

V44/293

Ao Dr. Pedro Xavier da Veiga, com
signal de sympathia, offerece o
autor este modesto trabalho,

THESE

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OBSTETRICIA
DELIVRAMENTO

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade de Medicina

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 19 de Julho de 1886

E PERANTE ELLE SUSTENTADA

Em 30 de Dezembro do mesmo anno

PELO

Dr. Joaquim Marciano Loures

NATURAL DE MINAS GERAES (Piáu)

Filho legítimo de

João Marciano dos Santos Loures

E

D. Maria José de Paiva Loures



RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, rua d'Ouvidor 31

1886

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro BARÃO DE SABOIA.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães (<i>Examinador</i>).....	Anatomia descriptiva.
Antonio Caetano de Almeida.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia e geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior (<i>Presidente</i>).....	Obstetricia.
Barão de Motta Maia.....	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental,apparelhos e pequena cirurgia.
Nuno Ferreira de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem.....	Clinica medica de adultos.
Domingos de Almeida Martins Costa.....	
Conselheiro Barão de Saboia.....	Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro.....	
Hilario Soares de Gouvêa (<i>Examinador</i>).....	Clinica ophthalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho (<i>Examinador</i>).....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psiquiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs.:

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Anatomia descriptiva.
José Benício de Abreu (<i>Examinador</i>).....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

Drs.:

.....	Physica medica.
.....	Chimica medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica medica e zoologica.
.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	
Eduardo Augusto de Menezes.....	Clinica medica de adultos.
Bernardo Alves Pereira.....	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	
Francisco de Paula Valladares.....	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Severiano de Magalhães.....	
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica ophthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica psiquiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas

À

Veneranda memoria

DE MEUS AVÓS

A' memoria de meus irmãos

JOÃO, MARIA, BARBARA E PEDRO

A' memoria de meus tios.

A meus extremosos Paes

JOÃO MARCIANO DOS SANTOS LOURES
D. MARIA JOSÉ DE PAIVA LOURES.

Deposito em vossas mãos o fructo de meus estudos; abençoai o vosso filho para que elle seja feliz no exercicio da profissão que abraçou.

As minhas boas irmãs

D. MARIANA MARCIANO RODRIGUES VALLE
D. ANNA MARCIANO LOURES DE CASTRO
D. MARIA MARCIANO LOURES
D. EMILIA MARCIANO LOURES
D. GUILHERMINA MARCIANO LOURES.

Amor fraternal.

Aos meus irmãos

PATRICIO MARCIANO LOURES
FRANCISCO MARCIANO LOURES
DR. JOSÉ MARCIANO LOURES
Pharmaceutico MARCIANO DOS SANTOS LOURES
Pharmaceutico MANOEL MARCIANO LOURES
ANTONIO MARCIANO LOURES
HORACIO MARCIANO LOURES.

Amor fraternal.

As minhas cunhadas

D. MARIA BERNARDINA DE SENA^{va} LOURES
D. UBALDINA LADEIRA LOURES.

Consideração e respeito.

Aos meus bons cunhados

MANOEL PATRICIO RODRIGUES VALLE
CAMILLO AUGUSTO DE CASTRO.

Tributo de verdadeira amizade.

Ao meu Primo
FRANCISCO TELECIO DE CASTRO.

Amizade.

Aos meus sobrinhos

Aos meus Tios e Padrinhos
Capitão MANOEL FRANCISCO DE PAIVA
D. ANNA DE PAIVA RODRIGUES VALLE.

Respeito, amizade e reconhecimento.

Aos meus Tios

EM PARTICULAR OS ILL.^{mas} SENHORES.

JOAQUIM CANDIDO DOS SANTOS LOURES
JOÃO RIBEIRO DE CASTRO
WENCESLAU DOS SANTOS LOURES
FRANCISCO DOS SANTOS LOURES
JOSÉ VENANCIO RODRIGUES VALLE
E SUAS EX.^{mas} FAMILIAS.

Amizade.

As minhas presadas Tias

EM PARTICULAR AS EX.^{mas} SENHORAS.

D. ANNA MINERVINA DO VALLE LOURES
D. EUPHROSINA FLORA DE PAIVA CASTRO
D. MARIANA DE PAIVA RABELLO
D. MARIA CAETANA RODRIGUES LOURES
D. MARIA PEDROSA RODRIGUES VALLE

Consideração e respeito.

Aos meus Primos

E SUAS EX.^{mas} FAMILIAS.

Amizade e consideração.

Aos meus companheiros de Estudos
DR. VICTOR CUSTODIO FERREIRA
DR. JOVIANO JOSÉ TAVARES
DR. JOÃO PINTO VIEIRA JUNIOR
DR. ONOFRE DIAS LADEIRA.

Amizade e recordação.

Aos collegas de Formatura

Muita felicidade.

Aos amigos de minha Familia

Acatamento.

Ao meu collega e bom amigo
DR. JOSÉ NOGUEIRA NUNES.

Felicidade.

Ao distincto clinico
DR. JOSÉ AUGUSTO GOMIDE.

Amizade.

AOS HABITANTES DO PIÁU.

Aos Doutorandos de 1887.

Muita felicidade.

DISSERTAÇÃO

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou pour un motif d'intérêt, mais celui qui n'écrit, que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. »

(LA BRUYÈRE.)

DELIVRAMENTO

PRELIMINARES

Denomina-se delivramento o deslocamento da placenta, seus anexos, e sua expulsão para fóra do organismo materno; ou como o define Cazeaux: a expulsão natural ou artificial dos anexos do feto para fóra dos órgãos maternos.

De accordo com a maioria dos auctores, admittimos duas especies de delivramento: natural e artificial.

O delivramento é natural quando a placenta, deslocada pela contracção uterina, cáe sobre o orificio interno do collo, e o parteiro intervem puxando sobre o cordão para fazel-a transpôr este orificio, o conducto vaginal e arrastal-a para o exterior.

É artificial quando exige intervenção activa do parteiro.

É evidentemente esta ultima especie que mais nos deve interessar, pelas difficuldades e graves complicações a que ella póde dar lugar; e como é sobre ella que pretendemos nos tornar mais prolixo, a reservaremos para a segunda parte de nosso trabalho, tratando na primeira do delivramento natural.

Finalmente terminaremos a nossa dissertação por um pequeno artigo consagrado ao delivramento no aborto.

Assim procedendo, julgamos reunir n'este trabalho as noções mais importantes que a sciencia consigna, em referencia ao assumpto que constitue o nosso ponto de these.

PRIMEIRA PARTE

DELIVRAMENTO NATURAL

Comquanto Bodelocque e Velpeau só admittam dois tempos no delivramento, preferimos, todavia, seguir a norma de Desormeaux dividindo-o em tres, a saber:

1.º Descollamento da placenta; 2.º sua expulsão do utero; 3.º sua expulsão da vagina.

Primeiro tempo. — Descollamento da placenta.

O descollamento da placenta produz-se lenta e progressivamente, e tem por causa efficiente a retractilidade e a contracção uterina; sendo a retractilidade a primeira que entra em acção.

Como se opéra o descollamento?

O utero desembaraçado do producto da concepção, tendendo a voltar ao seu primitivo estado, contrahe-se; as membranas dobram-se e a placenta, massa esponjosa e incapaz de seguir o movimento de retracção do utero, se enruga, ao passo que a parte uterina que lhe corresponde se contrahe energicamente.

As duas superficies, placentaria e uterina, até ahi exactamente juxtapostas, deslisam-se uma sobre a outra, o tecido celluloso e vascular que as unem se rompe e a placenta é impellida para o segmento inferior do orgão.

Mas é de notar que este descollamento não se opéra da mesma maneira, varia conforme o ponto de implantação da placenta, o qual póde ter por séde ou o fundo do orgão, ou uma de suas paredes, anterior ou posterior.

No primeiro caso, admitte-se geralmente que é pelo centro

que a placenta começa a se descollar, por ser justamente a parte mais espessa e portanto a que menos se presta seguir a retracção uterina; e desde que os vasos inter-utero-placentarios não resistem essa retracção, dá-se n'este ponto uma ruptura e consecutivamente formação de uma bolsa, que retendo o sangue auxilia poderosamente, pelo maior peso que adquire a placenta, para completar a sua separação das paredes uterinas.

É esta a razão do corrimento sanguineo, que se manifesta logo que completa o descollamento da placenta, o qual seria immediatamente seguido de morte, se a elle não se oppuzesse a retracção physiologica do utero.

Baudelocque acredita que n'este caso a face fetal da placenta é a que corresponde ao orificio, ao passo que a face uterina torna-se face interna e constitue com as membranas invertidas um obstaculo á sahida do sangue para o exterior, de maneira que obriga-o a coagular-se e accumular-se na cavidade uterina, dando assim lugar a que a expulsão da placenta seja acompanhada de uma quantidade mais ou menos consideravel de sangue e coalhos.

Se, ao contrario, a placenta acha-se inserida em uma das paredes uterinas, observa-se que o descollamento, em vez de começar pelo centro, começaria por um dos bordos, ou do centro se propagaria para um d'elles, e, progredindo, a placenta poderá se apresentar ao collo, segundo os casos, pela face fetal ou pela uterina.

Se o descollamento marcha do bordo superior para o inferior, o mesmo facto acima se dá, isto é, é ainda a face fetal que corresponde ao orificio.

Quando, porém, o descollamento começa pelo bordo inferior, a placenta apresenta-se no orificio em fórma de gotteira, deixando livre passagem ao sangue, o que não acontece nas duas primeiras hypotheses.

Este processo de descollamento admittido por todos os auctores foi ultimamente combatido por Mathews Ducan.

Para elle, o facto da face fetal da placenta apresentar-se primeiro no orificio uterino, quando o delivramento é espontaneo ou

natural, é devido ás tracções que se exercem sobre o cordão, determinando assim o que Ramsbotham chamava inversão da placenta, isto é, que este órgão é voltado para a vagina, de maneira que a face fetal ou amniotica olha para fóra.

Mathews Ducan pretende ter observado que a placenta se insinua ordinariamente por um ponto de sua circumferencia, de sorte a tornar livre e em contacto com a parede do utero sua face uterina.

Em desaccordo com o modo de pensar de Ducan, acha-se a imponente auctoridade de Tarnier, que considera a inversão do ovo como um acto espontaneo; é o que se póde deduzir do seu seguinte trecho: « Le placenta se decolle le premier, et, en descendant sur le col et dans le vagin, tire sur les membranes qui se decollent à leur tour; de telle sorte que l'œuf se retourne comme un doigt de gant et presente sa face amniotique en dehors. »

Sempre, continua o imminente parteiro, tenho observado a face fetal da placenta apresentar-se no orificio uterino, ainda mesmo que não se tenha praticado tracções sobre o cordão umbilical.

É verdade que tem-se algumas vezes observado a insinuação da placenta por um dos pontos de sua circumferencia, mas, segundo Devilliers, estes casos devem correr por conta da inserção do cordão, que, como sabemos, póde ter lugar em pontos mais ou menos proximos dos bordos.

Segundo tempo. — Expulsão e passagem da placenta atravez do collo.

A placenta uma vez descollada torna-se um corpo estranho, contra o qual o utero reage energicamente.

As contracções uterinas manifestam-se, e expellem-n'a para o orificio interno do collo, que se dilata pouco a pouco e acabam expulsando-a completamente para a vagina.

Terceiro tempo. — Passagem da placenta atravez da vagina e da vulva.

Chegada na vagina, a placenta não encontra mais resistencia,

basta uma ligeira tracção para extrahil-a; e quando mesmo não se exerça tracções, o diaphragma, os musculos abdominaes e a propria vagina se encarregarão de expulsal-a para o exterior.

Divergem os auctores quanto ao espaço decorrido entre a sahida do feto e a expulsão da placenta.

Clarke estabeleceu uma média de 15 minutos; porém Dubois, Cazeaux e Depaul, depois de muitas observações, concluíram que, quando se deixa o delivramento entregue sómente aos esforços do organismo, este intervallo é muito mais longo, podendo estender-se até uma hora e mesmo hora e meia.

É verdade que o delivramento em muitos casos póde-se dar no tempo fixado por Clarke, porém ás mais das vezes, a placenta chegada na vagina, ahí permanece por algum tempo sem determinar o menor incidente expulsivo, devido sem duvida alguma á grande pressão que este canal acaba de soffrer pela passagem do feto.

Em certas mulheres tem-se notado que os annexos fetaes são expellidos quasi simultaneamente; em outras o parto e o delivramento se fazem ao mesmo tempo, porém são casos excepçionaes.

O que ordinariamente se observa, quando só intervem a natureza, é uma longa demora, que infallivelmente deve trazer grandes inconvenientes.

Cumpré pois ao pratico subtrahir, o mais breve possivel, a parturiente das fadigas do leito de miseria, onde difficilmente ella póde achar allivio, mesmo porque, emquanto ella não se acha dequitada, julga-se exposta a grandes perigos, o que póde, até certo ponto, concorrer para aggravar o seu estado, que já é por demais melindroso.

Como fez ver Tarnier, o delivramento, por mais favoravel que tenha sido o parto, nunca poderá dispensar a presença de uma pessoa activa e intelligente, que se encarregue de velar o estado do utero e de verificar se a placenta tem sido totalmente expellida; pois são a essas pequenas faltas que muitas vezes devemos attribuir accidentes gravissimos, de que as mulheres são accommettidas, compromettendo immediata ou ulteriormente a sua saude.

Para obstar esses inconvenientes, o uso tem adoptado que, em vez de esperar pelo delivramento espontaneo, pratique-se logo o delivramento natural, desde que é possível e indicado.

Dous são os methodos empregados para se obter esse desideratum, a saber :

- 1.º Methodo por tracções sobre o cordão;
- 2.º Methodo por expressão uterina.

1.º Methodo por tracções sobre o cordão

Antes de qualquer tentativa, feita com o fim de operar o delivramento, o parteiro deverá proceder attentamente ao exame do utero, para certificar-se se a placenta está realmente descollada, e, no caso affirmativo, qual o ponto do canal vulvo-uterino ella occupa.

Para chegar-se a esse resultado, Charpentier indica os tres phenomenos seguintes :

1.º Reapparição das contracções uterinas, contracções identicas ás do parto, reapparecendo como estas em intervallos curtos e regulares, e differindo apenas por sua menor intensidade.

