

# REVISTA DE

## GYNECOLOGIA e D'OBSTETRICIA

◆ Orgão Oficial da «Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil» ◆

*Pour la publicité française, s'adresser à la «Regie exclusive  
de journaux de Médecine». 54, rue Jacob, Paris,*

E. Thiotier, directeur.

ANNO XVI

Publicação mensal  
Julho — 1922

N.º 7

DIRECTOR-FUNDADOR

DR. A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

REDACTOR-SECRETARIO

DR. ARNALDO DE MORAES

REDACTORES

Profs. Hugo F. Werneck, Fernando Magalhães e Nascimento Gurgel,  
— drs. Crissiuma Filho, Azevedo Junior e Raul Penna —

Redacção: — ASSEMBLÉA, 46 — Rio de Janeiro

Assignatura annual... 12\$000    Numero avulso..... 1\$500



RIO DE JANEIRO

Typ. e Lith. PIMENTA DE MELLO & C. — Rua Sachet, 34

1922

U. F. R. J.  
MATEENDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA

# Revista de Gynecologia e d'Obstetricia

Orgão oficial da « Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil »

ANNO XVI

Rio de Janeiro, Julho 1922

N.º 7

SUMMARIO : — I. Forceps alto, pelo Dr. Octavio de Souza—II. A propósito das pyelites gravídicas. (Carta aberta ao Dr. Arnaldo do Moraes), pelo Prof. J. Adeodato. — III. Registo da Clinica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. — IV. SOCIEDADES MEDICAS — ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.— Premio Madame Durocher. — V. BIBLIOGRAPHIA. — VI. PETITE REVUE.

## I

### Forceps alto (\*)

PELO

DR. OCTAVIO DE SOUZA

Membro da Academia de Medicina. Docente da Faculdade de Medicina.  
Medico do Hospital Pro Matre

Um facto recente, passado no Hospital Pro-Matre, despertou-me a ideia de trazer á baila a debatida questão do forceps alto ou forceps no estreito superior.

Não tanto porque o facto clínico venha desabonalo e muito menos quem delle usou. Longe disso. O profissional operador, que lançou mão, como devia, do instrumento de Demelin, se houve até com brilhantismo. Nem se fez, por isso, esperar o bom exito materno e fetal.

Mas principalmente para pôr em fóco a questão, ouvindo dos mestres e dos collegas que fazem parte desta Sociedade as suggestões a que faz jús esse importante assunto.

Cá por mim, devo sem preambulos, dizer o meu modo de vêr, sujeitando-me, todavia, a modifical-o pelo que se puder apoiar desse debate.

(\*) Comunicação á « Soc. de Obstetricia e Gyn.» em 17 de Junho de 1922.

De passagem, direi, a proposito do caso clinico, que inspirou essas notas, que a observação rigorosa da relação pelvi-fetal, o quanto se pode esperar do pelvimetria e fetometria, era um tanto favoravel ao prognostico e até mesmo para parto espontaneo. Feto de dimensões perfeitamente normaes, bacia de *conjugata diagonalis* de 11, podiam em seu conjunto permittir bom desenlace porque havia contracções energicas do utero. O que não se tinha era uma direcção conveniente dellas, segundo o que se apurou. O que fazia concluir que talvez, a collocação do cinta ou a manobra de expressão de Hoffmeier, corrigindo a dystocia, resolvessem com successo o caso.

Isso, aliás, não significa que o forceps se contraindicasse, de modo absoluto. Não. Modificando a situação pela direcção conveniente das tracções, elle veio bem orientar o polo cephalico para excavação, permitir sua insinuação, e assim terminar bem o parto.

Eu, porém, teria orientação diversa, usando antes, das manobras, para só agir com o instrumento quando o polo cephalico se encontrasse baixo em plena excavação ou no estreito inferior. Tenho dous casos desse genero na minha clinica particular, para só referir os mais recentes, em que o successo foi completo. E' isso uma questão de ponto de vista meu, de acordo com a minha Escola.

Deixando, porém, de parte o caso clinico, que apenas servio como introducção, para o que vou dizer, passo ás considerações rapidas, a que me propuz, sobre o assumpto desse thema.

---

O forceps alto é, como se sabe, o forceps applicado no polo cephalico retido na area do estreito superior.

Ora, quando esse facto clinico se verifica, varias causas podem estar em jogo agindo simplesmente ou simultaneamente.

Tem-se como uma dellas a deficiencia das contrações uterinas ou o desvio de sua direcção, conduzindo a sua resultante para ponto inadequado, que não é o centro da area do estreito superior e tornando-se inutil nesse caso, neutralizada, como ficará, pelo obstaculo do promontorio ou da symphise pubica.

Nessas hypotheses, entretanto, pode-se bem dizer não ter fundamento a indicação clinica do forceps. Antigamente se poderia cogitar de substituir o «vis a tergo» insufficiente pelo «vis a fronte»; hoje, porém, não é mais pelo forceps a orientação therapeutica na chamada dystocia por hypotonía primitiva ou secundaria, nem o pôde ser logicamente. Com o aproveitamento clinico dos oxytocicos, o principal dos quaes o extracto hypophysario hoje em inteira voga, dados sem duvida, em dose e oportunidade convenientes, com o emprego de manobras adequadas para corrigir a direcção da força, os casos clinicos se resolvem bem, com beneficio materno e fetal. Muitos e muitos têm sido os successos que eu tenho testemunhado; varios exemplos de casos tenho eu, que, sem o forceps, se resolveram brilhantemente.

Esses, pois, não interessam. Nem o forceps foi feito para elles.

