d'Italia e Lente Cathedratico da Eschola

Medico Cirurgica do Porto.

pelo alumno da mesma

Jose Ribeiro de Loursins e Alho Junior.

VIII/1º - 3 EMC

Para o dia 22 de julho de 1863,
pelas 11 horas da manhã.

Presidente = Exmo. Sr. Manoel Maria
da Costa Leite

Exmos. Srs.

Arguintes { Antonio Ferreira Braga.
Dr. José Francisco de Aguiar de Lourenço.
Dr. Agostinho Antonio de Souto.
Dr. João Maria de Oliveira Barros.

Considerações práticas sobre alguns dos obstáculos e accidentes que o parto deve evitar e combater para salvar a vida da mãe e do filho.

L'époque la plus intéressante de la vie de la femme c'est celle de ses souffrances et de ses dangers.

Morseau.

Introdução.

O feto, depois de ter adquirido um desenvolvimento comparavel com a sua nova existencia, he expellido do seio materno por um trabalho particular, que se designa pelo nome de mecanismo do parto.

Quando este mecanismo he regular, e que cousa alguma se não oppõe á sua boa marcha; que o feto se apresenta em posição conveniente; que não ha vicios de conformação tanto nos órgãos de geração da mãe como na sua bacia; finalmente quando não ha obstáculos tanto da parte da mãe como do filho, pode dizer-se de uma maneira geral, que este trabalho se effectua sem inconvenientes tanto para um como para o outro.

Porem se existem obstáculos de parte a parte, e que não de certa ordem, o parto deixa de ser regular necessariamente, e muitas vezes corre perigo tanto a vida da mãe como a do filho; isto não

são por causa dos obstáculos que se oppõem ao seu bom exito, mas também pelos accidentes, que muitas vezes lhe sobrevem.

Os obstáculos, que podem perturbar a marcha regular do parto, são muito numerosos, por isso que podem existir na propria organização da mãe, na do filho ou em ambos ao mesmo tempo; e não menor o numero d'accidentes a que esta funcção expõe pela importancia dos órgãos, que nella entram em jogo.

Este nosso trabalho dividir-se-ha pois em duas partes. Teraõ objecto da primeira os obstáculos, que podem perturbar a marcha do trabalho, e cuidados que elles exigem: examinaremos na segunda os accidentes que lhe possam sobrevir, e meios de que disponmos para os obviar.

Iriamos muito alem do nosso intento e das nossas forças se entrassemos na analyse de cada um: limitarmos-nos hemos apenas a exposição d'aquelles que por mais frequentes e importantes se recommendão mais de perto a vigilancia do parteiro.

Parte primeira.

Obstáculos que podem ~~difficultar~~ o trabalho do parto.

Secção primeira.

Obstáculos inherentes a mãe

Estes obstáculos são muito numerosos; podem existir no útero ou seus annexos, na vagina ou vulva, nas partes molles ou duras da bacia, ou finalmente em muitos d'estes órgãos ao mesmo tempo.

Artigo primeiro

Obstáculos que tem sua sede no útero

Para que o producto da concepção seja expellido, he necessario que o útero esteja em condições phisicas e vitaes convenientes, porque faltando uma ou mais d'estas condições o parto em lugar de facil, torna-se laborioso, e exigira a intervenção do parteiro. Este órgão apresenta algumas vezes certas modificações organicas ou dynamicas, taes como uma direcção viciosa, um vicio de conformação, augmento, diminuição ou perversão das suas propriedades physiologicas.

Entre todas a que mais frequentemente se encontra sem que, tto alguma, he a fraqueza das contrações uterinas. Però pois tambem esta a primeira na ordem do nosso estudo.

Fraguera das contrações uterinas.

Quando a fraguera he directa, ou que a inercia depende de diminuição directa da contractibilidade, pode dizer-se em these geral, que a cravagem do cerviceo he a arma mais poderosa, quasi a unica de que dispomos para combater este accidente, que compromette sempre não só a vida da mãe, como a do feto. Mas como a inercia uterina pode depender de condições diversas, contra as quaes nem sempre este medicamento he applicavel, o medico deve esforçar-se por bem as distinguir, por que só assim he que chegará a instituir uma therapeutica efficaz e não prejudicial. Estas condições podem resumir-se nos seguintes casos.

1.º Paulo Dubois diz, que certas mulheres assim como caminhão e fazem tudo lentamente, assim tambem o parto nelleas he vagaroso.

Neste caso não deve dar-se grande importancia á inercia uterina, por que sendo na pratica obstetrica a paciencia uma grande virtude, he este um dos casos, em que ella tem mais applicação.

