

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES

Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORIA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora ..	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto ..	37
Sumula das complicações obstetricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

**O DIAGNOSTICO OBSTETRICO
ENSINADO EM 1 HORA**

O DIAGNOSTICO OBSTETRICO ABRANGE:

- a) o diagnostico da gravidez;
- b) o diagnostico do parto;
- c) o diagnostico do delivramento;
- d) o diagnostico do puerperio;
- e) o diagnostico do recém-nato.

No DIAGNOSTICO DA GRAVIDEZ atende-se:

- a) ao diagnostico anatomico, diagnostico estrutural, diagnostico intrinseco, reconhecendo não só o estado de gravidez, como sua localização e sua constituição, pois não basta saber si a gravidez existe: é imprescindível determinar onde ela se desenvolve, desde que a sua evolução tanto se dá dentro como fóra do utero. Por isto a prenhez é topica, colocada exatamente no seu lugar: é heterotopica, disposta irregularmente no seu espaço habitual; é ectopica, desenvolvida fora da sua séde comum. Na topica

tanto quanto na **heterotopica**, o ovo se implanta dentro do utero, diferindo uma da outra pelo ponto de implantação: **topica** na implantação segmentar superior, **heterotopica** na implantação segmentar inferior — placenta alta, placenta baixa.

Não se póde dispensar o conhecimento da constituição da prenhez: si o ovo é unico ou multiplo, si vivo ou morto, si grande ou pequeno, si eutetico ou distetico. As duas ultimas designações explicam-se: eutesico (do grego eu — bom, thesis — posição) ovo bem colocado, bem situado, bem apresentado, bem posto, chamado ovo em apresentação soluvel, permitindo o parto espontaneo; distetico (do grego dis — mau, difficil, thesis — posição) ovo mal colocado, em apresentação anomala que embaraça ou impossibilita o parto, apresentação insolúvel.

- b) ao diagnostico cronografico, estudando a evolução dentro do tempo, de fórma a reconhecer a prenhez a termo ou em curso, e o seu estado no tocante á continuidade, quando ela é *evolutiva* continuando a sua marcha, ou *arriscada* no seu seguimento, ou *interrompida* por acidente, proposito ou doença.

- c) ao diagnóstico qualificativo, especificando a natureza da gravidez que se exhibe e percorre o seu prazo dentro da normalidade — prenhez *eufórica*, prenhez bem suportada; ou através a anormalidade — prenhez *disfórica*, consequência da intoxicação, do acidente ou da molestia.

No DIAGNOSTICO DO PARTO esclarece-se:

- a) o diagnóstico funcional: função harmonica ou desharmonica por conta dos tres elementos — força, objéto e trajéto. *Harmonia* pela boa força, boa posição, bom caminho, boa proporção — eusténia, (eu — bom, steno-força), eutopía (eu-bom, topos-lugar), evodía (eu-bom, hodos-caminho) e eumetría (eu-bom, metro-medida). *Desharmonia* quando se rompe o acordo entre esses mesmos elementos e então onde houve *eu* haverá *dis*: distenia, distopía, disodia e ecmetria, (de ec-fóra de, metros-medida) volume demasiado.
- b) o diagnóstico cinético: o diagnóstico do movimento, consequente ao anterior, pois o movimento decorre da função

mais ou menos harmonica. O diagnostico cinético é o diagnostico do efeito, tanto quanto o funcional o é da causa. Efeito que se exterioriza na dilatação do canal e na progressão do objéto.

No DIAGNOSTICO DO DELIVRAMENTO conta:

- a) o diagnostico semiologico: a duração e a regularidade do delivramento tem sinais apropriados, no tempo e no espaço. O delivramento oportuno, nem precoce nem retardado, é o delivramento espontaneo ou auxiliado, dentro de prazo certo. A sintomatologia normal liga-se ao fenomeno ecbolico, á expulsão e ao sinal sangue, em quantidade adequada ou excessiva.

No DIAGNOSTICO DO PUERPERIO predomina:

- a) o diagnostico clinico, revelando os sinais favoraveis: a *eussemia* (eu-bom, sema-sinal) dentro das manifestações puramente *fisiologicas*, locais ou gerais; ou *patologicas*, em ponto restrito ou disseminadas — fixação, propagação, generalização.

No DIAGNOSTICO DO PUERPERIO

vale:

- a) o diagnostico biologico: quanto á *capacidade* — classificando o ovo maduro, temporão, vivo, viavel e morto, quanto á *morfologia* — verificando a boa conformação, notando a monstruosidade.

* *

O diagnostico da gravidez é a base. Todo mundo é capaz de diagnosticar uma prenhez. O leigo e o douto adivinham-na logo, o que é extranho para o leigo e natural para o douto. Mas o douto e o leigo tambem a desconhecem, o que é razoavel no leigo e inadmissivel para o douto. No emtanto, assim é. Porque? Ha situações para todas as possibilidades: prenhezes que qualquer afiança, prenhezes que alguns conhecem, prenhezes que poucos descobrem — a prenhez que se afirma, a prenhez que se nega, a prenhez de que se duvida. Os mais antigos e letrados na arte têm no seu passivo erros de diagnostico de gravidez. Grande erro, o negar a prenhez existente; culpa menor diagnosticar uma prenhez ausente.

Não ha prenhez sem sinais: ha par-teiro sem pratica e sem cuidado. A sinto-

matologia gravidica depende das alterações estruturais ou funcionais do aparelho genital que o ovo provoca, e como o aparelho genital se corresponde com todo o organismo, transfere-se á distancia a sintomatologia. Origem do sinal, o ovo. Sinal certo, mas de revelação adiada; o ovo só se faz perceber porque se move (movimentos ativos) ou porque pulsa (batimentos cardiacos). Isso porem é para mais longe, para quando a gravidez toca á segunda metade do seu ciclo e só então batimentos e movimentos se sentem. Apesar de tudo, tem havido quem desconheça uma gravidez adiantada ou quem a invente.

O diagnostico porem precisa ser tratado em circumstancias ás vezes inadiaveis. Diagnostico precoce da prenhez, oriundo das transformações do aparelho genital no seu volume, na sua mobilidade, na sua forma, na sua consistencia e na sua coloração. Mucosa vulvo-vaginal violacea, sinal de Kluge; amolecimento cervical crescente; amolecimento segmentar, adelgçando o istmo do utero que o dedo explorador deprime de encontro á mão palpadora, sinal de Hegar; forma globulosa do utero, apagando os fundos de saco laterais, sinal de Nobile-Budin; mobilidade preguicosa ao tocar combinado, sinal de Hol-

zappel. Concomitantemente bate o pulso vaginal fundico, sinal de Osiander; pregueia a parte anterior da conexão utero-vaginal, sinal de Dickinson. O utero aumenta de volume guardando simetria, proporção e forma.

Sinais todos anatomicos, aos quais sobreleva o funcional — a amenorréa, amenorréa subita na historia menstrual normal. Patenteado esse carácter tipico, poder-se-á afirmar precocemente a gravidez. Mas o sinal é subjetivo, de pouca confiança pois, mas de tanto peso que a anamnese, explorando a natureza desta amenorréa, pede argucia policial para que se surpreenda a verdade, escondida ou mascarada. A primazia deste sinal assenta sobre a sua subitaneidade; ele é inesperado, é uma surpresa, dá o alarme e a prenhez, sendo um incidente subito, comunica esse atributo ao seu aviso mais importante. A prenhez também é evolutiva; a sua prova estrutural acentúa-se com o tempo; a prenhez é ciclica — os seus sinais também o são. Por isso, havendo duvida, repita-se o exame e o tempo desenvolverá o volume, estenderá o amolecimento, acentuará a transformação.

Não faltam sinais de probabilidade. Uma probabilidade é pouco, mas quando

convergem muitas probabilidades, a soma dará uma certeza. Clinicamente, é possível o diagnostico precoce da prenhez. Sinais existem sempre, mas nem sempre são vistos ou percebidos. Atenção, pois, é o primeiro fator; os erros são por displicencia. Não se justifica a hesitação no diagnostico simples da prenhez. Admitamo-la para o diagnostico diferencial, para o momento de dizer si ha lesão do aparelho genital ou função maxima dele. Ginecopatía ou gravidez? A ginecopatía segue demoradamente, a prenhez desenvolve-se em prazo fixo e as alterações de fôrma e de consistencia que a ginecopatía acarreta não se assemelham ás decorrentes da prenhez; o volume não tem proporção com o tempo, a fôrma não tem regularidade, a consistencia não tem característica nem topografia, e finalmente a função não tem o imprevisto. A ginecopatía neoplasica aumenta o volume sem metodo e altera a fôrma sem exatidão; a inflamatória sensibiliza, bloqueia e imobiliza o aparelho.

Si o diagnostico diferencial não desafia argucia maior, o diagnostico separativo é mais exigente, porque aí prenhez e ginecopatía são simultaneos: ora surgindo no mesmo momento, óra uma se intercalando na outra. Mas no quadro complexo

da ginecopatia complicada de prenhez, os sinais gravidicos alteram de chofre a sequencia da afecção ginecologica e o inesperado da sintomatologia extranha faz supor o surto de episodio novo. Aquela mesma inquirição policial que a anamnese reclama para surpreender sinais subjetivos é elemento valioso quando a verificação somatica hesita diante da disformidade ou da amenorréa. Em todo o caso, si é preciso coligir maior copia de informações esclarecedoras, ainda ha o laboratorio, bastante imaginoso já no numero inutil de suas reações — desvios de complemento, reações de difusão ou de precipitina, hemolises, etc. Fieux, Mosbach, Heynemann, Dienst, Northmann, Abderhalden apesar do interferometro, e outros, não tem valor decisivo. Por emquanto, a tecnica de Zondeck e Aasheim continúa prometendo fidelidade quasi absoluta. A prova radiografica, com instalação potente e material adequado, já proporcionou a imagem precoce, mas nessa epoca a confusão dá ás pequenas manchas da chapa e ás bolhas de ar a categoria de cabeça de embrião. O diagnostico precoce da gravidez tem de ser essencialmente clinico, baseando-se em fatos de observação cuidadosa junto de cada caso; é o diagnostico da razão atenta, que não abdica em

favor dos boletins informativos ou da decifração de sombras.

Essa *prenhez* revelada será *topica*, *heterotopica* ou *ectopica*. *Topica* a desenvolvida no seu lugar proprio — o utero, e no utero, em terreno solido — o segmento superior. Mediano o utero, mediano é o volume imposto pela *prenhez*; lateral o ovo, a *prenhez* é *ectopica*. Pura topografia. Mas a *prenhez* mediana é silenciosa, sem dor e sem sangue — essa a *prenhez topica*. Mediana, sem dor e com sangue que aponta e reponta, que pinga ou que corre, sempre insidioso — essa a *prenhez heterotopica*, assente em base fragil, o segmento inferior, onde não ha firmeza para a construção ovular cuja desagregação determina a perda hemorragica. Silenciosa e sem dor porque o utero se distende sem maior incomodo; a trompa, não, e a *prenhez* dentro dela — a *prenhez ectopica* — será lateral e dolente e será tambem sanguinosa si tiver sofrido interrupção. Volume mediano, crescente, unico — *prenhez* uterina; volume duplo, o mediano menor e fixo, o lateral maior e evolutivo — *prenhez* extra-uterina. Ovo indolor, solido — ovo eutopico; ovo indolor, oscilante — ovo heterotopico; ovo doloroso, deslocado — ovo ectopico.

Ovo unico é o que expõe simplicidade de sinais. É o padrão, conhecido e estudado continuamente; a modificação de sua simplicidade denuncia o ovo multiplo. Simplicidade e proporcionalidade: fêto, placenta e liquido guardarão volume proporcional; e como dos tres o maior é o fêto, domina a sua exteriorização. Simplicidade na situação — ovoide global no sentido longitudinal ou transverso. Simplicidade na composição do fêto — um cranio, uma pelve, ambos bem determinados e de tamanho regular, unidade cefalica, unidade cormica. Quando ha multiplicidade, multiplicam-se os componentes do ovo: dois pólos iguais (duas cabeças ou duas nadegas); dois pólos desiguais, um ao lado do outro, no mesmo nivel. O diagnostico deve ser estrutural: a palpação adestrada surpreende-o bem porque a representação funcional depende da vida do ovo. Esta vida se impõe com movimentos generalizados de expansão e de translação, ou localizados, movimento cardiaco de ruido proprio, batimentos caracteristicos onde a igualdade dos silencios acompanha a equivalencia fonetica das bulhas (ritmo embriocardico). Imovel e mudo, o ovo é morto — tem fórmula e não tem função: fórmula regressiva, como regressivo é o intercambio fêto-ma-

ternal, justamente o que determina a representação organica da prenhez.

Ovo grande o que se compõe de partes volumosas — fêto grande, placenta larga, liquido abundante. Volume total grande, dominando o volume do fêto si o ovo grande é uniformemente grande, dominando o accessorio si é parcialmente crescido. Quando se avanta o fêto, a simplicidade dos seus sinais reforça-se na acentuação do seu volume (uma grande cabeça, uma grande pelve). Fêto afirmativo no maximo. Volume total grande e não paradoxal. Paradoxal o volume correndo mais do que o tempo: ventre grande e prenhez recente, via de regra prenhez degenerada, prenhez molar que se acusa inicialmente no volume exagerado, na perda sanguinea, na eliminação hidatiforme, na intoxicação severa.

Mas o volume, e é comum, pode depender do liquido: hidranio ou polidranio cronico, porque o agudo, violento na exibição, distende subita e dolorosamente o volume menor do ventre. Excessivo o liquido, o ovo transborda do utero impellido as membranas atravez do orificio do cólo, estabelecendo a bolsa daguas permanente, estabelecendo tambem o adelgaçamento da porção inferior uterina — utero de distensão baixa e deiscente. A massa

liquida envolve e sequestra o feto, mal percebido pela palpação, mal ouvido pela ausculta. O volume é grande mas os sinais são minimos. O utero entretanto tambem cresce superiormente: utero grande para o ovo, utero transbordando em cima, deformado por maior expansão local — é o utero aumentado pela placenta que o empóla, sem lhe tirar a contratilidade da fibra, diferenciando-se da neoplasia, deformante tambem mas endurecida. Nesse utero grande, não se perde a afirmação fetal.

O ovo será *eutesico*, em boa posição — ovo longitudinal; o utero por ele occupado é um ovoide tambem longitudinal. Apresenta-se o ovo pela extremidade cefalica e flexiona-se; é a melhor postura porque abrange o maior numero de facilidades. Longitudinal embora, si de apresentação pelvica, ameaça-se de anomalias; si deflexionado, embora em apresentação cefalica, complica-se mais possivelmente.

O **diagnostico cronografico** é antes de tudo o diagnostico do *tempo* da gravidez, facilmente contado si houver uma data precisa de seu inicio. Mas isso é quasi impossivel. Os processos de contagem apegam-se á função e á estrutura. Na função, parte-se do ultimo dia menstrual, adicionado de 15 dias, e ou se descontam 3 me-

zes da data, ou se acrescentam 9 para diante. Pouca precisão no ponto de partida — avaliação aproximada; pelo que, colabora o volume quando essencialmente fetal. A extensão cefalo-pelvica é medida, dobrada, diminuída de 2 e dividida por 5 para se chegar ao resultado, o mez lunar, mez de 28 dias. Ha uma formula — a de

Ahlfeld: $A = \frac{a \times 2 - 2}{5}$ (A é a idade da pre-

nhez, é a inicial da palavra latina *AEtas*). Na comprovação destes resultados, explora-se o tamanho e a situação do cólo do utero: cólo longo e baixo — prenhez em inicio; colo longo e alto — prenhez em curso médio; cólo pequeno e alto — prenhez adiantada; cólo minimo e baixo — prenhez a termo.

Com o tempo, cresce e se desenvolve o ovo gradativamente. É a prenhez evolutiva, acentuando os seus sinais. A continuidade depende da natureza do ovo, liga-se á tolerancia do órgão e á solidez da implantação placentar. O órgão intolerante contraí-se e dói, a implantação fragil descola a placenta e sangra: a prenhez periclita pela dor dependente da contração e pelo sangue proveniente do descolamento, consequencia e causa secundaria da contração. Interrompida a prenhez, por morte

ou expulsão do ovo, regride o volume, aos poucos si o *ovo morto* fica retido, e de pronto, si foi expulso. Sinais todos regressivos: regride a embebição e, em tempo mais remoto, a amenorréa cessa.

Qual a natureza da prenhez: *normal* ou *anormal*? Diagnostico qualitativo: normal é a prenhez silenciosa. Dois apenas são os problemas na obstetricia: o biologico e o mecanico. O problema mecanico joga com a proporção, a adaptação, a acomodação: — volume e espaço condizentes e concordantes, sem disparidade morfológica. No problema biologico o silencio da função é tudo: — órgão que não reclama é órgão perfeito. E si o organismo materno dá alarme da prenhez em inicio, desenham-se o acidente, a intoxicação ou a doença. O acidente prende-se á localização, á estrutura e á evolução do ovo: é uma questão de hospedagem — hospedeiro o utero e hospede o ovo, têm influencia reciproca. Relação rompida entre o utero e o ovo — acidente; relação anomala entre os dois e o organismo que os abriga — intoxicação. A doença é intempestiva, intercorrente, constitucional — nem uterina nem ovular; é um episodio á parte. O acidente exhibe-se topograficamente — é a solução de continuidade, individual ou correlata: altéra

de repente a anatomia na localização, na conformação e na evolução. O acidente é, via de regra, traumático. A intoxicação privativa, gravídica, traduz incompatibilidade entre o ovo e o organismo: distúrbios de agressão recíproca. E o *locus minoris resistenciæ* sofre logo: daí o polimorfismo da intoxicação, as suas formas gástrica, nervosa, intestinal, locomotora e cíclica.

No diagnóstico do parto atende-se á função e ao seu efeito — o trabalho parturiente e o movimento que o objecto desenvolve em seu percurso: o *diagnóstico funcional* e o *diagnóstico cinético*. No diagnóstico *funcional* vale a prova da harmonia ou da desarmonia: boa força, boa colocação, bom trajeto, bom volume. É evidente, quando existe, a boa contração do útero — boa força dentro do tempo regular, com intensidade proporcional, ritmo tanto no impulso como no repouso. A mulher reage á contração dolorosa (sinal subjectivo); reage com o protesto do esforço, significando o trabalho útil tanto quanto o gemido da distocia vale pela derrota. Vão e voltam as contrações, gravando uma curva de ascensão acentuada, de acme passageiro e descida suave, tudo cabendo em fração de minuto, intervalado de descanso por prazo maior. A boa contração é visi-

vel: a palpação sente a natureza do órgão, a inspeção a vê no alçamento do utero. A paciente a denuncia na sua queixa. Essa força expulsiva age sobre o objéto, cujo volume se ajustará em dimensão e adaptação — fêto normal, por tamanho e reductilidade. O bom impulso léva o objéto para diante, ajudado pela moldagem, livre do obstaculo intransigente quando o trájéto se amplía, afastando-se as partes moles, abrindo-se o orificio do cólo na dilatação gradual e laminificadora, até a completa permeabilidade. Tambem as partes osseas oferecem espaço — em vez de estorvar, auxiliam: a boa bacia não é a larga, que não marca direção, mas a exáta que serve de trilho, provocando mecanismo proprio na progressão e na movimentação.

Clinicamente, boa força é a que propele, bom objéto o que caminha, bom trájéto o que cede. O parto é um movimento ordenado, favorecido pela força, regulado pela resistencia. Só é normal o parto si houver essa solidariedade harmonica; a desarmonia persiste, emquanto a harmonia se desenrola, sucedendo-se em bons efeitos. Pára a progressão, o exame define-se na avaliação da distancia: — distancia do fundo do utero, que a palpação não sente descer; distancia do fóco de auscultação,

que não baixa nem se translada; distancia do pólo apresentado, que o dedo tóca com profundidade, achando-se vazia a escavação pelvica. Dois exames afastados ratificarão a parada definitiva. Reconhece-se a força, menor ou maior, excessiva ás vezes, absoluta e continua, irregular e sem eficiencia. Á palpação, pela inspeção e com a prova subjetiva, os termos da harmonia invertem-se: dureza fugaz ou prolongada ou superficial do órgão, depressão permanente de sua superficie, inquietação da parturiente.

Porque se desorganiza o motor? A eficiencia do motor póde não corresponder á sua suficiencia; basta pensar no caso das inclinações do utero para os lados, e da sua projeção para a frente, trazendo discordancias axiais, deslocado o utero para longe da linha de direção pelvica. A força é boa, mas não é orientada, e leva o objecto não para o espaço livre da entrada pelvica, mas para a superficie fechada da parede iliaca ou para o anteparo do promontorio: utero lateralizado, utero ante-flectido — ventre á banda, ventre em obuz.

A causa mais frequente da desorganização motora é a resistencia que desafia a força, excitando-a e cansando-a por fim. Ha embaraço: o transito não é livre por-

que não se abre o trajeto e a dilatação cervical é anomala, demorada, ameaçadora e impeditiva. A força não abre nem adelgaça o cólo e a dilatação ou não se faz, ou mal se faz, ou se desfaz. Estorva-se o objeto também na sua colocação adversa: apresentação insolúvel, apresentação cormica transversa, apresentação cefalica deflexionada e retro-penetrante, apresentação parietal — não prosseguirá assim o parto, seja qual fôr o poder do motor, em risco de explodir. A parturição não adianta porque o volume é superior ao espaço: desproporção — o maior não atravessa o menor.

A desharmonia imediata, essencial, é a distocia pura. O diagnostico pronto dita a terapeutica rapida. Mas ela tambem pode ser tardia, si a acomodação não se fez: acomodação pelo movimento espontaneo, solutivo; acomodação pela diminuição plastica do objeto; acomodação pelo afastamento das peças que cingem o trajeto. O que qualifica o diagnostico funcional, apoiando-o ou contrariando-o, é o diagnostico cinético. Na hora da parturição, não ha prognostico: ha diagnosticos sucessivos — o movimento que se inicia evidente póde cessar, o que se apresenta demorado ou entravado póde se desenvolver. A harmo-

nia então degrada-se e a desharmonia degenera. Só a sucessão dos episódios esclarece o problema: exames repetidos atestam as contrações de tipo afirmativo e ordenado, as ampliações obedientes á progressão continuada. O prognostico do parto é função do tempo; o diagnostico é cinetico.

Mas até quando aguardar o resultado desse movimento? Ha um trabalho muscular, ha uma ação traumática que o prazo da espera acentúa, influenciando mulher e feto. Então, o diagnostico é vigilante para surpreender a prova do sofrimento exacerbado pelo trabalho, ameaçando o organismo materno e o fetal. Na parturiente predomina a impaciencia, passando ao desasocego, á agitação; a temperatura se eleva, e a infecção se desenha. No feto a vitalidade diminui, aceleram-se os batimentos além de 140, espaçam-se aquem de 120, e o estetoscopio confirma o sofrimento, agravando-se o prognostico na proporção dos seus tres modos de ser — a taquicardia, a bradicardia, a arritmia.

O diagnostico funcional é de conjunto: órgão, objeto e trajeto são uma sintese actuante. O diagnostico cinético é analitico: move-se o utero na sistole e na diastole, move-se o trajeto na dilatação e na

ampliação, move-se o feto na progressão e na orientação. O diagnostico cinético decide a espontaneidade ou o artifício. O movimento harmonico, unidade funcional, não é padronado: cada caso, cada mecanismo. E o mecanismo varia, tendendo sempre á espontaneidade. O ovo abre caminho e progride, mas essa sequencia só o exame repetido verifica na preparação do canal e no seu transito. Preparação e realização sobrepõem-se: o transito é fator da preparação, que do primeiro se auxilia. A finalidade é a expulsão, tanto mais possivel quanto mais solicitada e menos impedida: o diagnostico, anotando o grau dessa solicitação e verificando esse desimpedimento, conclui pela harmonia ou pela desarmonia.