Vale, ao contrario, muito mais, a questão da desproporção pelvi-fetal ou feto-pelviana, ambas redundando em uma unica e mesma causa. Sim, porque praticamente o resultado é o mesmo, o prognostico se enquadra dentro das mesmas linhas geraes. O prognostico e a therapeutica, por quanto si se indicar o forceps, elle terá de agir antes do mais como agente reductor, seja para diminuir os diametros de polo cephalico anormalmente desenvolvido, para tornal-o compativel com uma bacia normal, seja, para tornal-o compativel com a passagem na estreiteza pelvica, quando elle (polo cephalico) fôr normal.

Tem assim o forceps no estreito superior de ser reductor.

Deve-se convir que o parto espontaneo só se daria nesses casos de desproporção, se os ossos, que formam a abobada craneana, estivessem afastados em suas suturas; seria possivel assim a sua approximação e até o cavalgamento dos bordos dos parietaes entre si, de onde a diminuição do diametro bi-parietal que nessas condições se poderia accommodar ao *conjugata vera* diminuido.

Mas, si ha dystocia por augmento do volume e irredutibilidade do polo cephalico, sente-se evidentemente a impossibilidade dessa reducção; é que se acham, reunidos por synthese, os ossos da abobada craneana de modo que nada é lícito esperar da parte do polo fetal para as possibilidades do parto por via pelviana; esse é

mesmo o conceito clinico dystocia fetal, para a qual só vale a existencia da irreducebilidade do polo cephalico, ainda mais do que o peso e o proprio volume do feto.

Esperar, portanto, que o forceps resolva essa dystocia, isto é, que em polo cephalico nessas condições de irreducebilidade de seus diametros vá em pleno estreito superior buscal-o, insinual-o e trazel-o até ao exterior, é evidentemente dar-lhe as funcções de reductor, compressor e conceder-lhe, portanto, pessimas qualidades. Demais é preciso bem notar, o instrumento vem, quando já o polo chegou ao maximo de reducção, porque mesmo nesses casos a Natureza faz tudo quanto lhe é licito fazer. De modo que o forceps vem exercer sua accão já em condições precarias para o polo cephalico e então os prejuizos se tornarão ainda maiores. Tão pernicioso, de facto, é o instrumento como compressor, que os autores e muitos têm constantemente cogitado do problema de diminuir os maleficios, ora collocando os chamados tractores molles, ora indicando a collocação das articulações nas extremitade dos cabos (Mattei, Thenance, Chassagny e outros), ora lembrando o dispositivo de duas superficies lateraes para applicação da força tractora (Simpson e Baisch); ora preconizando as articulações nas colheres; ora variando a curvatura cephalica (Davis), etc.

Apesar disso, porém, os bons effeitos praticos não se verificam: o instrumento não consegue reduzir, porque o polo já é irreduceivel; o que determina é a lesão, é o traumatismo, é a fractura com penetração do fragmento, dando como resultado, as paralysias, as contracturas, symptomas de hemorrhagias meningeas por compresão, que em geral precedem o fatal desfecho do feto, o que, as mais das vezes, se dá.

Por isso, para a dystocia fetal, deve-se pensar que o forceps não pode ter a indicação desejada. Sua accão deve, nessa variedade de dystocia por desproporção, ser absolutamente contraindicada.

Sí, agora, se apreciar a questão da indicação na outra modalidade de dystocia por desproporção, o vicio pelviano, ir-se-á chegar a conclusões mais ou menos analogas. E' mesmo nesses casos que o instrumento é mais nocivo.

Parta-se da preliminar que sí a pelve é estreita isso está a indicar que o parto não deverá ser através della e

por outro lado, se é nella que se assesta a causa da dystocia deve tambem ser sobre ella que a operação se deve realizar.

E dahi não se pôde sahir; o forceps agindo sobre o polo cephalico não resolve a dystocia em boa logica; ao contrario, vae agir sobre elemento que não é dystocia.

E' bem verdade, entretanto, que existem dystocias relativas, aquellas em que é minima a desproporção entre feto e bacia e para corrigir estas pode-se admittir o instrumento.

Mas, é preciso comprehendendo o mecanismo do parto espontaneo atravez do vicio pelvico para se entender como deve agir o forceps.

Ora, no parto espontaneo, vê-se o asynclitismo do polo cephalico para reducção do seu diametro transverso vê-se a flexão do mesmo se exagerar para diminuição do antero-posterior, ha, pois movimentos que devem ser respeitados. E o forceps não poderá beneficiar senão respeitando e até facilitando esses movimentos.

Elle deverá, pois, agir como o fazem as contracções uterinas que tem como resultante a força de tensão intra-uterina, impulsionando o feto para o interior da bacia, executando o polo cephalico que vai adiante, os movimentos impostos pela accomodação. Só assim, imitando a Natureza, fazendo com que a força tractora vá agir antes do plano do meridiano de pegada, é que o instrumento preencherá sua função. Nem é por outro motivo, que o instrumento de Demelin, com o tractor de laço separado, podendo actuar no ponto desejado, pode dar o resultado esperado.

Mas admittindo-se que o instrumento esteja escolhido nessas condições, ter-se-á agora de resolver a questão da applicação para apprehensão. Nesse particular, das experiencias feitas, está-se mais ou menos certo que é a pegada obliqua a que mais se coaduna com a situação do polo elevado. Já as pegadas chamadas regulares de uma orelha a outra preconisadas por Smellie, acceitas por Baudelocque, para o caso do polo cephalico se apresentar transversalmente, e bem assim as de fronte e occiput, aconselhadas por Mme. Lachapelle, foram ha muito postas de lado. Jacquemier mesmo affirma, que a Smellie, ou melhor aos insucessos das pegadas por elle aconselhadas, se deve o descredito que o forceps alto soffreu.

Muito difficult é, de facto, collocar as colheres nas partes da cabeça, apertadas entre o promontorio e o pubis e bem assim não apresenta solidez a pegada fronto-occipital, alem dos graves damnos que pode causar á face fetal que não compensam as vantagens, si as ha, de ficar o instrumento em attitude directa em relação á bacia.

