

JOÃO CARLOS CAGGIANO

**Contribuição ao estudo dos estados
espasmedicos localizados no collo
do utero. Acção da atropina**

(CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA)

THESE INAUGURAL



1931

OFICINAS GRAFICAS DA LIVRARIA DO GLOBO
PORTO ALEGRE

MED

OR
618.51
C131C
1931

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

EM 31 DE MARÇO DE 1931

POR

JOÃO CARLOS CAGGIANO

NATURAL DE BAGÉ, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
FILHO LEGÍTIMO DE PEDRO CAGGIANO E DE D^{NA.} ISOLINA OSÓRIO CAGGIANO
AFIM DE OBTER O GRAU DE DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO :

**Contribuição ao estudo dos estados es-
pasmódicos localizados no collo do utero.**

Accção da atropina

(CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA)

1931

OFICINAS GRAFICAS DA LIVRARIA DO GLOBO
BARCELLOS, BERTASO & CIA. ← PORTO ALEGRE
← FILIAES : SANTA MARIA E PELOTAS →



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0194

Contribuicao ao estudo dos est



Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Prof. Sarmiento Leite,
Director.

Prof. Serapião Mariante,
Vice-director.

Prof. Sarmiento Leite Filho,
Secretario.

CADEIRAS

Physica
Chimica geral e mineral.....
Biologia geral e parasitologia.....
Anatomia humana, 1.^a parte.....
Histologia
Chimica organica e biologica.....
Anatomia humana, 2.^a parte.....
Physiologia, 1.^a e 2.^a partes.....
Microbiologia
Pharmacologia
Pathologia geral
Clinica medica propedeutica.....
Pathologia medica
Medicina operatoria
Anatomia e physiologia pathologicas.....
Hygiene
Medicina legal
Therapeutica
Pathologia cirurgica
Medicina tropical
Anatomia medico-cirurgica e operações.....
Clinica medica
Clinica cirurgica
Clinica gynecologica
Clinica obstetrica
Clinica neuriatrica
Clinica psychiatrica
Clinica opthalmologica
Clinica dermatologica e syphiligraphica.....
Clinica pediatria medica e hygiene infantil
Clinica cirurgica infantil e orthopedia.....
Clinica oto-rhino-laryngologica
Obstetricia

PROFESSORES

Ney Cabral
F. Difini (livre docente)
Sarmiento Barata
Moysés Menezes
Marques Pereira
Christiano Fischer
Sarmiento Leite
Raul Pilla
Pereira Filho
Argymiro Galvão
Walther Castilho
Thomaz Mariante
Sarmiento Leite F.^o (substituto)
Octacilio Rosa
Gonçalves Vianna
Freitas de Castro
Annes Dias
Paula Esteves
Diogo Ferraz
Basil Sefton
Ervin Presser (livre docente)
Aurelio Py
Octavio de Souza
Guerra Blessmann
Frederico Falk
Martim Gomes (interino)
Mario Totta (interino)
Fabio de Barros
Luis Guedes
Diogo Ferraz (interino)
Ulysses Nonohay
F. Ygartúa (livre docente)
G. Blessmann (interino)
Alberto de Souza (interino)
Mario Totta

CADEIRAS

Pharmacia chimica	Carlos Leite (interino)
Chimica toxicologica	Cunha Louzada (interino)
Chimica bromatologica	Waldemar Castro (interino)
Biologia geral e physiologia.....	Basil Sefton (interino)
Hygiene e legislação pharmaceutica.....	Ayres Maciel (livre docente)

PROFESSORES

Curso de Odontologia

Clinica odontologica	Cirne Lima
----------------------------	------------

Professores substitutos

Sarmento Leite Filho — Nona secção (Pathologia medica e clinica medica)
Carlos Leite — Decima quinta secção (Clinica dermatologica e syphiligraphica)

Docentes-livres

Dr. Raul di Primio — Biologia geral e parasitologia
Dr. Oscar Pereira — Microbiologia
Dr. Elyseu Paglioli — Clinica obstetrica
Dr. Florencio Ygartúa — Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Dr. Ervino João Carlos Presser — Medicina operatoria
Dr. Raul Jobim Bittencourt — Clinica psychiatrica
Dr. Ayres Maciel — Hygiene
Dr. Bruno Attilio Marsiaj } Anatomia humana
Dr. Elyseu Paglioli }
Dr. Felicissimo Difini } Chimica geral e mineral
Dr. Mario Bernd }

Professores em disponibilidade

Alvaro Fróes da Fonseca — Cathedratico
Mario Pinheiro de Castro Bittencourt — Substituto

Professores jubilados

Francisco de Carvalho Freitas — Pharmacologia
Francisco Freire de Figueiredo — Clinica opthalmologica
João Dias Campos — Therapeutica
Manoel Gonçalves Carneiro — Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Manoel Velho Py — Hygiene

Professores honorarios

Carlos Barbosa Gonçalves
Olympio Olinto de Oliveira
Protasio Antonio Alves

Professores licenciados

Raul Moreira — Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Nogueira Flores — Clinica cirurgica infantil e orthopedia.

—◆—
NOTA — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses por seus autores.



PREFACIO

Ao apresentarmos nossa these á douda Congregação da Faculdade de Medicina, não podemos dispensar duas palavras de justificativa.

Não iremos encarecer aqui a importancia do assumpto de que tratamos, o qual gentilmente nos foi suggerido pelo illustre professor Dr. Mario Totta, nem as difficuldades que encontramos na elaboração do mesmo, aliás bastante familiares á todos aquelles que têm emprehendido escrever um trabalho scientifico no nosso meio.

Nosso fim unico é tornar mais conhecida uma das dystocias, a qual frequentemente sóe apparecer no curso do trabalho de parto, e o seu tratamento, por meio de uma medicação de facil emprego, de minimos riscos e de optimos resultados.

Dizem que o lemma do parteiro é "esperar".

Sim, julgamos sempre nocivo apressar um trabalho de parto, sem um motivo plausivel; mas perguntamos nós: quantas vezes esta espera não poderá ser prejudicial?

E então o parteiro deverá agir, e como tal outro lemma se lhe antepõe: "agir sem prejudicar".

Assim sendo, em taes casos, dever-se-á recorrer áquella das intervenções indicadas que, com um minimo de riscos, traga, os maiores beneficios não só á mãe, mas tambem ao feto.

II

A questão da rigidez espasmodica do collo uterino, si bem que ha muito conhecida, não tem merecido a attenção que sua importancia requer, .

Os tratados apenas nos ministram noções geraes e o pouco que ha escripto, a seu respeito, temol-o encontrado esparso em revistas, não existindo ainda uma unidade de vistas na sua interpretação.

Não pretendemos no entretanto com nosso trabalho, aliás bem modesto, solucionar tão transcendente assumpto.

Desejamos unicamente contribuir com algo para a elucidação do mesmo, e, para tal, lançamos mão de todos os meios que estiveram ao nosso alcance.

Finalizando, deixamos aqui consignado o nosso sincero agradecimento á todos aquelles que por qualquer modo nos auxiliaram na feitura d'este trabalho.

CAPITULO I

CONSIDERAÇÕES GERAES

No decorrer do trabalho de parto, numerosas são as causas de dystocia que se pódem apresentar, mas dentre ellas uma, sem duvida, é bastante commum e não menos destituida de importancia: “é a rigidez espasmodica do collo do utero”.

Ha muito tempo que são conhecidas estas anomalias dynamicas do utero em trabalho, situadas mais particularmente ao nivel dos orificios interno e externo do collo uterino e, desde então, têm sido objecto de estudos varios, por parte de autores como Baudeloque, Barbour, Bandl, Schröder e outros. No entretanto, parece não haver ainda uma unidade de vistas a respeito de tão interessante phenomeno. Os tratados apenas nos fornecem noções geraes, não nos dando detalhes sufficientes quanto ás condições sob as quaes ellas se apresentam, sobre o momento em que ellas pódem apparecer no curso do trabalho de parto, sobre sua duração e sobre sua evolução particular.

Perturbando a marcha normal do parto, devido a um periodo de dilatação muito prolongado, estas anomalias, além de acarretarem um soffrimento maior á parturiente, pódem condicionar diversas complicações, extensivas não só á mãe, mas tambem ao feto.

Em relação á mãe, a rigidez do collo, influindo sobre

a lentidão do trabalho, influirá também sobre as complicações maternas do post-partum.

Com respeito ao feto, nós podemos fazer uma idéa de tal considerando a seguinte asserção de Kronig, que chama a attenção sobre a importancia da dystocia das partes molles maternas: "A morte da criança durante o trabalho de parto é devida duas vezes mais ás anomalias das partes molles maternas que ás anomalias da bacia." Das anomalias das partes molles maternas, a rigidez espasmodica do collo do utero é a mais frequentemente encontrada e a que toma parte mais importante, no retardamento do processo de dilatação.

Como sabemos, o papel do collo uterino no trabalho do parto normal é puramente passivo, isto é, elle, sob a acção da bolsa das aguas e tracções das fibras longitudinaes do corpo do utero, regidas pelas contracções deste, dever-se-á dilatar, afim de dar passagem ao producto da concepção.

Iniciado o trabalho de parto, propriamente dicto, com as primeiras contracções uterinas dolorosas, regularmente espaçadas, involuntariás, estas tendem a impellir o ovoide fetal para o exterior, pela unica abertura destinada á sua passagem, que é atravez o collo do utero.

No primeiro periodo, os feixes longitudinaes, situados na zona equatorial do utero, procuram a acção mais favoravel para abrir o trajecto cervical. Ao mesmo tempo que elles fazem a tracção do collo de baixo para cima, impulsionam o conteúdo de cima para baixo: dupla acção, da qual os effeitos contrarios se traduzem pelo descollamento das membranas, e a formação que se segue, da bolsa das aguas.

Os musculos annulares do corpo do utero, mais potentes que os precedentes, entram igualmente em acção. Dentre elles, devemos distinguir aquelles do segmento médio, e do segmento inferior, porque suas funcções differem, em razão mesmo de suas situações respectivas.

Os primeiros, têm a faculdade de se contrahirem desde o inicio do trabalho e regem a tensão intra-ovular. Ao contrario, os segundos soffrem os effeitos do fluxo amniotico impulsionado de cima, effeitos estes de expansão centrifuga, que, por assim dizer, dominam suas discretas propriedades de contracção e retracção; estes adelgaçam-se, emquanto que os primeiros se espessam, em virtude mesmo de sua potencia. O segmento inferior vae se limitar a dirigir quasi que passivamente o feto no movimento de descenso, emquanto que os segmentos superior e médio regerão a funcção activa da expulsão.

O segmento superior prevalece sobre o inferior (mesmo recebendo como elle a acção do fluxo amniotico) porque o mesmo não tem ponto fraco, isto é, um orificio destinado á dilatação, pois que os orificios tubarios acham-se hermeticamente fechados.

O papel ou a acção do segmento inferior é semelhante áquella do intestino, segundo a lei de Bayliss e Starling; o anti-peristaltismo, transmittindo a onda contractil ás zonas superiores, deixa abaixo do anel que se formou uma zona de relaxamento, de hypotonia, que diminue a resistencia parietal e favorece a expansão dilatadora da bolsa das aguas a principio, e, depois della, a da apresentação precedida da bossa sero-sanguinea.

Uma vez formada a bolsa das aguas, sob a acção desta e da contracção uterina que, numa palavra, rege todo o trabalho de parto, vai processar-se a dilatação do collo do utero.