O parto completa-se com o *delivramento*. A placenta perde de importancia: durante a prenhez, cheio o utero, ela foi indispensavel; depois do parto será resto eliminado. Eliminação dentro de um certo modo: a placenta desprende-se e é expelida — desprendimento ou descolamento, resultado de uma transformação histologica cotiledonaria e decidual. Afrouxam os elementos de fixação e o utero, retraído e desocupado, reduz a superficie de implantação da placenta que guarda o mesmo

volume. Ha antagonismo entre a massa placentar e a sua séde, e o abalo sismico desagrega os alicerces da construção ovular. O delivramento tem que ser completo e a semiologia verifica a sua regularidade no tempo e nos sinais. O tempo varia; natural e espontaneo, o delivramento póde durar horas, pois a expulsão definitiva depende da retenção simples, á espera da contração eficaz. O sinal primeiro é o do descolamento, depois vem o da descida, por fim o da expulsão.

Descolada a placenta, o utero que se retrafu e diminuiu, expande-se e sóbe, contraído e duro: uma perda sanguinea de pouca importancia acompanha a ascensão rija do órgão. A ascensão, efeito do levantamento da porção uterina superior, distendida pelo segmento inferior pregueado e enfunado pela placenta cadente, aproxima o utero da cicatriz umbelical: uma expressão externa projéta para fóra o bolo placentario, e o delivramento natural não é espontaneo. Entretanto, é imprescindivel esse diagnostico do descolamento e da descida, pois a expressão inoportuna fragmenta a placenta ainda aderida. Tudo se passa em sufficiente tranquillidade: um pouco de sangue que corre, a dor frusta que reaparece,

o cordão que se exterioriza mais, o esforço que expulsa.

A anomalia no delivramento retarda-o e complica-o. Anomalia dupla: demora e hemorragia. Demora que a expressão não vence e durante a qual o exame não encontra a ascensão do globo solido. A demora silenciosa, si a retenção não se revelar uma vez exprimido o utero, significa adherencia. A demora complicada, demora hemorragica, significa descolamento incompleto, retenção enclausurada, efeito da contração irregular constrictora, ao mesmo tempo espastica e hipotonica. Na retenção, o utero contrai-se mas não se abre; no encastoamento, o utero amolece mas constringe; na adherencia, o utero contrai-se e abre-se mas não se liberta. O deslocamento é primordial, a descida consecutiva, a expulsão accessoria. Regularidade na evolução e na sintomatologia: regularidade no tempo, evolução completa, descolamento, descida, expulsão, utero contraído e exsanguie — delivramento normal. Anomalia na evolução e na sintomatologia: placenta presa, placenta recolhida, utero cruento — delivramento anormal.

No *puerperio*, o diagnostico é rigorosamente clinico: aponta o fisiologico, atesta o patologico. O *puerperio* é uma regressão.

Todo o aparelho genital, solicitado pelo ovo em desenvolvimento, volta á posição habitual e ao volume comum. A prenhez é a evolução, o puerperio a involução. Voltando de sua transitoria ocupação abdominal á sua morada pelvica, o utero de pronto reduzido mas ainda grande logo após o parto, gradualmente, dentro de 40 dias se reintegra nos seus atributos e nas suas qualidades de órgão vazio. O tempo pode oscilar na rapidez da super-involução no atrazo da sub-involução. Intimamente, o fenomeno não tem uma determinação precisa: degeneração, absorção, substituição apontam-se como fatores da involução histologica no musculo. Na mucosa, ha uma eliminação de tecido morto adventicio e uma reparação de tecido vivo permanente: a mucosa cicatriza e se recompõe. Tudo se realiza dentro da *eussemia*, do bom sinal que é o silencioso, dentro da subjetividade: o puerperio normal não molesta — histologica e fisiologicamente é uma reparação, uma restauração topica favorecendo toda a economia.

Localmente, a clinica destaca tres elementos — volume, consistencia, sensibilidade —, e regista:

— volume, + consistencia, — sensibilidade = puerperio normal. Dois sinais *menos*

e um sinal *mais*. É só inverte-los para se ter:

+ volume, — consistencia, + sensibilidade
= puerperio anormal.

O volume é menor porque a involução o impõe. A consistencia é maior porque a contração atúa. A sensibilidade é minima porque o tecido não se ressen-te. Além do mais, o estado geral da puerpera mantem-se perfeito: pulso e temperatura normais, pulso até mais lento. Quando não o é, não obstante as apparencias favoraveis, significa uma alteração leve, quasi sempre um processo venoso superficial e limitado, bastante para perturbar a involução histologica da mucosa. A função mamaria declara-se sem disturbio: a glandula enche-se e esvazia-se, não retém e não inflama. Na pojadura, o endurecimento é a obliteração: distende e magôa, mas escorre. Na infecção, o endurecimento é flogose: distende e magôa, ainda que extravaze. O loquio corre, a principio vivo, e em seguida descorado aos poucos: corre abundante mas limpo, espesso mas fluido, odorento mas não fétido.

O puerperio patologico manifesta-se em tres aspétos dominantes: a localização, a propagação, a generalização. Rapida ou demorada, não falha a localização e aí desenrolam-se os recursos que a circumscrevem,

em defeza do organismo. As fórmulas clínicas da infecção puerperal são ondas concentricas de irradiação infectante. Ponto de partida — a mucosa na sua zona desnudada, séde da placenta; o circulo aumenta e apanha a musculosa; prossegue e os anexos são comprometidos; resente-se o peritônio proprio, é acometida a grande serosa, e em qualquer destes casos a generalização, fruto da propagação, completa o quadro. O puerperio infeccioso tem a sua feição clinica no aparelho genital e no organismo: no aparelho genital a reação é aggressiva, no organismo é defensiva

Localmente, utero e aparelho genital accusam fluxão: ha maior volume, menor consistencia, maior sensibilidade. Ha tambem menor mobilidade que o toque descobre; esse, dos sinais patologicos, o mais animador e o mais significativo. O grande volume e a consistencia menor provêm de uma flacidez prejudicial, porque o utero não se aperta contra a infiltração, não se espreme contra a embebição. A sensibilidade aumentada resulta da infecção caminhante, a percorrer vasos venosos e linfaticos. Mas a imobilidade é uma concentração, e o processo inflammatorio bloqueia a infecção preservando temporariamente o organismo daquelle fóco. O loquio corre mo-

dificado: o sangue, engrossado de tecido morto, é meio de cultura para o germe, e o utero, flacido e sem força, retém esse loquio, favorecendo-lhe a fermentação. Loquio fétido, loquio purulento, loquio irritante — por onde passa, mortifica as superficies expostas; e a cervice arregôa, a vagina se equimosa, o perineo se esfacéla. O calefrio se esboça ou se desencadeia. Ha febre remissiva, alternativa ou definitiva; a curva parabolica, a linha quebrada regular, a horizontal alta no traçado das 24 horas, caracterizando a reabsorção, a infecção, a generalização — infecção cavitaria, deportação septica, septicemia definitiva. A hemocultura autentica. Ha participação de sintomas desagradaveis ou ameaçadores: disturbios nervosos (torpores, delirios e insonias), perturbações digestivas (inapetencia, vomitos e diarréa) irregularidades circulatorias (taquicardias, arritmias, hiposistolias, asistolias), ritmo respiratorio desordenado, comprometimento hepato-renal, desde a insuficiencia até a destruição. Como remate, a metastase que endurece a veia na flegmasia, que afoga o tecido no embolo, que focaliza o germe na inflamação distante.

Finalmente, o *diagnostico do recém-nascido*. Diagnostico biologico: o feto nasce

vivo — e logo se vê; nasce morto — morte real; nasce inerte, apneico mas pulsátil, não respira mas palpita — morte aparente. É livido — asfixia branca, é congesto — asfixia azul; a primeira de causa central, comprometido o bulbo; a segunda periférica, obstruída a embocadura do tubo respiratório. O socorro depende da minúcia no diagnóstico. Si nasce vivo, é maduro ou temporão, a termo ou prematuro. Importa resolver a dúvida porque ha providencias immediatas a tomar. Diagnóstico simples — peso, comprimento, nutrição, desenvolvimento: 3.200 grs., 50 cms., conformação boa e rija, pelos e unhas e, si houver curiosidade, imagem radiografica dos pontos ossificados. No feto temporão tudo diminui. A termo, o nascituro reclama; prematuro, se lamenta. Cada um extranha a seu modo o mundo. O prematuro é deficiente — leve, mirrado, bambo, farripento, desunhoso. É vivo, mas será viavel? Fica a interrogação. A viabilidade depende do pediatra, a viabilidade que os dias vindouros reforçam ou desvanecem. Vivo e viavel, cumpre determinar a conformação do recém-nato: a euplastia como regra, a monstruosidade como exceção. Para a euplastia é bastante o habito de ver, mas a mons-

truosidade enche uma ciencia á parte, a teratologia.

Para abreviar:

Diagnosticos	da gravidez	Dco. anatomico	localização	{	Prenhez eutopica		
				}	» heterotopica		

Diagnostico do puerperio	{ Dco. clinico	fisiologia	— eussemia
		patologia	{ fixação propagação generalização
Diagnostico do recemnacido	{ Dco. biologico	capacidade	{ maduro temporão vivo viavel morto
		morfologia	{ euplastia monstruosidade

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES

Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORIA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora ..	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto ..	37
Sumula das complicações obstetricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

**COMO APRENDER DEPRESSA
O MECANISMO DO PARTO**

O parto é uma complexidade mecânica. Ha deslocamento e progressão: ha pois um objecto passageiro, uma distancia transitiva, e uma força impulsora. *Força, distancia, movimento.* Força determinada pela contração gerada no utero; distancia representada pelo trajeto, corrido ao longo da cavidade pelvica; movimento descrito pelo objecto, na sua representação fetal. Tres factores autonomos, mas dependentes, contribuindo para a regularidade da função. Cada elemento tambem complexo. O utero — orgão da parturição — é motor vivo, de construção viva, material que se altera pela contribuição de causas inumeras. O trajeto na sua parte dura é superficie acidentada, topografia conhecida, com rumo subordinado á planificação antecipadamente descoberta; na sua parte mole, o tecido distende-se ou não, friavel ou resistente, comprometido ou infiltrado, sujeitando-se a permeabilidade local ás influencias biologicas. A morfologia impõe o objecto, com movimentos que determinam atitudes e ati-

tudes que estabelecem conformações. No decurso de cada parto, o motor funciona variadamente; o trajeto mole apresenta-se de muitas maneiras e a forma do objeto muda pela acomodação, alongando-se ou se inclinando. O mecanismo do parto varia dentro do mesmo individuo de acordo com a oportunidade e dentro da mesma especie de acordo com o individuo.

Patente embora a interdependencia dos tres fatores, cada qual recebe e retribui a atuação. Age o utero, a força, e a resistencia atende mas replica; o feto, impellido por um e embaraçado por outro, aproveita a energia, esquiva o obstaculo, toma direção melhor, conformação mais propria e passa. O parto, na sua exteriorização cinética, é um subterfugio. A acomodação, principio universal, não tem a passividade que o termo acusa: não é uma sujeição, mas um livramento. Acomodação presuppõe conformação, e depois, insinuação. Insinuação na forma do lexico e não da tecnologia obstetrica que melhor se serviria com o valor exato do termo, dando ao mecanismo total do parto essa designação. De fato, insinuação não é só passar a entrada da bacia — insinuação é todo o parto, insinuação e conformação. Acomodação pre-

supõe movimento em faze realizadora; a acomodação parada é o encravamento.

O *utero*, fóco da força, é um órgão fechado. A natureza defende o aparelho genital, interpondo orifícios ás cavidades. A cavidade do utero, contínua, tem inferiormente o seu orifício. A prenhez prepara essa cavidade para a deiscencia conveniente, fazendo desaparecer o trajéto que precede a cavidade, e a cervice, uma extensão, some-se e deixa o orifício. É a faze longa, trimensal, do encurtamento progressivo, culminando no apagamento do cólo: o utero assim não tem mais o desfiladeiro cervical para se comunicar com o trajéto pelvico e resta-lhe apenas abrir um orifício. Não está aí a unica vantagem do desenvolvimento gravidico: a propria cavidade do órgão tambem se modifica, divide-se em dois segmentos — o de cima é o da força, é o que se contrai, o de baixo é o da acomodação, é o que se entrega. Emquanto a porção superior preserva-se da distensão poupando a sua espessura, a inferior rende-se, amplia-se, adelgaça-se. É o trabalho preparatorio para a facilidade completa do trajéto pelvi-genital.

Calculam-se os efeitos da força, comparadas as figuras da contração e do repouso. A contração reduz o espaço cavi-

tario, cria a tensão intra-cavitaria, a influir sobre as paredes do órgão, paredes que a mesma contração endurece. Ha porem a passividade do segmento inferior e a valvula cervical do orificio do colo. Começa o trabalho da dilatação. Não existe tração da fibra encurtada, como se supõe, arregaçando e abrindo o colo: a fibra não passa do corpo para o segmento inferior. A dilatação é o efeito da ampliação do tecido extensivel, cuja continuidade um orificio interrompe. A distensão prossegue com o trabalho, e o limite intersegmentar sóbe (sinal de Unterberger) porque o segmento cresce. Então o orificio começa a se abrir e tão segura a relação entre dilatação e distensão que quando a dilatação não se dá a distensão se excéde (é o caso da aglutinação) e quando o segmento não se distende, a dilatação não se dá (é o caso da apresentação alta, rota a bolsa daguas).

Qualquer explicativa do fenomeno é confusa e indemonstravel; esta, não. Mas a finalidade dele é uma só — comunicar francamente a cavidade do utero com o caminho da pelve. O que fôrça esse caminho é o ovo impellido, mas o ovo na sua parte resistente, pois a parte liquida reprezada nas membranas, formando bolsa daguas, não tem ação dilatadora. A tão

preconizada cunha hidraulica é uma ilusão: si ela fosse real, não se admitiriam a rutura da bolsa das aguas sem atrazo na dilatação, e as bolsas pirifórmes estranguladas através da abertura cervical mediocre. O feto atúa como dilatador, porque caminha, impelle, força: é a cunha solida. A pressão intra-cavitaria amplia o segmento inferior, diminui-lhe a resistencia já menor e sobre ele empurra o pólo fetal: por isso, no pólo cefalico, o que melhor penetra, a dilatação é mais pronta que no pelvico que penetra mal ou na apresentação cormica-transversa que não penetra.

A tensão uterina procede do encurtamento do conjunto longitudinal das fibras, apertando o espaço cavitario, criando força transmitida ao longo da continuidade fetal, traçada pela coluna vertebral e tocando a extremidade do pólo em avanço. É a resultante concentrada no vertice da figura da apresentação. O feto é pois transmissor de força e dela se aproveita como se aproveita da contração das fibras circulares, ondulando no peristaltismo que favorece a reptação fetal. O motor, o miometrio, é porem tecido indecifrável, sem dissociação estrutural, onde só se reconhecem preponderancias, fibras que se estiram, outras que se enrolam. As que se estiram deslocam, as

que se enrolam propõem; ambas se coadjuvam. É difícil estudar a fisiologia do musculo pela complexidade do tono — reserva contractural servida pelo metabolismo proprio, pela inervação autonoma ou geral, pela vascularização condizente e pela morfologia diferenciada. O grafico mostra a linha ascensional, indice da pressão intra-uterina, (o plano da elevação maior), ora denteada ora em pico, tocando a horizontal superior — a abcissa da contração —, cortada pela coordenada ascendente da contractilidade e a descendente do relaxamento. Aproximam-se as abcissas, a do tono e a da contração, e é a hipertonia. Onde não ha metodo registrador, ha observação clinica: fibra deficiente, de baixa tonicidade, contractilidade escassa, potencialidade menor — inercia primaria. No tono normal, a contractilidade é boa, a potencialidade adequada — suficiencia e eficiencia. O excesso de função degrada o órgão e a eficiencia será deficiencia — inercia secundaria. As anomalias inerentes á dinamica uterina por irregularidade contractural (hipotonia, hipertonia, arritmia, espasmo, retração) provocam a distocia, simples ou associada.

O *feto*, dentro do utero, enovela-se por flexão multipla da cabeça, do tronco, dos

membros apensos, conformando um ovoide porque ovoide é a cavidade do utero. Maior diametro do ovoide fetal o longitudinal; onde estiver o maior diametro do ovoide uterino, aí estará o maior diametro do ovoide fetal. Utero longitudinal — situação longitudinal do feto, utero transverso — situação transversa do feto.

Situação longitudinal	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ovoide cefalico, sinclitico} \left\{ \begin{array}{l} \text{mento} \\ \text{ou} \\ \text{ocipito} \end{array} \right. \\ \text{Ovoide cefalico inclinado} — \text{parietal.} \\ \text{Ovoide cormico longitudinal} — \text{pelve} \end{array} \right.$
Situação transversa	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ovoide cormico (tronco)} — \text{dorso} \\ \text{ou flanco.} \end{array} \right.$
Situação obliqua	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Ovoide cormico} \left\{ \begin{array}{l} \text{ileo} \\ \text{acromio} \end{array} \right. \end{array} \right.$

Sabida a situação, a apresentação não se nomeia apenas pelas tres superficies — cabeça, pelve e tronco. Ha pontos primaciais que focalizam e restringem espaço maior: é a parte da geografia obstetrica — Cabeça, duas regiões (cranio e face); cranio, capital, ocipito; face, capital mento; pelve, capital sacro; tronco é territorio — não tem capital: o acromio pretendeu indevidamente estes fóros, mas no tronco a apresentação é mais de flanco ou de dorso do que de espadua.

Ha interdependencia entre os dois ovoides, mas deles só o cefalico é autonomo. Variando embóra em menores diferenças, por aproximação de zona, tres modalidades se dispõem na apresentação: cabeça, pelve e tronco. No parto de cabeça, ha o primeiro parto que conta — o do ovoide cefalico; o parto da espadua é insignificante e o da nadega é nulo. No parto de nadega, conta e muito o pólo pelvico; depois, até exige manobra o parto da espadua; finalmente causa apreensão e requer arte perita o parto da cabeça. Na cabeça primeira — um parto só, na cabeça derradeira — tres partos; a conclusão prognostica é facil. No parto de tronco — nenhum parto: a insolubilidade. Apresentação natural, só a cefalica; a de nadega é anomalia, a de tronco é impedimento. É facil explicar: o ovoide cefalico é o que penetra e orienta, o ovoide cormico é o que recebe a força. Na apresentação pelvica, a força se concentra sobre a cabeça derradeira, superficie menor de aplicação e de rendimento; a orientação cabe á pelve, pólo mixto pela adjudicação dos membros abdominais, pólo imovel pela continuidade cormica que o fixa — orientação sem conformação propria, sem mobilidade imprescindivel.

A situação longitudinal do feto é quasi sempre solúvel, a transversa insolúvel. A situação e a apresentação não garantem a espontaneidade: é necessaria a postura. A apresentação de occipito é a verdadeiramente normal, e tão influente a flexão que, quando se modifica no decurso do parto, traz a parada do trabalho. Tão indispensavel a flexão que, quando não existe (situação longitudinal e apresentação pelvica) a entrada do pólo na bacia depende da força, da força demorada. Tão necessaria a flexão que quando se transforma em movimento oposto, mesmo integral, (apresentação de mento) basta uma orientação diferente, a orientação posterior, para estabelecer a distocia. Tão propicia a flexão que quando se socorre do asinclitismo domina-o, e só o aceita variavel e inconstante, pois a inclinação unica leva ao encravamento irremediavel.

Longitudinal a situação, mas cormica a apresentação, a postura não ajuda porque não tem movimentos proprios o pólo insinuante; mesmo assim a flexão, onde possivel, a dos membros abdominais, colabora porque melhor conduzida é a apresentação pelvico-podalica, dobrando-se pernas e coxas, do que a pelvica, entalando os membros abdominais, a parede ventral

do feto. Dentro da solubilidade, ha causas favoraveis e prejudiciais. Comparando as varias apresentações soluveis, vê-se que a de occipito é a que menos se ressentido do impedimento e melhor vence o embaraço. O occipito domina o pequeno espaço, a pelve não. O occipito modifica a postura, a pelve não. O occipito altera a fórmula, a pelve não. O occipito é um pólo plastico, a pelve não. Por isso o occipito melhora o prognostico da distocia primitiva e a pelve o agrava. O que antes de tudo reforça a solubilidade é a proporcionalidade do objecto, proporcionalidade primaria si o volume do conteúdo é menor do que o espaço continente, secundaria si pelo dinamismo do parto o volume grande se submete ao espaço diminuido. A proporcionalidade primaria é efeito exclusivo do volume comum. A proporcionalidade secundaria é fruto da adaptação, e adaptação quer dizer moldagem, movimento, conformação.

Moldagem, só no cranio. A face não a tem: na apresentação de face o que se amolda é ainda, e só, o cranio, porque só ele se compõe de peças osseas separadas por espaços e sulcos membranosos que, na hora da força expulsora, ajudam o cavalgamento e portanto a redução. O cranio

é uma hemi-esfera reductivel, a face uma piramide solida encavilhada pelo osso comum, o esfenoide, osso chave cuja destruição é a base tecnica da basiotripsia. A pelve, si se desconjunta em tres porções, conjuga-se pelo ajustamento dos femures e pela pressão da raque. Dentro do mesmo tempo de trabalho, o cranio deforma-se menos, porque tem menos partes moles; a face se entumesce e a nadega se edemacia, proporcionalmente ao tempo de trabalho, mais do que o cranio se contunde.

A mobilidade é privilegio do cranio porque a articulação occipito-atloidea é uma articulação universal, tem todos os movimentos: movimento antero-posterior acuminando o occipito ou o mento, movimento que vai da flexão completa á deflexão total descrevendo um grande arco. Esta mobilidade proporciona insinuação melhor, embóra facilite a apresentação secundaria. Mas esta mobilidade só é benefica si alcança a sua finalidade completa, isto é, si expõe uma das extremidades da linha antero-posterior maxima: a linha occipito mentoniana. O que é intermediario — flexão mal esboçada, deflexão incompleta — é estorvante; vertice, sinciput, fronte e naso são apresentações retardativas. Assim o movimento antero posterior será total e

unico: total para determinar a apresentação de occipito ou de mento, unico para impedir a mudança — a apresentação secundaria.

A acomodação é dogma. Ha acomodação a todos os espaços. Acomodação, antes do mais, da situação. A situação transversa é antagonica: si o feto é transverso, para não desobedecer ao utero que tambem o é, este se desorienta da cavidade abdominal sempre diréta. Antagonismo entre utero e ventre, antagonismo entre feto e espaço pelvico. A situação longitudinal exprime concordancia: ventre longitudinal, utero longitudinal, feto longitudinal. Mas o ventre de perfil fórma um espaço cilindrico e curvo, limitado pela sua concavidade interna e pela convexidade dorso-lombar interna da raque. A parede externa do utero tem de ser tambem convexa para encaixar na concavidade do ventre, e convexa a linha anterior do feto para encaixar na concavidade do utero. Tres linhas acordes: compreende-se então porque, sendo boa a situação longitudinal, melhor será si a posição for anterior. Melhor no cranio a dorso-anterior, porque o dorso convexo fica para diante, adaptando-se á parede do utero e do ventre, ambos concavos; a dorso-posterior diverge pela sua convexidade da

convexidade da raque materna. Na face, a posição mento-anterior é a melhor, porque na face o feto se deflexiona, o seu dorso passa a ser concavo, recebendo bem a convexidade raqueana materna, e o seu ventre passa a ser convexo, adaptando-se bem á convexidade da parede anterior do utero. Na mento-posterior tudo diverge, por isso a mento-anterior é soluvel e a posterior não.