2.º Quando a causa da inercia for fraguera na mulher, fadiga ou mesmo molestia, devem reanimar-se suas forças com uma dieta restaurante, o vinho e agasalho, e quando estes meios não produzão o effecto desejado, recorrer-se ha a outros mais energicos, entre os quaes deve preferir-se a cravagem do cerviceo.

3.º Se a causa for uma congestão sanguinea no utero, acompanhada de

44
pulso duro e cheio, uma sangria no braço he de muita conveniencia, mas que esteja em relação com a constituição da mulher. Algumas vezes a sangria pode ser utilmente substituida pelas sangressugas no hypogastrio.

4.º A fraqueza das contrações uterinas tem algumas vezes por causa uma falta nas fibras contracteis, ou a sua pouca energia. Mandar passear a parturiente, ou tê-la encostada ao leito he sufficiente as mais das vezes para despertar, e excitar as contrações, ministrando-lhe ao mesmo tempo boa dieta: porém se estes meios forem infructuosos recorrer-se ha á cravagem, ou em ultimo recurso ao forceps.

5.º Se a causa da inercia for uma grande distensão do utero, como no hydro-amnios, e na prenhez gemellar, recorrer-se ha no primeiro caso á punctão das membranas, e no segundo á cravagem, ao forceps ou aervão, mas nunca á punctão, que neste caso poderia mesmo ser nociva.

6.º A grande distensão da bexiga pela urina torna-se causa d'inercia porque impede as contrações, ou pelo menos torna-as insufficientes. A simples enunciação d'este obstaculo indica o meio de o obviar.

7.º As vivas emoções moraes fazem muitas vezes, com que as contrações uterinas a principio regulares se demorem, e cheguem mesmo a desaparecer. O parteiro para evitar este accidente deve prevenir toda a causa d'emoção; e quando o mal esteja feito, combatê-lo ha pela distracção, e se esta não bastar, empregar-se ha os antispasmodicos.

3º O útero contrahindo-se só, como quando as parturientes moderam os esforços das paredes abdominaes, por causa das fortes dores, que experimentam a cada contração uterina, enfraquece-se ás vezes a ponto de ficar inerte. Neste caso os opiados e chloroformio são os melhores meios, que em identicas circumstancias se podem empregar.

Insufficiencia das contrações uterinas e dos esforços
d'expulsão.

Ainda que o útero seja o principal agente d'expulsão, a sua acção he effizamente coadjuvada pelas contrações abdominaes, e quando estas faltam, o trabalho do parto deve necessariamente ser demorado. Nas mulheres gordas, e nas affectadas de hemiplegia e paraplegia encontra-se muitas vezes esta anomalia, porque nas primeiras as paredes abdominaes não se contrahem sufficientemente por serem muito espessas, nas segundas, parte dos musculos da mesma região não entrão em contração por estarem paralisados. Em taes circumstancias o parteiro devera supprir estas forças, pelos excitantes, e principalmente pela oragem.

Rigidez do collo do útero

Nas primiparas, e principalmente nas que são um pouco idosas, o collo do útero sendo muito rigo, duro, espesso, e resistente não se presta á dilatação, e oppõe-se por isso a todos os esforços naturaes. Nestas condições a belladonna, os banhos, e a sugria prestão-nos neaes serviços, mas se com estes meios o obstaculo não for vencido, recorre-se ha ás incisões multiples sobre os bordos do

orificio, o que basta ordinariamente para obter o effeito desejado.

Nas depois do collo uterino ter sido desbridado, deve-se ha abandonar o parto aos esforços da natureza, ou applicar-se ha o forceps? Nós cremos que não he necessario intervir d'uma maneira absoluta. Se a criança não soffrê, se as pulsações do coração não são acceleradas ou enfraquecidas, poder-se ha ficar expectador attento, o parto terminará se ha naturalmente. Se ao contrario as pulsações fetaes forem muito frequentes, se chegarem a 150 ou 160 por minuto, e mesmo mais, será o caso de intervir com o forceps.

Obliquidade do orificio.

Proximo ao parto o collo uterino acha-se d'ordinario levemente inclinado para lizer e para a esquerda. Porém esta direcção nem sempre he a mesma, o orificio pode ser consideravelmente inclinado neste sentido, ou voltado para diante ou para os lados da bacia. De todas a mais frequente he a obliquidade posterior. Esta direcção viciosa pode pro dixer-se durante o trabalho ou algum tempo antes. O resultado d'isto he que durante o trabalho a cabeça do feto leva diante de si a parede anterior, e inferior do utero; a dilatação do collo he mais lenta, e a parte posterior d'este orgão distendida pela cabeça he arrastada até á vulva ameaçando romper-se.

