

Therapeutica

Obstétrica

PELO

DR. HUMBERTO CHAVES DE GUSMÃO

*Ex-interno da Maternidade das Laranjeiras (Clinica Queiroz Barros).
De Clinica Cirurgica (Prof. Paes Leme) e da Assistencia Publica do Rio de
Janeiro. Ex-Medico-Interno da "Casa de Saude Dr. Eiras"*

COM UM RESUMO DOS SYMPTOMAS QUE CARACTERISAM AS PRINCIPAES MODALIDADES
OBSTETRICAS E GRAVURAS NO TEXTO



2.^a EDIÇÃO



BENEDICTO DE SOUZA
Rua da Misericordia, 51
RIO DE JANEIRO

1928

Publicações do auctor

- 1.º — *Contribuição ao estudo medico-cirurgico da Molestia de "Heine Medin"* — These — 1915.
 - 2.º — *Saneamento de Joinville* — 1918.
 - 3.º — *Da eclampsia* — in *Folha Medica* n. 11 — 1920.
 - 4.º — *Da gravidez extra-uterina* — in *Folha Medica* ns. 21 e 24 — 1920.
 - 5.º — *A proposito de um caso de eclampsia* — in *Folha Medica* n. 1 — 1921.
 - 6.º — *Infecção puerperal* — in *Folha Medica* ns. 7, 9, 10 e 11 — 1921.
 - 7.º — *Therapeutica Obstetrica* — Manual para uso dos estudantes, com 220 pags. e 56 gravuras no texto — 1921 — 1ª edição (esgotada).
 - 8.º — *Respondendo a uma analyse* — *Folha Medica* — Ns. 11 e 12 — 1922.
 - 9.º — *Therapeutica dos accidentes cardio-gravidicos* — *Therapeutica Moderna* — N. 10 — 1923.
 - 10.º — *Tratamento da placenta previa central* — *Therapeutica Moderna* — N. 2 — 1923.
 - 11.º — *Semiotica Obstetrica* — 277 pags. e 78 gravuras no texto — 1926.
 - 12.º — *Therapeutica Obstetrica* — Manual para uso dos estudantes e medicos — 2ª edição com novos capitulos — 1928.
-

AO

Juiz Chrysolitho Chaves de Gusmão,

MEU IRMÃO E GRANDE AMIGO,

que honrou a JUSTIÇA, dignificou a FAMILIA e elevou
a PATRIA

In Memoriam.

PREFACIO DA 1ª EDIÇÃO

“Quer a sciencia os factos passados e repassados na joeira da critica, e ainda os menores, todos somos livres de entrar na lide com a parcella da nossa razão”.

ALOYSIO DE CASTRO.

A falta, entre nós, de um manual de “*Therapeutica Obstetrica*”, no qual estejam condensadas noções praticas que facilitem o exercicio da arte tocologica, deve, naturalmente, justificar, em parte, a apparição deste modesto trabalho.

Publicando-o, não visamos sinão a utilidade aos nossos illustres collegas e aos estudantes de medicina, entregando-lhes um RESUMO em que se encontrem reunidas e descriptas, de modo pratico, as verdadeiras indicações da therapeutica do parto natural ou dystocico.

Não se cuidando de um verdadeiro “*Tratado de Therapeutica Obstetrica*” e, tão sómente, de noções praticas sobre os factos mais communs da clinica especializada, é natural que se não encontrem aqui todos os casos, assim como os que constituem raridade em nossa vida profissional.

A critica, si a merecer, poderá estimular a quem só guardou um objectivo — ser util, de algum modo, aos que se iniciam na ardua tarefa de ser medico.

Si assim acontecer, é possível que, de futuro, si nos sobrarem forças, possamos completar o muito que aqui vae de incompleto e, quiçá, de imperfeito.

Lançada a semente, bôa ou má, que outros de maior valia a cultivem e colham melhor fructo.

Opiniões sobre a 1.^a edição

“Com a vossa carta de 20 de Outubro ultimo, tive a honra de receber um exemplar da “Therapeutica Obstetrica” que tivestes a gentileza de me enviar. Li o vosso precioso trabalho com a devida attenção e vos felicito pela bella synthese que fizestes, num livro util ao medico que, em o meio que exerce a profissão, não pode cingir-se a uma especialidade; util tambem aos estudantes, que encontram nelle um repositorio de ensinamentos praticos que muito lhes facilitam a aprendizagem”.

(Prof. DR. VICTOR DO AMARAL — Da Faculdade de Medicina do Paraná).

“Não quero demorar os meus commovidos agradecimentos pela sua amabilidade, offerecendo-me um exemplar da “Therapeutica Obstetrica” em cujo portico sua generosa amisade collocou o meu nome. E’ uma nova prova de apreço com que V. me distingue e que muito me penhora, vendo-me assim lembrado de meu antigo e querido discipulo, hoje meu digno e illustre collega. Do valor do seu livro outros dirão com a competencia de especialistas, reconhecendo nessas paginas o clinico ahi tão brilhantemente revelado. Acceite, pois, meu caro amigo, as minhas effusivas felicitações e os votos que faço pelo venturoso exito da sua carreira, tão auspiciosamente iniciada’.

(Prof. ALOYSIO DE CASTRO — Da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro).

“O apparecimento de uma obra medica nacional, já não é, felizmente, um acontecimento; todos os dias a nossa litteratura mais se enriquece, o que é um indicio do nosso adiantamento scientifico e, principalmente do ardor com que as novas gerações procuram demonstrar o nosso valor e a nossa cultura.

A Therapeutica Obstetrica que acaba de ser dada á lume é um livro cuja importancia se avalia do seu proprio titulo. Ainda ha muitos poucos annos o medico brasileiro era obrigado, para os misteres da pratica profissional, a recorrer exclusivamente aos manuaes estrangeiros. Hoje, felizmente, já nos não obriga a necessidade a appellar para taes elementos extranhos, por nos sobrarem na litteratura patricia os melhores recursos de aprendizagem.

Na Therapeutica Obstetrica o A. expõe com clareza e minucia todos os problemas que o assumpto comporta; dando-lhes a solução racional e efficaz, tudo de accordo com as nossas observações e com as particularidades do meio. O livro do Dr. Humberto Gusmão é, como se vê, um esplendido auxiliar dos que se dedicam á obstetricia, merecendo, por isso, as preferencias dos especialistas”.

(Jornal dos Clinicos — Rio — Anno II — n. 21 — 1921).

“Este distincto collega enviou-nos um interessante volume de sua lavoura. Trata-se de um livro escripto em linguagem clara e concisa, e onde se encontram resumidas todas as noções precisas para se exercer conscienciosamente a arte tocológica. Esse trabalho merece ser acolhido com toda a sympathia pelos clinicos do Interior e pelas parteiras, que nelle encontrarão um repositório capaz de tirar-lhes de serias difficuldades. Dando parabens ao Dr. Humberto Gusmão pelo seu novo livro, pedimos que continúe a enriquecer a nossa litteratura scientifica de estudos eguaes ao que analysamos, que se recomenda pelo criterio e seriedade com que foi escripto”.

(M. I. — ‘Archivos de Biologia’ — S. Paulo — 1927).

PREFACIO DA 2.^a EDIÇÃO

Quando nos animámos a publicar o Manual de Therapeutica Obstetrica estavamos longe de suppor que, ao fim de poucos annos, a obrigatoriedade de uma 2.^a edição se impuzesse. O nosso intento foi collimado e não só a culta classe medica, senão tambem a estudiosa mocidade academica do nosso paiz, deram-nos o seu valioso apoio esgottando os exemplares da modesta obra que publicámos.

Ficámos na obrigação de contribuir, na medida de nossas forças, com a ampliação do livro, corrigindo-lhe os defeitos e aparando os senões que o enfejavam e reformando os capitulos.

A 1.^a edição era um resumo do que mais commumente se encontra na clinica. Notámos, porém, que uma remodelação deveria soffrer a 2.^a edição. E foi o que fizemos. Additamos uma parte concernente á symptomatologia indispensavel ao conhecimento das modalidades clinicas que havemos de tratar.

Outros capitulos foram tambem acrescentados e procurámos dar uma feição pratica a todos elles.

As gravuras tornaram-se mais nitidas em virtude de ser este livro impresso em papel assetinado.

Os estudiosos da Obstetricia dirão si collimámos o que aspirámos — entregar um livro de facil manuseio e de consulta rapida.

O AUCTOR.

Rio, 1928.

Emendas principaes

Antes de entrar este livro na circulação, já lhe notámos falhas typographicas como troças, omissão ou accrescimo de lettras. São communs esses erros nos trabalhos de *linotypia* porque, si o auctor corrige uma palavra, vae o typographo, por falta de attenção, trincar outra que estava certa. São poucos, todavia, e o leitor attento os corrige automaticamente.

As figuras das paginas 140 e 142 estão com a numeração truncada. Leia-se figura 28 e 29. A da pagina 272 está em posição invertida, ficando as mãos do parteiro para baixo.

() AUCTOR.

Agosto de 1928.

INDICE GERAL

INDICE GERAL

Capitulos:	Pags.
Diametros da pelve	3
Pelvimetria	3
Pelvimetria externa	8
Pelvimetria interna	18
Avaliação da conjugata vera	22
Pelviciação	26
Cuidados á gestante	32
Cuidados á parturiente	41
Cuidados ao recém-nascido	65
Ptyalismo	80
Vômitos simples	81
Vômitos incoercíveis	83
Prurido vulvar	96
Prurido generalizado	98
Herpes gestationis	100
Albuminuria gravidica	101
Eclampsia	104
Infecção puerperal	120
Prenhez ectopica	139
Rupturas do utero	150
Aborto	159
Prenhez gemellar	169
Affecções uterinas e anesias	173
Phlebite puerperal	180
Perturbações nervosas	184
Infecções no curso da gravidez	189
Placenta previa	196
Rigidez do collo	210
Inversão uterina	211
Anemia aguda	216
Rupturas do collo	218
Inercia uterina	221
Choque obstetrico	228

Capitulos:	Pags.
Pyelite gravidica	230
Hemorrhagias do delivramento	232
Procidencias de membros	237
Procidencia de cordão	240
Ruptura artificial do bolso d'aguas	244
Mola hydatiforme	245
Cesariana vaginal	249
Cesariana abdominal	257
Embryotomia	268
Hebotomia	277
Syne physeotomia	284
Dilatadores do collo	285
Apresentações de occiput	291
Apresentações de face	298
Apresentações de frente	303
Apresentações podalicas	305
Apresentações transversas	315
Forceps	322
Manobras obstetricas	341
Manobra de Credé	341
" " Mauriceau 312, 313 e	342
" " Tarnier	343
" " Couder	344
" " Jacquemier	344
" " Schatz	345
" " Pinard	345
" " La-Chapelle	345
" " Ritgen	346
" " Olshausen	346
" " Deventer Müller	346
" " Prague	346
" " Mauriceau invertida	346
" " Tan Huevel	347
Versão	347
Posições obstetricas	357
Formulario obstetrico	360

DO MESMO AUCTOR

Semiotica Obstetrica — Manual com 282 paginas e 78 gravuras no texto — 1ª edição, 1926 — Rio

Opinião do Prof. Faustino Trongé — Cathedratico de Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina de Buenos Ayres (Argentina):

“Meu presado colega — Agradeço-lhe muitissimo a remessa do seu libro utilissimo “Semiotica Obstetrica”, obra que enche um grande vasio e que justamente tão necessaria era para aprender a obstetricia. Na “Semiotica Obstetrica” tanto o medico como o discipulo encontram capitulos muito interessantes e que são tratados de uma maneira sobria, precisa e clara, estando de accordo com os ultimos adeantos da ciencia.

A sua obra aparta-se das descrições historicas largas e cansadoras, assim como tambem das teorias discutidas e discutiveis, sendo uma obra enormemente pratica. Obras, assim, honram o seu auctor e a sua patria de origem, elevando bem alto o nome da “Obstetricia brasileira” sendo V.ª um dos seus mais fortes campeões para orgulho do Brasil e da ciencia americana.

Receba, pois, meu querido collega as minhas mais sinceras felicitações e já sabe que fico neste pais completamente as suas **ordens**.
Buenos Ayres, 10-8-1926.”

CESARIANA VAGINAL

A *cesariana vaginal* é indicada toda vez que não se consegue dilatar o collo uterino pelos processos communs (Bonnaire, Champetier de Ribes, etc.), é que se torna necessaria a extracção do producto da concepção.

Após varias technicas propostas, DUHRSEN conseguiu simplificar o processo e descreve-lo minuciosamente, estabelecendo as suas verdadeiras indicações. E' pela sua simplicidade uma intervenção seductora e amplamente indicada nos casos de rijeza do collo (infiltrações cancerosas, cicatrizes antigas, affecções syphiliticas), ou quando antes do trabalho de parto ha indicações para terminação rapida do parto (eclampsia, affecções pulmonares ou cardiacas, etc.).

Toda vez que houver contra-indicação para extracção do féto pelas vias naturaes (féto volumoso, estreitamento absoluto da pelve, etc.), a cesariana vaginal não deve ser praticada.

TECHNICA. — Após os cuidados necessarios de asepsia da região, collocaremos a parturiente em posição gynecologica e esvasiaremos a bexiga. A anesthesia será geral, si bem que alguns preferam a local pelas injecções, na região vaginal e collo uterino, de soluções de novocaina e adrenalina. Nos casos de eclam-

psia deveremos administrar o ether ao em vez do chloroformio, porque sabemos quanto este é nocivo á cellula hepatica e ao emmuntorio renal.

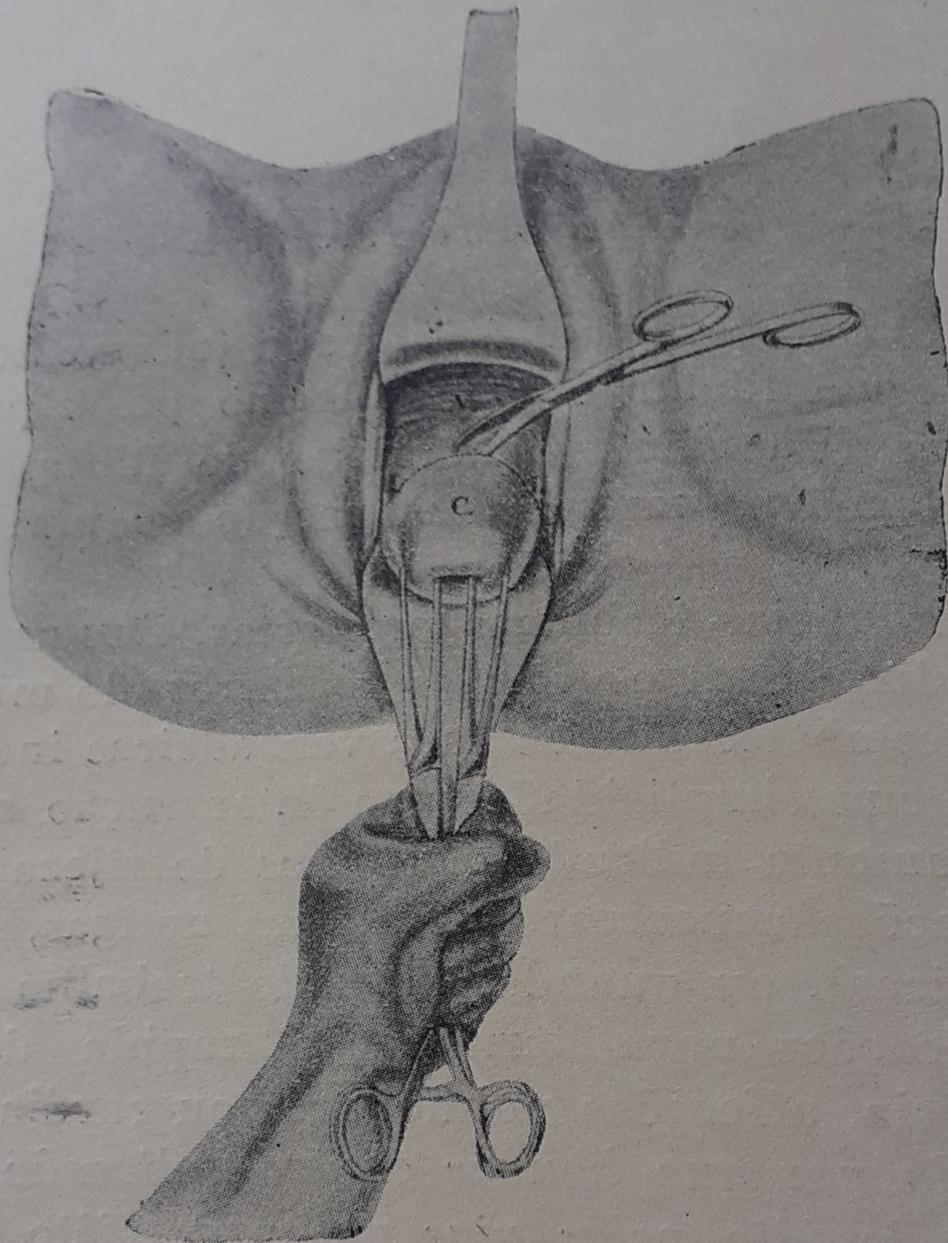


Fig. 39

Incisão transversal do fundo de sacco anterior (abaixo da prega vesical)

Instrumental cirurgico:

- 1 Bisturi
- 1 par de tesouras rectas
- 1 par de tesouras curvas
- 1 pinça de disecção

- 2 pinças de Museux
- 1 pinça de curativo uterino
- 1 agulha de Reverdin (curva)
- 1 agulha de Emmer
- Agulhas de Aggdorn
- 2 valvas

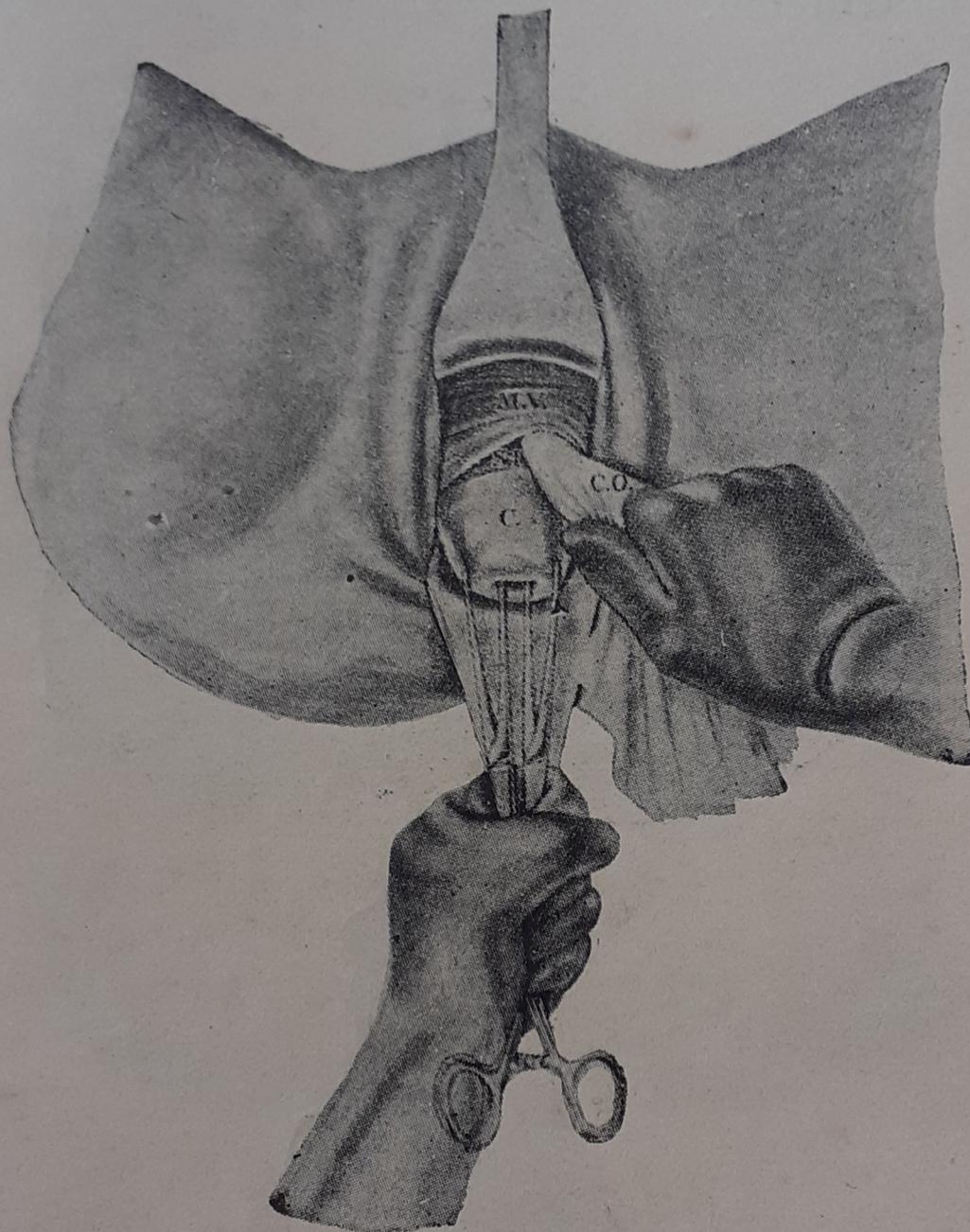


Fig. 40.

Descollamento do fundo de sacco anterior (em toda a altura do collo)

- 1 especulum
- Fios de catgut n. 2
- Fios de sêda n. 3
- Crina de Florença
- Gaze, algodão, etc., e o necessario para curativos.
- Prepara-se o material obstetrico (forceps, laços, ligaduras do cordão etc.).

Com duas valvas (typo Werneck) collocadas na parte anterior e posterior da vagina, descobri-los-hemos; pinças de Museux ou tira-bala adaptadas às partes lateraes, farão tracção sobre elle, abaixando-o sufficientemente.

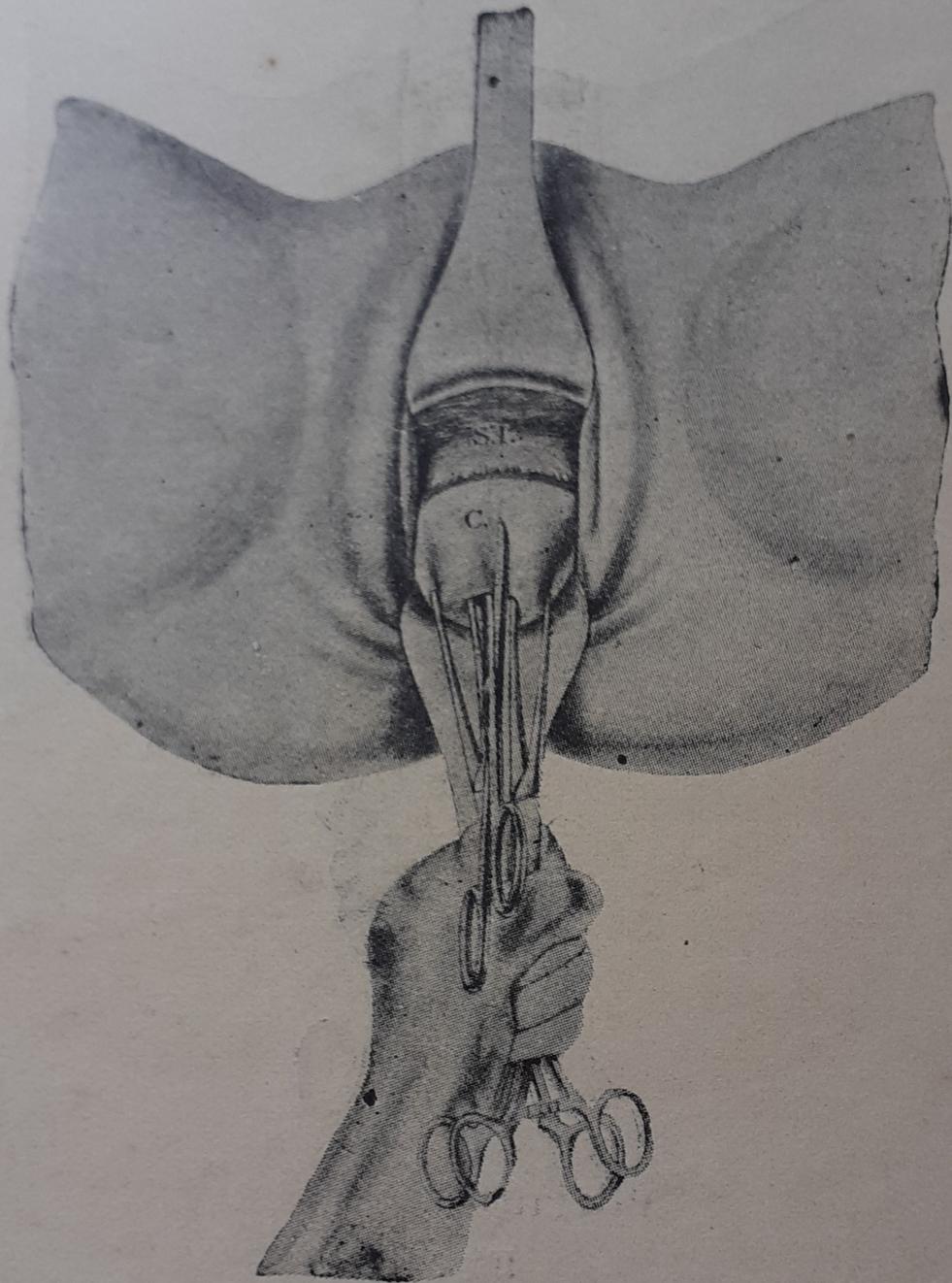


Fig. 41

Secção do collo sobre a linha mediana e parte anterior (a bexiga é isolada por uma valva ou afastador)

Praticaremos com o bisturi ou tesoura uma incisão transversal acima do fundo de sacco anterior (*colpotomia anterior*) e com o indicador envolvido

em uma compressa de gaze esterilizada, procederemos ao descollamento da parede vaginal até o fundo de sacco vesico-uterino; a valva anterior será collocada de modo a separar completamente o utero da parede vaginal descollada; não nos resta agora sinão

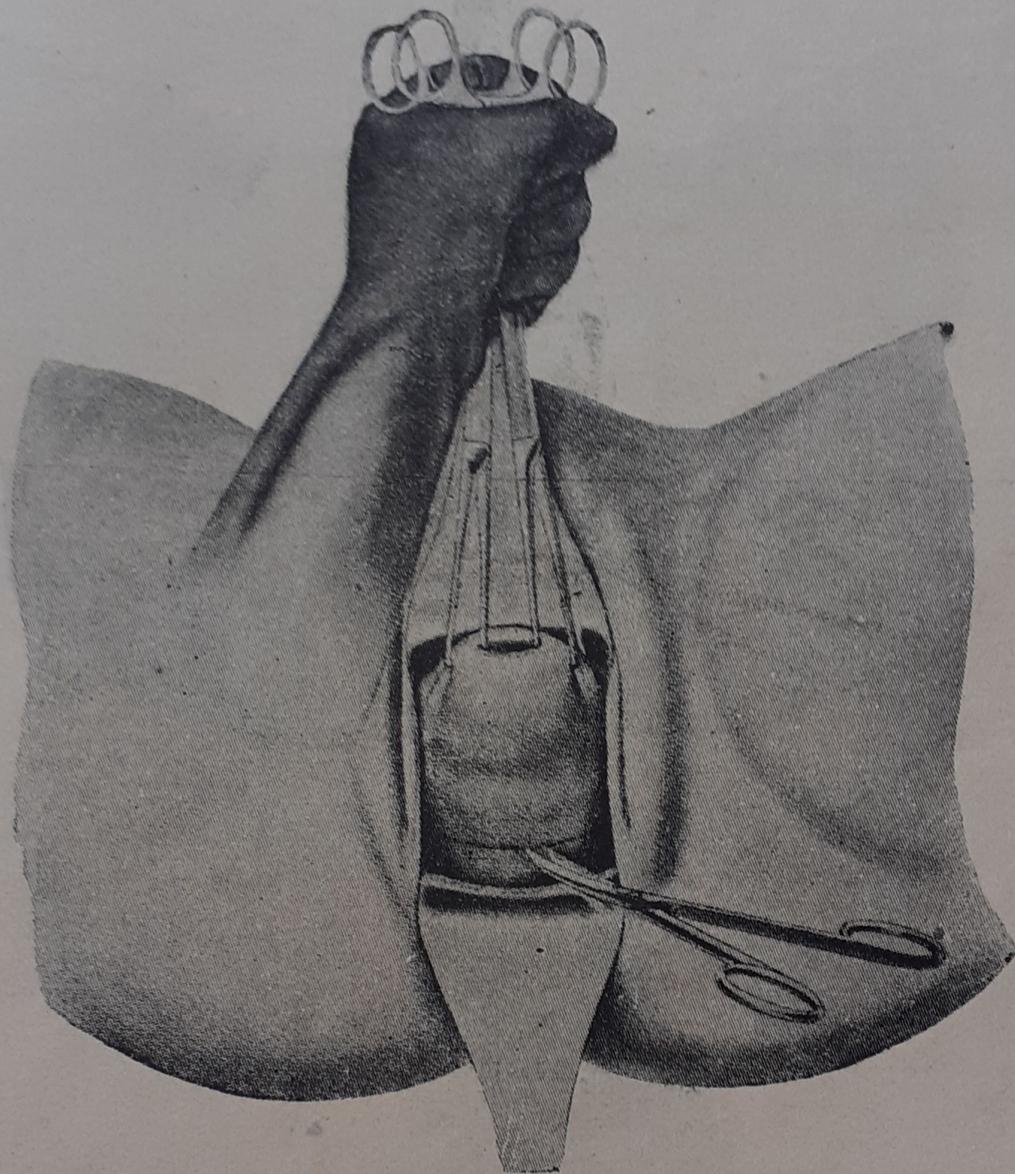


Fig. 42

Incisão transversal e descollamento do fundo de sacco posterior

incisar, sobre a linha mediana, o collo uterino ou melhor, o segmento inferior.