Na situação do feto, bem como na sua apresentação, o eixo cefalo-pelvico tem função indicativa: é o eixo do ovo em sua composição integral. Divide-se em eixo cormico e eixo cefalico, mas a continuidade dos dois é indispensavel á situação longitudinal. Emquanto a linha é cormica, nada se opõe á sua continuidade, mas o movido ovoide cefalico em cada attitude foge desta linha, numa sucessão de divergencias, dando o grafico da irradiação. Só as apresentações extremas — occipito e mento — respeitam a direção igual do eixo; qualquer variação no movimento flexionario ou deflexionario vai criando o angulo no encontro das duas linhas. Angulo sagital, na flexão incompleta ou na deflexão insufficiente; angulo lateral no asinclitismo. O desvio angular das duas linhas marca proporcionalmente a dificuldade; o inverso dá-

se na situação transversa, onde a angulação ao nível do limite cefalo-cormico denuncia a tentativa da solução impraticavel, na insinuação encarcerante, si o feto é grande, na penetração profunda do dorso que se dobra para a evolução espontanea si o feto é pequeno.

Flexão e deflexão são movimentos reductores do volume porque substituem o ponto de partida do maior diametro longitudinal proprio, e centralizam em relação com a area do estreito superior, o ponto capital da apresentação. Fixa-se assim a figura da apresentação peculiar á boa marcha do parto. Não se saberá o mecanismo de parto, geral ou particular, si não se conceber a configuração geometrica da apresentação. A porção cormica é o cilindro que a sequencia articular raqueana flexibiliza, favorecendo a reptação. O cilindro envolve-se, na hora do parto, pelo utero contraído e aproveita toda a força contractural. A porção cefalica constitui a figura da apresentação, cujo eixo é o diametro occipito-mentoniano, diametro mestre da apresentação cefalica, porque é o unico diametro tanto craniano como facial. Regra importante: a boa apresentação depende da verticalidade do diametro occipito-mentoniano, pois qualquer das suas ex-

tremidades — occipito ou mento — será ponto terminal e acuminado, e a linha da configuração, que vai de um a outro, tomando o relevo da face e a ondulação do cranio, é superficie de elevações reduzidas. Vertices — só o occipito e o mento. Si a linha occipito-mentoniana é vertical, os seus extremos serão vertices; si ela se inclina, os extremos se ocultam e o que fica, em relação com o espaço pelvico, é a planicie craniana ou a extensão facial.

Da flexão completa e da deflexão absoluta resulta a nova figura da apresentação. O pólo apresentante toma a forma de fuso — fuso da apresentação — com dois cones opostos: o primeiro o da penetração, o segundo o da propulsão. O eixo do fuso é o diametro occipito-mentoniano que, vertical, apresenta bem a figura e, inclinado ou horizontal, tira-a da posição perpendicular, desviando-a para os lados. Na fórmula do fuso perpendicular o diametro transverso bi-parietal cruza com o antero-posterior sub-occipito-bregmatico, em condições de valor identico — 9,5 por 9,5 —; secção da figura, um circulo. A deflexão progressiva aumenta aos poucos o diametro antero-posterior que cresce até 12 cms., si for o occipito frontal: diametros desiguais, figura de secção oval. O eixo do

fuso — o diametro occipito mentoniano — é solicitado na acomodação e cresce, mas é uma linha perpendicular destinada ao espaço longo e livre do trajeto, e não atropéla. Quando porém esse eixo é uma linha inclinada ou horizontal, a sua extensão não procura a profundidade pelvica desembaraçada, mas os limites fechados da area do estreito superior. Na face, o cone de propulsão é menor do que o de penetração: ha força desperdiçada; no cranio é o contrario — o cone de penetração é o menor e o de propulsão o maior: a força é aproveitada.

A morfologia é tudo no mecanismo do parto. A morfologia primitiva é a da acomodação fóra da força, a secundaria a da acomodação depois da força: o alongamento do diametro occipito-mentoniano e o cavalgamento dos ossos do cranio estimam e murcham o pólo fetal, plasticidade consequente ao aumento do diametro longitudinal maximo. O fenomeno é bem semelhante á sorte de magica de passar o ovo pelo gargalo do frasco: passa o ovo, mas sem casca; não é o ovo rijo, é o ovo cozido, o ovo plastico que se alonga e atravessa a garganta da garrafa.

O trajeto é mixto: começa no segmento inferior e finaliza no orificio vulvar;

na sua maior porção mediana, cinge-se do estojo osseo — paredes da excavação pelviana. Qualquer das partes do trajeto pode embaraçar. As partes moles, quando resistem e cerceiam, são mais perigosas do que a parte ossea; a parte ossea impede mas não se rende; a parte mole impede, rendendo-se pela solução de continuidade. Quando essa solução de continuidade é perineal, pouco importa; mas quando é cervico-segmentaria, talvez rompa o utero e devasse o peritonio. A parte mole, sem resistencia, não impõe orientação; a parte ossea, reagindo, obriga o mecanismo. Subordinado ao trajeto, o objeto vencerá uma passagem com a sua entrada e a sua saída. O polo fetal entra, percorre e sai: são os tres tempos do trabalho de parto. Outrora estes tres tempos eram descritos em demasia: epoca houve em que se ensinavam 20 tempos de trabalho — não havia um esboço de movimento, uma mudança de attitude, um desvio de rumo que não contasse como tempo de parto. Agora a noção é mais simplificada e mais razoavel.

Seja qual fôr o pólo apresentante ou penetrante, ha 3 tempos de trabalho, com tres rumos: um na entrada, um na descida, um na saída. O caminho é a escavação pelvica, cilindro curvo ou melhor, junção

de dois cilindros: o que se aplica á entrada da bacia, inclinado de diante para traz e de alto a baixo, e o que acompanha a saída da bacia, reclinado de traz para diante e de baixo para cima; no ponto de união a curvatura mediana estabelece a continuidade.

Duas orientações diversas, duas planificações diferentes. Os planos pelvicos qualificam o trajéto e ageitam a orientação. Dois planos — o da entrada e o da saída; ha planos intermediarios sob a influencia de um ou de outro. Si predomina o plano de entrada, vence o longo cilindro inclinado de alto a baixo e de diante para traz e o pólo fetal se aprofunda; predominando o segundo cilindro, reclinado de baixo para cima a de traz para diante, o pólo fetal tende desde logo ao giro de saída. Fala-se em planos de Hodge, marcações muito mais didaticas do que anatomicas, riscando esquematicamente a parede interna da bacia ossea de demonstração. Não podem ser fixados esses planos porque as mudanças de fórma na figura da moldagem da escavação pelvica dependem da inclinação acentuada dos planos que não correspondem á mesma altura em cada pelve. Tal como são demonstrados, os planos de Hodge marcam distancia e não determinam

configuração. A linha circumdante da area do estreito superior figura um plano cordiforme; na que circumscreve a area do estreito superior encaixa-se um plano oval — entre as duas estão as variantes, convergindo para o ponto da configuração circular. Sobrepõem-se os dois espaços, cada qual com o seu rumo: o obliquo em cima e o diréto em baixo.

O movel segue esse transito. Clinicamente, dividem-se os tempos do trabalho em insinuação, descida e desprendimento. Melhor seria dizer-se: entrada, passagem, saída, porque insinuação ha desde que o fêto se movimenta e prossegue pelo estreito superior, pelo estreito médio, pelo estreito inferior. Descida tambem é circumstancia imanente a todo o trabalho, pois desde o estreito superior até o inferior desce o objéto. Desprendimento tambem se processa de principio a fim: de inicio, o fêto se desprende da cavidade do utero. Mas entrada presuppõe portico, enquadramento limitado; passagem presuppõe percurso; saída presuppõe limiar espaço entre duas aberturas, linhas precisas caracterizando o movimento que nela se dá.

Para entrar, o pólo se dispõe e se orienta. Orienta-se obliquamente: o diametro obliquo da entrada da bacia é a agulha

da bussola. Dispõe-se reduzido e conformato: aproveita no maximo a acomodação. Si é apresentação de occipito, flexiona-se o mais que póde: não ha receio da solidarização de Hubert, erro tradicional da obstetricia, velha hipoteze infundada. No parto espontaneo, a boa apresentação nunca perde a sua caracteristica. Flexionada e orientada, a cabeça desce suavemente e tão suavemente que desce independente da força. É a entrada, a insinuação, fóra da contração uterina, nos ultimos 20 dias da prenhez si a mulher é primipara, nas vespas do parto si ela é multipara. Já foi tema de longo debate o processo da penetração — si sinclitica, si asincliticamente e, neste presuposto, si inclinando o parietal anterior si o posterior. Para qualquer dessas modalidades, sobravam preferencias autorizadas e sentenciosas. A razão está com todos: a entrada, conforme as circumstancias, dá-se de qualquer das maneiras.

A entrada dentro da força é feito da contração uterina: o pólo fetal avança quasi sem atrito e portanto quasi sem hesitação. Tudo depende da coincidência axial — eixo uterino e eixo fetal — e da boa area de passagem, sem constrictura, sem aperto. Então, ou o utero expandindo-se para baixo, regularizada a sua linha de direção e des-

embaraçado de contáto impeditivo, desce para o fundo pelvico levando comsigo o pólo fetal e tem-se a insinuação do repouso; ou o órgão contrai-se, impelindo a sua porção inferior para dentro da escavação pelvica e, si não ha atrito com este segmento penetrante, o pólo fetal avança. É a insinuação pela força. O estorvo demóra e configura o mecanismo: a flexão indispensavel, o alongamento favoravel, por fim o asinclitismo. A flexão reduz os diametros antero-posteriores, o asinclitismo os transversos. Em caso algum a configuração influi tão decisiva e favoravelmente como na apresentação de occipito, a que melhor se conforma, a única que se insinúa antes do trabalho por efeito do proprio desenvolvimento. A nadega e a face só penetram impelidas. Si sem a energia uterina o occipito se adianta e se afunda, com a ação do utero menos sentirá o embaraço da abertura pelvica.

Entra o pólo fetal obliquamente, caminha um espaço mais ou menos longo, tendendo ao giro, aproveitando a indiferença do plano circular mediano para chegar á direitura do maior diametro de saída. Os dois cilindros, o de entrada e o de saída, não são feitos cada qual de uma só peça: seções de cada tronco continuam-se man-

tendo a fôrma propria de maneira a acrescentar á curvatura anterior da ligação a torção axial da planificação. Melhor diametro é o obliquo em cima; em baixo é o diréto. A extremidade do bom diametro transfere-se de alto para baixo e do lado para frente: é o rumo da rotação. A rotação tem uma origem, como movimento: a confluencia da força e da resistencia em determinado ponto do pólo fetal. Quanto mais restrito o ponto, maior a mobilidade; por isso a figura da apresentação não dispensa o vertice cujo deslocamento favorece o aparecimento da superficie larga, onde a força se perde, a resistencia se desdobra e, consequentemente, a movimentação se tolhe. Nova prova da necessidade de persistir a apresentação primitiva. Facilmente compreende-se o movimento, porque se compreende a direção. De fáto, o o occipito volve para diante em regra, e para traz em exceção. É justo que volva para diante quando é dianteiro e tem a percorrer um arco menor de circulo ($1/8$); mas quando é trazeiro, tem de vir para diante corre $3/8$ de circulo, embóra mais proxima seja a rotação posterior.

Si o que explica a rotação é a força determinando o giro, o que lhe traça o rumo é o plano orientando a pelve. Ante-

rior ou posterior o occipito, si o plano de saída da pelve prevalece sobre o da entrada, a rotação é precoce ou alta; si os dois planos se equivalem, a rotação é oportuna ou mediana; si sobrepuja o plano da entrada, a rotação é tardia ou inferior. Por esse motivo, uma occipito-posterior só traduz anomalia quando subordinada á preponderancia dos planos de entrada da bacia. Emquanto roda, o pólo progride; a progressão é permanente — o vertice da figura de apresentação fica anterior e diréto, continúa a caminhar, projéta e amplia o perineo, que se distende, abrindo o orificio vulvar e contendo a apresentação que, finalmente sem impecilho, entra a desdobrar-se, e assim todo o feto, na faze chamada do desprendimento.

A causa do parto é pois uma só — a contração do utero; o movimento do feto é um só — a progressão, cuja maneira de ser somente o embaraço exemplifica com evidencia. Si não houvesse transito de direção helicoidal, o parto seria uma deflagração, um arremesso atentando contra a vida do feto. O parto tem de ser uma expulsão gradual que a força e a resistencia compõem: ao utero cabe impelir, ao trajeto amparar, ao feto colaborar com a força e com a resistencia. Em suma, um unico

tempo — a progressão, dentro do transito pelvico, facilitada pela proporção, garantida pela contração; um só aspéto deste tempo — a rotação, obedecendo á linha helicoidal do transito. Desde que o feto entra no canal pelvi-genital até que sai, progride e roda, em tempo que a distancia exige e por trilho que o caminho obriga. Progressão e rotação são simultaneas: parafuso de passo unico. Movimento continuo e uniforme de penetração e de rotação, dois efeitos paralélos e correspondentes: quando não ha penetração não haverá rotação, e quando não ha rotação não haverá progressão. O mecanismo do parto define-se em sin-teze: a penetração rotativa do feto pela sinuosidade do canal pelvi-genital.

A simplicidade da formula facilita o conhecimento do fenomeno simplificando o diagnostico do trabalho eficiente. Basta prevalecer a penetração rotativa do feto para que o parto se processe regularmente. A penetração simples verifica-se bem: estará ou não cada vez mais ao alcance do toque o pólo fetal ocupante da escavação sacra, mas o pólo de tamanho proprio, porque o pólo saliente de bossa, mesmo distante, enche a pelve e ilude o exame. Com a penetração e com a rotação, o ponto de reparo representativo da apre-

sentação volteia no giro, traslada-se na progressão. Calcule-se a distancia do ponto exáto do pólo para o diagnostico da entrada e da descida: quando o pólo, como se dá na apresentação cefalica, mascara-se de derrame, procure-se com a exploração manual o relevo livre, a bossa de um dos parietais relacionando-o com a parede pelvica, com a linha do estreito superior, com os andares da escavação. Afastam-se as duvidas e esquecem-se as divergencias de nomenclatura e de definição.

Ainda hoje, a clinica embaraça-se no reconhecimento das cabeças insinuadas, fixas ou em via de insinuação. No emtanto, todas as hipoteses reduzem-se a duas coisas: cabeça parada, cabeça penetrante com mais ou menos lentidão. Quanto mais rapida, mais acentuada, mais perceptivel a penetração. O que se discute é a penetração lenta, a progressão minima para precisar onde parou o pólo ou em que ponto está progredindo: na entrada — pólo entrante, no percurso — pólo passante, na saída — pólo retirante. Movimentando-se e prosseguindo, o pólo será sempre entrante; entrante, transpondo o estreito superior; entrante e passante, passando o estreito superior e descendo a escavação; entrante, passante e retirante quando de-

pois de entrar e de descer vence a saída da bacia. O limite da entrada da bacia é uma linha, o objecto a entrar é um volume cuja mobilidade favorece varios dispositivos. O pólo cefalico flexionado é uma esfera a se introduzir e é facil saber como e quando o plano equatorial se aproximou e passou o limiar do estreito. Transpondo essa linha, o pólo é entrante e penetrante, mas é principalmente proximo ou distante da saída, e quanto mais proximo mais volteado. O mecanismo resume-se na progressão, no percurso, e calcula-se o trabalho desse percurso pelo que falta para andar e não, como é habito, pelo que já andou.

Si o pólo fetal não tem a regularidade esferica da cabeça bem flexionada onde a secção circular da figura traz a equivalencia dos diametros cruzados, — biparietal e sub-occipito-bregmatico —, a variação do encaixe cefalico na bacia dificulta-se porque o pólo não é mais o segmento esferico, mas a porção de um oval cuja secção tem diametros diferentes e contornos irregulares. Assim, a obliquidade da orientação entrante, onde o segmento esferico enfrenta dois diametros obliquos identicos da bacia, faz corresponder aos dois diametros do plano circular, dois valo-

res também iguais. O segmento oval opõe aos dois diâmetros oblíquos pelvicos identicos dois diâmetros cruzados de tamanho diverso, um maior do que o outro.

Só a cabeça flexionada dá o segmento esferico de secção circular, só ela é compativel com a figura do fuso regular da apresentação; na cabeça pouco flexionada ou mal deflexionada a figura do fuso de insinuação é sempre irregular. Só se deve dar como normal e classica a apresentação de cranio, porque é a flexão integral desenhando o ovo perfeito. Obliqua ou transversalmente, o feto flexionado pode ser ovo perfeito mas é antagonico porque se apresenta de corpo e não de ponta. Em apresentação de nadega, o feto mesmo na regularidade oval, é contraditorio porque se apresenta pela extremidade mais volumosa. Na apresentação cefalica, a flexão ou a deflexão más embótam a ponta do ovo; a deflexão completa amolga o ovo que se torce.

Normal é a apresentação de cranio, e por isso, com grandes recursos para a eventualidade da distocia. Anormais todas as outras. Anormais as que entram desde logo na insolubilidade, anormais mesmo as soluveis, sensiveis porém á distocia que,

em vez de capitular, impõe e acentúa a anomalia.

À medida que o feto perde o contáto com o trajeto pelvico, quando ele vai atravessando o extremo terminal vulvar, dá-se o chamado desprendimento. Sem a coação cavitaria, o feto desdobra-se, retoma movimentos e posições livres. Desprendimento é libertação, e todas as formas de adaptação para o periodo progressivo do parto desfazem-se, livres do constrangimento. O objeto entretanto não perde a sua rotatividade: rotação interna, rotação de descida — (exclusivismo infundado porque ha rotação interna da entrada); rotação externa, rotação do desprendimento. Mas a rotatividade é continua: os passos do parafuso não dispensam a continuidade uniforme — parafuso com volta e viravolta não progride. A rotação externa, obedecendo ao giro inicial, não diverge da interna e na saída o pólo fetal segue o mesmo rumo, sem reversibilidade.

Os tres elementos de trabalho de parturição — força, trajeto e objeto — tem cada qual o seu dever primordial: a força — a contração, o trajeto — a ampliação, o objeto — a conformação. A força é autoridade, o trajeto é obediencia, o objeto é disciplina; autoridade legal, obediencia for-

mal, disciplina preceitual. Lei da energia, concordancia do espaço, preceito da forma. Na energia não se admite duvida: ou ela é regular e favoravel ou anormal e nociva. No espaço não se aceita discrepancia: ou existe e permite, ou não existe e impede. Na forma dá-se o contrario, porque a forma eutocica tem muitos aspétos. Entretanto, para qualificar a normalidade, a forma terá o mesmo caráter da energia e do espaço. Forma normal, é a forma unica; quando não o é, colabora na anormalidade mais ou menos grave.

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES

Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORIA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora ..	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto ..	37
Sumula das complicações obstetricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

**SUMULA DAS COMPLICAÇÕES
OBSTETRICAS**

Distocias e acidentes

A distocia e o acidente constituem a parte real da obstetricia: eis uma suposição generalizada. Mais razoavel e mais justo seria dizer: nem uma nem outra representam, em regra, a obstetricia perfeita. Obstetricia vem de *ob stare*, estar ao lado — attitude profissional unicamente admissivel fóra da distocia e fóra do acidente. A função reprodutora deveria ser normal em absoluto. Assim o é na innumera maioria dos casos, onde se admitem pequenas infrações do fisiologico. Foi para essas menores divergencias da anormalidade que se consagrou a anomalia, sub-classe da normalidade: anomalia na evolução, na resolução e na involução — parto, prenhez e puerperio. O anomalo serve á normalidade, tornando-a mais ampla embóra mais precaria. A anormalidade representa-se verdadeiramente na distocia e no acidente.

Por ser normal a função, não se suponha a anormalidade excepcional ou inconsequente. A distocia e o acidente são tão logicos quanto a normalidade: ha

causas determinantes do normal, como as ha do anormal. Essas causas, em numero apreciado, removem-se profilaticamente, mas ainda assim a distocia pode ser uma surpresa, si escapar á ação do bom profissional ausente: é o grande lance dos serviços obstetricos que o abandono leva, á ultima hora, ao socorro douto. Ha todavia a distocia primitiva, pura, estrutural ou funcional, e esta não se remove sinão pela observancia de regras favoraveis, dominada sem agravo á vida da paciente. Abandonada, sem trato, é a distocia selvagem; protegida na indicação e na terapeutica, é a distocia domesticada. A anormalidade, além de rara, despede-se em certos momentos espontaneamente, pois, para todas as rebeldias aos preceitos medicos, a natureza tem muita capacidade. Comtudo, esta mesma natureza fraqueia e erra, proporcionando a distocia.

A normalidade é a escola da confiança que póde ir até o fanatismo. Fanaticas da função normal são, em primeiro lugar, as mulheres de prolongado exercicio reprodutor, orgulhosas de uma fecundidade destemida, com desprezo pelo conselho ou pelo cuidado, veteranas que encorajam as recrutas mas as incitam á desobediencia funesta. Fanaticos tambem os inveterados

na arte rudimentar, «comadres» de ambos os sexos, desdenhando idéas novas, contrapondo o habito á cultura. Nada mais impertinente do que o dogma obstetrico da espera. O leigo diz: é preciso esperar. O axioma simplificado perde autoridade porque — é preciso *saber esperar*. Infelizmente, os que não sabem tambem esperam. A obrigação sumaria de esperar favorece a inutilidade e, portanto, o prejuizo. Na pratica obstetrica, a sabedoria não é uma só: ha tres sabedorias — saber esperar, saber decidir, saber intervir. Só assim a confiança não habituará o pratico á banalidade e a distocia não será surpresa. Os inertes são responsaveis pelas complicações secundarias, mas os afoitos explicam as dificuldades extranhas.

A distocia é uma coisa, outra é o acidente. A distocia é o episodio dentro do parto: impõe; o acidente é o episodio ao lado do parto: acompanha. A *distocia* é:

- a) endogena — primitiva, definitiva ou provisoria.
- b) endogena — secundaria, definitiva ou provisoria.
- c) exogena — intempestiva, mais definitiva do que provisoria.

Endogena a distocia constitucional, *exogena* a distocia profissional. Endogeno o abuso

da natureza, exogeno o abuso da arte. Mas a natureza, si abusa, é porque reage na tentativa de corrigir; e a arte, si abusa, é porque age no trabalho de perturbar. Endogena, primitiva ou secundaria, a distocia associa-se ao órgão, ao trajéto e ao objéto; é inicialmente unica, eventualmente multippla. Sabendo que distocia cria distocia, diante da distocia unica o pratico suspeitará sempre de distocias novas, produto do excesso corretivo da natureza e da insignificancia fatalista da arte. Quanto mais dominadora e mais sinalada a distocia, mais possivelmente anumeravel. Primaria prolongadamente, só a distocia da força negativa cuja exagerada tolerancia vai á retenção interminavel do ovo.

Primitiva a distocia da incapacidade, da impenetrabilidade, da irreductibilidade: desde logo ou o órgão é incapaz, ou o trajéto impenetravel, ou o féto irreductivel. O órgão incapaz é fraco: não se contrái bastante, causa o parto lento, fastidioso, cansativo. A isto chamam inercia primitiva, mas inercia é ausencia de força, o que na realidade não existe. O que ha é hipotonía primaria, força diminuta com seus efeitos: dilatação demorada, progressão minima ou nula. É a hipotonía de origem estrutural: a fibra uterina não tem atividade por de-

ficiência contractural congenita, e o seu rendimento é insignificante. Revelada no começo do trabalho, protelando o tempo do parto, a hipotonía despertará outras dificuldades. Quando a hipertonia aparece cedo, o parto é quasi repentino — parto apressado: ha força demais. Si a força pouca é distocia, porque não impele, a força demasiada tambem o é, porque projeta e destroí.