2.º A mudança de fórma, volume e consistencia do utero.

Basta, para apreciar este phenomeno, collocar-se a mão sobre o ventre, vê-se logo o utero endurecer-se, arredondar-se, e contrahir-se, em uma palavra, sob a mão.

3.º A apparição na vulva de um corrimento sanguineo mais ou menos consideravel.

O tocar é porém de todos os meios exploratorios o que mais confiança inspira ao pratico; a elle pois sempre deverá recorrer, e para executal-o leva-se o index á vagina, segue-se o cordão umbilical até a sua inserção placentaria; se esta não fôr attingida, é muito provavel que a placenta ainda se ache adherente á parede uterina, mas, se ella fôr facilmente accessivel, é signal evidente de que se acha deslocada, e desde logo póde-se sem grande difficuldade avaliar o seu gráo de insinuação.

A estes signaes ajunta Caillaut um outro que seria perceptivel pela escuta; é o ruido de descollamento placentario, cara-

cterisado por uma serie de pequenos estertores perfeitamente perceptivel pelo stethoscopio.

Elucidada esta questão, o pratico toma o cordão, enleia-o sobre um ou dous dedos da mão direita, guarnecida de uma compressa de panno bem secco para evitar o escorregamento, e faz tracções, tendo ao mesmo tempo o cuidado de collocar a outra mão sobre o fundo e a face anterior do utero, de maneira que ella possa seguir a retracção do orgão, e verificar se esta está realmente marchando normal e regularmente.

É em todo caso necessario grande prudencia da parte do pratico no proceder ás tracções, e depende da habilidade de cada um calcular a força que deve empregar.

Quando a placenta cede facilmente ás tracções, é evidente que não ha adherencia; mas desde que se sente resistencia, deve-se sustal-as por algum tempo, para mais tarde então recommençar-as quando novas contracções se manifestarem.

As tracções devem ser praticadas de uma maneira continua e lenta, afim de que a placenta possa se moldar, segundo a expressão do professor Pajot, aos orificios que tem de atravessar.

Estando ella ainda no utero ou pelo menos em parte, as tracções devem ser dirigidas para traz e o cordão alternativamente para um e outro lado, sobretudo para o esquerdo em consequencia da obliquidade constante do utero para o opposto.

Não se conseguindo assim operar o delivramento, introduz-se em fórma de roldana dous ou tres dedos da mão esquerda na vagina, segue-se a face superior do cordão até o collo, e por meio dos dedos assim dispostos procura-se affastal-o o mais possivel para traz, para que a placenta ganhe o centro do orificio e possa atravessal-o sem difficuldade; pois do contrario todos os esforços seriam completamente nulos.

Á medida que a placenta atravessa o orificio e desce na excavação, muda-se um pouco a direcção das tracções, elevando-se o cordão de maneira o puchar sempre na direcção do canal pelviano.

Uma vez a placenta chegada no orificio vulvar, afroucha-se o

cordão, e tomando-a em plena mão, executa-se com ella uma ou mais torceduras, afim de que as membranas que ainda lhe estão adherentes completem o seu descollamento, e formem um só cordão solido, que a segue em sua expulsão, sem deixar receio de ter ficado retido na cavidade uterina ou na vagina restos membraniformes.

Concluido o delivramento, convém examinal-o para certificar-se positivamente se elle foi completo; devendo no caso contrario introduzir a mão no utero e extrahir o restante.

Feito isto, enxuga-se com delicadeza o perineo e colloca-se sob as nadegas da parturiente um lençol, que tem por fim denunciar se a hemorrhagia continúa ou se cessou completamente; devendo porém antes d'isto introduzir os dedos na vagina e extrahir os coalhos que ahi possam existir.

Quando mesmo os coalhos occupam a cavidade uterina, os auctores aconselham extrahil-os do mesmo modo, sem com tudo abusar d'esta pratica, por isso que se algumas vezes é boa, outras iria provocar inutilmente a irritação do orgão e não opporia á formação ulterior de novos coalhos.

Tratando-se de uma prenhez gêmea, convém collocar, logo após á expulsão do primeiro feto, uma ligadura na extremidade central do cordão, e banir absolutamente qualquer tentativa feita com o fim de dequitar a parturiente; pois n'ellas, é sabido, existem ordinariamente adherencias entre as placentas, de sorte que as tracções provocariam o descollamento prematuro da placenta pertencente ao segundo feto, e dariam assim lugar a uma hemorrhagia gravissima não só para a mãe, como para o feto existente na cavidade uterina, o qual seria immediatamente accommettido de asphyxia mortal.

A ligadura torna-se dispensavel, quando a placenta descollada vem apresentar-se no orificio, oppondo-se á sahida do segundo feto.

N'este caso a sua extracção é necessaria, mas, fóra d'estes casos, só depois de ambos expellidos é que se deve delivrar a parturiente, attendendo-se além d'isso a ordem successiva que presidiu a expulsão dos recém-nascidos.

2.º Methodo por expressão uterina

Historico. — Este methodo tratado pela primeira vez em 1769 pelo professor Robert Wallace com o nome de methodo por expressão uterina, e posto em pratica, em Dublin, por White e Jos-Clarke, cahiu logo no esquecimento, para em 1853 surgir, como um apanagio para a sciencia, uma nova phase, tendo então como divulgador o professor da Maternidade de Leipzig, — Credé.

Por essa occasião recebeu então o nome de methodo de Credé, visto o grande impulso que tomou.

A partir d'esta epocha, elle adquiriu grande numero de adeptos pertencentes a diversas escolas; entre os quaes figuram Braun e Spoeth, em Vienna; Leifert, Breisky, Weber e Streng, em Braga; Martin e depois Schroeder, em Berlin; Hecker, em Munich; Aubenans, em Strasbourg, etc.

Entre os parteiros inglezes, que o adoptaram, figuram Barnes, Mathews Ducan, e Playfair, em Londres; Alexander Simpsom, em Edinbourg.

Na America encontrou tambem apologista, como Bark e outros.

Entre nós, é igualmente seguido pelo Conselheiro Barão de Saboia e por muitos outros parteiros illustres.

Emfim, não obstante a guerra que soffreu em França, ahi mesmo encontrou todavia defensores acerrimos, taes como: Chausier, Chanteuil, e os medicos de Lyon: o professor Bouchacourt, Laroyenne, Fochier, Marduel e alguns outros.

Temos delineado a largos traços, a historia do methodo por expressão uterina.

N'este apanhado historico que acabamos de fazer, procuramos tanto quanto possivel assignalar as phases por que passou este methodo nos diversos periodos de sua existencia, até a sua aceitação, com raras excepções, em quasi todos os paizes civilizados, ou pelo menos na maioria achou defensor.

Processo operatorio. — O methodo de expressão da placenta, actualmente mais seguido, é uma ligeira modificação do methodo de Credé; é o methodo de Dublin introduzido na Alle-

manha por Spiegelberg; porém aqui preferimos transcrever o do proprio auctor do methodo, que se encontra nos archivos de medicina de 1870, pags. 413.

Eil-o: Quando a retracção uterina attinge o gráo maximo durante a primeira contracção, que se manifesta normalmente depois da expulsão do feto, abraça-se com a mão direita o fundo do utero, de maneira que elle e a parte superior de sua face anterior fiquem em contacto com a palma da mão collocada transversalmente.

Esta exerce, de cima para baixo e de diante para traz, uma pressão lenta, gradual e persistente, graças ao concurso da mão esquerda que se apoia sobre sua face dorsal.

Sente-se então sob a mão que o comprime, a placenta e as membranas se descollarem; depois se insinuarem como um farrapo atravez do orificio do collo, e ás vezes com tanta rapidez como um nucleo de cereja que se aperta entre os dedos.

Eis a descripção fiel do processo de delivrar as parturientes, do qual foi Credé o mais ardente divulgador na Europa.

Segundo Chanteuil, este processo não offerece difficuldade, desde que se attenda que sendo elle proposto para reforçar as contracções uterinas, deve ser executado durante as dôres e não durante os intervallos.

É simplesmente um auxiliar á pressão physiologica da parede abdominal, enfraquecida pela super-distenção e esforços da parturição.

E para mais facilidade de execução, deve ser praticado logo após a expulsão do feto.

Não obstante, porém, o que acabamos acima de referir, ha casos em que não póde ser empregado, em virtude da grande espessura das paredes abdominaes e da tensão exagerada dos musculos rectos do abdomen.

A propria natureza nos indica, portanto, que devemos abandonar-o e recorrer ao outro methodo.

Apreciação dos dois methodos operatorios do delivramento. — A discordia, que reina nos auctores relativamente a

qual dos dois methodos deve ser preferido, levou-nos a tratar de ambos, sem a nenhum nos filiarmos.

O que podemos affirmar, é que tanto um como outro offerece vantagens e inconvenientes.

Portanto não é possível, perante a pratica, ser adoptado de um modo absoluto este ou aquelle; ambos têm indicações e contra-indicações.

O de tracções, por exemplo, que é o que actualmente conta maior numero de opiniões a seu favor, sobretudo de imponentes auctoridades francezas, a par de muitos casos em que é perfeitamente indicado, apresenta outros em que deve ser completamente banido, e entre estes os seguintes: ruptura e fragilidade do cordão, inserção vilamentosa, etc.

O methodo por expressão, apregoado tambem por muitas auctoridades scientificas como o mais expedito, offerece, além de outros, o grande inconveniente de provocar dôr tão intensa que a mulher prefere antes a morte, do que soffrer tantas torturas.

Ainda mais, é muito sujeito a produzir inflammções do utero e das partes visinhas, em consequencia da pressão prolongada a que esses órgãos têm de ser submettidos, maxime quando as paredes abdominaes são espessas.

Emfim, se nos fosse possível, de um modo absoluto, estabelecer a preferencia de um dos dois methodos, tomando como ponto de partida as vantagens e inconvenientes que ambos offerecem em relação aos resultados, certamente não hesitariamos em abraçar um d'elles; mas, attendendo á nossa incompetencia em referencia aos vultos eminentes que citamos, julgamos mais acertado reservar a promulgação da prioridade d'este ou d'aquelle a quem maior competencia tiver.

SEGUNDA PARTE

DELIVRAMENTO ARTIFICIAL

Desejando dar a esta parte mais amplo desenvolvimento, por isso que ella é de uma importancia pratica transcendente, dividimos o assumpto em dous capitulos: no primeiro tratamos das difficuldades do delivramento; no segundo dos accidentes que sobrevêm durante ou consecutivamente ao delivramento.

CAPITULO I

Difficuldades do delivramento

N'este capitulo teremos successivamente de passar em revista a inercia uterina, o volume excessivo da placenta, a fraqueza e a ruptura do cordão umbilical, a contracção espasmodica do utero e finalmente as adherencias anomas da placenta.

É, porém, de notar que todas estas complicações não offerecem o mesmo gráo de gravidade; certas constituem apenas um obstaculo facil de ser removido, ao passo que outras podem pôr em perigo a vida da recém-parida.

Vejamos o papel que cada uma d'ellas goza relativamente á extracção dos annexos.

Inercia uterina. — Tratando do delivramento natural, vimos que, uma vez o feto expellido, o utero contrahia-se e formava-se na região sub-umbilical um tumor duro, volumoso e resistente;

casos ha, porém, em que, quer dependa da mulher, quer de um estado particular do órgão, as contrações uterinas não se manifestam; o utero fica em um estado de inercia mais ou menos completa.

Reconhece-se que o utero está inerte, quando applicando a mão sobre o ventre tem-se a sensação de um corpo molle, flexivel e completamente insensivel.

« — Quando, diz Cazeaux, depois de muitas tentativas de extracção, feitas segundo as regras traçadas para o delivramento natural, não se consegue praticar o delivramento, deve-se immediatamente procurar reconhecer, pela apalpação abdominal e pelo tocar vaginal, a causa da difficuldade.

« Póde-se, então, de dous factos, verificar-se um: ou o dedo introduzido na vagina sentirá a placenta repousando sobre o orificio interno, ou não poderá attingil-a.

« No primeiro caso, o obstaculo ao delivramento, suppondo as tracções bem feitas, só poderá correr por conta do excesso de volume da placenta, da fragilidade do cordão umbilical e da retracção do orificio interno do collo; no segundo a placenta é evidentemente retida no fundo do órgão por adherencias anormaes ou pela retracção irregular de uma parte das paredes do utero.

« Estabelecido este primeiro diagnostico, resta apenas differenciar as circumstancias que acabamos de enumerar. »

Esta inercia do utero póde ser simples ou complicada de perda; quando é simples é uma prova evidente de que a placenta está ainda adherente, e então o parteiro sem procurar extrahir as secundinas deve facilitar a volta das contrações por meio de excitantes tonicos, seguidos de fricções sobre a parede anterior do abdomen, de titillações do collo do utero, de applicação de compressas frias sobre a parte superior das côxas e sobre a região hypogastrica, etc.

É de tão grande importancia essa pratica, que se o parteiro abandonal-a, terá infallivelmente de passar pelo triste transe ou de vêr sua doente esvair-se em sangue em poucos minutos, ou de produzir a ruptura do cordão umbilical ou a inversão uterina, caso as inserções placentarias resistam ás tracções.

Charpentier aconselha, quando não se consegue obter a contracção uterina, empregar o methodo de Credé; unico caso em que este illustrado pratico considera applicavel a expressão uterina.

Quando a inercia vem acompanhada de hemorragia, não resta duvida de que a placenta já se acha em parte descollada, e portanto necessita da intervenção do parteiro para completar o seu descollamento e extrahil-a, antes que a hemorragia continuando a progredir ponha em imminente perigo a vida da parturiente.

Sustentar as forças da doente por meio de caldos, vinhos, etc., afim de evitar o depauperamento, é um preceito que em caso algum deve ser esquecido.

Volume excessivo da placenta. — Os auctores estão de accordo em reconhecer como causa de retenção da placenta o volume exagerado d'este orgão.

Existem, com effeito, exemplos que attestam a veracidade d'essa asserção; Carus, Stein, Velpeau, referem factos d'esta ordem, e Devilliers diz ter encontrado uma que pesava 2 kilogrammas.

