

MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MÉDICO-SOCIAIS)

ÓRGÃO DA

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA

COMISSÃO ESTADUAL DE SÃO PAULO



VOLUME XVIII ★ JULHO - SETEMBRO, 1959 ★ NÚMERO 3 ★ ANO XV

MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MÉDICO-SOCIAIS)

VOLUME XVIII JULHO-SETEMBRO, 1959 NÚMERO 3

ANO XV

DIRETOR-FUNDADOR

Dr. João Amorim

DIRETOR

Prof. Dr. Domingos Delascio

REDATORES-CHEFES

Prof. Dr. Carlos Prado

Dr. Augusto José Fernandes

SECRETÁRIO

Randolpho Homem de Mello

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Waldemar de Souza Rudge

Prof. Alberto Raul Martinez

Dr. Antonio Guariento

Dr. Arthur de Almeida

Dr. David Ferman

Dr. Fuad Ferreira

Dr. Jorge José Coelho Tavares

Dr. Oswaldo Lacreta

ASSINATURA

NÚMERO AVULSO Cr\$ 30,00
ANO Cr\$ 200,00
ESTRANGEIRO US\$ 10,00

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

RUA GUAIANAZES, 1385

TELEFONE: 52-9141

SÃO PAULO

Sumário

	Pág.
<i>Cesárea iterativa</i> — Antonio Guariento, Domingos Delascio e Decio Aranha Pereira	257
<i>Tratamento da asfixia neonatorum pelo emprêgo do oxigênio por via gastrointestinal</i> — José Olympio Senna, Vito A. De Donato, Domingos Delascio e Carmelita A. Morena	289
<i>Radiações ionizantes e malformações congênitas</i> — Domingos Delascio	313
<i>Parto pélvico</i> — José Roberto Azevedo, Edsel Gallacci e Nilva Landi	331
<i>A contagem do sedimento de Ad-dis na gestante normal</i> — Mario Lepolard Antunes e Domingos Delascio	353
<i>Normas da boa alimentação na segunda infância</i> — C. Büller Souto	361
<i>Sobre a origem psicogênica da constipação na criança</i> — Alcides Conti	365

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Manuscrito CESÁREA ITERATIVA *

ANTONIO GUARIENTO
DOMINGOS DELASCIO
DECIO ARANHA PEREIRA

Nos princípios do presente século, dada a precariedade dos recursos de que se dispunha para a realização da via alta, eram freqüentes os acidentes imediatos. A prenhez subsequente constituía motivo de séria apreensão para os tocólogos, à vista do elevado coeficiente de roturas uterinas, muitas vêzes dramáticas e quase sempre de prognóstico sombrio para o concepto e de graves conseqüências para a mãe. Basta recordar o trabalho clássico de Krukenberg, de 1886, que relatou 50% de roturas uterinas em prenhezes após histerotomia.

Era natural, portanto, que o parteiro se acautelasse e, como medida profilática da rotura, lançasse mão de nova cesariana, surgindo, assim, o axioma: "Uma vez cesárea sempre cesárea". Além disso, recorria-se à esterilização pela laqueadura das trompas, não raro após a primeira cesariana, mais freqüentemente ao praticar a segunda e, na quase totalidade das vêzes, após a terceira.

Com o advento das sulfas e dos antibióticos, dos bancos de sangue, aliados aos progressos da anestesia e ao aprimoramento da técnica e do material cirúrgico, bem como com a substituição da cesariana clássica corporal pela segmentária baixa, tornou-se possível recorrer mais amiúde à via alta. Assim, sabem-no todos, elevou-se sensivelmente a incidência da histerotomia em quase todos os centros obstétricos. Como conseqüência lógica desse fato, acentuou-se o problema das prenhezes futuras em pacientes portadoras de cicatriz de cesárea.

Abrandado o temor à infecção e à hemorragia, escassearam as roturas, garantindo ao tocólogo maior segurança na orientação terapêutica das gestantes portadoras de cicatriz. A esterilização já não se impôs como norma na segunda ou terceira cesariana. Daí a possibilidade de se elevar o número de cesáreas repetidas.

Por outro lado, são numerosos os trabalhos referentes ao parto vaginal após cesárea. Aqui, naturalmente, torna-se indispensável, além da seleção adequada dos casos em que se vai tentar o parto por via vaginal, uma assistência rigorosa a estas pacientes. Do que ficou exposto se deduz que o velho axioma "uma vez cesárea sempre cesárea" deverá ser modificado. Schmitz propõe que se diga: "uma vez cesárea, nem sempre, obrigatoriamente, cesárea".

* Trabalho laureado pela L.B.A.

Esta maneira de proceder não constitui novidade para os seguidores da escola obstétrica de Briquet que de há muito a preconizava. Assim, só se repete a cesariana quando persista a indicação que motivou a primeira ou quando, na nova gestação, sobrevenha outra indicação a impor sua repetição.

MATERIAL

Nosso estudo tem por objeto as cesáreas iterativas efetuadas entre 1º de janeiro de 1950 e 31 de dezembro de 1955, na Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" da Legião Brasileira de Assistência. Nesse período tivemos 56.322 partos, com um total de 1.998 cesarianas, o que dá uma incidência de 3,5%. Apresentavam história de talho cesáreo anterior 855 pacientes; destas, 514 tiveram 744 partos por via vaginal; as demais, em número de 341, sofreram um total de 401 cesáreas iterativas, sendo 18 alhures e 383 em nosso Serviço. Estas últimas é que serão por nós esmiuçadas.

INCIDÊNCIA

Em virtude de se haverem alargado as indicações da via alta elevou-se, também, o número de gestantes com história de cesárea anterior. Em nosso material, 855 (1,5%) pacientes apresentavam história de cesárea anterior. Esta percentagem é mais ou menos semelhante às de Kuder e Dotter (1,44%), Wilson (1,5%) e Nahoun (1,35%).

Outrossim, enquanto a incidência de cesarianas iterativas em nossa casuística era de 11,0% em 1950, foi de 24,0% em 1955. Fato análogo é referido por Johnston e Morgan, que assinalam 9,6% em 1938 e 45,2% em 1955.

Em se tratando de gestantes com cicatriz de cesárea, a norma terapêutica diverge, havendo os que se apegam incondicionalmente ao axioma "uma vez cesárea sempre cesárea"; outros há que, diante de condições favoráveis, submetem a paciente ao trabalho, a fim de tentarem parto por via transpélvica. Deduz-se do exposto serem variáveis os coeficientes relacionados à cesariana repetida. O quadro I nos informa sobre o particular em aprêço.