É razoavel que a hipotonía dê lugar á hiposistolía e a hipertonia á hipersistolía. É porem confusa a designação — hipertonia hiposistolica — cujo paradoxo se accentúa admitida, por analogia, a hipotonía hipersistolica. O hipertono traz a asistolía, mas a hiposistolía decorre da retractilidade e o tono vale mais para a contractilidade do que para a retractilidade. Ha muito tempo, ignorante da fisiologia muscular moderna, Jacquemier dizia ser a retractilidade uma fórma da contractilidade e ainda não fulminaram esta heresia. É o encurtamento das coordenadas de contração e de relaxamento, estreitando o traçado, que caracteriza o grafico desta hiposistolía hipertonica, mas o encurtamento figurado deriva da elevação do tono até a linha superior de contração, representando o tipo da tetania. Não desaparece a sistole, não se

diminui: o que ha, é a sistole curta, reduzida, perturbando o ritmo da força e do repouso. O hipertono que marcha para a tetania responde pela tensão cavitaria permanente, que não é hiposistolía.

A desproporção é volumetrica ou morfica — por tamanho ou por figura. Por tamanho é o feto grande ou a bacia pequena: feto normal em bacia menor, feto grande em bacia comum. A desproporção volumetrica é a menos exigente: o volume reduz-se pela acomodação, pela moldagem, e o espaço é favorecido com a disjunção ossea e pela planificação. A desproporção da figura influi no volume de tal maneira que a boa fórma compensa o maior volume, e o menor volume não atenúa a fórma inadequada. É a figura da desacomodação: objéto atravessado, virado, desdobrado — apresentação de tronco, apresentação de pelve, apresentação cefalica intermediaria, nem flexionada nem deflexionada. Na de tronco a desproporção evidencia-se na superficie cormica que o espaço pelvico não póde receber; na pelvica, na extremidade maior do ovo tentando a penetração que pede ponta; na cefalica intermediaria (flexão e deflexão incompletas), restabelecendo diametros mais acentuados.

O transito é constrito ou impenetravel. Constricção dura — vicio pelvico; impene- trabilidade textural — distocia mole. A dis- tocia pelvica não pode prometer nem amea- çar, porque pelves menores são tolerantes e pelves maiores são impeditivas: uma força ótima, uma acomodação igual ven- cem uma angustia pelviana. A constricção mais temerosa é a flácida: a constricção anular do utero, a constricção cervical, que a força só vence pela destruição, distocia ainda mais grave. Impermeabilidade das partes molas — efeito que se classifica pela sua causa: impermeabilidade passiva, fun- cional, menos importante do que a ativa, estrutural. Cólo dilatavel ou não: extensi- bilidade textural conservada ou prejudi- cada. A distocia dura, mais tolerante ou mais soberana, ou toléra porque quer ou não toléra porque póde. A textural é in- transigente mas sem resistencia: — por isso, a distocia pelvica entráva o trabalho mas não se sacrifica, a distocia mole entráva o trabalho, capitulando na propria des- truição.

Tudo distocia primaria, definitiva ou provisoria. Daí decorre a secundaria, tam- bem irremediavel ou passageira. A distocia primaria é menos grave: exhibe logo a sua condição e a sua extensão, seja definitiva,

provisoria, unica, multipla, absoluta ou relativa. Ainda não experimentada e recentemente representada no calculo do seu valor, a distocia primaria tem a vantagem de esclarecer a prevenção ou o remedio. A distocia absoluta é favoravel: parece inaceitavel a proposição, mas ela fica provada na consequencia da distocia que se define, em genero e especie, e clinicamente mantém um aspéto categorico. Absoluta e definitiva, não espera o efeito do trabalho — nem a acomodação nem a adaptação; ela traduz um momento de atividade terapeutica, que manda intervir sem hesitar, desde que não conta a hipoteze da espontaneidade, propria da distocia relativa. Sendo de resolução artificial imediata, a distocia absoluta não gasta a paciente nem a complica dos acrescimos proprios da distocia relativa, que promete e engana. Mesmo de maior vulto, a intervenção executa-se antes de qualquer eventualidade agravante peculiar á expectação, antes das intercurencias desfavoraveis cercando o áto operatorio de duvidas e apreensões. A distocia absoluta tem uma só feição — não se dissimula, tem uma só consequencia — não se transmuda e, assim singular, tem uma regra unica, uma solução unica: para ela

não foram feitas nem as suposições nem as indicações.

Dá-se o contrario com á distocia relativa, pretexto para as maiores discussões. Estimula-se ou não o órgão? Amplía-se ou não o trajéto? Reduz-se ou não o objéto? E esse estímulo, essa ampliação, essa redução, vêm por si, ou provocadas? A distocia relativa quer a prova segura da insolubilidade, só patente por ação do tempo e não tem certeza da graduação dessa insolubilidade, não para prolongar a esperança no espontaneo, mas para firmar a preferencia no artificio. Poucos recursos ha para vence-la, e no momento concreto, na hora da escolha, não faltam documentos comprobatorios da excelencia de cada um, vicio oriundo do conceito prejudicial do eclecticismo que costuma governar o assunto.

Quando a distocia relativa tende para a normalidade e por si se resolve, ha variantes no tempo e no espaço, dificultando-lhe a definição e o despacho. Que valor terá o prognostico na solução natural ou na eficiencia terapeutica? E si a distocia relativa persiste, surgem os elementos contraditorios para o lado da força, do objéto e do trajéto e a distocia é acrescida, anumerada, desdobrada. A distocia transitoria é a da força que se compõe, da despropor-

ção que se modifica, do transito que se alarga. Na força, o tono levanta-se, corrige-se, abrandá-se: nem hipotonía, nem espasmo, nem hipertonia, mas ritmo, intermitencia, energia e eficacia. Na desproporção, a plasticidade é milagrosa e diminui-se o pólo fetal no alongamento, na inclinação, no cavalgamento, convergindo para uma moldagem redutora. Também é a postura inadequada na situação transversa, na attitude mal definida (nem flexão, nem deflexão), na situação inconveniente, anomalias que se modificarão pela propria força de acordo com a resistencia, ou pela manobra racional e oportuna. No transito, a disjunção das partes osseas vale-se da posição da parturiente — pernas pendentes ou flectidas — (Walcher ou Laborie), da elasticidade restabelecida espontaneamente ou não, abrindo o canal cervical infiltrado ou resistente. A fibra muscular, estafada e intoxicada, com o repouso desfaz a discinesia constrictora e recupera a característica da sua regularidade.

O acidente cabe em tres grandes categorias: sangue, choque, convulsão. O acidente não intervem na parte mecanica do trabalho: não é pois distocia — perturba a evolução biologica do parto, não é impeditivo, mas é gravativo. O acidente con-

dena, reclama, toléra: — Condena no desfecho fatal, reclama no alarme angustioso, toléra no aviso vigilante; é mortal, é grave, é leve. A dôr não é acidente: é um incidente, de significação variavel na dependencia de sua origem. Isoladamente, a dôr, efeito da sensibilidade, é antes uma distocia como a dôr excessiva que entráva o prosseguimento do parto porque desespera a paciente, cuja subordinação é um otimo preparativo para a eutocia. Fóra disso, no acidente, a dôr é sinaleira, revelando-lhe a origem. A dôr psiquica desordena movimentos, obriga esforços, provoca rebeldias e desanimos; disso se ressen-te o motor, por provavel condição de hipersensibilidade na hipoteze da intoxicação da fibra uterina. A dôr, traduzida razoavelmente pela sensibilidade normal, póde depender da anomalia estrutural do musculo e é justo que assim se pense, pois tudo, a começar pela analogia, se insurge contra a normalidade de uma função, a unica do organismo de exhibição dolorosa: em qualquer outro orgão, a dôr funcional é atestado de doença.

O sangue é o acidente predilétto da urgencia. Escôa-se visivel ou invisivel — não importa: produzirá anemia aguda ou sub-aguda. A palidez tegumentaria, a ortopnéa crescente, a sudação fria, a sêde

intensa, o pulso cansando de correr, tal seja a fonte hemorrágica, dão em instantes o quadro da hemorragia cataclísmica, tanto interna como externa. Sangue abundante provem de vasta superfície exposta ou de vaso calibroso comprometido. Durante o parto, é o descolamento da placenta, é a rutura: ou o ovo se despega, ou o útero se despedaça, ou se rasga a cervice, ou arrebenta o trombo. A quantidade de sangue, si a hemostasia não tarda, atenua a importancia do prognostico, de modo que a perda menor, sustentada pelo escoamento prolongado, póde ser mais ameaçadora do que o jorro violento e unico. A massa hemorrágica desequilibra mas clama pelo tratamento, ao passo que a perda menor e a fio, despercebida talvez, transfere para mais tarde a successão dos sinais graves onde muitas vezes a conjectura do diagnostico perde tempo e ação. Sangue occulto, sangue descoberto — hemorragia interna, hemorragia externa, esta logo denominada e logo dominada, aquella mal compreendida e renitente. Durante o parto, o sangue descoberto, (a hemorragia externa), é o sangue do descolamento baixo, da solução de continuidade proxima, sangue do trajeto — segmento inferior, colo e vagina, — sangue da placenta baixa, da secção de ramo da

uterina, do trombo aberto. O sangue oculto é o sangue do órgão — a apoplexia, o descolamento superior, a rutura do utero. Raro o sangue inteiramente oculto, a não ser que o trajeto pelvi-genital esteja obstruído pela apresentação ocupante, mas nesse caso o simples deslocamento do pólo-tampão faz correr o sangue reprezado. A infiltração (apoplexia) produz hemorragia oculta mesmo vazio o utero, pois o sangue escorre gotejando e não é proporcional á gravidade das consequências. No delivramento, franco o canal da parturição, o sangue cavitario sai livre para fóra.

Descobre-se a hemorragia oculta pela anemia post-hemorragica, sendo necessario porem diferencia-la do choque. O choque é rapido, o choque é doloroso, o choque é as duas coisas. Rapido apenas, provem do descolamento alto, tantas vezes indolor. Mas a dôr que significa a deflagração liga-se ao choque e á hemorragia, por onde se garantem as condições da anemia aguda. A dôr pois é simples representação do acidente na rutura do utero, na apoplexia, na torsão pedicular. Ao sangue, mais do que á qualquer das formas acidentais, transmite-se a feição clinica do acidente, pois o sangue condena na hemorragia fulminante, alarma na hemorragia

grave, avisa na hemorragia leve. Só talvez a corrosão do vaso calibroso por digestão cotiledonar baixa (placentação inferior), ou por quédá da escára (hemorragia do puerperio) tem desfecho fulminante. O comum é a hemorragia grave que o choque accentúa, a hemorragia dos descolamentos, da rutura, da erosão, hemorragia que exige a supressão do seu fóco. A outra, a hemorragia leve, hemorragia sinal, é aviso — não se serve da terapeutica supressiva, mas do tratamento etiologico.

O choque é grave si secundario. O primario, o choque psiquico, é simples embora espetaculoso, e o toxico, de curso nervoso, inquietador mas benigno; ambos obedecem á medicação. O choque secundario não: o hemorragico exaure, o cavitario fulmina. A propria dôr, pela natureza do accidente, póde siderar e, não o fazendo, deprime e colabora no choque. O momento do choque e sua associação esclarecem o diagnostico. A dôr aguda e final é a dôr da rutura, a dôr acerba e inesperada a da torsão, a dôr aumentativa e angustiosa a da infiltração, a dôr repentina e permanente a da distensão. A dôr precede o choque: a dôr da distensão (hidranio agudo). O hemograma procura, até certo ponto, descobrir a hemorragia interna compli-

cando o choque, ou simulando-o. O diagnostico diferencial entre o choque e a hemorragia cavitaria, quando a dôr não destaca, póde, presentes os hematoblastos, formar uma condição bastante proveitosa.

A convulsão é o episodio dramatico; rotúla o estado toxemico mas não o avalia. Clonismos e tonismos resultam mais da irritabilidade nervosa do que procedem da intoxicação intensa. O minimo de toxico póde ser convulsivo e o maximo de intoxicação póde ser silencioso. A irritabilidade recebe a influencia toxica, replicando: ha crises convulsivas insistentes, cedendo ao sedativo; ha intoxicações profundas comprometendo visceras, sem qualquer vislumbre de trepidação muscular. Mas a convulsão deu o nome á entidade de que é parcela representativa: quem diz convulsão diz, habitual e indevidamente, eclampsia. Não dá muito trabalho classificar a crise, si eclamptica, si histerica, si epileptica. A crise convulsiva toxica da gravidez não é um habito — é uma surpresa, e a crise histerica é trivial, a epileptica costumeira. Nas duas, na histerica e na epileptica, a gravidez muda o quadro; na eclampsia a crise altera o curso gravidico. O carácter restitutivo da epilepsia e da histeria não se encontra na manifestação eclamptica co-

agente: as duas revolvem e passam, a outra declara-se e persiste. A histeria e a epilepsia tem exteriorização desordenada, prenuncio vago, inicio impreciso, evolução sem metodo, terminação inesperada. A eclampsia tem prodromos: punge, deslumbra, tregeita, distribui-se em clonismos localizados, sacode nos abalos musculares insistentes, contorce e arqueia na tetania asfixiante resolvida na ondulação frouxa fibrilar, afunda no torpor caotico que só o tempo desvanece, desanuviando lentamente a intelligencia ou tramando-se em crises sub-intrantes, protelatorias do coma e visinhas da morte.

Emquanto o acidente se mantém, mesmo topico, o trabalho de parto continua; só faz exceção o acidente demolidor do órgão que extingue a força. No mais, mesmo com estorvo, o parto progride; entretanto o acidente contribui como distocia relativa na apoplexia onde a contractilidade se prejudica, na placenta baixa onde a barreira póde influir. Muda-se a construção do órgão, altera-se o trajeto, na obliteração sangrenta ou no derrame infiltrante. O acidente tem assim o papel de distocia acrescida.

A distocia anumerada é a harmonia dentro da anormalidade. O utero contrai-se mais fortemente sobre o objeto emper-

rado pelo seu volume ou pela sua coação; a força provocada desdobra-se, intensifica-se, esgota-se e afinal silencia providencialmente. Pára o parto, descanso expon-taneo. Mas a intensificação da força e a intoxicação da fibra pelo trabalho e seus residuos toxicos são causas das discinésias em todas as fórmias contraditorias.

Por outro lado, a deformação do ob-jéto criada pela plasticidade denuncia um atrito de que sofrerá esse objéto contun-dido: o pólo fetal deforma-se na vasta su-fusão sanguinea, avolumando a cabeça por conta do caput succedaneo. Tambem o ca-nal na sua parte mole sofre a pressão da força, embaraça-se na sua nutrição e o espessamento edematoso faz regredir a di-latação cervical. A harmonia desperta toda a anormalidade. E a harmonia levada ao maximo póde no utero chegar á explosão da rutura, no féto á violencia do traumatismo, e no canal ao dano da dilaceração.

A distocia profissional é atípica. Ori-gina-se na desordem e no desacerto da ação terapeutica, maximé na inoportuni-dade dessa terapeutica. Os praticos biso-nhos conhecem, pelo menos de nome, as intervenções e os medicamentos obstetri-cos: são poucos e com aplicação larga. As medicações tem efeito anunciado, acórde

com a sintomatologia. O numero pequeno de operações e de medicamentos é solicitado pela complexidade de cada sinal biologico e de cada modalidade mecanica: uma só designação compreende alguns aspétos clinicos. Nos medicamentos, para um determinado fenomeno, a medicação correlata póde ser nociva: no caso da hemorragia, ha hemostaticos e coagulantes, cada qual com a sua finalidade; no caso da hipotonia ha ocitocicos e sedativos, cada um com a sua vez. Na terapeutica operatoria, o mesmo instrumento tem diversas fórmulas porque pretende diversas utilidades, o mesmo artifício tem regras multiplas porque atende a muitas exceções. Assim, na terapeutica obstetrica o pratico dósa e tateia a medicação e, como em nenhuma outra situação clinica, ha necessidade de recorrer á medicação de prova, medicação receiosa da oportunidade, medicação timida e constrangida, estabelecida tanto no remedio como na operação: tentativa de forceps, tentativa de dilatação, tentativa de ocitocico. Terapeutica que não prenuncia, medico que não prevê — daí a cautela em prosseguir e a presteza em retroceder.

Demais, ha a tradição do parto transpelvico, seja qual fôr a resistencia no caminho tropeçoso. Esta tradição organizou longa-

mente uma tecnica de provocação do obstaculo. A falta de garantias tornou obrigatorio o transito pelvico durante seculos; por isso, as intervenções obstetricas eram contra o obstaculo. No entanto a razão préga uma unica diretriz — evitar o obstaculo. O atavismo da pratica destemerosa tornou a arte obstretrica feira de espectaculos inauditos, pasmando os ingenuos e atraíndo os matreiros: a dilatação de arreganho, o forceps de alcance, a versão de arranco, a pubiotomia de trincho, a embriotomia de esquartilho. A ousadia, a inconsciencia e a força conspiram para dominar, para conseguir, para vencer. A força é arbitrio: não tem codigo, nem lei, nem sanção; a ousadia é fervidez: não tem peias, nem condescendencias, nem impecilhos; a inconsciencia é fatalidade: não tem duvida, nem medo, nem remorso. A distocia profissional é a de solução mais penosa e menos prometedora: faz do facil difficil, do difficil impraticavel, do impraticavel catastrofico. Por conta dela, um cólo dilatavel rompe-se, uma cabeça penetrante encrava-se, um utero relaxado despedaça-se. Ha duas maldições na obstetricia, nas quais o profissional se encarna: o forceps e o ocitocico. São dois grandes perigos da humanidade, dois grandes adversarios da arte.

A distocia recebe ou dispensa a terapeutica. Terapeutica dentro da distocia, terapeutica fóra da distocia, terapeutica intrinseca, terapeutica extrinseca. Dificil e apreensiva a terapeutica intrinseca, rigorosa na justeza, na oportunidade, na indicação, na execução. Para ela a ocasião é a maior sabedoria, porque mesmo justa e segura, fóra do bom momento, é malefica. Na pratica ha os desastres da inoportunidade, onde não raro o profissional é vitima por submissão, por dubiedade, diante da impaciencia sugestiva do leigo: é o tipo da distocia do ambiente, na reclamação da quietude familiar, tolhendo, obrigando e acovardando a decisão clinica.

Existe disparidade entre a distocia definitiva e a provisoria: a definitiva é invencivel e a sua terapeutica dela foge; a provisoria é dominavel e a sua terapeutica nela se compraz. Precisa e segura, a terapeutica extrinseca despreocupa-se da anomalia do órgão, da desproporção do objecto, do embaraço do trajeto: nada disso lhe importa. Onde ha distocia definitiva e irreductivel não ha obstetricia — ha cirurgia, diferenciando-se as duas porque na cirurgia a tecnica pouco precisa do artificio, e na obstetricia o artificio tende a se desaperceber da tecnica. Regra primordial: a

terapeutica extrinseca, fóra da distocia, é simples na atuação, multipla na realização; a terapeutica intrinseca, dentro da distocia, é multipla na atuação, reduzida na realização.

A distocia definitiva da força, força que não se compõe — inercia, tetania, espasmo — não se decide, atuando a terapeutica sobre a função do órgão. Tratar obstetricamente a distocia definitiva da força é abusar da fibra exausta ou invalida, forçando a tetania imperiosa, distendendo o espasmo intransigente, tudo rumo para o desastre. A fibra esfalfada não reage ou se esforça para rebentar; a tetania enclausurante não cede ou se dilacera para libertar; o espasmo carcerario ou retém ou abandona porque se destrói. A terapeutica extrinseca liberta, esvaziando o utero, fendendo-o dentro da tecnica e fóra da manobra. Si a apresentação é insolúvel, volumosa e irreductivel, a insistencia obstetrica é insensatez. A intervenção extrinseca, pela dierése certa, despreza a insolubilidade e não conta com a irreductibilidade. Si o transito é vedado, por estreiteza ossea ou constrictão mole, a terapeutica obstetrica é inutil diante da resistencia pelvica invencivel e prejudicial diante da constrictão móle quebradiça. O diagnostico define a

distocia absoluta: o trabalho de parto não se desenvolve, interrompido irremediavelmente, e a terapeutica intrinseca, porventura planejada com cautela, prova a ineficacia dos seus meios licitos.

Meios licitos tanto para o tratamento da distocia como do acidente. A indicação terapeutica obstetrica ainda está infestada de doutrina subversiva em que a força manda. Como é difficil resolver entre a força e o geito! O geito, alem de seleccionar capacidade, respeita o impecilho; a força, alem de dispensar destreza, desafia o obstaculo. Repelem-se força e geito, mas a força tem mais adeptos do que o geito. A força na distocia definitiva é derrota, na distocia provisoria é gravame; ela inverte a regra da boa pratica, muda o que é provisorio em definitivo. A força é uma capitulação do raciocinio e nenhum problema medico mais exigente de razão do que o problema obstetrico, pelo seu duplo destino. A superioridade da terapeutica extrinseca está em não lidar com a força: por onde comanda ela só tem autonomia, desembaraço, largueza; ela é sempre resolutive porque a cirurgia dá á obstetricia a vantagem do caminho abdominal, capaz de atender a todas as hipotezes. Agora a faze é emancipadora. A tecnica atravez do

tempo apurou a operação abdominal, mas não aperfeiçoou a operação transpelviana. Os velhos praticos eram mais habéis, as velhas intervenções mais rudimentares, os velhos instrumentos mais primitivos... Os praticos novos embarçam-se em operações arrevezadas e em instrumentos intrincados. A operatoria do passado consistia em extrair, manobrando ou puxando e, si fallhasse, esmagava. Mas antes de chegar até lá, protelava por necessidade, por carencia. Protelava muito, e na protelação salvava-se do intempestivo. Valiam os unguentos e os oleos mais do que os engenhos da armadura. A arte era pacifica, unctuosa, muitas vezes aromatica, consoladora no interminavel sofrimento da esperanza.

A terapeutica intrinseca remove a distocia provisoria si restabelecer a conjunção harmonica dos elementos componentes da normalidade, embóra a harmonia seja artificial. Mas para não sofrer a terapeutica na sua consequencia auspiciosa, é indispensavel não se apartar dessa harmonia que ou compõe, fiel ao seu proposito, ou pára, discreta na sua autoridade. Ha na distocia provisoria ou a expectativa ou a iniciativa. A expectativa pecará por omissão, a iniciativa por comissão. A regra da expectativa é dura porque é sempre nova e pes-

soal. O diagnostico da espontaneidade provavel, revelado em provas tenues e imprecisas — a progressão milimetrica e a restituição funcional parcimoniosa — pede uma experiencia longa, mais sabia e mais liberal do que a habilidade miraculosa, antecipando soluções artificiais. A escola douta é a da expectação alerta e paciente. Notavel e primoroso será o serviço obstetrico onde a operação seja excepcional e a espontaneidade constante. A expectação, conhecendo a função do órgão e sabendo respeita-la, antes de contraria-la para corrigi-la, notando a condição do transito e querendo defende-lo em vez de suplanta-lo, e sentindo a ameaça ao objéto, dispondo-se a abranda-la em lugar de combata-la, é a expectação que entende bem dos recursos e dos perigos do momento. É a terapeutica da concordancia.