Em alguns casos esta incisão anterior é sufficiente, quando se trata de fêto pequeno, para a terminação do parto. Si, porém, não fôr bastante, praticare-

mos a mesma cousa sobre a parede posterior (*colpotomia posterior*). Com as pinças collocadas sobre os labios da incisão anterior, levaremos o collo para cima e para diante; praticaremos a incisão com o bisturi e descollaremos a parede vaginal até o fundo de

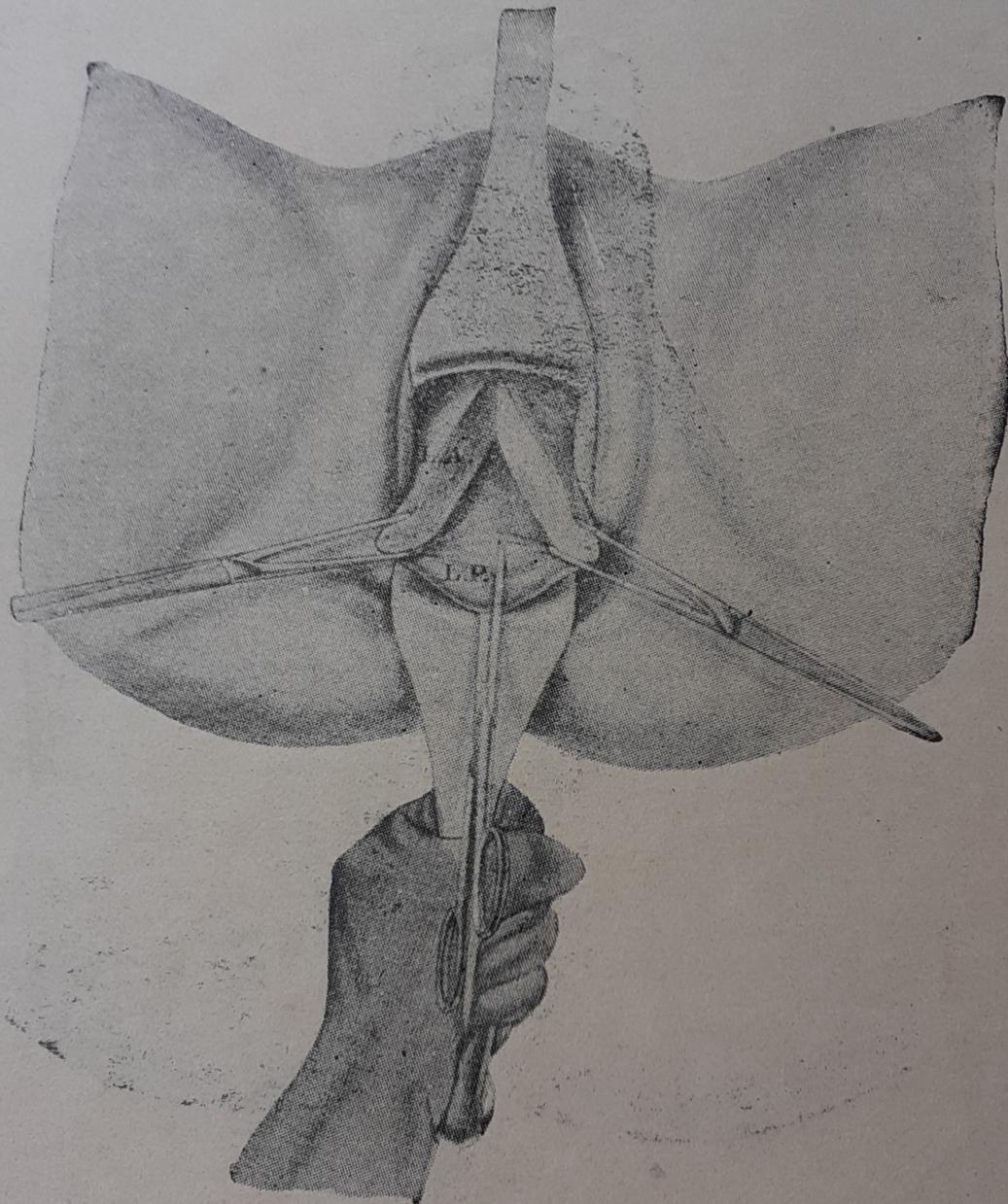


Fig. 43

Secção da parte posterior do collo sobre a linha mediana

sacco de DOUGLAS; uma incisão sobre a linha mediana do segmento inferior do utero completará a operação. A extracção do feto, praticada com prudencia, dada a possibilidade de ruptura, será feita por meio da versão ou applicação do forceps.

Terminado o parto, procederemos á sutura das incisões praticadas na parte anterior e posterior com "cat-gut" n. 1 ou 2, coaptando convenientemente os labios da ferida; collocaremos um dreno na incisão anterior, isto é, entre a parede vaginal e a uterina.

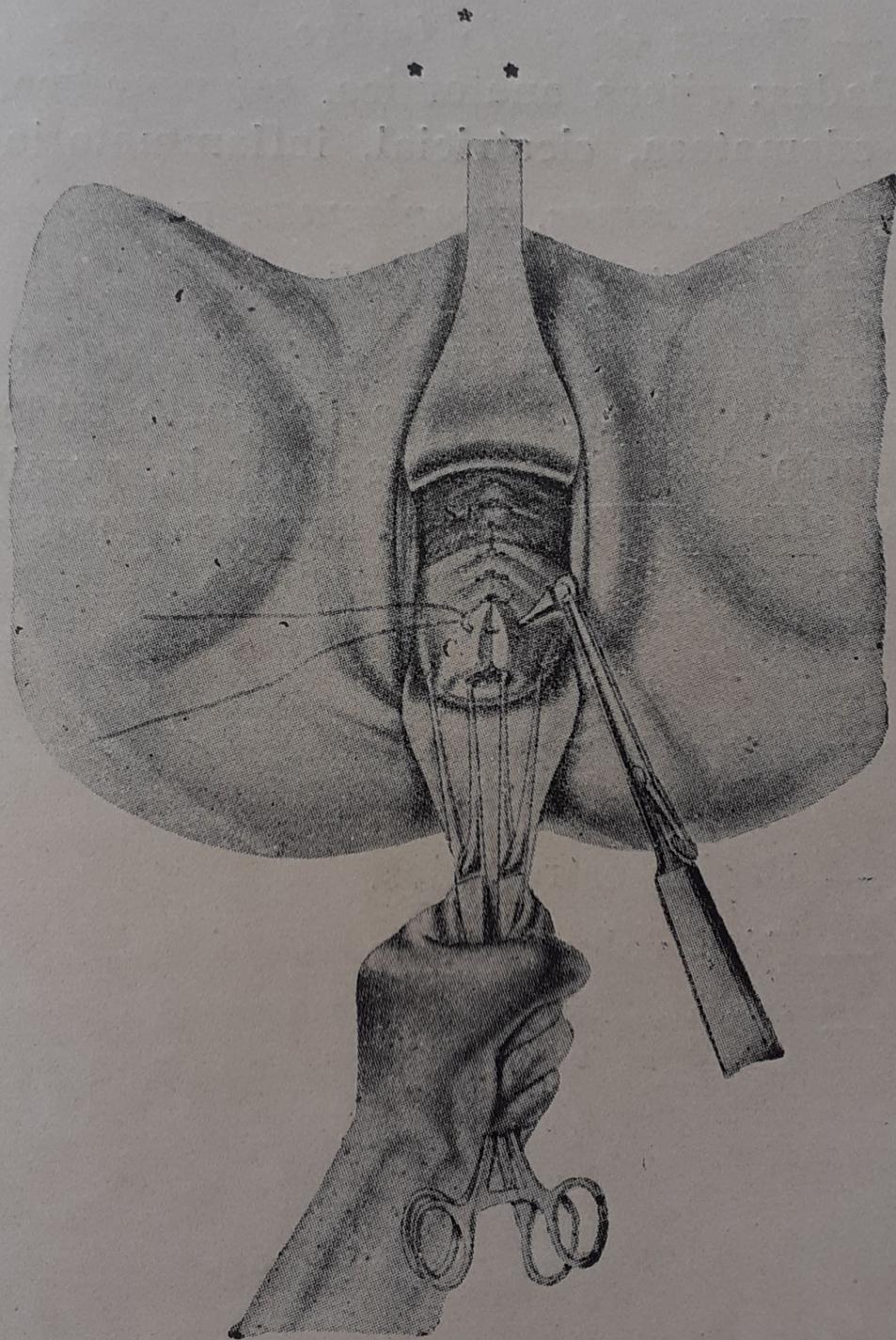


Fig. 44

Sutura do collo após a evacuação do utero

Cuidados post operatorios — No fim de 24 horas retiram-se os tampões, caso tenhamos feito o tampo-

namento. Os drenos permanecerão por 4 a 5 dias. No 8.º dia extrahimos os pontos.

INDICAÇÕES — Constituem indicações para a pratica da cesariana vaginal de Dührssen:

- 1.º — *Rijeza do collo* (sobre qualquer de suas modalidades: rijeza anatomica, espasmodica, pathologica, edematosa, cicatricial, inflammatoria).
- 2.º — *Carcinomas, neoplasmas, myomas, etc.*
- 3.º — *Hypertrophia do collo.*
- 4.º — *Em todos os casos em que houver necessidade absoluta de terminação do parto ou extracção do producto da concepção (eclampsia, vomitos incoerciveis, affecções nervosas, cardiacas ou pulmonares), e em que os meios conhecidos de dilatação não dão resultado.*

CONTRA-INDICAÇÕES:

- 1.º — *Bacias estreitadas.*
- 2.º — *Féto volumoso.*
- 3.º — *Hydrocephalia.*

CESARIANA ABDOMINAL

A CESARIANA CLASSICA ABDOMINAL OU HYSTEROTOMIA vae sendo victima dos mesmos exaggerados conceitos de que se resente a medicina em geral.

Proposta para aquelles casos, em que o parto não é possível pelas vias naturaes, ella hoje já procura afastar o forceps, o craneoclasta, a versão, a pubiotomia, não respeitando os seus entusiastas as suas verdadeiras indicações.

Si dispomos de outros meios para a extracção do fêto e que não apresentam para a parturiente os perigos advindos de toda e qualquer laparatomia, apesar da technica que se exige em casos taes, si podemos extrahir o producto da concepção pelos meios propriamente obstetricos, sem expôr a mulher gravida aos graves perigos de uma peritonite, por que razão vamos recorrer á intervenções que exigem technica especial, optimos auxiliares e clinica convenientemente installada?

Não se pratica uma cesariana em clinica privada, sem auxiliares em quem possamos depositar inteira confiança, sem recursos para qualquer eventualidade e sobre a ameaça constante de infecção uterina ou pe-

ritoneal, a não ser que a *vida da paciente* a isto nos obrigue. A cesariana é intervenção para as Maternidades ou Casas de Saude; o meio familiar contra-indica, *em parte*, a sua pratica.

E' facto hoje acceito por quasi todos os obstetras de que só existe uma indicação para justificar a cesariana abdominal, isto é, será praticada toda vez que pelas vias naturaes, pelos meios obstetricos, não fór possivel a extracção do producto da concepção.

Assim, pois, toda a vez que não possamos intervir com o forceps, com o craneotomo, toda vez que o objecto da parturição não puder ser extrahido pela versão, pela pubiotomia, a *cesariana classica abdominal* será a intervenção de que lançaremos mão.

São condições necessarias:

- 1.º — Que o fêto esteja vivo.
- 2.º — Que não haja infecção.
- 3.º — Que o bolso d'aguas esteja intacto.

Constituem indicações absolutas:

- 1.º — *Hemorrhagias retroplacentares nos casos de collo impermeavel, estreitamento absoluto da pelve.*
- 2.º — *Hydrocephalia.*
- 3.º — *Tetania uterina.*
- 4.º — *Retracção do anel de BANDL.*
- 5.º — *Neoplasias do collo; atresias do collo ou da vagina (scleroses ou aplasias). Alongamento hypertrophico do collo.*
- 6.º — *Rupturas do utero.*
- 7.º — *Placenta previa central.*

Indicações relativas:

- 1.º — *Placenta prévia marginal ou lateral* (excepcionalmente).
- 2.º — *Eclampsia complicada de vicio pelvico.*
- 3.º — *Apresentações transversas* (quando impossível a versão ; quando haja estreitamento pelviano).



Fig. 45

Exteriorização e incisão do utero.

4.º — *Bacias medianamente viciadas* (*bacias limites de PINARD*).

5.º — *Procidencias irreductiveis de membros.*

Não consideramos, porém, as apresentações trans-

versas ou obliquas, a placenta prévia, a eclampsia, como indicações absolutas para que se pratique a cesariana. Ellas só constituem indicações quando *complicadas* de estreitamento da pelve, tetania ou inercia uterina, ou quando ha urgencia na extracção do feto, porque, desde que os diametros da bacia permittam a passagem do producto da concepção e o estado de

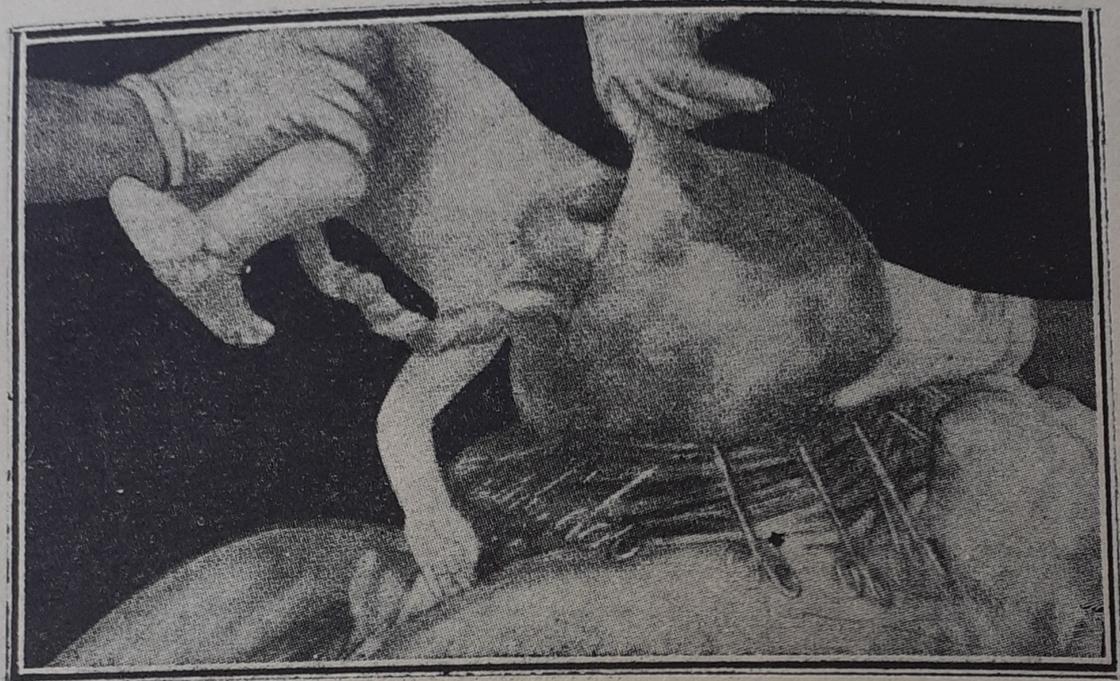


Fig. 46

Extracção do feto

contracção uterina não contra-indica a sua extracção, si a vida de ambos os sêres não corre perigo com a applicação dos meios obstetricos, o parto sendo possível, a cesariana não será indicada. Penso que na placenta prévia central, a *cesariana classica* é o meio mais seguro de garantia das duas vidas.

Si a *cesariana* tem por fim salvar sempre as duas vidas, não se póde admittir que a pratiquemos nos casos de feto morto, a menos que se trate de um utero tetanizado ou pelo menos com retracção do annel de

BANDL — caso em que qualquer outra intervenção é absolutamente contra-indicada.

O estado de tetania não permite a extracção do feto pelos meios obstetricos.

A infecção uterina constitue a segunda *contra-indicação relativa* da cesariana, porque arriscamos infeccionar o peritoneo pela abertura do fóco infectado. Como toda laparatomia, ella exige asepsia rigorosa; além disso o liquido amniotico septico cahindo sobre a incisão uterina, além de provocar a peritonite, evita que se dê a cicatrização por primeira intenção. Nesses casos, a operação que a substitue é a de PORRO ou a hysterectomia supra vaginal.

Consideramos a infecção uterina *contra-indicação formal* para a pratica da cesariana, e nesses casos só consideramos operação indicada quando o canal pelviano não der, “em absoluto”, passagem ao feto. Isto é, quando a applicação do forceps, da versão, da pubiotomia, da craneotomia, não fôr viavel e mesmo “radicalmente” *contra-indicada*, só nesses casos, em havendo mesmo infecção poderemos tentar o parto cesareo. O prof. F. MAGALHÃES, grande e apaixonado entusiasta da cesariana, não encontra *contra-indicação* para a operação e já chegou mesmo a proclamar “as excellencias e vantagens da operação cesariana: “cheguei a formular, talvez hyperbolicamente, a previsão de uma época em que o parto seria natural ou cesario”. “Não vejo *contra-indicação* para a operação cesariana tardia, nem na elevação da temperatura da paciente, nem na infecção da cavidade uterina. Quando, pois, fizer uma operação cesariana, só não a farei conservadora si o tecido uterino, pela sua fragilidade, não comportar a constricção do fio de sutura”. —

Alguns parteiros adoptam hoje a pratica da cesa-

riana *tardia*. O professor FERNANDO MAGALHÃES usa proteger a cavidade peritoneal com o auxilio de dois lençoes de *caoutchouc*, cada qual com um metro de comprimento por 40 centímetros de largo. Extendem-se longitudinalmente sobre o utero depois de exteriorisado, e adaptados á elle por meio de um anel resistente elastico.



Fig. 47

Expressão do utero após a extracção do fêto.

“Todo este trabalho meticoloso de proteger a cavidade abdominal com compressas e com o lençol impermeavel antes de abrir o utero, basta para resguardar o peritoneo da contaminação durante o acto cirurgico”. (F. MAGALHÃES).

E' essa uma pratica que aconselhamos e que, realmente, dá optimo resultado na protecção do peri-

toneo. Toda vez, pois, que o feto não possa ser extraído pelas vias naturaes a cesariana será praticada, mesmo que tenhamos diante de nós uma infectada. Nesses casos tomaremos todas as precauções deixando um dreno calibroso (n. 45 ou 55) com escoamento pela vagina.

A ruptura do bolso d'aguas constitue outra contra-indicação, si bem que o accôrdo não se haja firmado a tal respeito. "A integridade das membranas é um excellente ponto de reparo; grande numero de parteiros não expõem uma mulher cujo ovo esteja aberto ha mais de 5 ou 6 horas aos riscos de uma intervenção. Apesar dos successos obtidos, é preciso parcimonia nessas intervenções, que AUDERERT tem justamente chamado de *arriscadas*" (1).

Si, pois, a ruptura do bolso d'aguas não constitue contra-indicação formal e absoluta, si podemos praticar a *cesariana* nos casos de bolso d'agua já aberto ha algumas horas, comtudo, devemos considera-la como contra-indicação relativa e a intervenção operação de excepção.

As contra-indicações formaes do *parto cesareo* estão contidas em sua propria definição, e si, pois, elle é praticado toda vez que pelos meios obstetricos não é possivel a extracção do objecto da parturicção, conclue-se, naturalmente, que nos casos em que o parto se póde dar por via natural, a *cesariana* não tem indicação.

TECHNICA. — Necessitamos de dois auxiliares, além de alguém que se encarregue da reanimação e dos cuidados ao feto. A parede abdominal será rigo-

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES — Op. cit., pag. 1300.

rosamente ensaboada e desinfectada com tintura de iodo e alcool. Emfim, os cuidados geraes a qualquer laparatomia.

Incisadas a parede abdominal (incisão de 20 a 25 centímetros), sobre a linha mediana, e o peritoneo, cahimos sobre o utero. Alguns auctores costumam não fazer a exteriorisação e praticam a incisão "*in situ*", mas apresenta esse modo de proceder, segundo a opinião de COUVELAIRE, o inconveniente de "tornar difficil a protecção da cavidade peritoneal contra os liquidos que se escoam da cavidade uterina depois da hysterotomia (sangue, liquido amniotico, meconeo). Essa innundação é, naturalmente, pouco perigosa si o conteúdo do ovo é aseptico. Mas por pouco que elle seja infectado, corremos o risco de uma peritonite diffusa" (1).

Assim, pois, antes de incisar o utero, procederemos á sua exteriorisação, que é geralmente facil e deve ser praticada sem violencia. No caso da incisão abdominal ser pequena, poderemos prolonga-la. A cirurgia moderna, a verdadeira cirurgia, não deve ter preocupações de pequenas incisões; os perigos de eventração são afastados si conseguirmos uma sutura forte de todos os planos e uma cicatrisação por primeira intenção.

Exteriorisado o utero, collocaremos a paciente em posição de TRENDELENBURG (2), e a parte superior

(1) COUVELAIRE — "Introduction á la Chirurgie Obstétricale" — Pag. 92.

(2) As vantagens da posição de TRENDELENBURG são notaveis. Póde-se mesmo colloca-la antes da exteriorisação do utero, como faz BAR, que assim se expressa: "antes de 1903 eu operava sempre a mulher na posição horizontal. A comunicação de Pestalozza ao Congresso de Budapesth (1909) convenceu-me das vantagens da posição de TRENDELENBURG,

da incisão fechada provisoriamente por uma ou duas pinças de pressão. Faremos, a “alguns dedos acima da zona recoberta pelo peritoneo descollavel”, uma incisão sufficiente para introduccão dos dedos (medio e indicador), e que servirão de guia para o prolongamento da incisão, atravez da linha mediana até o fundo do utero. Essa secção será feita com tesoura. Terá a extensão de 20 centímetros mais ou menos; cahimos immediatamente sobre o ôvo, si a incisão não atravessou as membranas, ou sobre o fêto.

Não teremos agora senão a *extracção do fêto*, que não apresenta, geralmente, difficuldade. No caso da incisão ser pequena ou haver retracção da parêde do utero, prolongaremos mais para cima, de modo a dar passagem franca ao corpo do fêto, que será trazido pelos pês. “Si a incisão é insufficiente ou si a retracção da parede a diminuiu, nada mais facil do que prolongar para o fundo...; a incisão complementar, uma vez praticada, um dedo rapidamente collocado na bocca do fêto flecte a cabeça e a desprende, imitando a manobra de MAURICEAU para extracção da cabeça derradeira no parto de nadeга” (COUVELAIRE).

Si, ao contrario, a cabeça estiver encravada no segmento inferior, o prolongamento da incisão será nesse sentido.

Praticada a extracção do fêto, procederemos ao *descollamento* da placenta e das membranas, afastando-se com uma das mãos a parede uterina, emquanto que a outra mão encontrará facilmente o plano de cliagem. Esse descollamento poderá ser feito com uma compressa de gaze.

e desde dahi eu pratiquei 46 operações collocando a mulher nessa posição; não tenho do que me queixar”. — Op. cit., pag. 956.

Esvaziado completamente, o utero entra immediatamente em contracção, si bem que possamos encontrar um certo gráo de inercia. A hemorragia não nos deve impressionar; collocaremos compressas de agua fervida, quente, procurando introduzi-las no interior da cavidade, procedendo-se, dest'arte, a um verdadeiro tamponamento; um auxiliar applicará uma injeccão de pituitrina, que é preferível seja endovenosa. Na falta da pituitrina, lançaremos mão da *adrenalina* ou *ergotina* (1).

Póde-se pratica-la no proprio tecido uterino.

E' de vêr, então, alguns minutos após, o utero se contrahir, facilitando desta sorte a hemostase e a *sutura da incisão*, que será praticada com um fio de seda (COUVELAIRE, BAR), attingindo toda a parede, excepto a mucosa. Serviremos da agulha de REVERDIN (curva), ou de AGGDORN (curva).

Quanto á drenagem, achamos que deverá ser systematicamente praticada, principalmente quando se opera em utero infectado. No fim de dois ou tres dias poderemos, si se applicou a mecha de gaze, conforme o conselho de BAR e COUVELAIRE, retira-la.

Devemos dar preferencia ao dreno de borracha ou metallico (por via vaginal), porque garante melhor a drenagem.

Terminada a sutura da parede do utero, procederemos á do peritoneo e parede abdominal; o peritoneo em sutura continúa com "cat-gut"; os planos aponevroticos e musculares, tambem com "cat-gut",

(1) BAR aconselha a injeccão no inicio da operação; "eu vos aconselho fazer, no começo da operação, uma injeccão sub-cutanea com XX gottas da solução de ergotina de YVON". Preferimos, porém, a pratica de COUVELAIRE após a extracção do fêto e da placenta. Esse modo de proceder é o de quasi todos os parteiros nacionaes.

mas separados. O plano cutaneo será suturado com crina de Florença ou com agrafes de MICHEL.