Fica, pois, como unica, apegada fronto-mastoïdea, que teve Budin como um dos seus principaes defensores e que hoje é a que se deve fazer. Nem por isso, porem, se poderá negar que a technica propriamente do forceps no estreito superior se revestirá de pequenas difficuldades.

O modo porque está collocado o polo cephalico, o gráo de asynclitismo, etc., tornarão essa pegada das mais difficeis. Theoricamente mesmo pode-se affirmar que o instrumento não é bem proprio senão para os casos em que a cabeça está insinuada ou já no estreito inferior, porque somente neste caso far-se-á coincidir simultaneamente sua curvatura pelviana com a pelve e a cephalica com o polo que se apresenta. Em todos os outros casos em que essa coincidencia se não dá, ter-se-ão as applicações atypicas de consequencias graves e de tão grandes difficuldades que nem sempre podem ser supridas pela habilidade do operador.

E quando por difficuldade de applicação, se apprehende mal o polo cephalico, não se poderão fazer tracções efficientes, um phenomeno estando evidentemente na dependencia do outro ; a bôa tracção da bôa apprehensão e essa de bôa applicação da colher.

Mas, dê-se de barato que fique bem resolvida a questão do modo de applicação, luta-se ainda com um terceiro factor contrario ; quero me referir á indicação rigorosa para a applicação do instrumento. E' que esta depende principalmente da relação pelvi-fetal, que por sua vez se baseia na pelvimetria e na fetometria. Ora estas variam de acordo com o criterio pessoal e isso basta para invalidal-as. De lado, no que respeita propriamente a pelvimetria, a externa pelos seus dados incertos, fica-se limitado a medida do promonto-pubiano sempre conseguida por desconto, o qual apesar das tabellas e das formulas não nos pode dar uma noção senão approximada da verdade : é que o desconto depende de factores, como a altura da symphise, a espessura desta, a sua inclinação, a altura do promontorio, etc., e por esta razão não deve fi-

car fixo a 15 mm. (Tarnier), mas ao contrario variar de 0 a 3 cents. que bem mais de acordo ficam com as pesquisas cadavericas de Selheim.

Mesmo com a formula Kronig ( $V^2 = d^2 + s^2 - 2 ds \cos. \alpha$ ) em que o erro maximo nas pesquisas cadavericas é de 2 millimetros, não se pode ficar limitado a ella, devendo-se recorrer aos meios pelvigraphicos, que sempre nos dizem melhor, mas que em summa, são tambem como os outros, dependentes do criterio pessoal, não havendo regras fixas para determinal-os.

A fetometria por sua vez tambem é de resultados bem aleatorios. Não raro o resultado final não confirma o que o exame determinou: quer nas medidas realisadas pelo cephalometro de Perret, quer quando se tenta o palpar mensurador de Müller-Pinard obtêm-se decepções. Ha mesmo nesse particular entre nós verificações feitas pelo Prof. Fernando Magalhães que atestam esse facto.

De resto, as difficuldades de que ás vezes se cerca a technica, dependentes da espessura da parede do ventre, da possibilidade das contracções uterinas, do estado de nervosismo da paciente, etc., invalidam senão de todo, pelo menos em parte o palpar mensurador; e mesmo quanto á technica de Ahlfeld e Perret, luta-se tambem com o facto de não haver um algarismo justificadamente fixo para deducção. E' por isso que Fernando Magalhães diz muito bem que da fetometria nos devemos servir « como subsidio e não como sentença ».

E' bem verdade que o pratico pelo tocar manual sabe o grão de insinuação do polo cephalico, pode por ahí dizer da possibilidade ou não do parto espontaneo e conhece dest'arte a verdadeira relação pelvi-fetal.

Mesmo assim porem, tem-se evidentemente a lutar com esse elemento contrario, a difficuldade para se fazer o diagnostico certo e positivo da desproporção.

Por tudo isso, parece bem que razão de sobra assiste a Seigneux, Queirel, Farabeuf, Fernando Magalhães e tantos outros, para se tornarem radicaes, quanto ao for- ceps alto, condenmando-o formalmente e a cujas Escolas eu me filio convictamente.



Entretanto, como ás vezes seu emprego é coroado de exito, pode-se pensar em admittil-o como *forceps de prova* sem duvida para casos em que se esteja mais ou menos convencido de que a desproporção é pequena, limitadas, enfim, as tracções ás condições compativeis com a vitalidade fetal. E si desde logo o resultado bom não se faz sentir, é preferivel não insistir e recorrer-se á via alta pela cesareana, que resolve entao o problema com beneficio materno e fetal.

## II

## A proposito das PYELITES GRAVIDICAS

### Carta aberta

AO EXM. SR. DR. ARNALDO DE MORAES

M. D. Redactor Secretario da Revista de Gynecologia e d'Obstetricia

Illustre collega

Saudações.

Em o numero de Fevereiro do corrente anno da «Revista de Gynecologia e d'Obstetricia», li uma nota em conclusão ao seu artigo sobre «Um caso de pyelo-nephrite gravidica». Diz ahi o illustrado collega que, em meu escripto «Notas sobre as pyelites gravidicas», inserto na mesma revista, em Agosto de 1919, «ha evidentemente um pequeno exagero de minha parte, quando digo que meu trabalho tinha «o intuito de salientar a apparente raridade, em nosso meio, dessa complicação da gravidez, que me parece ter passado despercebida á observação dos clinicos», e que «no Brasil pouco se tem escripto sobre o assumpto, a julgar pelas raras publicações nos jornaes medicos do sul do paiz».