É preciso concordar com as contradicções funcionais. O órgão fraqueia ou exagera na contração; ás vezes, as duas condições são simultaneas. A função desordena-se: a expectação concorda com a desordem e a acompanha nas oscilações naturais que pendem para a harmonia. A expectação nunca é desprevenida, não é «*ex agro inermi*», não é territorio sem defeza. Tem meios de regularização, todos de acal-

mia. A expectação é ordeira e reabilita: seus processos são persuasivos e não intimativos. Quando o sedativo tranquiliza, ou a dilatação digital solicita o cólo, ou o enfaixamento acomoda o utero, ou a mão restaura a unidade permanente da apresentação, ou o dedo fura a bolsa das aguas tensa, tudo é expectação, com seu valimento e suas vantagens.

A expectação é uma dedução logica, trabalho intelectual superior. Resolve mais o que espera com convicção do que o que intervem com obediencia. A expectação é essencialmente prognostica e o prognostico é uma previsão, ato de alta mentalidade; a intervenção é tecnicamente rotineira e a rotina é um habito, ato de memoria medular. A expectação atenta ante a distocia e o acidente, descobre causas e calcula efeitos. O que o ente de razão coordena no julgamento do diagnostico e na advertencia do prognostico é, em certos casos, oracular. Livre da premencia, o diagnostico nunca surge de uma verificação isolada; no intervalo entre dois exames, cabe a demonstração da boa marcha ou da attitude inamovivel. A expectação percebe parcelas minimas e pequenas frações, conhecedora do inesperado pressuroso e feliz, mas cui-

dadosa do imprevisto rapido e cruel. A es-
pectação tem argucia e tem piedade, tem
confiança e tem resolução.

Na distocia provisoria, a terapeutica
passa de espectante a resolutive, para re-
mover a causa e alcançar os efeitos con-
secutivos. Ela não se reserva para insistir
na dificuldade clinica: a provocação da
força é má, a redução do volume preju-
dica e o alargamento do transito é arris-
cado. E quando na sequencia das distocias
complexas ha um conjunto de dificuldades
a atender, a atividade terapeutica recebe
as desvantagens de cada condição isolada,
tudo porque a distocia é provisoria e a
terapeutica quer ser definitiva. Guardará
a terapeutica uma interinidade rigorosa: o
recurso obstetrico ou é realizado imediata-
mente ou fica á margem. A obstinação no
forceps, na versão, na dilatação cervical, a
insistencia contra o cólo rijo, o anel cons-
tringente, o utero tetanico, só trazem dis-
sabores, de fórmula que a terapeutica instrin-
seca resolutive não disputa a sua eficien-
cia: oferece-a concordando com as contra-
riedades na sua execução. Ela é conse-
quente: primeiro o diagnostico avalia o
grau da dificuldade, depois a sua possivel
derrogação. Esta terapeutica é a:

- a) dos meios cinéticos;
- b) dos metodos redutores;
- c) dos processos dilatadores.

Os cinéticos atendem á força que se póde compôr.

Os redutores vizam a desproporção que se póde reduzir.

Os dilatadores aplicam-se ao transito que se póde ampliar.

Veja-se bem a possibilidade do efeito dessa terapeutica antes de tenta-la: ela é ativa, mas subordinada á sua praticabilidade. Seja a força deficiente mas não restituivel, e o cinético não aproveita; seja a desproporção estorvante e irreduzivel, e o redutor nada vale; seja o transito intransponivel mas não condescendente e o dilatador não consegue. A ação terapeutica esbarra na inutilidade: querer mover o imovel, diminuir o irreduzivel e passar o intransitavel é delirio que compromete a arte e aumenta as suas vitimas.

Na terapeutica da distocia provisoria, o essencial é saber corresponder ao problema clinico. A distocia é provisoria, e só é adequada a terapeutica que logo prova a condição temporaria do fáto clinico. Essa terapeutica resume-se no seguinte quadro:

<i>Meios cinéticos</i>	{	<i>Repouso</i> — hipotonía secundaria: sedativos.
		<i>Eliminação</i> — na hipotonía secundaria: sangría.
		<i>Excitação</i> — na hipotonía primaria: meios físicos.
		<i>Contração</i> — na hipotonía primaria: ocitocicos.
<i>Metodos redutores</i>	{	<i>Manobra</i> — na distese transitoria.
		<i>Intervenção</i> — na distese definitiva, na plasticidade deficiente, na pelve reduzida.
<i>Processos dilatadores</i>	{	<i>Mecânicos</i> : cervico dilatação.
		<i>Operatorios</i> : cervico-diérese.

O repouso é salutar — será obtido mesmo artificialmente. Atende á mulher, atende ao ambiente, atende ao profissional. Enquanto dorme, a paciente não reclama e não sugere, o parto não se desorganiza, o ambiente não se aflige, o profissional não se precipita. O repouso prepara; a sangría ressurgue de antigas éras (a escarificação do cólo está abandonada); subsiste a espoliação sanguinea que desintoxica o órgão, restituindo a função da fibra. Reparada e desintoxicada, a fibra póde receber excitação. O ocitocico é uma preocupação remota, a ergotina uma tradição — foi exilada porque era arma de fogo em mão de criança. Depois, os preparados farmaceuticos não tinham substancia nem duração, até que despontou prestigioso o extrato

hipofisario. Este prestígio é, antes de tudo, um pretexto industrial mais preocupado com o efeito do nome do remédio do que com o efeito do próprio remédio. A apresentação do extrato hipofisario foi um prestígio de louvores. Presentemente, repetem-se os avisos de circunspeção porque o ocitocico tornou-se um vício profissional: divulguem-se os seus perigos mais do que os seus efeitos. Instruído é aquele que conhece bem as infidelidades da medicação e mal os seus bons officios. O excitador mecânico é anodino: em casos limitados corresponde discretamente ao que dele se espera — tal é a ação da água quente na ampola retal banhando a parede posterior do utero. Todavia, o ocitocico tímido, após o repouso ou a desintoxicação da fibra, remove a distocia removível e restabelece a continuidade do trabalho.

Os meios redutores são artificiais: são a manobra e a intervenção. A manobra é consciente, o instrumento inconsciente: na primeira a mão perceptiva executa, no segundo o instrumento obtuso determina. Por isso, a manobra é menos produtiva mas é menos ofensiva. A manobra é braço profissional: as grandes figuras da especialidade salientaram-se na dextreza e os antigos notáveis da obstetricia eram versionistas.

A manobra pede habilidade e conhecimento, a manobra é arte. Só ela não arrisca o seu primor, atirando-se ao despropósito e á generalização. A manobra é refletida, sabe o que póde; o instrumento não sabe o que quer. No emtanto, a manobra só pode e não quer; o instrumento não póde e quer. A manobra aproxima o pratico do caso, o instrumento interpõe-se, distanciando-os. Na manobra, resolve-se dirétamente; no instrumento participa-se indirétamente. A manobra é tentativa que recúa, o instrumento atividade que se obstina. A manobra desobedece á ignorancia e não se realiza e não prejudica; o instrumento pactúa com a incapacidade e arremete e lesa. A manobra é disciplinada — cumpre ordens, o instrumento é recalcitrante — serve-se da violencia. Não se conhecem manobras exóticas, mas ensinam-se intervenções atípicas.

A manobra por si se regula, o instrumento desmanda. Quando a manobra não segue a regra, é inutil; quando o instrumento pretere a tecnica, é inutil e nocivo. A manobra cessa automaticamente diante do embaraço, o instrumento investe resolutamente para a coação. A manobra é submissa, o instrumento é rebelde. Não pratica a manobra quem quer, mas lança a mão do ins-

trumento quem precisa. A manobra escolhe, o instrumento confunde. A manobra é fidalga, o instrumento vulgar. A manobra revela o dextro, o instrumento excusa o desageitado. Na tecnica, a manobra exata, ou é facil ou não se desenvolve, ou se deixa dirigir ou não se executa. O instrumento dá arrogancia, atira-se ao impecilho, contraria a direção. A manobra é por si mesma definida, limitada, coerente; o instrumento irrequieto, insubordinado, paradoxal. Emquanto a manobra se cinge ás possibilidades de sua execução e se cifra á precisão de suas regras, o instrumento é polimorfo: propõem-se a muitos modos, pretende muitas utilidades; está fóra do termo. É preciso uniformizar manobra e instrumento, de maneira que o instrumento, como a manobra, se submeta ao principio da exatidão e da utilidade. O que maneja o instrumento não aceitará todas as suas promessas porque o instrumento tem valores positivos e negativos, vantagens e inconvenientes, protege e agride, faz e desfaz, ajuda e contraria.

A força capaz de composição não se obriga, espera-se: — o repouso, a depleção sanguinea, o excitante fisico são os adjutorios da espera. O repouso e a de-

pleção são cinéticos a prazo; descarregam os toxicos para reviver o órgão. O excitante fisico é apenas uma solicitação; o ocitocico tambem o será e a ele só compete a pequena dóse que desperta a função, e não a grande que quer a energia.

Desproporção, si a correção é possível, não se reduz — acomoda-se; a redução instrumental é um abuso, reduz porque comprime e pisa (ha redução profilatica quando se antecipa o trabalho, de fórma a aproveitar epoca de menor desenvolvimento do feto). A impermeabilidade da pelve, si transigente, não se força — prepara-se, e nos metodos de dilatação lenta; quando falha a elasticidade textural, ninguem pensará em distender o que não é elastico.

Cinéticos são os ocitocicos, assim chamados porque aceleram o parto. Na realidade a indicação do ocitocico prende-se bastante á pressa do parteiro. A tendencia em aplaudir a tecnica apressadora do parto é infeliz. O parto forçado, avô do parto a hora certa, o mais apressado de que ha noticia, encheu-se de desastres. O medicamento não póde ser um méro acelerador de função, porque o medicamento só vale dentro da sinérgica. Redutoras, as manobras; os instrumentos apreensores e as evo-

luções extrativas comprimem. Dilatadores, só os brandos: a dilatação natural depende de horas e assim mesmo deixa vestigio inevitavel no cólo; forçada e apressada, traumatiza e destrói. Perante a distocia, o ocitocico é uma hostilidade: obriga o trabalho ao debil e ao esfalfado. Não se provoque a fibra — trate-se de modifica-la e ela retomará o seu prestimo. A operação redutora é uma pressão. O forceps, e suas trações forçam o atrito na abertura e na desorientação. A versão movimentada e joga na facilidade fortuita. A ampliação por diérese ou por distensão — pubiotomia, histerotomia, cervi-dilatação — escravizam sem necessidade: ou se eximem e não se completam, ou se completam e não bastam, ou bastam e exorbitam. Como se vê, o grande poder da terapeutica está em ser indiréta — não *contra* a distocia, mas *para* a distocia. Não se prepare um ataque ao estorvo, ao obstaculo — situação intangivel —, pois só é permitido dar aos elementos que suportam a distocia meios de não se influenciarem por ela, de não a sentirem, de não as embaraçarem nelas se embaraçando. A regra não é desfazer a distocia, mas contorna-la: assim manda a arte, avessa á violencia.

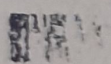
O acidente acompanha a evolução da distocia secundaria. A distocia, como o nome o diz, refere-se ao parto; o acidente abrange tudo — prenhez, parto e puerperio. O que caracteriza o acidente é o seu surto de improviso, quando nada o prevê, mas ele assinala a condição morbida ou anormal, provocante. Nos tres grandes grupos do acidente, — sangue, choque, convulsão —, cabe a sintomatologia maxima da complicação obstetrica. O acidente, pelo seu carater inopinado, é mortal; em todo o caso, póde transigir, sendo grave ou leve, de maneira que o acidente ou não cede ao socorro, ou dele precisa, ou o espera. Não só o vulto, mas tambem a causa, qualificam o acidente. O choque grave prefere; diante dele, a dificuldade nada é. O sangue, o choque e a convulsão exigem terapeutica exclusiva; o episodio mecanico fica para segundo plano. Nesta conformidade, a terapeutica urgente será sintomatica: na hemorragia o que prima é o tamponamento, na convulsão a sangria, no choque o analeptico. Vencido o primeiro embate, a verificação etiologica decide pela terapeutica propria. Na medicação immediata do acidente, o principio é combater a morte, terapeutica do sintoma; depois garantir a vida, terapeutica da causa.

No sangue, o tamponamento tem indicação integral para a hemorragia externa; o coagulante é o tamponamento interno. Tamponamento e coagulante usam-se em qualquer momento, mas os hemostáticos, só quando o vaso-constrictor não corre o risco de ser também órgão-constrictor: o vaso-constrictor impede-se com o utero cheio. Mas a hemostasia compressora é tão primordial que cumpre ir logo ao foco hemorrágico e extingui-lo: a forcipressura no acesso livre ao foco ou a sua pesquisa intra-cavitaria. A intervenção na hemorragia interna abre o caminho, mesmo ameaçador, domina a fonte da perda sanguinea e, si fôr preciso, pratica a exerecise. A causa do acidente fica assim focalizada e atendida, e só a exceção da discrasia difusa e fatal póde constituir focos multiplos inatingiveis. Obstetricamente, a hemorragia vem do descolamento placentario, da secção do vaso, da infiltração discrasica, das rupturas e das erosões. Em qualquer dos casos, o tamponamento e o coagulante ajustam-se como medicação sintomatica e generica. No aborto, no descolamento placentario alto ou baixo, na retenção cotiledonaria, o coagulante — si o diagnostico fóge, ou o esvaziamento — como tratamento etiologico.

Virão depois os hemostaticos compressores, de duas naturezas: os que comprimem a extremidade do vaso; (a pinça e o taponamento) os que comprimem o trajeto (o laço constrictor.).

Havendo choque, a duvida no diagnostico é apreensiva. Choque ou hemorragia? — indaga o pratico. Si é choque, o estancamento interno operatorio é tiro de misericordia; si é hemorragia, a exclusiva terapeutica vitalizadora é trabalho de Sisifo. Caracterize-se o choque que não seja hemorragico: o hemograma, pela crise de plaquetas, denuncia a hemorragia, ou reprezada atraz da placenta, ou infiltrada na espessura do utero, ou derramada na cavidade abdominal. Demais, o quadro clinico tem quasi sempre peculiar exteriorização indiscutivel, mas, sendo preciso diferenciar, sabe-se que o deslocamento alto chega ao choque após longo tempo de sangue corrido. Na rutura, o choque é consequencia imediata e reforçada: ha choque da rutura e ha choque da hemorragia. O acidente da rutura é expressivo com a dôr tipica culminante, remate final das contrações repetidas. Na infiltração, o processo lento adia o choque cujos primordios confirmam a sua condição secundaria.

A convulsão adstringe-se ao tratamento sintomatico: acentua o efeito, sem graduar a causa; mas o efeito, num circulo vicioso, colabora com a causa e tem de ser removido. O efeito entra como factor secundario, cujo afastamento o hipnotico consegue; a causa é constituída pelo toxico, e o eliminador, (terapeutica etiologica), é adequado. Redija-se um principio: para o acidente, a terapeutica é generica em primeiro lugar, especifica em segundo lugar. A premencia do caso determina o emprego immediato do recurso generico isoladamente, ou o uso simultaneo dos dois. Si o sangue, o choque e a convulsão ameaçam, o tratamento é logo sintomatico: passada a urgencia, o tratamento será etiologico e especifico.



Em resumo:

<i>Distocia definitiva</i> Terapeutica extrinseca (Fóra da distocia) CIRURGICA	Força que não se compõe	{ Inercia Tetania
	Disproporção que não se modifica	{ Apresentação insolúvel Volume irreductível
	Transito que não se amplía	{ Espaço impeditivo Impermeabilidade completa Constricção absoluta

<i>Distocia provisoria</i>	Força que se póde compôr	{ hipotonía hipertonía
Terapeutica intrinseca (Dentro da distocia)	Desproporção que se póde modificar	{ distese transitoria plasticidade relativa.
OBSTETRICA		
Meios cinéticos	Transito que se póde ampliar	{ espaço transigente elasticidade reduzida. espasmo passageiro.
Metodos redutores		
Processos dilatadores		
<i>Acidentes</i>	Sangue	{ Terapeutica immediata sintomatica.
	Choque	{
	Convulsão	{ Terapeutica mediata etiológica.

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES

Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora . .	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto . .	37
Sumula das complicações obstétricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

**A MEDICAÇÃO OBSTETRICA
EM POUCAS REGRAS**

A gravidez é molestia, a gravidez é saúde, a gravidez é uma ou outra coisa: opiniões para todos os gostos. Para o leigo, a gravidez é uma condição normal; ele pensa, e talvez com razão, que através a função gravidica o mundo povoou-se em excesso, e, si não fôra normal a função, teria desaparecido a especie humana. Há em tudo uma demasia de dedução. A prenhez é apenas uma situação estavel, uma prova fisiologica precaria. Uma frase já foi muito repetida, quasi classica: «a prenhez é uma simbiose harmonica homogenea entre a mulher e o fêto», frase que condensa um grosso volume sobre a bioquimica da gravidez. A sentença foi generica e todo o mundo generalizou: daí o erro. Pouca coisa porem faz restabelecer a verdade: a prenhez é uma simbiose harmonica e homogenea entre a mulher *sã* e o fêto *são*. O estado higido não atormenta nem sente a prenhez, mas o estado miopragico descamba na mo-

lestia e a molestia complica-se de agravações.

Duas ordens de fenomenos acompanham a prenhez: os *mecanicos* e os *biologicos*. Os mecanicos explicam-se. O utero vazio é órgão pelvico, acomodado em antecurvatura conveniente, visinho tranquilo da bexiga e do réto. Vazio embora, mas doente — inflamado ou neoplasico — usurpa lugar e proporciona constrangimento. A gravidez desenvolve o utero; em pouco tira-o da pelve, obriga-o a invadir a cavidade abdominal, ocupando espaço disponível e conquistando largura com a distensão parietal do ventre. O volume é avantajado, crescente, ascensional e por causa dele as visceras do abdome sofrem recalçamento e deslocação, com o que prejudicam a sua função e a sua nutrição. Os órgãos desviados pelo utero — massa intestinal, rins, figado e baço dirétamente; pulmão e coração indiretamente, porque o diafragma se eleva e restringe a area toracica — todos sofrem compressão e translação. A compressão perturba os átos da nutrição celular; a translação altera a fisiologia e o fator mecanico tem deste modo uma influencia tambem biologica. É a expressão manifesta da gravidez: todo

o organismo é prejudicado pelos distúrbios de cada órgão. Acrescente-se ainda mais que o volume, causa mecânica, é efeito do desenvolvimento do ovo, cujo crescimento requer um processo químico digestivo tóxico, favorecendo resíduos impróprios à osmose nutridora e lançados na torrente circulatória materna com atributos de albumina estranha. O limite fisiológico é impreciso.

As trocas metabólicas na gestante destinam-se a proporcionar a nutrição fetal. O feto, por sua vez, determina também uma formação substancial, um metabolismo peculiar, com sede na placenta. Os elementos finais, produtos de desintegração, oriundos da nutrição placentária, vão ao fígado que os deve reduzir e ao rim que os eliminará. Fígado e rim são solicitados para um acréscimo de trabalho. Vômitos, ptialismos, icterícias, dermatoses traduzem a intoxicação grávida pelos produtos desintegrados circulando demoradamente no organismo da gestante. O metabolismo da grávida apresenta variações: as albuminas transformam-se difficilmente, a uréa elimina-se menos, o nitrogênio se retém; o açúcar não se reduz bem, vem a glicosúria; a gordura não sofre suficiente

modificação e, no mínimo, as mulheres engordam quando não se intoxicam, dada a deficiente redução graxa; o cloreto de sódio e a água tendem a se estagnar: daí os edemas. Há boa absorção do cálcio; quando falha, a toxicose dá sinal.

Transtornado esse metabolismo, constituem-se o fígado e o rim grávidos; fígado com infiltração gordurosa, diminuição do glicogênio, estase biliar, pigmentação, dilatação dos condutos hepáticos, aumento da colestерina; rim com degenerações mais ou menos extensas, mais ou menos profundas. A retenção do azoto e do carbono é fisiológica, em quantidade precisa para a formação dos tecidos novos — feto, placenta e útero. Há um gasto de energia correspondendo à atividade metabólica materna, na formação de mais produtos residuais. O metabolismo do azoto apresenta-se com eliminação maior que a ingestão; aí colaboram as proteínas maternas desintegradas. O metabolismo basal aumenta um pouco; diminui a tensão do CO_2 e a acidose com isso se compensa. Diminui também a reserva alcalina. E no início da prenhez, quando o feto não conta e a placenta é esboço, as células ecto-

dermicas, extranhas ao organismo materno, provocam reacção.

Ha um grande e variado numero de recursos e metodos para calcular o trans-torno metabolico da gravidez e suas consequencias morbidas. As próvas de suficiencia hepatica (pouco satisfatorias aliás quanto ao diagnostico e ao prognostico), os calculos das eliminações e das retenções multiplicam-se. Na suficiencia hepatica, as provas pigmentares, hematicas, chromaticas, a crise hemoclasica; na suficiencia renal a verificação da urina, — analyse da eliminação, — e a hemoquimica analyse da retenção —, tem valor elucidativo. Na segunda metade da prenhez, ha modificações importantes na urina pelo decrescimo do azoto total não proteinico, pelo aumento da colessterina, pela urobilinuria peculiar á eclampsia, pelo coeficiente amoniacal, pela proteinuria. No sangue, a retenção azotada, a concentração da creatinina, o azoto residual oscilante contribuem para variantes numericas de relativa significação prognostica, pois não se demonstra clinicamente a retenção azotada algumas vezes, quando em outras uma taxa baixa é compativel com o aspéto clinico grave. De fáto, ha uma correlação

funcional solidaria, que atende ás variantes no quadro normal dos diversos metabolismos. Este é o papel que na evolução da prenhez exercem as glandulas endocrinas.

A prenhez provoca a exteriorização morbida, mas as deficiencias do organismo, silenciosas fóra da gravidez, nem sempre se reconhecem. Para isso, organiza-se a vigilancia, com as exigencias codificadas na higiene da gravidez. As mulheres grávidas não necessitam acrescimo maior de 450 calorías para sustento seu e do feto; qualquer excesso alimentar é nocivo. Dir-se-á, numa troca perdoavel de palavras, que «o parto depende do prato». Durante a guerra de 1914, o bloqueio da fome na Alemanha, com a restrição alimentar consecutiva, fez baixar muito a frequencia e a gravidade da eclampsia. O principio terapeutico no ciclo da gravidez é manter o equilibrio de sua evolução, simplesmente vedando a participação de toxicos endogenos e exogenos. Evitando os toxicos endogenos, o equilibrio bioquimico favorece a ação dos órgãos redutores — placenta, aparelho endocrino, figado, — e incentiva a eliminação pelos emunctorios — rim, intestino e pele.

O metabolismo aproximar-se-á da estabilidade, conforme o depoimento das provas já enumeradas. O regime dietético atende ao toxico exogeno: alimentos vitaminados, legumes pobres de cellulose e contendo ferro e cal, alimentos magros, 7 gramas de cloreto de sodio diariamente, calcio, agua, leite, frutos, um pouco de farinaceos. Não se desatenderá ao excesso de regime: ha edemas discrasicos, ha avitaminoses gravidicas. O essencial é vigiar: exame da urina só não basta, pois si interessa saber o que sai, interessa mais saber o que fica. Então: exame de urina e exame de sangue, dosagem de elementos normais e anormais como demonstração da suficiencia organica pelo estimulo endocrino. Atenda-se depois aos resultados fornecidos e não se insista na prenhez agressiva e hostil, pois rapidamente a hemo-quimica e a uro-quimica assinalam a falencia do aparelho redutor e eliminador.

Terapeutica preventiva na prenhez: manter o equilibrio da evolução. Medicação em favor do equilibrio bio-quimico, dentro do metabolismo normal, pelo regime diético, pela medicação redutora: opoterapia hepatica, opoterapia tiro, epine-

fro ovariana; pela medicação eliminadora: diureticos, pequena sangria, purgativos.