Emfim, seja esse volume real, ou devido a coagulos accumulados na bolsa formada pela inversão de suas membranas, o facto é que póde crear difficuldade a expulsão natural dos annexos do feto.

Chega-se ao conhecimento d'esta causa, observando se que o utero conserva um volume além do normal e sobretudo pelo tocar vaginal, que nos mostra logo que o orificio uterino está aberto e que a placenta repousa sobre o collo, completamente descollada.

N'estes casos, se as fricções sobre o fundo do utero, auxiliadas das tracções, não fôrem sufficientes para provocar o delivramento, o parteiro, sem hesitar, deverá introduzir a mão na cavidade uterina, tomar a placenta e extrahil-a; o que aliás não offerece difficuldade.

Fraqueza e ruptura do cordão umbilical. — A fraqueza do cordão umbilical, quer seja devida ao seu pouco desenvolvimento, como sóe acontecer nos partos prematuros, quer ao modo particular de distribuição dos vasos umbilicaes, como mostrou Benckiser em

sua these inaugural, quer á sua maceração nos casos de morte do feto, etc., póde causar a ruptura do cordão e privar o parteiro d'esse meio seguro de praticar o delivramento. Essa ruptura póde tambem resultar das tracções praticadas sobre a haste umbilical, sobretudo quando esta se implanta obliquamente sobre a placenta.

Em taes emergencias, o pratico tem o dever de ser, não só prudente e cauteloso no praticar as tracções, como deve estar de sobre-aviso, para sustal-as ao primeiro indicio de que parte ou totalidade do cordão cede ou se rompe no nivel de sua inserção placentaria.

Se, não obstante todo cuidado, succeder, o que não é difficil, que o cordão se rompa, não resta a menor duvida de que o parteiro deverá introduzir a mão na vagina, alguns dedos no utero, tomar e extrahir a placenta; procurando n'este caso reconhecer a pela saliencia dos vasos que sulcão sua face fetal e pela insensibilidade quando se a comprime; porquanto a dôr se revela logo que a pressão cáe sobre a face uterina desprovida da placenta.

Quando esta ultima é pouco saliente e se mostra excessivamente escorregadiça em virtude do sangue que a cobre, é de praxe perfural-a com os dedos indicador e médio, dobrando-os em seguida para formar com o pollegar uma especie de pinça que offereça resistencia bastante para operar o delivramento.

Em todas estas manobras, a outra mão deve se achar collocada sobre o fundo do utero.

A ruptura do cordão umbilical póde ainda provir espontaneamente durante e sobretudo no fim da expulsão do feto, quando elle, quer seja natural, quer devido a circulares ao redor do corpo ou dos membros, fôr muito curto. É o que acontece ás vezes quando a mulher pare de pé. Velpeau refere que Canole cita um caso, em que, além do accidente acima, houve ao mesmo tempo inversão uterina.

O descollamento prematuro da placenta póde tambem n'este caso ter lugar; assim o demonstraram os auctores Mauriceau, Røederer, Levret, Baudelocque, Plessmann, Nøegeli, Daudement, Gase e muitos outros.

N'este ultimo caso é facil prever que as consequencias são desfavoraveis tanto para o feto, como para a mãe.

A hemorragia é o primeiro symptoma que se manifesta; e é contra ella que convém luctar energicamente; para isso empregam-se, além dos meios já aconselhados para realizar o delivramento, os meios anti-hemorrhagicos de que fallaremos mais abaixo.

Contracção espasmodica do utero. — Se, durante o trabalho do parto, as contracções uterinas podem desviar-se muitas vezes de sua marcha normal e tomar outro character, no delivramento, *ipso facto*, este accidente póde apparecer, porque ahi reune-se maior numero de causas que influem poderosamente para desharmonal-as e dar-lhes um outro cunho, diverso d'aquelle com que deviam manifestar-se; ordinariamente é sob a fórma espasmodica que se apresentam e se assestam ora no corpo, ora no collo do órgão gestador.

Os auctores que ultimamente têm tratado d'este assumpto não estão de accordo quanto aos resultados fornecidos por essas contracções irregulares.

Guillemot, por exemplo, acredita que as diversas fórmas que o utero póde apresentar, durante as contracções, se resumem a duas especies principaes: umas dependentes da conformação do utero; outras de uma irritação toda local e muitas vezes a presença de um corpo estranho n'essa vicera.

As primeiras, elle chamou *hour-glas* ou contracção espasmodica do orificio interno do collo; as ultimas de encastoamento (*enchatonnement*) ou contracções irregulares do corpo.

Stoltz admitte quatro variedades de espasmos uterinos:

1.^a contracção espasmodica do orificio externo do collo; 2.^a a do orificio interno; 3.^a a de uma ou muitas porções do corpo do utero; 4.^a finalmente a contracção espasmodica da totalidade do utero.

A primeira, admittida por este imminente professor, não tem sido confirmada pela maioria dos parteiros. A segunda, a mais frequente de todas, é a que Guillemot designa de *hour-glas*.

Physiologicamente sabemos que depois da expulsão do feto, o orificio interno do collo tende naturalmente a retrahir-se; mas acontece ás vezes que sob a influencia de uma causa qualquer a retracção se exagera e impede momentaneamente não só a expulsão da placenta, como a introdução da mão; e como é um facto pouco commum, convém distinguil o do encastoamento ou enkistamento da placenta, com o qual tem sido algumas vezes confundido.

A contracção espasmodica do collo affecta unicamente o orificio interno e o segmento inferior do utero, o que facilmente se póde verificar, procedendo-se a um exame minucioso.

Assim, pelo tocar, encontra-se o collo disposto em fórma de infundibulo e, como diz Cazeaux, tão molle, desfigurado e flaccido, que assemelha-se a uma porção fluctuante do grosso intestino; continuando a examinar, descobre-se a 12 ou 15 centímetros acima o orificio interno enrugado e quasi completamente fechado; ao mesmo tempo a outra mão applicada sobre o hypogastrio nos dá uma sensação de resistencia e tensão nas paredes inferiores do utero, ao passo que para o fundo do órgão apenas se percebe uma ligeira rigidez.

No encastoamento ou enkistamento da placenta observa-se inteiramente o contrario, o espasmo occupa as partes mais elevadas do corpo do utero, de sorte que o dedo explorador, introduzido até o collo, transpõe o seu orificio interno sem difficuldade e só um pouco além é que encontra o anel formado pelos bordos do encastoamento.

É raro a contracção do orificio interno exceder de uma ou duas horas; ordinariamente desaparece no fim d'esse tempo, a menos que não tenha sido provocada artificialmente, porque então póde ir muito mais longe.

Se por exemplo a parturiente tiver ingerido, nos ultimos momentos do trabalho, grandes dóses de centeio espigado, conhecendo todos a acção especial que este medicamento exerce sobre o órgão gestador, é racional que a retracção se torne rebelde a toda dilatação por espaço de muitas horas ou mesmo de um dia.

Quando o espasmo se manifesta e não é seguido de accidente

sério, é conveniente esperar-se que elle se acalme, antes de intervir, porque desde então o delivramento seguirá sua marcha normal.

Casos ha em que o espasmo do orificio interno determina inercia uterina e consecutivamente uma hemorragia grave, de sorte que ao parteiro urge intervir energicamente para superar o espasmo e evitar a paciente de uma morte proxima.

Em presença d'esse terrivel desastre, todos os meios empregados devem ter em vista domal-o, o que se consegue ou por meio de clysteres laudanizados, de unções da superficie do orificio com extracto secco de belladona, etc., ou pela dilatação manual, de que fallaremos mais abaixo.

3.ª Contracções irregulares do utero. — A este accidente, que consiste na retenção da placenta em um ponto mais ou menos elevado das paredes uterinas, Guillemot e Levret deram o nome de enkistamento, encastoamento; o qual póde ser ou por enkistamento ou por encadeamento (encadrement), conforme a maneira pela qual comportam as contracções uterinas em relação á placenta.

Emfim, em qualquer dos casos, elle póde ser completo ou incompleto.

O encastoamento por enkistamento é completo, quando a placenta se acha totalmente contida no kisto formado pelas paredes uterinas contrahidas; é incompleto quando uma parte mais ou menos consideravel da placenta excede a abertura do kisto, de maneira que este só retém o centro da massa vascular, enquanto que as partes excedentes se acham implantadas nos pontos vizinhos das paredes uterinas.

O encastoamento por encadeamento é completo, quando o anel formado pelas fibras uterinas retrahidas abrange toda circumferencia da placenta; é incompleto quando apenas comprehende uma parte da circumferencia d'essa massa.

N'este caso o utero em vez de apresentar duas cavidades, como vimos no espasmo do orificio interno, acha-se dividido em

muitas lojas superpostas, contendo cada uma d'ellas uma porção mais ou menos extensa da placenta, em virtude de seu duplo estrangulamento.

Este facto já foi observado por Plessmann e Velpeau; e este ultimo cita mesmo um caso em que o utero formava diversas lojas, contendo cada uma d'ellas uma parte da placenta; a este facto elle denominou — enkistamento multilocular.

Quaes as causas que determinam essas disposições particulares do utero?

Divergem sobremodo as opiniões. Levret e Deleurye attribuem o enkistamento á inercia da parte uterina, correspondente á inserção placentaria, ao passo que as outras contraem-se activamente.

Plessmann acredita que dependem de uma irritação produzida pelo feto sobre as partes desprovidas da placenta.

Peu considera-as como provenientes de uma conformação particular do utero.

Emfim, seja qual fôr a opinião emittida sobre a causa d'este accidente, o certo é que o encastoamento provém de uma contracção espasmodica e permanente dos planos musculares do utero em torno da placenta, ou sómente sobre alguns pontos d'este orgão ainda adherentes, quando elle offerece partes mais adelgadas ou quando, destacada por um de seus bordos, se apresenta dobrada em fórma de cylindro e retida em um ponto de sua extensão.

Uma vez estabelecido o diagnostico do encastoamento, o parteiro, como já dissemos, deve collocar-se á espreita até que o espasmo cesse, procurando apenas facilitar a volta do utero ao seu estado normal pelos meios precedentemente aconselhados.

Havendo, porém, complicações (hemorrhagias, convulsões puerperaes, etc.), que reclamam a terminação prompta do ultimo acto da parturição, recorre-se então á dilatação manual do estrangulamento.

Como na contracção espasmodica do orificio interno, uma das mãos deve ser previamente applicada sobre o fundo do utero, atravez das paredes abdominaes, afim de mantel-o solidamente;

depois introduz-se atravez do orificio, seguindo-se o cordão umbilical, a outra mão, cujos dedos devem estar alongados e reunidos em fórma de cône com o pollegar alojado na gotteira por elles formada, e assim procura se transpôr o anel do kisto por meio de pequenos movimentos rotatorios sobre o eixo da mão.

Quando o orificio do estrangulamento só permite a penetração de um ou dois dedos, serve-se d'estes para dilatal-o a principio e depois reune-se um terceiro, um quarto e franquea-se assim uma via sufficiente para operar o delivramento; que, uma vez concluido, deve ser cuidadosamente examinado para ver se está completo ou se ainda resta algum fragmento.

A quarta e ultima variedade de espasmo, admittida pelo professor de Strasbourg, é um accidente pouco frequente; não ha portanto necessidade de grande desenvolvimento; basta que digamos que as causas que a podem produzir são provenientes ou de manobras e fricções intempestivas ou ontão do emprego do centeio espigado.

Os auctores classicos mencionam apenas uma observação que falla em favor d'esta variedade.

Adherencias anômalas da placenta. — É certamente um dos accidentes mais graves da arte dos partos e um dos que mais perturba o pratico.

No tratado de partos de Charpentier encontramos a este respeito o seguinte trecho de Guéniot, que tem aqui bastante cabimento: « Parmi les difficultés et les dangers que présente parfois la délivrance, il n'en est pas de plus redoutables, peut-être, que ceux qui résultent d'une union trop intime entre le placenta et la matrice. Ces difficultés et ces dangers atteignent même un degré extrême, lorsque l'adhérence est portée jusqu'à la fusion du tissu placentaire avec celui de l'utérus. »

Ditas estas palavras para mostrar a importancia do assumpto, que ora nos occupa, passamos a descrever as causas que podem dar lugar a esse accidente, as quaes são ainda envoltas em grande obscuridade.

Actualmente é difficil pronunciar-se de uma maneira positiva.

Segundo a maioria dos auctores, ellas seriam devidas a uma transformação fibrosa dos elementos que unem normalmente a placenta ao utero.

As degenerescencias do tecido proprio da placenta, as concreções osseas e calcareas têm sido tambem apontadas entre as causas d'essas adherencias anômalas.

Stoltz cita um facto em que a adherencia da placenta era devida a uma camada de sangue coagulado, que tinha sustado uma hemorragia no quarto mez da prenhez.

Dubois mostra-se partidario d'esta opinião, e a prova é que attribue essas adherencias á formação de placas brancacentas mais ou menos rigidas, conforme o tempo em que se deu o derramamento sanguineo.

Joulin as considera como resultantes de uma simples exageração do estado physiologico.

A. Puech, de Nimes, faz entrar em linha de conta na produção das adherencias uma inflamação do utero e de seus envoltorios, sobrevindo quer antes da prenhez, quer durante o curso d'esta, e terminada por uma exsudação de uma lymphá plastica e coagulavel entre as superficies d'antes contiguas.

Entretanto o mesmo auctor admite que uma inflamação uterina existindo, a adherencia não se seguirá infallivelmente.

Cazeaux, porém, acredita que essas adherencias são devidas á alteração fibro gordurosa, á atrophia das villosidades choriaes e das cotyledones que ellas formam. Devemos acrescentar que raras vezes toda a placenta é invadida; as mais das vezes, são sómente algumas cotyledones isoladas ou o contorno apenas da massa placentaria.

É de notar ainda que a adherencia parcial é muito mais commum, do que a adherencia geral; mesmo n'este ultimo caso encontram-se pontos que se despregam com muito mais facilidade que o restante.

Emfim qualquer que seja a causa que as produza, ha mulheres que parecem dotadas de uma terrivel predisposição para este accidente; pois o apresentam em cada parto.