Passa, então, a demonstrar que «pelo menos no que toca ao sul do paiz, ahi comprehendido o Rio de Janeiro, a affecção é frequentemente assinalada de ha muito, pois a these do Dr. Raymundo Luiz de Araujo,—«Contribuição ao estudo das pyelites gravidicas»,— defendida aqui em

naes medicos do sul do paiz». E quantas eram então essas? Apenas 4, creio eu, tantas quantas constam da relação apresentada pelo Dr. Moraes, si não é que mais alguma exista, que não conheço ou de que não me lembro de momento, ou que tambem escapasse ao meu collega. Ainda assim, não se podem dizer raras as publicações jornalisticas sobre o assumpto?

Demais, uma ou outra omissão, ainda num relato bibliographico, que tal não quiz eu fazer, não seria grande falta como aliás não o é, na bibliographia obstetrica nacional, appensa á Historia da Obstetricia no Brasil de Fernando Magalhães, publicada no corrente anno (1922), o silencio sobre as minhas *Notas sobre as pyelites gravidicas*, bem como sobre outros pequenos trabalhos meus, referentes á obstetricia, publicados ou, pelo menos, noticiados na propria imprensa medica do Rio de Janeiro.

A' vista de tudo isso, fica elucidado o pequeno equívoco, que perdôe-me o presado collega, não fui eu quem commetteu.

Com um amistoso aperto de mão, assigno-me  
seu collega admirador

*J. Adeodato*

Avenida L. Filgueiras n. 6

(Bahia)

### III

## Registo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (\*)

A CARGO DO

PROF. FERNANDO MAGALHÃES

Mez de Junho de 1922

Dia 1º — N. 17.662 — Multipara, parda, 30 annos, brasileira, teve um parto natural, B. com dimensões : BE — 21 ; BC — 25 ; S. P. E. — 19 ; B. ischiatico — 11. Gestação bôa. Entrou em trabalho de parto para a clinica, que durou 5 horas e 30 minutos ; expulsão 10 minutos ; ruptura expontanea e precoce da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, despreendimento em OP. Feto vivo ; a termo ; sexo masculino ; 2.800

(\*) Esta revista passará a publicar mensalmente esta secção, continuação da publicação «Registo da Maternidade», interrompida desde Julho de 1917; e o faz graças á determinação do nosso Redactor Sr. Prof. Fernando Magalhães.

grms; comprimento 48 cent. Delivramento natural, 1 hora e 50 minutos post-partum. Puerperio physiologico; temperatura entre 36° e 37°; pulso entre 66 e 74, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 9º dia.

N. 17.668 — Secundipara, branca, 21 annos, portugueza. teve um parto prematuro do 7º mez. B com dimensõss; BE — 22; BC — 24,5; S. P. E. — 19; Bi-ischiatico — 10,5; conj. diagonalis — inattingivel. Gestação bôa. Entrou para a clinica em trabalho de parto, que durou 3 horas e 40 minutos. Ruptura expontanea e precoce da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo, sexo masculino, 2 k. 740 grms. comprimento 44 cm, CBP — 90 em, queda do cordão no 5º dia. Delivramento manual, 8 horas post-partum. Puerperio physiologico; temperatura 36°3 e 36°8; pulso entre 70 e 82, secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 8º dia.

Dia 2 — 17.672 — Primipara, branca, 21 annos, brasileira. Bacia com dimensões: BE — 24; BC — 26; SPE — 19; conj. diagonalis — inattingivel. Gestação bôa. Duração do trabalho de parto 14 horas; expulsão 20 minutos. Parto natural em OIEA; ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Feto vivo; sexo feminino; comprimento 43 cents; peso 3.500 grms. BP — 9. Delivramento natural, 2 horas e 10 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre 36°4 e 36°6; pulso entre 60 e 90; secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 7º dia.

Dia 3 — 17.651 — Primigesta, branca, brasileira. Bacia normal. Teve no inicio da gestação naseas, vomitos e cephaléa. Entrou para a clinica em trabalho, durando 1 h. Feto morto do 6º mez de gestação. Delivramento natural, 3 horas e 30 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre 37° e 38°8, pulso entre 80 e 112. Drenada durante 9 dias. Alta bôa no 16º dia.

N. 17.673 — Primipara, preta, brasileira, 21 annos. Bacia normal. Gestação bôa. Estava internada na clinica. Duração do trabalho de parto 12 horas e 30 minutos. Parto natural em OIEA; desprendimento em OP. Feto vivo; sexo feminino; 3.800 grms.; comprimento 48 cent.; BP — 9; queda do cordão no 6º dia. Delivramento 4 horas e 30 minutos post-partum. Puerperio entre 36°2 e 37°2; pulso entre 64 e 100. Alta bôa no 8º dia.

N. 17.608 — Primigesta, branca, brasileira, 18 annos. Bacia normal. Gestação bôa. Estava internada na clinica; duração do trabalho de parto 14 horas e 25 minutos. Parto natural em OIEA; desprendimento em OP. Ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Feto vivo; sexo feminino; peso 3.400 grms; BP — 9; queda do cordão no 5º dia. Puerperio: temp. entre 37°2 e 38°8; pulso entre 90 e 110; secreção lactea no 5º dia. Alta bôa no 12º dia.

N. 17.676 — Primigesta, preta, brasileira, 19 annos. B.

normal. Gestação bôa. Estava internada na clinica ; ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Duração do trabalho de parto 8 horas e 30 minutos ; desprendimento em OP. Feto vivo ; sexo feminino, 2 kilos e 750 grms. comprimento 46 cm, BP — 8,5, queda do cordão no 8º dia. Puerperio : temp. entre 36º2 e 37º ; pulso entre 64 e 108. Alta bôa no 8º dia.