Convém sempre praticar o reforço da parêde ou com dois fios grossos de crina de Florença ou com fio metallico (bronze). Tres pontos de reforço apanhando os planos muscular, aponevrotico e pelle, são o sufficiente para evitar as *eventrações*.

O peritoneo só será drenado quando se tiver intervido em um utero infectado ou quando verificarmos que sobre a cavidade peritoneal, cahiu liquido amniotico ou certa quantidade de sangue.

Si tudo corre bem, no fim de 8 a 10 dias retiraremos os pontos.

EMBRYOTOMIA

As *embryotomias* dividem-se em: *cephalicas*, *cer- vicaes*, *rachianas* e *thoracicas*.

As *cephalicas* bifurcam-se em:

1º — *craneoclasia*.

2º — *basiotripsia*.

1º — **A craneotomia** (*craneoclasia*), é a opera- ção que tem por fim diminuir os diâmetros da cabeça

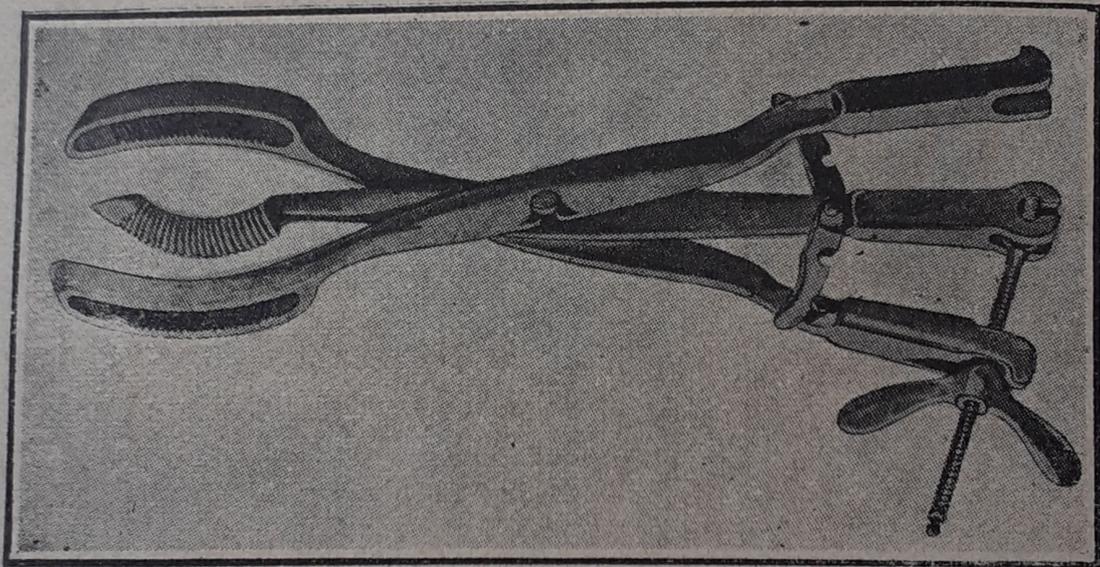


Fig. 48

Craneoclasta de Auvard

toda vez que houver *dystocia fetal* ou *materna*. Isto é, a *craneotomia* é praticada nas cabeças volumosas (*hydrocephalia*), e nas bacias medianamente estreiti-

tadas, ou nos casos em que ha desproporção dos diâmetros de uma e de outra. Eis ahi, em suas linhas geraes, e dentro da propria definição, as indicações da *craneoclasia*.

Tem-se procurado demonstrar que essa intervenção obstetrica só deverá ser praticada nos casos em que o fêto esteja morto, pois se não pôde admittir um feticidio intra-uterino, desde que tem a creança os mesmos direitos de vida quanto os tem a parturiente. Não pensamos desta fórma e ha casos em que, apesar de ter a creança ainda vida, e havendo indicações formaes e absolutas para a terminação operatoria do parto, somos forçados, e nós não hesitamos em fazê-lo, a intervir em *beneficio* da mãe.

Os adeptos da cesariana classica abdominal appellam para esta intervenção nos casos de fêto vivo, como se fosse possivel pratica-la em qualquer meio baldo de recursos e sem as garantias que esta intervenção exige. Esperar que o fêto succumba para praticarmos a *craneoclasia*, é o mesmo que mata-lo indirectamente pelo abandono de meios outros que poderiam, talvez, salva-lo.

Si o meio em que agimos, os recursos de que dispomos na occasião, não nos permittem uma cesariana, seremos obrigados a praticar a *craneoclasia*, mesmo em fêto vivo, em beneficio da parturiente.

Dir-se-ha, si temos a *pubiotomia* para os casos de bacias estreitadas e fêto vivo, por que razão iremos praticar uma operação que importa no feticidio? E' preciso que se note, porém, que a *pubiotomia* só poderá ser praticada quando o estreitamento pelvico não fôr notavel, porque sabemos que esta intervenção consegue, apenas, um augmento de dois centímetros no diametro "conjugata vera".

Desta sorte, não devemos expôr á parturiente aos perigos de uma intervenção que, muita vez, não dá resultado satisfatorio, porque, após algumas tracções infructiferas de forceps, somos obrigados a praticar a *craneoclasia*, sem o que a extracção do fêto não será possível.

Tudo dependerá, naturalmente, de circumstancias especiaes e a regra geral que domina em obstetricia é que toda intervenção terá sempre o duplo fim de salvar a mãe e o fêto. Circumstancias especiaes, porém, obrigam-nos, muita vez, a sacrificar uma em beneficio da outra.

Não podemos hoje praticar exculsivamente a craneotomia; esta intervenção importa, para completala, na pratica da *craneoclasia*. Antigamente, após a craneotomia, o parto era entregue ás forças naturaes, ou então intervinha-se com o forceps ou versão. Com a invenção, porém, do *craneoclasta*, tudo se simplificou.

MODO DE PRATICA-LA. — Introduzimos o indicador e o médio da mão esquerda (na mesma posição da pratica do toque), no collo uterino, e procuraremos a grande fontanella ou o parietal anterior (nas apresentações de occiput), a fronte, região da glabella (nas apresentações de face), ou a região sub-mastoidéa (na cabeça derradeira). Reconhecida a região em que de preferencia iremos operar, um auxiliar fixa a cabeça atravez da parede abdominal, de modo a termos um ponto fixo de apoio e não assistirmos aos movimentos de súbida da cabeça, facto tanto mais importante quando esta se encontra movel ou pelo menos mobilisavel na área do estreito superior; introduziremos a tesoura de Samico ou o *craneotomo de BLOT* (fig. 49),

servindo os dedos de guia e protector. Perfuramo-la, então, fazendo movimentos de rotação sobre o seu eixo, assim como de abertura e fechamento, de modo a crescer sufficientemente o orificio.

Feito isso, retiramos o craneotomo e introduziremos no orificio uma canula de vidro ou de metal li-

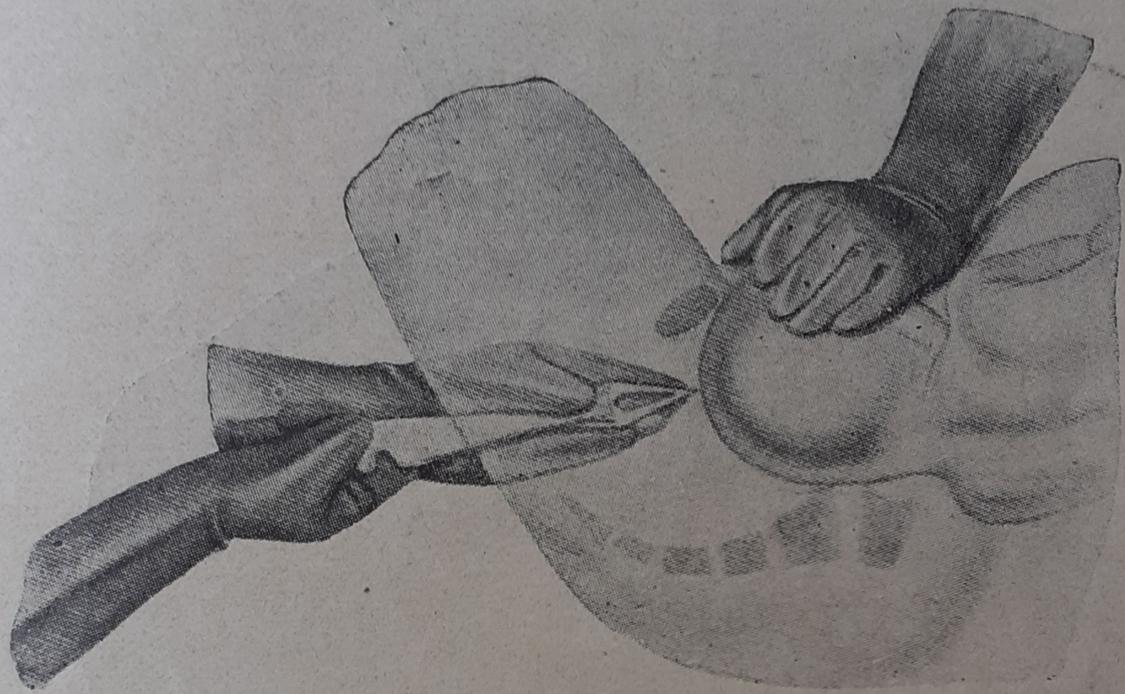


Fig. 49

Perfuração da cabeça (*craneatomia*)

gado ao tubo do irrigador contendo um a dois litros d'agua fervida e que tem por fim facilitar a sahida da massa encephalica. Terminada essa operação, introduzimos o ramo *A* do craneoclasta no orificio craneano e o ramo *B* sobre a parte que melhor se apresenta.

Quando a applicação fôr sobre a cabeça derradeira, faremos tracções sobre o tronco, emquanto que outro auxiliar fixará a cabeça atravez da parêde abdominal.

Não restará mais do que articular o craneoclasta (fig. 50), e por meio do dispositivo *C* aperta-lo suffi-

cientemente. As tracções serão feitas de accôrdo com os principios geraes da applicação de forceps. Si as tracções na applicação do forceps têm como regra a *brandura e a nenhuma violencia*, aqui, na craneocla-

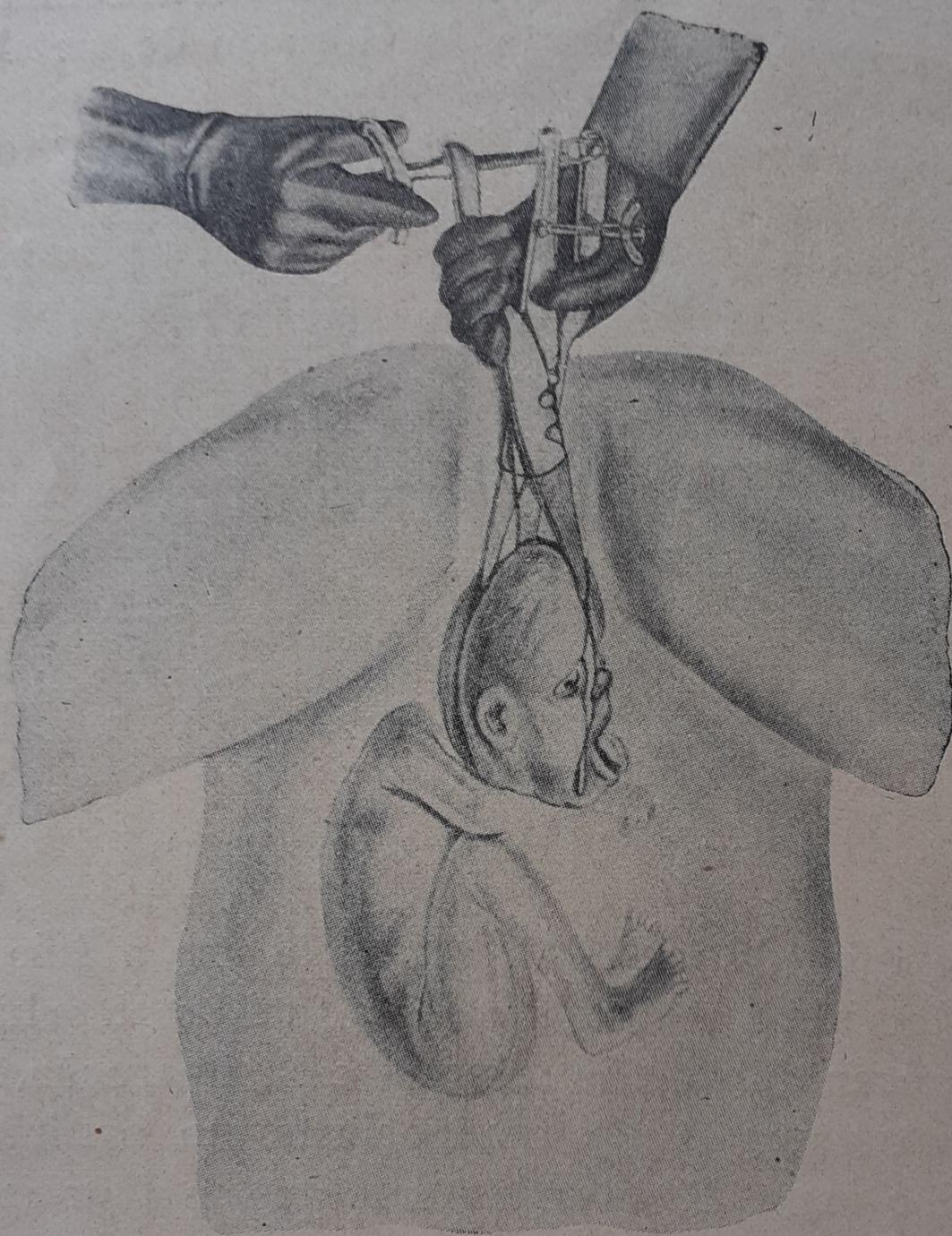


Fig. 50

Embryotomia cephalica (*basiotripsia*)

sia, ellas sóbem de importancia desde que a resistencia da abobada craneana é sobremaneira diminuida, e o ponto de apoio, exclusivamente unilateral, correrá o grande risco de desaparecer, e assim praticar

sómente a extracção de uma parte da abobada craneana.

Eis porque a *melhor pegada* será aquella em que o ramo aberto apanha toda a face; é por isso que nas cabeças flectidas a extracção é sempre difficil por ser a pegada e a perfuração em pontos que facilitam o desprendimento do craneoclasta. Perfuramos nesses casos, geralmente, a região occipital e apanhamos, com o outro ramo, apenas a região frontal.

O craneoclasta não é somente applicado sobre a cabeça, elle tambem o é sobre a *nadega descompleta* quando não conseguimos passar sobre a região inguinal um laço que permitta a extracção. Introduziremos o ramo A no anus do feto e o outro ramo sobre a região sacro-lombar. Julgamos, porém, que será sempre preferivel nesses casos a extracção sobre o pé, muito mais facil e menos perigosa para a parturiente do que a applicação do craneoclasta.

E' bem verdade que nem sempre essa extracção é possivel; são os casos de insinuação completa da nadega, com o bolso d'aguas rôto e difficil introduccção da mão para alcançar o pé. Nesses casos, então, o craneoclasta é perfeitamente indicado.

Resumo:

1.º — *A craneoclasia só deverá ser praticada quando não existir desproporção notavel entre os diâmetros da bacia e da cabeça fetal.*

2.º — *E' sempre preferivel e mais garantida, applica-la nas cabeças deflectidas, porque ahi, a pegada sendo sobre a face, a extracção é mais facil.*

3.º — *Podemos applica-la sobre a nadega, mas*

nessas apresentações preferimos, quando possível, a extracção sobre o pé.

2º Basiotripsia — É a operação que tem por fim diminuir os diâmetros da cabeça quando a apresentação é de OCCIPUT e ha dystocia materna ou fetal. Pode-se, todavia, pratica-la nas apresentações de frente, face e cabeça derradeira.

A parturiente é collocada em posição obstetrica sobre a borda da cama ou sobre uma mesa. Anesthe-sia geral pelo chloroformio, chlorethyla ou ether. Instrumento: *Basiotribo de Tarnier*.

Comprehende a operação tres tempos:

1º PERFURAÇÃO DO OCCIPUT. Um auxiliar procura, atravez da parêde abdominal, levar a cabeça fetal contra o estreito superior, immobilizando-a nesta posição. O operador, então, com a mão esquerda introduzida na vagina, attinge a parte fetal que se apresenta.

O perfurador deslizará, atravez dessa *mão guia*, de baixo para cima e de diante para traz até encontrar a cabeça. Com ligeiros movimentos de rotação conseguiremos perfura-la ao nivel do parietal mais accessivel. Uma vez perfurada, com movimentos em todos os sentidos, dilaceramos as meningeas e damos sahida a massa encephalica que será retirada por meio de uma injeccção vaginal. Um auxiliar manterá o perfurador.

2º INTRODUCCÃO DO RAMO ESQUERDO. — A *mão direita* servirá de guia. Ella penetra profundamente entre as bordas do orificio uterino e a cabeça fetal, applicando-se seja na extremidade esquerda do diametro transverso ou na posterior do diametro obliquo di-

reito. Com a mão esquerda introduzimos o ramo esquerdo do basiotribo, tal como um ramo de forceps, passando-o por baixo do perfurador de modo a que se não tenha difficuldade na articulação, e levado profundamente contra a região mastoidéa. A orelha serve de ponto de reparo. Não resta mais que articular as duas peças cujos pontos de contacto devem estar na mesma altura. Uma vez articuladas, approximam-se uma da outra por meio do parafuso collocado no perfurador, praticando-se desta sorte o *pequeno esmagamento da cabeça*. O auxiliar mante-los-ha em posição.

3.º INTRODUCCÃO DO RAMO DIREITO. — A mão esquerda servirá de guia. Penetrará profundamente entre as bordas do orificio uterino e a cabeça fetal em um ponto diametralmente opposto ao que occupa o ramo esquerdo.

Com a mão direita introduzimos o ramo direito do basiotribo, passando-o por cima do perfurador, e applicando-o de encontro a região fronto maxillar. Uma vez articuladas, approximam-se lentamente as tres peças do basiotribo por meio do *parafuso do grande esmagamento*.

E' necessario prestar attenção á parede posterior da vagina para que se não dê o caso do seu pinçamento pelos ramos do basiotribo. A proporção que se vae apertando o *parafuso esmagador*, a massa encephalica elimina-se pela vagina. Uma injeccão vaginal consegue expulsa-la.

4.º EXTRACÇÃO — Terminado o esmagamento da cabeça fetal procederemos a extracção que é facil, no geral dos casos. Os antigos parteiros deixavam ás forças naturaes a expulsão do feto. Não é pratica hoje adoptada. Si o esmagamento da base tem sido bem

feito, os diâmetros ficam reduzidos e a extracção opera-se sem dificuldades. Deixando-o evoluir espontaneamente exerceremos tracções para traz, observando primeiramente si os ramos do *basiotribo* não soffrem nenhum deslocamento.

Quando houver dificuldades na extracção retiramos o grande ramo (*direito*) do instrumento e nos servimos dos dois outros como um *cranioclasta*.

HEBOTOMIA

A secção do pubis (pubiotomia ou hebotomia) para alargamento dos diâmetros da pelve nos casos em que o producto da concepção não consegue vencer, naturalmente, o canal, é praticada por dois processos: o de GIGLI (a céu aberto) e o de DÖDERLEIN e BUMM (sub-cutaneo).

O primeiro desses processos é classico, mas hoje completamente abandonado, dadas as consequencias e perigos que apresenta, perigos dentre os quaes se colloca, como principal, a infecção. O mesmo se não dá, porém, com o methodo de DÖDERLEIN e o de BUMM, especialmente o primeiro, que, como veremos, tem vantagens sobre o de BUMM, por não apresentar os perigos inherentes a este (lesão da bexiga, hemorragia, etc.).

Para praticar a *pubiotomia* são necessarios: um par de tesouras (curva e recta), um bisturi, uma pinça dente de rato, uma tentacacula, pinças de PEAN e KOCHER, dois afastadores (*Farabeuf*); uma agulha de REVERDIN ou AGGDORN, agulha de GIGLI (no processo deste auctor), ou de DÖDERLEIN (no processo sub-cutaneo), serra de GIGLI com os respectivos tractores.

Processo de Gigli — Dissemos que é hoje um processo geralmente pouco usado, sinão mesmo com-

pletamente abandonado. Nem por isso deixaremos de descreve-lo summariamente, não merecendo, porém, as nossas sympathias. Usamos o processo de DÖDERLEIN como o mais pratico e o menos nocivo.

Pratica-se da maneira seguinte: faz-se uma incisão vertical apanhando os tecidos até o osso, começando dois dedos acima da borda do pubis e terminando a dois centímetros abaixo do ramo ischio-pubiano. Essa incisão é praticada no meio de uma linha que vae da symphise á espinha do pubis (fig. 51). Che-

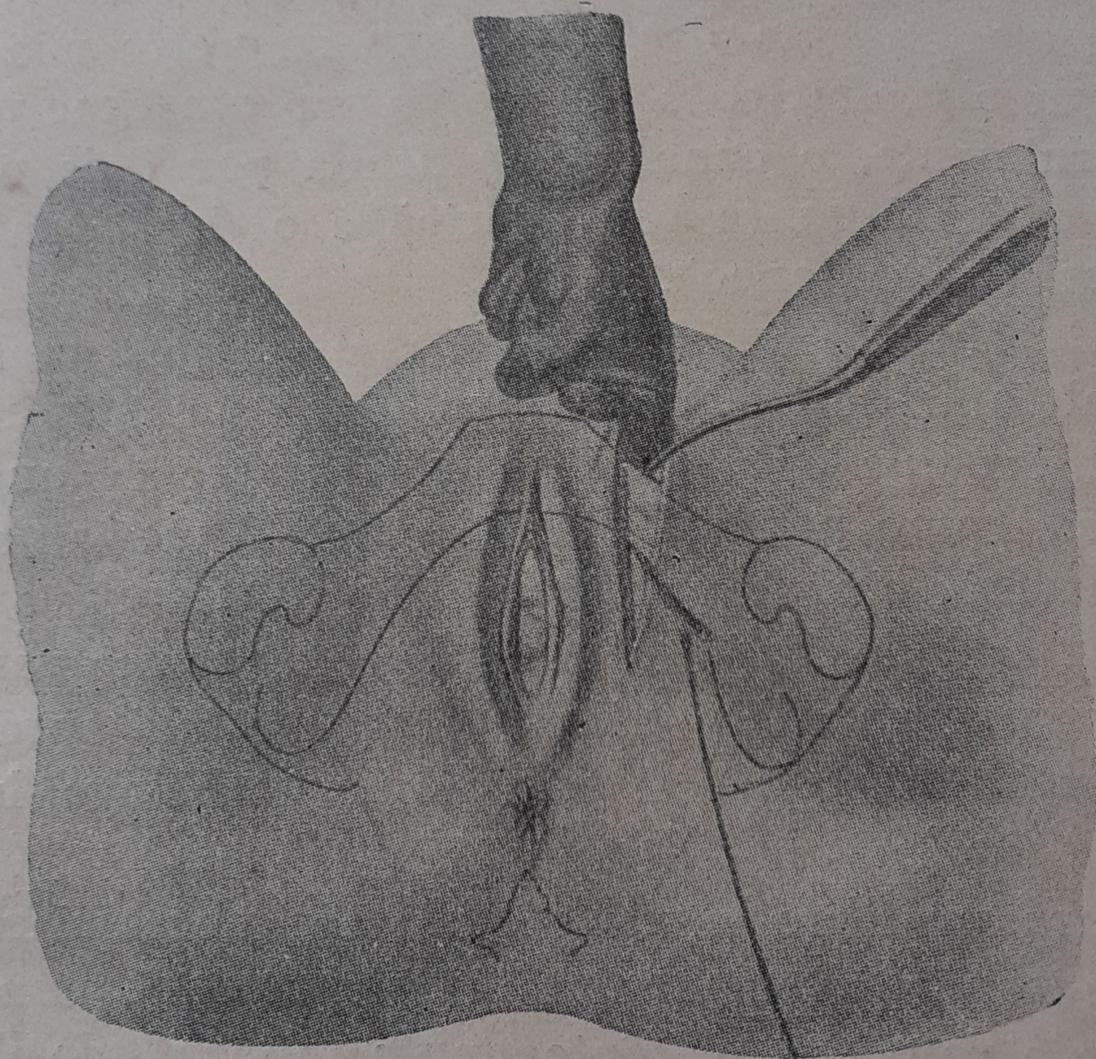


Fig. 51

Passagem da agulha e da serra

gada ao osso, introduzimos o indicador pela parte posterior, servindo elle de guia á agulha de GIGLI, cuja extremidade curva vem apparecer ao nivel da

terminação da incisão praticada. No orifício da agulha introduzimos um fio de seda que fixará a serra de GIGLI; nada mais teremos a fazer do que retirar a agu-

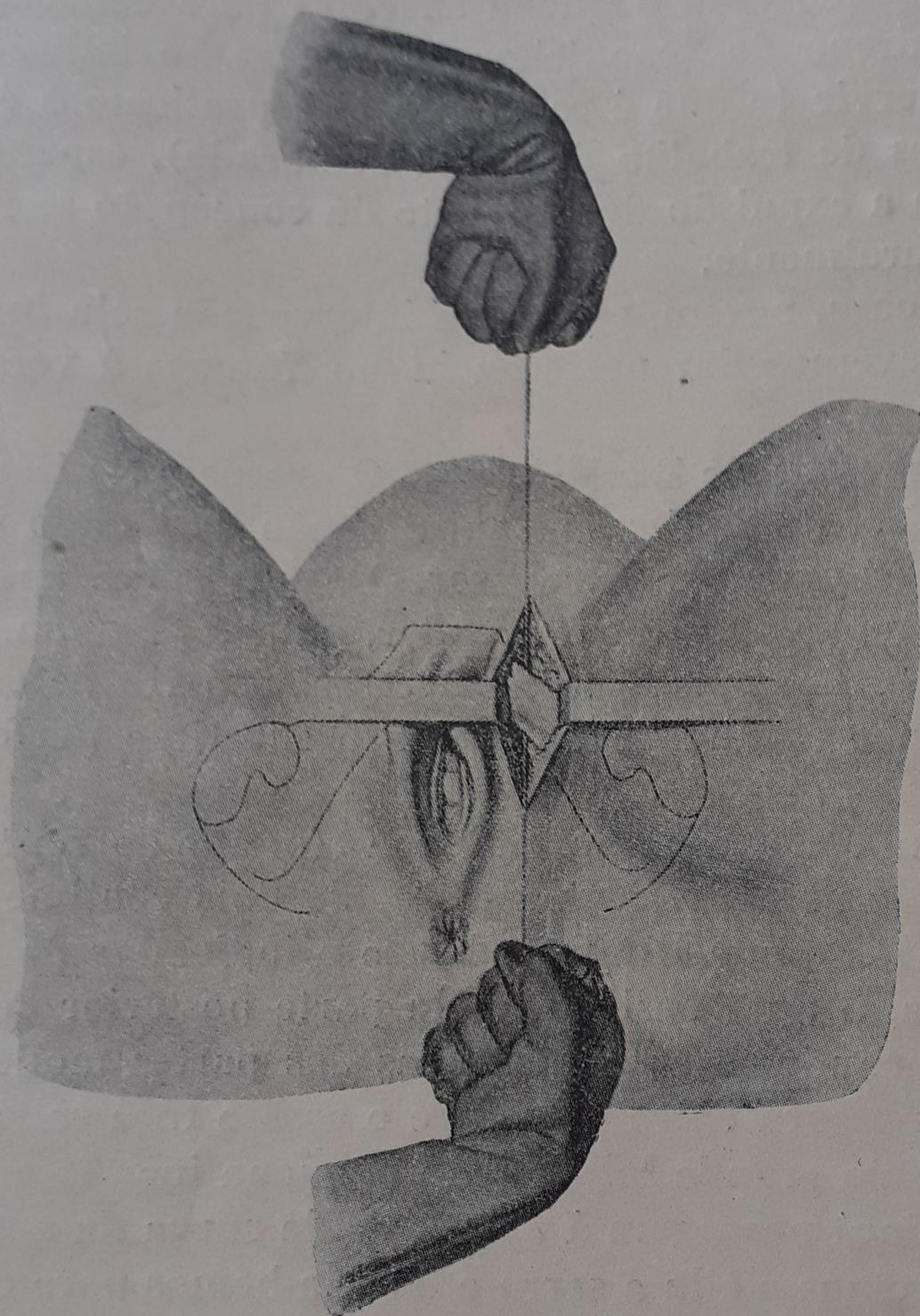


Fig. 52

Passagem da serra e secção do pubis.

lha, que trará a serra até á extremidade superior da incisão; adaptaremos, então, os tractores em cada

uma de suas extremidades e com ligeiros movimentos de vae-vem, seccionaremos o osso.