Em mais das vezes a marcha do trabalho he sufficiente para desfazer este desvio: porém em todo o caso he sempre bom collocar a parturiente no decubito dorsal a fim de levar com o dedo o orificio á sua posição normal.

Quando o labio anterior do orifício uterino está já entumescido, e tendo pela pressão da cabeça devesse-ha com os dedos, fôr-lo refluir para debaixo da symphise pubica. Depois d'uma ou mais tentativas neste sentido a cabeça vence o obstáculo, e o parto termina-se só pelos esforços naturais.

Dilatação do orifício do collo uterino.

Esta lesão, que umas vezes tem lugar no orifício externo, outras no interno, ou no meio do collo, descobre-se facilmente pela exploração vaginal, tendo o cuidado de não a confundir com uma obliquidade consideravel do orifício, que estando muito posteriormente pode assim escapar ás investigações. Os meios a empregar contra ella, quando he completa, consistem na operação cesariana vaginal, a qual se pratica fazendo com um bisturi uma incisão na parte mais saliente do segmento inferior do utero, operação em geral de consequências pouco graves. Havendo simples aglutinação das paredes do collo bastará o dedo para a desfazer completamente.

Induração e hypertrophia dos labios do collo uterino.

Esta anomalia, que foi bem estudada por M. Huguier, dá-se mais vezes no labio anterior, do que no posterior. Torna-se obstáculo ao parto, ou por que os bordos duros e espessos do orifício o não deixão dilatar, ou por que a parte hypertrophizada sendo apertada entre a bacia e a cabeça do feto se entumescce a ponto de não poder retirar-se para tras da cabeça, oppondo-se por isso á sua saída.

Para remover este obstaculo aconselha-se a sangria, os banhos, e mesmo os emeticos em dose nauseante, proem supponho que incisões multiphas sobre os labios do collo uterino devem produzir melhor effeito, por que o desengorgitão, favorecendo assim a sua dilatação.

Obliquidades do utero.

O utero desloca-se durante a gravidez, e muitas vezes essa deslocação pode ser tal, que ponha obstaculo ao parto. Ha quatro especies d'obliquidade: obliquidade anterior, posterior, obliquidades lateraes direita e esquerda. De todas a mais frequente he a anterior.

A obliquidade anterior explica-se facilmente pela muita resistencia da parede abdominal posterior e a grande flacidez da parede anterior. Quasi todas as mulheres gravidas apresentam um certo grau d'obliquidade anterior.

A obliquidade posterior, negada por alguns auctores, mas admitida por M. Velpeau, deve attribuir-se a uma grande resistencia da parede anterior do abdomen, que impede o utero de seguir a direcção do eixo do estreito superior, e inclinar-se um pouco para diante.

A obliquidade lateral direita he muito mais frequente que a esquerda, e facilmente se reconhece pelo toque, e palpação.

O tratamento indicado nas obliquidades he as mais das vezes nullo. Em algumas circumstancias, com tudo raras, he mister satisfazer tres indicações:

1.^o trazer o útero á sua direcção normal; 2.^o fixal-o nessa direcção; 3.^o remediar os accidentes, que se houverem manifestado.

O decubito sobre o dorso na obliquidade anterior, sobre os lados nas lateraes; a reducção do útero, a applicação d'uma ligadura larga e levemente apertada; exercer nalgumas circumstancias tracções sobre o collo para o trazer ao eixo da bacia; taes são os principaes meios empregados para satisfazer as tres indicações. Se de todos estes meios se não tirar resultado algum, será conveniente praticar a operação cesariana vaginal, fazendo uma incisão na parte do útero que mais saliência faze na vagina.

Na obliquidade posterior deve recomendar-se á parturiente, que esteja sempre ou assentada, e se possível for, um pouco inclinada para diante. Quando a cabeça fizer saliência para diante e acima do pubis, deve applicar-se a mão sobre o hypogastrio, e levar a cabeça ao centro da excavação. Se todos estes meios forem baldados, recorrer-se-ha á versão pelvica.

Artigo Segundo.

Obstáculos que tem por sede a vagina ou vulva.

Estes obstáculos são devidos a lesões congenitas, ou accidentaes. Entre elles exigem menção especial a estreiteza e rigidez da vulva, a resistencia do perineo, e os abcessos da vagina.

Estreiteza e rigidez da vulva.