No inicio, as fibras longitudinaes do corpo entram em conflicto com o esphincter do collo e o entre-abrem; ellas, por sua acção, preparam a via á bolsa das aguas, que vai se insinuando á maneira de uma cunha, fazendo ao mesmo tempo pressão dilatadora sobre os bordos do orificio interno. Sob a influencia deste esforço centri-

fugo (exercido ao mesmo tempo de dentro para fóra e de cima para baixo), o conducto cervical muda radicalmente de fórmula: de cylindrico que era, de paredes espessas e calibre estreito, elle torna-se afunilado depois em fórmula de diaphragma, concavo para cima, do qual o pólo é o orificio externo; seus labios abrem-se e se adelgaçam, terminando por fazerem parte commum com o corpo do utero.

E' bastante importante este achatamento do collo: elle é principalmente accentuado nas primiparas, nas quaes os tecidos não têm ainda a maleabilidade adquirida pelas multiparas; nesta phase é que se torna mais viva a lucta entre a potencia, representada pelo musculo uterino e se traduzindo pelas contracções, e a resistencia opposta pelo collo á dilatação; mas o collo acaba cedendo, realizando-se, então, de uma maneira geral, o adelgaçamento do diaphragma cervical.

Quando o apagamento do collo se realizou completamente, e "não existe mais collo", como se diz em linguagem de parteiro, o trajecto cervical desapparecido acha-se reduzido a um unico orificio: "o orificio externo"; o orificio interno, encontra-se aberto em circumferencia que tem em média neste momento 4 centimetros de raio (altura do trajecto cervical antes do inicio do trabalho). (Demelin).

O orificio "uterino", unico então commum ao collo e ao corpo, no fim do apagamento, corresponde exactamente ao limite do epithelio estratificado do "focinho de tenca", e do epithelio intra-cervical (hymen cervical das primiparas).

A dilatação propriamente dicta vai começar.

Geralmente esta dilatação não começa a se effectuar sinão a partir do momento em que o collo está completamente apagado; no entretanto nas multiparas, é frequente ver-se o collo se dilatar completamente con-

servando ainda uma certa espessura. Mas na maioria das vezes, como dissemos, no momento em que a dilatação começa, o orificio uterino ainda punctiforme ou permeavel apenas á polpa do index, apresenta seus bordos consideravelmente delgados.

A seguir, pela acção combinada, por nós já anteriormente citada, da bolsa das aguas alternativamente distendida e relaxada, e da retracção progressiva para cima das fibras longitudinaes do segmento inferior, veremos o orificio uterino se entre-abrir gradualmente, de uma maneira contínua, progressiva, mas com uma tendencia a se dilatar mais rapidamente á medida que sua abertura vai augmentando.

No curso do periodo de apagamento, durante a absorpção progressiva do collo pelo segmento inferior, o annel vaginal de inserção que tem a principio uma fórma circular e as mesmas dimensões da superficie externa do collo, vai soffrer uma dilatação progressiva, que se continuará no curso da dilatação propriamente dicta, de tal sorte que num momento dado, enquanto o collo está bem longe ainda de sua dilatação completa, o annel vaginal superior adquiriu já um diametro de quasi 10 centimetros e permite a penetração profunda da apresentação, da qual a descida é impedida entretanto por um diaphragma cervical, tendo ainda 3 a 4 centimetros de largura e apresentando um orificio de 5 a 6 centimetros de diametro. (Brindeau).

Depois este diaphragma soffre a dilatação gradual de seu orificio central, ao mesmo tempo que a distancia que separa, este orificio em vias de dilatação e a inserção vaginal, vai diminuindo pouco a pouco; finalmente, esta torna-se nulla pela suppressão de todo o septo existente entre o utero e a vagina.

O collo uterino, mais a vagina, fórmam então “o canal de expulsão do utero”, atravez do qual, depois da ruptura das membranas do ovo, (denudação do feto),

o feto é lançado do ventre materno ao mundo exterior, sendo esta acção não sómente condicionada pela contracção uterina, mas também pelos esforços da prênsa abdominal que agora constituem um auxilio muito efficaz para o parto. (Döderlein).

Como acabamos de ver, existe um antagonismo physiologico entre as partes altas do corpo do utero e as partes baixas do collo; entretanto sobre o mechanismo que dirige e regularisa este antagonismo funccional, só podemos dizer, que, no curso de um trabalho de parto normal, as relações entre o corpo, e o collo uterino, são de uma precisão perfeita. As contracções do corpo do utero, devem produzir o apagamento do collo e a dilatação do orificio externo.

Normalmente, nenhum phenomeno de contracção activa deve se manifestar ao nivel do collo. Como o corpo uterino está destinado a se contrahir, assim o collo e o orificio externo, estão destinados a serem dilatados.

Uma vez terminado definitivamente o parto, então sim, o collo e o orificio externo se contrahirão ao mesmo tempo que o corpo do utero.

Anormalmente, por circumstancias que exporemos no decorrer do nosso trabalho, poderemos ver o collo uterino relegar sua função passiva, passando a ser séde de contracções activas, que, numa palavra, impedirão o processo normal da dilatação, perturbando assim, com graves consequencias, geralmente, a seriação normal do trabalho de parto.



CAPITULO II

LOCALIZAÇÃO DOS ESTADOS ESPASMODICOS AO NIVEL DO COLLO UTERINO E SEUS ORIFICIOS

Depois das rapidas considerações que fizemos sobre o desenrolar do parto normal, physiologico, que felizmente se realiza numa percentagem elevada, devemos dizer que, não obstante isso, é frequente encontrarmos partos com muito boas contracções uterinas em parturientes cuja bacia é normal ou com uma deformação insignificante, mas nas quaes a dilatação se processa de uma maneira lenta e penosa. O collo do utero apresenta ao tocar, durante o periodo de dilatação, uma rigidez, a qual constitue, por si só, uma dystocia e torna o parto lento, prolongando-o por dois, tres dias e mesmo mais, com o cortejo de complicações que sóem sobrevir, e já por nós anteriormente citadas.

Como pathogenia dessa rigidez, considera-se uma anomalia no mecanismo physiologico da dilatação, proveniente do facto que um dos factores que contribuem para a dilatação do collo encontra-se em deficiencia.

As modificações dos tecidos do collo, sejam de origem infecciosa, fibromyomatosa, albuminurica, sejam em relação á idade avançada da parturiente, não são, de todo, extranhas á pathogenia da rigidez.

Certos autores descrevem uma variedade anatomica e uma outra espasmodica da rigidez do collo uterino, deixando de lado certamente a variedade cicatricial. Mas nem todos apoiam esta concepção. Ha autores que não citam, por julgarem-na destituida de importancia, a variedade anatomica, reconhecendo principalmente a variedade espasmodica. Assim Baudeloque julga que a rigidez do collo e sua retracção espasmodica são a mesma cousa. São bastante conhecidas suas observações sobre o espasmo do orificio interno, o circulo uterino, que se contrahe em torno do pescoço do feto, e que torna difficil certas versões depois do escoamento das aguas.

Cazeaux e Tarnier reconhecem como bem mais rara a variedade anatomica. Doleris não admitte a variedade anatomica.

Parece-nos bastante difficil estabelecer a differenciação clinica entre estas duas fórmulas de rigidez. O elemento espasmo encontra-se mais commumente do que realmente se julga. O espasmo, muitas vezes primitivo de uma maneira um tanto brusca, é a unica causa da rigidez, e portanto da dystocia. Em casos semelhantes, desde que se suprime o espasmo, constata-se que a rigidez não tarda a ceder, e o parto retoma o seu curso normal, terminando dentro de poucas horas. Outras vezes, o espasmo é por assim dizer um phenomeno secundario na rigidez. A causa primitiva desta dystocia encontra-se, seja num estado pathologico dos tecidos a esse nivel, como o tem observado Ernest Gueissaz, que responsabilisa como causante de tal a infecção blennorrhagica, as endometrites post-abortum, a fibromyomatose do utero, a albuminuria gravidica, principalmente quando ha edemas, seja na ausencia de uma das condições physiologicas, da qual o concurso simultaneo é indispensavel á dilatação regular do collo uterino: ruptura prematura da bolsa das aguas, flexão insufficiente da cabeça, etc. . . .

Nestes casos, o espasmo se apresenta como cúmplice da causa primitiva da rigidez e sua gravidade, na complicação do trabalho, póde sobrepujar mesmo áquella da causa primitiva. Com a suppressão deste elemento secundario da dystocia, o parto progressa, si bem que um pouco mais lentamente que no primeiro grupo de casos, onde a dystocia era devida unicamente ao espasmo. Mas num e noutro grupo de casos, a rigidez representa na maioria das vezes, a expressão clinica de um estado de tetanisação espasmodica das fibras musculares ao nivel do collo uterino.

Eliminando de inicio os phenomenos analogos, creados pelos estados cicatriciaes, seja post-operatorios, seja devidos a uma inflammação, nós consideraremos sómente a localisação dos espasmos ao nivel dos orificios interno e externo do collo uterino, attestando qualquer anomalia por excesso de contractilidade e de excitabilidade a esse nivel.

Ao empregarmos o termo orificio, nós não pensamos sómente na localisação anatomica de uma abertura limitada por seu bordo, mas tambem nas partes vizinhas e especialmente nos feixes musculares circulares que se encontram na sua proximidade immediata. Não devemos entretanto considerar ao pé da letra o termo "localisação". Si é exacto que um espasmo se acha no curso do trabalho limitado a um dos orificios ou mesmo aos dois, não é menos verdade que esta ás vezes não será sinão temporaria. De um momento para outro, o utero poderá tomar parte importante neste estado espasmodico.

M. Bindschaedler, estudando mais particularmente os espasmos localizados no corpo uterino, observou contracções uterinas, a principio normaes, tornarem-se em pouco tempo francamente espasmodicas, devido á persistencia de um estado de contractura num dos orificios,

que tornava, por assim dizer, inefficaz o trabalho energico e contínuo do corpo uterino.

Um estado espasmodico póde se apresentar ao nivel do orificio interno ou externo, em qualquer phase do trabalho de parto. As causas no entretanto, são sempre difficeis de identificar. Um leve traumatismo em relação mesmo com o trabalho, ou provindo do exterior, póde originar um espasmo. E' por essa razão que podemos vêr surgir um estado espasmodico, seja por occasião da ruptura espontanea ou artificial das membranas, seja devido á persistencia das mesmas, ou então ainda, durante o abaixamento de um pé, na extracção do tronco, por occasião da manobra de Mauriceau, etc. Parece, entretanto, que estes traumatismos não tomam sinão uma pequena parte na apparição do espasmo. A maioria dos autores está inclinada a crêr que é a irritabilidade particular de um utero ou de certas zonas de suas partes baixas que, em uma palavra, é a causa de um estado espasmodico localizado.

Em certas parturientes o espasmo de um orificio póde apparecer já nas primeiras dores; em outras elle apparece no decorrer dum trabalho até então aparentemente normal. O orificio externo ou interno será a séde de uma contractura importante, ás vezes rebelde a ponto de não ceder no intervallo das contracções uterinas.

Estes estados espasmodicos, como sabemos, são devidos a uma contracção activa e excessiva de certos grupos musculares (fibras circulares) situados ao nivel dos orificios e nas suas immediações. Em certas occasiões, aliás frequentes, observa-se que os bordos do orificio se contraem ao mesmo tempo que o corpo uterino, fazendo assim o papel de um verdadeiro esphincter que resiste ás mais energicas impulsões.

Este phenomeno é particularmente nitido quando ha relaxamento do orificio no intervallo das contracções.



Segundo Horrenberger, não existe, todavia, relação alguma entre a intensidade das contracções do corpo uterino e o estado espasmodico de um dos orificios. A contractura dos bordos de um dos orificios póde ser muito intensa, emquanto que as contracções do corpo uterino não excedem á média ou ás vezes mesmo permanecem abaixo della.