Terminada a operação, faremos a sutura da incisão, deixando uma pequena abertura para collocação de um dreno de "caoutchouc". Si não ha indicação para intervir (o que é raro, pois si a praticamos é já nos casos de trabalho de parto demorado), esperaremos que a expulsão do producto da concepção se realice naturalmente.

No caso, porém, em que a intervenção seja inevitavel, devemos dar preferencia ao forceps á versão.

Processo de Doderlein — O processo de Döderlein differe do de GIGLI na substituição da incisão vertical por uma menor transversal e que serve apenas para dar passagem ao indicador, guia da agulha. Da mesma fórmula não se torna necessario o fio de seda, pois que a agulha de DÖDERLEIN a substitue perfectamente.

Acima da espinha pubiana (ponto de reparo), pratica-se uma pequena incisão, de dois centímetros, transversal e por ella introduz-se o indicador da mão esquerda, o qual deslizará pela parte posterior do osso, destacando-se as adherencias das partes molles. A agulha passará entre o index e o osso e fará saliencia na pelle do grande labio; uma pequena incisão com o bisturi dará passagem á extremidade curva da agulha. Adaptaremos a ella a serra e leva-la-hemos para cima. Os mesmos movimentos de vae-vem seccionarão o osso.

Terminada a operação, daremos um ponto com seda ou crina de Florença na pequena incisão praticada e collocaremos um dreno. Em havendo indicação, faremos a intervenção que o caso comportar.

Processo de Bumm — A descrição deste processo fa-la-hemos, transcrevendo as proprias palavras do auctor: “a parturiente é collocada em posição obstetrica, a região operatoria raspada e desinfectada. Repara-se exactamente com o pollegar e o indicador o ramo horizontal do pubis, e afastando-se para a linha mediana o clitoris e o pequeno labio, introduz-se a agulha na borda do grande labio, immediatamente sob o osso.

Abaixando-se gradualmente o ramo, penetra-se a agulha de baixo para cima ao longo da face posterior do pubis até a borda superior desse osso; depois o ramo sendo abaixado ainda mais por uma pressão energica, a agulha vem perfurar a pelle. O indicador da outra mão acompanha pela vagina a marcha da agulha, cuja ponta deve sempre deslizar sobre o osso sem se afastar d'elle; outrosim, a agulha deve ser dirigida para a linha mediana, de sorte que o orificio de sahida seja mais approximado da symphyse que o orificio inferior de entrada” (1).

Não resta mais do que adaptar a agulha á serra de GIGLI e serrar o osso, conforme descrevemos nos processos anteriores.

A *pubiotomia* deverá ser praticada, é obvio repetir, com todas as regras de asepsia. Rasparemos a região, desinfectamo-la com tintura de iodo e alcool, e todo material cirurgico levado á ebullicão durante dez minutos.

★

★ ★

INDICAÇÕES. — As indicações da *pubiotomia* nascem naturalmente, de sua propria definição, pois, si

(1) BUMM — Op. cit., Pag. 774.

a praticamos para obter maior amplitude da bacia, é logico que toda vez que houver desproporção entre os diâmetros da pelve e da cabeça, ella é naturalmente indicada.

Não se conclua dahi que toda vez que estivermos em presença de uma bacia estreitada, devamos preferir a pubiotomia a qualquer outra intervenção, porque ha o minimo em que a intervenção, conseguindo o augmento da “conjugata diagonalis”, permite a extracção do fêto.

Sabemos, pelas pesquisas praticadas, que a hebotomia augmenta de 1 a 2 cents. a “conjugata” — o mais importante dos diâmetros pelvicos. Assim, toda vez que tivermos esse diâmetro variando entre 7 e 8, a intervenção é francamente indicada, porque dest’arte teremos um augmento para 9 ou 10, o que permite, perfeitamente, a passagem do fêto, a menos que haja uma grande desproporção nos diâmetros da cabeça.

Como indicação principal e absoluta da *pubiotomia*, além da extensão do diâmetro “conjugata”, é preciso que o fêto esteja vivo, porque não devemos fazer soffrer a parturiente, expô-la a perigos e consequencias graves, desde que não tenhamos como escôpo a vida do fêto. Nos casos de bacia estreitada e fêto morto, a pubiotomia será substituida pela *cra-neotomia*.

CONTRA-INDICAÇÕES. — A conjugata diagonalis abaixo de 7 contra-indica a hebotomia, si bem que alguns auctores a tenham praticado com 6 $1\frac{1}{2}$. Não n’a aconselhamos, como regra geral. A morte do fêto, como ficou dito, é uma contra-indicação formal e absoluta. Si bem que alguns auctores contra-indiquem a pratica da intervenção nas *primiparas*, não sublinharemos esse modo de proceder e somos de opinião que

devemos intervir nesses casos; si houver estreiteza da vulva e vagina, applicaremos balões dilatadores, e conforme aconselha BUMM, "*a expulsão após a pubiotomia deve ser, por principio, entregue ás forças naturaes*".

Não importa esse principio na contra-indicação formal e absoluta de intervir para extracção do feto, toda vez que praticarmos a pubiotomia, porque ha casos em que a inercia uterina vem impedir que o parto se effectue naturalmente.

Julgamos que a infecção uterina ou vaginal deve ser considerada como contra-indicação *relativa* da pubiotomia; não entramos na discussão de saber se constitue contra-indicação absoluta por se tratar de assumpto sobre maneira controverso e qualquer debate da questão nos obrigaria a longa dissertação (1).

Nada diremos a respeito da *symphyseotomia* sinão usar das mesmas palavras de BAR, quando se refere ao valor de uma sobre outra: "a pubiotomia não apresenta vantagens no ponto de vista da technica operatoria sobre a *symphyseotomia*; as duas operações são de pratica geralmente facil. Mas a pubiotomia permite não abrir a *symphyse*, não collocar uma articulação aberta em contacto com uma cavidade que póde ser infectada. E' o motivo que nos faz preferi-la á *symphyseotomia*."

Assim, pois, toda vez que houver indicação de augmentar os diametros da pelve, devemos praticar a pubiotomia pelo processo de Döderlein e nunca a symphyseotomia.

(1) LIEPMAM cita um caso de uma operaria em que foi praticada por elle a pubiotomia, apesar de haver indicios de infecção. A operação, praticada na propria casa da parturiente, correu satisfatoriamente.

Toda vez que, após a pubiotomia, houver necessidade de terminar o parto pela intervenção, não hesitaremos em praticá-la.

Symphyseotomia

Indicada nos mesmos casos que a *hebotomia*. Apresenta os inconvenientes que já mencionámos. Todavia, faremos a descrição da technica.

1.º *Incisão dos tegumentos* — Após os cuidados conhecidos de asepsia da região, praticamos sobre a linha mediana, uma incisão de 5 a 6 centímetros que partindo da *symphyse* vem terminar no *clitoris*, seccionando a pelle, tecido cellular sub-cutaneo, fibras aponevroticas. Attingimos assim a face anterior da *symphyse*.

2.º *Isolamento da symphyse*. — Separamos a borda inferior desta do clitoris por meio de uma incisão transversal, ligeiramente curvilinea, de concavidade inferior. Abaixamos o clitoris para baixo. Seccionamos, em cima, a aponevrose supra pubiana. Por essa incisão (de 2 a 3 centímetros) introduzimos o dêdo atraz da *symphyse* procurando separar, com cuidado, o tecido cellular retropubiano, para não ferir a bexiga.

3.º *Secção da symphyse*. — O indicador da mão esquerda servirá de guia. Com um bisturi abotoado seccionaremos, de cima para baixo, a *symphyse* ao nivel da depressão que separa os angulos do pubis. Na parte inferior, separamos as fibras do *arcuatum* de maneira a facilitar a abertura da bacia.

DILATADORES DO COLLO

OS DILATADORES do collo do utero, propostos para os casos de dilatação insufficiente ou rijesa do collo, são os seguintes: *balão de Champetier de Ribes*, *balão de Barnes*, *de Lucas*, *dilatador ou divulsor de Bossi* e *dilatador ou afastador de Tarnier*.

Faremos a descripção de todos elles, mas o que merece as nossas sympathias é o balão de Champetier de Ribes.

Em se tratando de processos para dilatação do utero, não podemos deixar de mencionar as vellas de Hégar, e descrever o processo *digital de Bonnaire* e *unimanual de Harris*.

PROCESSO DE BONNAIRE — Colloca-se a paciente em posição obstetrica e depois de praticada a asepsia rigorosa da região vulvar e das mãos do parteiro, introduzimos no collo do utero os dois indicadores com a parte dorsal voltada para lados oppostos, de modo que elles se adaptem pela base. Si não conseguimos a introduccção dos dois dedos, faremos primeiramente de um, depois de outro.

Feito isso, iremos praticando a dilatação com o afastamento brando de suas extremidades; é, geralmente, nos casos principalmente em que se nota certa rijesa do collo, um processo moroso e que, não raro,

desespera o parteiro. Si tivermos paciencia, porém, com esse methodo obteremos bons resultados. Podemos completar a dilatação introduzindo o balão de Champetier de Ribes.

BALÃO DE CHAMPETIER DE RIBES. — O balão de Champetier de Ribes compõe-se de uma ampôla de "caoutchouc" (A) em comunicação com um tubo (B) sobre o qual está adaptado um dispositivo (C) (torneira), que serve para abrir ou fechar o reservatorio. Na extremidade do tubo (D) adapta-se a extremidade do outro tubo (E) que se communica com a ampôla insufladora (F). Esse aparelho poderá ser cheio por meio d'agua e neste caso só nos serviremos da primeira parte do dispositivo (fig. 53).

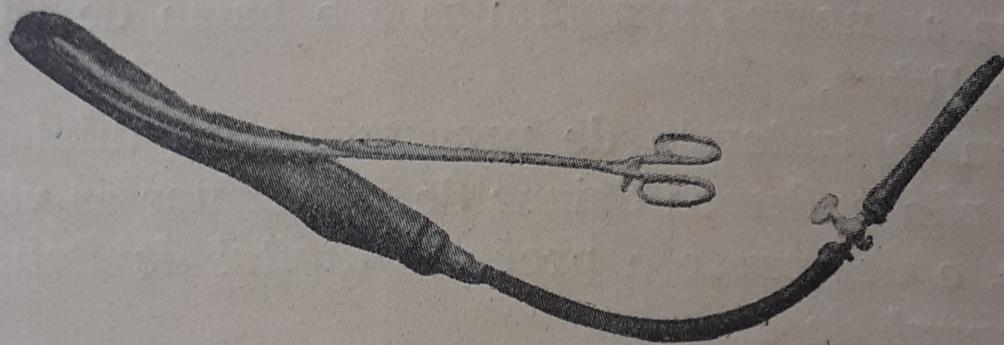


Fig. 53

Balão de Champetier de Ribes (armado)

Para introduccção do aparelho poderemos usar qualquer pinça uterina, mas geralmente nos servimos da pinça conductora (fig. 54).

Collocada a parturiente em posição obstetrica, applicaremos duas valvas na região vaginal para dar luz sufficiente á introduccção do balão; abaixaremos o collo do utero, e com a pinça introduzimo-lo no canal uterino, prestando bem attenção de modo a que elle alcance todo o collo. Poderemos applica-lo dis-

pensando as valvas e o abaixamento do collo; para isso introduzimos o medio e o indicador da mão esquerda no collo e entre elles deslisaremos o balão. E' preciso que elle seja introduzido profundamente acima do orificio interno. Reconhecido que o balão está convenientemente applicado, além do orificio interno, insuflaremos a pêra e iremos retirando a pinça desarticulada.

Não tarda que as dôres augmentem e a dilatação se effectue; si notamos hemorragias, faremos ligeiras tracções sobre o balão e insuflamos maior quantidade de ar ou de agua; no fim de algumas horas, si o balão não desce, esvasia-lo-hemos um pouco e, fazendo ligeiras tracções, conseguiremos que a sua parte mais larga venha dilatar o orificio interno.

O balão de Champetier de Ribes tem a vantagem de produzir a dilatação e ao mesmo turno provocar ou augmentar as contracções uterinas. Vimos que elle é um dos meios therapeuticos da placenta prévia e não apresenta os grandes inconvenientes dos dilatadores Bossi e Tarnier.

VELLAS DE HÉGAR. — As vellas de Hégar encontram a sua justa applicação nos casos de aborto ou quando o collo fechado necessita de ser dilatado para a provocação do parto prematuro. São hastes metallicas de extremidade romba e constituem, geralmente, uma série que vae de 6 a 15 (typo applicado nos casos de aborto ou curetagem uterina), ou de 20 a 30, adoptado para os casos em que se torna necessaria uma dilatação mais ampla para a terminação do parto prematuro ou a termo.

A paciente, depois da asepsia rigorosa da região, é collocada em posição obstetrica; si houver necessi-

dade, será chloroformisada; em alguns casos a injeção de lucina ou de pantopon é sufficiente; com um especulum abriremos o canal vaginal e com a pinça de garras abaixaremos o labio anterior ou posterior do collo do utero; nos casos em que o collo esteja muito fechado convém introduzir, antes do manejo

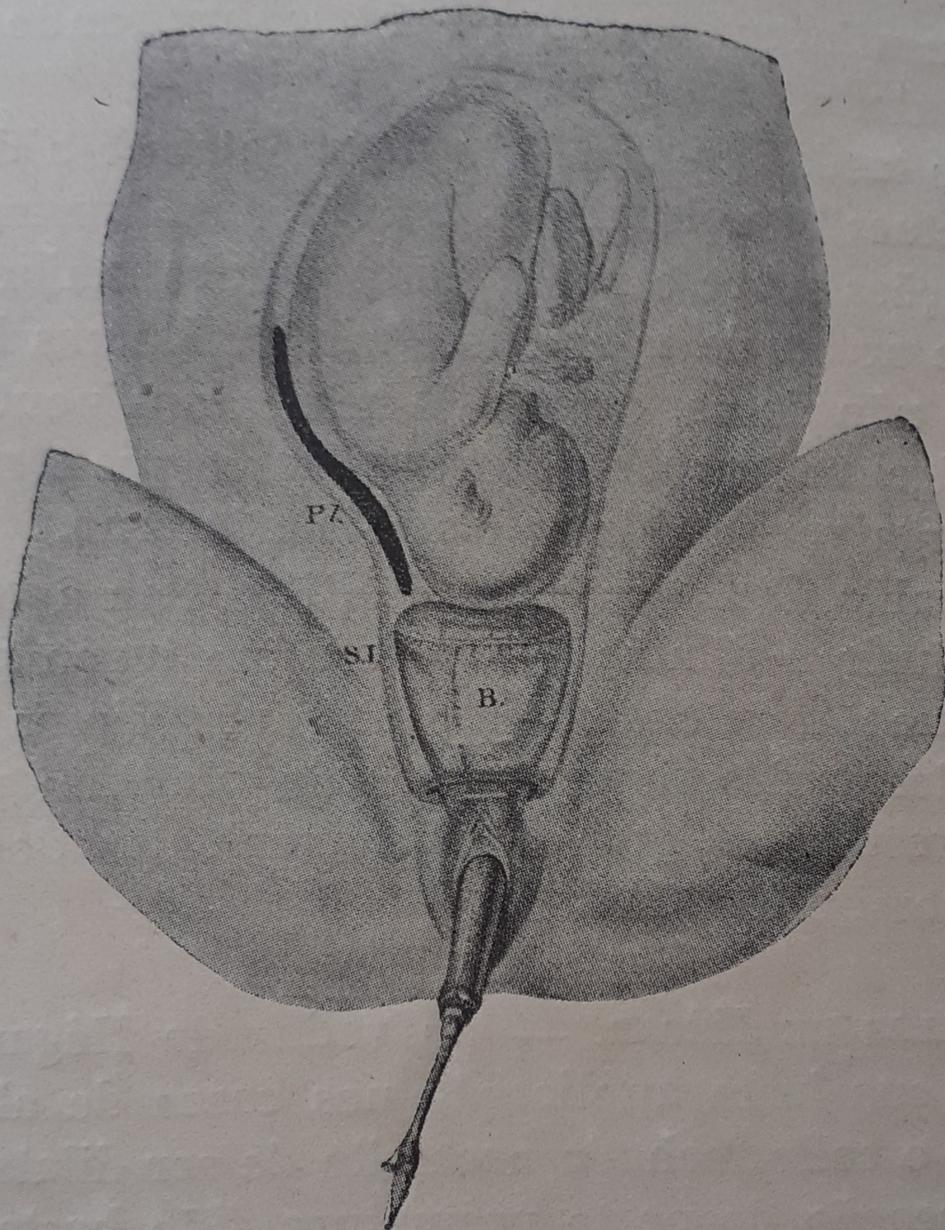


Fig. 54

Balão de Champetier de Ribes (introduzido no collo)

das vellas, o *hysterometro*, que nos indica o trajecto, a direcção e extensão do collo uterino. Feito isso, começaremos a applicar as vellas, partindo do numero inicial da série, no caso de collo muito estreito, e gra-

dativamente subindo, até o numero 15, que já dá passagem á cureta (casos de aborto), ou até 30, nos casos em que se deseja dilatação maior.

Praticada a dilatação, daremos inicio á intervenção que o caso exigir.

DILATADOR DE BOSSI. — Apesar de não merecer as nossas sympathias, por se tratar de um apparelho perigoso e pouco pratico nas mãos dos inexperientes em materia de obstetricia, daremos, comtudo, a sua descripção summaria. Compõe-se elle de quatro ramos que se cruzam na sua parte superior; por meio de um dispositivo especial collocado na extremidade externa do apparelho, munido de um parafuso, conseguimos afastar a extremidade dilatadora; este afastamento deve ser lento e graduado convenientemente com o auxilio da escala adaptada ao apparelho.

Collocada a parturiente em posição obstetrica, tendo como guia os dedos da mão esquerda, introduzimos a extremidade dilatadora do apparelho. Verificada a sua introduccção convenientemente, retiramos a mão e iniciamos a dilatação.

DILATADOR DE TARNIER. — Compõe-se de tres ramos desarticulaveis e recurvados; geralmente empregam-se apenas dois ramos; as extremidades de cada um dos ramos são recurvadas, quer a superior dilatadora, quer a inferior, sobre a qual se colloca um anel de caoutchouc que emquanto as aproxima, afastará, ipso-facto, as superiores. Collocada a paciente em posição obstetrica, introduz-se, por intermedio dos dedos da mão esquerda, um dos ramos no collo uterino e será mantido por um auxiliar; intro-

duz-se o segundo; articulam-se ambos e applica-se o anel de borracha.

Ambos os dilatadores, quer o afastador de TARNIER, quer o dilatador de BOSSI, são instrumentos que apresentam algum perigo, e si o primeiro póde produzir perfuração uterina, o segundo é causa muitas vezes da ruptura do collo. Faremos nossas as ponderações de PAUL BAR, quando diz: “o dilatador de Bossi é um instrumento poderoso, mas de emprego perigoso; seja qual fôr o nome que se lhe queira dar, todos os processos que dilatam bruscamente o collo constituem, na realidade, variantes do parto forçado; a dilatação forçada com o dilatador de Bossi apparece, pois, como um processo de excepção, quando o collo é completamente fechado. *O dilatador de Bossi será empregado com uma extrema reserva e com grande prudencia, nos casos de placenta prévia, em que a proximidade da placenta torna mais perigosas (pelos riscos de hemorragia e infecção), as rupturas que a dilatação rapida do collo poderá produzir*” (1).

De todos os processos de dilatação instrumental ou manual, os que merecem a nossa preferencia são as vellas de Hégar, o balão de Champetier de Ribes e o processo bi-manual ou digital de Bonnaire e o unimanual de Harris.

Este ultimo consiste na introduccão do indicador que será flectido e apoiado sobre o collo, completando-se a dilatação com a introduccão dos outros dedos.

(1) PAUL-BAR — Op cit., pag. 737, vol. II.

APRESENTAÇÕES DE OCCIPUT

Adiantaremos pouco a respeito das apresentações de occiput, visto como nos "Cuidados á parturiente" muita cousa ficou estabelecido. Diante de uma apresentação de occiput a nossa acção é quasi nulla quando tenlos presente um caso sem modalidades pathologicas, e tudo se cinge á protecção do perineo, desprendimento do occiput e das espaduas quando se encravam.

Si não ha viciação pelvica, si os diametros da bacia são normaes, si não ha hydrocephalia, procidencia do cordão, de membros, inercia uterina, tumores intra-pelvicos, isto é, si não existe nenhuma causa que venha *complicar* o trabalho de parto, este se dará independente, naturalmente, de nossa acção.

Si ao contrario, ha complicações de natureza fetal ou materna, a intervenção se impõe e só o caso clinico nos ditará a sua escolha.

Nas *nulliparas* e *primiparas* o trabalho de parto é sempre mais demorado do que nas *multiparas*, quer durante o periodo da dilatação ou seja durante o de expulsão. Assim, o periodo de dilatação é, na média, de 12 a 16 horas para as primeiras, emquanto que para as segundas elle varia de 6 a 10 horas. Ambos,

porém, estão sujeitos a variações de todo o genero e não são raros os casos em que o periodo da dilatação alcança 48 horas nas primiparas. Da mesma sorte o periodo de expulsão é variavel. Nas primiparas chega a uma média de 2 a 3 horas, emquanto que nas multiparas casos ha em que não dá tempo ao obstetra de nem desinfectar as mãos: algumas contracções



Fig. 55

O. I. E. A.

fortes e energicas são sufficientes para terminar o parto (1). O tempo de expulsão é que exige acção di-

(1) E' essa a regra geral da duração do trabalho de parto. Encontramos casos, porém, como dissemos, em que essas regras geraes não condizem com o caso clinico, e, então é de vêr-se uma multipara, cujos partos anteriores foram rapidos, apresentar demora, quer no periodo de expulsão, quer no de dilatação, apesar de terminar, geralmente, o parto normalmente, isto é, sem necessidade de intervenção. Devemos ainda mencionar aqui, com ligeiras reservas, dadas as observações de alguns auctores que não acceitam o principio (DE LA MOTTE, MME. LACHAPELEE, BUBÉ, etc.), a demora do trabalho de parto nas "primiparas" idosas (que passam dos 40 annos).

recta do parteiro, quer quanto á protecção do perineo, quer quanto ao desprendimento das espaduas, quando ellas se encravam. A protecção do perineo si, muita vez, não evita a sua dilaceração, diminue, contudo, o gráo da ruptura. Eis porque convém sempre protege-lo, mesmo nas multiparas.

A ruptura das membranas, devemos evitar que se dê precocemente, não praticando o toque continuado.

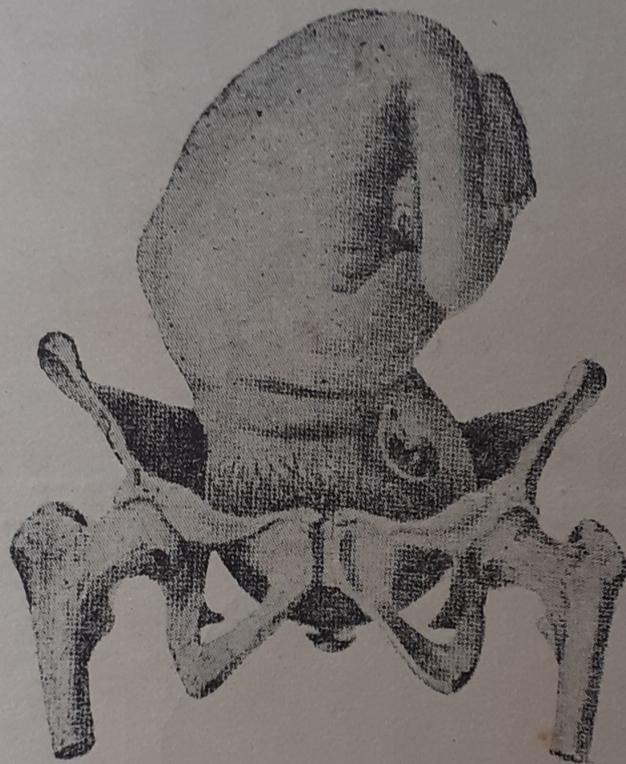


Fig. 56

O. I. D. A.

A ruptura artificial só deverá ser tentada quando a dilatação fôr completa ou quasi completa.