N. 17.677 — Primigesta, preta, brasileira, 20 annos. B. normal. Gestação bôa. Duração do trabalho de parto 24 horas e 12 minutos ; ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural, desprendimento em OP. Feto vivo ; sexo feminino, comprimento 44 cent. 2.500 grms., BP 8, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural 1 hora e 5 minutos post-partum. Puerperio physiologico ; temp. entre 36º2 e 37º1 ; pulso entre 64 e 84. Alta bôa no 8º dia.

Dia 4 — N. 17.638 — Primigesta, parda, brasileira, 31 annos. B. normal. Gestação bôa. Entrou para a clinica em trabalho de parto, que durou 13 horas. Ruptura expontanea e prematura da bolsa d'agua. Parto intervencionista : applicação de forceps Tarnier pelo Dr. Oliveira Motta ; indicação operatoria : sofrimento fetal e falta de insuuação da cabeça. Anesthesia pelo ether. Feto morto ; sexo masculino, 3 klg. comp. 48 cent., BP — 9. Delivramento normal por falta de retracção uterina. Puerperio : temp. entre 36º2 e 37º4 ; pulso entre 72 e 100. Alta boa no 12º dia.

N. 17.667 — Multipara, preta, brasileira, 23 annos. Parto anterior normal. B. normal. Gestação bôa. Estava internada na clinica. Duração do trabalho de parto 7 horas e 25 minutos ; parto natural em O. I. E. A., desprendimento em OP. Feto vivo : sexo masculino, 45 cent., peso 2.750 grms. BP — 8,5, queda do cordão no 7º dia. Delivramento natural 20 minutos post-partum. Puerperio : temp. entre 36º e 37º ; pulso entre 70 e 84. Alta bôa no 8º dia.

Dia 5 — N. 17.678 — Multipara, preta, biasileira, 30 annos ; teve 4 partos naturaes. B. normal. Durante a gestação teve vomitos, cephaléa e edema dos membros inferiores. Entrou em trabalho de parto que durou 16 hs. e 30 minutos : ruptura expontanea da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, desprendendo-se o feto em OP. Feto vivo ; sexo masculino, 48 cent. de comprimento, peso 3.200 grms, BP — 9, queda do cordão no 4º dia. Delivramento expontaneo 1 hora post-partum. Puerperio ; temp. entre 35º e 37º2 ; pulso entre 80 e 106. Secrecção lactea no 3º dia. Alta bôa no 7º dia.

N. 17.646 — Primigesta, preta, brasileira, 18 annos. B. normal. Entrou para o serviço em trabalho, que durou 6 horas : ruptura expontanea da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, delivramento em OP. Feto vivo ; sexo masculino, comp. 46 cent., peso 3.650 grms. BP — 8,5, queda do cordão 4º dia. Delivramento expontaneo 1 hora e 5 minutos post-partum.

Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}2$  e  $38^{\circ}8$ ; pulso entre 70 e 90. Secrecção lactea no 5º dia. Alta bôa no 20 dia devido a recente ter ophtalmia.

N. 17.664 — Primigesta, preta, brasileira, 21 annos. B. normal. Gestação bôa. Entrou para o serviço em trabalho que durou 22 horas; ruptura da bolsa d'água expontânea e opportuna. Parto natural em OIEA, desprendendo-se o feto em OP. Feto vivo; sexo masculino, 3.500 grms. de peso, comprimento 49 cent. BP — 9, queda do cordão 5º dia. Delivramento natural 10 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}$  e  $36^{\circ}8$ ; pulso entre 60 e 100; a secreção lactea no 3º dia. Alta bôa no 12º dia.

N. 17.683 — Multipara, branca, brasileira, 29 annos, teve 5 partos normaes e um aborto de 6 meses na 5 gestação. Gestação sem acidente. B. normal. Entrou em trabalho que durou 7 horas; ruptura artificial da bolsa d'água. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo; sexo masculino, comp. 49 cent., peso 2.770 grms., BP — 9, queda do cordão no 4º dia. Delivramento natural. Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}$  e  $36^{\circ}4$ ; pulso entre 66 e 92. Secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 7º dia,

Dia 7 — N. 17.680 — Multipara, branca, brasileira, 28 annos, teve 2 partos prematuros, 4 a termo sendo o 4º um feto morto. No inicio da gestação teve vomitos. B. normal. Entrou em trabalho de parto que durou 38 horas; ruptura da bolsa d'água expontânea. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, com. 47 cent., peso 2.600 grms. BP 8,5, queda do cordão no 6º dia. Delivramento natural 4 horas post-partum. Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}2$  e  $37^{\circ}$ ; pulso entre 60 e 134. Secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 9º dia.

N. 17.690 — Multipara, branca, portugueza, 27 annos, teve 2 partos normaes. B. normal. Estava internada, duração do trabalho 2 horas e 52 minutos. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP; ruptura precoce da bolsa d'água. Feto vivo; sexo feminino, comp. 49 cent., peso 3.000 grms, BP — 9, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural. Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}$  e  $36^{\circ}8$ ; pulso entre 64 e 78. Secreção lactea no 2º dia. Alta a pedido no 6º dia.

Dia 8 — N. 17.679 — Primigesta, preta, brasileira, 18 annos. Gestação bôa. B. normal. Entrou em trabalho de parto para a clinica, que durou 10 horas. Ruptura expontânea e opportuna da bolsa d'água. Parto natural em OIEA; desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 49 cent., peso 4.000 grms., BP — 8,5, queda do cordão no 5º dia. Delivramento expontâneo 30 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre  $36^{\circ}$  e  $38^{\circ}$ ; pulso entre 56 e 100. Alta bôa no 5º dia.