O facto seguinte, referido por Duchâteau, é uma prova cabal do que acabamos de narrar; diz elle, que prestando cuidado a uma mulher em tres partos successivos, em todos encontrou adherencia da placenta, cuja veracidade tem sido confirmada pela maioria dos auctores em casos identicos.

Na *Gazeta dos Hospitaes* de 5 de Junho de 1858 encontramos um caso, que vem tambem mais uma vez confirmar o que dissemos. Eil-o: uma mulher, moça, em duas prenhezess seguidas, tendo soffrido diversos accidentes graves (retardamento do delivramento por adherencia da placenta, hemorrhagia), veio a Pariz se confiar aos cuidados de Paul Dubois por occasião de uma terceira prenhez.

O parto foi facil e mesmo muito prompto; a expulsão do feto não foi acompanhada de corrimento sanguineo; vinte e cinco minutos depois, Dubois fez tracções sobre o cordão. Como se esperava, sobreveiu uma hemorrhagia. Interveiu então immediatamente procedendo ao descollamento e á extracção da placenta; esta estava inserida sobre a parte posterior e um pouco lateral do utero, mais proximo ao collo que ao fundo.

As adherencias eram pouco resistentes e incompletas.

Ha ainda quem considere este accidente mais frequente na classe abastada e auxiliada do que na classe pobre.

Depois da expulsão do feto, as connexões vasculares que unem a placenta ao utero, em vez de se romper pouco a pouco como nos casos ordinarios, persistem além do tempo marcado, quer de uma maneira completa, quer em uma porção sómente da placenta—então este orgão, em lugar de ser expellido espontaneamente, resiste algumas vezes a esforços energicos praticados sobre a haste umbilical.

A solidez n'estes casos vai ás vezes a tal ponto, que chega, diz Guéniot, a haver fusão dos tecidos placentarios e uterinos.

Morgani viu em autopsias adherencias que só puderam ser destruidas com extrema difficuldade.

Como se reconhece que existem adherencias e quaes os caracteres que as denunciam?

Não é facil decidir esta questão, á primeira vista de extrema simplicidade.

Certamente depois de decorrido algum tempo, sem que a placenta tenha sido expulsa, a primeira coisa que se deve procurar syndicar, é se pela apalpação abdominal o utero accusa os caracteres que indicam sua retracção.

Se, pelo tocar, encontra-se o collo ainda dilatado e não se sente a placenta repousando sobre o seu orificio interno, é evidente que a primeira supposição que vem ao espirito, é que se trata de uma adherencia anomala.

Entretanto esta supposição só se converte em certeza, quando fazendo tracções sobre o cordão, sente-se que elle se distende e retrahe logo que cessa a tracção.

Porém o signal certo de adherencia obtem-se pela introducção da mão na cavidade uterina, seguindo-se o cordão umbilical.

A adherencia reconhecida, deve-se examinar se é geral ou parcial.

No ultimo caso uma hemorrhagia mais ou menos consideravel tem lugar pela vulva e o tocar nos revela logo em um ponto mais ou menos elevado do collo a sensação de uma porção da placenta livre e fluctuante; nada de semelhante se observa no primeiro caso.

Prognostico. — Varia conforme as adherencias são completas ou incompletas; no primeiro caso será menos grave que no segundo, por causa das perdas abundantes que poderão ter lugar n'este ultimo, que porão rapidamente os dias da doente em perigo.

Tratamento. — Em todos os casos de adhesão completa, sem hemorrhagia, a pratica manda que se espere por algum tempo, antes de intervir, sem comtudo exceder certos limites, porque então poderiam manifestar-se os accidentes da infecção putrida.

Se o descollamento não se faz, excita-se a contracção uterina pelos meios indicados; devendo todavia ser parco no emprego do centeio espigado, por isso que muitas vezes, depois do seu emprego, occorre a necessidade de introduzir a mão no utero.

Falhando esses recursos, o que fazer?

Uns, temendo os accidentes que podem resultar da retenção prolongada, da putrefacção das membranas e da absorpção das materias putridas, querem que se ponha termo ao delivramento; outros, ao contrario, temendo as consequencias das manobras necessarias á decorticação da placenta, aconselham abandonar a sua expulsão á natureza.

Não se deve acceitar nem uma e nem outra das opiniões emittidas, mas sim abraçar a de Levret, Baudelocque, Velpeau, Desormeaux, Paul Dubois e Pajot, que querem que se tente sempre o descollamento, porém com certa cautela.

Só se deve deixar de parte esse preceito, quando se vê que as manobras podem occasionar accidentes mais terriveis, que os que se deseja remediar.

Essas tentativas são feitas da maneira seguinte: colloca-se em começo a mulher na mesma posição que para fazer a versão; depois introduz-se a mão no utero, seguindo-se o cordão; se este tiver sido arrancado por tracções fortes e bruscas, reconhece-se a placenta pelos caracteres que indicamos no paragrapho — ruptura do cordão.

A inserção placentaria reconhecida, verifica-se se a adherencia é parcial ou total.

No primeiro caso passa-se a mão a chato, como dizem os francezes, entre a face externa da placenta e a parede interna do utero, e procura-se assim destruir lentamente as adherencias, fazendo os dedos escorregar entre essas duas superficies.

Não conseguindo d'este modo extrahil-a, convém seguir o conselho de Paulo Dubois, que consiste em tomar a parte da placenta destacada e fazer sobre ella tracções para completar o descollamento.

Quando a adherencia é total e o utero acha-se retrahido, passa-se a mão atraz das membranas, procuram-se os bordos da placenta e tenta-se destruir as adherencias como no caso precedente, actuando portanto sobre a face externa da placenta.

Se houver uma hemorrhagia central, acompanhada de descol-

lamento da parte correspondente, pode se imitar a pratica de Heister e de Leroux, isto é, perfurar a parte central e saliente da placenta e terminar o descollamento do centro para a circumferencia.

A extracção da placenta é ainda reclamada quando a adherencia vem acompanhada de perdas hemorrhagicas, sobretudo havendo contracção uterina; mas tambem não se obtendo resultado por esse meio, não ha razão para se desanimar, recorre-se, como mandam os auctores, aos meios anti-hemorrhagicos, mesmo antes do delivramento.

Finalmente o descollamento da placenta não é indicado, quando ha adherencia completa e inercia simultanea, porque então expôr-se-ia a produzir uma perda que não existe, a qual seria muito mais difficil de combater.

Deixamos por enquanto de parte a retenção dos annexos e suas consequencias, e vamos tratar dos accidentes do delivramento, para mais tarde então voltarmos a essa questão, quando tratarmos do delivramento no aborto, por isso que são communs em ambos os casos.

CAPITULO II

Accidentes do delivramento

A hemorrhagia, a inversão, a ruptura do utero e as convulsões são os accidentes que mais frequentemente podem complicar o delivramento.

Hemorrhagia. — A perda sanguinea é certamente a complicação mais frequente e grave que póde manifestar-se durante o delivramento; e, por isso mesmo, é a que demanda mais sagacidade e sangue frio da parte do pratico, porque a mais simples hesitação póde muitas vezes ser a causa da morte da doente.

Os auctores dividem ordinariamente essas hemorrhagias post-partum em primitivas e secundarias ou tardias.

As primitivas têm as mais vezes sua fonte na ferida recente deixada pelo descollamento da placenta, e apparecem immediatamente depois do parto, antes ou depois da expulsão dos annexos, ou no correr dos primeiros dias.

As secundarias são as que se mostram cinco ou seis dias, uma semana, depois do parto.

Hemorragias primitivas. — Etiologia. Na etiologia das perdas uterinas depois do parto, o que domina a scena, é sem duvida alguma a inercia do orgão gestador. Comprehende-se perfeitamente que o utero não se contrahindo depois da expulsão do feto e do descollamento da placenta, todos os orificios dos seios uterinos conservam o seu calibre normal, e portanto tornam fonte de uma perda, que reclama, se se quer salvar a doente, intervenção prompta e immediata.

Quaes são as condições que mais fávorecem a inercia?

1.º Multiparidade. As mulheres que têm tido muitos filhos são muitas vezes accommettidas de perda depois do parto.

As alternativas constantes de evacuação e de repleção, de hypertrophia e de atrophia, que o utero por vezes tem experimentado, faz com que elle perca a sua actividade, do mesmo modo que perderia força uma machina, cujos eixos estivessem estragados por continuos trabalhos.

O orgão aspira ao repouso, e depois de grandes esforços para expulsar o feto, cae em verdadeira atonia.

Quando a placenta não está descollada, o perigo não é tanto para se temer como quando ella está descollada, porque n'este caso só se poderá evitar a gravidade da perda pelos meios energeticos de que a arte dispõe.

Deve-se portanto ter sempre em vista esta eventualidade, e não procurar delivrar as parturientes antes que o utero tenha recobrado a sua energia.

2.º Uma outra causa de inercia uterina é a prolongação do trabalho. Todos obstaculos mechanicos concorrem para este effeito: os vicios de conformação da bacia, a resistencia do perineo e a

rigidez do collo, como sóe acontecer nas mulheres que são vigorosamente constituídas e primiparas; uma má apresentação póde tambem dar em resultado a inercia uterina.

3.º O parto rapido, qualquer que seja a causa que o determine, é tambem uma causa de perda depois do parto por inercia, porque o utero, sorprendido por essa evacuação brusca, fica inerte por algum tempo e n'este interim as forças da mulher se esgotam por essa via, sobretudo havendo descollamento da placenta. Ao contrario, a expulsão lenta e gradual do feto favorece o seu movimento de retracção progressiva.

4.º A retenção de coagulos e da placenta, quer total, quer parcial, constitue tambem uma causa de perda, pelo grande affluxo de sangue que determina para o orgão gestador.

Os fibromas uterinos, por impedir a retracção da parte do utero correspondente ao tumor, dão tambem lugar ao mesmo accidente.

5.º As rupturas do utero, mas n'este caso a inercia comparada á gravidade das outras consequencias da ruptura, não passa de um accidente secundario.

6.º A retenção da urina, pelo volume enorme que adquire a bexiga, entra tambem em linha de conta na producção das hemorragias post-partum.

Convem, pois, do mesmo modo que durante o trabalho, velar attentamente o seu estado durante os dias que seguem ao parto.

7.º A dilatação extrema do utero, determinada por uma prenhez gêmea, pela hydropisia do amnios, etc., paralysando a contractilidade uterina, torna tambem o orgão apto a ser sorprendido por inercia.

8.º Tem immenso valor na genese da inercia a imprudencia commettida por certas mulheres, em deixar o leito antes da epocha precisa; pois a ella se deve tambem a origem de muitas outras affecções uterinas.

Com effeito, nos primeiros dias que seguem ao parto, as condições de vascularisação do utero conservam-se ainda, com pouca alteração, as mesmas que durante a prenhez, de sorte que

basta o menor incidente para ter como consequencia a hemorrhagia.

9.º A existencia de perdas anteriores é um phenomeno que deve trazer o parteiro sempre precavido, porque presume ordinariamente o apparecimento da inercia depois do parto.

O utero habitua-se á repetição dos mesmos actos; e do mesmo modo que se vêm abortos sobrevirem periodicamente nas mesmas epochas da prenhez, vêm-se tambem as perdas se manifestarem com a mesma regularidade.

10.º Finalmente as tracções intempestivas exercidas sobre o cordão, antes do descollamento da placenta e do utero ter recobrado sua energia, são uma causa de hemorrhagia, como o é tambem o estado plethorico indicado pelo professor Cazeaux.

O depauperamento da mulher, quer dependente de molestias anteriores, quer da propria nutrição, acha-se ainda nas mesmas condições.

Ao lado das causas que acabamos de mencionar, figuram outras que, embora a retracção normal do utero se manifeste, podem ainda occasionar a hemorrhagia.

Entre estas, temos a inserção viciosa da placenta, a falta de plasticidade do sangue, a hemophilia ou diathese hemophilica, etc.

É porém de notar que esta ultima é mais frequente no homem do que na mulher, e é ás vezes observada em todos descendentes de uma mesma familia.

A eclampsia e a albuminuria predispõem tambem notavelmente para as hemorrhagias post-partum.

Sem duvida alguma, as causas determinantes que citamos são mais do que sufficientes para produzir a inercia uterina; mas, em geral, sua influencia é mais perniciosa quando se acham reunidas ás predisponentes, se bem que sejam as primeiras as mais nocivas, como mostreu Guillemot.

Symptomas. — As hemorrhagias, que se declaram post-partum, não têm em geral prodromos: sua manifestação é muitas vezes tão brusca e inesperada, quanto é consideravel sua abundancia; e apezar de alguns considerarem como preludio d'esse

terrível accidente a auzencia do frio e do calefrio, que se manifesta ordinariamente na ocasião ou immediatamente depois da expulsão do feto, e que precede de alguns instantes ou acompanha a expulsão da placenta, Charpentier accrescenta: não se deve ligar grande valor a este signal, porque innumeras vezes é illusorio, e só se manifesta depois de terminado completamente o periodo do delivramento.

Ainda assim mesmo ha auctores que o julgam de valor.

O primeiro symptoma apreciavel pela apalpação é a falta da contracção uterina, revelada pela flacidez e molleza do utero e pela facilidade com que as paredes abdominaes e uterinas cedem á pressão, de maneira que podem ser facilmente applicadas contra a parede posterior do ventre.

Quando a placenta acha-se total ou parcialmente descollada; o sangue é o phenomeno que attrahe logo a attenção do pratico, jorra em tanta abundancia que podemos nos servir das expressões — *hemorrhagia fulminante, diluvio de sangue*.

Entretanto em alguns casos é lenta e continua, se exacerba pela pressão e durante as contracções.

Como temos dito, a perda póde ser interna ou externa; porém, o que é mais vezes observado, é a perda mixta em que ha ao mesmo tempo corrimento e collecção de sangue na cavidade uterina.

Na hemorrhagia interna, o sangue accumulando-se no utero o distende com grande facilidade, de modo que collocando-se a mão sobre o ventre, percebe-se logo que aquelle acha-se volumoso, duro e tenso, attingindo quasi a altura a que tinha chegado durante a prenhez.

Tem-se muitas vezes difficuldade, n'estes casos, em descriminar os seus contornos atravez das paredes abdominaes.

Procedendo-se á exploração vaginal, encontra-se ordinariamente o orificio externo flaccido e distendido e o cervical obturado pela placenta ou coagulos, que se oppoem á sahida do sangue retido na cavidade uterina, que por seu turno se deixa dilatar.