Nas mulheres, que concebem em idade um pouco adiantada, e mesmo nas

7
novas, mas gordas, e plethoricas, he que ordinariamente se encontra este estado. Na maioria dos casos cede aos esforços uterinos, e o parto faz-se normalmente. Mas em alguns a distensão não sendo tão grande, como se exige a cabeça do feto, pode dar-se a dilaceração do perineo, como por varias vezes tem acontecido. Para prevenir esta dilaceração Paulo Dubois aconselha fazer uma pequena incisão nas partes lateraes do perineo, e a qual todo pratico deve recorrer, quando for necessaria uma prompta extracção do feto. Nos casos contrarios, algumas trações lentas, e methodicas bastão quasi sempre para vencer esta resistencia.

Resistencia do perineo.

Nas mulheres novas, gordas, fortes e muito musculosas o perineo resiste algumas vezes tão consideravelmente a passagem da cabeça, que a faz ali permanecer immovel. Nestas condições dois casos podem apresentar-se. A parturiente entre fazer grandes esforços, esgotarem-se suas forças, cessando ao mesmo tempo as contracções uterinas. No segundo caso as contracções permanecerem com grande energia, mas não serem sufficientes para vencer o obstaculo. No primeiro caso convem mandar passear a parturiente, dar-lhe a cravagem para despertar as contracções, fomentar o perineo para o amolecer, e se depois d'estes ensaios o perineo resiste, emprega-se o forceps. No segundo caso ainda são applicaveis os mesmos meios, exceptuando a cravagem, que em idênticas circumstancias he sempre escusa.

Alterias da vagina.

Encontra-se muitas vezes na pratica estas anormalias. Ellas podem ser congenitas, ou accidentaes. As primeiras não põem obstaculo ao parto, por que são molles, e ducteis como os tecidos normaes, e por isso podem distender-se sufficientemente, para que elle se termine naturalmente: as segundas, que são sempre fibrosas e cicatriciaes, exigem a intervenção do parteiro, por que resistem a toda a distensão. O melhor meio para desfazer este obstaculo consiste nas incisões pequenas, e multiplicas, quando o aperto for circular annular ou valvular. Quando houver simplesmente uma prega transversal, ou vertical, a secção d'ella ao meio da sua extensão com tenazes desfaz completamente este obstaculo.

Artigo terceiro.

Apertos da bacia.

Este vicio de conformação deve merecer um especial estudo a todo o parteiro, por ser um dos que mais frequentes vezes difficulta o parto, e põe em risco a vida da mãe e a do filho.

Elle pode dar-se em todas ou só em uma das dimensões da bacia: porém aqui nos limitamos a mencionar, quaes os principaes meios, e quaes as condições, em que devem empregar-se, quando o aperto seja no diametro anterior posterior do estreito superior, por ser ali onde mais frequentes vezes se encontra obstaculo.

Este diametro, que no estado normal tem 11 cent., e por consequencia os con-

8

dições necessárias para permitir a passagem d'um feto de tempo bem apresentado, pode diminuir desde 11 cent. até zero, isto he; encontrarem bacias cujo diametro anterior posterior apresenta todos os graus intermedios a 11 cent. e zero. A vista d'isto he evidente, que as indicações devem variar conforme o grau d'aperto. De uma maneira geral pode dizer-se que quanto maior for o aperto, maior sera o obstaculo, e por consequencia mais necessaria a intervenção do parteiro. Mas esta proposição he muito vaga, para applicar na pratica; e por isso devemos precisal-a mais, para saber o que podemos em ultimo resultado, esperar da natureza e da arte.

Para que mude a indicação num caso d'aperto, não basta a diminuição d'alguns mill; he mister pelo menos 1 cent. ou 2, e para termo medio tomaremos cent. e meio como medida do grau d'aperto. Assim subtrahindo successivamente cent e meio a 11 cent. estabeleceremos as categorias seguintes.

1.º Regra geral o parto faz-se naturalmente, quando o diametro anterior posterior for comprehendido entre 11 cent e 9 cent e meio.

2.º A natureza pode ainda vencer o obstaculo, quando o diametro for comprehendido entre 9 cent e meio e 8 cent.; porem havendo muita demora no parto, e quando as forças da parturiente commencarem a esgotar-se, deve empregar-se immediatamente as forças, ou recorrer a versão.

3.º Sendo o diametro comprehendido entre 8 cent. e 6 e meio, a natureza não pode vencer o obstaculo, e por isso deve recorrer-se as forças, ou ao cephalotribo, quando o primeiro instrumento não basta.

4.º Se o diâmetro for comprehendido entre 6 cent. e mais, e 5 cent., o forceps não he sufficiente para terminar o parto; he indispensavel então recorrer ao cephalotrite. Se a mulher apparecer ao parteiro ao 6.º ou 7.º mez da prenhez, he racional tambem provocar o parto prematuro, ou mesmo o aborto.