Dia 9 — 17.675 — Multipara, preta, brasileira 24 annos. Partos anteriores bons. Bacia com dimensões normaes. Estava internada na clinica, quando entrou em trabalho de parto que durou 6 horas. Parto natural em OIEA. Ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Desprendimento em OP de um feto vivo: sexo feminino, 49 cent. de comprimento, peso 3.000 grms., BP — 9. Delivramento natural, 50 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre 36°4 e 37°; pulso entre 60 e 80. Secreção lactea no 3.<sup>o</sup> dia. Alta bôa no 9.<sup>o</sup> dia.

N. 17.682 — Primigesta, preta, brasileira, 24 annos. Gestação bôa. B. normal. Duração do trabalho de parto 8 horas, ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA. Feto vivo: sexo masculino, comp. 48 cent. e 5 mm., peso 3.750 grms, BP — 9, queda do cordão no 5.<sup>o</sup> dia. Delivramento expontaneo 1 h. post-partum, Puerperio: temp. entre 36°5 e 37°3, pulso entre 56 e 120. Secreção lactea no 4.<sup>o</sup> dia. Alta bôa no 11.<sup>o</sup> dia.

N. 17.691 — Multipara, preta, brasileira. Teve 2 partos naturaes. B. normal. Gestação bôa. Entrou para a clinica em trabalho, que durou 5 hs. e 42 m. Ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua; parto natural em OIEA. Desprendimento em OP de um feto vivo: sexo feminino, 45 cent. de comp., BP — 9, 3.000 grms. de peso, queda do cordão no 4.<sup>o</sup> dia. Delivramento natural 25 minutos post-partum. Puerperio: temp. entre 36°3 e 36°8; pulso entre 66 e 84. Secreção lactea no 4.<sup>o</sup> dia. Alta bôa no 7.<sup>o</sup> dia.

N. 17.692 — Multipata, branca, brasileira, 25 annos; teve 4 partos normaes. B. normal. entrou para a clinica em trabalho que durou 7 horas; ruptura expontanea da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA; desprendendo-se em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 48 cent., peso 3.500 grms., BP — 9, queda do cordão no 6.<sup>o</sup> dia. Delivramento natural. Puerperio: temp. entre 36°1 e 36°9; pulso entre 80 e 108. Secreção lactea no 2.<sup>o</sup> dia. Alta bôa no 9.<sup>o</sup> dia.

N. 17.694 — Multipara, parda, brasileira, 24 annos, teve 2 partos e puerperios normaes. B. normal. Teve no inicio da gestação actual: nauseas, vomitos e cephaléa. Duração do trabalho de parto 4 hs. e 30 m.; parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Feto vivo: sexo masculino, comp. 50 cent., peso 3.250 grms., BP — 9, queda do cordão no 5.<sup>o</sup> dia. Delivramento natural 2 hs. post-partum. Alta bôa no 12.<sup>o</sup> dia.

Dia 11 — N. 17.696 — Multipara, preta, brasileira, 25 annos, teve 3 partos naturaes. Gestação sem accidente. Estava internada: dilatação 24 hs.; expulsão 35 m.; ruptura expontanea da bolsa d'agua, Parto natural em OIEA durante 14 hs. e 35 m.; desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 49 cent., peso 2.200 grms., BP — 8, queda do cordão

no 6º dia. Delivramento 1 h. post-partum. Puerperio: temp. entre 36,3 e 36º7, pulso entre 72 e 100, secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 9º dia.

Dia 12 — N. 17.698 — Multipara, branca, hespanhola, 24 annos, teve 3 partos naturaes e a termo. Bacia normal. Gestação bôa. Entrou em trabalho de parto; dilatação 6 hs. 50 m., expulsão 20 m., ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, durante 7 hs. e 10 m., desprendimento em OP. Feto vivo; sexo masculino, comp. 51 cent., peso 3.100 grms., BP — 9, queda do cordão no 6º dia. Delivramento 1 h. post-partum. Puerperio; temp entre 36º5 e 37º; pulso entre 64 e 80; secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 8º dia.

Dia 13 — N. 17.687 — Multipara, preta, brasileira, 24 annos, teve 4 partos naturaes e a termo e um aborto. Gestação bôa. Estava internada: dilatação 24 hs. e 40 m. expulsão 2 hs., ruptura precoce da bolsa d'agua. Parto natural em OIDP durante 26 hs. e 40 minutos, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 45 cent. peso 2,250 grms. BP — 8, queda do cordão no 6º dia. Delivramento expontaneo 4 hs. post-partum. Puerperio temp. entre 36º e 37º; pulso entre 60 e 72, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 6º dia.

Dia 21 — N. 17.729 — Multipara, branca, brasileira, 21 annos, teve um parto natural e a termo. Entrou para o serviço com retenção de placenta, após ter expelido um feto de 4 mezes de gestação em sua residencia. Puerperio: temp. entre 36º4 e 37º6; pulso entre 110 e 66, (drenagem prophylactica) Alta bôa no 9º dia.

Dia 22 — N. 17.649 — Multipara, parda, brasileira, 26 annos, teve 4 partos noturaes e a termo. Gestação sem accidente. B. normal. Estava internada; dilatação 4 hs. e 20 m., expulsão 30 m.; ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, durando 4 hs. e 50 m.; desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, peso 3.240 grms. comp. 49 cent., BP — 10, queda do cordão no 4º dia. Delivramento natural 20 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36º e 36º9, pulso entre 64 e 80, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 7º dia.

Dia 23 — N. 17.738 — Multipara, parda, brasileira, 28 annos, teve 2 partos naturaes e a termo. Gestação bôa. B. normal. Estava internada; dilatação 15 hs. e 30 m., expulsão 30 m., ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, peso 3.450 grms., comp. 50 cent. BP — 9, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural 1 h. post-partum. Puerperio: temp. entre 36º e 36º7, pulso entre 64 e 80. Secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 7º dia.