A terapeutica preventiva no parto está nas regras contra a distocia. O órgão tem a sua assistencia na prevenção pelo metabolismo normal. O utero contraí-se mal no momento do parto porque a sua fibra está comprometida pela intoxicação; o miometrio edemacia-se, a contractilidade prejudica-se e torna-se dolorosa. Já é de observação repetida o parto quasi indolor nas mulheres sujeitas ao regime acloretado absoluto durante os dois ultimos mezes da gravidez. Para o feto, nessa terapeutica preventiva, basta regular-se a sua proporção pelo seu desenvolvimento, e o exame diréto, por medidas, coloca-o em condições de cotejo esclarecedor. O palpar avalia aproximadamente o volume, méde-o mesmo sofrivelmente na tecnica de Pinard e de Hoffmeier. As medidas comparadas, do feto e da bacia não trazem uma segurança prognostica. A fetometria, e ainda mais a cefalometria, são precarias; a pelvimetria é aproximada. O que revela a desproporção não é a simples relação entre a area e o volume: o dinamismo do parto se desinteressa de grandes volumes e pequenas areas, mas tambem esbarra diante de grandes areas e pequenos volumes. A

proporção deduz-se da eficiencia do trabalho de parto.

Entretanto, a previsão manda fazer um calculo. A pelvimetria reúne numeros, tranquilizadores ou não; passa-se a ver si o volume se concilia com esses numeros. O tamanho do feto é a base do calculo do tempo da gravidez, tempo que decide sobre a vitalidade do ovo afim de faze-lo defrontar o parto antecipado nos ultimos 15 dias da gravidez. São operações de pequeno valor decisivo, porque os seus resultados são aproximados. A terapeutica oscila entre essa antecipação e a espera do trabalho, para resolver operatoriamente si a distocia é absoluta, ou para esperar que se demonstre a harmonia concordante entre a boa força e a plasticidade garantida. A boa força é prometida pelo equilibrio bio-quimico, a plasticidade reconhece-se na consistencia do pólo apresentante. A orientação dessa força com a faixa contentoria corrige-se dos desvios prejudiciais.

O problema da permeabilidade atende tambem ás partes moles; o transito complica-se de estenoses, de rizezas e de neoplasmas; vagina interceptada, cólo cicatrizado, tumor obstruente. Qualquer desses impedimentos participa da dificuldade ab-

soluta ou relativa: é ou não removível. Aí a terapeutica preventiva não tem representação suficiente. Tudo quanto for estrutural — defeitos, substituição, neoplasia —, a exeresse prévia ou a operação integral oportuna farão desaparecer; mas o que fôr funcional, por anomalia do tecido, tem de ser experimentado no momento do trabalho. É certo que a alteração textural também se liga á condição infectante removível, tal como sucede nas estenoses lueticas, ou á causa toxica, como se dá no espasmo da cervice. A terapeutica preventiva no parto prepara a regularidade da resolução, organizando a força expulsora e procurando a obediencia a essa força no trajeto que cede e no objeto que consente. Medicação em favor da regularidade funcional, no conceito do mecanismo normal, dentro da harmonia dinamica, expressa no moto — *propulsão e proporção* —, lema da eutocia.

A involução é uma restituição: faz-se silenciosa, é uma restituição natural «*ad integrum*». Ela vem após o ato energico do parto, por conseguinte após um traumatismo. A força expulsiva solicitada significa trabalho demasiado, deixando residuos, e a retração repara histologicamente, em dias seguintes, a alteração hi-

perplastica textural. Mas além do trabalho do musculo prejudicando a resistencia da fibra, acresce a circumstancia do desnudamento mucoso da zona de implantação placentaria, larga porta aberta á invasão microbiana. Depois, o estado ginecopatico anterior, processo inflammatorio e infeccioso oculto, retém germes patogenicos, atenuados ou em hibernação, na intimidade mio-metrial, nos fundos glandulares, nos recantos da mucosa pregueada. Sobrevindo o puerperio, esses germes tem a oportunidade do predominio: a infecção autogena é uma possibilidade tanto quanto a heterogena.

A superficie de deslocamento placentario oferece transito ao germe pelo linfatico e pela veia, e qualquer intromissão septica provoca a linfangite e a flebite: ha dôr, ha reação topica, ha febre, ha sub-involução. Falhou a imunidade local: ela e a defeza humoral entram no conceito da resistencia integral. Resiste o aparelho pela sua contração, resiste a economia pela sua reação. O processo involutivo do puerperio não dá sinal: é o silencio sindromico — nem dôr, nem inflammation; apirexía e involução. Sempre se disse que assim se passa tudo por favor da pratica antiseptica; pratica antiséptica

mas não pratica do antiseptico. Procura-se a asepsia que não destrói o germe, mas prepara a resistencia contra ele. A destruição do germe é uma questão de pratica manipuladora; a solução titulada destrói o germe accesivel e destrói igualmente o tecido. E como ha sempre germe inacessivel, o antiseptico destrói só a integridade textural indispensavel á imunidade topica. Na resistencia ao germe, ha um processo vital: o organismo por si se dispõe e é precaria a tentativa de substitui-lo pelo artificio. Imunidade local — filtrados que pódem congregar a fagocitose, substancias quimicas que podem conseguir a hostilidade ambiente, vacinas topicas que podem preparar a imunidade distante.

A terapeutica curativa reserva-se para combater as intoxicações, as hemorragias, as hipertermias e o choque. As toxicoses já foram definidas; atúa o toxico por contacto deflagrando a sintomatologia: a convulsão, a nevralgia, o vomito, a hiperemese, a dermatose, a psicose, são produtos das intoxicações irritativas superficiais, muitas vezes externadas em prova de sinal de eliminação (vomito e dermatose).

A intoxicação profunda é degenerativa: compromete a integridade celular do orgão. A hemorragia visceral infiltrante

provém da alteração constitucional discrasica, causa das apoplexias gravidicas, tanto renais, como pulmonares, como placentarias, como uterinas. Com localização uterina, a apoplexia não é entidade autonoma — é manifestação favorecida: o esforço uterino, a movimentação miometrial exaustiva perturbam a hemo-dinamica e, dispondo a tensão capilar forte da fragilidade toxica da parede vasal, rompem-se as arteriolas aprofundadas, infiltrando o utero, solapando-lhe as camadas. São as hemorragias sintomaticas; as genericas dependem da solução de continuidade.

Ha hipertermias toxicas ou infectuosas, hipertermias obstetricas de origem genital, de origem cavitaria uterina. Na hipertermia toxica, a absorção é responsavel: absorção dos conteúdos cavitarios reprezados no decurso do trabalho de parto, na faze do puerperio. Infectuosa é a hipertermia da invasão microbiana.

O *choque* é deficitario e traz a anemia; é nervoso e traz a disforia; é tóxico e traz a hipostenia. Todos os grupos de sinais e de sintomas englobam varias causas e muitas medicações. A grande ciencia está em determinar com segurança a causa e focalizar com presteza o meio de trata-la. A medicação obstetrica é re-

lativamente despercebida para as suas necessidades: não se graduam prontamente os seus recursos, nem se reconhecem exactamente as suas necessidades. Ela não tem específicos, nem medicamentosos, nem interventorios: cada caso obstetrico restringe-se e complica-se, tornando problematica a especificidade.

De mais, clinicamente, em obstetricia, o fator mecanico transfere-se ao biologico e vice-versa. Problema super-vital: vida dupla. Quando o mecanico interfere, o biologico surge; quando o biologico impõe, o mecanico participa. Em um e outro, a causa primordial é toxica ou infectuosa; não raro ela é toxi-infectuosa. Oxidação, eliminação e imunização enfrentariam a patologia obstetrica si fosse possivel individualiza-las. Não ha uma constante morbida, não haverá uma constante terapeutica. Si a questão mecanica não passa do provavel pela causa de erro, com maioria de razão não irá além dele a questão biologica, mal determinada apesar da complexidade dos meios reveladores.

A terapeutica dispõe, no terreno obstetrico, dos sedativos, dos eliminadores, dos hemostaticos, dos analepticos. Os sedativos são socorro diligente, á custa dos anti-espasmodicos, dos analgesicos, dos hi-

pnóticos e dos anestezicos. Qualquer dôr gravativa pede medicação, e o opio e seus derivados atendem á indicação. O sedativo acalma e permite melhor exame para o diagnostico, precisando ás vezes libertar-se do embaraço, maximé na exploração abdominal onde prevalecem a defeza da parede e a sensibilidade profunda; até o anestezico póde ser indispensavel. O sedativo analgesico reconcilia a paciente com a doença, mas onde o sedativo tem a sua melhor aplicação é na dôr do trabalho, exacerbado pela hiperestesía ou pela hipertonia: o sedativo, na base do opiaceo, é de tal fórma adequado que aplaca a dôr e restabelece a função normal. O hipnotico isola os centros nervosos; o sono é um instrumento da terapeutica porque é uma oportunidade reparadora. A grávida insone, a puerpera que não dorme pedem remedio: a morfina e o cloral são meios comezinhos mas fieis, mal substituidos por todos os dormitivos, ligeiros ou pesados, de nomenclatura preconicial — alogeneos, etilicos, sulfonados, ureicos. Os anestezicos valem na crise convulsiva, dominando-a com rapidez: anestezico por inalação — eter, porque o cloroformio é incompativel com a gravidez pela predileção hepatica degenerativa.

O problema do parto sem dôr surge com frequencia. Afóra o já notado meio preparatorio, baseado no regime acloretado, a dor da contração uterina abrandá-se pelo opio em qualquer dos seus preparados, tratados ou não pelo fermento, adicionados da cafeína para evitar a hipnose fetal. Os anti-espasmodicos — a beladona e a atropina — servem na constrição espástica do utero e do colo: ha quem entenda ser vantajoso, a titulo preventivo, administrar a beladona nos primeiros e menores sinais de trabalho de parto para preservar do espasmo a fibra uterina. No delivramento, a injeção de atropina liberta a placenta encarcerada, relaxando a constrição parcial do utero. Entretanto, convém não esquecer o tratamento etiologico ou especifico da dôr. A dôr, como sinal ou sintoma, atende ao analgesico e ao hipnotico, mas renasce cessado o efeito medicamentoso. A dôr ossea que o anti-luetico cura, a articular que o anti-flogistico alivia, a nevralgica que o anti-toxico diminui, dizem da medicação etiologica da dôr. A mialgia significa intoxicação: as gravidas sentem a caimbra dolorosa e repetida das pernas e a caimbra uterina, simulando um trabalho negativo que o eliminador faz desaparecer.

Eliminadores são os depletivos: sangrias, drásticos, diureticos, todos imprescindíveis. A sangria em alta ou pequena dóse: a grande espoliação cura, a pequena previne. A sangria copiosa afasta o perigo imediato da crise convulsiva; a sangria menor (100 grs., com pouco intervalo de dias) tem grande influencia sobre a pequena toxemia. Assim se atesta o fundo toxico das discinésias uterinas, quando a alteração do ritmo miometrial cede á sangria média. Muita razão tinham os antigos parteiros preconizando as escarificações do cólo mal dilatado. O drástico é a sangria branca; a sangria rubra remove a ameaça imediata e o drástico completa a eliminação, ajudado pelo diuretico. Na procura do drástico, com ação derivativa, ha onde escolher: a jalapa, a escamonéa, o ruibarbo, o aloés, a cascara, o sene entram em diversas formulas eficazes. O diuretico para o parteiro será preferencialmente o azoturico, tão favoravel á evolução normal da prenhez que o seu uso é obrigatorio nos 3 ultimos mezs. A eliminação alcança-se indirectamente, ativando a ação redutora dos órgãos competentes — figado e glandulas endocrinas —: a opoterapia hepatica é eficaz pois facilita a redução das substan-

cias toxicas a serem eliminadas pela pele, pelo intestino e pelo rim.

O sedativo, medicamento sintomatico, deve ter efeito pronto e emprego passageiro; não convém insistir nele si o symptoma é rebelde, principalmente no analgesico, pois não é razoavel occultar um symptoma quando a causa do mal lhe protéla o esclarecimento. A dôr, pelo seu carácter indicativo não dispensa o esclarecimento etiologico; o sedativo repetido e insistente acaba contribuindo como causa de intoxicação. O sedativo é repouso e é alivio, mas na prenhez a sua insistencia, accumulando doses, será provavelmente um mal. Nada mais penoso para a mulher grávida do que o sistema da medicação energica influindo sobre os órgãos redutores e emunctorios, de integridade funcional indispensavel.

Os hemostaticos são os mais procurados de todos os remedios. A hemorragia é frequente — todo o parto é sangrento; depois a condição urgente da hemorragia reclama varios meios para debela-la. Não é qualquer hemostatico que serve para qualquer hemorragia: ha hemostaticos de applicação universal e os ha de applicação concreta. Os hemopexicos, (os coagulantes) tem indicação irrestrita; atúam indirectamente, após absorção rapida ou demorada

(calcio, aglutinantes por via oral, hipodermica ou intra-venosa) ou exercem influencia diréta na formação do coagulo pela parada da onda sanguinea comprimida (tamponamento). Na hemorragia externa, a primeira providencia é tamponar; o tampão deve comprimir e não reprezar a hemorragia. Ele atende ás hemorragias dos descolamentos da placenta baixa, dos descolamentos marginaes da placenta alta, da rutura dos vasos, do aborto. Quando o sangue é cavitario, cumpre ocupar a cavidade com o tampão, como succede na hemorragia post-delivramento. O tampão é o coagulante externo, como o coagulante é o tampão interno.

Os coagulantes são em grande numero. As soluções salinas são hemo-plasmo-poieticas; o cloreto de calcio em dóses medias coagula; a gelatina é agente hiper-viscoso; a emetina apressa a formação do coalho; as opoterapías hematicas, onde ha soros de propriedades ativantes reforçadas como o sangue de cavalo, são ricas em alterantes da coagulação. Afóra a opoterapia hematica com os accidentes sericos, a terapeutica coagulante não encontra contra indicação. Não ha coagulante nocivo, mesmo desconhecida a causa da hemorragia. Mas o miocinético, atuando sobre a

tunica do vaso e sobre o miometrio, transforma-lhe as funções expulsivas si o orgão é cheio e determina uma hipertensão que a gravidez não toléra. Só o utero vazio permite o emprego do vaso-constrictor, hemostatico coletivo aprisionando na luz do vaso o sangue que aí corre e na malha do tecido o vaso que por aí passa.

Infelizmente, o hemostatico tem ação ocitocica. O centeio espigado hemostatico não se especifica tanto como o centeio espigado ocitocico, e apesar de apurado o esporão de centeio, desdobrando-se em histaminas, tiraminas, ergo-toxinas, o aperfeiçoamento não garante a inocuidade do ocitocico. O ginergeno adota-se nas hemorragias atonicas do delivramento, mas por conta dele ha sinais evidentes de intolerancia e de intoxicação. A ergotamina é perigosa pelos disturbios circulatorios capazes de determinar a morte, mesmo em dóse medicamentosa. A hipofise sensibiliza a musculatura; é um vaso-constrictor produzindo eretismo; no lóbo posterior da hipofise ha dois principios ativos: — um agindo sobre a pressão sanguinea, outro influindo sobre a vaso-constricção, sem impressionar a fibra lisa. Vasio o utero, a hipofise ou o centeio espigado como hemostaticos tem acolhida, mas abusa-se ainda

assim elevando a dóse da ergotina e da pitutrina para estancar a hemorragia ou para preveni-la.

Os analepticos são abundantes: a esparteina, a canfora, a cafeína, a estriquinina — recursos de toda a gente. A regra do cardiotonico é bem vulgarizada. Os hemopoieticos restauram os danos da hemorragia, restabelecem a paciente combalida e conseguem reanimar o moribundo. Por isso, a transfusão deve ser de uso diario, porque a sua tecnica é simples; a transfusão mesmo pre-operatoria para prevenir o choque nas parturientes debeis, e a transfusão melhorando os estados infectuosos. No choque deficitario da anemia, a transfusão abastece; na hipostenia da intoxicação, a transfusão defende. A hemato-catastose é de ação hemoplastica: são inestimaveis as largas injeções de sôro glicosado ou dextrosado, sucedaneos mesmo da transfusão. Os nervi-tonicos, os excitantes difusiveis auxiliam a sedação e o estimulo.

De bastante interesse pratico é a medicação galactogenica. Os galactogenos copiam-se da veterinaria e a farinha de caroço de algodão é a prova. Assim na medicação corriqueira e velha, como na scientifica e moderna: a opoterapia placentaria nasceu da observação nos animais, comedo-

res de placenta mal nasce a cría. O extrato hipofisario é galactogeno fisico, é uma expressão o seu efeito: os elementos musculares da glandula incrementam a secreção lactea. Na auto-lacto-terapia deve haver uma reativação harmonica.

Suspeita-se da incompatibilidade do medicamento com a gravidez em caso de molestia intercurrente e cita-se o exemplo do quinino, capaz de produzir aborto. Em verdade, não ha medicação ecbolica, e no caso do efeito abortivo é porque a dóse do medicamento elevou-se até o toxico. A passagem da substancia medicamentosa ao organismo fetal não coíbe o seu emprego: trata-se a molestia intermitente pela medicação comum em dóse moderada. Exclua-se qualquer substancia energica, pois o organismo da mulher é sensivel a qualquer colaboração toxica. Mais do que o medicamento temido, é a propria molestia intercurrente que influi sobre a contração uterina e interrompe a prenhez, por influencia das altas temperaturas. O anti-termico é da maior necessidade.

A dóse e a sensibilidade da paciente descem o limite medicamentoso e aproximam a oportunidade toxica; por isso, as medicações intensivas não são aconselháveis. A regra do tratamento anti-luetico du-

rante a gravidez, aproveitando ao feto e facilitando o parto, pela modificação textural das partes moles infiltradas ou endurecidas, péde moderação. O bismuto, o mercurio, os arseno-benzóis precisam de figado e rins perfeitos, o que nem sempre a gravidez póde proporcionar. Qualquer medicação fóra da dóse média ou instando pelo efeito pronto e decisivo, depende do estado dos órgãos redutores e eliminadores.

A terapeutica anti-infectuosa obstetrica diverge da terapeutica classica. A infecção obstetrica caracteriza-se por seu processo e por seu tratamento; ela é inicial e essencialmente localizada, a sua generalização é fortuita. A generalização garante-se na defeza topica que tambem garante a propagação, embóra com mais dificuldade, pois a infecção propagada ocasiona as pequenas importações septicas, culminando na generalização irremediavel ante a defeza humoral gasta na repetição. Obedecendo á marcha infecciosa, a terapeutica adapta-se ás formas localizada e propagada dessa infecção. Na fórmula localizada, a terapeutica é abstencionista e sintomatica; tocar o menos possivel no fóco infectante, ajudando-o a se desembaraçar das secreções toxicas (drenagem escoante e excitante). Impede-se o sintoma nocivo: a astenía, a insonia,

o nervosismo, a desnutrição. Na fórmula propagada — a abstenção, admitindo só o tóxico resolutivo — o calor ou o frio —, ao lado da mesma medicação sintomática. Na fórmula generalizada, nenhum preceito seguro: aceita-se a intenção da terapêutica mas não se acredita na sua realização.

O capítulo da terapêutica anti-infecciosa não está ainda ordenado. Não ha soroterapia específica; existe um rol extenso de inutilidades soroterapicas, comprometendo mais do que favorecendo. Preconiza-se a vacinoterapia, infringindo o raciocinio: o estímulo defensivo tentado pela vacina pede tempo talvez superior á evolução do mal. A logica só aceita a vacinação preventiva. Indirétamente, a proteinoterapia tem todos os aspéto do desvario: o seu fundamento é um cataclisma histolítico desenrolado num organismo minado pela infecção ameaçadora. A reação do remedio e a reação da molestia ou se somam numa agravação ou não se anulam numa compensação. A terapêutica da infecção obstetrica detem-se diante da variedade dos metodos vizando o aumento das defezas humorais, mesmo na falencia septicemica, na generalização; detem-se e não justifica uma preferencia. O proprio sôro de convalescente prometeu e falhou: a immuno-transfusão é a unica espe-

rança razoavel. Por emquanto, no tratamento das infecções obstetricas, definitivos são os dois extremos da condúta — abstenção e resignação. Quando não adóte integralmente o preceito, pelo menos aproxime-se o pratico o mais que puder de um dos seus termos.

Cabe em seis regras a medicação obstetrica:

1 — A terapeutica obstetrica é essencialmente preventiva e eventualmente curativa, mas mesmo curativa tem carater preventivo quando remove os pequenos sintomas bem definidos, porque estes estão no limiar da complicação constituída.

2 — Metabolismo, Mecanismo, Reparação — são os fundamentos da terapeutica etiologica que comandam o auxilio preventivo do acidente ou da doença, condições que se separam, mas que muitas vezes se ajustam.

3 — Só se usa o medicamento de utilidade unica e incontestavel; os de efeito multiplo e variavel serão proscritos. O sedativo que visa a dôr não é o mesmo que atende ao espasmo ou que domina a convulsão; o hemostatico que contrai o vaso não é o mesmo que coagula o sangue; os eliminadores e os analepticos podem ter

preferencias mas não contraindicações diante das respectivas oportunidades.

4 — Não ha ecbolicos, não deve ha-ver ocitocicos: ambos são de efeito duplo: o ecbolico é toxico antes de ser miocinetico, o ocitocico é constrictor antes de ser expulsor.

5 — Não ha incompatibilidade entre a prenhez e o remedio de ação e dosagem toleradas. A regra adverte a medicação geral que não póde esquecer a sensibilidade da paciente. Qualquer indicação terapeutica extra-obstetrica recomenda moderação e vigilancia.

6 — Os antisepticos diretos ou são energicos e nocivos, ou mediocres e inuteis. A soroterapia é empirica, a vacinoterapia promissoria, a hemoclasia cataclismica; a primeira é negativa, a segunda inutil e a terceira perigosa.

Resumo:

1 — TERAPEUTICA PREVENTIVA. *Regra Geral.*

na prenhez: mantem o *equilibrio* da evolução.
no parto: prepara a *regularidade* da resolução.
no puerperio: garante o *silencio* da involução.

O *equilibrio*, a *regularidade* e o *silencio* são:
mecanicos e bioquimicos.

Medicação em favor do equilibrio bioquimico. Conceito do metabolismo estavel.

Medicação em favor da regularidade funcional. Conceito do mecanismo normal.

Medicação em favor do silencio sindromico. Conceito da resistencia integral.

<i>Conduta</i>	{	Regime dietetico. Medicação eliminadora. Medicação reparadora. Pratica antiseptica.
----------------	---	--

2 — TERAPEUTICA CURATIVA.

Intoxicações	{	degenerativas { convulsão, nevralgias (profundas) { vomito irritativas (su- perficiais) — hiperemese, citolise
Hemorragias	{	sintomaticas — discrasias genericas — soluções de continuidade
Hipertermias	{	toxica — absorção infectuosa — invasão microbiana.
Choque	{	deficitario — anemia nervoso — disforia toxinico — hipostenia.

MEIOS TERAPEUTICOS

Sedativos	{	anti espasmodicos analgesicos hipnoticos anestesicos	{	beladona, opio, morfina e ou- tros derivados. cloral eter.
Eliminadores — depletivos	{	sangria drastico diuretico		
Hemostaticos	{	hemopexicos (co- agulantes)	{	calcio — agluti- tinantes
	{	miocineticos	{	centeio espiga- do — hipofise
Analepticos	{	cardiotonicos hemopoieticos nervitonicos	{	esparteina, canfora, ca- feina, estriquinina. transfusão — hemoca- tastase (soros artifi- ciais.