A dilatação completa ou mesmo quasi completa permite perfeitamente a applicação da *pituitrina* quando verificamos que ha demora no trabalho de parto, porque a esse medicamento tem a vantagem de activar as contracções uterinas enfraquecidas. E'

curioso vê-las, então, activadas e o parto se processar dentro de algumas horas, ou segundos, conforme a

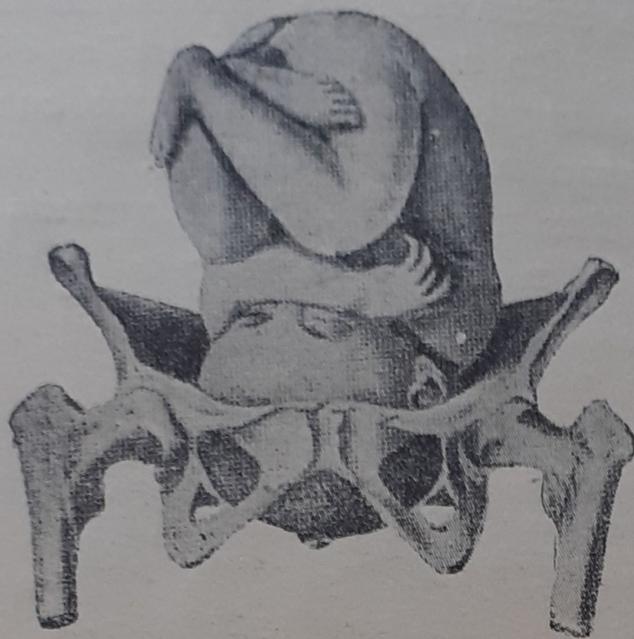


Fig. 57

O. I. E. P.

insinuação. No caso de, após a injeccção, vemos as contracções uterinas a principio exacerbadadas ou acti-

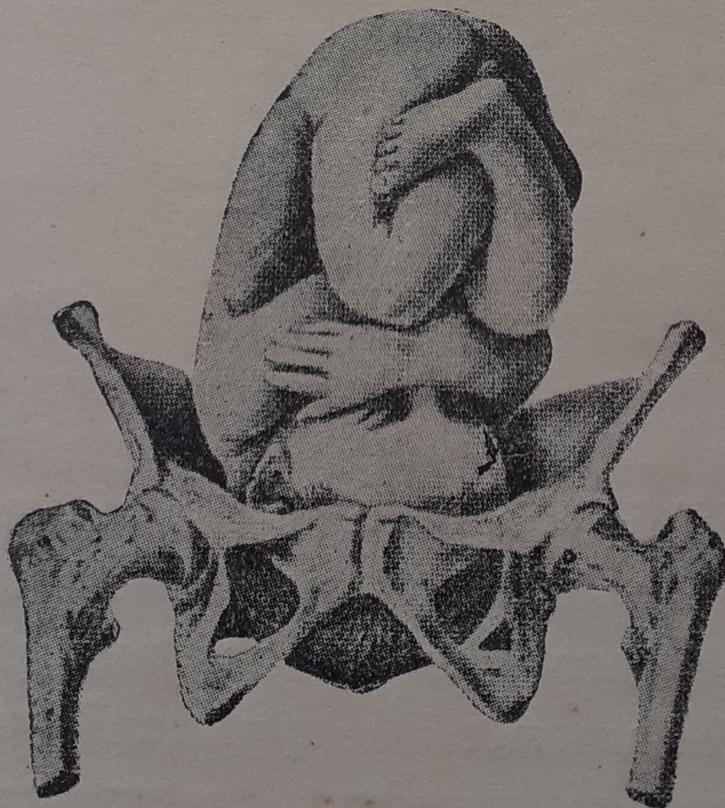


Fig. 58

O. I. D. P.

vadas para depois entrarem em inercia, poderemos applica-la novamente *ao fim de uma hora*.

Eis porque convém administrar a *pituitrina* em dóse menor (1|2 cc.).

Si a attenção para as contracções deve ser cuidadosamente praticada, os batimentos cardiacos fetaes

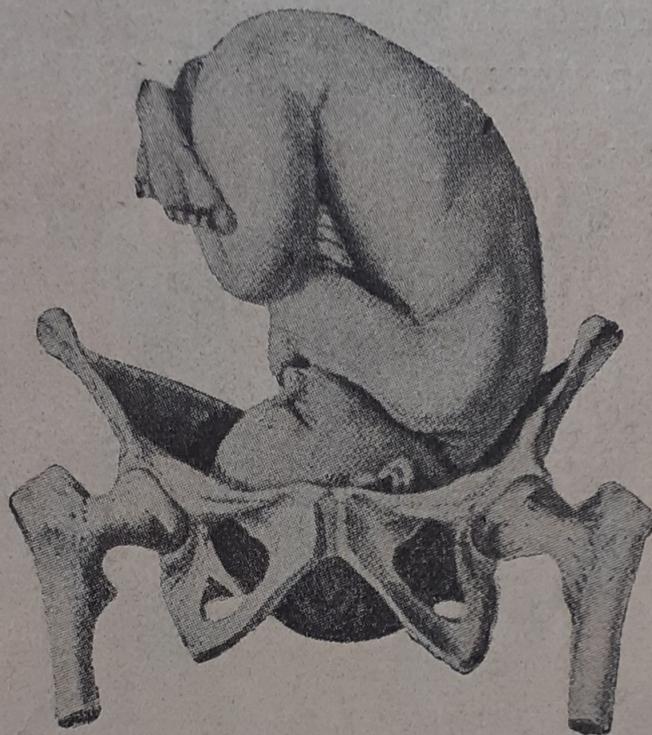


Fig. 59

O. I. E. T.

merecem do parteiro o maximo de cuidado. Ao notarmos, algum tempo depois da dôr, *qualquer alteração*, (*irregulares, accelerados ou diminuidos*), é que ha soffrimento do fêto e, então, a intervenção para apressar o parto se impõe.

Durante o periodo de expulsão, si notamos demora no trabalho ou inercia uterina, a auscult'a deverá ser praticada attentamente no intervallo das contracções. O periodo de expulsão, como já ficou dito, é muito variavel, e só as indicações nascidas do fêto e

da parturiente poderão facultar o apressamento do parto.

A posição da parturiente já foi descripta; durante o ultimo periodo a cabeça baixa e as nadegas elevadas por um cochim ou travesseiro. Protegeremos o perineo até a expulsão da cabeça. Acontece, não raro, que o perineo se conserva intacto para se romper durante o *desprendimento das espaduas*. A rotação externa da cabeça demonstra que as espaduas entraram na bacia molle.

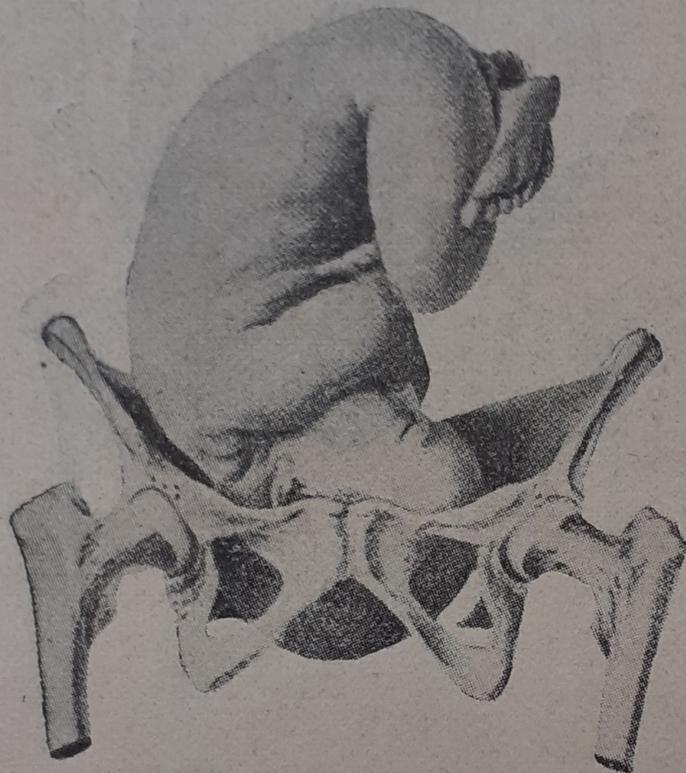


Fig. 60

O. I. D. T.

Deixaremos tudo entregue ás contracções uterinas e aos esforços involuntarios da parturiente, que nessa phase do trabalho se fazem necessarios. A nossa acção agora se torna preciosa para facilitar a extracção; devemos "*proceder com methodo e sem precipitação*", não praticando tracções fortes sobre a cabeça, porque podemos, dest'arte, provocar lesões dos nervos do plexo brachial.

A mão direita em forquilha sobre o occipito e a mão esquerda sobre a face, de modo que uma faça ponto de apoio sobre o sub-occipito e a outra sobre o mento, nessa posição faremos (fig. 18), tracções para baixo e para traz, de modo a desprender a espadua



Fig. 61

O. S.

anterior; despreendida esta, desviaremos para cima o movimento de tracção para o desprendimento da espadua posterior, ou vice-versa.

Todos esses movimentos devem ser feitos com prudencia.

Si notarmos que a espadua está presa sob o symphyse, procuraremos desprende-la introduzindo o indicador e o médio da mão direita ou esquerda, entre a espadua e a symphyse, trazendo-a para baixo. Si houver alça do coração, esta será desfeita.

Terminado o parto, os mesmos cuidados descritos no capitulo “Cuidados á parturiente”.

APRESENTAÇÕES DE FACE

Si bem que as apresentações de face entrem, como as de frente e podalica, no grupo das apresentações anormaes, o parto espontaneo é possível na maioria dos casos. Si é bem verdade que o parto nas apresentações de face (mento-anterior), póde se terminar espontaneamente, apesar da demora do trabalho, é sempre mais labrioso do que nas demais apresentações. “Nós temos dito que a apresentação de face em posição mento-posterior é, na grande maioria dos casos, uma apresentação physiologica, mas transitoria, e que á medida dos progressos do trabalho, o mento se volta a pouco e pouco para diante, para chegar, finalmente, sob a symphyse quando a face attinge o estreito inferior” (1).

O trabalho é mais demorado em virtude da lentição com que o collo se dilata. A indicação é esperar calmamente sem precipitações extemporaneas. O *toque* deve ser praticado parcimoniosamente. Sabemos que a *bossa sero sanguinea* acaba, nos trabalhos demorados, por se ulcerar e se infectar, infecção esta que attinge as palpebras e bochechas. A familia precisa de ser avisada desses pormenores para que, no momento

(1) SEIGNEUX — ‘Précis d’Obstétrique Opératoire’.

do nascimento, não seja o parteiro accusado de uma culpa que lhe não cabe.

Presta-se attenção a insinuação. Nas *mento-anteriores* ella é mais rapida que nas *posteriores*. Outro-sim, o *perineo* necessita de ser attentamente protegido porque as rupturas são frequentes e extensas.

Alguns auctores procuram corrigir a apresentação de face, especialmente nas mento posteriores,

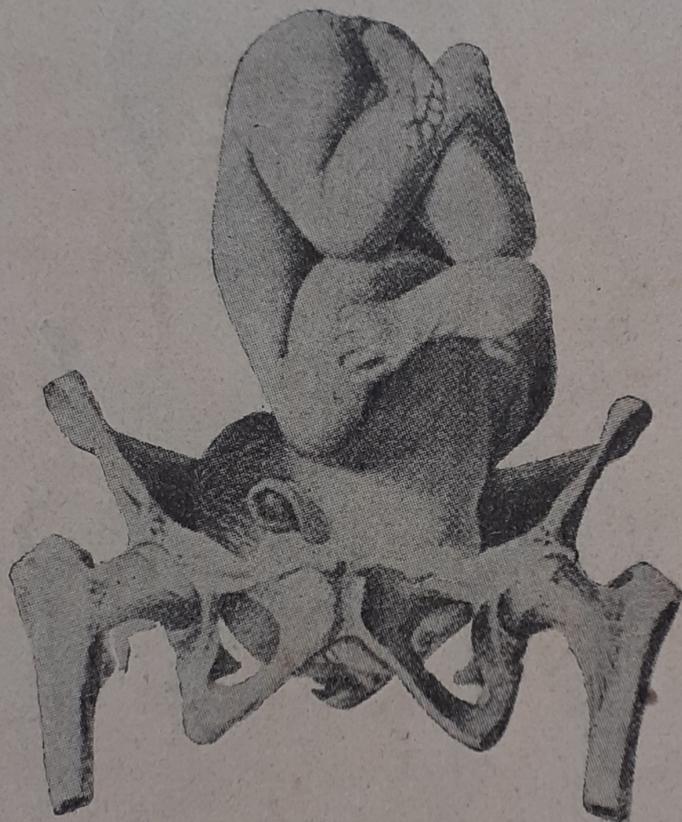


Fig. 62

M. I. E. A.

transformando-a em apresentação de occiput. Dentre as manobras classicas de SCHATZ E PINARD, esta ultima é, geralmente, a acceita e consiste na introduccão de dois dedos ou da mão na vagina e applica-los sobre a fontanella anterior, geralmente accessivel; a outra mão, applicada atravez do abdomen, sobre o

occiput, fará pressão para baixo, emquanto que a interna fa-lo-ha de baixo para cima.

Não aconselharemos nenhuma manobra e devemos ficar adstrictos ás condições e marcha do trabalho, e procuraremos *evitar a ruptura do bolso d'aguas*, conservando a parturiente deitada e praticando o toque com a maxima prudencia e o menos possivel.



Fig. 63

M. I. E. P.

Qualquer manobra é inutil, difficil e perigosa, segundo pondera JEANNIN.

Si, porém, diante de uma mento-posterior, nada conseguirmos, e si o bolso d'aguas estiver intacto, si o fêto apresenta soffrimento, si a cabeça não estiver encravada, faremos a extracção pela versão. Si, ao contrario, o bolso d'aguas já estiver rôto e si o fêto não apresenta franca mobilidade, si estiver vivo, si a

face já se encontrar insinuada, a intervenção que se impõe é a applicação de forceps, ou a cesariana, no caso de estreitamento pelvico. Nos casos de feto morto, daremos preferencia á craneoclasia.

A applicação de forceps nas apresentações de face é sempre delicada quando a cabeça se acha muito elevada, no estreito superior, e em que as pégal's são, geralmente, difficeis.

A versão e a applicação do forceps são contra-indicadas quando o feto está morto; nesse caso a in-



Fig. 64
M. I. E. T.

tervenção de escolha será a craneotomia (craneoclasia). Nos casos de estreitamento da pelve, si este não é absoluto, praticaremos a pubiotomia; quando, porém, os diâmetros da bacia não permittem o parto pelas vias naturaes, a intervenção que se impõe é a cesariana classica abdominal.

Em resumo, si não ha soffrimento do fêto nem indicações para o lado materno; si se trata de uma *mento-anterior*, não intervir, porque nesses casos o parto natural é, muita vez, possível de se dar.



Fig. 65

M. P.

Si, ao contrario, fôr uma *mento-posterior*, e si, principalmente, houver soffrimento do fêto e indicações maternas, intervir com a operação que o caso clinico comportar.

APRESENTAÇÕES DE FRONTE

As apresentações de frente são consideradas como uma variedade frontal das apresentações de face; ellas são causadoras de dystocias, e eis porque a intervenção, na maioria dos casos, se impõe. Como as apresentações de espadua, ellas entram no grupo das *apresentações viciosas*. As mesmas hypotheses referidas nas de face, constituem indicações e contra-indicações para esta ou aquella intervenção.

A *versão*, porém, será a operação de escolha, toda vez que não houver contra-indicação (cabeça encravada, bacia estreitada, bolso d'aguas rôto, pouca mobilidade fetal, etc.). Nos outros casos, isto é, cabeça encravada, fêto vivo, resolveremos a situação pela aplicação do forceps. Quando, ao contrario, o fêto é morto, teremos a *craneoclasia* para resolver o caso clinico.

O que ahi fica dito não poderá ser tomado no sentido absoluto, visto como *é possível, em alguns casos, o parto espontaneo*. Eis porque a expectação se impõe. Assim, nos casos de mobilisação impossivel, devemos esperar, e só quando as indicações nascidas do fêto ou da parturiente nos obrigam a agir deveremos inter-

vir. Devemos chamar a atenção do pratico para as difficuldades *da applicação* de forceps quando a cabeça já se encontra na excavação. No que diz respeito ás regras dessa applicação ellas vão descriptas no capitulo especial.

APRESENTAÇÕES PODALICAS

As apresentações de nadegas entram no grupo das apresentações anormaes, sem que possamos dahi concluir que toda a apresentação podalica exige, uma vez diagnosticada durante o trabalho, intervenção immediata. O parto processa-se, na maioria dos casos, normalmente, mas devemos ter como regra geral de conducta que essas apresentações acarretam para o fêto soffrimento no momento da expulsão e que a procidencia do cordão se dá commumente.

A nossa conducta varia conforme se trata de um diagnostico *durante a gravidez* ou *durante o trabalho de parto*.

1.º *Durante a gravidez* — Ha indicação de praticar a versão por manobras externas, especialmente nas primiparas. O momento de escolha é no fim do 8º mez.

2.º *Durante o trabalho de parto* — Não devemos abandonar o leito da parturiente quando a dilatação já vai adiantada e os mesmos cuidados geraes são aqui impostos, isto é, verificaremos si ha soffrimento do fêto, procidencia do cordão, etc., e si para o lado da mãe ha indicações que obriguem intervir, *porque devemos tomar como principio geral de só praticar intervenção*

quando ha indicações formaes e absolutas, ou quando, a demora na expulsão acarreta perigo para a mãe ou para o fêto.

Collocaremos a parturiente em posição obstetrica no momento em que a nadega apparece na vulva e esperaremos o seu desprendimento. Não devemos, em absoluto, fazer tracções prematuras sobre a nadega

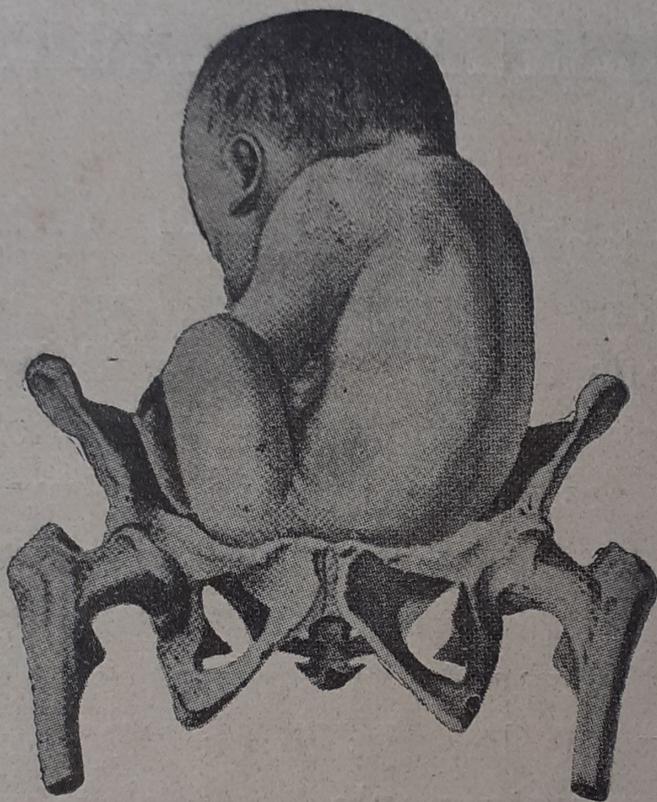


Fig. 66

S. I. E. A.

ou sobre os pés, porque ellas expõem (indirectamente), a morte do fêto; a expulsão da nadega deve ser entregue ás forças naturaes, isto é, ás contracções uterinas, e só intervir na extracção da cabeça. Não ha divergencia nesse particular e a conducta geral dos parteiros é sempre a mesma.

Para evitar descollamento prematuro da placenta, logo que a região umbilical apparece, faremos uma alça do cordão. Si não na conseguimos, devido a cur-

teza do cordão, seccionaremos-lo entre duas pinças de KOCHER ou PEAN.

Dado o desprendimento da nadega, a expulsão do tronco e da cabeça processa-se immediatamente e nos casos em que tal não acontece, facilitaremos, então, a extracção pela classica *manobra de MAURICEAU* (figura 71).

Effectivamente, não devemos retardar demasiado a extracção da cabeça porque o fêto começa a soffrer os perigos da asphyxia; “a função respiratoria da placenta já diminuida, se acha suspensa e o fêto começa a fazer movimentos inspiratorios vãos e perigosos” (1), além da comperssão do cordão entre a cabeça e o estreito superior.

A expulsão do tronco se dá rapidamente; procuraremos verificar se existe alsa do cordão e remove-la; os braços do fêto descem juntamente com o tronco; nesse momento, si ha ligeira demora na expulsão da cabeça, agiremos intervindo com a *manobra de MAURICEAU*: entre as pernas do fêto collocaremos a mão opposta ao lado para o qual o ventre esteja voltado (mão esquerda, si para o lado direito da mãe, e mão direita, no caso contrario), e deslisamos através do fêto; si já se tiver dado a rotação, não ha

(1) VARNIER e FARABEUF — Op. cit.. pag. 149.

Eis como se expressam alguns auctores classicos a respeito dos casos que necessitam terminação rapida do parto “é preciso sempre deixar ás forças da natureza o cuidado de expulsar “a nadega e o tronco, e só intervir para a retirada da cabeça”. (SEIGNEUX) “Ainda uma vez toda a traccão sobre os pés não é legitimada quando a mãe ou o feto correm perigo tal que a expulsão não deva soffrer nenhuma demora e ainda não se deve jámais intervir antes da dilatação completa” (SEIGNEUX).

“Não se deve intervir manualmente na apresentação de nadega completa sinão em duas condições: 1ª — si o fêto soffre; 2ª — si a expulsão parece muito lenta”. (RIBEMONT-DESSAIGNES).

preferencia sobre esta ou aquella mão e o parteiro manejará conforme suas preferencias; o médio e o indicador serão introduzidos na vagina á procura da bocca do fêto; a outra mão cavalgará sobre a nuca deste, auxiliando e completando a flexão e rotação da cabeça; faremos tracções sobre o mento e assim não tardará o apparecimento da face. O movimento que



Fig. 67

S. I. E. P.

até então fôra para baixo, começa a ser para diante e para cima, suspendendo-se o corpo do fêto o mais que possamos faze-lo; esse movimento, como os demais, deve ser feito com a maxima prudencia, e agora quando a cabeça se encontra quasi despreendida, devemos prestar toda attenção ao perineo para que se não dê a ruptura.

O trabalho de parto nas apresentações podalicas é sempre demorado; a insinuação e a dilatação fa-

zem-se lentamente. Eis porque não nos devemos precipitar em intervenções extemporaneas ou prematuras. Extrahido o feto, procederemos á ligadura do cordão e lhe dispensaremos, e á parturiente, os mesmos cuidados consignados nos capitulos especiaes.



Fig. 68

S. I. E. T.

Ha casos, porém, em que as condições da parturiente e a vida do feto exigem uma intervenção immediata. São aquelles em que um trabalho de parto demorado póde ser fatal para a mãe ou para o feto, ou mesmo para ambos. Si, pois, houver indicação (placenta prévia, eclampsia, procidencia do cordão, sofrimento do feto, etc.), deveremos agir sem perda de tempo, praticando a “grande extracção. Si, porém, já houver insinuação da nadega, não poderemos praticala e seremos obrigados, então, a extrahir o feto pelas “tracções inguinaes”.

Como se pratica a grande extracção. — A escolha da mão é de summa importancia e depende do diagnostico da posição. Si se trata de uma sacro-iliaca direita (parte ventral do fêto voltada para o lado esquerdo), a mão que introduzimos para a extracção será naturalmente a direita; si, ao contrario, tivermos uma sacro-iliaca esquerda, applicaremos a mão esquerda. Diagnosticada, pois, a posição (sacro-iliaca



Fig. 69

S. I. E. A.

esquerda ou direita), introduziremos a mão escolhida e iremos á procura do pé ou dos pés. E' preferivel, porém, que seja um só e eis porque agora teremos de escolher o *bom* pé porque as tracções exercidas sobre este (correspondente á anca anterior) facilitam a descida da nadega e a rotação do dorso para diante. Quando, ao revés, apanhamos o *máo* pé (correspondente á anca posterior) o quadril anterior do fêto se encrava sob a symphyse. Exercendo-se movimentos de

rotação consegue-se transformar o *mão pé* em bom *pé*. Nas sacro-iliacas direitas será o pé direito, enquanto que nas sacro-iliacas esquerdas será, naturalmente, o esquerdo, isto é, o correspondente sempre à nadeга anterior.

Não resta agora sinão exercermos tracções brandas sobre elle e trazermos fóra da vulva. As tracções são a principio para baixo até a sahida da anca an-



Fig. 70

S. I. E. T.

terior; serão depois na direcção do operador até que reconheçamos a descida do quadril posterior, para então mudarmos o movimento para cima no sentido vertical.

Extrahidos os membros inferiores e tronco, teremos de praticar a *extracção das espaduas e dos braços*. Estes, quando as tracções são praticadas durante as contracções uterinas, desprendem-se flectidos sobre a face anterior do thorax. Quando, porém, as tracções são exercidas fóra das contracções, os braços ficam

elevados ao longo da cabeça. Não ha inconveniente em extrahi-los nessa posição quando temos diante de nós uma bacia com amplitude de diametro e fêto pequeno. E' o que conseguimos com a *manobra de Deventer Müller*, isto é, tracções oscillantes exercidas sobre o tronco.

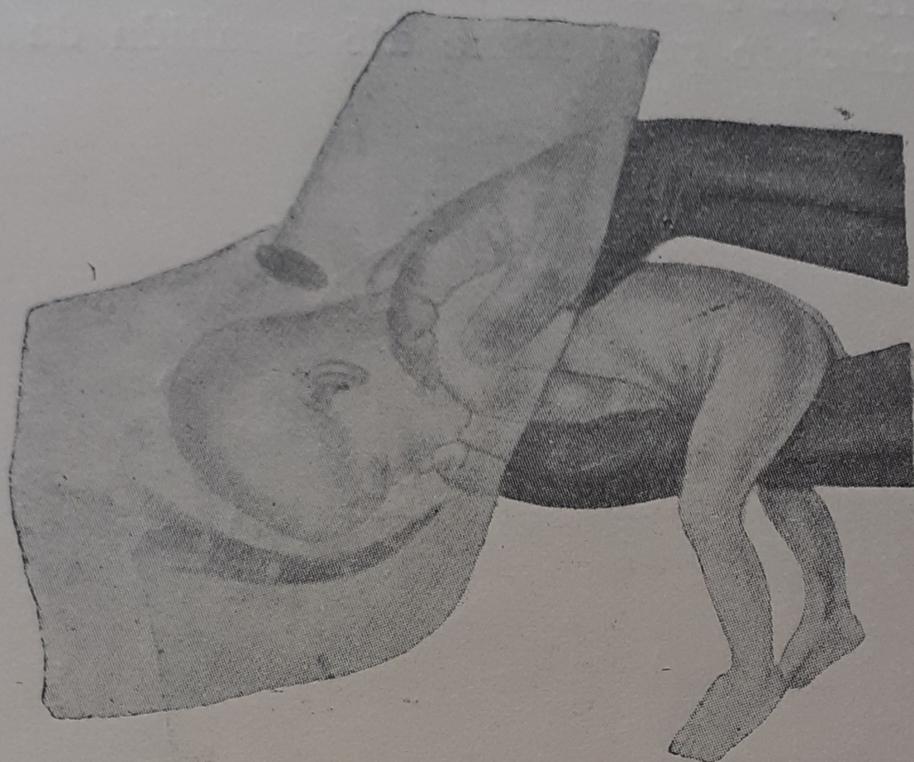


Fig. 71.

Manobra de *Mauriceau* (1º tempo)

Abaixamento do braço posterior — E' o mais accessivel. Levanta-se a nadega do fêto; ao longo do ventre deste introduz-se a mão homonyma da posição e que vae á procura do braço que se encontra adiante do thorax. O ponto de apoio para o abaixamento é o cotovello que será flectido fortemente. *Quando o braço está elevado sobre os lados da cabeça* introduzimos ao longo do dorso do fêto a mão de nome contrario á posição. O parteiro, alcançado o hombro, com os dedos alongados, fará sobre a dobra do cotovello

movimentos de adducção e de flexão abaixando o braço.

Abaixamento do braço anterior — Introduz-se a



Fig. 72

Manobra de Mauriceau (2º tempo)

mão ao longo do dorso do feto atraz da arcada pubiana. Alcançado o braço, apoiando-se sobre a dobra do cotovello, praticaremos um primeiro movimento de

adducção e flexão que passará o cotovello adiante da face do fêto e um movimento de descida do cotovello que trará o braço adiante do thorax do fêto.