5.º O diâmetro sendo comprehendido entre 5 cent. e 3 e meio, só a operação cesariana poderá salvar a vida da mãe ou do filho. O melhor he provocar o aborto, apparecendo a mulher ao parteiro em tempo opportuno, por que abaixo de 5 cent. he impossivel a saída da criança d'um feto de tempo pelas vias naturaes.

9
Lecção Segunda.

Obstáculos inherentes ao feto.

Augmento geral do volume do feto.

O volume do feto avalia-se por seu peso, que he tennos medio de 3,500 grammas. Quando o feto he de termo, e que tem este peso e volume analogo, que a bacia he bem conformada, o parto não he perturbado na sua marcha regular. Mas supponhamos, que o feto adquira o peso de 4, 5, 6, 7 e mesmo 8 como ha exemplos; neste caso deixaria de existir entre as dimensões do corpo do feto, e as da excavação da bacia, que elle tem de atravessar, proporções convenientes; haveria um verdadeiro aperto relativo de bacia, e produzirão dar-se todos os accidentes, de que são causa os apertos dos estreitos.

O parto em presença d'este obstáculo não deve desde logo ser activo, salvo os casos, em que se tenham desenvolvido taes accidentes, que o obriguem a terminar de prompto o parto; por que a fora isto deve primeiro confiar-se ás forças da natureza tanto tempo, quanto a energia das contracções lhe parecer propria a vencer o obstáculo, sem com tudo pôr em risco a existencia da mãe ou do feto. E' mister escutar de quando em quando os ruídos de coração d'este ultimo, e quando se conhece que começa a enfraquecer, deve terminarse o parto artificialmente empregando o forceps. Mas se com este instrumento nada se conseguir e a vida da mãe começar a correr grande perigo, deve preferir-se a vida d'esta á do feto e por consequencia preferir-se ha a cabeça do feto empregando em seguida o cephalotribo.

Apresentações viciosas do feto.

O feto offerece algumas vezes certas apresentações, que se tornão causas muito frequentes de dystocia. Entre ellas mencionaremos particularmente a apresentação d'expadoca.

O corpo do feto collocado transversalmente acima do estreito superior, tendo ambas as extremidades nas fossas iliacas, não pode descer para a excavação, se tiver as dimensões que o caracterisão de tempo. Com tudo nestas circumstancias tem-se visto algumas vezes terminar o parto por evolução natural, ou versão espontanea. o primeiro caso não pode dar-se senão quando o feto he de pequeno volume. Então sabe como da brado em dois. A versão espontanea quer cephalica, quer podalica, he muito rara e só se pode dar quando as membranas estão intactas, e o feto se acha ainda muito elevado.

Os meios a empregar contra este grande obstaculo reduzem-se a dois e são os seguintes: versão por manobras exteriores, quando as membranas estão intactas, e o feto ainda muito elevado. Este meio tem sido seguido de muito bons resultados nas mãos d'alguns parteiros, e principalmente nas de M. Pansoni. O segundo he a versão interna pela cabeça, nadezas, ou pés. A apresentação transversal tendo sido convertida em vertical, o parteiro pode então abandonar á natureza a expulsão do feto, se outras complicações o não forçao a operar rapidamente.

Hydrocephalia.

Uma outra causa de dystocia inherente ao feto he a hydrocephalia. Sabese que esta affecção consiste em uma accumulacão de serosidade nos ventriculos, e

rebraes, e cujo effeito he augmentar consideravelmente os diâmetros da cabeça do feto. Como a ossificação se acha em geral pouco adiantada, quando se dá este vicio de conformação, a cabeça he muito maleavel, e se a quantidade d'agua he pouco consideravel, o parto poder-se ha effectuar só pelos esforços naturais. Isto porém nem sempre acontece. Porto que mais indoluctual a cabeça offerece ainda dimensões muito grandes, que exigem então uma operação, tal como a punctura simples, ou juntamente com a cephalotripsia.

Parte Segunda

Accidentes que podem sobrevir ás parturientes

Dilacerações do perineo e da vulva.

Não he raro nos partos naturais, principalmente nas primíparas, e nas que tem o perineo muito resistente dilacerar-se a commissura perineal, ou a mucosa da vulva por maiores que tenham sido os cuidados, para evitar este accidente. Se esta dilaceração se produz nos partos naturais, com mais raras e mais frequentes vezes deve produzir-se, quando he mister recorrer ao forceps ou ao cephalotribo.