O coeficiente de cesáreas repetidas em relação ao total de cesarianas também é variável. Gordon, em 2.693 cesáreas, teve 1.042 (38,7%) eletivas. Em nosso material, para um total de 1.998, tivemos 401 (20,0%) iterativas. Baldwin, em 1.874 cesarianas, encontrou 616 (32,9%) repetidas.

Merece reparo, pelo interesse atual, o problema da cesárea múltipla em uma mesma paciente. É usual entre os tocólogos a esterilização após a terceira cesariana. No entanto, pensamos não ser crité-

Quadro I — Incidência de cesáreas repetidas e partos transpêlvicos

<i>Autor</i>	<i>Data</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Parto transpêlvico</i>	<i>%</i>	<i>Cesárea repetida</i>	<i>%</i>
Schmitz e Barba	1949	157	51	32,4	106	67,5
Wilson	1951	498	167	33,6	331	66,4
Schmitz e Gajewski ..	1951	190	62	32,6	128	67,3
Avilés	1951	546	405	74,1	141	25,8
Cosgrove	1951	500	179	35,8	321	64,2
Frangenheim	1952	404	238	58,9	166	41,1
Lane e Rreid	1953	697	114	16,3	583	83,6
Lawrence	1953	849	195	22,9	654	77,0
Nahoun	1953	52	21	59,0	31	40,0
Nel	1954	107	45	42,0	62	58,0
Baker	1955	100	74	74,0	26	26,0
Wolfson e Lancet	1955	220*	87	39,5	130	59,0
Birnbaum	1956	210	77	36,6	133	63,3
Fleming	1956	295	150	50,8	145	49,1
Connell e Gendreau ...	1956	634	337	53,1	297	46,9
Guariento e col.	1957	905	514	56,8	391	43,2
Goffi	1957	171	120	70,2	51	29,8
Jesurun e Simpson ...	1958	222	113	50,9	109	49,0

* Excluídos 3 casos de rotura uterina.

rio que deva ser considerado impositivo. Para Smith, "os riscos a que está exposta a paciente não parecem ser maiores na sexta do que na primeira cesárea".

Em verdade tudo se subordina às condições especiais de cada caso em particular e da assistência que se lhe confere.

Reunimos, no quadro II, os dados de alguns autores, no que concerne ao número de cesáreas iterativas. Particular interêsse merecem os trabalhos de McNally e Fitzpatrick e o de Bremner e Dillon.

O quadro III nos informa sobre a idade das pacientes. Dividindo-as em grupos de cinco anos vê-se que 34,8% tinham de 26 a 30

Quadro II — Cesárea repetida

	Anos	Número de cesáreas repetidas									
		Total	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De Lee e col.	1928	91	82	8	1	.	.	.	.	.	.
Trillat e Magnin	1937	51	43	8	.	.	.	.	.	.	.
Donno*	1938	449	372	66	10	1	.	.	.	.	.
Koch	1939	63	52	9	1	1	.	.	.	.	.
Cosgrove**	1952	1.781	1.314	365	76	18	7	1	.	.	.
Araújo e col.	1955	133	120	13	.	.	.	.	.	.	.
Wolff e Roter	1955	200	167	28	4	1	.	.	.	.	.
Brenner e Dillon	1955	105	.	64	29	9	2	1	.	.	.
McNally e Fitzpatrick .	1956	130	.	.	84	30	9	5	.	1	1
Lawler e col.	1956	109	74	28	4	2	1	.	.	.	.
Bartholomew e col. ...	1956	143	124	19	.	.	.	.	.	.	.
Johnston e Morgan ...	1957	641	564	64	8	4	1	.	.	.	.
Goffi	1957	51	41	8	2	.	.	.	.	.	.
Jarvinen e Pystynen ..	1957	236	168	55	12	.	1	.	.	.	.
Nossa casuística*** ...	1959	341	212	41	4	.	.	.	.	.	.
			75	9	.	.	.	.	.	.	.
Totais	—	4.524	3.408	785	235	66	21	7	0	1	1
Percentagem	—	—	75,3	17,3	5,1	1,4	0,4	0,1	—	0,02	0,02

* A casuística de Donno abrange também as de Preisseecker (1932), Kessler e Uphoff (1933), Durst (1934), Lunacek (1934), Puppel (1936) e Kaboth (1936).

** A casuística de Cosgrove inclui as de Matthews (1939), Barret (1939), Free (1945), McSweeney e Hassel (1948) e Schmitz e Gajewski (1951).

*** Em nosso material distinguimos dois grupos: no primeiro (257 casos), só inserimos pacientes cujas gestações terminaram em cesariana. No segundo (84 casos), figuram as pacientes que, além das cesáreas, tiveram partos por via transpélvica.

anos e 32,8% entre 21 e 25, ou seja, 67,6% enquadram-se entre 21 e 30 anos.

Quadro III — Idade das pacientes

<i>Idade</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>%</i>
17-20	27	7,9
21-25	112	32,8
26-30	119	34,8
31-35	56	16,4
36-40	24	7,0
41-44	3	0,8
	341	—

Com relação à cor (quadro IV), observa-se predominarem as brancas, com 68,0%, seguindo-se-lhes as pretas, com 19,9%, as pardas com 11,1% e, por fim, as amarelas, com 0,8%.

Quadro IV — Cor

<i>Cor</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
Branca	232	68,0
Preta	68	19,9
Parda	38	11,1
Amarela	3	0,8
	341	—

O quadro V nos informa sobre a paridade. Nota-se que 61,1% são secundíparas e 24,0% tercióparas. Outrossim, verifica-se que 29 (8,5%) são grandes multiparas.