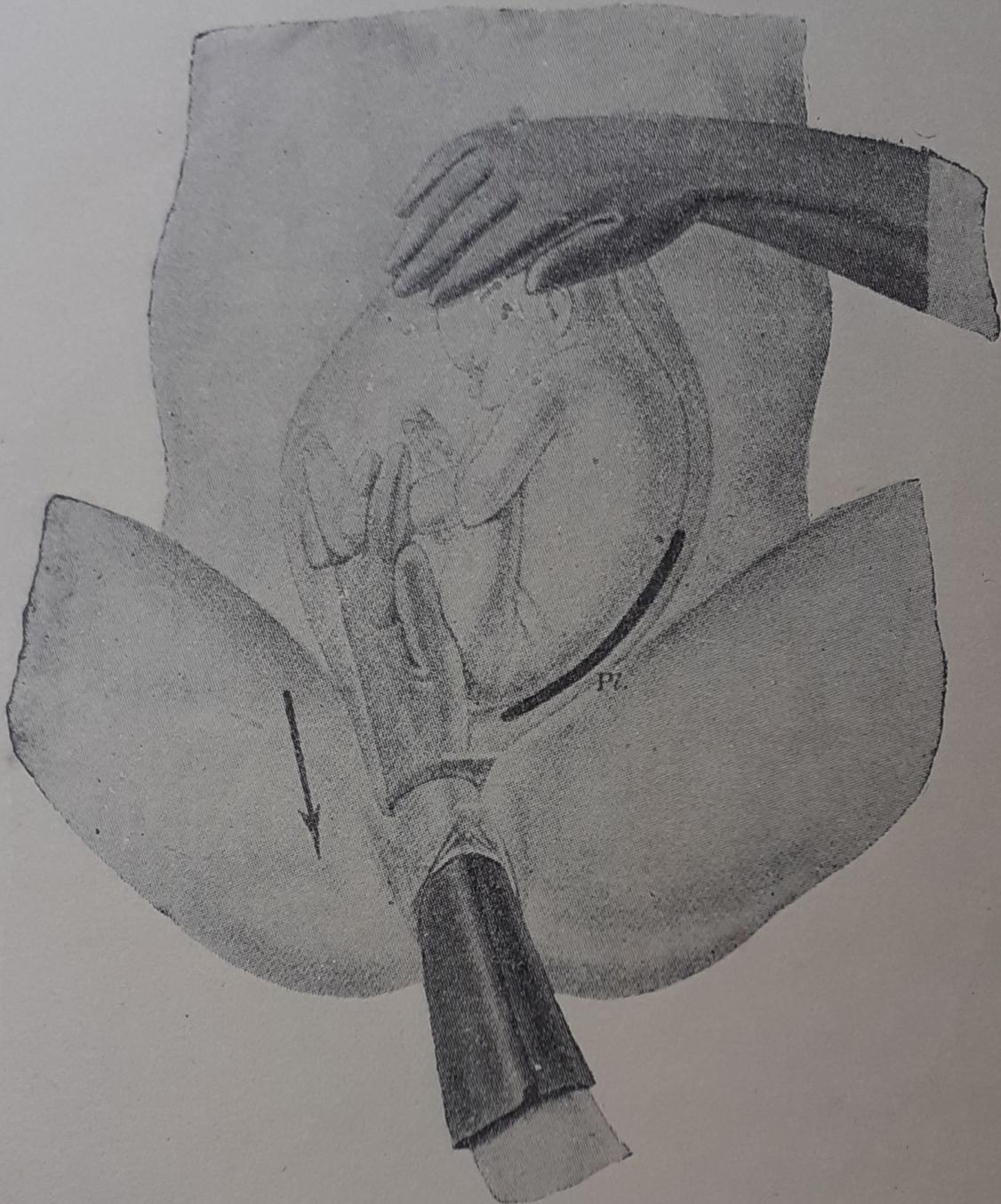


Fig. 73

Grande extracção

Abaixados os braços termina-se o parto rapidamente por meio da *manobra de Mauriceau*.

APRESENTAÇÕES TRANSVERSAS

A apresentação de espadua é compatível com o parto espontâneo? *Geralmente, não.* “La présentation transversale n'est pas compatible avec l'accouchement spontané” (1).

O principio absoluto que ahi fica é merecedor de algumas considerações antes de descrevermos a therapeutica das apresentações transversaes ou obliquas. Não é a expressão da verdade scientifica que toda apresentação de espadua seja incompatível com o parto espontâneo. Ha casos, rarissimos, é verdade, em que a therapeutica obstetrica limita-se a “aparar o fêto”, nenhuma intervenção se faz necessaria, porque quando o parteiro é solicitado, já os phenomenos da “evolução” se patenteiam. A “conduplicato corpore” é um dos phenomenos mais conhecidos, bem como a evolução espontanea nas apresentações de espadua.

O principio que devemos estabelecer, em substituição ao do eminente prof. de LYON, é o seguinte: *a apresentação de espadua não deve ser entregue ás forças naturaes; apesar de ser possivel o parto espon-*

(1) FABRE — ‘L’Obstétrique’ — Pag. 620.

taneo, toda apresentação transversa exige uma intervenção; porque se deixarmos o parto entregue ás forças naturaes teremos, fatalmente a morte do feto.

Que as apresentações obliquas são compatíveis, algumas vezes, com o parto espontaneo, a prova temos-la nas linhas seguintes: “la correction a lieu spontanément au début du travail, la chose n'est pas très rare. A chaque contraction, l'utérus tend a reprendre sa forme allongée primitive, ses parois latérales ren-



Fig. 74

A. I. D.

(Espadua direita)

flées se rapprochent en redressant le foetus. C'est le même phénomène qui a lieu souvent au cours de la grossesse..., la présentation transversale s'est ainsi transformée en une longitudinale” (2).

Em outros casos, dá-se não a versão espontanea, isto é, a correcção da posição fetal pelas forças naturaes, mas a “evolução espontanea”.

(2) BUMM — ‘Précis d'Obstétrique’ — Pag. 465.

Outro principio que merece restricções e estabelecido tambem pelo prof. FABRE, é o seguinte: “toda apresentação de espadua deve ser tratada pela versão podalica”.

Ora, as apresentações transversaes, como quaesquer outras, não podem comportar um principio tão absoluto, porque as indicações e contra-indicações têm de pesar na balança da therapeutica. Como praticar a versão em um utero cujo collo rijo, fibroso, cicatri-



Fig. 75

A. I. E.

(Espadua esquerda)

cial, não permite a dilatação a não ser pelos meios sangrentos?

Como pratica-la em um utero tetanisado, ou mesmo quando ainda não esteja, mas já ha signaes de “distensão do segmento inferior”, isto é, quando a ruptura do utero está imminente?

Como pratica-la nos casos de bolso d’agua rôto já ha algumas horas e o utero, então, adaptado ao

corpo do feto como uma verdadeira luva, não permite a sua evolução?

Como pratica-la em uma bacia geralmente estreitada e na qual os diâmetros estão em desproporção absoluta com os do feto

Emfim, são hypotheses que contra-indicam a extracção do feto por meio da "versão podalica". As apresentações transversaes estão sujeitas ao mesmo principio das indicações e contra-indicações que rege a obstetricia.

A therapeutica das apresentações obliquas se divide em duas partes: *durante a gravidez e durante o trabalho de parto.*

DURANTE A GRAVIDEZ. — Diagnosticada a apresentação procuraremos praticar a "versão por manobras externas" trazendo para o estreito superior o pólo fetal mais proximo, sendo sempre preferivel, porém, que seja a cabeça. Si esta se acha voltada para o lado esquerdo da mãe e a nadega para o lado direito, com a mão direita procuramos traze-la para o estreito superior, enquanto que a esquerda levará a nadega para o fundo do utero.

Si, ao contrario, a cabeça está voltada para o lado direito, é a mão esquerda que a trará para baixo e a direita levará a nadega para cima.

Como, porém, nas apresentações de espadua o pólo mais proximo do estreito superior é o cephalico, a versão será *cephalica*.

Praticada a versão, procuraremos manter o feto nessa posição com a *cinta eutocica de PINARD* ou com um collete improvisado. Em alguns casos, porém, não conseguimos mante-la.

Algumas vezes a versão torna-se difficil, principalmente nas multiparas, nas mulheres muito gordas.

Poderemos tentar nesses casos a versão sob anesthe-
sia e em caso de visível dificuldade, não insistir.

Toda vez que diagnosticarmos uma apresentação transversa ou obliqua, durante a gravidez, devemos prevenir a familia de modo a que o medico esteja presente nos primeiros momentos do trabalho de parto.

DURANTE O TRABALHO. — As apresentações trans-
versaes durante o trabalho devem ser tratadas pela
versão de BRAXTON HICKS, quando não houver contra-
indicações para a execução dessa manobra.

Si já houver ruptura do bolso d'agua, que diffi-
culta sobremaneira a versão, si houver uma despro-
porção absoluta entre os diametros da bacia e da
cabeça, si existir tetania uterina com *retracção do*
annel de BANDL, ou sómente *retracção do annel*, não
devemos em absoluto praticar a versão por manobras
internas ou a de BRAXTON HICKS. Assim as contra-in-
dicações se estabelecem:

- 1.º — *Bolso d'aguas rôto*, ou completo escoamento do liquido amniotico;
- 2.º — *Estreitamento da pelve*;
- 3.º — *Tetania uterina*;
- 4.º — *Estenose ou rijesa do collo*.

A ausencia de liquido amniotico difficulta, so-
bre maneira, a versão, porque o fêto torna-se pouco
movel no interior da cavidade uterina, cujas paredes
ficam geralmente adaptadas a elle. O estreitamento
pelviano, entra no grupo das contra-indicações, por-
que sendo a versão uma intervenção proposta nos
casos em que se deseja salvar o fêto e a mãe por meio

de manobras rapidas, qualquer demora na extracção virá, naturalmente, pôr em perigo á vida do fêto. Além de que, si o estreitamento é notavel, a cabeça do fêto não passará sem que seja preciso nova intervenção. Eis porque achamos que a cesariana classica abdominal será a operação de escolha nesses casos, assim como quando encontramos tetania e rijeza do collo.

A versão por manobras internas deverá ser praticada quando o collo uterino estiver completamente dilatado ou der passagem á mão, porque intervindo em um collo que não apresente dilatação sufficiente, corremos o grande risco da ruptura no momento da extracção do fêto. Eis porque devemos evitar de uma maneira absoluta a *ruptura prematura do bolso d'agua*, visto como nas apresentações transversaes, sendo a dilatação mais demorada e menos completa do que nas outras apresentações, é elle quem a provocará. Nesses casos, pois, é á versão prophylactica que se recorre e se faz, logo que seja possivel, não havendo necessidade, si o collo não está completamente dilatado, de extracção immediata.

Quando, pois, verificarmos que o orificio uterino dá passagem á mão, teremos o momento de escolha para praticar a ruptura do bolso d'aguas e intervir pela versão prophylactica *sem extracção*, si a dilatação não é sufficiente.

Em resumo, para praticar a versão é preciso:

1.º — que o collo esteja dilatado e o orificio uterino dê passagem á mão do parteiro;

2.º — que o bolso d'aguas esteja intacto, ou rôto de pouco tempo;

- 3.º — *que não haja estreitamento pelviano;*
- 4.º — *que não haja retracção do anel de BANDL (tetania uterina).*

Quando houver contra-indicação para a pratica da versão nas apresentações transversaes ou obliquas, a *operação unica que se impõe é a cesariana classica abdominal.*

FORCEPS

O primeiro forceps appareceu no seculo XVII descoberto pelo barbeiro CHAMBERLAIN que o não divulgou para, egoisticamente, poder explora-lo. Assim passou um seculo como segredo de familia. Depois de CHAMBERLAIN surgio PALFYN e logo em seguida cada qual quiz crear um modelo, sendo interminavel a lista dos nomes de parteiros que procuraram, com o seu *novo aparelho*, resolver a questão. Todavia, os mais usados são: PAJOT, WERNECK, SIMPSON BARNES, TARNIER, DEMELIN KIELAND, NÖEGELE, LEVRET, etc., etc.

Duas são as classes de forceps:

1.º *Forceps cruzados.*

2.º *Forceps não cruzados.*

1.º — FORCEPS CRUZADOS

Antes do mais adiantemos que todo forceps, quer do typo *cruzado*, ou seja do typo *não cruzado*, compõe-se de duas partes: as COLHERES que estão disposias, com relação a sua funcção, como agente de *prehensão* e de *tracção* e OS CABOS.

Em todo forceps cruzado temos que considerar os *ramos* que se classificam em *direito* e *esquerdo* conforme a relação que existe entre a *colher* e a

pelve. Assim, o ramo esquerdo porque a colher fica em relação com a metade esquerda da pelve e o cabo é seguro pela mão esquerda do parteiro. Da mesma sorte o ramo direito porque a colher colloca-se á direita da pelve e o cabo é seguro pela mão direita do operador. São chamados tambem o esquerdo macho porque neste ramo está collocado o parafuso para articulação do forceps, e o direito femea porque ahi está a chanfradura que se articula ao parafuso.

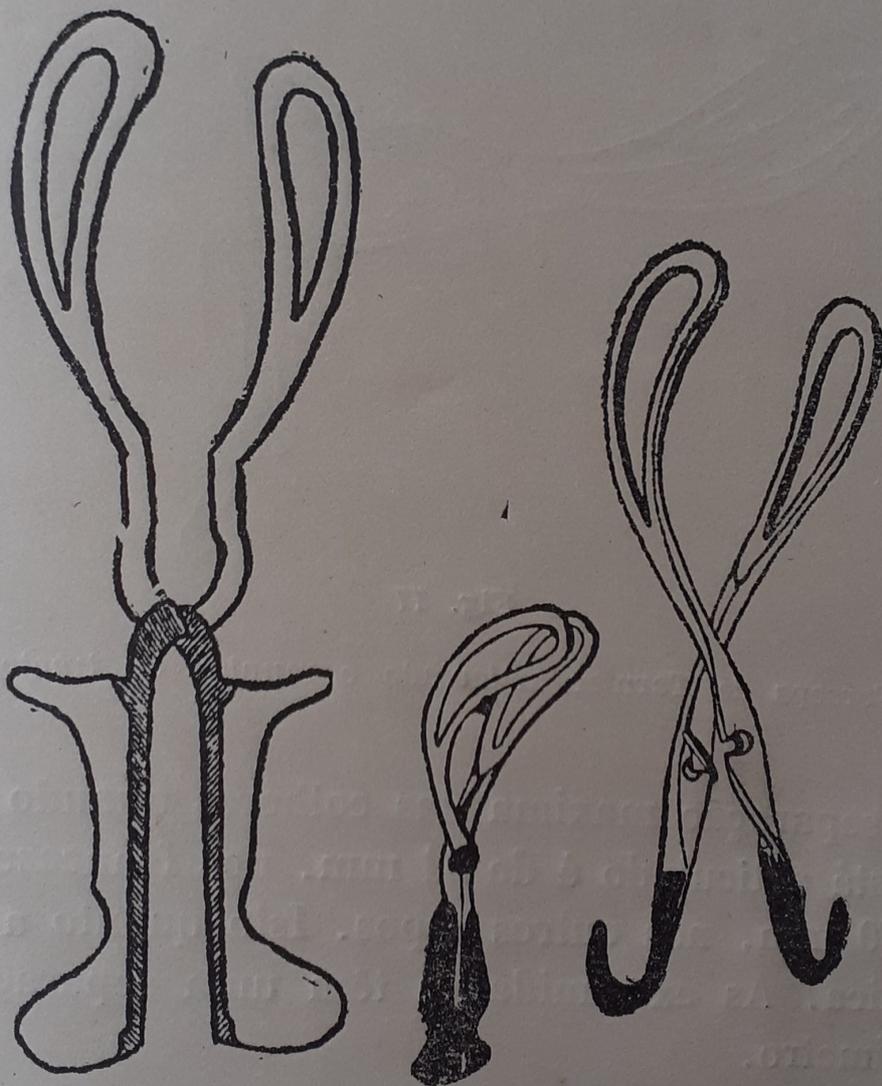


Fig. 76

Forceps *Werneck, Pajot e Levret*

As *colheres* adaptam-se sobre a cabeça do feto. Têm uma janella para diminuir o volume e o peso

do instrumento, ajustar-se melhor e produzir menos pressão. Cada *colher* apresenta duas CURVAS: *cephalica* e *pelviana*; duas BORDAS, uma concava outra convexa; duas EXTREMIDADES, uma larga e arredondada, a outra estreita e que se continua com os cabos.

A curva *pelviana* não existia nos antigos modelos e foi LEVRET quem a idealizou, sendo conhecida por *curva de LEVRET*.

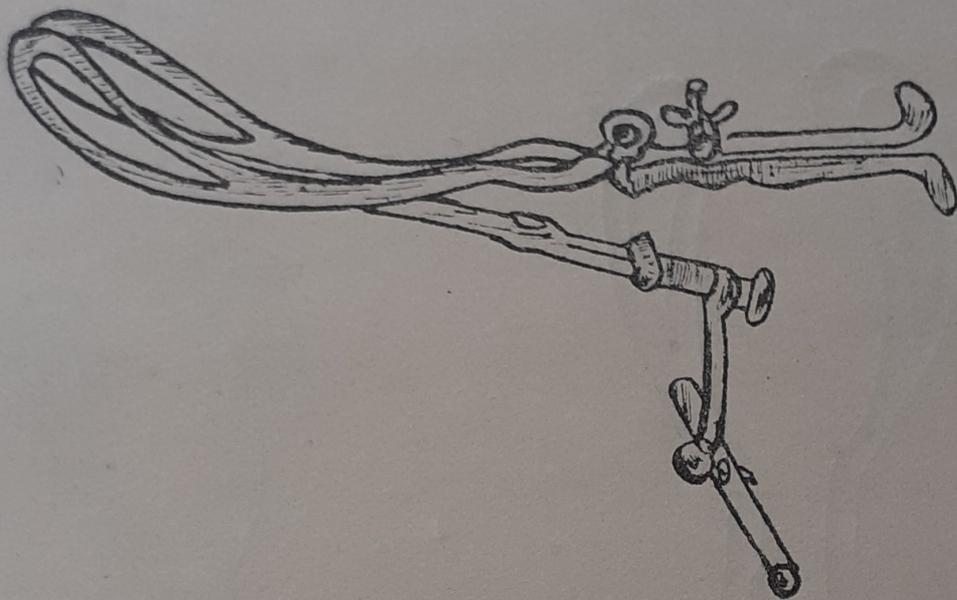


Fig. 77

Forceps de Tarnier articulado e munido do tractor

A separação maxima das colheres quando o *forceps* está articulado é de 54 mm. nos francezes e de 54 a 70 mm. nos outros typos. Isto quanto a curva *cephalica*. As extremidades têm uma separação de 1 centimetro.

A *articulação* serve para permittir ao apparelho movimentos faceis de approximação e afastamento das colheres. O systema varia conforme o modelo do *forceps*: os inglezes por *encache*, outros pelo systema de Brunninghausen, alguns pelo systema de Gregório.

2º — FORCEPS NÃO CRUZADOS

Alguns auctores, notando certos inconvenientes nos *forceps cruzados*, resolveram idealizar um outro type que era o antigo de CHAMBERLAIN, PALFYN e outros. De todos os *forceps não cruzados* o que melhores sympathias tem logrado é o de DEMELIN.

As *colheres* são identicas ás dos *forceps cruzados*. Os ramos ou cabos apresentam uma curvatura no meio do instrumento de modo que melhor se adaptem as *colheres* á cabeça fetal. (THENANCE, VALLETTE e outros).

A articulação é collocada na extremidade inferior do *forceps*, não dispensando, todavia um parafuso na parte media conforme se verifica nos modelos *Demelin*, *Coutouly*, *Chassagny* (2º modelo) etc.

ACÇÃO DO FORCEPS

Dois são os modos de acção do *forceps*: acção *dynamica* e acção *mecanica*.

1.º *Acção dinamica* — E' sabido que a presença de um corpo extranho no utero produz um estimulo que se caracteriza pela *contractão*. Nos casos de inercia uterina o *forceps* actua como *ocytocico*, despertando o utero do seu estado lethargico e obrigando á parturiente a fazer esforços de expulsão.

2.º *Acção mecanica* — “O *forceps* é uma pinça destinada a tomar a cabeça, saca-la, permittindo executar sua evolução no canal pelviano. Recordemos que o *forceps* toma, faz evolucionar e saca a cabeça

fetal" (TRONGÉ). Dest'arte, teremos: a *prehensão*, a *compressão* e a *evolução* que constituem as tres *acções mecánicas do forceps*.

PEGADAS

Os forceps foram calculados para as cabeças medias. Havendo cabeças relativamente grandes, emquanto que outras são pequenas, na pratica é impossivel que as colheres se applicuem exactamente sobre toda a circumferencia cephalica. PINARD insistio sobre a *pegada ideal* de modo que, em qualquer situação *que se encontre a cabeça, ella poderá serprehendida* regularmente. A cabeça é um *ovoide* cujos polos são: o *occiput* e o *mento*. E' o maior diametro que vae do occipital, segue a sutura sagital, passa pelo nariz e mento, ou seja o *meridiano sagital*. O outro diametro, perpendicular ao primeiro, passa por diante e por traz da orelha, corta a saliencia zygomatica malar e o parietal, ou seja o *meridiano lateral*, ou *parieto-zygomatico malar* ou *parieto malar*. Si, pois, fizermos uma applicação de forceps sem observarmos este pequeno detalhe teremos, muita vez, uma pegada defeituosa, isto, é, segundo o diametro sagital um ramo cahiria sobre a *fontanella anterior* e o outro sobre o occipital.

TRACÇÕES

Uma vez apanhada a cabeça fetal segundo o melhor diametro, iniciamos as tracções. Estas devem, porém, obedecer a certas regras para que não tenhamos de lastimar lesões maternas ou fetaes.

Sabemos que os *cabos* e as *colheres* não estão no mesmo eixo; estas formam com aquelles um angulo obtuso. Si exercermos, pois, tracções sobre os ramos na direcção do seu eixo, ellas não coincidem com o eixo das colheres e, portanto, da parte fetal que terá de percorrer o eixo da bacia. Assim, pois, ellas serão praticadas sem *violencia* nem *precipitação*, mas com persistencia, acompanhadas de pequenos intervallos de repouso, seja durante ou após a dôr e segundo o eixo da bacia: a principio para baixo e para traz, depois, porém, que a cabeça começa a apparecer na vulva e verificamos que o occiput se desprende do sob-pubis, levaremos o forceps *lentamente* para deante e para cima, retirando-se as *colheres* assim que as bossas parietaes venceram a resistencia vulvar

INDICAÇÕES

A applicação de *forceps* exige, como qualquer intervenção obstetrica, *indicações absolutas e relativas* para que seja justificado o seu emprego. Toda vez que houver necessidade de terminar o parto ha indicação para o forceps.

Mas quaes são, porém, os casos em que, havendo necessidade de terminar o parto, ha indicações para applicação de forceps?

1.º *Soffrimento do feto* (procidencia do cordão, latero-cidencia, pequenez do cordão, procidencia de membro, etc.) toda vez que outras intervenções sejam contra indicadas.

2.º *Inercia uterina* (primitiva ou secundaria).

3.º *Viciação pelvica*, em que a desproporção entre os diametros da bacia e da cabeça fetal é pequena e permite o seu desprendimento.

4.º *Doenças agudas ou chronicas* (cardiopathias, tuberculose, pneumonias, hernia com ameaça de estrangulamento, e outras).

5.º *Hemorrhagias, eclampsia, resistencia do perineo, etc.*

Em havendo necessidade de terminar o parto, desde que elle seja applicavel, o forceps é, perfeitamente, indicado.

CONTRA INDICAÇÕES

1.º *Estreitamento absoluto da pelve.*

2.º *Tetania uterina* (em imminencia de ruptura).

3.º *Apresentações transversas.*

4.º *Hydrocephalia.*

5.º *No estreito superior* quando ha mobilidade fetal. Esta ultima entra no grupo das *contraindicações relativas*. Não sendo facil a applicação de forceps no estreito superior e só em mãos experientes é que podemos aconselha-la, é obvio, que não poderá constituir uma *contraindicação absoluta*.

CONDIÇÕES NECESSARIAS

As applicações de *forceps* exigem, como condições necessarias:

1.º Que se tenha feito o diagnostico exacto da *apresentação, posição e variedade de posição* para que se não faça uma applicação *contraindicada* e para que se possa praticar uma *bôa pegada*.

2.º Que o collo haja *desapparecido*, isto é, quando ao toque se verifique o *orificio uterino completamente dilatavel* e que, portanto, a applicação do *forceps*

e a passagem do feto não possam e não devam produzir ruptura.

3.º Que a bexiga esteja completamente vazia de modo a não produzir ruptura desse órgão.

4.º Que se haja dado a ruptura do bolso d'aguas para que o instrumento não apanhe as membranas o que seria causa de resvalamento do forceps, descolamento prematuro da placenta e, pois, de grave hemorragia.

5.º Que o instrumento deslize entre a parte fetal que se apresenta e a parede do utero.

6.º Que se trate de uma apresentação cephalica ou podalica descompleta modo nadegas. Esta ultima condição é relativa porque ha auctores que a contraindicam, emquanto que outros a approvam. A pratica nos ensina que, apezar do apparelho não ter sido construido para ser applicado onde não se adapta bem, é relativamente, facil a tomada da apresentação podalica, especialmente nas *sacro iliacas posteriores* (direita ou esquerda).

7.º Que o feto esteja vivo. E' uma condição relativa e que certos auctores opinam como constituindo uma condição necessaria absoluta. Não somos da mesma opinião e será melhor applicar o forceps em feto morto do que appellar para a *craneotomia* que, além de exigir maior apparelhagem e ser operação mais demorada, impressiona desagradavelmente á parturiente e a familia e é provocadora de lesões das partes genitales da paciente.

8.º Que a cabeça esteja *insinuada*, isto é, que não seja movel no estreito superior porque as *pegadas* sendo difficeis e a *versão* muito mais facil, recorreremos a esta ultima. E', todavia, uma condição rela-

tiva porque ha quem a prefira a qualquer outra intervenção.

REGRAS GERAES PARA APPLICAÇÃO

Colloca-se a parturinte em posição obstetrica atravessada sobre o leito. Este, si possivel, será elevado de modo que permitta ao parteiro maior facilidade na applicação e, especialmente, na extracção. A elevação do leito consegue-se, facilmente, collocando sob os pés alguns tijolos. Para maior firmeza, porém, devemos operar sobre uma mesa. Forra-la-hemos com lençóes, impermeavel (na falta deste, usar jornaes) e collocaremos uma bacia grande para receber os liquidos que se escoam durante a intervenção.

Os pellos da região serão raspados e praticaremos uma desinfeccção rigorosa das coxas (parte superior) vulva e vagina. Esvasiaremos o recto e a dextra.

O impermeavel collocado sobre a mesa formará uma gotteira que vae ter ao recipiente (bacia ou balde) que receberá o sangue, agua, liquido amniotico, etc., que se escoam durante o acto operatorio. Em uma mesa pequena ou cadeira ao alcance do operador collocaremos os aprestos para o parto rigorosamente esterilizados.