No entretanto estes estados espasmodicos nem sempre se acham limitados aos bordos de um dos orificios. As partes situadas immediatamente acima destes pódem igualmente apresentar contracções activas, que se estendem geralmente sobre uma zona de 1 a 2 centímetros. Assim sendo, num espasmo localizado ao nivel do orificio externo, si as partes situadas acima deste orificio passam a ser séde tambem de contracções espasmodicas, a cabeça será directamente retida na sua progressão e mesmo recalçada para cima. Este genero de espasmo que se encontra mais particularmente ao nivel do orificio externo, explica bem porque a cabeça póde permanecer, nestes casos, muito tempo movel.

Esta mobilidade, cuja duração geralmente é longa, póde tambem ser devida a um espasmo do orificio interno, localizado seja abaixo ou acima da cabeça.

A localização de um estado espasmodico ao nivel do orificio externo nos dá a impressão ao tocarmos, quando no inicio da dilatação, de um verdadeiro anel de varios millímetros de espessura e mesmo de um centimetro, permeavel para um ou dois dedos, retrahindo-se um pouco por occasião das contracções.

Si a dilatação está mais adeantada, os bordos do orificio externo encontram-se naturalmente mais delgados.

Observa-se então melhor a retracção espasmodica destes durante a contracção uterina.

A's vezes os bordos já bastante delgados tornam-se por occasião de uma contracção mais delgados ainda, e

como que cortantes, assemelhando-se a um fio de ferro de 2 a 3 millímetros de espessura. Sua rigidez póde se accentuar bastante, apesar mesmo da ausencia de tecido cicatricial.

Em certas occasiões, estes estados espasmodicos attingem um gráu tal que não cedem nem no intervallo das contracções. Trata-se, então, de uma verdadeira contractura ou de uma contracção maxima permanente que no entretanto póde existir independentemente do corpo uterino, que fará seu relaxamento entre as contracções.

O estado espasmodico do orificio externo se produz, na maioria das vezes, lentamente, insensivelmente.

Acompanhando o desenrolar do trabalho de parto, tem-se occasião, nestes casos, de assistir a uma modificação lenta mas progressiva das contracções uterinas, caracterisada por uma sensação dolorosa situada geralmente nas partes baixas do utero, ao nivel do estreito superior ou pouco mais ou menos, que se irradia para a região do sacro e dos rins.

No entretanto o espasmo do orificio externo não se traduz sempre por uma zona dolorosa ao nivel das partes baixas do utero. São ás vezes, ao contrario, as contracções do corpo uterino que se tornam cada vez mais dolorosas, traduzindo, por esse facto, a presença de um espasmo situado nas partes baixas do utero. Nós sabemos, aliás, que nestas condições o musculo uterino póde tornar-se elle mesmo a séde de contracções espasmodicas importantes, a ponto de impedir o relaxamento normal do utero, no intervallo das contracções.

Os estados espasmodicos do orificio interno apresentam-se sob differentes gráus, segundo sua intensidade, duração, momento de apparição e evolução geral.

Estes estados espasmodicos pódem se localisar abaixo ou acima da apresentação. Este ultimo genero não tem sido observado senão nas apresentações cephalicas;

o primeiro, pelo contrario, tambem nas apresentações podalicas.

Os espasmos localizados abaixo da apresentação são em geral faceis de reconhecer. Elles se apresentam seja em fórmula de um anel circular, seja como um segmento de um anel mais ou menos semi-circular. Neste ultimo caso sua localisação se faz sempre sobre a metade posterior do orificio interno. Elle se encontra, semi ou circular, $\frac{1}{2}$ até 6 centimetros acima do orificio externo. Assim como para o orificio externo, os espasmos do orificio interno podem ser uma causa importante de dystocia.

A dystocia creada pelo espasmo do orificio interno pode ser particularmente grave quando o anel estricturnante se localisa acima da cabeça; por essa razão, a cabeça permanecerá muito tempo movel. As espaduas serão retidas, mesmo si a cabeça tiver franqueado a vulva.

Os estados espasmodicos do orificio interno não são tão frequentes como aquelles do orificio externo; sua importancia no entretanto é sempre muito maior.

Sob o ponto de vista physio-pathologico elles se comportam em principio como aquelles do orificio externo; elles podem tomar parte na contracção do corpo uterino, ou então persistir durante o intervallo das dores.

Sua apparição não está ligada a uma phase determinada do trabalho de parto, nem á presença ou ruptura da bolsa das aguas. Ora o orificio interno, ou suas immediações, se apresentam como um anel de bordos espessos, de varios millimetros e de uma resistencia particular, ora o espasmo localisa-se unicamente na parte posterior deste orificio, que toma então a fórmula de um semi-circulo rigido, fazendo saliencia abaixo da apresentação.

O estado espasmodico do orificio interno, que ás vezes é acompanhado de contracções igualmente espas-



modicas do corpo uterino, é em geral a unica parte do collo anormalmente contrahida. As paredes cervicaes subjacentes e o orificio externo permanecem habitualmente flaccidas, este ultimo mesmo bem dilatado, não tomando parte na situação anormal das contracções.

Em conjuncto, podemos dizer que em certos casos anormaes o collo e seus orificios se comportam ao inverso da sua funcção normal. Em lugar de fazer sob a impulsão das contracções uterinas sua dilatação progressiva, o collo apresenta-se como séde de contracções anormaes, de contracturas mesmo, situadas num de seus orificios, ou ainda sobre suas paredes cervicaes. Ha portanto dissociação entre a attitude normal do corpo e do collo. Sobre as causas que determinam estas contracções espasmodicas, nós não sabemos grande cousa. Os tratados não insistem sobre esta causa particular de dystocia, aliás importante.

Tendo observado tão interessante phenomeno, G. Schickelé assim se externa: "O corpo e o collo uterinos são duas partes distinctas por sua estructura anatomica e sua funcção physiologica. O corpo uterino representa o motor, que pela acção de suas contracções expulsa o feto. Durante este trabalho o collo tem um papel passivo, elle soffre a dilatação. Si o collo toma uma parte activa, contrahindo-se ao nivel do orificio externo, nas suas immediações, ou o mesmo se dando para o lado do orificio interno, a marcha do trabalho póde soffrer consideravelmente. Esta apparição de uma contracção activa ao nivel do collo prova que o collo, com respeito ao seu tecido funccional, póde se separar do corpo uterino e ter uma certa independencia.

Trata-se evidentemente de um estado pathologico, mas segundo Schickelé, esta independencia passageira do collo, prova uma certa autonomia de sua parte que desaparece completamente no curso do trabalho de parto normal, deante da coordenação funccional, entre o

corpo e o collo, cujo resultado é a contracção do corpo, e a dilatação do collo. O collo uterino, sendo séde de contracções espasmodicas, parece affirmar uma certa autonomia, pondo-se assim em opposição com o corpo do utero. As duas unidades, corpo e collo, pódem mesmo se contrahir ao mesmo tempo, sem que haja dependencia reciproca.

Continuando diz elle: Em circumstancias particulares, a autonomia activa do collo póde dominar a ponto de impedir a contracção normal do corpo, ou ao menos diminuil-a consideravelmente. E' então manifestamente impossivel que o collo se ache sob uma dependencia qualquer do corpo uterino. A attitude do collo é a tal ponto dominante, que a acção do motor é paralyzada.

Este estado anormal do corpo uterino não poderá ser sinão uma consequencia secundaria do estado pathologico do collo, porque pela suppressão deste ultimo por um agente antispasmodico, a acção normal do motor reaparece.

Considerando que, o trabalho de um musculo é funcção em ultimo lugar de sua innervação, conclue Schickelé que somos obrigados a reivindicar uma innervação individual para o corpo e o collo. No decorrer do parto normal, a innervação dos elementos motores ou constrictores do corpo uterino será coordenada áquella dos elementos dilatadores do collo. Nós poderemos ainda dizer que por este facto haverá inhibição dos elementos constrictores do collo. Esta inhibição póde, em casos particulares, não se dar, dando lugar então a que os elementos constrictores predominem. Haverá portanto contracção dos orificios ou das paredes do collo. A autonomia do corpo, por esse facto, não é necessariamente supprimida. A innervação reciproca dos elementos constrictores do collo e do corpo póde funcionar parallelamente. Em casos extraordinarios, a contracção particular dos elementos do collo, devida talvez a uma irri-

tação exaggerada de sua innervação, póde determinar a inibição dos elementos constrictores do corpo ou de sua innervação.

Baseado nos conhecimentos physiologicos, elle admite serem as contracções espasmodicas perturbações da innervação, porquanto pelo emprego de um antispasmodico póde-se restabelecer a funcção normal da mesma.

Finalmente, apoiando a hypothese de uma innervação autonoma para o corpo e o collo uterinos, assim conclue Schickelé: A irritação normal dos elementos motores do corpo corresponde á inibição dos motores do collo.

Por esse facto, seus elementos dilatadores entram em funcção. A irritação anormal dos elementos motores do collo póde corresponder a inibição dos elementos motores do corpo. Por esse facto, para o corpo uterino a acção dos elementos dilatadores domina. A supressão da irritação anormal dos motores do collo faz reapparecer a innervação normal dos motores do corpo. Enfim uma terceira possibilidade, a irritação normal dos elementos motores do corpo póde ser coordenada á uma irritação anormal dos elementos motores do collo. Este estado anormal do collo póde ser supprimido por um antispasmodico, sem que haja influencias sobre a innervação do corpo uterino.”

Assim sendo, baseado em numerosas experiencias, temos empregado sempre nos casos por nós observados, de rigidez espasmodica do collo uterino, a atropina, cuja acção antispasmodica é bastante conhecida e por demais demonstrada.

Sua acção inibidora fazendo-se sentir particularmente sobre a innervação dos elementos constrictores do collo, restabelecerá o equilibrio, anormalmente rompido por uma causa excitante qualquer, entre as acções physiologicas que regem o processo de dilatação; num gráu mais accentuado, ella condicionará a predominan-

cia de acção dos elementos dilatadores, seccionando physiologicamente a innervação dos elementos constrictores do collo, anormalmente excitado.

Finalmente, julgamos desnecessario expor aqui a importancia do diagnostico precoce em taes estados.

Para reconhecer em boa hora, um estado espasmodico localizado no collo do utero, devemos não só recorrer ao exame directo, condicionado pelo toque, mas tambem á observação cuidadosa da marcha geral do parto, porquanto pelo que acabamos de expor neste capitulo, podemos fazer uma ideia da variabilidade, da evolução differente deste estado anormal do collo e da instabilidade de suas relações com as contracções do corpo uterino.



CAPITULO III

SOBRE O SYSTEMA NERVOSO DO UTERO

Para bem podermos interpretar o mechanismo de acção da atropina sobre os estados espasmodicos localizados no collo do utero e os disturbios condicionados por estes estados com relação ao corpo uterino, perturbando, numa palavra, o processo geral do parto, julgamos necessario fazer algumas considerações sobre o systema nervoso do utero.

Como sabemos, o utero é um apparelho muito sensivel ás mais delicadas excitações exercidas sobre qualquer dominio do systema nervoso, quer elle seja cerebrospinal ou sympathico e feitas directa ou indirectamente.

Pelos mais recentes estudos experimentaes e clinicos, nós viemos a saber que as reacções musculares utero-tubarias que têm sido registradas até aqui não são sinão reacções grosseiras, macroscopicas, si as compararmos com áquella que o microscopio tem podido evidenciar, e que collocam o utero no mesmo plano, sob o ponto de vista de sua sensibilidade reaccional, do coração e da retina.