Quadro V — Paridade (incluindo-se a cesárea atual)

<i>Paridade</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>%</i>
II	212	61,1
III	82	24,0
IV	18	5,2
V	8	2,3
VI	4	1,1
VII	10	2,9
VIII	3	0,8
IX	2	0,5
X	1	0,2
XI	1	0,2
	341	—

Quadro II — Cesárea repetida

	Anos	Número de cesáreas repetidas									
		Total	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De Lee e col.	1928	91	82	8	1	.	.	.	.	.	.
Trillat e Magnin	1937	51	43	8	.	.	.	.	.	.	.
Donno*	1938	449	372	66	10	1	.	.	.	.	.
Koch	1939	63	52	9	1	1	.	.	.	.	.
Cosgrove**	1952	1.781	1.314	365	76	18	7	1	.	.	.
Araújo e col.	1955	133	120	13	.	.	.	.	.	.	.
Wolff e Roter	1955	200	167	28	4	1	.	.	.	.	.
Brenner e Dillon	1955	105	.	64	29	9	2	1	.	.	.
McNally e Fitzpatrick .	1956	130	.	.	84	30	9	5	.	1	1
Lawler e col.	1956	109	74	28	4	2	1	.	.	.	.
Bartholomew e col. ...	1956	143	124	19	.	.	.	.	.	.	.
Johnston e Morgan ...	1957	641	564	64	8	4	1	.	.	.	.
Goffi	1957	51	41	8	2	.	.	.	.	.	.
Jarvinen e Pystynen ..	1957	236	168	55	12	.	1	.	.	.	.
Nossa casuística*** ...	1959	341	212	41	4	.	.	.	.	.	.
			75	9	.	.	.	.	.	.	.
Totais	—	4.524	3.408	785	235	66	21	7	0	1	1
Percentagem	—	—	75,3	17,3	5,1	1,4	0,4	0,1	—	0,02	0,02

* A casuística de Donno abrange também as de Preisseecker (1932), Kessler e Uphoff (1933), Durst (1934), Lunacek (1934), Puppel (1936) e Kaboth (1936).

** A casuística de Cosgrove inclui as de Matthews (1939), Barret (1939), Free (1945), McSweeney e Hassel (1948) e Schmitz e Gajewski (1951).

*** Em nosso material distinguimos dois grupos: no primeiro (257 casos), só inserimos pacientes cujas gestações terminaram em cesariana. No segundo (84 casos), figuram as pacientes que, além das cesáreas, tiveram partos por via transpélvica.

Quadro VIII — Indicações das cesáreas iterativas *

	Nº de casos	%
Vício pélvico	158	41,3
Desproporção céfalo-pélvica	18	4,7
Distocia funcional	32	8,4
Cesárea anterior	62	16,2
Occipito-púbica alta	2	0,5
Defletidas (face e frente)	10	2,7
Pélvica	15	3,9
Situação transversa	8	2,1
Sofrimento fetal	43	11,3
Prolapso ou procidência do cordão	7	1,9
Prenhez gemelar	2	0,5
Descolamento prematuro da placenta	1	0,2
Placenta prévia	10	2,7
Hidrânio	2	0,5
Eclampsia	1	0,2
Incompatibilidade Rh	1	0,2
Diabetes	1	0,2
Síndrome distócica distrófica	1	0,2
Hemiplegia	1	0,2
Plástica (fístula vésico-vaginal e eventração)	2	0,5
Útero septado	1	0,2
Fórcepe de prova infrutífero	5	1,3
	383	—

* Neste quadro só figura uma indicação isolada, porém, em muitos dos casos, havia duas ou mais indicações associadas.

TRABALHO DE PARTO

Os adeptos do axioma “uma vez cesárea sempre cesárea” repetem a via alta até duas semanas antes da data provável do parto. Outros recomendam reoperar após a rotura da bolsa das águas ou ao se iniciar o parto. Por fim, há os que distinguem duas eventualidades: a) nas pacientes em que persiste a indicação anterior, reoperam ao se iniciar o trabalho de parto; b) quando as condições são propícias, aguardam o parto transpélvico ou repetem a via alta se sobrevierem complicações que a tornem necessária. Somos simpatizantes deste último grupo. Assim procedendo, teremos assegurado o nascimento de recém-nascido de termo, salvo parto prematuro, e, na hipótese de nova intervenção, teremos segmento inferior mais adequado.

Existem, contudo, cuidados indispensáveis. As pacientes são admitidas imediatamente antes ou, pelo menos, nos pródromos do parto. Precauções especiais são necessárias no primeiro período, a saber, observação minudente, pesquisa dos sinais de rotura, registro dos batimentos cardíacos fetais e suas variações. Usualmente será melhor abreviar o segundo período pelo fórcepe baixo. Findo o terceiro período, impõe-se a revisão cuidadosa da cavidade uterina, a fim de se apreciar a integridade da cicatriz.

Araujo e col. preferem a expectação armada, até um máximo de seis horas de trabalho proveitoso, para melhor formação do segmento inferior, que facilita a prática da incisão transversa. "Quando não se identifica o vício pélvico ou desproporção céfalo-pélvica", dizem eles, "a assistência de parturientes submetidas a parto cesáreo anterior não apresenta particularidade que a distinga das primíparas em geral". Restringem, contudo, esta tendência expectante quando se trata de casos já submetidos a duas cesarianas.

McNally e Fitzpatrick atribuem maior importância à distensão uterina que, propriamente, ao parto, como causa de rotura. Lane e Reid, aliás, também referem alta incidência de roturas silenciosas fora do trabalho de parto.

Wolfson e Lancet adotam a expectação armada. Em 220 pacientes, 145 foram submetidas ao trabalho de parto e 75, por persistência da indicação anterior ou de outras existentes no momento, foram operadas tão logo os sinais de parto se tornaram evidentes; destas, 87 (60%) tiveram parto por via vaginal e, em 55, realizou-se nova cesárea; houve três roturas uterinas.

No entender de Nahoun, o trabalho de parto deve ter sua duração restringida, não se podendo traçar limites rígidos.

Connell e Gendreau, da Margaret Hague Maternity Hospital, repetem a cesárea quando, após a rotura das membranas, o parto não ocorrer dentro de cinco a seis horas. No período expulsivo recorrem ao fórcepe baixo se a paciente não tiver dado à luz dentro de uma hora.

É óbvio que o ideal seria o internamento das gestantes portadoras de cicatriz de cesárea antes do início do trabalho de parto, a fim de melhor examiná-las e analisar-lhes os antecedentes obstétricos para se ter juízo formado sobre cada caso em particular. Embora se recomende, após cada cesárea, que freqüentem o pré-natal em prenhez futura e que procurem o Serviço antes da data provável ou tão logo se manifestem os primeiros sintomas do parto, ainda são muitas que somente se internam após várias horas de trabalho.

Quadro IX — Relação entre a época do internamento e o início do trabalho

	Nº de casos	%
Internadas já em trabalho	231	60,3
Internadas no início ou antes do início do trabalho .	143	37,3
Operadas antes do início do trabalho	9	2,3

Vê-se, ainda (quadro IX), que o número de internações de pacientes já em trabalho é elevado (60,3%). Por outro lado, apenas 2,3% das pacientes foram operadas antes do comêço do trabalho. Isto se deve a intercorrências que obrigaram a tal conduta.