Si a cabeça está na vulva e não estamos em presença de uma parturiente pouco docil, si não se trata de um temperamento nervoso, dispensaremos, perfeitamente, a anesthesia geral. Nesses casos, poderemos applicar uma injeccção de pantopon, sedol ou lucina, que nos facilitará a applicação do forceps. Si, ao contrario, trata-se de um temperamento nervoso e si, principalmente, a cabeça estiver apenas insinuada na

escavação, necessitaremos da anesthesia geral pelo chloroformio ou ether. Todavia, podendo-se evitar a administração do chloroformio será preferivel, mormente quando se trata de inercia uterina.

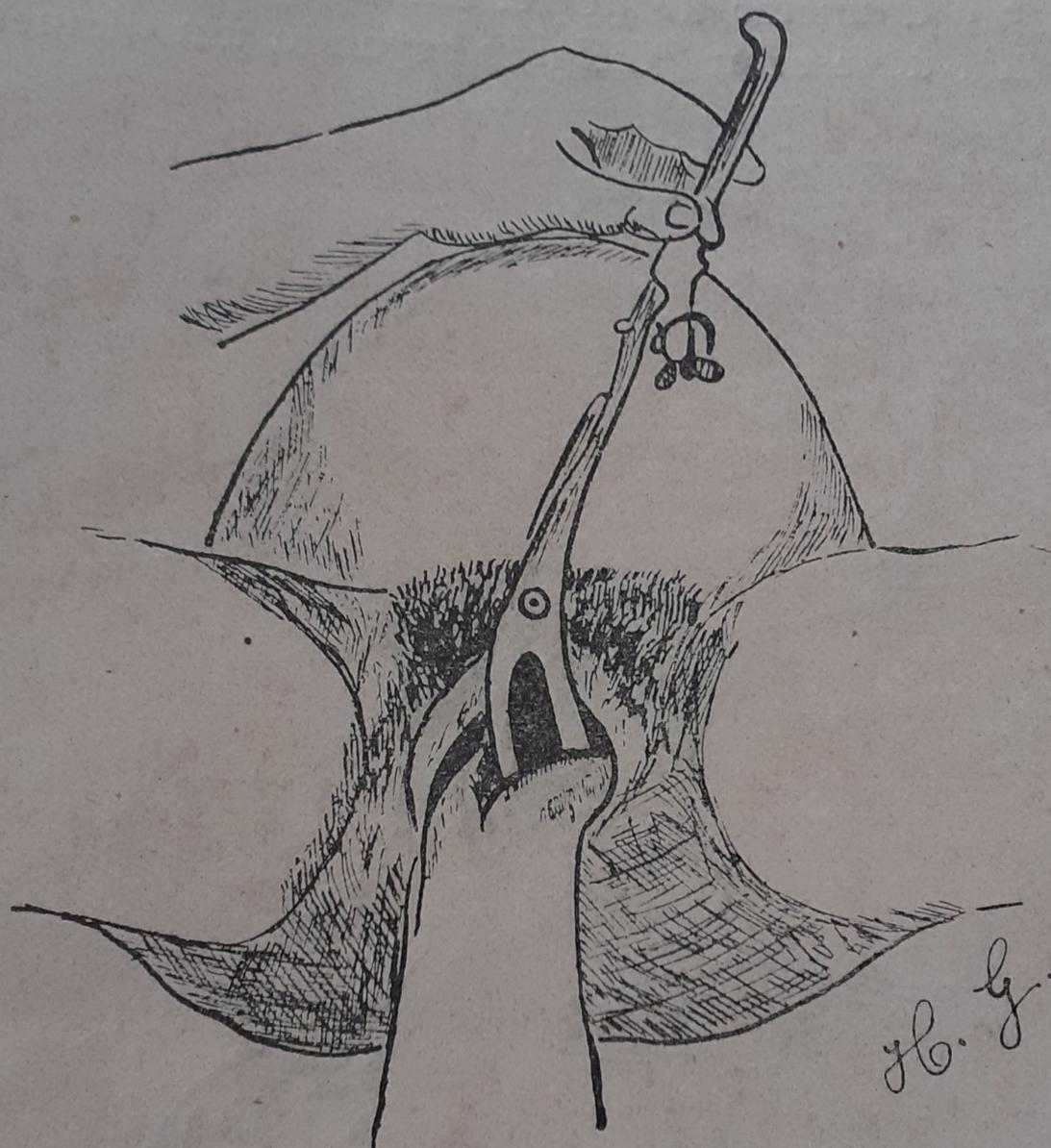


Fig. 78

Introducção da mão guia (direita) e do ramo esquerdo do forceps

A collocação dos ramos e das colheres e a articulação dos mesmos é feita de pé, sentando-se o parteiro, somente, no momento das *tracções*.

Dissemos linhas acima que o diagnostico da apresentação, situação, orientação, flexão e inclinação da cabeça é o ponto capital da applicação de forceps,

porque si não n'a fizermos teremos difficuldades na extracção, assim como lesões do feto.

Não tenhamos como ponto de referencia para uma *bôa pegada* a relação que existe entre a *sutura sagital* e o *diametro da pelve*. Diz-se que o *diametro da pegada* deve estar "dirigido segundo um diametro

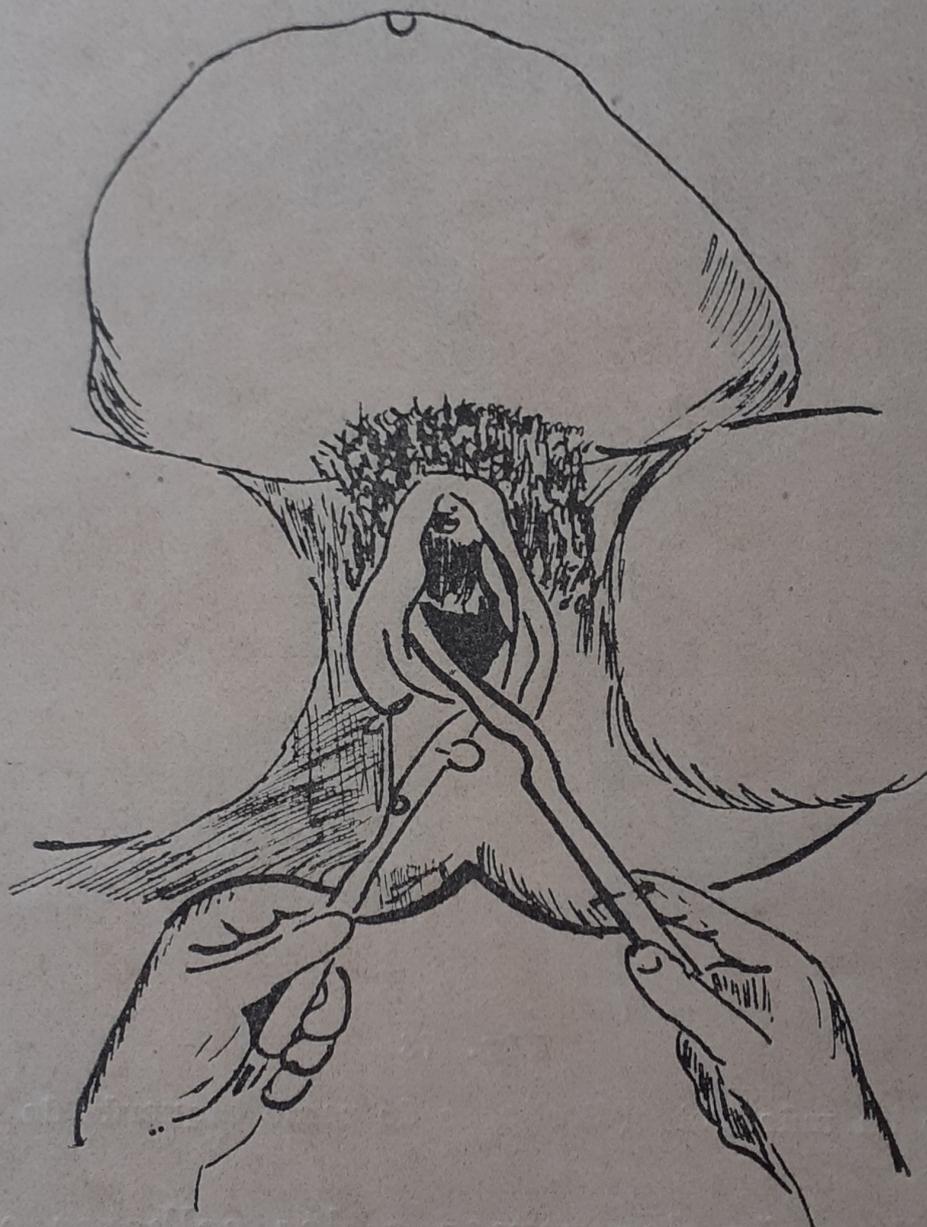


Fig. 79

Articulação dos ramos do forceps

perpendicular ao diametro da pelve em que está collocada a sutura sagital". Ora, não entramos aqui na discussão do assumpto, mas adiantamos apenas que

com essa maneira de proceder teremos, quasi sempre, uma *pegáda defeituosa*.

Melhor será nos servirmos das regras dictadas por PINARD. Para este o que nos deverá guiar não é o diametro da pelve, mas tão sómente a região da cabeça sobre a qual devem ser applicadas as colheres do forceps ou seja a *orelha posterior*.

Após os cuidados necessarios, fervido ou flambado o instrumental cirurgico, conforme a urgencia do caso clinico, tendo tudo preparado para a ligadura do cordão e banho do feto, iniciaremos a applicação do forceps.

Os tempos se dividem:

- 1.º Introducção da mão guia;
- 2.º " e collocação da 1ª colher;
- 3.º " da segunda mão;
- 4.º " e collocação da 2ª colher;
- 5.º Articulação dos ramos;
- 6.º Extracção.

1.º *Tempo* — Esperamos um intervallo das contracções. A *mão guia* será, racionalmente, a de nome contrario ao ramo que se introduz: mão direita si é o ramo esquerdo, e mão esquerda si é o ramo direito. Introduzimos a mão em forma de cone na vagina e vamos a procura do orificio uterino e da *orelha do feto*. Certificamo-nos de que os dedos estão entre a cabeça e o orificio uterino e deixamos a mão na parte da bacia onde houver mais espaço, ou melhor na direcção da symphyse sacro-iliaca.

2.º *Tempo* — A mão que introduzimos foi a *direita*. O ramo a collocar-se será o *esquerdo* ou ramo *macho* ou seja o que possui o parafuso. Como segurar

o cabo do forceps? Ha varios processos, mas o melhor é apanhar o cabo com a mão em cheio, porém, o pollegar, dirigido para baixo sobre a borda do *cabo*, ou então com o indicador e o medio de um lado e o pollegar do outro (como se segura uma caneta). A introduccão deve ser suave, sem violencia, como se praticassemos um catheterismo urethral. A colher cabe parallelamente aos labios da vulva de encontro

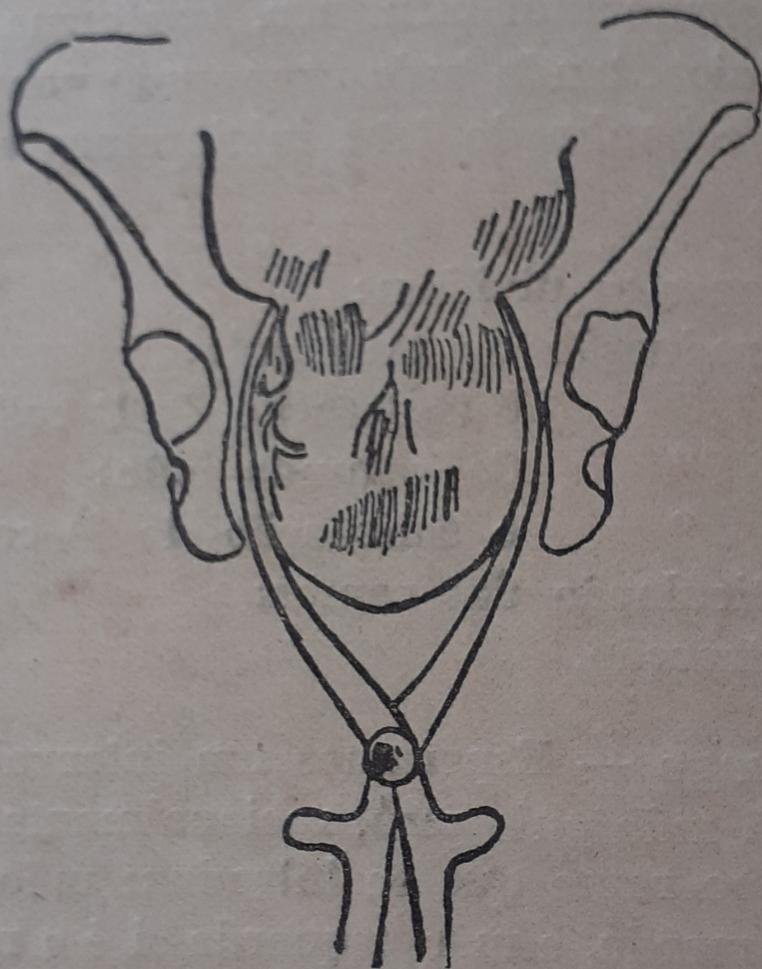


Fig. 80

Aplicação em O. P.

a face palmar da *mão guia*. Vae-se baixando lentamente o cabo de modo que a face convexa da colher fique intimamente applicada a nossa mão; a proporção que o *lento* abaixamento se produz, a colher desliza sobre a mão progredindo até que chega ao nivel da região fetal que se procura. Si não está bem coi-

locada a colher rectifica-se a collocação. Retira-se, então, suavemente a *mão guia*, sem mobilisar a cabeça nem o cabo do forceps. Entrega-se a um auxiliar que o manterá immovel.

3.º *Tempo* — Iniciamos a applicação do *ramo direito* ou *femea* ou seja o que possue a chanfradura. A *mão guia* será a *esquerda* cujos dedos irão a procura da orelha anterior. Se não conseguimos encontrar a orelha, vamos em direcção da symphyse sacro-iliaca profundamente.

A colher, da mesma sorte que da primeira applicação, deslizará entre a face palmar dos dedos e a cabeça fetal.

4.º *Tempo* — Colocados os ramos em bôa posição trataremos de articula-los. Para isso seguramos os cabos com a mão do mesmo nome (*ramo esquerdo* com a mão esquerda, *ramo direito*, com a mão direita). Si a applicação foi bem feita não teremos difficuldades na articulação. Si, todavia, não n'a conseguimos, traremos para frente o *ramo direito* (2º *ramo*). Si, apesar dessa manobra, a articulação ainda se torna difficil, é que a pegada foi *má* e então teremos que retirar o segundo ramo, ou então os dois e praticar nova collocação. Quando o *ramo direito* é introduzido em primeiro lugar, dá-se o cruzamento dos ramos e, pois, impossibilidade de articula-los. Torna-se necessario descruza-los, o que devemos fazer com certo cuidado para que as *colheres* não percam o contacto com a cabeça.

Articulado o forceps, verificamos, novamente, a *pegada*, isto é, si a *sutura sagital* está a *igual distancia* das *colheres*.

6.º *Tempo* — É a *extracção* do fêto. A mão esquerda do operador é applicada ao nivel da articula-

ção enquanto que a direita apanha os cabos. A esquerda fará *tracções*, a direita exerce, apenas, uma pressão moderada para evolução do forceps. As tracções são, à principio, para *baixo* de modo a completar a *flexão* da cabeça; uma vez o occiput desprendido do sob-pubis, mudamos a direcção das tracções no sentido horizontal, para depois, então, quando a cabeça vence a resistencia vulvar, levamos os ramos do forceps para *cima*, na direcção da parêde abdominal, provocando, dest'arte, a deflexão da cabeça.

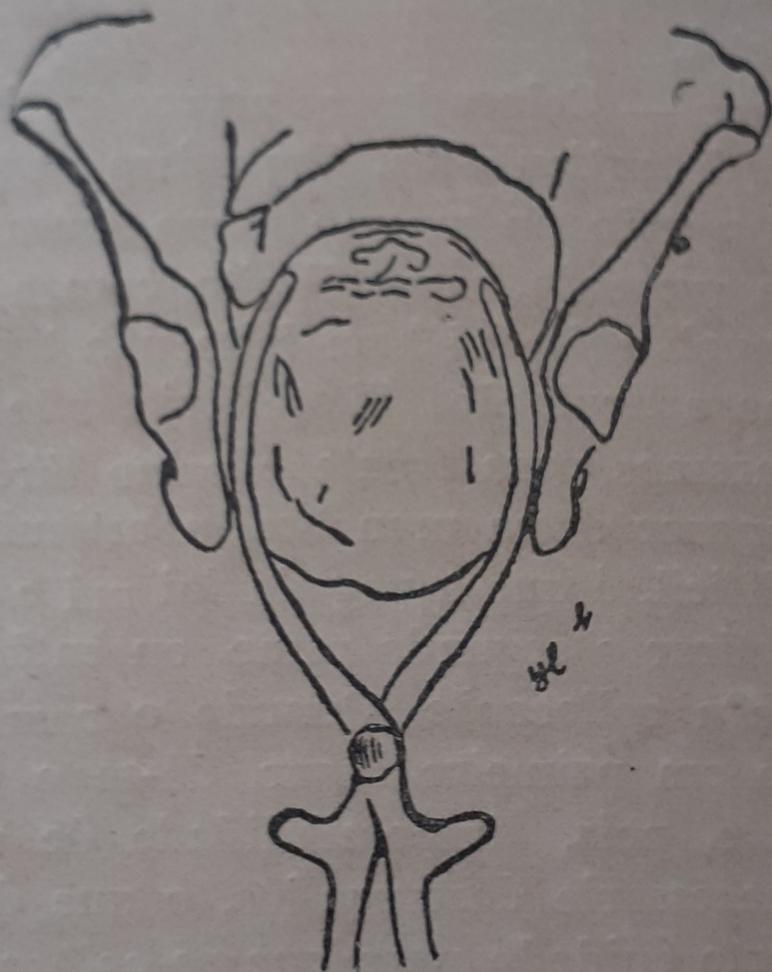


Fig. 81

Aplicação em O. S.

Quando as bossas parietaes vencem o orificio vulvar, largamos os ramos, segurando o forceps, apenas, com a mão esquerda de modo que a direita fique livre para *proteger o perineo*.

Toda applicação de forceps exige a maior attenção para o perineo. Se notarmos que ha imminencia de ruptura, praticaremos a EPISEOTOMIA.

As tracções devem ser lentas, sem violencia, progressivas. Não nos devemos apoiar, porque a extração não depende de força, senão de pericia.

APPLICAÇÕES EM PARTICULAR

1.º *Occipito-pubiana* — (O. P.) A rotação já se processou, a sutura sagital está no diametro antero-

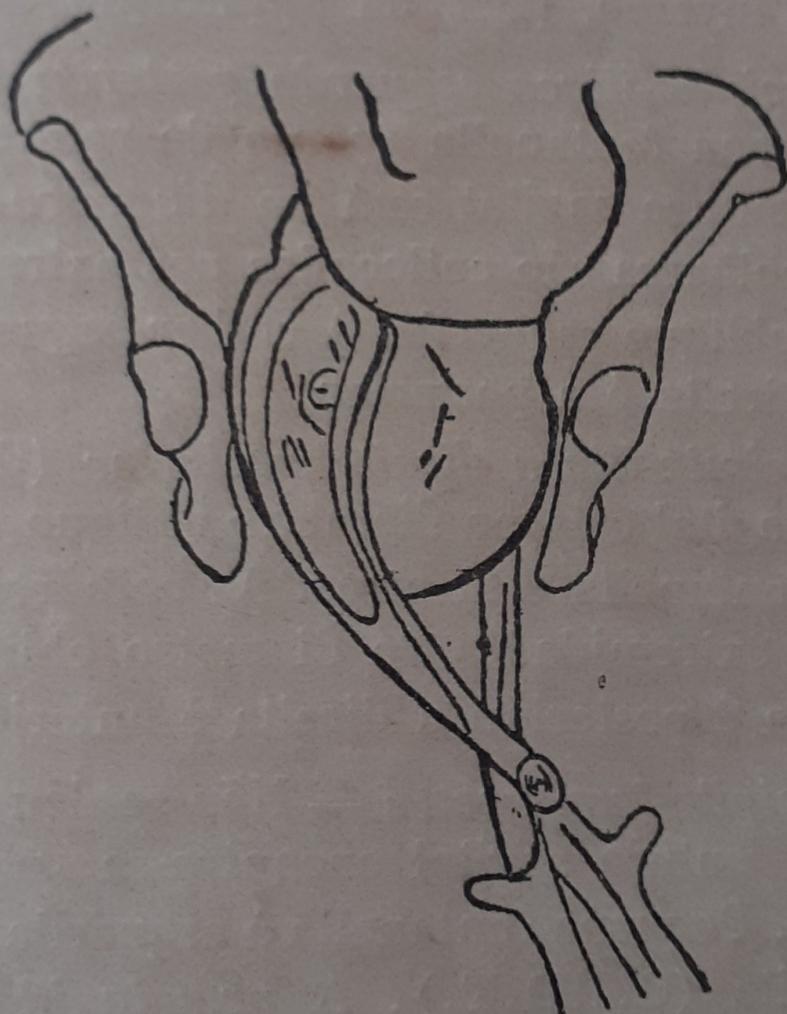


Fig. 82

Applicação em O. I. E. A.

posterior do estreito-inferior. Pequena fontanella sob a symphyse. A applicação do forceps não tem diffi-

culdades. As colheres alcançam a cabeça pelas bossas parietaes e na direcção do diametro transverso da bacia.

2.º *Occipito-iliaca esquerda anterior*—(O.I.E.A.)
A sutura sagital está no *diámetro obliquo esquerdo*. As colheres ficam em relação com o *diámetro obliquo direito*; a colher esquerda é a posterior, a direita é anterior.

3.º *Occipito-iliaca direita anterior* (O.I.D.A.) —
A sutura sagital está no *diámetro obliquo direito*. As colheres tomam relação com o diametro obliquo esquerdo. A colher esquerda é a anterior, a direita posterior, ao inverso, pois, da applicação de O.I.E.A.

4.º *Occipito-iliaca esquerda posterior* (O.I.E.P.)
— A pequena fontanella (ponto de referencia) está atraz. A sutura sagital está no *diámetro obliquo direito*. As colheres são collocadas nas extremidades do diametro obliquo esquerdo. A colher esquerda é a anterior, a direita é a posterior.

5.º *Occipito-iliaca direita posterior* (O.I.D.P.)—
A sutura sagital está no diametro obliquo esquerdo. A pequena fontanella está atraz. As colheres são applicadas nas extremidades do diametro obliquo direito. A esquerda é posterior, a direita é anterior.

6.º *Occipito-transversas* — Não se deu ainda a rotação. A sutura sagital encontra-se no *diámetro transverso*. Pequena fontanella á esquerda (O.I.E.T.) ou á direita (O.I.D.T.). A *pegada idéal* seria no *diámetro antero-posterior* da bacia, as colheres do forceps apanhando a cabeça por cima das orelhas do feto. Não é, porém, possível. A applicação será em *obliqua*. Nas O.I.E.T. applicaremos na direcção

do diametro obliquo direito, e nas O.I.D.T. no diametro obliquo esquerdo.



Fig. 83

Aplicação na apresentação de face

7.º *Occipito-sacra* — A aplicação do forceps em O.S. não apresenta nenhuma modalidade especial, senão quanto a *extracção*. A *sutura sagital* está no diametro antero posterior. A *pegáda* é no diametro trasversal da cabeça. No que respeita á extracção, uns a praticam conforme a cabeça se apresenta, extrahindo-a em O.S., enquanto que outros preferem extrahi-la em O.P., praticando a rotação. E' bem verdade que a extracção em occipito-pubiana é praticada com muito maior facilidade do que em occipito-sacra, mas se tal acontece, não é menos verdade que a rotação com os seus inconvenientes (ruptura da vagina, trompas, etc.), faz com que prefiramos, sempre que qualquer dificuldade apparece nas primeiras tenta-

tivas, a extracção da cabeça em occipito-sacra. “*Essas rotações artificiaes*, diz BUMM, com o auxilio do forceps, são faceis de executar sobre o manequim, mas

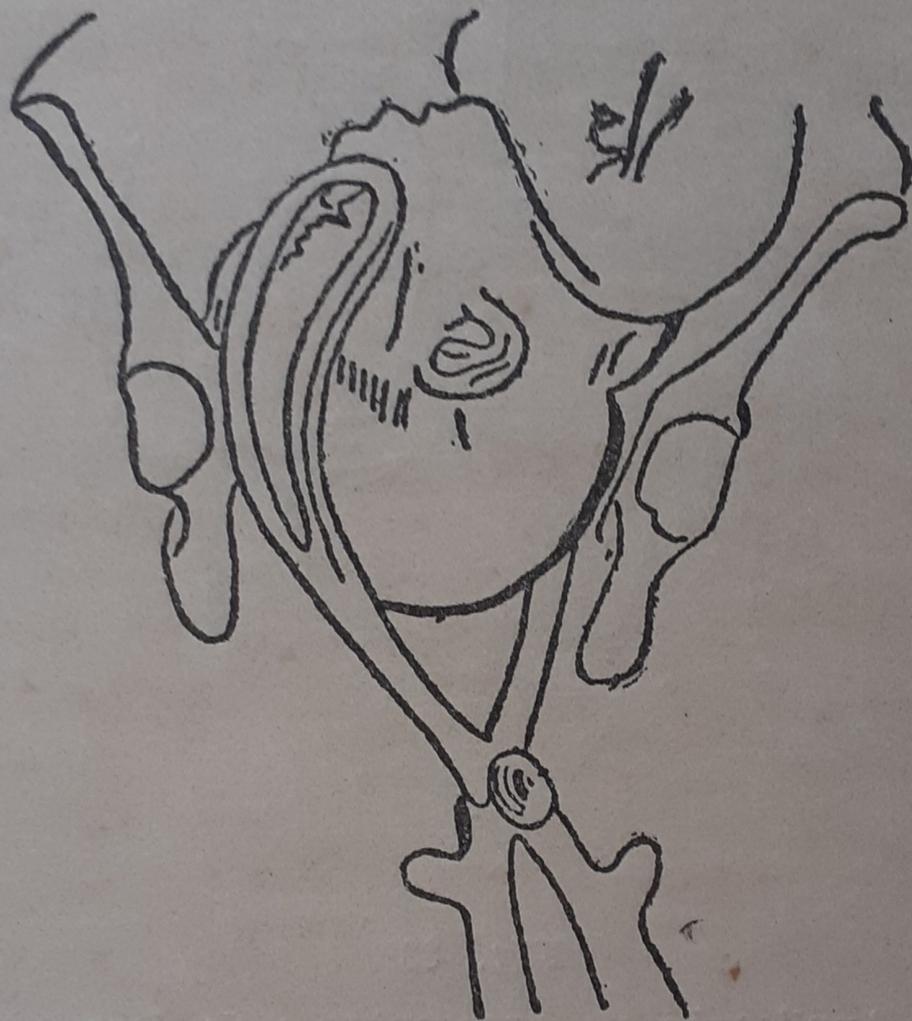


Fig. 84

Aplicação em O. I. E. T.

na realidade são difficeis e perigosas. Podem resultar rupturas extensas das partes molles, e eis porque o emprego do forceps como agente de rotação exige a maior prudencia”.