O utero é a séde de phenomenos que se reflectem sobre o cerebro e sobre toda economia; a pathologia genital nos ensina que verdadeiras psychoses pódem sobrevir na mulher attingida de perturbações que se pas-



sam na parede uterina (congestão), na mucosa (menstruação, gestação).

Inversamente o cerebro póde influenciar o aparelho genital principalmente por intermedio dos centros vaso-motores, dando lugar a numerosas representações psychicas excitantes ou deprimentes. A emotividade é a fonte de muitas complicações que são evidentemente bastante complexas, mas que se traduzem habitualmente ás observações, por congestões, contracturas, espasmos, paresias, e até verdadeiras paralyrias momentaneas que Keiffer classifica sob o nome de "variações do tonus uterino."

Todas as excitações vindas dos centros psychicos se transmittem ao utero por intermedio da medulla espinhal e do grande sympathico. As excitações determinadas em um ponto qualquer do nevraxe se transmittem invariavelmente ao aparelho genital, mas a medulla lombar só apresenta centros que tem sob sua dependencia a tonicidade uterina. O utero está sob a dependencia do systema nervoso todo inteiro; não ha região do corpo da qual a excitação não reflecta sobre sua motricidade. Elle está submettido a influencias directas e indirectas que pódem ser comparadas áquellas que põem em jogo a actividade do coração; esta comparação não é excessiva si considerarmos que, na narcose mesmo profunda, estes dois órgãos funccionam com uma grande independencia (Keiffer).

A força excito-motora que o acciona parece principalmente localizada na medulla lombar, no systema ganglionar sympathico peri-uterino e no systema nervoso intra-uterino que parece ter um papel auto-motor dos mais manifestos.

Temos portanto tres fontes de fibras e cellulas nervosas.

Estas tres fontes pódem funcionar isoladas ou simultaneamente e assim sendo, o utero, quando separado

dos centros medulares e sympathicos, continuará ainda com sua actividade motora. Os nervos espinaes sendo seccionados a excitação dos ganglios e nervos sympathicos agirá sem a intervenção central. Enfim a medulla lombar apresenta os centros motores para o utero, cuja acção é a mais potente, mais regular e mais contínua.

E' na medulla que estão situados os pontos de reflexão por onde passam as excitações sensitivas periphericas para se traduzir em excitações motoras para o utero.

Enfim a medulla e o cerebro representam sem duvida para o utero, para a bexiga, como tambem para os outros órgãos abdominaes, os centros de inibição, dos quaes a acção complexa mas innegavel póde ser posta em jogo por influencias as mais variadas e sob condições que estão ainda por elucidar.

As vias de conducção nervosa motora que representam os três systemas são: certos feixes não ainda localisados na arvore cerebro-espinal, os nervos rachidianos e o sympathico abdomino-pelvico, finalmente, os ganglios peri-uterinos com todos seus filetes que os engloba ao systema intra-uterino.

Keiffer, nas suas experiencias sobre o nervo vago, foi levado a crêr que o nervo pneumo-gastrico tinha um papel motor directo sobre o utero, porquanto a excitação da terminação central e da terminação peripherica deste nervo provocava uma contracção energica do órgão.

No entretanto para François Franck tal phenomeno é a resultante de uma acção reflexa como aquella posta em evidencia pelas experiencias de Stilling e Oehl, do nervo vago sobre a bexiga. As experiencias no entretanto dão razão a François Franck, porquanto depois da secção da medulla, em um ponto qualquer, dorsal ou lombar, a excitação da terminação central deste nervo



não determina reacção alguma. E' portanto por intermedio dos centros motores medulares que actúa a excitação centripeta do pneumogastrico. Póde-se portanto considerar este nervo como um nervo motor do utero.

Com respeito ao collo uterino, as pesquisas sobre sua constituição anatomica e os estudos especiaes feitos sobre sua motricidade, pelos methodos myographicos e manometricos, nos têm fornecido conhecimentos bastante reaes sobre sua funcção physiologica, a qual póde ser resumida nas proposições que seguem:

O collo uterino é um verdadeiro esphincter, do qual o tonus é regido pela actividade reflexa da medulla lombar. Este esphincter está habitualmente num estado de tonicidade média. Nós podemos artificialmente provocar a constricção ou o relaxamento do mesmo.

Existem, no collo, duas ordens de fibras musculares e durante as contracções uterinas, para que o mesmo se entreabra, por occasião do trabalho de parto, é necessario, como sabemos, que as fibras circulares se relaxem enquanto que as outras, as longitudinaes, se contrahiam.

Ha portanto entre o corpo e o collo uma combinação de acções contrarias, afim de obter um maior effeito util. E o effeito util é aqui a contracção do orgão e a dilatação mais ou menos completa de seu orificio. E' por isso que se produzem a constricção e a inibição, associadas.

Póde-se portanto dizer, que a dilatação do collo uterino é o resultado duma acção positiva do corpo uterino e da vagina, combinada a uma acção negativa do esphincter circular. E' ahi que reside a causa inexplicada da dilatação cervical depois de uma série de contracções uterinas fortes.

Todas as verificações clinicas e experimentaes se corroboram para dar a esta concepção a força de uma realidade physiologica e anatomica.

Ha uma experiencia de Keiffer sobre uma cadella cujas conclusões transcreveremos: 1.º O collo uterino póde supportar, si a medulla está intacta, uma pressão representada por uma columna liquida que varia com as excitações; 2.º A destruição da medulla na vizinhança da 5.ª vertebra lombar, paralysa mais ou menos o collo uterino; 3.º A destruição da região da medulla situada abaixo da 5.ª vertebra lombar abole completamente a função do esphincter, ella relaxa mesmo o utero todo inteiro; 4.º E' provavel que este ponto medullar, correspondea na cadella ao centro de Budge, o qual varia de um mamifero á outro.

A excitação das terminações central e peripherica do nervo vago determina uma constrictão forte do collo. Esta resulta ainda aqui de uma acção reflexa sobre os centros medulares e de uma acção indirecta vaso-motora. Supprimindo-se a acção do nervo vago, quer sectionando-se a medulla acima da 5.ª vertebra lombar, quer por uma injeccão sufficiente de atropina, nós não obteremos mais nenhum effeito excito-motor sobre o esphincter cervical.

De posse destes dados sobre o systema nervoso uterino, conhecendo já seu papel physiologico e suas reacções pathologicas, passaremos a tratar da atropina e da sua acção sobre os estados espasmodicos, no nosso caso, localisados no collo do utero durante o trabalho de parto, e que são, numa palavra, a resultante da ruptura do equilibrio das acções physiologicas que regem o processo de dilatação.

CAPITULO IV

A ATROPINA -- SEU MECHANISMO DE ACCÇÃO NOS ESTADOS ESPASMODICOS LOCALI- SADOS NO COLLO DO UTERO

A arte nos partos complicados consiste em supprimir a causa de dystocia, afim de que o parto se processe dentro dos limites physiologicamente normaes, e chegue á sua realização final da maneira mais natural e feliz possivel.

Supprimir a causa de dystocia nesses casos consiste o mais das vezes em intervir. No entretanto, para obtermos bons resultados n'uma intervenção, devemos sempre recorrer áquella das intervenções indicadas que trazem, com o minimo de riscos, os maiores beneficios, não só á mãe, mas tambem ao fêto.

Partindo deste principio, no curso dos partos complicados de rigidez espasmodica do collo uterino, por nós observados, temos recorrido sempre, de accôrdo com a licção dos mestres, á medicação antispasmodica por excellencia, isto é, a atropina, do emprego da qual se tem obtido os melhores resultados.

Como comprovam nossas observações, se consegue, por meio desse simples processo medicamentoso, debellar os estados espasmodicos localisados no collo do utero, normalisando assim o processo de dilatação e dando lugar, em ultima palavra, com um minimo de esforços e riscos, a que o parto chegue á sua realização final de uma maneira mais rapida, mais calma e sem incidentes.

Ultimamente se tem empregado muito esta medicação antispasmodica, porquanto numerosas observações têm provado que, em muitas parturientes, certas fraquezas de contracções apparecem em verdade como consequencia de contracturas espasmodicas do collo do utero e seus orificios, algumas vezes pouco pronunciadas.

Os partos tão penosos, muito prolongados, ás vezes laboriosos, no curso dos quaes geralmente os symptomas d'uma infecção não são raros, vão pouco a pouco diminuindo, á medida que vai se tornando mais conhecido o emprego de tal substancia medicamentosa.

Muitas das intervenções obstetricas que geralmente se empregam nos casos de dilatação defeituosa do collo uterino como: dilatação por meio do balão de Champetier-Ribes, dilatação pelo afastador metallico, dilatação bi-manual de Bonnaire, as incisões de Dührsen, ou a cesariana vaginal, bem poderiam ser evitadas por meio do emprego de um antispasmodico, porquanto, como sabemos, na grande maioria dos casos, a dilatação defeituosa do collo uterino é condicionada primitiva ou secundariamente, pelo elemento espasmo; supprimindo este, o parto retoma seu curso normal, terminando geralmente dentro de poucas horas.

Não queremos dizer com isso que a medicação antispasmodica seja o unico meio efficaz e de admissivel emprego nos casos de dilatação defeituosa do collo uterino; nosso ponto de vista é o seguinte: 1.º em se tratanto de um estado espasmodico puro, que esteja localizado no collo do utero, e como tal, perturbando o processo de dilatação, a acção da atropina é incontestavel e seu effeito se faz sentir geralmente dentro de alguns minutos; 2.º nos casos em que o elemento espasmo surge como causa secundaria, de uma modificação dos tecidos do collo, seja de origem infecciosa, fibro-myomatosa, albuminurica, cicatricial etc., supprimindo-se este por meio de uma dose de atropina podemos vêr o processo de dilatação



realizar-se, si bem que um pouco lentamente; nestes casos, mesmo que o processo de dilatação não se realice completamente depois do emprego da atropina, devemos no entretanto reconhecer que por intermedio dessa substancia já nos foi possível annullar a acção de uma das causas de dystocia, que, si bem que secundaria, não deixa de ter sua importancia.

Com respeito á causa primitiva de dystocia, nossa acção, tendo sido grandemente facilitada pela supressão do elemento espasmo, resumir-se-á em fazermos algumas incisões no collo do utero, sem termos o temor de que estas possam determinar ruptura utero-cervical.

Como sabemos, os tecidos seccionados em estado de contractura espasmodica serão, depois do seu relaxamento, a séde de lesões particularmente profundas, das quaes os danos são bem mais consideraveis, que os resultados de uma incisão praticada sobre um tecido que se encontra por essa occasião, no seu equilibrio normal. As incisões em um tecido contracturado dão lugar as vezes a rupturas bastante profundas. As más experiencias nos casos de estados espasmodicos do collo uterino e seus orificios, forçados por incisões profundas, conhecidas na bibliographia, são particularmente significativas. Não é raro vel-as terminarem em uma ruptura utero-cervical completa.

Dahi a importancia do emprego de uma medicação antispasmodica, nos casos de dilatação defeituosa do collo uterino.

Toneff, em um estudo feito sobre a rigidez do collo uterino considerada como causa da perturbação do processo normal de dilatação, conclue que sómente depois de observarmos que a acção da medicação antispasmodica foi insufficiente para debellar a dystocia é que devemos recorrer ás intervenções instrumentaes ou manuaes indicadas em taes casos.

A medicação antispasmodica por excellencia, como sabemos, é aquella que tem por base a belladona da qual o alcaloide mais importante e commumente empregado é a atropina.

Suas acções pharmacodynamicas e suas applicações multiplas parecem subordinadas a uma acção electiva quasi especifica sobre o systema nervoso autonomo (sympathico e pneumogastrico). Esta expressão de systema nervoso "autonomo", serve para designar uma certa independencia do systema nervoso central, que, sem embargo, não é de modo algum absoluta.