Não descreveremos agora todas as variedades, que estas dilacerações podem apresentar em quanto á sede e extensão: mencionaremos semente como o parteiro deve proceder para remediar este accidente, quando se veja em presença d'elle.

Quando a dilaceração for pouco extensa, pode abandonar-se a si mesma, qual-quer que seja a sua sede, por que raras vezes deixa de curar-se espontaneamente.

D'ordinario succede, que uma dilaceração, que no momento da passagem da cabeça, ou parte fetal que lhe deu origem, parecia muito grande por causa da grande distensão dos tecidos, volta sobre si mesma pouco a pouco por effeito da elasticidade propria a estes tecidos, ficando reduzida a metade ou um terço das suas dimensões. As superficies não tardão a limpar-se, desenvolvem-se bollos carnosos, e um trabalho cicatricial opera a cura com muita brevidade. Todavia se a doente anda a pé antes de tempo a cura pode ser retardada pela irritação, que estes

11
movimentos intempestivos determinão nos bôlbes carnosos, ou fungosidades, que d'ahi resultão.

Nestas circumstancias he conveniente cautelar com nitrato de prata os bôlbes carnosos. Auxilia-se tambem a cura applicando alguns fios para evitar o attrito.

A cura pode tambem fazer-se espontaneamente, quando a dilaceração for mais longa, isto he, tiver passado alem da mucosa da vulva, estendendo-se ao tecido celluloso, a pelle, e mesmo aos musculos da mesma região: porém isto he raro, e mesmo quando se faça, pode ser irregular, de sorte que convem intervir. Antigamente recorria-se a operações cirurgicas sangrentas para remediar este accidente; fazião-se suturas difíceis, laboriosas, e apezar d'isso nem sempre se obtinham os resultados desejados.

Hoje o melhor meio consiste no emprego das serrasfinas. Havendo uma dilaceração limpa-se seus labios, applica-se um contra o outro, e mantem-se neste estado com uma, duas, tres ou mais serrasfinas segundo a sua extensão o permittir; muitas vezes dá-se a reunião por primeira intenção sem que fique o menor vestigio. Se a reunião se não fixer por primeira intenção, os labios estando confrontados, a supuração, que se estabelece, he muito limitada, e os bôlbes carnosos, pouco numerosos, de maneira que pode effectuar-se a reunião por segunda intenção, sem que a parturiente tenha perdido muito.

Se a dilaceração for mais longa, se toda a espessura do esphincter anal for dilacerado, ou mesmo o septo recto-vaginal mais ou menos acima, a lesão torna-se mais grave. Neste caso deve ainda recorrer-se ás serras finas em grande

membrão aproximando-as tanto quanto possível afim de que a confrontação seja perfeita.

Quando este meio falhe haverá sempre alguma vantagem em o ter empregado, por que as superfícies ficarão mais aproximadas, e a cicatriz menos larga. Se depois da cicatrização das superfícies, ficar ainda uma solução de continuidade muito grande, deve seguir-se a conducta de M. Perard, que numa circumstancia analogo remediou a esta deformidade, fazendo o desdobramento do septo recto vaginal, e uma dupla sutura destruindo o parallelismo de cada solução de continuidade resultante do desdobramento.

Escharas na vulva.

Este accidente, que nas parturientes he muito frequente, tem por causa os mais das vezes a distensão consideravel da mucosa da vulva, e a pressão forte, e longo tempo continuada da parte fetal, e principalmente da cabeça sobre a mesma mucosa. Ordinariamente a porção gangrenada elimina-se, como costuma dizer-se, fazendo-se a reparação tão regularmente, que a cicatriz he apenas perceptivel.

Mas esta superficie traumatica pode ressentir-se das influencias exteriores nocivas; nas epidemias de febre puerperal as escharas chegam a tornar-se escuras, mal cheirosas, e a tomar mesmo todos os caracteres de podridão de hospital.

He pois necessario mesmo nos casos simples empregar alguns meios, quer para apressar a cicatrização, quer para a tornar mais regular. Neste caso

fara-se-hão injeções detensivas com decocto de quina, ou de folhas de mogueira tendo em dissolução um pouco de chlorureto de cal. No periodo de reparação, cuidados de limpeza, cauterizações com nitrato de prata, são sufficientes para obter a cura promptamente.

Nos casos d'epidemia, quando a superficie tiver signaes de podridão do hospital, empregar-se-hão os mesmos meios e recorrer-se-ha tambem algumas vezes ao ferro em brasa para reprimir a marcha destruidora do mal. Mas se a parturiente for ao mesmo tempo acometida de febre puerperal, será bom não a atormentar muito com estes meios; o estado geral he então o que principalmente deve preoccupar o parteiro.