Quadro X — Duração do trabalho de parto

I. Internadas já em trabalho de parto (231 casos)	
A) Duração média do trabalho antes do internamento	3h 42m.
B) Duração média do trabalho após o internamento	6h 12m.
C) Duração média total	9h 54m.
II. Internados ao se iniciar ou antes do início do trabalho de parto (143 casos)	
A) Duração média do parto	8h 30m.
III. Duração média total para ambos os grupos	9h 24m.

No quadro X sintetiza-se a duração do trabalho. No grupo das que deram entrada em trabalho de parto, a duração média, antes do internamento, foi de 3 horas e 42 minutos e, após o ingresso no Serviço, foi de 6 horas e 12 minutos.

No grupo das que se internaram ao se iniciar ou antes do início do parto, a duração média foi de 8 horas e 30 minutos. A duração média total para ambos os grupos foi de 9 horas e 24 minutos.

Quadro XI — Duração do trabalho de parto

Duração mínima	1h 00m.
Duração máxima	28h 52m.
Duração média	9h 24m.

No quadro XI apura-se que a duração mínima do trabalho foi de 1 hora e, a máxima, de 28 horas e 52 minutos.

BÓLSA DAS ÁGUAS

Em nosso material (quadro XII) internaram-se, com bolsa íntegra, 168 (43,8%) pacientes; nas demais 215 (56,1%) a rotura ocorreu espontaneamente antes (12%) ou depois (44,1%) de iniciado o trabalho de parto.

Respeitamos a integridade das membranas, quando presente, nos casos em que persista a causa da indicação anterior e nas quais se imponha nova cesárea. Por outro lado, praticou-se a rotura da bolsa quando havia possibilidade de parto transpélvico.

Nos trabalhos mais antigos, o temor da infecção exigia a manutenção da integridade das membranas e operava-se no início do traba-

lho, com bolsa íntegra ou rôta recentemente. Por exemplo, na casuística de Kaboth, 71% dos casos foram operados antes da rotura da bolsa.

Quadro XII — Bolsa das águas

<i>Membranas</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>%</i>
Íntegras	112	29,2
Rotura artificial	56	14,6
Rotura prematura	46	12,0
Rotura precoce ou oportuna	169	44,1

PRENHEZ MÚLTIPLA

Por ser maior o risco de rotura, em virtude da distensão uterina, os autores incluem-na entre as indicações da cesariana iterativa.

Tivemos dois casos. Em ambos a intervenção foi feita no início do trabalho. Baldwin teve 5 prenhez gemelares. Fêz cesárea eletiva em quatro: uma na 37ª semana, por parto prematuro; as restantes na 34ª semana, por possível hidrâmnio. Em 145 pacientes submetidas ao trabalho, Wolfson e Lancet tiveram três roturas uterinas; em duas delas tratava-se de prenhez gemelar.

TIPOS DE CESÁREA

Apesar de ainda haver alguns, como Potter e Johnston, que são adeptos da cesárea corporal, está fora de dúvida que este tipo de incisão está sendo abandonado e substituído pela incisão segmentária.

Entre os vários tipos de incisão do segmento inferior, a longitudinal de Krönig, a transversa de Kehrer, a arciforme de concavidade inferior de Munro-Kerr e a arciforme de concavidade superior de Fuchs, damos preferência a esta última.

Entre as vantagens da incisão de Fuchs, que foram muito bem estudadas por Ferreira e col., destacam-se: a) acompanha a disposição das fibras uterinas no segmento inferior; b) é totalmente segmentária; c) interessa zona muscular relativamente inerte no puerpério, não perturbando a cicatrização da ferida operatória; d) a ferida não fica sob tensão, pois a anteflexão fisiológica e involução uterina, aproximando-a da cérvix, favorecem a coaptação de suas bordas.

Ainda não é tudo. Tal incisão, quando cotejada com a corporal, oferece, como vantagens: menor tendência à formação de aderências, à hemorragia e à possibilidade de inserção da placenta na zona da cicatriz; por fim, a rotura da cicatriz em prenhez ulterior é mais rara.

Com relação aos dois tipos de incisão arciforme, damos preferência à concavidade voltada para cima, por acreditarmos que atende melhor a arquitetura do útero, consoante se deduz dos estudos do anatomista alemão Goerttler.

Há ainda dois pontos que devem ser realçados: a) deve-se sempre repetir o mesmo tipo de incisão da cesárea anterior, a fim de se evitar duas cicatrizes; b) sempre que possível, convém remover a cicatriz da cesariana anterior.

Com referência aos coeficientes da cesárea segmentária em comparação com a corporal, verifica-se, nas publicações mais recentes, que a primeira vai sobrepujando rapidamente a segunda.

Araujo e col. utilizaram a cesárea baixa, segmentária, em 95,4% e a cóporo-segmentária em 4,6%. Esta última foi praticada em vista de dificuldades técnicas.

Na casuística reunida por Bremner e Dillon, verifica-se predominar a cesariana baixa segmentária. De seus 105 casos com 3 ou mais cesáreas, 94 foram por cesariana baixa, 7 clássica, 3 combinada e 1 operação de Porro. Em 3 casos impôs-se a combinação da segmentária e da corporal, em vista de acentuadas aderências com a bexiga.

Das 175 cesáreas repetidas de Bubalo, 51 (28,8%) eram clássicas, 113 (64,0%) cervicais baixas e 11 (6,3%) cesariana e histerectomia.

ANESTESIA

Atribui-se papel importante à anestesia, tanto nas complicações maternas como nas do recém-nascido. Contudo, McNeill, que analisou a mortalidade perinatal em 944 cesarianas, é de parecer que nem o tipo de anestesia nem o tipo de cesárea tinham tal influência.

A maioria das crianças anóxicas e atelectásicas, da casuística de Wolff e Roter, pertenciam ao grupo das mães que haviam recebido anestesia geral.

Nas duas séries de Baldwin, o emprêgo da anestesia assim se distribuiu: Geral (inalação): 1ª série 26,7% e 2ª série 6,9%. Raqui-anestesia: 1ª série 73,6% e 2ª série 84,5% e 5,6% epidural. Utilizou doses de 10 a 20 mg de pontocaina, que diz serem consideradas elevadas, mas refere não ter observado reações.