N. 17.737 — Multigesta, preta, brasileira, 27 annos, teve

2 abortos um ovular e outro embryonario. B. normal. Entrou em trabalho: dilatação 18 hs., expulsão 6 hs. e 15 m. desprendendo-se em OP. Trabalho natural em OIEA durando 24 hs. e 15 m. Feto vivo: sexo masculino peso 3.400 grms., comp. 52 cent., BP — 9. Delivramento expontaneo 2 hs. e 45 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36°5 e 38°5 pulso entre 70 e 80, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 7º dia. O recemnado falleceu no 2º dia. Este feto foi necropsiado pelo Dr. Paulo Proença, que nos deu as seguintes conclusões: Ausencia de lesões traumáticas. Hematoma com abundante hemorrágia difusa. Compressão cerebral, Evacuação do líquido hemorrágico por meio da puncção (?) Anemia profunda de todas as visceras. Focos de atelectasia pulmonar. Causa mortis: Compressão cerebral consecutiva a hemorrágia do tecido fróxio peri-craneano.

Dia 24 — N. 17.585 — Primigesta, preta, brasileira, 20 annos. Gestação sem accidente B com dimensões: BE — 18,5 BC — 22; SPE — 16; conj. diagonais — 9 5. Parto inerventionista — operação cesariana classica, conservadora, feto com cabeça movel em OID; dilatação do collo para 2 dedos e apagado, bolsa d'água rota; indicação operatoria estreitamento pelvico e feto volumoso; anesthesia etherea. Operador Prof. Fernando Magalhães, auxiliar interno Rodrigues Lima. Feto vivo: sexo feminino, comp. 46 cent., peso 3.150 grms quenda do cordão no 5º dia. Puerperio: infectado: temp. entre 36°8 e 40°2; pulso entre 96 e 138. Falleceu no 20º dia de peritonite. Foi feita verificação cadaverica, encontrando-se o intestino adherente a parede do ventre e ao útero e à sutura uterina se achava aberta com as bordas innegredidas; os anexos de ambos os lados estavam fortemente adherentes a bacia e ao útero, deste orgão apenas cerca de 5 cent. a margem da incisão se achavam livres da adherência. Havia pús na cavidade abdominal. As adherências do peritoneo se estendiam até acima da cicatriz umbilical.

Dia 25 — N. 17.409 — Primigesta, parda, brasileira, 22 annos. No inicio da gestação teve: náuseas, vomitos. B. normal. Estava internada; dilatação 9 hs. e 30 m., expulsão 40 m. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo feminino, comp. 46 cent., peso 3.000 grms. BP — 9, quenda do cordão no 5º dia. Puerperio: temp. entre 38°2 e 36°4; pulso entre 96 e 66. Alta bôa no 15º dia.

N. 17.711 — Primigesta, parda, brasileira, 21 annos. Entrou para a clínica em periodo de expulsão, desprendendo-se em OP. Feto morto e macerado: sexo feminino, comp. 40 cent., peso 1 klg., BP — 7. Delivramento 2 hs. e 20 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36°3 e 37°, pulso entre 64 e 110, secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 8º dia.

Dia 26 — N. 17.719 — Multigesta, preta, brasileira, 27

anos, teve um aborto ovular. Teve no inicio da gestação vomitos e cephaléa; B. normal. Estava internada; dilatação 12 hs.; expulsão 30 m., ruptura artificial da bolsa d'agua. Parto natural em OIDA, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 42 cent., peso 2.900 grms., BP — 8, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural 15 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36º e 37º4; pulso entre 64 e 84, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 7º dia.

N. 17.747 — Multipara, branca, portuguesa, 26 annos, teve 2 partos naturaes e a termo. Gestação bôa. Entrou em trabalho de parto; dilatação 7 hs. e 30 m., expulsão 30 m. Parto natural em OIDP, desprendimento em OP, ruptura espontanea da bolsa d'agua. Feto vivo; sexo feminino. 40 cent., peso 3.000 grms. BP — 8, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural 3 hs. e 30 m. post-partum. Puerperio entre 36º2 e 37º2; pulso entre 60 e 75, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 9º dia.

N. 17.743 — Multipara, branca, portuguesa, 40 annos, teve um feto morto. Entrou em periodo de expulsão que durou 10 m. Feto morto e macerado, do 7º mez de gestação. Delivramento expontaneo 5 m. post-partum. Puerperio infectado; temp. entre 36º2 e 18º; pulso entre 70 e 118, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 11º dia.

Dia 27 — N. 17.717 — Multipara, preta, brasileira, 31 annos, teve 4 partos naturaes. Gestação bôa. Estava internada, bacia normal, dilatação 7 hs., expulsão 40 m. Parto natural em OIEA, ruptura expontanea da bolsa d'agua. Feto vivo: sexo feminino, comp. 46 cent., peso 3.600 grms., BP -- 9, queda do cordão no 7º dia. Delivramento natural 30 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36º6 e 37º2; pulso entre 60 e 80, secreção lactea no 3º dia. Alta bôa no 10º dia.

N. 17.730 — Multipara, branca, brasileira, 33 annos, teve 1 parto a termo e outro prematuro. Gestação sem accidente. B. normal. Duração do trabalho 11 hs. e 30 m. ruptura expontanea da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, desprendendo-se em OP. Feto vivo: sexo feminino, comp. 48 cent., peso 3.250 grms., BP — 9, queda do cordão no 6º dia. Delivramento expontaneo 4 hs. e 10 m. post-partum. Puerperio: temp. entre 36º6 e 37º3; pulso entre 80 e 100, secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 9º dia.