A atropina é por excellencia um medicamento do sympathico, sobre o qual a sua acção é excitante, visto inhibir o vago.

De uma maneira geral, sua acção varia segundo as doses e o momento com que é administrada; assim: 1.º ella actua como excitante do systema nervoso central e da medulla alongada; 2.º como excitante do systema sympathico e inhibidor do pneumogastrico.

As pequenas doses são excitantes centraes; as grandes doses, paralyzantes periphericos. (Martinet).

Portanto, em dose sufficiente, a atropina inhibe o pneumogastrico e excita o sympathico.

Dahi o seu emprego nos estados espasmodicos, que nada mais são do que a ruptura do equilibrio entre as acções nervosas que regem o funcionamento de um orgão.

Já se deixa vêr que nos referimos aos estados espasmodicos de orgãos como pulmão, estomago, intestino, utero etc., que são a resultante da predominancia da acção dos elementos constrictores, condicionada por uma excitação anormal de sua innervação, que no caso é representada pelo nervo vago.

Este nervo, ao contrario, no coração actua como inhibidor emquanto que o sympathico é acelerador.

No entretanto sobre o mechanismo de acção da atropina nos estados espasmodicos muito pouco se tem escripto.

Individualisando o caso, devemos dizer que a acção da atropina sobre o utero, apesar das investigações feitas a tal respeito, não foi ainda claramente elucidada.

E' difficil conhecer o funcionamento do utero, em razão de sua complexa innervação motora, condicionada pela medulla lombar, systema ganglionar sympathico peri-uterino, systema nervoso intra-uterino, não se podendo portanto fazer ensaios minuciosos sem effectuar grandes vivisecações que facilmente produzem reacções anormaes.

E ainda se torna mais difficil para julgar os phenomenos observados, considerando que a atropina influe sobre estes differentes systemas de um modo antagonico.

Sabemos no entretanto pelos estudos de Langley, Magnus e outros que administrando pequenas doses de atropina nós excitamos o systema sympathico, paralyzando ao mesmo tempo as terminações do vago; pela administração de grandes doses, nós obteremos o relaxamento do orgão quando em contracção pathologica.

Considerando o que expuzemos sobre o systema nervoso do utero, sobre o papel do corpo e collo uterino no trabalho de parto normal, sobre os estados espasmodicos em geral e finalmente sobre a acção da atropina em taes estados, procuraremos interpretar o mechanismo de acção desta substancia, nos estados espasmodicos localizados no collo do utero.

Recapitulando: o collo uterino é um verdadeiro esphincter do qual o tonus é regido pela actividade reflexa da medulla lombar. Anatomicamente elle é constituido por fibras longitudinaes e fibras circulares. Seu papel no trabalho de parto normal é puramente passivo; portanto suas fibras longitudinaes em taes casos se con-

trahem ao mesmo tempo que suas fibras circulares se relaxam, afim de obter o apagamento do collo e a dilatação mais ou menos completa de seu orificio.

Physiologicamente portanto a innervação dos elementos dilatadores reage activamente ao passo que a innervação dos elementos constrictores permanece como que inhibida.

Anormalmente, no entretanto, o collo pôde ser séde de contracções activas, que, numa palavra, impedem o processo de dilatação, attestando em taes casos uma perturbação da função normal de seus elementos.

Taes estados espasmodicos pôdem ser condicionados, seja por uma excitação feita no collo do utero, proveniente do proprio trabalho de parto ou provinda do exterior, seja por uma excitabilidade particular a esse nivel, seja finalmente por uma predisposição especial das mulheres neurasthenicas ou hystericas.

Esta excitação reflectindo-se sobre o systema nervoso uterino, poderá perturbar sua função normal, e, como tal, dar lugar a que a innervação dos elementos constrictores do collo passe a ter parte activa no trabalho de parto, e num grau mais accentuado, até uma certa predominancia sobre a acção da innervação dos elementos dilatadores.

Como sabemos, a tonicidade do collo uterino está sob o controle da medulla lombar. Keiffer mostra, em suas experiencias, que o collo uterino pôde supportar, si a medulla está intacta, uma pressão representada por uma columna liquida que varia com as excitações; destruindo-se a medulla ao nivel da 5.^a lombar, paralysa-se mais ou menos o collo uterino.

Keiffer, Langley e outros autores têm demonstrado, por numerosas experiencias, que o nervo grande sympathico é sobretudo o nervo motor do utero e que a medulla é um inhibidor da contracção uterina. Assim, suppri-

mindendo-se a acção inhibidora da medulla, seja pela secção ou pela analgesia, reforçaremos a acção do sympathico que actuará só, determinando a contracção do utero. Além disso, obteremos ao mesmo tempo por tal processo a paralytia funcional do collo.

Pelas experiencias de François Franck, Stilling e Ohel, nós sabemos que a excitação das terminações central e peripherica do nervo vago determina uma contracção forte do collo e que tal effeito é o resultado de uma acção reflexa sobre os centros medulares e duma acção indirecta vaso-motora. Supprimindo-se a acção do nervo vago, quer seccionando-se a medulla acima da 5.^a vertebra lombar, quer por uma injecção sufficiente de atropina, nós não obteremos mais nenhum effeito excito-motor sobre o esphincter cervical.

Portanto, a excitação anormal do nervo vago, determinando uma acção reflexa sobre os centros medulares e uma acção indirecta vaso-motora, é a unica causa de um estado espasmodico localizado no collo do utero.

E em um grau mais accentuado, a acção medullar pôde determinar até a inhibição da contracção do corpo uterino.

Finalmente de posse dos conhecimentos sobre a acção pharmacodynamica da atropina, que é inhibidora do vago e excitante, até um certo ponto, do sympathico, podemos concluir que o emprego desta substancia medicamentosa, nos estados espasmodicos localizados no collo do utero, não só restabelecerá o equilibrio funcional entre as acções physiologicas que regem o processo de dilatação, mas tambem reforçará de um certo modo a acção do sympathico, normalizando as contracções do corpo uterino.

Do emprego da atropina, nos casos de estados espasmodicos localizados no collo do utero, por nós observa-

dos, temos obtido sempre os mais comprovantes resultados.

Sua acção antispasmodica se faz sentir geralmente, mais ou menos rapidamente conforme já se deixa vêr a intensidade do espasmo e a dose empregada.

Nas nossas observações temos empregado sempre o sulfato de atropina, sal neutro, muito soluvel n'agua e que contem 83,37 % de atropina.

Empregamol-o sob a fórmula de injeções hypodermicas de um centimetro cubico, contendo cada uma meio milligramma do sal em solução aquosa.

Nas nossas observações, geralmente temos aguardado, durante 30 minutos, os effeitos de uma primeira injeção; caso essa primeira dose não tenha sido sufficiente, temos recorrido á novas injeções, tendo chegado assim a fazer até dous milligramas do sal, sem ter tido occasião de observar o menor phenomeno toxico.

A dose de sulfato de atropina que se póde empregar afim de obter phenomenos antispasmodicos apreciaveis, sem prejudicar o fêto ou a mãe, é variavel de um individuo a outro. Aliás Kronig e Gauss têm observado que a mulher em parturição, supporta, sem phenomenos graves, doses bastante elevadas desta substancia.

Assim sendo, geralmente antes de atingirmos á dose toxica, já obtivemos o effeito therapeutico desejado.

Finalmente, dois pontos nos merecem especial consideração:

1.º A importancia do diagnostico tão precoce quanto possivel, de um estado espasmodico localizado no collo do utero, para o que devemos recorrer não só ao exame directo condicionado pelo toque, mas, tambem, á observação minuciosa da seriação do trabalho de parto.

2.º A acção incontestavel da medicação antispasmodica de emprego facil e condicionando optimos resultados.

“Mieux vaut douceur que violence”.

CAPITULO V

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO N.º 1

Papeleta: 5534 — Registro: 708.

J. A., com 23 annos de idade, deu entrada na Maternidade ás 10 horas do dia 8-VIII-930, em trabalho.

Primigesta, primipara, não accusa infecção blennorrhagica.

Gestação normal.

Inicio das dores á tardinha do dia 6-VIII-30.

Dia 7-VIII-30: estas dores se accentuaram bastante, sobrevindo com curtos intervallos. A' noite a gestante não poudo conciliar somno devido a suas dores virem muito a miude e serem muito fortes.

A's 9 horas do dia 8-VIII-30, como o parto não progressasse e já se sentisse bastante extenuada, resolveu baixar ao Hospital.

Ao examinarmos a paciente encontramol-a com uma physionomia fatigada; fala-nos por entre gemidos, accusando fortes dores na região lombar e pubiana. As contracções uterinas succedem-se de 2 em 2 minutos, durando em média 30 segundos.

Pulso e temperatura normaes.

Ao tocar constatamos: bacia normal, bolsa d'aguas

intacta; cabeça insinuada em O. I. E. A.; collo completamente apagado, permeavel para dois dedos; seus bordos, no entretanto, são espessos, rigidos e se retrahem por occasião das contracções, tornando-se mais rigidos ainda.

Pelo que observamos, julgamos estar em face de um estado espasmodico do orificio uterino e fizemos então ás 10 $\frac{1}{2}$ horas, uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 11 $\frac{1}{2}$ vemos novamente a paciente que nos informa serem suas dores ainda muito fortes, mas já mais espaçadas. Observamos então contracções uterinas boas, de 5 em 5 minutos, durando 30 segundos em média.

A's 12 horas, mesma natureza das contracções. A paciente insiste para que lhe façamos outra injeccção pois diz ter melhorado muito com a primeira.

Pelo tocar encontramos collo bastante delgado, permeavel facilmente para 3 dedos, mas seus bordos não apresentam extensibilidade alguma; bolsa d'aguas intacta.

Fizemos nova injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 14 $\frac{1}{2}$ horas voltamos a observar nossa paciente que nos informa ter melhorado muito depois da injeccção, mas que agora as dores são mais fortes e que se accentuaram muito 10 minutos depois de haver "perdido agua".

Constatamos serem as dores expulsivas e pelo toque encontramos o collo completamente dilatado.

A's 14,45 horas teve logar o parto, que transcorreu normalmente, sem ruptura do perineo. Criança bem conformada, pesando 3.400 grammas. Livramento expontaneo, completo, 20 minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 2

Papeleta: 5880 — Registro: 771.

J. S., com 20 annos de idade, preta, baixou á Maternidade no dia 19-VIII-930, ás 23 horas.

Primigesta, nullipara. Gestação normal.

Não accusa infecção para o lado do apparelho genital.

Ao baixar foi examinada, tendo sido constatado, pelo tocar: collo ainda não completamente apagado; orificio externo não permeavel para um dedo. Contractões uterinas bastante espaçadas.

A's 8 horas do dia 20-VIII-30, vemos a paciente que queixa-se de não haver dormido toda a noite e de ter fortes dores na região lombar.

Informa-nos terem suas dores iniciado ás 20 horas de 19-VIII-30.

Ao examinarmos observamos: pulso e temperatura normaes; ventre globuloso, utero á altura do appendice xyphoide, ruidos do coração fetal nitidos dois centimetros abaixo da cicatriz umbilical, feto em O. I. D. A.

Contractões uterinas de 12 em 12 minutos durando 20 segundos; bastante dolorosas segundo a paciente.

Pelo tocar constatamos: collo permeavel apenas para um dedo com 1 centimetro mais ou menos de espessura, não extensivel; bolsa d'aguas intacta. Cabeça insinuada.