Araujo e col. empregaram eletivamente os métodos loco-regionais de anestesia, utilizando-os em 86,2% dos casos.

Em 130 casos de McNally e Fitzpatrick, 43,0% foram operadas sob anestesia espínhal e 55,4% com anestesia geral.

Quadro XIII — Anestesia

Tipo	Nº de casos	%
Raqui-anestesia	319	83,2
Raqui-anestesia + geral	19	4,9
Raqui-anestesia + endovenosa	6	1,5
Geral	36	9,3
Local	2	0,5
Local + geral	1	0,2
	383	—

Em nosso Serviço, damos preferência à raquianestesia e recorremos a doses mínimas de anestésico. Empregamo-la em 83,2% dos casos (quadro XIII). Utilizamos, de regra, uma solução de procaína a 5%, em doses de 90 a 100 mg, porém, mesmo com quantidade de 75 mg, temos obtido boas anestésias.

Nas operandas pusilânimes, a fim de sedá-las, socorremo-nos, imediatamente após a extração fetal, de uma solução constituída de 100 mg de cloridrato de meperidina, 50 mg de prometazina e 5 mg de clorpromazina, diluídos em 20 ml de água destilada ou soro glicosado. Injetam-se, intravenosamente, doses fracionadas, até obter-se a sedação. Há doentes que com apenas metade da solução entram em sono, semelhante ao fisiológico. Por vezes, há hipotensão discreta que se corrige facilmente com Veritol diluído e injetado fracionadamente por via intravenosa. Outra vantagem deste método é que esta sedação se estende até 6 horas ou mais, dispensando, assim, o emprêgo de outro entorpecente.

Recorre-se à anestesia geral por inalação quando haja contra-indicação à raquianestesia ou, eventualmente, como complemento dela. Neste particular utilizamo-nos, também, por vezes, da anestesia venosa, mas sempre após a extração do feto. A anestesia local é ideal e deveria ser utilizada mais amiúde.

COMPLICAÇÕES

Baldwin, analisando as complicações em suas duas séries de casos, apurou: 1ª série — em 167 cesáreas houve complicações 48 vezes; 30 enquadravam-se em quatro categorias, a saber: ileos que necessitaram sucção; infecções do trato respiratório superior e atelectasia; hemorragia pós-parto e, ferida infetada. Acrescenta que duas ou mais complicações ocorriam amiúde na mesma paciente. 2ª série — com 449 cesáreas e 117 complicações, com distribuição semelhante à primeira série. Houve hemorragia pós-parto em 4,2% do total e infecção do trato respiratório em pouco menos de 4%. A maioria das complicações restantes foram: cefaléia após raquianestesia (4,5 a 4,8%), infecção do trato urinário, flebite, mastite e reação de transfusão. Teve uma deiscência da cicatriz na série total.

Aderências: — Aderências, desde as mais discretas até as mais acentuadas. Emmrich encontrou-as em 45% dos seus casos, incluindo as discretas, e Bartholomew e col. assinalaram-nas em 62% das suas pacientes.

As aderências, compreendendo o epíplon e os peritônios visceral e parietal, são encontradas com relativa freqüência após a primeira cesárea, mormente se a operação foi realizada após muitas horas de trabalho de parto e depois da rotura das membranas.

Por vezes são tão pronunciadas que dificultam o ato operatório, aumentando-lhe a duração e, conseqüentemente, o tempo de anestesia. Daí o maior risco materno. Quando situadas na dobra útero-vesical, tendem a elevar a bexiga; daí o cuidado com que se deve abrir o peritônio e a dificuldade de se expor o segmento inferior para se praticar a incisão arciforme. Por vezes impõe-se o recurso da cesárea corporal ou segmento-corporal, dadas as dificuldades técnicas para se praticar

Em nosso Serviço, damos preferência à raquianestesia e recorremos a doses mínimas de anestésico. Empregamo-la em 83,2% dos casos (quadro XIII). Utilizamos, de regra, uma solução de procaina a 5%, em doses de 90 a 100 mg, porém, mesmo com quantidade de 75 mg, temos obtido boas anestésias.

Nas operandas pusilânimes, a fim de sedá-las, socorremo-nos, imediatamente após a extração fetal, de uma solução constituída de 100 mg de cloridrato de meperidina, 50 mg de prometazina e 5 mg de clorpromazina, diluídos em 20 ml de água destilada ou sôro glicosado. Injetam-se, intravenosamente, doses fracionadas, até obter-se a sedação. Há doentes que com apenas metade da solução entram em sono, semelhante ao fisiológico. Por vezes, há hipotensão discreta que se corrige facilmente com Veritol diluído e injetado fracionadamente por via intravenosa. Outra vantagem deste método é que esta sedação se estende até 6 horas ou mais, dispensando, assim, o emprêgo de outro entorpecente.

Recorre-se à anestesia geral por inalação quando haja contra-indicação à raquianestesia ou, eventualmente, como complemento dela. Neste particular utilizamo-nos, também, por vezes, da anestesia venosa, mas sempre após a extração do feto. A anestesia local é ideal e deveria ser utilizada mais amiúde.

COMPLICAÇÕES

Baldwin, analisando as complicações em suas duas séries de casos, apurou: 1ª série — em 167 cesáreas houve complicações 48 vezes; 30 enquadravam-se em quatro categorias, a saber: íleos que necessitaram sucção; infecções do trato respiratório superior e atelectasia; hemorragia pós-parto e, ferida infetada. Acrescenta que duas ou mais complicações ocorriam amiúde na mesma paciente. 2ª série — com 449 cesáreas e 117 complicações, com distribuição semelhante à primeira série. Houve hemorragia pós-parto em 4,2% do total e infecção do trato respiratório em pouco menos de 4%. A maioria das complicações restantes foram: cefaléia após raquianestesia (4,5 a 4,8%), infecção do trato urinário, flebite, mastite e reação de transfusão. Teve uma deiscência da cicatriz na série total.

Aderências: — Aderências, desde as mais discretas até as mais acentuadas. Emmrich encontrou-as em 45% dos seus casos, incluindo as discretas, e Bartholomew e col. assinalaram-nas em 62% das suas pacientes.

As aderências, compreendendo o epiplon e os peritônios visceral e parietal, são encontradas com relativa freqüência após a primeira cesárea, mormente se a operação foi realizada após muitas horas de trabalho de parto e depois da rotura das membranas.