É uma das fórmulas de hemorrhagia que mais se deve temer,

por isso que muitas vezes só é percebida, quando a mulher cae em colapso.

O aspecto clinico d'esse colapso nos é bem conhecido: a face torna-se livida, os labios empallidecem-se, a respiração torna-se difficultosa, a doente grita que está suffocando e pede ar, as convulsões se manifestam em consequencia da agonia, a pelle cobre-se de suores frios e viscosos, as extremidades esfriam-se, o pulso torna-se pequeno e miseravel; manifestam-se vertigens e surdez, a oppressão precordial augmenta, os batimentos da radial não podem mais ser tomados, e a mulher n'este extremo de angustia cae em um estado syncopal, cujo desfecho é a morte.

Felizmente são casos raros; ordinariamente a perda é sustentada e a mulher recobra a saúde.

Em ultimo lugar temos, como podendo obstar a passagem do sangue para o exterior, o desvio do collo uterino para traz.

Na hemorrhagia externa, o sangue alaga o leito da doente, atravessa os colchões e corre sobre o chão.

Á estes signaes reúnem-se todos os phenomenos geraes acima descriptos, mas ordinariamente nunca chegam aquelle extremo, porque a mulher accusa logo o accidente, de maneira que se póde remedial-o a tempo.

Debaixo d'este ponto de vista póde-se desde já dizer que a hemorrhagia externa é menos grave que a interna.

Nas perdas mixtas, ha ao mesmo tempo os symptomas proprios ás duas especies de hemorrhagias.

Diagnostic. — O diagnostico da perda externa não offerece difficuldade, mas o mesmo não succede na hemorrhagia interna, porque em começo ella póde se confundir com outros accidentes, como seja a distensão do abdomen produzida por um tympanismo; mas, n'este a percussão fornece som claro e não obscuro; é exacto que esta obscuridade póde tambem ser encontrada no caso de distensão do hypogastro por accumulo de urina, mas, n'este caso, a confusão será logo removida pela sondagem da bexiga.

A syncope póde tambem sobrevir depois do parto ligada a

outros accidentes, por exemplo a evacuação brusca do utero, mas n'este caso uma cinta moderadamente apertada bastaria para desfazer o engano.

Nos casos mais raros de accessos hysteriformes ou outros accidentes nervosos, o tocar vaginal, a palpação e os antecedentes da mulher esclarecerão o diagnostico.

Prognostico. — É grave o prognostico. Alguns minutos bastam para decidir da sorte da doente. Quanto mais completa fôr a inercia e mais adiantado o descollamento placentario, tanto mais abundante será a hemorragia e portanto mais grave o prognostico.

A adherencia da placenta, a extenuação da força vital por um trabalho longo, a inversão uterina e o espasmo do collo são complicações que nos levam ainda a estabelecer um prognostico gravissimo. Os calefrios violentos, as convulsões, as syncopes prolongadas, as dôres renaes violentas e continuas, a dilatação das pupillas (Lachapelle), a cegueira e enfim todos os phenomenos geraes proprios ás duas especies de hemorragias annunciam um perigo de morte imminente.

Tratamento. — Os auctores o têm dividido em preservativo e em curativo.

PRESERVATIVO. — Descrevendo a symptomatologia das metrorrhagias consecutivas ao nascimento do infante, dissemos que em geral essas perdas manifestam-se bruscamente, sem precedencia de signaes prodromicos.

O tratamento preventivo, portanto, quando tenha lugar, consiste em corrigir as predisposições sempre que estas autorisão prever a inercia depois do parto.

Nas mulheres plethoricas e abundantemente regradas, Cazeaux manda fazer sangrias repetidas nos ultimos mezes da gestação, e mesmo durante o trabalho da parturição, quando a plenitude do pulso, o rubôr da face e a cephalagia a exigem.

É necessario evitar que o parto se dê bruscamente ou, ao

contrario, que o trabalho se prolongue por muito tempo, a ponto de esgotar as forças da parturiente e a contractilidade uterina.

Quando o parto é laborioso por fraqueza das contracções nas mulheres debeis, convém auxiliar as contracções e estimular o utero por meio de uma compressão manual methodica, fricções externas, applicações frias sobre o ventre e sobretudo o centeio espigado em dose moderada antes da expulsão do feto; este ultimo meio porém é necessario que o collo seja dilatavel.

Nas mulheres, cujos precedentes fazem presumir uma hemorragia depois do delivramento, Robert Lee aconselha romper as membranas logo no começo do trabalho, sem esperar a dilatação do orificio ou pelo menos as fortes dôres, e applicar em seguida em roda do ventre uma compressa, que deve ser gradualmente apertada á medida que o trabalho progride; abandonal-o depois á natureza, tendo sómente a cautella de escolher para a doente um commodo arejado.

Alguns parteiros, sobretudo inglezes, observando a excitação que a sucção feita pela creança produz sobre os seios, pretendem por esse meio despertar as contracções do utero e ao mesmo tempo estabelecer uma derivação para esses órgãos do sangue que afflue para o órgão gestador.

Finalmente o centeio espigado que é o agente poderoso da contracção uterina, deve ser administrado sempre que depois do parto as contracções forem fracas e fizerem temer a inercia.

É de utilidade esta pratica, por isso que previne a inercia secundaria.

Curativo. — Para pôr-se termo ás hemorragias dependentes da atonia uterina, é necessario solicitar a contracção do órgão; mas cumpre não esquecer que para isso é indispensavel que o organismo esteja em condições de corresponder a essas solicitações, sem o que serão frustradas todas as tentativas.

Tratando das causas productoras das hemorragias post-partum, vimos que a perda pode-se complicar com a retenção da placenta ou manifestar-se depois de sua expulsão em consequencia da inercia uterina.

O tratamento curativo deve, portanto, ser dirigido com as seguintes vistas: 1.º, desembaraçar o utero da placenta e do sangue que elle contém; 2.º, fazer contrahir o utero; 3.º, evitar o affluxo de sangue para o utero e sua extravasação na cavidade uterina; 4.º, combater finalmente os effeitos da hemorrhagia.

1.º *Desembaraçar o utero da placenta e do sangue que elle contém.* — Esta questão já tendo sido tratada em outra parte d'este trabalho, dispensa nos de largas considerações; basta dizer que as fricções, a massagem, o processo de expressão têm aqui verdadeira applicação.

É este, como temos dito, o unico caso em que Charpentier aconselha empregar o methodo de Credé, em preterição ao de tracção.

Quando esses meios não dão resultado e a gravidade da hemorrhagia exige uma intervenção mais prompta, o parteiro deve então introduzir a mão na cavidade uterina, destacar a placenta e extrahil-a; seguindo n'isto pari-passu os preceitos que demos, tratando das adherencias anormaes da placenta.

Uma vez extrahida essa massa vascular, convem manter o utero por meio de compressas e administrar o centeio espigado internamente ou melhor em injeccões hypodermicas para evitar que mais tarde elle caia em inercia secundaria.

Nos casos em que a retenção das membranas é determinada por um espasmo e que a hemorrhagia continúa abundantemente, tenta-se transpôr com os dedos o anel do kisto e penetrar na cavidade uterina; tendo apenas a cautella de não empregar n'estes casos o centeio espigado, que em vez de ser util, tornaria a expulsão mais difficil.

2.º *Fazer contrahir o utero.* — A inercia persistindo depois do delivramento e consecutivamente a hemorrhagia, o primeiro passo a dar será sem duvida alguma provocar as contracções uterinas não só pelos meios que já foram indicados, como pelos que passamos a expôr.

O centeio espigado é aconselhado; o qual deve ser introduzido na economia pela via hypodermica sob a fórma de extracto

de ergotina, porque não ha tempo para esperar-se o effeito d'essa substancia ingerida pela via gastrica.

O professor Barnes, de Londres, acredita mesmo que em caso de hemorrhagia grave o centeio espigado ou não é absorvido ou produz ao contrario maior depressão nas forças das recém-paridas.

O frio, quer em fórmula de compressas geladas sobre o ventre, quer em jacto sobre o collo do utero, quer em fragmento de gelo levado á cavidade uterina, actúa como sedativo sobre o systema circulatorio e como adstringente sobre as fibras musculares e provoca a contracção uterina.

Não se deve entretanto prolongar por muito tempo o seu contacto, porque, como fez vêr Lachapelle, não é isento de perigo este meio, de maneira que sua applicação não deve exceder certos limites.

No fim de cinco a seis minutos, elle torna-se as mais das vezes inutil; muitas vezes mesmo nocivo, provocando um torpôr mortal ou expondo a parturiente a uma reacção inflammatoria violenta.

Tem-se tambem empregado a digitalis, a essencia de terebenthina, e finalmente o opio em alta dose, como meio preventivo e curativo nos casos de perda por inercia.

William justifica o emprego do opio n'estes casos do seguinte modo: o opio actúa como siderante, quando a irritabilidade nervosa está exaltada; e pelo contrario a desperta, quando se acha quasi de toda extincta.

A maioria, porém, dos auctores francezes e alguns inglezes, entre os quaes Ramsbotham, repellem de um modo absoluto o emprego do opio desde que se trata de inercia.

O Conselheiro Barão de Saboia, porém, acredita que ha exaggeração n'este modo de pensar.

Diante de um caso grave poder-se-ia imitar a pratica de Evrat e Leroux, que tambem é seguida pelo distincto professor Dr. Feijó Junior, isto é, levar á cavidade uterina um limão descascado e expremel-o fortemente, afim de que o acido citrico, lançado de todas as partes contra as paredes do utero, as excite

contrahir, e produza ao mesmo tempo a coagulação do sangue nas extremidades dos vasos abertos.

Póde-se tambem, a exemplo de Desgranges, embeber uma esponja de vinagre, leval-a ao utero e expremêr ahi o liquido que ella contém, abandonando-a em seguida; tendo todavia tido precedentemente a cautella de prendel-a a um cordão de fios de seda, para mais facilmente retiral-a, quando fôr necessario.

Emfim muitos outros meios têm sido empregados para provocar a contracção uterina, mas infelizmente algumas vezes a inercia zomba de todos elles.

3.º Evitar o affluxo de sangue para o utero e sua extravasação na cavidade uterina.

Esgotados os recursos acima referidos, e a hemorrhagia ainda ameaçando por sua intensidade cortar o fio da existencia em poucos minutos, recorre-se á compressão da aorta abdominal, ao tamponamento, á introdução de uma bexiga no utero, á junção das paredes uterinas pela compressão immediata, ao canteio espigado, ás injeções coagulantes, etc.

A compressão da aorta tem sido feita de tres modos: 1.º introduzindo a mão no utero e comprimindo o vaso atravez da parede uterina posterior; 2.º exercendo a compressão abdominal sobre as paredes abdominaes e uterinas; 3.º fazendo a compressão abdominal acima do utero.

Comprehende-se que este ultimo modo de compressão póde tornar-se inexequivel, quando o ventre é muito sensivel e suas paredes consideravelmente espessas; mas fóra d'isso, é o melhor e o mais facil de ser posto em execução; é o que segue Baudelocque.

Este medico, que, com Trehan, disputou calorosamente em França a gloria de ter sido o primeiro que fez reviver esse meio de tratamento das hemorrhagias, parece ter em grande conta sua efficacia.

Joulin attribue toda gloria á Budiger de Tubingue, mas, Velpeau diz que é extremamente difficil, senão impossivel, assignalar a sua verdadeira origem, visto como, além da obscuridade

que reina a este respeito, a sua idéa parece ter occorrido ao mesmo tempo a varias pessoas.

Seja como fôr o methodo mais em uso é o de Baudelocque, que consiste em collocar a mulher na posição mais apropriada para obter o relaxamento completo das paredes abdominaes; sendo estas deprimidas, procura-se sentir as pulsações aorticas immediatamente acima do fundo do utero, e um pouco á esquerda da columna vertebral, onde a compressão é feita com as extremidades de 3 ou 4 dedos de uma das mãos.

A compressão da aorta tem sido objecto de vivas polemicas; assim emquanto que uns como Jacquemier, Depaul, Baer, Kirwisch, etc., contestam-lhe a efficacia, outros a preconisam.

Entre as opiniões reinantes, é a de Jacquemier que merece mais attenção.

Este distincto pratico, considerando a hemorrhagia como de origem venosa, acredita que a compressão da aorta trazendo stáse n'este systema augmenta a perda em vez de diminuil-a.

Cazeaux aceita em theoria a opinião de Jacquemier, e acredita mesmo que se devam attribuir os resultados obtidos a compressão da veia cava inferior, em lugar de consideral-os como effeito da compressão da aorta; mas, na pratica, elle confessa francamente abandonar a theoria de Jacquemier e empregar a compressão aortica.

Quanto ás arterias ovaricas, que não são comprehendidas na compressão por causa de sua elevação, fornecem relativamente ao utero uma quantidade insignificante de sangue.

Cumpre, porém, notar que a compressão da aorta foi sempre considerada como um meio palliativo de grande utilidade, destinado a impedir o affluxo de sangue ao utero inerte e dar tempo de recorrer-se ao emprego de outro agente hemostatico, que pela maior parte das vezes é constituido pelo centeio espigado.

Comquanto Jacquemier considere como inutil e mesmo irrational o emprego do centeio n'este caso, todavia Cazeaux diz que esta pratica nada póde trazer de mal, antes de bem, por conseguinte não ha inconveniente algum em administral-o, sobretudo

quando pelos antecedentes da mulher nutre-se receio de uma reincidência hemorrhagica.

Tamponamento. Apesar de Leroux mostrar-se entusiasta do tampão vaginal e citar casos que vêm em appello á sua opinião, Charpentier diz, e com muita razão, que é o meio mais seguro de transformar a hemorrhagia externa em hemorrhagia interna, de sorte que o utero, perdendo a força contractil e não podendo oppôr-se ao augmento da pressão, distende-se pouco a pouco até adquirir algumas vezes o volume que tinha antes do parto.

Se é verdade que alguns auctores aconselham o tampão, quando o órgão mostra-se tendente a contrahir-se, dando apenas como preceito exercer ao mesmo tempo pressão sobre o fundo do utero atravez das paredes abdominaes, não deixa tambem de ser uma verdade que elle é rejeitado pela maioria dos praticos, e entre estes, Verrier que diz que só falla no tampão nas hemorrhagias depois do parto para rejeital-o.