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES
Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORIA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora ..	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto ..	37
Sumula das complicações obstetricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

SINOPSE OPERATORIA

São obstetricas as operações que resolvem a anormalidade em qualquer das fazes da gestação — na prenhez, no parto e no puerperio. Pela sua oportunidade, dividem-se em: *operações pro-parto*, em favor do parto; *operações sub-partum* — immediatas ao parto; *operações para ou post-partum* — ao lado e depois do parto. Pela sua finalidade, elas são *supletivas* — completam o trabalho natural impotente; *substitutivas* — substituem esse trabalho incapaz; *reparativas* — restauram os danos do parto natural ou operatorio traumatizante; *ablativas* — removem o órgão invalidado ou doente.

Completam o parto as operações que o preparam e terminam e as que executam o delivramento; as operações que alcançam a dilatação do transito mole, as que vizam a retirada do fêto, as que facilitam a saída da placenta; são as operações trans ou intra-pelvicas. Substituem o trabalho de parto natural incapaz as operações extra-pelvicas. Restauram os danos do parto na-

tural ou operatorio as operações de plastica cervico-vagino-perineal. Removem o órgão roto ou infectado no parto ou no puerperio as histerectomias.

* * *

As operações supletivas representam o artifício complementar da natureza — agem dentro da distocia, no dilema ou de a evitarem ou de a aumentarem. — São:

1) A CERVICO-DILATAÇÃO. Técnica dilatadora do orifício dilatável. O tecido não se revela extensível de modo subitâneo e total; desenvolve-se naturalmente a extensibilidade, lenta e gradativa, e a dilatação, no preparo natural do trajeto, depende de tempo calculado de 2 a 6 horas. A dilatação artificial, si acompanhar esse prazo, demorará, e si quizer rapidez terá de dispensá-lo. Mas si a dilatação lenta deixa o vestígio infalível da pequena rutura, a rápida deverá dilacerar: o parto forçado é disso uma recordação dolorosa. O instrumento dilatador acompanhará a graduação inofensiva; o instrumento dilatador deve ser perceptor e, como tal, só o dedo. O instrumento metálico, singelo ou complicado, insiste na dilatação e não percebe a destruição inicial destinada á rasgadura profunda. A cervico-dilatação é necessaria-

mente demorada para não ofender; é digital para, mesmo na demora, reconhecer a ofensa em esboço. Qualquer metodo apressado é mau. Dilatação forçada — pessima; dilatação rapida — má, mesmo a hora certa. A cervico-dilatação só é admissivel vagarosa e atenta. *Indicação:* dilatação que mal se faz. *Tecnica:* dedo vigil, cólo passivo, mulher docil, parteiro pachorrento. Ainda assim, obrigada á brandura e ao vagar, a tecnica sofre com o contáto digital permanente. O toque rapido e repetido é causa de infecção; o que não será o toque permanente e demorado? Copiando em tempo e em geito a natureza, a dilatação artificial preocupa sempre.

2) A TRAQUELOTOMÍA, incisão do cólo em um ou mais pontos, em geral dois na linha mediana — um superior, outro inferior. Operação integralizadora da dilatação cervical que retrocede: cólo espessado e em regressão. O tecido perdeu extensibilidade e conquistou resistencia pelo espessamento. *Indicação:* dilatação que se desfaz, dilatação que se restringe. *Tecnica:* boa exposição do cólo para seu facil acesso; dois golpes de tesoura bem medianos. Aberto o caminho pela dierése, a extração ou a passagem natural do feto podem prolongar as incisões primitivas e a operação

continuará, não mais encaminhada pelo operador, mas desordenada pela força extensiva, sem limite e sem tecnica. A traquelotomia póde, eventualmente, ser um risco.

3) A HISTEROTOMIA CERVICOSEGMENTARIA, incisão extensa e profunda do cólo e do segmento inferior. Desenvolvimento da traquelotomia: pratica mais complexa—vai sob inspecção até onde a traquelotomia vai por acaso. Ainda assim, operação preparatoria, pois á força ou ao artificio cabe impelir ou extraír: em qualquer das hipoteses, o volume irá experimentar tecido fendido. A possibilidade da extensão seccionaria é menor. Como intervenção preparatoria, é aceita quando o caso clinico depender sómente da permeabilidade cervical completa. As distocias acrescidas contra-indicam-na. *Indicação:* dilatação que não se faz. *Tecnica:* campo mais accessivel e mais visivel ainda do que na traquelotomia, fixação e abaixamento da região a incisar. Antes de incisar, isolar o campo operatorio para que a incisão não sóbre, indo aos órgãos visinhos: separa-se cuidadosamente o segmento uterino inferior da bexiga e do réto, e só então golpeia-se, em cima e em baixo, até alto, até o segmento superior do utero. Na dilatação que não se faz, preliminarmente convém veri-

ficar si, não se tendo feito, ela se fará ou não: metrorrinter ou incisão mais ou menos funda.

4) O PARTO ANTECIPADO. Profilaxia do volume excessivo. Calcular pelo tempo da prenhez o tamanho do ovo, e ver em que epoca o seu volume é compatível com o espaço, sem prejuízo das condições de vitalidade do feto. Antecipação e não prematuração. Antecipar o momento do parto. A prematuração, no intuito exclusivo de diminuir o volume, descera ao limite da vitalidade mais precaria, á medida que o tempo da gravidez diminuir. O volume não se reduz de um modo absoluto: ele póde ser o mesmo do feto a termo; maior porem é a sua moldagem. A antecipação define-se melhor como aproveitamento da plasticidade favoravel do que do volume menor. Executa-se nos ultimos 20 dias da gravidez (determinação aproximada de prazo). *Indicação:* desproporção relativa. *Tecnica:* excitador da contração uterina ocupando a cavidade do utero; sonda de borracha Nélaton 22, introduzida na cavidade uterina sem descolar a placenta; quinino em dóse média — 50 cgrs. com uma repetição no maximo, mal a contração aparece. O balão, excito-dilatador tambem apontado, tem o defeito de ocupar

no segmento inferior o lugar destinado á apresentação, que se desloca e constitui distocia.

5) O FORCEPS, forceps trator, forceps condutor: trator para caminho curto e desembaraçado, condutor para evitar o embaraço do caminho longo. No primeiro caso, completa a força terminal insuficiente; no segundo, alivia a força decursiva pertinaz. Como trator, apreende, puxa e expéle; como condutor, aplica-se, desloca e impéle. Condições de praticabilidade: colocação proxima e conformação regular do pólo fetal, liberdade de transito. Instrumental simples: uma pinça construida para ser introduzida, aplicada, conjugada, sucessivamente, sem contrariar o caminho da introdução, a superficie da aplicação, a facilidade da conjugação. O sentido da penetração cruza o sentido da aplicação; o primeiro é longitudinal, o segundo é transverso. Sinal + (mais) sinal positivo, linha longitudinal,— linha direta da curvatura pelvica, e linha transversa da curvatura cefalica. O sinal + (mais) do instrumento coincide com o sinal + (mais) da apresentação: diametro longitudinal diréto, diametro transverso atravessado. Cabeça no final da penetração rotativa. Quando se surpreende a apresentação no curso desta penetração ro-

tativa, o seu diametro diréto e transverso estão em obliquo: representação grafica X. A pinça para ser aplicada, introduz-se obliquamente, fóra da linha pelvica diréta, sinal x, sinal multiplicativo, multiplicação de dificuldades accessiveis. Na penetração rotativa inicial alta, multiplicação de dificuldades inaccessiveis: o instrumento, seja qual fôr, é cego e violento.

Com essa base — forceps trator, forceps cruzado comum; — cabeça baixa e rodada; forceps diréto, pólo diréto; penetração adequada, suave e facil de cada ramo, aplicação justa consecutiva, cruzamento expontaneo dos dois ramos. O forceps atesta a sua boa indicação no cruzamento: os ramos se divorciam, não conjugam e o parteiro erradamente força a união na desinteligencia. Erro grave: essa desintelligencia na articulação do forceps é acontecimento comum e a tecnica o obriga, afrontando a razão. Obriga e usa de subterfugio e de sofisma: o subterfugio do cruzamento da colher posterior encaixante, o sofisma do ajustamento descontrado dos ramos discordantes. Anda bem quem obedece ao aviso: forceps cujos ramos não se conciliam no ajustamento deve continuar separado e o melhor é retirá-lo, talvez definitivamente. No forceps

e seu manual operatorio a concordancia é imprescindivel e tudo quanto possa altera-la friza a imperfeição do instrumento e suas desagradaveis consequencias. Estão em relação proporcional a discordancia no seu emprego e os maleficios de seus efeitos. Assim é que tanto mais alto o forceps, isto é, mais distante a apresentação, mais embaraçada a sua conjugação. O forceps expõe-se inadequado ao trabalho que lhe destinam, mas o parteiro não compreende o forceps.

O forceps condutor não deve puxar — deve impelir: assim sentenciá o acertado recurso da tração acima do centro da figura. A força desenvolvida nesse ponto por ação do trator mole (laços) além do meridiano de pegada (plano bi-parietal) não imobiliza como a tração constrictora do pólo, inevitavel nos tratores infra-cocleares (angulo inferior da colher). Mas a mobilidade, essencia da boa condução do objecto, reclama contra a ação simultanea dos dois ramos do forceps. O forceps condutor atúa como um sistema de duas alavancas conjugadas, cada qual em deslocação alterna e ambas em giro gradual consecutivo: a deslocação completa ou substitui o asinclitismo, o giro auxilia a penetração rotativa. A colher do forceps é simples

portadora do laço supra-coclear, proximo á extremidade superior do forceps. O metodo condutor tem a vantagem de ser brando na apreensão que a facilidade mantém e o embaraço desfaz pelo escorregamento. *Indicação:* proporção, distese remediavel, pólo fetal no andar médio da excavação. *Instrumento:* forceps Demelin ou qualquer forceps parálo com laços extremos. O forceps trator é cruzado, o condutor é parálo. O forceps parálo adapta-se, não prende, qualidade do forceps cruzado.

Não ha no forceps segurança fóra desses preceitos: correspondencia das curvas da pelve e do forceps; adaptação da concavidade do forceps á convexidade da cabeça; transposição equatorial da extremidade do forceps; deslocamento parcial penetrante e conjugação rotativa; tração liberatoria final. O forceps é pinça: magôa o que péga e contunde por onde passa. Á medida que o forceps deva ser mais forceps, isto é, mais pinça, mais apreenso e mais trator, os seus defeitos desdobram-se.

6) A GRANDE EXTRAÇÃO é uma infração obstetrica. A parturição espontanea na apresentação de nadega segue uma regra primordial — a abstensão. Porque? Por-

que as trações desdobram o feto, embaraçam a passagem da espadua e da cabeça derradeira. Isto no caso normal. Ora, a grande extração destina-se á apresentação de nadea não penetrante, quasi sempre por desproporção: apresentação de nadea e anomalia. As dificuldades consecutivas ao desdobramento do feto pela tração podalica pesando sobre a normalidade, mais pesarão sobre a anomalia. A grande extração foi norma da velha estrategia obstetrica por necessidade fatal de resolver a distocia com a violencia. Nota para o contraditor: grande extração é o ato operatorio multi-manobrado, exigido pela distocia em caso de apresentação pelvica — não se pense que grande extração é puxar sem cerimonia o pé do feto prematuro.

7) A VERSÃO. Operação preparatoria. Por ela volta-se, vira-se o feto e nada mais. Depois de virado, o feto é extraído: segunda operação igual á grande extração. Que a versão é só a virada do feto não póde ser duvidado: versão por manobras externas, versão bi-polar, versão de Braxton-Hicks. Mas é habito dar o nome de versão ás duas operações sequentes — a volta e a retirada do feto. Cada qual se estuda separadamente. A primeira parte —

acrobacia; a segunda parte — atletismo. Coisas de assombrar. Na parte acrobatica, versão pura, é preciso largueza para a evolução volteante. A acrobacia é involuntaria — o praticante da versão é que imprime os movimentos: acrobacia indiréta. O espaço para o volteio depende da cavidade uterina necessariamente tolerante. Mas o fundamento da versão é uma desobediencia á acomodação: longitudinal o feto, durante a versão ele será passagieramente transverso, e aí o seu diametro longitudinal maior deixa de combinar com o diametro longitudinal uterino semelhante e vai exigir espaço do diametro transverso uterino menor. No caso, vale a condescendencia da parede uterina flacida. O mesmo se verifica mudando os termos da proposição, si o feto é transverso.

A intervenção imediata, a extração, já foi delineada. Ha ainda o que dizer: a extração é tratora — o feto desdobra-se, os pés distendem-se, o corpo alonga-se, erguem-se os braços, movimentam-se a cabeça. A acomodação, garantida pelo enovelamento, pela flexão dos ovoides e seus apêndices, desaparece. Por isso, ha recursos: manobras para abaixar o pé, para transformar a nadeiga, para descer os braços, para passar a cabeça. Manobras mui-

tas e inseguras. A extração é pois uma violência, é um abuso. A obstinação profissional, confiante na versão, e mais confiante na tração, causa as versões rompentes, fraturantes, inacabadas, feticidas. No entanto, ha conceitos tradicionais, seculares, na obstetricia: a versão é uma operação de azar — sabe-se quando a versão começa e não se sabe quando acaba. Apesar de tudo, ha quem faça da versão uma praxe.

Sabidamente, ninguem puxa o pé do feto quando, em nadega, este progride por parturição normal; assim se defende a boa acomodação e o parto se faz sem embaraço. A tração como complemento e termo da versão é tambem desorientadora: puxa-se para baixo para descer a nadega, para passarem os braços, para insinuar a cabeça. No entanto, a orientação do parto natural é a linha parabolica do trajeto pelvi-genital — curva que cedo se dirige para fóra e para cima. Não é possivel esquecer este pormenor que justificará a critica do áto operatorio. *Indicação:* immediata — qualquer apresentação insolúvel — mento-posterior, cormica trasversa, parietal, no asinclitismo por desorientação axial e não no asinclitismo por disproporção. *Indicação permissiva:* nenhum anta-

gonismo entre conteúdo e continente — feto normal sem coação, utero flacido sem restrição. Noção absoluta do espaço integral; do contrario será o mesmo que obrigar um homem a nadar numa banheira. Indicação permissiva, indicação privativa, porque as operações pelvianas tem uma indicação permissiva generica — a franquia do transito pelvico, a boa bacia, o cólo uterino dilatado. Mas, como em nenhum outro áto operatorio transpelviano, a versão não dispensa de modo algum todas as facilidades.

Tecnica: Que mão e que pé? Rigosamente, responder-se-ha: qualquer mão criteriosa e livre, e nenhum pé. É evidente incoerencia e por conseguinte desacerto começar-se uma versão pela extração; e outra coisa não é o abaixamento na tração podalica para voltear o feto. A versão só se tenta quando desembaraçada. Racionalizemos a tecnica. A tecnica é voltear e não puxar assim nenhum pé. Qualquer mão, que penetre sem esforço e que procure o pólo fetal a ser repellido. Esse pólo, o cefalico, não oferece ponto de puxada — daí uma vantagem: não se fratura o femur do feto. A mão aprofunda-se e desloca o pólo cefalico para cima e nisto colabora igualmente a mão externa

própria, ou melhor, a mão estranha, levando para baixo o pólo pelvico. A versão não póde perder o caráter de versão por manobras externas que a tática interna favorece. Essa tática é manobra em coisa fragil, que só o geito protege, e o geito mais apurado péde comodidade. Que importa ser o metodo menos efetivo, que importa não se realizar, por acaso, a versão sem a tração podalica? Tanto melhor: a intervenção é mais docil. O que se quer habitualmente não é fazer uma versão pura, exequivel, favoravel, mas fazer uma versão qualquer. Si o metodo da versão, desapercebida da tração adjutoria podalica, nada consegue, é sinal que a versão não é facil e portanto não deve ser praticada. Este processo de não procurar o pé ainda seduz para não se ter que apanhar os dois pés juntos, ou tomar um mau pé corrigido pela torsão transformadora nem sempre branda. A versão não se faz, está terminada a experiencia. Faz-se a versão, é preciso completar a operação.

A operação continúa naturalmente. Em vez de tração, expressão: expressão do fundo do utero exatamente sobre o pólo cefalico, desenvolvendo o parto como si fôra natural. Expressão do fundo do utero e orientação do segmento fetal que vai

surgindo: orientação no sentido da linha pelvica, mantido o tronco do feto em curva de concavidade anterior e dirigido para cima. Não cessa a pressão sobre a cabeça e, não se fazendo a tração, não se desdobram os braços. E porque se comprime a cabeça, ela não se deflexiona nem se contrapõe. Dirão: o áto operatorio perde de seu valor conclusivo pois a capacidade expulsiva é menos energica e a intervenção não vai ao fim. Longe de contrariar, o argumento socorre. As operações transpelvicas, e a versão mais do que todas, são de tecnica discreta e subordinada. O pratico perturba tudo com a sua demasia. A operação tem limites que o descaso ou a pretensão profissional continuam a desconhecer. Aqui fica a tecnica racional; o mais é escola de malabarismo.

8) AS PELVITOMÍAS: ha muito tempo foram operação, quando de fáto se cortava a pelve. Hoje são especulação, especulação no verdadeiro sentido: especulação observação. Não se corta a pelve — especula-se com uma diérèse parcial e vê-se o que ela póde dar. A especulação prejudicou o rigor da tecnica. Hoje a tecnica é teorica. Não se cortam os ligamentos capitais da sinfise — eles se distenderão pela força. O operador sabe que a faca tem

gume, mas ignora si o tecido tem elasticidade e no emtanto abandona a realidade do gume pela fantasia da extensibilidade. Não pratico a intervenção; ela é limitadíssima, eficaz apenas quando desnecessária. E não praticando a operação, obedeço aos seus partidarios que, no entusiasmo por ela, reduziram-na a uma lamina que raspa medrosamente e um escarrancho que despedaça occultamente. Ação vaga, efeito imprevisto. Aos poucos, as pelvitomías recuaram da tecnica completa; chamaram se parciais — sinfiseotomia *partialis*, cortar a sinfise apenas em parte. Cortando toda é mau, concordam favoraveis e contrarios; cortando pouco é bom, proclamam os entusiastas. Bom porque é pouco. Melhorou porque desmereceu. A coerencia manda concluir: si é preciso ser pouco para melhorar, si cortar tudo é mau, si cortar parte é bom, não cortar coisa alguma é melhor.

9) As EMBRIOTOMÍAS: operações dificeis, ultimo reduto da obstetricia artificial. Operações que se destinam a reduzir o volume do feto morto; elas cortam, são as verdadeiras embriotomías — o degolamento e a toracotomia; elas reduzem — são as embriotlastías: reduzem o ovoide cefalico — craniotlastias, reduzem o ovoide cormico — evisceração. *Indicação* formal:

féto morto. A embrioctonia é crime previsto em lei. O féto é alguém, porque é pessoa de direito, resguardado no Código Civil; e no Código Penal o artigo 294 diz: Matar alguém... Acresce a circunstancia agravante: a superioridade de forças — um homem, o parteiro, contra um féto; e a superioridade de armas, um parteiro armado de um basiotribo. Nas embriotomias basta uma tecnica que reduza, que secciona. A embriotlastia é principalmente cefalica, a embriotomia principalmente cervical.

Condições operatorias: além da franquía do transito, accessibilidade da parte a seccionar ou a reduzir, execução integral da secção ou da redução. As embriotomias são totais: as parciais representam erro de tecnica e atropelo de actividade operatoria. A secção e a redução fazem-se com rigor e, mesmo na manipulação oculta, nada póde ser preterido. Não se vai ao sabor do acaso — por isso a operação é difficil. Tambem é indispensavel que ela seja unica: uma redução unica ou uma secção unica — os esmagamentos repetidos, os esmagamentos parcelados mostram ou inoportunidade da operação ou incapacidade do operador. A intervenção será de muito

risco si não fôr de muita exatidão. É intervenção de parteiro, e não de cirurgião.

Indicação essencial: volume do fêto ou distese: a pelve deve ser ampla. O grande embaraço da embriotomia é a pelve estreita, impedindo-se mais com o instrumental grosso e a mão solícita. A redução cefálica requer fixação do pólo apresentante, a secção cervical penetração da parte sacrificada: é a necessidade de tornar o campo de ação operatoria bem ao alcance do operador. Instrumental: um basiotribo para reduzir, um decapitador para cortar, uma tesoura para eviscerar, um gancho e uma garra para fixar. Como basiotribo, uma lança que atravessasse todo o sistema craniano, desconjuntando a base — dois ramos compactos, colocados e parafusados na simetria mais afastada; parafusado um ramo sobre a lança na primeira redução e os dois entre si na redução definitiva. Então, a cabeça some-se engelhada dentro das colheres do basiotribo — é a boa pegada; ou transborda recobrando o instrumento atolado na massa ossea mal deprimida — é a má pegada. Como decapitador, uma serra flexível protegida ou uma tesoura bem encaminhada. A tecnica se concretiza: imobilidade e acessibilidade do ponto de redução ou de secção, realização

total do ato cirurgico, segurança do manual operatorio. Sobretudo, praticar uma embriotomia e não uma matritomia. Ha relativa frequencia nesta confusão.

10) AS ÉPISIOTOMÍAS: golpe uni ou bi-lateral, fendendo o muro do perineo para franquear a saída do feto. Não se contará como um aperfeiçoamento, pois que qualquer incisão corre o risco de se recompor alteradamente; em todo o caso o recurso evita a rutura perineal, solução de continuidade irregular e pisada.

11) O DELIVRAMENTO ARTIFICIAL: operação que arremata o parto, indo busca a placenta retardataria. *Indicação:* placenta que não se desprende. *Tecnica:* mão penetrante atacando o rebordo placentario mais acessivel; aberta a brecha, a mão solapa e destroi as aderencias.

12) A EXTRAÇÃO MANUAL DA PLACENTA: a placenta está solta, é só ir busca-la. Às vezes, está solta, mas enclausurada numa loja encarcerante e impenetravel. A anestezia profunda, o anti-espasmodico relaxam as constrictões. Aí a manobra é cautelosa: a mão apressada não raro é prisioneira e de um caso sei, tal a constrictão do utero, em que se fraturou o radio do parteiro. A mão pressurosa tambem

póde dilacerar, acidente apontado no delivramento artificial porque a mão que descola póde perfurar o utero no trabalho da separação.

* * *

As operações substitutivas substituem o trabalho natural impotente: são as operações cesareanas, e dentre elas a cesareana baixa segmentaria. Todas as distocias e acidentes indicam-na e nada a impede. Operação universal: a natureza não pôde seguir o seu destino, a arte traçará o seu rumo. Para ela, não ha volumes carregados, nem caminhos impervios, nem energias inuteis. *Tecnica* simples: abrir o ventre, abrir o utero, fechar o utero, fechar o ventre. Abrir o ventre em baixo, assim expôr o utero sem demove-lo; vedar o ventre tapulhando-o em toda a cercadura de contáto; abrir o utero, retirar o fêto. Recompôr cuidadosamente o utero, para não minar liquido cavitario por intersticios; isolar com o peritonio visceral a brecha uterina costurada; fechar o ventre incompletamente, drenando-o; drenar o utero. Garante-se a operação cesareana si o áto operatorio ligeiro conseguir a secagem do campo, a cobertura isolada da diérèse suturada; para secar o campo, o aspi-

rador electrico, para isolar o segmento uterino, a peritonização perfeita. E a cesareana será precoce ou tardia, em mulher contaminada ou não. A infecção uterina não contra-indica a cesareana; ela é, das intervenções, a unica que permite a verificação immediata dessa infecção e o conceito decisivo da retirada do orgão comprometido ou comprometedor.