Por vezes são tão pronunciadas que dificultam o ato operatório, aumentando-lhe a duração e, conseqüentemente, o tempo de anestesia. Daí o maior risco materno. Quando situadas na dobra útero-vesical, tendem a elevar a bexiga; daí o cuidado com que se deve abrir o peritônio e a dificuldade de se expor o segmento inferior para se praticar a incisão arciforme. Por vezes impõe-se o recurso da cesárea corporal ou segmento-corporal, dadas as dificuldades técnicas para se praticar

a segmentária. Tivemos oportunidade de operar caso em que as aderências bloquearam de tal forma o segmento inferior que a cesárea se tornou extraperitonal. Bartholomew e col. referem-se a observações em que tiveram dificuldade de fazer a laqueadura; relataram também dois casos de obstrução.

A cesárea corporal é considerada mais propícia às aderências. Trillat e Magnin encontraram-nas em 9 de 14 cesáreas corporais, enquanto, de 37 segmentárias, apenas 13 tinham aderências.

Potter e Johnston, que idearam um método de sutura uterina, repetindo a cesariana em pacientes inicialmente operadas por eles com tal método, encontraram poucos casos de aderências.

Hemorragia: — A perda de sangue durante o ato operatório depende da perícia do operador, da localização da placenta, do desenvolvimento do segmento inferior e da contratilidade uterina. A hemorragia é mais acentuada quando a inserção da placenta é anterior e quando o segmento inferior não está bem formado, caso em que se abrem grandes seios sanguíneos ao se incisar o útero. Outrossim, a atonia uterina é de sobejo conhecida. Assim, todos os cuidados são necessários, a fim de prevenir a hemorragia grave.

No entender de Wolff e Roter, a hemorragia durante a cesárea é, amiúde, mais acentuada do que devera sê-lo. Em 100 pacientes examinadas no quarto dia do pós-operatório, encontraram-se 30% de anêmicas (hemácias abaixo de 3,5 milhões e hemoglobina com menos de 10 g). Além disso, tiveram 5 casos de hemorragia pós-parto e, em um deles, foi necessária a histerectomia.

Para McNally e Fitzpatrick a avaliação da perda sanguínea parece ter pouca significação com relação à multiplicidade de cesáreas: 25 pacientes perderam 250 ml; 45 de 250 a 500 ml; 8 de 500 a 800 ml; 1 de 1.000 a 1.500 ml; 22 nada, e 29, quantidade desconhecida.

Evisceração: — Wolff e Roter referem, em seu material, dois casos de evisceração no 5º e 7º dia.

Hematoma pélvico: — Salvo pequenos hematomas dependentes da transfixação de vasos nos ângulos da ferida operatória, não registramos outros que requeressem cuidados. Wolff e Roter, em sua casuística, relatam caso de grande hematoma pélvico.

Morbidade: — Em suas duas séries de 167 e 449 cesáreas, Baldwin assinala morbidade de 11,3% e 8,4%, respectivamente. Wilson menciona morbidade de 12,6% em 578 cesáreas repetidas. Wolff e Roter tiveram morbidade de 12,5%.

Tem-se recomendado o uso profilático dos antibióticos. Posner e col. relatam morbidade de 49,2% para a cesárea e acreditam que a penicilina deve ser utilizada profilaticamente em todas as pacientes em trabalho ou com rotura de membranas por 12 horas. Zarou menciona, em sua série de 400 casos, uma morbidade de 36,9%, quando não utilizou a penicilina, e de 13,5%, quando fez uso profilático da mesma. A penicilina só ou com estreptomicina foi utilizada em 304 (49,5%) dos 616 casos de Baldwin.

ESTERILIZAÇÃO

Trata-se de problema ainda controverso quanto à época em que deve ser feita e suas indicações.

Compulsando a literatura, verifica-se predominarem os que recomendam a laqueadura na terceira cesariana, com a anuência dos cônjuges. Há, também, os que a fazem na segunda cesárea quando houve partos vaginais com filhos vivos, sobretudo nas que são grandes múltiparas.

Quanto às indicações, há os que fazem a esterilização na terceira cesárea, pelo risco de rotura ulterior da cicatriz uterina. Outros, no entanto, só a fazem quando houver indicação médica de natureza geral ou local que a justifique.

Em 1.830 esterilizações realizadas no Johns Hopkins Hospital, 15,4% o foram em cesáreas repetidas, a saber: na segunda 11,97%, na terceira 3,11% e na quarta ou mais 0,27% (Prystowsky e Eastman).

A primeira das duas séries de Baldwin constou de 167 histerotomias repetidas com 11,4% esterilizações e, a segunda, de 449 casos, com 14,6% esterilizações.

Lee e col., Weinbaum e Javert, Greenhill, McLean, são todos, pela esterilização na terceira histerotomia.

Entre nós, Rezende, Araujo e col., também adotam a esterilização na terceira cesariana. Rezende não lhe outorga, contudo, caráter impositivo, abtendo-se de praticá-la quando, "suficientemente esclarecida, a paciente manifestar desejo de manter a sua capacidade procriadora, malgrado os percalços e riscos daí decorrentes".

Boulware e col., em questionário enviado a 100 hospitais, referem que a maioria pratica a esterilização na terceira cesárea.

Cosgrove e também Lawler e col., são de opinião que tal prática é medicamente obsoleta. Cosgrove acredita, mesmo, que não deva haver limite para o número de cesáreas, desde que a integridade uterina seja mantida. Os malefícios a que estas pacientes estão sujeitas não são maiores na sexta do que na primeira cesárea (Smith — citado por Wolff e Roter).

Kaboth assevera não se justificar a laqueadura sistemática na segunda ou terceira cesariana e só toma tal decisão após exame de cada caso em particular.

Bremner e Dillon pensam que a esterilização não seja imperativa do ponto de vista estritamente médico. Acreditam possa o parto cesáreo ser realizado repetidas vezes, desde que a paciente seja cuidadosamente observada e devidamente instruída quanto aos sinais perigosos da rotura.

McNally e Fitzpatrick, calcados no estudo de 130 pacientes que tiveram quatro ou mais histerotomias, são do mesmo parecer de Cosgrove e aduzem que o fato da paciente ter tido várias cesáreas, por si só, não justifica a indicação da histerotomia ou esterilização.