O tampão intra-uterino offerece tambem mais inconvenientes do que utilidade; é de applicação difficil, e quando mesmo se consegue applical-o, ficaria muito comprimido e o utero enfraquecido continuaria em inercia, de sorte que retirando-o a hemorrhagia reproduzir-se-ia.

O duplo balão de Chassagny representa o mesmo papel que o tampão, dá portanto lugar ás mesmas censuras, sendo sómente de uma applicação mais facil.

Mais tarde o proprio auctor substituiu este apparelho por um outro, composto de uma bexiga animal preparada com enxofre, a qual é introduzida na vagina por meio de um speculum especial, munido de duas azas, que se oppõem á sahida da bexiga, quando esta se acha distendida.

Para applical-o, convém untar a bexiga com uma substancia oleosa, antes de introduzil-a no speculum; depois pelo tubo a ella adaptado faz-se uma insuflação de ar ou uma injeccão liquida com uma seringa ou por meio de um siphão; d'este modo a bexiga se dilata e penetra na cavidade do utero atravez do orificio do collo.

Deneux imaginou tambem um outro meio de sustar a hemorragia, o qual consiste em applicar uma contra outra as paredes do ventre por meio de uma toalha dobrada e mantida fortemente por uma atadura.

Como diz Cazeaux, são infundadas as accusações que alguns têm dirigido contra este processo, pois póde muitas vezes ser co-roado de exito.

Das substancias coagulantes, empregadas com o fim de produzir a coagulação do sangue nas extremidades dos vasos abertos, é o perchlorureto de ferro a mais importante e a que merece justamente mais attenção, por isso que tem sido aconselhado por alguns e en-contra actualmente em Barnes um defensor acerrimo.

Como reconhece o proprio Barnes, o perchlorureto de ferro não é, na verdade, uma substancia innocente, mas como tambem a hemorragia que o reclama é grave senão fatal, elle diz, que não deve haver esse receio em empregal-o, a menos que não queira vêr sua cliente extinguir-se por falta de um medicamento energico : *ad morbos extrema, extrema remedia.*

Segundo Barnes o perchlorureto actúa de tres modos : 1.º coagula o sangue e fórma trombus que obliteram os vasos abertos ; 2.º enruga a mucosa uterina e comprime os vasos ; 3.º provoca muitas vezes a contracção das fibras musculares do utero, diminuindo seu volume.

Póde-se empregar uma solução composta de uma parte da solução do sal de ferro para tres d'agua ; podendo repetil-a, caso a hemorragia se manifeste de novo.

Antes de praticar a injeccção deve-se examinar se o collo do utero está dilatado ou se é dilatavel para permittir a volta do liquido e que este não seja muito concentrado.

Depois da injeccção havendo formação de coagulos endurecidos, cumpre desagregal-os com os dedos e fazer então uso das injeccções anti-septicas.

4.º *Combater os effeitos da hemorragia.*

Para combater os effeitos immediatos da hemorragia, quando todos os meios têm sido impotentes, e a mulher está prestes a

exhalar o ultimo suspiro, o pratico não deve hesitar em appellar para meios extremos, entre os quaes occupa o primeiro logar a transfusão do sangue.

Ella é perfeitamente indicada nos casos de hemorrhagia grave, e é justamente o recurso a que se deve recorrer quando todos os outros não derem resultado, sem comtudo contar muito com o seu effeito, porque a gravidade da perda, a fraqueza excessiva da doente e a lentidão da operação a tornam muitas vezes inutil; além dos accidentes nervosos e inflammatorios que sóem apparecer em seguida á operação.

Não pretendemos entrar em minudencias e nem tão pouco na apreciação da qualidade do sangue e do apparelho que deve ser preferido; o nosso desejo é unicamente apresentar alguns factos que encontramos a este respeito nos auctores classicos, e que nos pareceram dignos de figurar n'este trabalho.

Em um caso Nelaton injectou a principio 200 grammas de sangue, e, cinco minutos depois, mais 250. Eis o processo que elle seguiu: praticou uma incisão de dois centimetros de extensão, descobriu a veia mediana basilica, dissecou-a e levantou-a com uma aza de fio, de maneira a achatar e interromper a luz do vaso, para prevenir o corrimento sanguineo.

Tomando então com uma pinça a parede anterior da veia, dividiu-a obliquamente de baixo para cima, comprehendendo sómente a metade de seu diametro, de modo a ter um retalho em fórma de V que pudesse ser levantado e abaixado á vontade.

O sangue fornecido pelo interno, que a isto se prestou de bom grado, foi recebido em uma capsula aquecida a 25 grãos centigrados e immediatamente transportado para uma seringa de hydrocele, tida na mesma temperatura.

Feito isto, expelliu o ar contido na seringa, introduziu a canula na veia por baixo do pequeno retalho em V e fez lentamente a injectão.

Cinco minutos depois da segunda injectão, cobriu a ferida com uma camada de collodio.

Nos archivos de Tocologia de 1884 encontramos, em relação

a transfusão do sangue, uma observação apresentada á Academia de Medicina da Belgica, em sessão de 26 de Abril de 1884.

Tratava-se de um caso de hemorragia uterina rebelde e o Dr. Casse fez com successo a operação a 21 de Abril de 1884, no serviço do Snr. Vleminckx, no hospital S. João, injectando cem grammas de sangue desfibrinado.

A hemorragia parou immediatamente e 5 dias depois a mulher estava em plena convalescença; d'onde se vê que alguns praticos têm obtido resultado pela transfusão e é de lamentar, como diz o nosso eminente professor Conselheiro Barão de Saboia, que ella occupe um lugar duvidoso entre os recursos da cirurgia obstetrica.

Peter aconselha e emprega as injeções hypodermicas de ether sulphurico, que elle considera tão efficaç, senão mais do que a transfusão do sangue; mesmo porque além de ser uma substancia que se encontra com mais facilidade, é um excitante diffusivo de primeira ordem.

Os tonicos, caldos, etc., são poderosos auxiliares dos meios acima indicados.

Hemorrhagia secundaria

Para completar a historia das hemorragias puerperaes, resta-nos tratar das hemorragias secundarias ou tardias, assim chamadas por se apresentarem em uma epocha mais ou menos affastada do parto.

As causas d'este accidente são numerosissimas, e podem todas actuar ora pouco tempo depois do delivramento e da retracção completa do utero, ora sómente depois de decorridas tres, quatro, seis horas e até mesmo seis semanas.

Mas seja qual fôr a epocha em que ellas exerçam sua perniciosidade, o certo é que o modo de acção é quasi sempre o mesmo que nas epochas do estado puerperal, de sorte que a hemorragia póde traduzir-se ou por uma inercia secundaria, ou por uma congestão activa, ou finalmente por certos estados geraes graves que perturbam a crase sanguinea.

Inercia secundaria. — Comquanto as mais das vezes, depois do delivramento, o utero se contraia e a hemorrhagia cesse, todavia não se deve suppôr que as cousas marchem sempre n'esta ordem; pois, não raras vezes, tem-se observado a perda sobrevir em consequencia de um novo relachamento do utero.

Este que já tem perdido em parte sua força contractil se deixa distender de novo pelo sangue, e os accidentes reapparecem com os symptomas da inercia primitiva.

O utero apresenta-se mais ou menos flexivel e volumoso; a pressão faz correr um pouco de sangue, e se se força-o a contrahir-se, uma grande quantidade de sangue coagulado é expellida pela vulva; mas logo depois elle torna a voltar ao seu estado lethargico e a perda continúa, apresentando o mesmo cortejo de symptomas.

O pulso, signal de valor immenso para Charpentier, perde sua força e accelera-se.

Para ver a importancia que este sabio liga ao pulso, é bastante lembrar que elle diz: sempre que se encontrar em uma mulher, que acaba de parir, o pulso pequeno e frequente, deve-se suspeitar de uma hemorrhagia; accresce ainda, para mais confirmar a sua opinião, que o pulso, só nos casos em que a mulher acha-se fatigada por longo trabalho e manobras violentas, é que apresenta-se frequente; mas então a mulher está doente e a frequencia do pulso vem n'este caso acompanhada de elevação de temperatura e de symptomas locaes e geraes.

Como dissemos, não é sómente nas primeiras horas que sóe manifestar-se a inercia secundaria; é as vezes muitas horas ou muitos dias depois do delivramento que ella apparece.

Fergusson cita, por exemplo, um caso de hemorrhagia grave sobrevinda no 13.^o dia, em virtude de uma inercia secundaria; e muitas outras identicas encontram-se referidas nos auctores.

Havendo duvida no estabelecimento do diagnostico d'essa affecção, basta proceder ao exame do utero para dissipal-a, mormente quando o parteiro não tem assistido ao delivramento, por isso que, como diz Barnes, o maior numero de hemorrhagias secun-

darias têm lugar em consequencia da retenção de fragmentos placentarios, coagulos, etc.

É, portanto, de necessidade explorar o utero externa e internamente.

Congestões uterinas. — Lachapelle assim denomina uma perda que sobrevem em uma epocha mais ou menos proxima da parturição; a qual, segundo pensa, corre por conta da influencia de um molimen hemorrhagico particular, que algumas vezes, mesmo sem inercia, é susceptivel de produzi-la.

Em abono ao seu modo de pensar, a distincta parteira cita uma observação sua, que ainda foi mais tarde confirmada por Velpeau em um caso identico.

Estas congestões, salvo raras excepções, acham-se ordinariamente ligadas a causas locais ou geraes faceis de ser apreciadas.

As que mais frequentemente produzem-n'as, são sem duvida alguma a retenção na cavidade uterina de restos membraniformes ou coagulos, que, actuando como corpos estranhos, determinam grande affluxo de sangue para o orgão e como consequencia é a hemorrhagia que se manifesta.

Outras vezes estes corpos, verdadeiros parasitas, se organisam e formam polypos fibrinosos ou placentarios, que se acham, *ipso facto*, nas mesmas condições acima, em virtude da irritação constante que produzem sobre a mucosa uterina.

N'este caso a hemorrhagia póde ser continua até que o corpo estranho seja extrahido, porém tem-se visto decorrer semanas, mezes sem que nenhum phenomeno indique sua presença no utero; quando de repente, sem causa conhecida, elles são expellidos com verdadeiras dôres expulsivas acompanhadas de forte perda.

Martin observou um caso em que a expulsão só teve logar cinco mezes depois do parto.

A irritação dos orgãos visinhos póde tambem determinar para o utero uma congestão hemorrhagica.

Moreau refere, por exemplo, um caso de perda manifestada no 8.º dia do parto, para o qual só pôde achar explicação, appel-

lando para o accumulo de fezes endurecidas no grosso intestino.

É possível ainda que as emoções moraes violentas, o abuso dos estimulantes, etc., possam tambem produzi-las.

Alteração do sangue. — Não podendo trazer para a raia scientifica mais do que diz Cazeaux em seu excellente artigo a este respeito, resolvemos transcrevel-o detalhadamente.

Eil-o: « Blot, em sua these, citou igualmente a observação de uma mulher, em que o utero estava perfeitamente retrahido, e que succumbiu sem que nada pudesse sustar o corrimento sero-sanguinolento que succedeu a uma perda manifestada depois do parto.

« Blot attribuiu essa hemorrhagia á albuminuria e ao empobrecimento do sangue, que é d'ella a consequencia.

« Eu tive occasião de fazer notar que, para ser admittida, esta asserção precisava de novas observações.

« Não creio, portanto, com Lachapelle, que se possa ligar essas perdas a uma congestão accidental, a uma especie de molimen hemorrhagico. Penso ao contrario, que ellas são a consequencia de um estado seroso do sangue que, oppondo-se á formação de coagulos obliteradores, permite ao liquido sahir, como dizem os francezes, en nappe, sobre a face interna do utero.

« Isto dá-se algumas vezes na superficie das feridas de certos individuos anemicos, scorbuticos ou outros...

« Mas d'ahi a admittir com Blot que a albuminuria é a causa d'ella, vai muito. »

Terminaremos esta questão apresentando *per altum* os meios de combater essas hemorrhagias secundarias.

Tratamento. — Pouco accrescentaremos ao que já dissemos no tratamento das hemorrhagias por inercia primitiva.

Lembramos apenas que aqui a therapeutica deve ser dirigida com um duplo fim: combater a perda sanguinea e o estado geral da doente.

Para preencher a primeira indicação, devemos em primeiro

lugar solicitar a retracção das paredes uterinas, de maneira a tornal-a permanente.

Cazeaux, além da compressão, manda administrar á doente uma gramma de centeio espigado, e ropetir de meia em meia hora 30 a 60 centigrammas do mesmo medicamento, conforme a tendencia do órgão ao relachamento.

É evidente que havendo algum corpo estranho na cavidade uterina, convém, antes de tudo, extrahil-o; se a retracção do collo, n'estes casos, não permittir a introdução dos dedos, pratica-se logo a dilatação prévia pela luminaria ou dilatador hemostatico de Barnes, ou então pela esponja preparada.

O repouso absoluto, a posição horizontal e algumas vezes a compressão prolongada dos grossos vasos abdominaes serão em todos os casos de grande utilidade, bem como os revulsivos sobre as partes superiores do tronco e as applicações frias sobre o ventre.

Nos casos em que a hemorrhagia depende do accumulo de fezes no grosso intestino, empregão-se os clysteres evacuantes, e caso estes não produzão resultado, evacua-se o recto por meio de uma cureta especial.

O Dr. Erico Coelho referiu-nos um caso de sua clinica particular, em que viu-se necessario praticar a dilatação do recto para dar passagem ao bôlo fecal, que já se tinha deunciado por symptomas geraes graves.

O tampão que, como vimos, era repellido do tratamento das hemorrhagias *post-partum*, tem aqui applicação, por isso que a retracção do utero e sua pouca elasticidade impedem que o sangue se accumule na cavidade uterina; o que, porém, não deve, é prolongar o seu contacto por muito tempo.

Os tónicos, os reconstituintes, a alimentação reparadora e de facil digestão, etc., satisfazem plenamente a segunda indicação.