* * *

As operações reparativas são plasticas: restauram a destruição traumatica do parto natural ou do operatorio. O còlo rto será cosido, assim a vagina e o perineo. Não é só a hemostasia que o exige, como no caso da ruptura do còlo, mas a profilaxia da infecção pois as superficies expostas abrem-se ás invasões do germe e as infecções, mais obstetricas do que puerperais, tem aí a sua explicação verdadeira.

* * *

As operações ablativas são as intervenções que removem o utero invalidado ou doente, no parto e no puerperio. Invalidado no parto é o utero rto; doente no puerperio é o utero infectado. As histerec-tomias resolvem: histerec-tomias sub-totais abdominais. A via vaginal perde terreno;

menos choque e melhor drenagem, dizia-se ha 20 anos, em favor da hysterectomia vaginal e, apesar de tudo, a via abdominal superou. O mesmo se dá na obstetricia — o predomínio da via abdominal sobre a vaginal, e, para a ablação do utero mesmo infectado, é justamente a facilidade da execução operatoria e a tecnica sub-visu que dão preferencia á via abdominal.

Não se discute a intervenção no utero invalidado, no utero rôto: nem a restauração por syntheze, nem o tamponamento merecem consideração. A operação é grave: o choque traumatico e o hemorragico são vivos e a comunicação da cavidade do utero com o peritonio piora o caso. Mas não ha outro remedio. Como *tecnica*, a habitual com adaptações ou modificações atinentes á circunstancia. Nunca deixo nestas operações de separar inteiramente da cavidade abdominal a parte uterina restante, por meio de uma peritonização isoladora, limitando espaço livre pelvico, bastante amplo para guardar o tampão que se comunica com a vagina.

Na infecção, a hysterectomia não tem voga. No emtanto, é perfeitamente logica. O utero é o deposito septico que deve ser removido, mas a operação é um traumatismo lesivo de resistencias já diminui-

das. Quando fôr possível precisar a hora da intervenção, a histerectomia se estenderá por todos os serviços e atividades. No momento, subsiste a duvida. Ou se opera cedo, quando o proprio órgão tem capacidade para se desembaraçar por si da infecção; ou se opéra tarde, quando o germe penetrou e se disseminou. A indicação do instante exato é difficil. Não se deixará de lado a recomendação da via vaginal nessa histerectomia, si não estiverem comprometidos os anexos uterinos na propagação infectante e si não se houverem organizado aderencias embaraçantes da ablação do órgão. Contaram-se já por muito maior numero as histerectomias na infecção puerperal; os seus resultados não encorajam e daí o abandono. Mas a questão está em aberto e a solução ha de vir.

* * *

O caso obstetrico, si normal, tem muitas modalidades; mais ainda si anormal. O polimorfismo da distocia não se fixa em caracterizações definidas. Compreende-se a distocia, sua localização, sua etiologia, conhece-se o seu diagnostico, mas o seu prognostico é sempre condicional. O problema mecanico desenquadra-se de calculos, apreciações e verificações usuais, porque o pro-

blema é da mecânica viva e a parte viva, a parte biológica, emancipa a questão das regras fixas e das tabelas clássicas. Como calcular a força uterina, e quem já lhe precisou o valor certo? Como medir a distância percorrida e pre-determinada no tempo total do percurso? E a parte relativa á avaliação do espaço e á previsão do volume não continuam dentro da probabilidade mediocre? Assim é para cada elemento separado do fenómeno. Mas quando a dinâmica se desenvolve e o movimento se traduz, a relação inter-dependente de cada elemento e a cooperação harmonica funcional, constituindo episodio bio-mecânico completo, determinam o efeito desse mecanismo no movimento verificado que se não garante na sua continuação nem se afiança na sua suficiência. A dificuldade multipla acrescida e complicada reafirma-se em novas contribuições colaboradoras e muda-se em acidentes de toda a especie.

Óra, para essa complexidade biológica organizou-se a operatoria obstétrica, talvez relativamente mais rica em armamentaria tradicional do que todo o resto da medicina armada. O instrumental acumula-se no arquivamento, mas renova-se cada vez mais comprovando inutilidade. Os instrumentos e as manobras são postos á

margem e ressuscitam. Os velhos instrumentos ressurgem melhor construídos, as velhas manobras reaparecem melhor figuradas: a cutelaria aperfeiçoou-se, a estamparia progrediu — ferramentas elegantes, figuras de colorido artistico e de traço nítido. No entanto, a tecnica operatoria transpélvica não progride.

Compreende-se: a distocia é a revelação da natureza incapaz; o artificio pretende essa capacidade contrariando a natureza. A operação transpélvica é um antagonismo. A natureza secunda o ovo na sua eclosão, a força empurra o feto; a operação avança sobre o ovo para tira-lo, a intervenção puxa o feto. A natureza empurra e esbarra, não continúa; a operação puxa, esbarra, insiste, arranca, despedaça.

A operatoria obstetrica transpélvica resolutive tem restrições: quanto menos se necessita de uma operação transpélvica, mais possível o seu resultado, quanto mais necessaria esta operação, mais temerosa. Ela só serve na facilidade. É um adjutorio e não um resolutivo; é uma colaboração e nunca uma imposição. Infelizmente, o transito abdominal ameaçador impoz por seculos a pratica da operação transpélvica contraditoria. A obstetricia fartou-se de obstaculos e a sua pratica foi uma longa exi-

bição de ousadias. Ela criou a paixão do risco. As técnicas, os instrumentos, as manobras, ilustram a série dos arrojos seculares. A intervenção sempre foi uma sublimação da dificuldade. A desharmonia impeditiva natural votava-se a decisão energética provocadora artificial. Hoje, o principio é mais sabio: a via pelvica operatoria segue para o esquecimento. Que interesse mais pode ter o profissional em atravancar-se no obstaculo?

Quando uma regra escolar encaminha o noviço para longe da dificuldade e o aperfeiçoa no metodo de vencer a distocia dela se afastando, não está desprezando a especialidade. Os que assim pensam divergem da razão. A obstetricia justamente não está nesse abundante material belico de pinças, embriulcos, serras possantes ou complicadas. A obstetricia verdadeira é desarmada; o que a torna aguerrida é a desobediencia ao cuidado, a infração do regime, o desprezo pelo conselho, a penuria do abandono. Aplique-se a arte na prevenção, porque na solução ela é minima. A artificialidade do parto não se sobrepuja á sua naturalidade. A arte é uma concordancia e não uma concurrencia. A operatoria obstetrica extra-pelvica concorda com a natu-

reza, mas a transpelvica com ela concorre,
Parceria num caso, hostilidade noutro.

Para recordar:

OPERAÇÕES OBSTETRICAS

PRÓ-PARTO

<i>Operações supletivas</i>	{ (completam o trabalho natural impotente)	Cervico dilatação
		Traquelotomia
		Histerectomia cervico segmentaria
		Parto antecipado
		Forceps
		Grande extração
		Versão
		Pelvitomias
		Embriotomias
		Episiotomias
		Delivramento artificial e extração da placenta.

<i>Operações substitutivas</i>	{ (substituem o trabalho natural impotente)	{ Operações cesareanas.
--------------------------------	---	-------------------------

SUB-PARTUM

<i>Operações reparativas</i>	{ (restauram o traumatismo do parto natural e do operatorio. — plastica immediata cervico-vagino perineal)	traquelorrafia
		colporrafia
		perineorrafia

PARA E POST-PARTUM

<i>Operações ablativas</i>	{ (removem o órgão invalidado ou doente no parto e no puerperio. — ruturas e infecção.)	{ Histerectomias
----------------------------	--	------------------

BIBLIOTECA DE CULTURA CIENTIFICA
DIRIGIDA PELO PROF. AFRANIO PEIXOTO

FERNANDO MAGALHÃES
Professor de Clinica Obstetrica na Universidade
do Rio de Janeiro

SINTESE OBSTETRICA

EDITORIA GUANABARA
WAISSMAN, KOOGAN, LTDA.
RUA DOS OURIVES 95 - RIO

INDICE

O diagnostico obstetrico ensinado em 1 hora ..	9
Como aprender depressa o mecanismo do parto ..	37
Sumula das complicações obstetricas	69
A medicação obstetrica em poucas regras	109
Sinopse operatoria	139
Esboço de programa	169

ESBOÇO DE PROGRAMA

Caminha-se para a simplificação. A complexidade é um erro. O problema do parto está resolvido: ou ele é natural e transpelvico, ou artificial e extra-pelvico. O artifício, a par da natureza, é sempre uma imitação: proposição categorica, mas verdadeira na sua aplicação clinica. Apresadadamente tomamos este rumo. Ha 30 anos profetizei: parto natural ou cesareana, e quasi me apedrejaram. Hoje, todas as tecnicas trans ou intra-pelvicas seguem para o abandono.

Reconheçamos os seus serviços e o seu tempo. A arte inspirou-se nos episodios domesticos. Na vida comum, o estorvo quasi sempre se venceia pela destruição. Operatoriamente, a obstetricia começou pelo arrancamento, passou depois ao esmagamento, recorreu em seguida á extração instrumental ou manobreira; de quando em quando abria o ventre. O poder inventivo tem sido fertil. Ha para cada passo difficil, ás vezes, cinco e seis manobras, e para cada operação instrumentos em grande nu-

mero: só forceps, inventaram-se cerca de 400. E o parto transpelvico continua o mesmo enigma, óra incompreensível na dificuldade, óra miraculoso na facilidade.

Toda operação transpelvica é complicada. Simples era o arrancamento, imperio absoluto da força. E a força, embóra devastadora, terminava. Mas a arte, que substituiu esta força, quando pura é debil, quando energica é impura. A arte deforma-se na pratica pois de fáto nunca precinde da força, cujo perigo é um principio incontestavel. Onde existe a força capaz de se exceder e de se excitar, está a ameaça.

O parto natural simultaneamente decompõe-se na especificidade da função e recompõe-se na solidariedade do fenomeno: cada elemento é fator proprio e colaborador comum. Nunca o artificio consegue este complexo fisiologico, porque ele só tem um fim: ou atúa sobre o orgão, ou sobre o feto, ou sobre a bacia. Esta unilateralidade funcional traz o predominio do fator visado; ou o predominio ou a degradação, porque o artificio decisivo quebra justamente a solidariedade consecutiva á colaboração comum. O ocitocico só age sobre o utero; o forceps, a versão e o basiotribo sobre o feto; as pelvitomias sobre a bacia. Nenhuma operação conjuga os ele-

mentos desconjugados. No entanto, não só a normalidade prova a colaboração solidaria como a propria distocia a realça, pois nunca, **emb**óra unica de inicio, se livra a dificuldade das distocias acrescidas, que outra coisa não são mais do que a solidariedade na desharmonia.

É extranha e adversa pois, no problema da distocia, a pratica operatoria transpelvica, cuja representação é sempre um mau recurso forçado. A arte não alcança os aspétos variados e interdependentes que caracterizam a parturição espontanea. Dentro da pelve, só a natureza; fóra dela—para cima ou para baixo—o artifício: o artifício do caminho novo extra-pelvico abdominal, o artifício do caminho proprio extra-pelvico perineal. Basta de tanta imaginação na operatoria intra-pelvica. O forceps de tal modo se emaranhou no apuro mecanico que chegou a simular uma engrenagem com polías, cabrestantes, roldanas e correames. A versão, mesmo no tempo das habilidades magicas, sempre foi uma intervenção excepcionalmente padronada: hoje, como hontem, ela tem uma tecnica classica e varias tecnicas episodicas para o mesmo momento. As embriotomias cortam e esmagam ás escondidas e sob coação: por muito menos os litotritores

foram condenados. As pelvitomias perderam a personalidade: enquanto eram típicas, mal fizeram; mas embuçaram-se no ardil para de novo figurarem no cartaz.

Não podendo repetir os átos isolados e a conjugação funcional da parturição espontanea, a arte ageita. A arte é limitada porque é apenas persuasiva, mas resolveram amplia-la querendo-a conclusiva. A conclusão natural é um conjunto e a conclusão artificial é uma unidade. E assim a arte, incapaz pela sua fundamental insuficiencia, vale-se da força cujo primitivismo passa a ser a terminação do artificio pretencioso. Podem multiplicar inventos, adotar apetrechos varios, organizar atribuições diferentes, a arte será sempre um ajuntamento heterogeneo, mecanica fixa de um só efeito, propondo-se suprir a mecanica natural multipla e viva. A arte convoca singularidades dispaes, a natureza socorre-se de funções harmonicas. Creio que ninguem pensou nesta profunda diferença entre a arte e a natureza, uma singular, outra coletiva. Não é possivel supor que a natureza, falindo apesar de harmonica nos seus efeitos, seja suplantada pela arte, tolhida na exclusividade de sua ação reduzida.

A arte só é aceitavel dentro da sua atividade independente: arte autonoma, ex-

tra-natural e não preter-natural. Arte efetiva no seu desenvolvimento e na sua finalidade, arte exclusivamente. Arte — criação, não arte — imitação. Emquanto a operatoria transpelvica é arte imitação, a operatoria extra-pelvica é arte criação. Abandonemos a inutilidade desta fantasia delirante que se perde na conjectura de automatizar um grande problema biologico. A questão está atualmente encerrada. Das 3 fazes obstetricas, a parturição foi a primeira a tentar uma resolução: era natural caberem-lhe cuidados e recursos prontos. A pratica secular demonstrou que a natureza é uma obediencia; que a arte só tem querido ser uma autoridade e, como toda autoridade, pagando no declinio irremediavel a ilusão do seu prestigio. Arte tal qual a natureza: arte-obediencia, obedecendo á fatalidade do imprevisivel. A natureza obediente segue o transito pevico: a arte obediente não transgredirá a interdição imposta á natureza.

Ainda enredada na solução imediata e atropelada nos seus processos resolutivos, a obstetricia enfrentou as fazes do puerperio. A infecção foi, desde sempre, o grande espantelho. Em certa epoca, era mais seguro para uma mulher parir ao abandono e em plena rua do que na sala

de uma Maternidade. A infecção epidêmica ia de leito a leito, dizimando. O contagio foi o grande problema. Passado o maior perigo, a eussemia do puerperio é agora regra de exceção diminuta. Mas a contribuição grave á obstetricia é o contingente das desamparadas que a rudeza e a miseria mantém. Onde não chegam aviso, cuidado e ensino, a morte ronda. Pauperismo e ignorancia são duas complicações obstetricas temerosas.

Ainda assim, nas malhas apertadas da profilaxia passam possibilidades imprevisitas. A infecção autogena, o contagio oculto, a transmissão insidiosa infelizmente existem. Depois a intervenção agride, diminui resistencias. O acidente e a dificuldade aproximam a situação precaria. Complica-se o problema do post-parto, porque na profilaxia dos estados infecciosos não é possível afastar de todo o germe incluso e o contagio involuntario. Mesmo eficaz a boa propaganda e util o ensino da prevenção, condições patologicas surgem apesar do conhecimento exato de tais preceitos. Vem a oportunidade do tratamento curativo. Muito mais soberano no dominio do mal é o proprio organismo do que o auxilio que o assiste: cada qual tem dentro de si o melhor medico e o melhor

remedio. Não se contrarie nem se reproduza a molestia: evitem-se os antagonicos e os semelhantes, porque ambos visam o mal. Conte-se apenas com os favoraveis, favoraveis ao organismo, á sua defeza, á sua integridade: *contrariis cum contrariis*, tanto quanto *similia cum similibus* — *non curantur*.

Na terapeutica das infecções, maximé a infecção puerperal, o grande erro é a aggressividade. A ordem é combater a molestia. No emtanto, racionalmente, só se hostiliza a molestia fóra do organismo. Combativa será a higiene, mas a terapeutica tem de ser compassiva. Não adicionemos o mal ao remedio. Si a profilaxia é uma sentença, a terapeutica é uma promessa. De mais, como compreender dentro do organismo a extensão da molestia? Pelo sintoma? Não. O sintoma, reaccionario ou submisso, é somatico. O organismo qualifica a molestia e o germe ganha virulencia atravez dos individuos. A terapeutica, pretendendo mandar, aproxima-se do desapontamento do insucesso, principalmente si pensa estimular o fenomeno reaccionario quando a faze da decadencia significar capitulação.

Nenhuma condição exemplifica melhor o principio da terapeutica dos favoraveis

do que a infecção puerperal. Suprimir directamente o germe é fantasia nociva. A regra profilática aplicada ao aparelho genital no decurso do puerperio, que é um abalo bio-quimico e um traumatismo, não apreende todos os fatores da doença. No caso concreto a prova da impraticabilidade da destruição do germe é patente: ele se abriga e se aprofunda por onde não alcança o agente germicida. E a terapeutica indirecta, que pretende a modificação humoral contraria, não se coaduna com a realidade dos efeitos da invasão microbiana. A exatidão preventiva trata de afastar o germe evitando o contagio do ambiente (desinfecção das roupas e dos utensilios) e o contáto impuro (toque enluvado). Mas a molestia anterior, a infecção cronica antecedente, recolhendo e resguardando o germe, pouco reconhece essas precauções.

Desta maneira, a profilaxia vai, alem do contagio e do contáto, á neutralização do germe vivo. É razoavel observar esta parte da higiene do puerperio ativando em tempo conveniente as defezas humorais. Vacina previa e não vacina concomitante. Si a molestia é reacção, dentro dela está a propria cura. Reacção maior do que a agressão — cura imediata; reacção igual á agressão — cura regular; reacção menor

do que a agressão — cura problemática. Na grande reação, abstenção; na reação habitual, auxilio; na menor, talvez resignação. No mal exteriorizado é preciso atender e pensar como se qualificam os sintomas reacionarios. Em geral, só se cuida de reconhecer-lhes a benignidade. Mas a benignidade é do mal e não do sintoma, e no mal benigno a terapeutica não tem o que fazer. Não é facil classificar a reação e calcular as consequencias do mal violento. Assim todos dizem ser a febre uma reação defensiva; no entanto applica-se o termometro e usa-se o anti-termico porque a reação excessiva desequilibra o organismo e favorece a molestia. Na infecção puerperal, longe de modificar a reacção na logica do anti-termico, do analgesico ou do sedativo, a pratica moderna pretende desencadear novas reacções de aspéto agravante e ameaçador. Esta terapeutica tem a ansia do desfecho. Qual será ele? Os bem intencionados pranteiam os desenlaces dolorosos.

Desenhado o processo infeccioso por insuficiencia da precaução, a terapeutica continuará favoravel. A infecção puerperal é tipica e não se confunde, em seu processo, com outras infecções: por isso, seu tratamento tambem será tipico. Essencial-

mente local, por força da estrutura e da função do aparelho, a infecção pede uma terapeutica local. A evolução da infecção puerperal acompanha, em suas formas clinicas, por etapas, a mesma divisão anatomica do aparelho. Isso quer dizer que a evolução do processo obedece á estrutura como localização, e ao complexo fisiologico como defeza. Tudo o atesta: — a contração do órgão, a sua permeabilidade, a sua infiltração leucocitaria. A terapeutica não atenta impunemente contra esta defeza. Por isso, nunca na medicina a abstenção teve maior exito nem na patologia a curabilidade espontanea maior exemplo. Tudo simplifica a pratica obstetrica durante o periodo puerperal. Profilaxia do contagio e do contáto. Vacinação auto-heterogena com antecedencia. Imunização.

O caminho que a especialidade tem percorrido continúa desviado. A solução do parto complicado empolgou os antigos cultores da arte. Parteiro era o manejador do instrumento e o praticante da intervenção. No puerperio, sequencia da faze resolutive mais ou menos tormentosa, ainda o parteiro era um agente armado com o qual colaborava o receituário da medicina. Só agora volta-se a especialidade para o verdadeiro fim; só agora ela é racional por-

que começa a considerar os seus problemas e as suas dificuldades iniciais; só agora dentro da logica ela estuda a gravidez, principio de todos os fenomenos. A obstetricia tem sido uma pratica empirica, querendo resolver uma questão cujos primordios lhe eram desconhecidos. Por isso, ela foi rotineira, entregando-se á operatoria irregular e quasi inconsciente das extrações.

Hoje, o parteiro é fisiologo. Com o continuar da boa orientação, a pratica obstetrica tende a desaparecer. A função parturiente será absolutamente normal, e afóra sem duvida as anomalias constitucionais e morficas de que as gerações bem cuidadas se livrarão, afóra esses casos aberrantes e provisorios que a biotipologia eliminará, não mais se conhecerão distocias e acidentes. O parto será uma função como as outras, dentro do seu tempo e do seu silencio. Ritmo e insensibilidade.

É o capitulo aberto a todos os estudos. Deixemo-nos de novas tecnicas operatorias, novos instrumentos e novas manobras que só ganham com o esquecimento. A noção exata da gravidez é campo extenso para a preocupação pesquisadora. O ciclo evolutivo da gravidez desenrola-se como uma condição especial de função

maxima. O organismo sintetiza um trabalho funcional permanente de todos os seus sistemas, e só o aparelho genital é que integra a sua função intermitentemente. Seria razão para, pelo descanso, exercer ele esta função com mais vigor. No entanto, assim não é, porque no momento da evolução do ovo todo o organismo participa do fenomeno. Todo o organismo da mulher grávida está em fase de reprodução coletiva, nem sempre harmonica porque a miopragia ou a deficiência singular não respondem ao apelo da sinergia.

O problema pois está em conhecer o metabolismo da reprodução generalizada. A fase grávida não passa de um trabalho de queima de residuos. Esta reprodução coletiva cria oportunidades de função exagerada. Todas as substancias que o organismo aproveita para a sua nutrição multiplicam-se para atender ao trabalho funcional coletivo. O problema das trocas organicas, com a base da nutrição celular, resume-se na absorção e na eliminação. Na gravidez, o organismo apura o preparo da absorção em tudo quanto seja capacidade redutora, tendo á frente o aparelhamento endocrino. Ovario, supra-renal, tiroide, hipofise, placenta, mama, estão em super-

atividade. É preciso dosar experimentalmente as trocas nutritivas com as provas da eliminação e da retenção. A hemo-química gravidica, em todas as suas minucias, precisa de um padrão. O trabalho não está feito: o quimio-hemograma da gravidez é pesquisa que se torna indispensavel. Depois, todas as vias de eliminação serão examinadas. Hoje, a uro-química não basta e nem ao menos a copro-química se tentou. E sem a demonstração exáta da eficiencia da capacidade redutora do organismo, ditam-se regras de dietetica empirica.

De que servem os regimes sem a verificação das deficiencias? A dietetica infundada leva na gravidez, não raro, ás discrasias de sintomatologia toxica enganadora. A prova experimental em animais prenhes póde bem calcular o resultado da correção das deficiencias. Não está determinado o efeito da associação endocrina(ovario, epinefro, tiroide, mama, placenta) sobre a redução das substancias proteicas, a queima das gorduras,* a transformação nitríca, o aproveitamento das albuminas. Este estudo cuidadoso abrirá um grande campo de observação de onde sairá o corretivo dos estados miopragicos que tanto perturbam a normalidade gravidica.

A obstetricia não deve ser mais operatoria, e justamente porque o quer ser, mantém-se na sua insignificancia. Ela é presentemente experimental, para ser brevemente fisiologica. A quimica da reprodução restabelecerá a normalidade da parturição. O animal instinctivamente preserva-se do acidente e da distocia; a mulher não, porque a differenciação zoologica cria contingencias perturbadoras para a especie, com a responsabilidade da vida desordenada. Nutrição, trabalho e descanso tomam o aspecto social da extravagancia, fonte da inquietude presente. A obstetricia é arte humana e, si já entrou na veterinaria, foi atravez os animais de preço e de estimação, contagiados, pela convivencia, desta desordem biologica que é o mundo moderno.