O quadro XIV nos mostra os 36 casos em que se praticou a laqueadura e sua relação com a paridade das pacientes, incluindo-se a cesárea atual. Nas que se fez a esterilização com duas cesáreas, em

Quadro XIV — Paridade (incluindo-se a cesárea atual) e esterilização

<i>Paridade</i>	<i>Nº de casos</i>
II — 2 cesáreas	8
III — 3 cesáreas	12
IV — 4 cesáreas	1
VI — 1 cesárea — 4 partos normais — 1 cesárea	1
IV — 2 cesáreas — 1 parto normal — 1 cesárea	1
III — 1 fórcepe — 2 cesáreas	1
IV — 1 fórcepe — 3 cesáreas	2
VII — 5 fórcepes — 2 cesáreas	1
IV — 1 fórcepe — 1 parto normal — 2 cesáreas	1
III — 1 parto normal — 2 cesáreas	3
V — 2 partos normais — 3 cesáreas	1
V — 3 partos normais — 2 cesáreas	1
VII — 5 partos normais — 2 cesáreas	2
III — 1 Zarate — 2 cesáreas	1
	36

duas a presença de aderências impôs a feitura de incisão corporal, ficando, assim, duas cicatrizes; em duas havia rotura uterina em uma cicatriz corporal; nas restantes, além da presença de aderências que dificultaram sobremodo a repetição da cesárea, as condições da cicatriz foram julgadas precárias para suportar nova gestação. Em um caso a paciente sofrera uma operação de Zarate na primeira gestação, em outro Serviço e disso resultara uma fistula vésico-vaginal que fôra reparada; daí as duas cesáreas subseqüentes.

HISTERECTOMIA

Embora alguns preconizem a prática da histeretomia com a finalidade única de esterilização, isto não nos parece louvável. A maioria, no entanto, se utiliza dela quando há outra indicação concomitante.

Um outro ponto de divergência diz respeito à técnica, havendo simpatizantes da histerectomia subtotal e da total. Naturalmente a escolha do tipo de intervenção subordina-se às condições gerais e locais de cada caso em particular e à perícia do operador. Os menos experientes não deverão recorrer à histerectomia total se não desejarem elevar o obituário ou, pelo menos, a morbidade materna.

McNally e Fitzpatrick pensam que a histerectomia só deve ser feita quando houver doença uterina que a justifique; relatam dez casos em suas 130 iterativas.

No entender de Weigle, deve-se optar pela cesárea seguida de histerectomia, em vez da laqueadura, quando estiver indicada a esteriliza-

ção, por evitar-se, assim, processos mórbidos uterinos posteriores. Julga também preferível a histerectomia total que evita processos ulteriores do colo.

Davis também é apologista da histerectomia total, por estar o coto restante sujeito ao prolapso, à infecção, à erosão e às neoplasias. Além disso, pode ser causa de dispareunia. Julga, porém, que a remoção do útero só deve ser feita quando houver indicação médica para a esterilização, nas anomalias uterinas (neoplasias, cicatriz deficiente de cesárea, doença da cérvix, etc.), em pacientes no final do ciclo reprodutivo. Por fim, acrescenta que a intervenção não deve elevar os índices de mortalidade e morbidade nem criar condições desfavoráveis à vida sexual. Em 140 histerectomias, a incidência de óbitos maternos foi de 0,13%.

Mackenzie fez 41 histerectomias após cesárea. Incluiu, entre as indicações, a cesárea múltipla e a cicatriz deficiente. Dá preferência à histerectomia supra-cervical, cujos méritos realça: evita a infecção intra-uterina, elimina os malefícios da hemorragia pós-parto, remove a patologia intrínseca do útero e constitui meio seguro de esterilização.

Dyer e col. advogam a histerectomia total, que julgam de fácil execução e sem riscos, quando feita por operador experiente.

Sandberg reuniu da literatura 648 casos que, somados aos 97 seus, perfazem um total de 745 cesáreas com histerectomia, com uma mortalidade materna de 0,67%.

Bradbury, em 1.188 cesáreas, praticou 84 (7,8%) histerectomias, sendo 62 subtotais e 22 totais. Não teve óbitos maternos. É de parecer que a total deve substituir a subtotal.

Hallatt e Hirsch, de norma desaconselham a esterilização, mas, quando indicada, dão preferência à histerectomia total.

FERTILIDADE

Não cremos que a fertilidade seja afetada pela cesárea. Na verdade, somos de opinião que a diminuição da prole se subordina à restrição voluntária da natalidade e à esterilização.

Chesterman, analisando os efeitos da cesárea sobre a fertilidade, conclui que a diminuição da natalidade não se deve ao comprometimento da fertilidade e, sim, à limitação da prole devida ao uso de métodos anticoncepcionais e à esterilização.

Järvinen e Pystynen, estudando a fertilidade em 675 pacientes, apuraram que 448 (66,4%) tiveram nova gravidez. As 227 pacientes que não engravidaram situavam-se no grupo em que a própria idade baixa a fertilidade. As que não desejaram mais filhos invocavam principalmente fatores sociais.

ROTURA UTERINA

O problema da rotura ou deiscência da cicatriz uterina constitui a preocupação máxima do tocólogo quando se vê na contingência de prestar assistência à gestante com cesariana anterior.

O assunto tem sido objeto de minudente estudo e a literatura consigna coeficientes de rotura que oscilam grandemente. Wetterwald (1926) encontrou percentagem de 0,28 em 3.600 gestações após cesárea. Bak e Hayden (1955) referem 14 (1,1%) roturas ocorridas em 1.211 hysterotomias anteriores. Guariento e col. encontraram 2,6%. Pedowitz e Schwartz (1957) mencionam o elevado índice de 10,0% de deiscências em cicatriz de cesárea.

A rotura pode ocorrer tanto na gestação como no parto. Dos 22 casos de rotura, citados por Beachan e Beachan (1951), 16 incidiram durante o parto e, 6, na gestação. Quinze surgiram entre a 36ª e 40ª semanas e, 7, entre a 26ª e 35ª semanas.

Johnston e Morgan tiveram 19 (2,9%) roturas em 641 cesarianas repetidas, assim distribuídas: 5 antes do início do trabalho, 9 no primeiro período e 2 no segundo.

Para a maioria dos autores o coeficiente de roturas é sempre maior em cicatriz de cesárea alta ou clássica e menor na baixa ou segmentária. Hindmann (1948) registra 0,25% para a segmentária e 3 a 4% para a clássica. Para Brierton (1950), a rotura após cesárea clássica é, pelo menos, duas vezes maior que na segmentária. Pedowitz e Schwartz, em 482 cesáreas, tiveram 48 deiscências, sendo 22 (8,3%) em cicatriz transversa do segmento inferior, 20 (12,9%) em cicatriz vertical e 6 (18,2%) em cicatriz de cesárea clássica.