Fistulas urinarias.

Um outro accidente, cuja gravidade o torna recommendavel ao parteiro, e exige da sua parte a mais seria attenção para o corrigir ou prevenir, he a producção das fistulas urinarias.

A causa mais frequente d'estas fistulas durante o parto he a grande demora da cabeça na excavação. Facilmente se comprehende, que a cabeça neste ponto leva de encontro a symphise publica a bexiga e principalmente seu fundo, comprimida sobre este plano resistente, e se esta compressão for tão grande, que interrompa a circulação, os tecidos gangrenão-se, e a queda da exstirna traz com si a communicação accidental da bexiga com a vagina, e mesmo com o utero. Esta acção continuante pode ainda ser auxiliada pelas contrações uterinas muito fortes, e de longa duração, que concorrem muito para a interrupção da circulação nos tecidos já comprimidos. Finalmente a estas causas acrescentaremos a acção dos instrumentos,

taes como o forceps, o cephalobito, cuja introdução pode ter por consequencia a dilaceração do septo vesico vaginal, e em seguida a produção d'uma fistula urinaria.

para evitar este accidente, o melhor meio sem duvida he a extracção com o forceps, logo que a cabeça se demora muito na excavação; a cravagem neste caso seria prejudicial. He errado dizer que o emprego dos instrumentos por mãos habeis, e bem experimentadas não terá funestas consequencias.

Mas supponhamos que uma d'estas causas acima mencionadas tenha produzido este resultado. Dece devera' fazer o parto em presença d'este obstaculo? Devera' abster-se de praticar uma operação sangrenta, de fazer uma sutura, ou então não tendo esperança na cura, abandonar as causas a natureza, e deixar para mais tarde uma operação que elle considera como indispensavel? Entre estes dois extremos cremos haver um caminho, que a providencia nos aconselha a seguir. Está demonstrado, que fistulas d'esta natureza podem curar-se espontaneamente por meios que ella seje. M. M. Nélaton e Beraud e outros, tem observado factos d'esta ordem, e eis aqui por que meios nos parece devermos auxiliar os esforços da natureza. Introduzir uma sonda de gomma elastica na bexiga; tê-la em boas condições para que esta se ache sempre vazia; haver muita limpeza para evitar as esconiações da vulva e coxas; dar a parturiente uma alimentação tónica; e de quando em quando favorecer o trabalho cicatricial dos bordos da fistula com leves cauterizações sendo preciso.

Com estes simples meios pode obter-se a completa obliteração da fistula; e

quando se não obtem ha de todo ao menos, fica muito diminuida, e para acabar a obra já começada pela natureza, far-se-ha então a operação, que mais lhe convier.

Hemorrhagias nas mulheres prenhes e nas mulheres de parto.

O accidente mais terrivel, para que um parteiro pode ser chamado a prestar auxilio, he sem duvida uma hemorrhagia antes ou durante o parto: por isso he mister, que possua grandes conhecimentos, grande habilidade, e grande sangue frio, para não ver morrer na sua presença dous seres dignos do maior interesse.

Em muitas circumstancias da prenhez e do parto se pode produzir este terrivel accidente. Suas causas são muito numerosas; e a que deve occupar o primeiro lugar he sem duvida a mesma prenhez. O utero he um orgão muito vascular, já de per si, em todas as suas partes no estado de vacuidade: mas pelo facto da prenhez, o collo, o corpo, a mucosa, adquirem uma tal vascularisação, que toda a causa, que até então ficaria sem effeito, produz neste estado a sahida do sangue com a maior facilidade. Podemos acrescentar ainda, que tecidos novos se desenvolvem em grande quantidade, e que vasos que os ~~produzem~~ produzem são muito frageis.

Por outro lado, o sangue da mulher prenhe perde muita plasticidade; torna-se mais fluido; escapa-se por consequencia com maior facilidade, e o coagulo, que muitas vezes se oppõe a sua sahida raras vezes poderá formar-se.

Durante a prenhez a mulher he muito impressionavel, de maneira que

as emoções moraes terão por effeito muitas vezes perturbar a circulação uterina, e d'esta perturbação resultarem hemorragias.

Causas directas, pancadas, violencias, quedas, a ruptura do cordão, o descolhamento da placenta, a congestão muito forte dos órgãos pelvicos, são tambem agentes frequentes das perdas sanguineas. Mas de todas as causas d'hemorragia uterina, ha tres, que devem aqui mencionar-se d'um modo particular, e vem a ser: o aborto, a inserção da placenta sobre o collo, e a inercia uterina.