Inversão uterina

Chama-se inversão uterina, segundo Courty, um accidente caracterisado por uma posição particular tomada pelo fundo e paredes do utero, quando este volta sobre si mesmo, á maneira de

um dedo de luva, cuja superficie interna concava se torna em externa convexa e reciprocamente.

Ha diversos grãos, porém geralmente admittem-se tres : o primeiro consiste em uma simples depressão do fundo do utero ; o segundo consiste na inversão incompleta, que tem lugar quando o fundo do orgão se insinúa no orificio e faz saliencia na vagina ; o terceiro compõe-se, em summa, da inversão completa do orgão.

Diversas são as causas que podem dar lugar a este accidente.

Entre as mais frequentes encontramos as tracções brutaes praticadas sobre o cordão, antes do completo descollamento da placenta, de sorte que ellas, em vez de acarretarem, como deviam, sómente a massa placentaria, arrastam tambem o fundo do utero, mormente quando este é inerte.

Póde tambem sobrevir durante a sahida do feto, quando, por exemplo, a mulher pare de pé, ou quando por qualquer circumstancia o cordão umbilical fôr muito curto.

Os auctores inglezes admittem que, em certos casos, a inversão possa manifestar-se espontaneamente ; opinião de que discorda Depaul.

Quanto ao mecanismo d'esta especie de inversão, Courty e muitos outros admittem o concurso de dous factores : a inercia da região cervical e a contracção violenta do fundo do orgão gestador.

Os trabalhos de Ducan demonstraram o contrario.

Segundo este auctor, ha paralyisia da séde placentaria.

Suppondo o fundo do utero n'estas condições, elle tende a deprimir-se por causa da atonia, que por effeito da compressão que lhe é transmittida, durante os esforços, pela massa intestinal, simultaneamente recalcada pelo diaphragma e pelas paredes abdominaes, comprehende-se perfeitamente que possa cahir sobre a acção do resto do orgão, que contrahe-se energicamente realisando então o que dizia Hunter nas seguintes palavras : — « A parte revirada torna-se como um corpo estranho que a parte, que o contém, continúa a se contrahir para d'ella se desembaraçar, como acontece na invaginação intestinal ».

Tyler Smith attribue a inversão do utero ás contracções irregulares e activas, mesmo nos casos em que se attribue geralmente ás tracções exercidas prematuramente sobre o cordão umbilical; não é, diz elle, que estas actuem mecanicamente, mas pela excitação que produzem sobre o fundo do utero, no lugar onde está inserida a placenta, dando em resultado uma contracção irregular, e d'ahi uma simples depressão, que seria logo seguida de uma contracção brusca das fibras collocadas acima do ponto deprimido, tenderiam, portanto, do mesmo modo como demonstrou Duncan, por sua acção expellir a parte deprimida átravez do collo, como se fosse um corpo estranho.

A inversão póde effectuar-se brusca ou progressivamente; os seus symptomas culminantes por conseguinte são bruscos ou seguirão uma marcha gradualmente ascendente.

No primeiro caso o grande abalo communicado ao organismo traduz-se por uma dôr violenta, acompanhada de sensação illusoria de urinar e de evacuar, por prostração, pulso fraco, respiração offegante, suores copiosos e frios banhando as extremidades, e finalmente por vomitos mais ou menos pertinazes.

No segundo as dôres são a principio pouco notaveis, mas vão pouco a pouco ganhando de intensidade a ponto tal que a mulher julga ir ter outro filho, ou então se lhe afigura que os intestinos tendem a sahir pela vulva.

Os symptomas locaes dependem em geral do gráo da inversão; se este fôr completo, o tumor formado póde encher a vagina sem transpôr a vulva, ou pender entre as côxas da mulher.

No primeiro caso toda cavidade vaginal é occupada por um tumor volumoso, cuja parte superior é difficil de ser attingida; no segundo a cavidade pelviana acha-se completamente vazia, e entre as côxas da mulher pende um tumor consideravel, ao qual adhire ainda em totalidade ou em parte a placenta.

Quando a inversão não é completa, só um exame rigoroso da região uterina nos poderá revelar a depressão caracteristica em fórma de taça do fundo do orgão.

Diagnostic. — É importante até certo ponto porque pôde-se confundil-a com um polypo, que apresenta symptomas de certa semelhança com os da inversão uterina; é pois rigorosamente necessario esboçar os caracteres distinctivos que separam uma da outra, estas duas affecções.

Assim ambas se revelão debaixo do mesmo aspecto, sendo constituídas por um tumor de consistencia e volume variaveis, que ás vezes tem um pediculo sangrento.

Mas cumpre notar que no polypo o gráo de dôr nunca é tão pronunciado, como sóe acontecer na inversão uterina; além d'isso se pela exploração minuciosa da região uterina, o globo formado pelo órgão retrahido não fôr encontrado atraz da symphise pubiana, já pela apalpação abdominal, já pelo tocar vaginal combinado com a introduccção de uma sonda na bexiga, deve-se opinar pela mesma idéa.

Ainda mais, na inversão os symptomas geraes, que precedem, nos guiam logo ao conhecimento da affecção, levantando assim qualquer duvida que possa pairar ainda no espirito sobre a natureza do tumor em presença.

Tratamento. — O tratamento consiste na reduccção do tumor. É intuitivo que, desde que o parteiro percebe que uma depressão se fórma sobre o fundo do utero, durante o delivramento, deverá cessar toda tentativa de extracção.

Um outro cuidado, que se deve ter em vista, é procurar reduzir o tumor o menos distante possivel do começo da affecção, porque do contrario as difficuldades augmentão-se, o órgão soffre a sua evolução e a molestia passa ao estado chronico.

Divergem os auctores quanto ao modo de proceder nos casos em que a placenta fica adherente; uns, como Charpentier, attendendo sómente aos embarços da operação, estabelecem o principio de que se deve primeiramente fazer o descollamento da placenta, para em seguida proceder-se á reduccção do utero, porque se se augmenta um pouco a hemorrhagia, facilita-se muito a reduccção, que, como diz elle, é uma operação que nem sempre se consegue,

e tem obrigado alguns parteiros a procederem á amputação do corpo do órgão com o esmagador de Chassaignac.

A esta ultima operação, porém, só se deve recorrer nos casos extremos, por isso que além dos perigos devidos á operação, occorre a circumstancia de privar-se a mulher de um órgão altamente importante.

Outros, tendo sómente em vista as hemorragias, cuja gravidade é consideravel n'esta emergencia, pugnam pela permanencia do órgão placentario e aconselham reduzi-lo conjunctamente com o utero.

Em todo caso, a boa pratica manda que se observe primeiramente o estado da contracção uterina, para pôr-se sempre ao abrigo de uma hemorragia fulminante que possa vir complicar a situação, já bastante precaria, quando se opéra o descollamento da placenta, estando o utero inerte.

Quando a parte invertida acha-se estrangulada pelo orificio de maneira a impedir a sua redução, Cazeaux manda antes de procedel-a recorrer ás sangrias, aos banhos emollientes, ás fomentações da mesma natureza, á pomada ou extracto de belladona, aos opiaceos, emfim a todos os meios proprios para moderar a violencia dos accidentes inflammatorios, que podem sobrevir.

As inalações de chloroformio, aconselhadas por alguns, poderão tambem ser de utilidade.

Findas essas precauções, volta-se ás tentativas de redução.

Para effectual-a dispõe-se a mão em fórma de cône ou melhor ainda coberta com um panno fino e secco, e procura-se em seguida repellir o fundo e o corpo do utero atravez do seu orificio, para collocar-o em sua posição normal; feito isto, conserva-se a mão por algum tempo na cavidade uterina para impedir a reprodução da invaginação e facilitar a sua retracção, e applica-se ao mesmo tempo uma cinta abdominal para não deixar o órgão deslocar-se.

Quando a affecção se torna chronica, varios processos de redução têm sido propostos; assim Tyler Smith diz ter tirado

brilhantes resultados fazendo a pressão manual, alternada com a pressão elastica.

Outros aconselham o debridamento do collo por meio de duas incisões longitudinaes praticadas de cada lado, etc.

Rupturas do utero

Para não invadir terreno alheio á questão que nos occupa, diremos simplesmente que é sempre preferivel em tal emergencia fazer-se a extracção dos annexos fetaes pelas vias naturaes, ainda mesmo que a gastrotomia tenha sido praticada.

N'esta ultima hypothese, convém, á imitação de Planche, cortar o cordão e dirigil-o por meio de uma haste flexivel atravez da ruptura, collo e vagina até á vulva, e terminar em seguida o delivramento pelos meios ordinarios.

Em alguns casos, a placenta, tendo passado totalmente para o ventre, póde ser extrahida concomitantemente com o feto pela abertura feita nas paredes abdominaes.

Eclampsia

Este accidente declarando-se depois do parto, deveremos com brevidade desembaraçar o utero da placenta, das membranas e coagulos que possão n'elle existir?

Duas circumstancias podem se dar: ou a introdução da mão se faz sem incommodo para a mulher, e isto acontece em geral logo depois da expulsão do producto da concepção; ou condições inteiramente oppostas se realisão: no primeiro caso deve-se intervir, no segundo, a expectação, permittindo assistir a realisação natural do delivramento, deve ser a norma do pratico.

Ligeiras considerações sobre os accidentes do delivramento no aborto, e meios de removel-os

Se ha em obstetricia assumpto que mereça grande attenção da parte do pratico, é sem duvida alguma o delivramento no aborto.

Não queremos entretanto com isto dizer que pretendemos dar

ao assumpto o desenvolvimento que merece; não, a nossa intenção é simplesmente não deixar em olvido esta questão.

Para tornar bem patentes as difficuldades que apresenta o delivramento n'este caso, devemos fazer a seguinte distincção: aborto dos dois primeiros mezes; aborto do terceiro e do quarto mezes; e finalmente aborto do quinto e do sexto mezes.

No primeiro e segundo mezes da gestação, quando o aborto vem interromper o curso regular da prenhez, o ovo é expellido ás mais das vezes inteiro; nos dois ultimos mezes, quando o utero já se acha mais proximo a se desembaraçar do producto da concepção, o delivramento se opéra quasi como no parto a termo; mas no terceiro e quarto mezes as difficuldades se apresentam.

N'esta epocha, como diz o professor Cazeaux, a placenta tem adquirido um volume consideravel; suas connexões com o utero são muito resistentes, e o tecido d'este ultimo orgão não possui ainda a contractilidade de que goza no fim da prenhez.

As contracções prematuras, que por uma causa qualquer manifesta este orgão, sendo bastante energicas para romper o bolso das aguas, são todavia insufficientes para destruir as adherencias utero-placentarias.

A expulsão do pequeno feto tendo lugar, o cordão umbilical rompe-se facilmente por causa de sua fragilidade; o utero contrahe-se; as fibras circulares do collo fechão o orificio e os accidentes se acalmão; mas a placenta e as membranas permanecem na cavidade uterina, podendo ahi ficar por tempo variavel.

Algumas observações, entre as quaes sobresaee a do Dr. Advena de Labischin demonstram incontestavelmente a realidade do facto; e muitas outras no mesmo sentido acham-se ainda referidas nos auctores.

Cumpre, porém, notar que em alguns casos, embora a longa demora na cavidade uterina, as membranas, quando expellidas, apresentam-se intactas como se tivessem seguido immediatamente ao aborto, isto é, não offerecem alteração e nem cheiro algum desagradavel.

Em outros casos, soffrem uma alteração singular; apresentam-se

seccas e reduzidas a um pequeno volume semelhante a um pedaço de couro.

O que é notavel, é que essas anomalias nem sempre acarretão desordem para o estado geral da mulher.

Tem-se visto mesmo algumas vezes, raras, é verdade, mulheres, em cujo utero ainda se acha retida a placenta depois de uma expulsão abortiva, tornarem-se de novo grávidas e a expulsão da placenta primitiva, isto é, da que ficou retida, se fazer quando essas mulheres dão á luz a termo, conjunctamente com o delivramento que n'essa occasião se opéra; e em muitos outros casos, ella é expulsa espontaneamente durante os esforços da defecação.

Succede ás vezes ainda que depois da morte do feto, a placenta continúa a desenvolver-se e quando a expulsão do feto se realiza, ella e as suas membranas passam por transformações diversas, sendo a mais commum a que é conhecida pelo nome de *mola carnuda*, verdadeira degenerescencia, cuja marcha não é incompativel com a saude.

Emfim Nœgele, Oslander, Velpeau, Paul Dubois e muitos outros, embora confessem que a questão necessita ainda de accurada observação, admittem que a placenta póde ser reabsorvida.

A este respeito, Cazeaux, depois de algumas restricções, cede á auctoridade de seus collegas, e acaba por admittir mais ou menos francamente a possibilidade do facto.

Joulin diz que a negaria absolutamente, se Nœgele não affirmasse tel-a observado.

Boivin e Lachapelle não acreditão que possa se dar tal absorpção.

Emfim seja como fôr, o que é commum observar-se quando ha retenção de annexos fetaes, quer a prenhez esteja a termo, quer não, são accidentes gravissimos que poem a vida em imminente perigo.

Algumas vezes, depois do aborto ou depois do parto, tudo se acalma, e a parturiente parece gozar de boa saude, quando dôres intermittentes se fazem sentir no baixo ventre e uma quantidade de sangue mais ou menos variavel corre pela vulva.

A placenta, tornando-se corpo estranho no utero, irrita as paredes d'este orgão, desperta as suas contracções, e, achando-se em parte descollada, determina uma hemorragia que póde tornar-se abundante e assustadora.

O collo do utero dilata-se lentamente e a arte intervem, porque a hemorragia continuando póde occasionar a morte da mulher.

Outros accidentes ainda mais perigosos podem ser a consequencia da retenção da placenta.

Esta soffrendo a acção do ar, decompõe-se; os lochios tornão-se tão fetidos, que, como diz Charpentier, o medico póde fazer o diagnostico subindo a escada, pelo cheiro nauseabundo que elles exhalão; desde então uma febre violenta se declara e todos os symptomas de um envenamento putrido se manifestão.

Tratamento. — O parteiro, chamado para um caso de aborto irremediavel, deve se preoccupar, não com a expulsão do feto, porque esta não offerece difficuldade, mas com a da placenta e de seus annexos, sem contar além d'isso com a hemorragia que ás mais das vezes terá de combater.