Dia 21, ás 8 horas, vamos encontrar nossa paciente ainda na sala de partos. Informa-nos a mesma ter passado com muitas dores e mostra-se temerosa de uma intervenção cirurgica.

Pelo exame observamos contractões quasi todos os minutos, utero com uma dureza bastante accentuada.

Pelo toque o collo se nos apresenta completamente apagado, orificio externo permeavel para 1 dedo mas

seus bordos bastante delgados e rigidos, são como que cortantes; bolsa d'aguas intacta.

Fizemos então uma injeção de meio milligramma de sulfato de atropina ás 8 horas e 20 minutos.

A's 10 horas a paciente já se mostra bastante animada, não accusando dores muito fortes; as contracções succedem-se agora de 4 em 4 minutos e são de média intensidade.

Pelo tocar encontramos collo com 3 dedos de dilatação, flaccido e extensivel. Bolsa d'aguas bastante tenue.

A's 13 horas deu-se a ruptura expontanea da bolsa das aguas, seguida de parto normal ás 13 1/2 horas, nascendo uma criança do sexo feminino, bem conformada com 3.800 grs. Livramento expontaneo, completo, depois de 15 minutos.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 3

Papeleta: 5988 — Registro: 782.

M. L. S., com 18 annos de idade, primigesta, nullipara, baixou á Maternidade ás 14 horas do dia 25-VIII-30 em trabalho, com fortes dores.

Gestação normal; informa ter tido nos ultimos mezes os pés um pouco edemaciados; não accusa infecção para o lado do apparelho genital.

A paciente baixou accusando intenso soffrimento e disse estar em trabalho ha 48 horas; observamos pelo exame: Pulso: normal. Temperatura: 38°,2.

Contracções uterinas bastante fortes e dolorosas succedendo-se com curtos intervallos, durando em média 20 segundos.

Inicio das dores á tarde de 23-VIII-30.

Bolsa d'aguas rompida expontaneamente ás 10 horas de 24-VIII-30.

Desde então, nos informa a paciente, suas dores augmentaram muito, tornando-se mais seguidas e localizando-se principalmente ao nível da região pubiana.

A gestante diz não ter mais forças e por ocasião das contracções dá mostras de muito soffrimento que segundo ella não cessa um só minuto.

Pelo tocar, aliás bastante difficil, devido á irritabilidade da paciente, constatamos: bacia normal. A cabeça encontra-se profundamente insinuada na excavação em O. I. E. A. O orificio uterino é permeavel para 2 dedos, seus bordos, no entretanto, são bastante espessos, rigidos e nada extensiveis, nem por ocasião do intervallo entre as contracções. Não ha edema.

As membranas encontram-se rompidas, como aliás nos informou a gestante.

Pelo exame feito e pela seriação do trabalho, somos levados a crer na existencia de um estado espasmodico ao nível do orificio uterino, estado este condicionado pela ruptura prematura das membranas, e que é o unico responsavel pelo retardamento do processo de dilatação, prolongando assim o tempo normal do trabalho.

Fizemos então ás 15 horas uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 16 horas, observamos que as contracções se haviam tornado mais espaçadas e as dores bem menos intensas.

A's 17 horas fizemos nova injeccção de atropina. O collo neste momento apresentava uma dilatação de quasi 3 dedos.

A's 18 horas, contracções regularmente espaçadas, mas muito dolorosas, segundo a paciente.

Como esta estivesse ainda bastante irritada e para minorar um pouco suas dores, fizemos ás 18 ½ horas, uma empola de solução Dastre. A paciente acalma-se e dormita algum tempo.

A's 20 horas parto normal, expontaneo; criança bem constituída, pesando 3.300 grammas.

Livramento expontaneo, completo, 30 minutos após.

Puerperio infectado.

Alta curada em 18-IX-930.

OBSERVAÇÃO N.º 4

Papeleta: 5918 — Registro: 778.

J. C., com 24 annos de idade, secundipara, tendo o primeiro parto transcorrido normalmente.

Baixou á Maternidade no dia 20-VIII-30; foi transportada para a sala de partos á tarde de 28-VIII-30, por achar-se em trabalho de parto.

Dia 29-VIII-30, pela manhã, vemos a paciente que nos informa ter sua gestação decorrido normalmente; teve no principio do anno passado um aborto; não accusa infecção para o lado do apparelho genital.

Suas dores começaram fracamente e bastante espaçadas pela manhã de 28-VIII-30. A' tarde desse mesmo dia já eram bastante fortes, mas ainda espaçadas. A' noite passou com dores que pela madrugada de 29-VIII-30, se accentuaram muito, localisando-se as mesmas principalmente ao nivel dos rins, e vindo muito a miude.

A paciente está bastante irriquieta, e queixa-se de fortes dores por occasião das contracções uterinas, que são bastante irregulares quanto á sua seriação e duração, isto é, sobrevêm de 5 a 2 minutos e duram de 40 a 50 segundos.

Pelo exame directo verificamos: pulso e temperatura, normaes; utero globuloso, 3 centímetros abaixo do appendice xyphoide; feto em O. I. D. P., cabeça insinuada; ruidos do coração fetal nitidos á direita.

Pelo tocar verificamos: o collo encontra-se quasi completamente apagado; o orificio uterino permeavel

para 2 dedos, seus bordos são no entretanto muito rigidos, sobretudo na metade direita, enquanto que na esquerda é bem menos. Bacia normal. Bolsa d'aguas intacta.

A's 10 horas fizemos então uma injeção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 10 1/2, observamos que as contracções uterinas se tornaram menos frequentes; a paciente nos informa que suas dores são agora menos intensas.

A's 11 1/2, observamos contracções mais regulares succedendo-se de 4 a 6 minutos, durando 30 segundos. Collo permeavel para 3 dedos, completamente apagado, bordos bastante delgados; metade direita, um pouco rigida, nada extensivel; metade esquerda, molle e dilatavel.

A's 11,40, nova injeção de atropina.

A's 14 horas vemos novamente a paciente: suas contracções tornaram-se mais frequentes e as dores um pouco mais duradouras. Encontramos pelo toque a dilatação do orificio uterino completa.

A's 14,30, ruptura expontanea da bolsa d'aguas.

A's 14,55, parto expontaneo de uma criança bem conformada, pesando 3.100 grs. Depois de 15 minutos do parto, livramento natural completo.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 5

Papeleta: 6062 — Registro: 907.

A. M. S. D., com 30 annos de idade, multigesta, multipara.

Baixou á Maternidade ás 13 1/2 horas de 8-IX-30.

Tres partos normaes. A gestação actual tem decorrido normalmente. Não teve aborto, nem accusa infecção para o lado do apparelho genital. Ultima menstruação a 10 de Janeiro de 1930.

Bolsa d'aguas rompida expontaneamente ás 10 horas de 8-IX-30; desde então suas dores augmentaram muito, localisando-se principalmente ao nivel dos rins, do sacro e da symphyse pubiana.

A' tardinha essas dores diminuíram bastante e apparecendo de quando em quando, tanto que dormiu bem toda a noite.

Pela manhã, no entretanto, tendo andado um pouco, suas dores novamente apparecem, tão fortes como d'antes.

A's 8 $\frac{1}{2}$ de 9-IX-30 vemos a paciente que accusa fortes dores, mostra-se inquieta, mudando constantemente de posição no leito. Diz nunca ter passado tão mal, por occasião dos outros partos.

Observamos no entretanto que suas contracções são muito espaçadas e de fraca intensidade, contrastando com as dores fortes accusadas pela paciente.

Pelo exame observamos: utero a 4 centímetros acima da cicatriz umbilical. Eixo cephalo-podalico obliquo para baixo e para esquerda. Ruídos fetaes nitidos no quadrante superior direito.

Pelo toque constatamos: collo apagado, orificio externo permeavel para 3 dedos. Seus bordos são espessos, 3 a 4 mm., mantem-se contrahido durante as contracções uterinas que são bastante fracas. As partes subjacentes participam dessa mesma rigidez. Bolsa d'aguas rompida. Apresentação de nadegas, mas situada ainda um pouco alta, ao nivel do estreito superior.

Fizemos então ás 9 horas uma injeccção de meio milligramma de atropina.

A's 9 $\frac{1}{2}$, vemos novamente a paciente e observamos que as dores que eram muito fortes haviam diminuido bastante, ao mesmo tempo que as contracções do corpo uterino já eram mais regulares e potentes.

A's 10 horas, observamos contracções uterinas fortes, bem rythmadas, informando-nos a paciente serem



bem supportaveis, sentindo-se agora bastante animada.

A's 10 horas e 20 minutos, parto expontaneo.

Criança do sexo masculino, bem conformada de 8½ mezes, pesando 2.600 grs.

Livramento expontaneo completo, 30 minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 6

Papeleta: 6022 — Registro: 786.

M. S., com 20 annos de idade, primigesta, primipara.

Baixou á Maternidade ás 10 horas de 20-IX-30 em trabalho. Gestação normal, não accusa infecção para o lado do apparelho genital.

Inicio das dores ás 23 horas de 19-IX-30, tendo estas a principio vindo bastante espaçadas e não sendo muito dolorosas. Pela madrugada tornaram-se muito fortes e bastante a miude, depois da ruptura da bolsa d'aguas.

Examinada no momento de admissão, encontramos: cabeça ainda movel, bolsa d'aguas rompida, orificio externo com dois dedos de dilatação, bordos flaccidos. Bacia normal. Apresentação cephalica.

A's 11 horas, vemos a paciente, observando contracções boas, succedendo-se de 5 em 5 minutos, durando em média 30 a 40 segundos.

A's 13 horas observamos que as contracções augmentaram muito de intensidade, succedendo-se de 2 a 3 minutos e durando 1 a 1½ minuto. A parturiente queixa-se constantemente da dolorosidade das contracções. Pelo toque constatamos: collo permeavel para 3 dedos; no entretanto seus bordos apresentam uma rigidez assemelhando-se a um verdadeiro circulo de ferro, que não se relaxa nem no intervallo das contracções. Fizemos então uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 14 horas, vemos novamente a paciente que nos

informa que logo depois da injeção as dores diminuíram um pouco, mas que agora estão mais fortes do que d'antes. Observamos então que as contracções succedem-se tão a miude que o utero apenas tem tempo de fazer seu relaxamento e que estas contracções se acompanham de fortes dores, localizadas sobre o corpo uterino.

Fizemos ás 14,15 nova injeção do sulfato de atropina. Observamos que pelo espaço de 20 minutos a natureza das contracções melhorou bastante mas, passado o effeito da injeção, estas tomaram o mesmo character espasmodico.

Pelo toque observamos que o collo se mantem ainda rigido, mas a dilatação augmentou de 1 a 2 centimetros. A cabeça acha-se bem insinuada em O. I. E. A.

Fizemos então nova injeção de sulfato de atropina, tendo empregado de uma só vez um milligramma do sal.

Alguns minutos depois, observamos que as dores tornaram-se menos intensas, succedendo-se as contracções de 3 em 3 minutos, durando 50 a 60 segundos.

A's 15 horas, as contracções apresentam uma certa regularidade no seu rythmo e são bem supportadas pela parturiente.

A's 15,40, a paciente dá a luz a uma criança bem conformada com 2.800 grammas.

Livramento expontaneo completo alguns minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 7

Papeleta: 6603 — Registro: 892.

M. J., com 25 annos de idade, multigesta, primipara. Informa ter tido dois abortos. Apresenta corrimento vaginal.

Gestação normal.

Baixou ás 14 horas de 22-IX-30 em trabalho.

Inicio das dores á noite de 20-IX-30.

Foi examinada no momento de baixar sendo observado: collo não completamente apagado, dilatação de 1 dedo, bolsa d'aguas intacta. Apresentação cephalica.