Dia 28 — N. 17.742 — Multipara, branca, brasileira, 39 annos, teve 2 abortos, 1 parto prematuro e 3 partos a termo. Durante a gestação teve dyspnéa, nauseas e vomitos. B. normal. Estava internada, dilatação 5 hs. e 10 m. expulsão 1 h. e 30 m., ruptura expontanea e opportuna da bolsa d'agua. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo; sexo masculino, comp. 45 cent. peso 2.750 grms., BP — 8,5, queda do cordão no 6º dia. Delivramento natural 4 hs. post-

partum. Puerperio : temp. entre  $36^{\circ}$  e  $36^{\circ}6$ ; pulso entre 72 e 90, secreção lactea no 3º dia. Alta bôa no 8º dia.

N. 17.643 — Primigesta, branca, brasileira, 19 annos, gestação bôa. B. normal. Duração do trabalho 18 hs. e 5 m., ruptura expontânea e opportuna da bolsa d'água. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 45 cent., peso 3.000 grms. BP — 9, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural. Puerperio : temp. entre  $36^{\circ}2$  e  $37^{\circ}9$ ; pulso entre 62 e 105, secreção lactea no 3º dia. Alta bôa no 12º dia.

N. 17.655 — Primigesta, branca, brasileira, 19 annos, Gestação boa. Estava internada; dilatação 7 hs. e 10 m. expulsão 1 h. e 20 m., ruptura expontânea e opportuna da bolsa d'água. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP, Feto vivo: sexo masculino, comp. 49 cent, peso 3.040 grms., BP — 9, queda do cordão no 6º dia. Delivramento natural. Puerperio : temp. entre  $36^{\circ}4$  e  $37^{\circ}3$ ; pulso entre 99 e 101, secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 8º dia.

N. 17.699 — Multipara, branca, portuguesa, 30 annos, teve um aborto ovular e 1 parto natural e a termo. Gestação bôa. B. normal. Estava internada, duração do trabalho 10 hs., ruptura expontânea da bolsa d'água. Parto natural e OIDP., desprendimento em OP. Feto vivo: sexo feminino, comp. 40 cent. peso 3.250 grms., BP — 9, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural. Puerperio ; temp. entre  $36^{\circ}4$  e  $37^{\circ}4$ ; pulso entre 72 e 90 secreção lactea no 2º dia. Alta bôa no 8º dia.

Dia 29 — N. 17.738 — Primigesta, parda, brasileira, 20 annos. Gestação bôa. Bacia normal. Estava internada, duração do trabalho 11 hs. ruptura precoce da bolsa d'água. Parto natural em OIDP, desprendendo-se em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 47 cent., peso 3 kls., BP — 9 ; queda do cordão no 6º dia. Delivramento natural 4 hs. post-partum. Puerperio : temp. entre 36 e 39; pulso entre 76 e 90, secreção lactea no 4º dia. Alta bôa no 9º dia.

N. 17.750 — Multipara, preta, brasileira, 39 annos, teve 9 partos naturaes e a termo. Entrou em trabalho de aborto que durou 12 hs., expelindo um feto morto do 5º mez de gestação : sexo masculino, comp. 24 cent., BP — 5. Delivramento 40 m. após o desprendimento do feto. Puerperio : temp. entre  $36^{\circ}6$  e  $37^{\circ}8$ ; pulso entre 66 e 92. Alta boa no 10 dia.

Dia 30 — N. 17.757 — Multipara, branca, portuguesa, teve 5 partos naturaes e a termo. Gestação boa. B. normal. Estava internada ; dilatação 17 hs. e 5 m.; ruptura artificial da bolsa d'água. Parto natural em OIEA, desprendimento em OP. Feto vivo : sexo masculino, BP — 9, queda do cordão no 5º dia. Delivramento natural 3 hs. e 55 m. post-partum. Puerperio : temp. entre  $36^{\circ}3$  e  $37^{\circ}$ ; pulso entre 68 e 80, secreção lactea no 2º dia. Alta boa no 8º dia.

N. 18.757 — Primigesta, preta, brasileira, Gestação boa, B. normal. Estava internada; dilatação 6 hs.; expulsão 3 hs. e 5 m. duração total 9 hs. e 5 m.; ruptura natural da bolsa d'água. Parto natural em OIDP, desprendimento em OP. Feto vivo: sexo masculino, comp. 46 cent. peso 2.800 grms. BP. — 9, queda do cordão no 6º dia. Delivramento natural. Puerperio: temp. entre 36º 4 e 37º; pulso entre 60 e 78; secreção lactea no 2º dia. Alta boa no 7º dia.

No ambulatorio houve o seguinte movimento:

Gestantes novas: .....	157
Exames effectuados no laboratorio :	

Analyses de urinas.....	19
Pesquisa de gonococcus.....	2
sendo 1 negativa.	
Idem do bacillo de Koch .....	2
sendo 1 negativa.	

Sangue :

Reacções de Wassermann .....	2
sendo negativas.	

Em resumo: 93 internadas — 44 partos, sendo 1 por applicação de forceps e 1 por operação cesareana. Ha a notar a morte por peritonite de 1 doente, a de n. 17.585. Houve 4 infeccionadas. Nasceram 44 fetos, dos quais 5 mortos e 1 faleceu no 2º dia (n. 17.737).

*Rollindo (Octacilio).*

## IV

### SOCIEDADES MEDICAS

#### Academia Nacional de Medicina

*Presidencia: Prof. Miguel Couto*

SESSÃO DE 22 DE JULHO DE 1922

#### Premio Madame Durocher

O DR. CARLOS WERNECK: — Sr. Presidente. A comissão por vós designada para dar parecer sobre a memoria do Professor Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães, «A operação cesariana abdominal», concorrente ao premio Mme. Durocher, vem desempenhar-se desta incumbência, apresentando-vos o seguinte relatório:

Consta a memoria de 124 paginas dactylographadas e dividida por 4 capítulos.