Não se effectuando o delivramento o medico deve intervir? É esta uma questão difficil de se decidir á primeira vista.

Quasi todos os parteiros que temos citado e conjunctamente Jacquemier não concordão que se intervenha; todos elles preferem seguir o conselho do illustrado professor Peter, o qual consiste — em saber esperar.

É certo que se limitassemos a expectação pura e simples, poderíamos passar pelo desgosto de ver manifestar os accidentes que acima dissemos; por isso os auctores aconselhão, para prevenil-os, a expectação, como dizem, armada.

O centeio espigado, não obstante prescripto por alguns n'estes casos, é guardado com muita reserva pela maioria dos praticos; entre elles Pajot que insiste sempre no seguinte preceito: não empregueis nunca o centeio espigado, enquanto houver alguma cousa no utero (feto, placenta, membranas e coalhos).

No aborto não se deve praticar tracções sobre o cordão, por isso que darião infallivelmente lugar aos accidentes resultantes de sua ruptura.

Quando uma parte da placenta occupa já a vagina e a outra ainda se acha no utero, ao contrario do que vimos no parto a termo, não convém fazer tracções sobre essa parte, porque ella póde ceder e a parte superior ficar retida pela retracção uterina.

Cumpre, pois, esperar a expulsão espontanea, e de mais, como dissemos, a placenta do aborto póde algumas vezes permanecer no utero sem trazer accidentes.

Os lochios tornando-se fetidos, urge quanto antes livrar a mulher d'esse fóco de infecção.

As injeccões intra-vaginaes e intra-uterinas, feitas frequentemente, e continuadas até que o liquido injectado não seja mais impregnado de cheiro putrido são de grande utilidade.

Diversas substancias têm sido propostas para essas injeccões, taes como: solução phenicada, solução contendo licôr de Van-Swieten, solução de sulfato de cobre, etc. Esta ultima é muito empregada no Hospital da Misericordia pelo Sñr. Dr. Feijó Junior.

Convém tambem tocar as doentes, para verificar se existe algum fragmento da placenta retido no collo, porque então dever-se-hia incontinentemente praticar a sua extracção, quer com os dedos, quer com a pinça de Levret, quer com a curetta de Pajot.

As injeccões são, com effeito, muitas vezes insufficientes e não podem arrastar para o exterior as porções um pouco volumosas.

A doente deve além d'isso ser submettida a todas prescripções hygienicas. O ar do quarto deve ser muitas vezes renovado e purificado por todos os meios apropriados; as roupas, tanto do corpo como da cama, devem ser constantemente mudadas.

Havendo complicação de peritonite, recorre-se aos purgativos, aos banhos, aos calomelanos e ás fricções mercuriaes belladonadas.

O repouso absoluto, as sanguesugas, as ventosas escarificadas e os vesicatorios sobre o hypogastrio são tambem aconselhados.

Cumpre tambem instituir um tratamento geral, empregando de preferencia as preparações de quina, o alcool e o acetato de ammoniaco que sempre dão resultado.

Suppomos haver tratado do que ha de mais importante n'esta parte de nosso ponto.

Não entramos, é certo, nas profundidades da questão, e que está ao alcance de todos que se dedicação ao nobre mister de parteiro; mas indicamos o que nos occorreu de mais serio para evitar-se um facto que muitas vezes vem acompanhado de seria interrupção na vida normal da mulher, sujeita a esses accidentes.



PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de physica medica

ESTUDO ESPECIAL SOBRE OS THERMOMETROS CLINICOS

I

Thermometros são instrumentos que servem para medir a temperatura.

II

Sua construcção é fundada na propriedade que têm certos corpos de se dilatarem por meio do calor.

III

Os thermometros clinicos mais empregados são os de Celsius, Casella, Aitken, Peter, etc.

Cadeira de chimica medica e mineralogia

ESTUDO CHIMICO DO OZONA. CRITICA DOS PROCESSOS QUE SERVEM PARA REVELAR A SUA EXISTENCIA NO AR ATMOSPHERICO. PAPEL QUE REPRESENTA ESTE AGENTE NAS EPIDEMIAS.

I

O ozona possui uma acção oxydante das mais energicas.

II

O ozona existe na atmosphaera, onde forma-se naturalmente pela acção da electricidade sobre o oxigeneo, e pelos repetidos phenomenos de oxydação na superficie do globo.

III

O papel do ozona nas epidemias acha-se ainda envolto em duvidas; segundo uns, elle as evitaria, segundo outros, concorreria para a sua producção.

Cadeira de chimica organica e biologica

PHENOL E ACIDO SALICYLICO

I

O producto que fornece mais economicamente e em maior escala o phenol é o oleo de alcatrão de hulha.

II

O phenol é muito empregado em cirurgia e tem dado excellentes resultados no curativo das feridas; é a base do curativo de Lister.

III

Uma solução de acido salicylico em alcool methylico em presença de algumas gottas de acido sulfurico, exhala pelo aquecimento, durante alguns minutos, um aroma suave de baunilha, devido á producção do ether methyl-salicylico. (Dr. Felicissimo Fernandes).

Cadeira de botanica e zoologia medicas

DA FECUNDAÇÃO CRUZADA NAS PLANTAS

I

Ha fecundação cruzada quando o pistillo de uma planta é fecundado pelo pollen de uma outra planta.

II

Para que duas plantas se fecundem, é preciso que exista entre ellas uma analogia notavel de caracteres; é por isso que é muito mais facil obter mestiços ou hybridos entre variedades, que hybridos propriamente ditos, formados pela união de dois typos especificos.

III

Para que uma planta soffra a acção de um pollen estranho, é necessario que seu pistillo ainda não tenha recebido o seu proprio.

Cadeira de anatomia descriptiva

ORGÃO CENTRAL DA CIRCULAÇÃO

I

O órgão central da circulação denomina-se coração.

II

O coração está situado no thorax, acima do diaphragma, entre as duas pleuras. Concorre para formar o mediastino, septo que separa os dois pulmões.

III

O coração apresenta quatro cavidades, separadas por septos : as superiores chamão-se aurículas ; as inferiores ventriculos.

Cadeira de histologia theorica e pratica

DAS CELLULOGENESIS

I

Duas theorias se apresentam em campo para explicar o modo de formação das cellulas.

II

A theoria de Schwann, no estado actual da sciencia, não póde ser aceita.

III

A theoria de Virchow, — *omnis cellula cellula*, é a unica aceitavel.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

DA IRRITABILIDADE MUSCULAR

I

A irritabilidade muscular, ou a propriedade que têm os musculos de se contrahirem, é inherente á fibra muscular e não depende do systema nervoso.

II

Os differentes agentes capazes de sollicita-a dividem-se em physicos, chimicos e physiologicos.

III

A irritabilidade muscular modifica-se muito sensivelmente, quer por um repouso muito prolongado, quer ao contrario por um trabalho excessivo.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologica

PALUDISMO

I

Os individuos, que succumbem victimas de infecção paludosa, apresentam constantemente o figado e o baço augmentados de volume.

II

As lesões vasculares dependentes do paludismo consistem, segundo o Dr. Vinogradoff, em uma tumefacção endothelial dos capillares, podendo ás vezes produzir a obliteração completa da luz dos vasos.

III

A ruptura espontanea do baço tem sido algumas vezes notada em casos de febres perniciosas.

Cadeira de pathologia geral

DO PARASITISMO

I

As descobertas de Pasteur e de Koch mostram perfeitamente o valor da theoria parasitaria na genese das molestias.

II

Poucas são as molestias entretanto, cuja causa pôde ser positivamente attribuida á presença de um microbio no organismo.

III

A febre amarella, segundo o nosso illustrado professor de chimica organica, é uma entidade morbida de origem parasitaria.

Cadeira de pathologia medica

BERI-BERI

I

O beri-beri é uma molestia infecciosa, apyretica, propria dos climas quentes, caracterisada principalmente, ora por paralysias gradualmente ascendentes, ora por hydropisias, mais ou menos extensas, ora por uns e outros symptomas, todos dependentes de uma perturbação funcional da inervação espinal e vaso-motora. (Dr. Peçanha da Silva.)

II

Apresenta clinicamente tres fórmulas: paralytica, edematosa e mixta.

III

Quanto á sua pathogenia, são diversas as theorias tendentes a explical-a.

Cadeira de pathologia cirurgica

FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO

I

Denomina-se ferimentos por arma de fogo as feridas produzidas por projectis póstos em movimento pela deflagação da polvora.

II

Os ossos situados no nivel de um ferimento por arma de fogo podem ser contundidos ou fracturados.

III

O prognostico dos ferimentos por arma de fogo varia conforme a profundidade, extensão e séde da ferida.

Cadeira de materia medica e therapeutica, especialmente brasileira

MEDICAÇÃO REVULSIVA

I

Entende-se por medicação revulsiva um grupo de medicamentos que têm por fim provocar uma irritação local com o fim de substituir uma irritação morbida.

II

Os agentes revulsivos dividem-se em rubefacientes, vésiculantes, pustulantes e estimulantes.

III

São innumeras as affecções que reclamam o emprego d'esta medicação.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

ESTUDO PHARMACOLOGICO DO OPIO E SEUS ALCALOIDES

I

O opio é o succo leitoso e concreto ou melhor a seiva extra-hida dos fructos da papoula somnifera (*papaver somniferum*).

II

Ha tres especies principaes de opio: o de Smyrna, o de Constantinopla e o do Egypto; sendo a primeira a mais importante, porquanto encerra maior quantidade de morphina (13 á 14 %).

III

As preparações pharmaceuticas que têm por base o opio e que são mais geralmente empregadas, são: o laudano de Sydenham, o extracto gommoso de opio, o elixir paregorico, o xarope diacodio, etc.

Cadeira de Hygiene publica e privada e historia da Medicina

ESTUDO HISTORICO DA FEBRE AMARELLA NO BRAZIL

I

O anno de 1686 marca a epocha em que foi observada pela primeira vez no Brazil a febre amarella, sendo Pernambuco a primeira parte do continente brasileiro atacado por esse terrivel flagello, para onde foi importado pelo navio *Oriflamme*.

II

Em 1849, quando já não se ouvia fallar n'esta terrivel entidade morbida, surgiu de novo no Brazil, começando pela Bahia; coincidindo ainda d'esta vez com a chegada do navio *Brazil*, procedente da Nova-Orleans, onde ella grassava.

III

Em 27 de Dezembro do mesmo anno appareceu no Rio de Janeiro, onde encontrando a cidade em pessimas condições de asseio e de medidas hygienicas desenvolveu-se consideravelmente.

Cadeira de Medicina operatoria

DAS OPERAÇÕES RECLAMADAS PELAS FENDAS, ABCESSOS E TUMORES DO SEIO

I

Os diversos meios curativos dirigidos contra os tumores do seio comprehendem quatro grupos: medicação expectante; medicação palliativa; medicação em que se lança mão de meios medicos; finalmente medicação cirurgica.

II

D'estes quatro grupos, é o ultimo o que mais confiança inspira ao cirurgião.

III

O bisturi deve ser preferido em todos os casos; é elle que, na phrase do Ex.^{mo} Snr. Dr. Barão de Motta Maia, dá ao cirurgião a predominancia sobre os tumores do seio.

Cadeira de Obstetricia

PRENHEZ EXTRA-UTERINA

I

Entende-se por prenhez extra-uterina o desenvolvimento de um feto e de seus annexos fóra da cavidade uterina.

II

Esta especie de prenhez é dividida em muitas variedades, que recebem nomes differentes, conforme o ponto do trajecto em que o ovo se fixou.

III

As mais communs são: a ovarica; a sub-péritonéal-pelviana; a tubaria; a utero-intersticial, etc.

Cadeira de medicina legal e toxicologia

ESTUDO MEDICO-LEGAL DAS MANCHAS DE SANGUE

I

A revelação dos caracteres do sangue, no lugar onde se supõe ter havido um crime ou nos objectos pertencentes ao individuo suspeito, é de grande valor para as pesquisas judiciais.

II

Os caracteres physicos das manchas são muitas vezes em medicina-legal de nenhum valor e só os dados chimicos, microscopios e espectroscopios podem dar certeza a respeito da natureza das manchas.

III

A presença dos cristaes de chlorhydrato de hematina é a melhor prova de que as manchas são formadas por sangue.

Primeira cadeira de clinica medica

DO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DAS PYREXIAS PALUSTRES

I

A residencia e a natureza do trabalho a que o individuo se entrega são condições de grande valor para o diagnostico d'essas pyrexias.

II

A congestão hepato-splenica e a camada suburrosa esbranquiçada da lingua são symptomas quasi constantes do impaludismo.

III

O unico medicamento que inspira confiança no tratamento das pyrexias palustres é a quinina sob a fórma de saes.

Primeira cadeira de clinica cirurgica de adultos

DAS CONDIÇÕES PATHOGENICAS E DO TRATAMENTO DO ANUS ANORMAL ACCIDENTAL OU CIRURGICO

I

Os embaraços da circulação nas paredes intestinaes, determinando ulteriormente gangrena, taes são as condições pathogenicas do anus anormal accidental.

II

O restabelecimento do curso normal das materias fécaes é a primeira indicação para obter-se a cura do anus anormal.

III

Chega-se a este resultado pela suppressão do esporão, e o melhor meio para conseguil-o é a compressão feita com o enterotomo de Depuytrem.



HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Si mulier, quæ neque gravida est neque peperit, lac habet,
ei menstrua defecerint.

Sect. V. Aph. 39.

II

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fætum sanum
esse impossibile.

Sect. V. Aph. 60.

III

Mulieri utero gerenti vena secta abortionem facit, idque
potissimum si fætus grandior fuerit.

Sect. V. Aph. 31.

IV

Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripit lethale.

Sect. V. Aph. 30.

V

Mulieri utero gerenti si mammæ derepente gracilescent,
abortionis periculum est.

Sect. V. Aph. 37.

VI

Mulieri uterum gerenti, si lac copiosum et mammis effluat,
fætum imbecillem indicat. Quod si solidæ mammæ fuerint, valen-
torem fætum significant.

Sect. V. Aph. 52.

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 24 de Julho de 1886.

Dr. Brandão.

Dr. Crissiúma.

Dr. Francisco de Castro.