Dia 22-IX-30 pela manhã vemos a paciente que nos informa que suas dores são muito fortes e que não pode dormir toda a noite. Observamos contracções uterinas bastante fortes, muito a miude, de 2 em 2 minutos, durando 50 segundos.

Pelo exame observamos: utero com fortes contracções, generalizadas a todo o corpo uterino; altura do utero 2 dedos transversos abaixo do appendice xyphoide. Feto em O. I. E. A. Ruídos fetaes nitidos á esquerda. Cabeça insinuada.

Pelo toque: collo com 3 dedos de dilatação, completamente apagado; bordos do orificio externo rigidos, relaxando-se um pouco no intervallo das contracções. Bolsa d'aguas rompida (ás 20 horas de 21-IX-30). Cabeça insinuada.

Fizemos então ás 8 $\frac{1}{2}$ uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 9 horas: contracções dolorosas, um pouco mais espaçadas, de 5 em 5 minutos, durando 30 segundos. A paciente accusa ainda fortes dores que ella localisa na região lombar e ao nivel do corpo uterino.

A's 9,15, fizemos nova injeccção.

A's 10 horas, a mesma natureza de contracções, seguidas e muito dolorosas.

Pelo toque constatamos collo permeavel para 3 dedos, mas seus bordos ainda permanecem rigidos.

A's 10 $\frac{1}{2}$, como em nada se houvesse modificado o caso por nós observado, fizemos outra injeccção de atropina.

A's 11 horas, observamos então que o estado das

contrações havia melhorado bastante. Estas já eram mais espaçadas e si bem que fortes, não muito dolorosas. Observamos que o utero se relaxava bem no intervalo das contrações. A parturiente faz visiveis esforços para apressar a marcha do trabalho, auxiliando-se com uma regular acção da prensa abdominal.

A's 11 $\frac{1}{2}$, pelo tocar verificamos que o collo apesar de tudo ainda não estava completamente dilatado.

Julgamos tratar-se, então, de uma anomalia dos tecidos ao nivel do collo, que, numa palavra, era o que agora estava retardando o processo de dilatação.

Pensamos que fosse necessario fazer incisão no collo do utero, para apressarmos a dilatação, mas deante da escusa da paciente resolvemos esperar um pouco mais.

Finalmente, ás 13 horas e 15 minutos, deu-se o parto, nascendo uma criança bem conformada, em estado de morte apparente, que depois de rapidas manobras respirou livremente.

Livramento expontaneo, completo 45 minutos após.

Periodo post-partum, com leve movimento febril nos 3 primeiros dias.

Alta boa e livre em 2-X-30.

OBSERVAÇÃO N.º 8

Papeleta: 5968 — Registro: 791.

M. S., com 23 annos de idade, secundipara.

Primeiro parto normal. Passou bem durante a gestação actual.

Baixou á Maternidade ás 7 horas de 16-XI-30, com dores muito fortes e frequentes. Informa que está em trabalho ha 24 horas, pois suas dores começaram pela madrugada do dia 15-XI-30.

Pelo exame observamos: contrações uterinas fortes, bastante dolorosas, sendo que a parturiente queixa-

se constantemente de dores nos rins; o intervallo entre as contracções é muito irregular; as vezes vemol-as succederem-se uma após outras, sendo tal periodo seguido depois por uma acalmia que dura alguns minutos. Feto em O. I. D. P. Ruídos fetaes nitidos á direita.

Pelo tocar: o collo não está completamente apagado; o orificio uterino permeavel apenas para um dedo. Os bordos do orificio apresentam-se rigidos e tensos. A cabeça insinuada na profundidade da excavação. Bolsa d'aguas rompida (ás 24 horas de 15-XI-30). Bacia normal.

A paciente informa sentir-se bastante fatigada, devido a longa duração do trabalho e a intensidade das dores.

Fizemos então ás 9 horas uma injeccção de meio miligramma de sulfato de atropina.

A's 9 $\frac{1}{2}$, vemos a paciente que accusa ainda fortes dores mas as contracções já são mais regulares, si bem que bastante intensas.

A's 10 horas, fizemos outra atropina.

A's 11 horas, observamos a parturiente que mostra-se agora mais animada. Contracções uterinas fortes, regulares, succedendo-se de 6 em 6 minutos, durando alguns segundos.

A's 12 $\frac{1}{2}$, parto expontaneo, normal, de uma criança bem conformada, pesando 2.900 grammas.

Livramento expontaneo completo, alguns minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 9

Papeleta: 8564 — Registro: 1201.

A. F., com 29 annos de idade, secundipara.

Baixou á Maternidade ás 16 horas do dia 6-12-930, em trabalho de parto.

Examinada no momento de admissão foi verificado: collo ainda longo, orificio externo permeavel para um dedo; bolsa d'aguas intacta; cabeça alta, movel.

A's 8 1/2 horas do dia 7-12-931, vemos a paciente que nos informa estar em trabalho ha 20 horas, pois, suas dores iniciaram-se ás 12 horas do dia 6. Diz encontrar-se muito fatigada e queixa-se muito da intensidade de suas dores.

Observamos que suas contracções apresentam um character espasmodico e são muito dolorosas. O corpo uterino não faz seu relaxamento completo no intervallo das contracções.

Pelo tocar encontramos: collo uterino ainda longo; orificio externo permeavel para dois dedos; bordos flaccidos, mas acima destes, uns 2 centimetros, tocamos uma zona rigida, que se retrahe por occasião das contracções uterinas. Cabeça movel, bolsa d'aguas intacta. Julgando tratar-se de um espasmo ao nivel do orificio interno fizemos ás 9 horas uma injecção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 9 1/2, observamos contracções mais rythmadas, mas ainda muito dolorosas, segundo a paciente, e que se succedem de 3 a 4 minutos, durando alguns segundos.

A's 10 horas, tocamos novamente: collo quasi completamente apagado; orificio externo permeavel facilmente para 3 dedos; acima deste uma pequena zona flaccida, não apresentando retracção por occasião das contracções.

Repetimos nova injecção ás 10,15, tendo o parto se dado expontaneamente ás 11 horas de 7-12-930, depois da ruptura expontanea da bolsa d'aguas, ás 10 1/2.

Livramento expontaneo completo, 8 minutos depois.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 10

Papeleta: 8941 — Registro: 1341.

E. M., com 18 annos de idade, primipara, deu entrada na Maternidade no dia 21-XII-30, ás 18 horas, em trabalho de parto.

Dia 22, pela manhã, vemos a paciente que nos informa terem suas dores começado pela manhã do dia 20, tendo pouco depois “perdido agua”; que á noite suas dores já eram muito fortes e que no dia 21 tendo sido examinada por uma parteira esta aconselhou-a a vir para o hospital, para ser operada.

A paciente encontra-se bastante fatigada e as contracções uterinas ao mesmo tempo que muito fortes e dolorosas são bastante irregulares quanto ao rythmo. Pelo palpar sentimos o corpo uterino contrahir-se fortemente durante as contracções, mas fazendo seu relaxamento normal no intervallo das mesmas; dorso do feto á esquerda; ruídos do coração fetal nitidos acima da symphyse pubiana.

Pelo tocar: bacia normal. A cabeça está bem insinuada na excavação em O. I. E. A. Orificio externo com dois dedos de dilatação, mas seus bordos apresentam-se rigidos, nada extensiveis, não tomando parte na contracção uterina nem no seu relaxamento. Membranas rompidas, tal como informou a paciente.

Deante dessa rigidez, que julgamos espasmodica do orificio uterino, fizemos então uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina ás 9 horas.

A's 9 ½ horas, observamos contracções mais regulares e bem menos dolorosas.

A's 10 horas, repetimos a injeccção de sulfato de atropina, na mesma dose, tendo o parto se dado expontaneamente ás 12 ½ do dia 22-XII-30.

Livramento espontâneo completo, depois de alguns minutos.

Período post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 11

Papeleta: 551 — Registro: 105.

V. P., com 33 annos de idade, multipara, 4 partos normaes.

Baixou á Maternidade ás 21 horas do dia 18-I-931, em trabalho.

Dia 19-I-931, pela manhã, vemos a paciente que nos informa ter sua gestação evoluído normalmente; não accusa infecção para o lado do aparelho genital nem teve aborto.

Suas dores tiveram inicio ás 3 horas do dia 18-I-931, com contracções fortes mas relativamente espaçadas.

Pelo exame observamos: contracções uterinas bastante intensas, e muito dolorosas, segundo a paciente. O utero contrahe-se regularmente de 5 em 5 minutos, durando a contracção alguns segundos. Feto em O. I. D. P. Ruídos do coração fetal nitidos á direita.

Pelo tocar encontramos: bolsa d'aguas intacta; collo completamente apagado; orificio externo permeavel para dois dedos, apresentando seus bordos uma rigidez bastante accentuada, que não cede nem no intervallo das contracções. Deante dessa rigidez que julgamos espasmodica do orificio uterino, que não cede apesar de um trabalho energico do corpo uterino, resolvemos fazer, ás 9 horas do dia 19-I-931, uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 9 ½, observamos que as contracções uterinas, si bem que intensas e regularmente espaçadas, não são tão dolorosas, sendo bem supportadas pela parturiente.

A's 10 horas, contracções boas, regularmente espaçadas, encontrando-se a paciente bastante animada.



A's 11 horas e 10 minutos, ruptura expontanea da bolsa d'aguas, seguindo-se immediatamente a expulsão do feto.

Alguns minutos depois livramento expontaneo, completo.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 12

Papeleta: N.º 736 — Registro N.º 130.

M. A. P. preta, com 20 annos de idade, primipara, baixou á Maternidade no dia 26 - I - 931 ás 18 horas em trabalho.

Dia 29 ás 10 horas vemos a paciente que nos informa, ter sua gestação decorrido normalmente, mas accusa infecção blennorrhagica. Inicio das dores dia 25 - I - 931 á tarde com contracções não muito intensas e regularmente espaçadas. Dia 26 ao ser examinada por uma parteira, rompeu-se a bolsa d'aguas; desde então suas dores se accentuaram muito, baixando por isso ao hospital.

Pelo exame externo observamos: contracções uterinas muito irregulares quanto ao rythmo, bastante intensas e muito dolorosas segundo a paciente que localisa as dores ao nivel da região do hypogratrio.

Feto em O. I. E. A; ruidos do coração fetal nitidos á esquerda. Pelo tocar encontramos: collo completamente apagado; orificio externo permeavel para um dedo, com bordos rigidos nada extensiveis, nem por occasião do intervallo entre as contracções. Cabeça insinuada. Bolsa d'aguas rompida.

Deante dessa rigidez espasmodica do orificio uterino, provocada talvez por uma ruptura prematura das membranas e na qual o factor infecção podia tambem estar incluido fizemos ás 10¹/₂ uma injecção de meio milligramma de atropina.

A's 11 horas, observamos contracções mais regulares, mas ainda bastante dolorosas.

A's 14 horas mesma natureza de contracções e pelo tocar encontramos o orificio externo permeavel para dois dedos, mas seus bordos continuavam rigidos; por isso repetimos a injecção de atropina, na mesma dose.

A's 17 horas vemos novamente a paciente observando que as contracções uterinas tornaram-se mais intensas, muito approximadas e bastante dolorosas. A dilatação do orificio externo continua no mesmo, mas seus bordos já não apresentam uma rigidez tão accentuada.

A paciente encontra-se bastante agitada e por isso fizemos ás 17½ uma empola de Solução Dastre.

Alguns minutos após, observamos as contracções tornarem-se mais espaçadas no intervallo das quaes a paciente dormita.

A's 21 horas deu-se o parto expontaneamente.