A hemorragia, que acompanha o aborto, he-lhe tão inherente, que já se está no habito de a considerar como um phenomeno natural a' expulsão prematura do feto. Effectivamente, nos 6 ou 7 primeiros meses da gravidez a placenta está tão adherente ao utero, que elle não a pode descollar, e expulсар, donde resulta o haver uma perda sanguinea por tanto tempo, quanto for mister para esta expulsão. De mais o tecido muscular do utero nesta epocha tem pouca contractilidade, seus vasos ficam abertos, e deixão correr o sangue por muito tempo. Não he raro pois haverem perdas sanguineas que enfraqueçam muito a parturiente nestas condições, e que mesmo a matem se não houver uma intervenção activa da parte do parteiro. Mas as indicações são as mesmas, que nos casos de hemorragias durante o parto, e nós teremos bem depressa occasião de as mencionar.

A hemorragia causada pela inserção da placenta sobre o collo he por assim dizer inevitavel. Logo que o collo se dilata, dilacerão-se os vasos ute-

os placentarios, e a sua consequencia he o derramamento de sangue. Mais tarde os vasos uterinos e placentarios fornecem tambem sangue, de maneira que não tarda em haver um esgoto sanguineo, e, se a arte não intervir, a parturiente pode morrer antes da expulsão do feto.

Em quanto a inercia, he tambem uma causa frequente d'hemorrhagia. Neste caso, os vasos uterinos ficam abertos, o sangue corre a jorros, e a morte pode ser muito prompta. O mecanismo d'esta hemorrhagia he muito simples, e por isso não nos occuparemos d'elle. O mais importante he dizer como estas perdas se devem sustar.

O tratamento varia, segundo que o utero encerra ou não o producto da concepção. Por outras palavras; he mister estudar a hemorrhagia durante o trabalho, ou depois da expulsão da placenta.

Durante o trabalho he necessario saber se o orificio está em tal, ou qual condição.

Primeiro caso. O orificio não está dilatado nem he dilatavel. Neste caso se as membranas não estão rotas, recomendar-se ha ao tempo. O sangue, não tendo sahida, coagula-se, e targa os orificios vasculares. Se pelo contrario as membranas estiverem rotas, não deve empregar-se este meio, por que o sangue accumula-se dentro d'ellas fazendo suppor, que não ha hemorrhagia, e a sua accumulção pode ser perigosa, e mesmo mortal. Preferir-se ha o emprego d'uma pouca de cravagem, como o aconselha Paulo Dubois.

Segundo caso. Hemorrhagia grave com o orificio dilatado ou dilatavel. Neste caso não deve hesitar-se: he mister obrar de prompto. Se a cabeça estiver na excavação, applicar-se ha o forceps; se estiver acima do estreito superior, movel, recorrer-se ha á inversão.

Haendo hemorrhagia grave depois da expulsão da placenta, limpar-se-hão os coagulos, que estiverem no utero, e administrar-se ha a emagem. Ao mesmo tempo podem fazer-se titillações sobre o collo, ou orificio uterino, e injeccões adstringentes na cavidade uterina com uma solução fraca de perchlorureto de ferro.

Se durante a prenhez, e mesmo durante o parto houver hemorrhagia, e a parturiente apresentar symptomas de pletthora, praticar-se ha a sangria.

Além dos meios, que deixamos mencionados, para cada uma d'estas circumstancias, ha tambem outros adjuvantes, que nunca devem desprezar-se, taes são: clysters frios, compressas molhadas em agua fria sobre as coxas e hypogastrio, a posição horizontal tendo a bacia um pouco levantada; e sinquismos entre as espaldas.

Quando a hemorrhagia estiver sustada, confortar-se ha a parturiente, dando-lhe o alcoolico debaixo de todas as formas e em fortes doses quer pela boca, quer pelo anus.

Depois dar-se-hão tonicos, taes como, ferro, quina e bons alimentos para combater a chlorose, e anemia, que são sempre a consequencia das grandes perdas sanguineas.

Proposições

- 1.^a Entre os methodos empregados para a cura radical das varices, o de cauterizaçã pela pasta de Vienna deve preferir-se.
- 2.^a O espaço de tempo post mortem geralmente admittido, para depois d'elle se proceder á inhumação, he insufficiente.
- 3.^a O unico emolliente he a agua.
- 4.^a A convalescença he uma chloro-anemia.
- 5.^a Na incontinença nocturna da urina, a belladonna he hoje o melhor meio, que contra esta molestia se pode empregar.
- 6.^a As incisões multiplex sobre os labios do collo uterino são o melhor meio para vencer o obstaculo, que a sua induraçã e hypertrofia põem ao parto.