MANOBRAS OBSTETRICAS

Manobra de Crédé — Applicada na extracção de placenta. Collocada a parturiente em posição obstetrica, com a mão direita agimos sobre a parede abdominal, de fórma que os quatro dedos consigam abraçar o fundo do utero pela sua face posterior, emquanto que o pollegar se adapta á anterior. Si não ha contracção uterina, desperta-la-hemos com ligeiras massagens. A contracção não tarda a apparecer e com movimentos de expressão, veremos a placenta surgir na vulva. Alguns parteiros aconselham abandonar, nesse momento, o fundo do utero e receber com as duas mãos aquelle orgão.

Achamos preferivel não agir dessa fórma, pois que com alguma pratica poderemos fazer o movimento de rotação sómente com a mão esquerda. As membranas formarão um expesso cordão, que deverá ser extrahido com delicadeza e prudencia, para que se não rompa. Caso se dê a ruptura, ou mesmo nos casos em que haja adelgaçamento de sua espessura, prende-lo-hemos com duas pinças de PÉAN e seccionaremos entre uma e outra. Si com a expressão não conseguirmos retirar-la, esperaremos algumas horas que, em via de regra, são sufficientes para a expulsão natural.

Caso não se dê, agiremos com a intervenção intra-uterina.

Manobra de Mauriceau — A regra é não intervir nas apresentações podálicas, senão nos casos verdadeiramente indicados porque a expulsão do feto póde-se dar espontaneamente. Qualquer demora, no desprendimento da cabeça póde ser prejudicial ao feto. Eis porque é indicada a *manobra de MAURICEAU*, para extracção da cabeça derradeira.

Collocada a parturiente em posição obstetrica, atravessada no leito, introduziremos a mão, cuja face palmar olhe o ventre do feto (mão esquerda nas sacro-iliaca esquerdas, mão direita nas sacro-iliaca direitas), de modo que o feto fique a cavallo sobre o antebraço do operador; os dois dedos, ou melhor, um unico dedo (o indicador neste caso), são introduzidos na bocca do feto; a outra mão, na vagina, alcançará a nuca d'aquelle, cavalgando-a, então, por meio do indicador e do medio (posição de forquilha) que ficarão apoiados sobre as espaldas evitando-se recurvar os dedos para não comprimir o feixe vasculo nervoso ou fracturar a clavícula.

Não teremos mais que iniciar a manobra que comporta tres tempos:

- 1º) *Descida* (flexão da cabeça);
- 2º) *Rotação* (orientação do occiput para diante e face para traz;
- 3º) *Desprendimento*.

1º — Praticaremos a flexão fazendo tracção sobre o maxillar inferior de cima para baixo e com a outra

mão fazemos pressão, em sentido inverso sobre o occiput.

2º — Ao mesmo tempo que fazemos as tracções indicadas no primeiro tempo da intervenção, levaremos a bocca do feto para traz.

3º — Fazemos descer o occipito por intermedio da outra mão; enquanto que o ante-braço do operador, apoiado sobre o ventre do feto procura levanta-lo n'um movimento de traz para diante, até que o dorso alcance o abdomen da parturiente. Os dedos fazem tracções para cima, apparecendo, então, na parte posterior da vulva: o ventre, a bocca, o nariz, a fronte e as bossas parietaes. E' preciso prestar, nesse momento, attenção ao perineo.

Entregaremos a um auxiliar os pés do feto, o qual mante-lo-ha em situação bem elevada. A mão que cavalgava a nuca ficará livre para ajudar a flexão da cabeça, desprender as bossas frontaes e parietaes.

Manobra de Tarnier — São em numero de duas: a primeira usada nas occipito-illiacas posteriores (O. I. P.) quando se não dá a rotação ou nos desprendimentos em occipito-sacra (O. S.). A segunda é praticada para o abaixamento do pé anterior nas apresentações de nadega descompleta, modo nadegas.

1º — Com o auxilio do indicador da mão direita nas occipito esquerdas, ou da esquerda nas occipito direitas, collocado no sulco retro-auricular anterior, adiante da mastoide, desde que uma contracção se produza, praticaremos movimentos para diante, isto é, pressão no sentido da face do feto de modo a leva-la para o sacro. Com esta manobra o occiput volta-se para a symphyse publica.

Alguns movimentos são sufficientes para provocar a rotação desejada. Si esta, porém, não se produz, praticaremos a intervenção que o caso clinico indica (*forceps, craneoclasia, etc.*) ou deixar que o desprendimento em O. S. se produza.

2º — Ha necessidade, muita vez, de se praticar o abaixamento de um pé (pé anterior) nas apresentações de nadeegas descompleta. E' ainda a *manobra de TARNIER* que nos auxiliará. Introduzimos a mão no collo ou canal uterino. Com o pollegar adaptado á dobra do joelho e o indicador e o medio contornando este (joelho) collocados directamente sobre a tibia, flexinaremos a perna sobre a côxa. Não resta mais que abaixar o pé.

Manobra de Couder — Tem por fim desprender a espadua anterior. Com o indicador e o médio de uma das mãos (direita ou esquerda, conforme se trata de uma O. I. D. A. ou uma O. I. E. A.), procuramos alcançar a face anterior do braço fetal; isto feito, fazemos tracções para baixo e para traz, abaixando-o prudentemente até o apparecimento do cotovello. Não resta mais do que desprender o antebraço.

Manobra de Jacquemier — Tem indicação nos casos de fêto demasiado volumoso e serve para desprendimento da espadua posterior, quando, a cabeça já fóra das vias genitales, não se consegue abaixá-la apesar das tracções sobre esta. Ella consiste: "1º, em elevar o mais possivel a cabeça para o pubis, de modo a repellir a espadua anterior; 2º deslizar a mão que olha o dorso do fêto, atraz, na excavação sacra, para alcançar, ao nivel do cotovello, o braço posterior, e

traze-lo á vulva; 3º, si, apesar disso, a extracção se torna impossivel, renova-se a mesma manobra sobre o braço anterior” (JEANNIN).

Manobra de Schatz — Tem por fim transformar, por meio de manobras externas, a apresentação de face ou de frente em occiput.

Procuramos, atravez da parêde abdominal, levar as espaldas para cima e, ao mesmo turno, exercer pressão sobre a saliencia do occiput de maneira a provocar a flexão da cabeça. Um auxiliar faz pressão sobre a nadega do feto facilitando, assim, a insinuação da cabeça já flectida.

Manobra de Pinard — Proposta tambem nos mesmos casos que a anterior, ou seja transformar a apresentação de face ou de frente em occiput. Emquanto dois dedos (indicador e medio) ou a mão direita, recalcam a frente para cima, a esquerda, atravez da parêde abdominal recalca o occiput para baixo. São duas formas contrarias, externa e interna, que obrigam a flexão da cabeça.

Manobra de La-Chapelle — Indicada nas extracções de *cabeça derradeira flectida* em occipito posterior.

Introduz-se a mão na vagina por detraz do occiput. Contornamo-lo até attingir a commissura labial; os dois dedos (indicador e medio) collocados na bocca fazem, sobre a commissura e a bochecha correspondentes, tracções que levarão o occiput para diante e o mento para traz.

Manobra de Ritgen — Quando ha difficuldade na deflexão da cabeça, isto é, quando atravez do perineo não a conseguimos lançamos mão da *manobra de Ritgen* que consiste em introduzir um ou dois dedos no anus e fazer pressão sobre a fronte.

Manobra de Olshausen — E' a manobra que tem por fim deflexionar a cabeça no periodo de expulsão das apresentações de occiput. Faz-se pressão sobre a fronte atravez do perineo, emquanto que a outra mão, collocada em cheio sobre a cabeça, regulariza esse movimento de modo a produzir a deflexão que se deseja para o desprendimento das bossas parietaes.

Manobra de Deventer Muller — Indicada no parto das apresentações podalicas quando, depois da extracção do tronco, deseja-se evitar o abaixamento artificial do braço. Consiste em extrahir o fêto por tracções exercidas sómente sobre o tronco.

Manobra de Prague — Indicada tambem nas extracções de *cabeça derradeira*, porém, *deflectida*, em occipto posterior.

Com a mão esquerda apanhamos os dois pés; o indicador e o medio direitos forquilham as espaduas. Feito isto fazemos tracções para baixo e para traz (*insinuação da cabeça*). Elevamos, em seguida, o corpo do fêto, dobrando-o sobre a parêde abdominal da parturiente. A cabeça se desprende.

Manobra de Mauriceau, invertida — Tem as mesmas indicações das duas anteriores. Ao em vez de *elevarmos* o tronco do fêto e fazermos tracções da bo-

cca para cima, como na *classica Manobra de MAURICEAU*, *abaixa-se* o tronco e exerce-se tracção buccal de cima para baixo.

Manobra de Van Huevel — Melhor seria incluir a *manobra de Van Huevel* no grupo das *operações obstetricas*.

Trata-se melhor de uma *intervenção* do que uma *manobra proposta* para os casos de *hydrocephalia* na extracção de cabeça derradeira e quando se tem difficuldade de attingir a cabeça. Praticam-se, então, incisões transversaes sobre a região thoracica do rachis. Abre-se o canal rachiano atravez do qual passamos uma sonda até a cavidade craneana que se esvasia.

*

* *

VERSÃO (*)

Versão é a manobra obstetrica que tem por fim substituir a apresentação primitiva por outra que facilite a parturição.

Quem diz versão, diz, naturalmente, *evolução* do fêto no interior da cavidade uterina.

Divide-se em versão por manobras externas e versão por manobras internas, si bem que esta ultima não

;

(*) Quando publicámos a 1.^a edição deste livro houve critica (Rev. Gyn. Obst.) á difinição que demos ao termo *versão*. Continuamos, todavia, a defini-la da mesma fórma, isto é, considerando-a como uma *manobra* e não como uma operação, no entender da critica e de alguns auctores.

dispense, em absoluto, o auxilio da manobra exterior (*versão combinada de BRAXTON HICKS*).

Indicações:

- 1.º apresentações transversas ou obliquas (espa-
dua);
- 2.º apresentações de face e frente;
- 3.º em todos os casos em que ha necessidade de
terminar rapidamente o parto (*eclampsia, placenta
prévia, procidencias*), isto é, quando as condições da
mãe ou do fêto exigem intervenção.

Contra-indicações:

- 1.º — tetania uterina;
- 2.º — retracção do segmento inferior;
- 3.º — pouca mobilidade do fêto (relativa);
- 4.º — parte que se apresenta já insinuada na ex-
cavação, sem que seja possível faze-la retroceder.

Condições necessarias:

- 1.º — collo completamente dilatado ou dilatação
adeantada;
- 2.º — franca mobilidade do fêto;
- 3.º — bolso d'aguas intacto ou rôto de pouco
tempo.

Versão por manobras externas. — Indicada nas apresentações podálicas (por alguns auctores) e transversas durante a gravidez ou no início do trabalho de parto, si o fêto apresenta franca mobilidade.

Diagnosticada a apresentação, iniciamos a manobra, esvasiando-se primeiramente a bexiga.

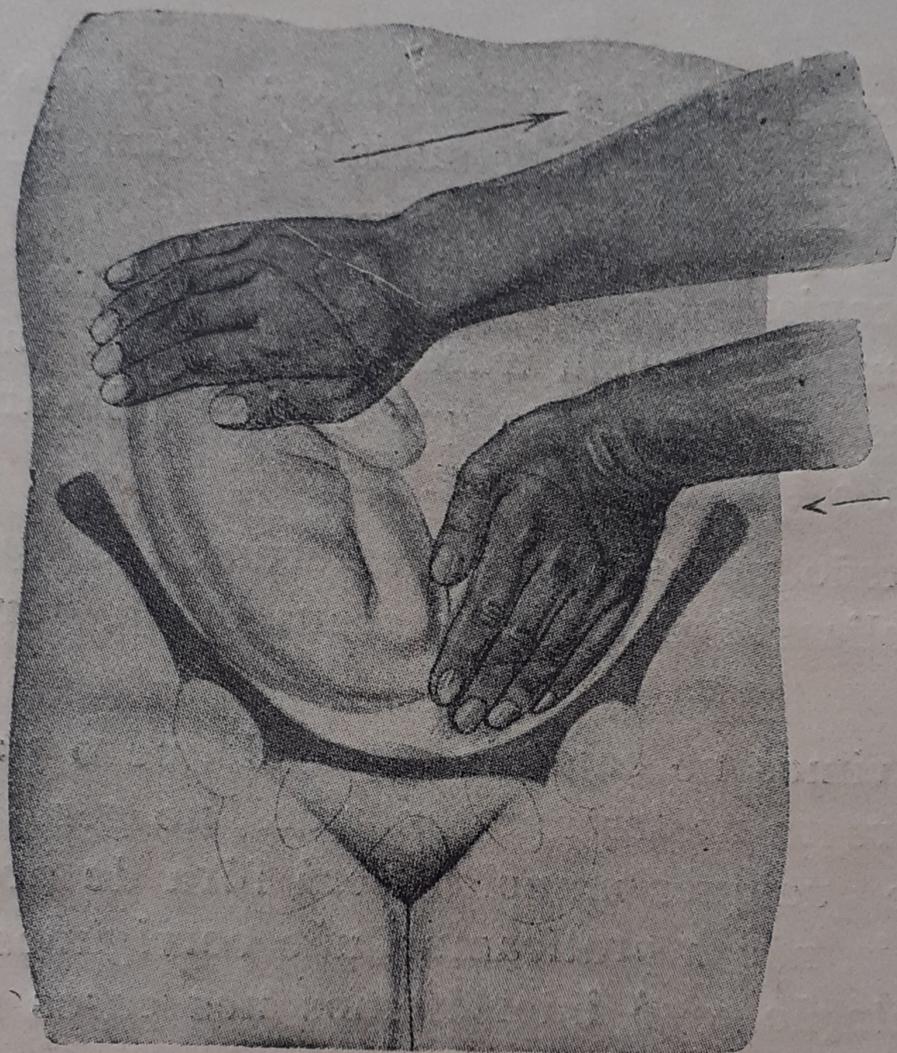


Fig. 85

Apresentações obliquas ou transversas (versão por manobras externas)

A paciente em decubito dorsal flexte as pernas sobre as côxas e estas sobre a bacia.

A versão por manobras externas tem por fim trazer o polo cefhalico para a área do estreito superior.

Imaginemos uma apresentação transversa, nadega á esquerda, cabeça á direita. A mão esquerda espalmada sobre o utero levará a nadega para cima (fundo do utero), emquanto que a direita trará o pólo cephalico para baixo (área do estreito superior). Si ao contrario, a cabeça está á esquerda, será a mão esquerda que procurará traze-la para o estreito superior (figura 47).

Nas apresentações podalicas a evolução é mais demorada desde que a distancia a percorrer pelo feto é maior.

O mecanismo da manobra é sempre o mesmo, isto é, com a mão esquerda traremos a cabeça para o estreito superior, emquanto que a direita levará a nadega para o fundo do utero.

A versão por manobras externas nas apresentações podalicas é indicada e aconselhada por alguns auctores.

Ora, vimos no capitulo especial que o parto natural é a regra nessas apresentações, no geral dos casos, e que qualquer manobra será fóra de proposito. Assim, pois, não a praticamos, não corrigimos jámais a apresentação e só interviremos nos casos de indicação.

Praticada a *versão*, devemos procurar mante-la por meio do *collete eutocico* de PINARD, ou por uma cinta improvisada. Nas nulliparas ou primigestas, melhor do que nas multiparas, consegue-se manter o feto após a manobra.

VERSÃO POR MANOBRAS INTERNAS. — Durante o trabalho de parto ou nas suas primeiras manifestações, é que a versão tem a sua verdadeira indicação. E' o unico tratamento das apresentações transversas quando se tem indicação para extrahir o fêto por via natural. Da mesma sorte na placenta prévia, na eclampsia, enfim, em todos os casos de dystocia materna ou fêto, respeitadas as contra-indicações, a versão será a operação de escolha.

Para que possamos praticar a manobra, necessariamente se torna que o utero, com dilatação bastante adelantada, dê passagem á mão do operador. Vimos no capitulo da *placenta prévia* que a *versão* póde ser seguida de extracção immediata do fêto, ou, ao contrario, após a evolução deste, deixar, em circumstancias especiaes, o parto entregue ás forças naturaes quando pretendemos sustar a hemorragia, comprimindo a superficie sangrenta com a nadega do fêto.

Nas apresentações de espadua, nos casos em que ha soffrimento fetal ou materno, a *versão* será seguida de extracção immediata.

As *bacias estreitadas*, quando o estreitamento é de molde a não permittir ou mesmo dificultar a passagem do **producto da concepção**, é logico que a versão — operação proposta para os casos em que ha necessidade de terminar rapidamente o parto — é radicalmente contra-indicada.

A *tetania uterina*, a *retracção do segmento inferior*, são, tambem, contra-indicações para a pratica da *versão*, porque, si nesses casos a operação é sempre difficil, corremos o risco da *ruptura do utero*. Da mesma sorte, quando a parte que se apresenta já se encontra bastante insinuada e fixa e qualquer manobra

para fazê-la retroceder é coroada de insucesso, a *versão* não encontra indicação.

Si em muitos casos esta manobra é uma operação fácil, simples e banal, em outros torna-se uma intervenção sobre maneira complicada e preñhe de surpre-



Fig. 86

Apresentações podálicas (versão por manobras externas)

zas, mui especialmente si não são respeitadas as indicações da manobra.

Muito se ha discutido sobre a *escolha* da mão. Simplificaremos: *introduz-se a mão cuja face palmar olha a parte ventral do fêto, ou, como diz BUMM, a*

mão de nome contrario ao lado em que se acham os pés (mão direita, si os pés do feto estão á esquerda, e vice-versa) (fig. 48).

Esvasiam-se o recto e a bexiga. Lavagem vaginal. Desinfecção da região vulvar e parte superior

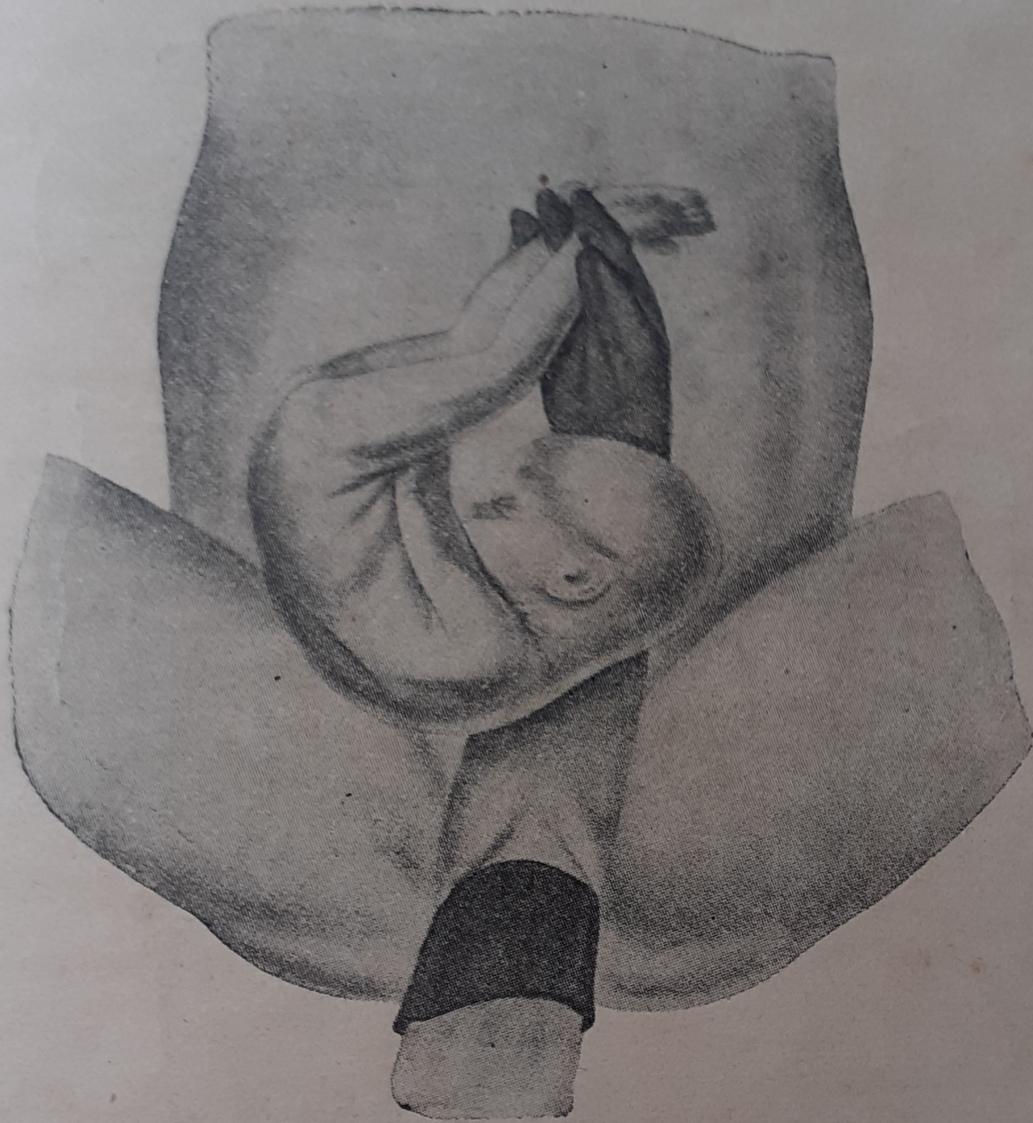


Fig. 87

Versão podalica (manobras internas)

das côxas. Posição gynecologica. Anesthesia pelo chloroformio. As mãos e o ante-braço do parteiro, soffrem desinfecção rigorosa, sendo de conveniencia faze-la acima do cotovello.

Quando se trata de apresentação de espadua ou

mesmo cephalica, com o auxilio de dois dedos introduzidos no collo uterino, levantamos a espadua ou a cabeça. A outra mão, espalmada sobre o corpo do utero, procura baixar a nadega. Os dois dedos apañharão os pés quando os sentirmos acima do orificio interno (*manobra mixta* de BRAXTON-HICKS).



Fig. 88

Apresentação de occiput (versão de *Braxton-Hicks*)

A versão por manobras internas, em que ha necessidade de introduzir a mão inteira na cavidade uterina, está sujeita aos mesmos principios. A mão a in-

troduzir é sempre aquella cuja face palmar olha o plano ventral do fêto.

O bom pé é o anterior, isto é, o pé do mesmo nome nas dorso-anteriores, ou de nome contrario, nas dorso-posteriores.

A intervenção comporta quatro tempos:

- 1.º — introduccção da mão;
- 2.º — apprehensão do pé (anterior) ou dos pés;
- 3.º — evolução do fêto;
- 4.º — extracção.

*

* *

Terminada a extracção do fêto, devemos dar uma lavagem intra-uterina com agua fervida na temperatura de 48º ou serum physiologico. A parturiente terá os mesmos cuidados consignados no capitulo especial.

POSIÇÕES OBSTÉTRICAS

Posição obstétrica — É a posição indispensável ao parto. A parturiente deitada sobre a cama ou uma mesa, tem as pernas flectidas sobre as côxas e estas sobre a bacia, os pés sufficientemente afastados (fig. 13).

Nos partos naturaes a paciente póde conservar-se no meio do leito. No caso de intervenção, ella conservar-se-ha nesta posição, collocando-se, porém, na borda da cama, com os pés apoiados sobre duas cadeiras ou sustentados por dois auxiliares.

★

★ ★

Posição de Walcher — A posição de Walcher ou em hyper-extensão, é obtida collocando-se a parturiente deitada em decubito dorsal, as nadegas sobre a borda da mesa de modo que os membros inferiores fiquem pendidos para fóra. Colloca-se sob a região lombar um coxim.

Esta posição é indicada nas bacias estreitadas e chatas para, desta sorte, facilitar a insinuação da cabeça. O diâmetro *conjugata diagonalis* é augmentado de meio centimetro em virtude da hyper-extensão dada aos membros inferiores.

Posição de Duncan-Laborie — Nesta posição a parturiente ficará em *hyper-flexão*, o contrario, pois, da posição em *hyper-extensão* de Walcher. Não é mais do que a posição obstetrica modificada, isto é, pernas flectidas sobre as côxas e estas sobre a bacia, de modo que a flexão seja a mais exaggerada possível. Consegue-se manter a parturiente nessa posição por meio de duas faixas elasticas collocadas á maneira de suspensorios.

Posição genu-peitoral — A parturiente apoia-se sobre os joelhos e cotovellos. Melhor ainda será si a paciente estender os braços, o que torna a differença de nivel muito maior.

A posição *genu-peitoral* é indicada nos casos em que ha necessidade de praticar qualquer redução.

(prociencia de cordão, retro-flexão do utero gravido e outros).

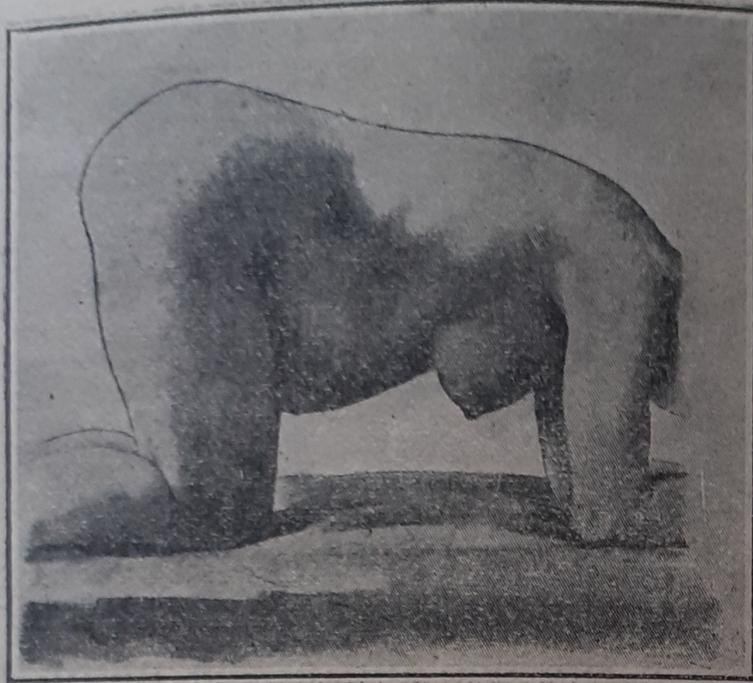


Fig. 89

Posição genu-peitoral

Havendo aqui uma diminuição de pressão, as visceras abdominaes deslocando-se para a parte superior do abdomen, é natural que a manobra de redução seja mais facil do que quando a parturiente se encontra em posição de decubito dorsal ou na posição obstetrica (fig. 51).

★
★ ★

Posição de decubito lateral — Nesta a parturiente é deitada sobre o lado (direito ou esquerdo), as pernas flectidas sobre as côxas e estas sobre a bacia. As côxas afastadas podendo, si não ha um auxiliar

para sustenta-lo, o pé ficar apoiado sobre a outra perna.

Alguns auctores usam-na para a protecção do perineo e pratica da versão por manobras internas. Achamos muito mais commoda a posição obstetrica e será questão de preferencia pessoal o uso de uma ou de outra.

A posição de decubito lateral, sem afastamento das côxas, é usada, tambem, na medida da bacia para conhecimento do diametro *conjugata externa* ou de *Baudelocque*.

*

* * *

Posição de decubito dorsal — Não é propriamente uma posição therapeutica, sinão para fim diagnostico no conhecimento dos diametros externos da pelve (*bi-espinha, bi-crista, bi-trochanter*).