Livramento expontaneo, completo, alguns minutos ápos.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 13

Papeleta: 922 — Registro: 147.

M. L. N., com 21 annos de idade, secundipara.

Transportada para a sala de partos dia 3 - II - 931 ás 7 horas, em trabalho; inicio das dores ás 5 horas de 3 - II - 31. Prenhez a termo, gestão normal, não accusa infecção para o lado do aparelho genital.

Pelo exame feito verificamos: contracções uterinas normaes; feto em O. I. E. A. ruidos do coração fetal nitidos a altura da cicatriz umbilical; cabeça movel; bacia normal; collo não completamente apagado; orificio externo permeavel apenas para a ponta do index; bolsa d'aguas intacta.

A's 11 horas vemos novamente a paciente observan-

do contracções uterinas bem rythmadas, durando 30 segundos, de uma certa intensidade.

Pelo tocar: collo apagado, orificio externo permeavel para dois dedos, tendo seus bordos 2 a 3 millimetros de espessura; cabeça movel; bolsa d'aguas intacta.

A's 15 horas verificamos pelo exame feito: contracções uterinas bem rythmadas, mas muito dolorosas; orificio uterino permeavel para 3 dedos, mas seus bordos apresentam-se bastante rigidos e como que cortantes, durante as contracções. A região do collo situada acima do orificio externo, é séde egualmente de contracções activas, não se relaxando no intervallo das contracções. Bolsa d'aguas rompida expontaneamente ás 12 horas mais ou menos, nos informando a parturiente que depois de tal foi que suas dores começaram a se accentuar.

Estas dores a parturiente localisa principalmente ao nivel da região lombar e da symphyse pubiana.

Julgando tratar-se de um espasmo do orificio externo e suas immediações fizemos ás 15½ uma injecção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 16 horas vemos a paciente que nos informa terem suas dores diminuido em muito; no entretanto observamos que as contracções do corpo uterino são particularmente intensas.

A's 16,15 nova injecção de sulfato de atropina.

A's 18 horas parto expontaneo, de uma criança bem conformada do sexo masculino.

Livramento expontaneo, completo, alguns minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 14

Papeleta: 4155 — Registro: 187.

D. C. R. com 22 annos de idade, secundipara, parto precedente normal e a termo; não accusa infecção para a lado do apparelho genital. Gestação actual tem decorrido normalmente, apresentando nos dois ultimos mezes, leve edema dos membros inferiores.

Baixou á Maternidade ás 10 horas do dia 6 - II - 31 por causa da ruptura prematura da bolsa d'aguas, ás 8 horas do mesmo dia.

Inicio das dores ás 14 horas do dia 6 - II - 31; contracções uterinas regulares, succedendo-se de 10 em 10 minutos; á tardinha tornaram-se mais a miude, e de boa intensidade.

A' noite suas contracções se accentuaram muito, succedendo-se amiudadamente e determinando fortes dores nos rins.

Pela manhã do dia 7 - II - 931 vemos a paciente que mostra-se muito abatida, accusando intenso soffrimento por occasião das contracções uterinas, que vem de 2 em 2 minutos, durando 50 segundos em media.

Pelo tocar encontramos: collo completamente apagado, orificio externo permeavel para 2 dedos mas seus bordos apresentam-se muito rigidos e o labio anterior é séde de um leve edema; cabeça bem insinuada.

Fizemos então ás 8½ uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 9 horas observamos contracções mais espaçadas, e um pouco menos dolorosas, segundo a paciente.

A's 9½ observamos contracções mais intensas e um trabalho energico da prensa abdominal, (contracções expulsivas).

Depois de 25 minutos a parturiente dá a luz, espontaneamente, a uma criança bem conformada do sexo feminino.

Livramento espontaneo, completo, alguns minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 15

Papeleta: 1643 — Registro: 237.

H. A. com 19 annos de idade, primipara, baixou á Maternidade no dia 23 - II - 931 ás 21 horas em trabalho.

Dia 24 - II - 931 vemos a paciente que nos informa: ter sua gestação decorrido normalmente; suas dores começaram pela madrugada de 23 - II - 31 estando pois ha mais de 24 horas em trabalho; estas dores a principio pouco dolorosas e relativamente espaçadas, accentuam-se muito durante o dia de 23 - II - 931 e por isso resolveu baixar ao hospital; ruptura da bolsa d'aguas, em caminho para á Maternidade.

Pelo exame verificamos: contracções uterinas bastante intensas, muito dolorosas e frequentes; feto em O. I. D. P. com ruidos fetaes nitidos á direita. Pelo tocar encontramos: collo não completamente apagado, orificio externo permeavel apenas para um dedo, seus bordos no entretanto são rigidos, nada extensiveis não se relaxando no intervallo das contracções uterinas. Cabeça insinuada. Bolsa d'aguas rompida. Bacia normal.

Considerando a natureza espasmodica da rigidez do orificio uterino, fizemos ás 8½ horas uma injeccção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 9½ novo exame: contracções menos dolorosas, mais espaçadas e bastante intensas; collo completamente apagado; orificio externo permeavel para dois dedos, com bordos mais flaccidos. Cabeça profundamente insinuada.

A's 10 horas repetimos a injeção de sulfato de atropina, na mesma dose.

A's 11 horas e 45 minutos a parturiente dá á luz espontaneamente a uma criança do sexo masculino, bem conformada com 3.200 grammas.

Livramento espontaneo, completo, alguns minutos após.

Periodo post-partum normal.

OBSERVAÇÃO N.º 16 (Dr. Oddone)

Papeleta: 1863 — Registro: 318.

M. R. S. com 19 annos de idade, primipara, baixou á Maternidade ás 17½ horas do dia 3 - III - 931, em trabalho de parto.

Gestação normal, não accusa infecção para o lado do apparelho genital.

Examinada no momento de baixar encontrou-se: collo não completamente apagado; orificio externo não permeavel para um dedo; bolsa d'aguas intacta, cabeça insinuada.

Durante a noite as contracções uterinas tornaram-se bastante intensas, muito dolorosas, succedendo-se com curtos intervallos.

A' 1 hora de 4 - III - 931 foi examinada novamente, tendo sido observado então: collo não completamente apagado; orificio externo permeavel para 3 dedos, bordos flaccidos; orificio interno com uma rigidez accentuada retrahindo-se por occasião das contracções uterinas. Cabeça alta. Bolsa d'agua intacta.

Foi feita então numa injeção de meio milligramma de sulfato de atropina.

A's 4 horas nova injeção de atropina.

A's 5 horas devido a rigidez accentuada do orificio interno e as fortes dores condicionado por este estado

anormal do mesmo, foi feita uma empola de solução Dastre.

Pouco depois as contracções uterinas tornaram-se mais espaçadas e bem menos dolorosas.

A's 6¹/₂ deu-se o parto expontaneo, de uma criança de sexo feminino, bem constituída.

Livramento expontaneo, completo, 20 minutos depois.



CAPITULO VI

CONCLUSÕES

1.^a

A contractura espasmodica do collo uterino é mais frequente do que realmente se julga.

2.^a

Seu papel no retardamento do parto é dos mais manifestos.

3.^a

O espasmo do collo traz, quando abandonado, grandes prejuizos para as partes molles maternas, e maiores para o fêto.

4.^a

Mesmo com a medicação antispasmodica, esta contractura constitue grave perigo para a vida do fêto.

5.^a

Na maior parte dos casos, o espasmo localizado no collo uterino é a unica causa de rigidez e, portanto, de

dystocia; vezes outras, no entretanto, elle apparece como phenomeno secundario de um estado pathologico dos tecidos a esse nivel.

6.^a

Primitivo ou secundario, o elemento espasmo é a causa mais importante do retardamento do processo de dilatação.

7.^a

Um estado espasmodico do collo uterino pode ser condicionado: por uma excitação proveniente do proprio trabalho de parto ou provinda do exterior; por uma excitabilidade particular dos tecidos a esse nivel; pela predisposição especial das mulheres neurasthenicas ou hystericas.

8.^a

O apparecimento de um estado espasmodico ao nivel do collo uterino pode fazer-se em qualquer phase do trabalho de parto.

9.^a

Os estados espasmodicos do collo uterino são a resultante da ruptura do equilibrio entre as acções nervosas que regem o processo de dilatação, ruptura essa condicionada por uma excitação central ou peripherica.

10.^a

A localisação de um estado espasmodico ao nivel do orificio externo é mais frequente que aquella no orificio interno, mas sua importancia, no entretanto, é sempre menor.

11.^a

O espasmo de um dos orifícios pode extender-se ás suas partes vizinhas.

12.^a

O corpo uterino póde igualmente tomar parte n'este estado espasmodico localizado primitivamente no collo; a localisação primitiva de um espasmo sobre o corpo uterino é mais rara e geralmente não se estende ao collo.

13.^a

Um estado espasmodico, no entretanto, pode achar-se localizado unicamente em um dos orifícios, não interessando as partes vizinhas nem o corpo uterino.

14.^a

O collo uterino é um verdadeiro esphincter do qual o tonus é regido pela actividade reflexa da medulla lombar.

15.^a

A dilatação do collo uterino é o resultado de uma acção positiva do corpo uterino e da vagina, combinada a uma acção negativa do esphincter circular.

16.^a

O nervo vago, anormalmente excitado, determina uma constricção forte do collo, por uma acção reflexa sobre os centros medulares e uma acção indirecta vasomotor.

17.^a

Um estado espasmodico do collo uterino é a resultante de uma excitação anormal do nervo vago, determinando uma acção reflexa sobre os centros medulares e uma acção indirecta vaso-motora.

18.^a

A acção medullar pode, em um gráu mais accentuado de excitação, determinar a inibição motora do corpo uterino.

19.^a

A atropina é a medicação por excellencia dos estados espasmodicos do collo uterino, devido a sua acção inibidora do vago e, até um certo ponto, excitante do sympathico.

20.^a

A atropina a par dos optimos resultados que nos proporciona é de emprego facil e relativamente inocua tanto para a mãe como para o fêto.

21.^a

Muitas das intervenções obstetricas empregadas nos casos de delatação defeituosa do collo uterino podem ser evitadas por meio d'este simples processo medicamentoso.



BIBLIOGRAPHIA

L. A. Demelin — De la Contraction Utérine et des Dyscinésies
Corrélatives.

A. Döderlein — Tratado de Obstetricia — Vol. I.^o

Bar, Brindeau et Chambrelent — La Pratique de l'Art des
Accouchements — Vol. I

E. Gueissaz — Gynécologie et Obstétrique — Tomo VII — 1923

E. Toneff — Gynécologie et Obstétrique — Tomo XIV — 1926

Bindschaedler — Gynécologie et Obstétrique — Tomo XVII
— 1928.

Horrenberger — Gynécologie et Obstétrique — Tomo XVIII
— 1928.

G. Schickelé — Gynécologie et Obstétrique — Tomo XVII
— 1928

P. Burger — Gynécologie et Obstétrique — Tomo XXII — 1930

H. Vignes — Physiologie Obstétricale

H. Keiffer — Clinique Tarnier (1924)

A. Brindeau — Clinique Tarnier (1925).

A. Martinet — Énergétique Clinique.

E. Poulsson — Pharmacologia.

Meyer — Gottlieb — *Farmacologia Sperimentale*

A. Martinet — Thérapeuthique Clinique.

A. Manquat — Thérapeuthique — Vol. III

Laignel-Lavastine — Thérapeuthique du Sympathique. (La Me-
dicine — 1923).

Revue Thérapeuthique des Alcaloïdes N.^o 56 — 1927

Revue Thérapeuthique des Alcaloïdes N.^o 65 — 1928

Le Monde Medicales — N.^o 745 — 1928