Há, contudo, os que não acreditam que a cicatriz corporal seja mais nociva. Lane e Reid (1953), em 583 pacientes submetidas a cesárea iterativa, tiveram 16 deiscências silenciosas que, somadas a 9 encontradas em 231 hysterotomias repetidas da clínica particular, perfazem um total de 25. Os tipos de cicatriz que apresentaram deiscências eram: em 19 a vertical de Krönig; em 4 a transversa de Kerr; em duas do tipo clássico. Das 25 roturas, 18 ocorreram após a primeira cesárea, 4 após a segunda e 3 após a terceira. Concluem Lane e Reid que, se se pretende submeter uma paciente ao parto transpélvico, as portadoras de cicatriz corporal oferecem melhores condições; outrossim, não há razões para crer que as pacientes com cicatriz segmentária oferecem mais segurança que as com cicatriz corporal para o parto vaginal subsequente.

Quanto à rotura em cesáreas repetidas, os coeficientes são também divergentes. Baldwin encontrou-a em 13 dos seus 616 casos.

Araújo e col. tiveram 3 (2,2%) roturas em 133 cesáreas iterativas.

Bubalo (1957) relata 6 (3,4%) roturas uterinas em 175 cesáreas repetidas, sendo cinco em cicatriz de cesárea clássica e, uma, em cesárea cervical.

Bartholomew e col. consignam 7 (4,3%) em 162 cesáreas iterativas.

Goffi refere 2 (1,2%) roturas uterinas em 171 casos de cesárea anterior.

Vejamos, agora, a cesárea múltipla. Muitos são de parecer que as prenhez e partos subsequentes enfraquecem a cicatriz, tornando-a mais propícia à rotura e, nestas circunstâncias, elevam-se os riscos relativos à cesárea múltipla.

McNally e Fitzpatrick, em 130 casos de quatro ou mais cesáreas, encontraram 32 (24,5%) cicatrizes defeituosas e tiveram duas roturas uterinas ocorridas antes do início do trabalho de parto. Assim, a incidência correta de rotura foi de 1,5%. Acreditam ser infundado o temor de que o útero submetido à várias cesáreas esteja mais sujeito à rotura.

Bremner e Dillon tiveram 2 roturas em 105 cesáreas eletivas, que foram reparadas.

O problema da rotura uterina em cicatriz de cesárea já foi por nós analisado em publicação anterior.

Em 341 pacientes que sofreram um total de 401 cesáreas iterativas, tivemos 15 roturas uterinas. Neste grupo apenas uma parturiente apresentava cicatriz de cesárea corporal. Nos 14 casos restantes assinalou-se: a) três roturas completas situadas em cicatriz segmentária, cuja extensão variou de 3 a 8 cm. Aliás, em um dos casos, a via alta fôra indicada por se tratar de placenta prévia centro-parcial. b) Três roturas incompletas subperitoniais. Em uma delas observava-se hematoma superitonal, contendo mecônio. c) Duas roturas bloqueadas por aderências. d) Por fim, tivemos seis casos em que só encontramos hematoma subperitonal, cuja extensão variava entre 3 e 7 cm, ao longo da cicatriz. É evidente que, nestes casos, a laceração da parede uterina estava se processando.

Não registramos óbitos maternos nestes 15 casos de rotura e só tivemos um natimorto. Tratava-se de caso de placenta prévia centro-parcial, cujo feto já havia sucumbido antes da intervenção.

PROGNÓSTICO

Ao ver de Ward, entre outros, toda paciente submetida a uma cesárea está sujeita aos malefícios que lhe são correlatos. Assim, há o perigo dos acidentes anestésicos, do ato operatório, de complicações geniturinárias, de infecção, de tromboembolismo, de hemorragia, de aderências abdominais, de comprometimento da fertilidade, de menor paridade e, por último, há a possibilidade da rotura uterina. Tudo isto, diz Ward, contribui para tornar a cesárea um risco obstétrico.

Contudo, compulsando a literatura, principalmente a destes últimos anos, verifica-se que a mortalidade materna reduziu-se a um mínimo, havendo, mesmo, casuísticas que não consignam passamentos maternos. Por outro lado, com relação ao recém-nascido, embora tenha havido decréscimo, os índices de mortalidade ainda são elevados, particularmente os dos prematuros nascidos de cesáreas eletivas realizadas antes da data provável do parto.

Numerosas estatísticas demonstram que, na cesárea iterativa, o obituário materno é menor que na primeira cesárea. No entender de O'Connor, que analisou 7.016 cesáreas, tal fato é geralmente verídico quando se comparam os resultados entre a cesárea segmentária iterativa com a primeira cesárea, em que se incluem os casos em trabalho de parto. Porém, diz ele, se cotejarmos a cesárea iterativa eletiva com a primeira cesárea eletiva em consequência de desproporção, apura-se que, na primeira, a mortalidade é maior: 3,2% e 2,9%, respectivamente.

Lembra Emmrich que, por se tratar de cesárea iterativa, alguns riscos são compensados por outros fatores, a saber: a) as pacientes decidem-se mais cedo pelo parto hospitalar; b) de regra, foram orientadas no sentido de procurarem o hospital em tempo oportuno; c) pelo temor da rotura da cicatriz, a nova intervenção é realizada mais precocemente; d) a assistência é mais rigorosa; e) evitam-se manipulações desnecessárias; f) as parteiras recusam-se a fazer o parto domiciliar.

MORTALIDADE MATERNA

Emmrich encontrou mortalidade materna de 2,8% em 2.129 cesáreas iterativas, sendo 87 casos seus e 2.042 coligidos da literatura. Lembra, porém, que os dados colhidos da literatura são do fim do século passado, quando a mortalidade na cesárea atingia até 25%.

Com relação à cesárea múltipla, admitia-se outrora ser maior o coeficiente de letalidade. Assim, Siegel relatou 11% de óbitos na segunda cesárea, e 28% na terceira. Hodiernamente já não prevalece tal conceito.

Johnston e Morgan tiveram 1 (0,16%) morte em 641 cesáreas repetidas e para Wolfson e Lancet, a mortalidade materna foi de 2,3%.

Na série de Baldwin (616 cesáreas repetidas) houve duas mortes; em ambas tratava-se de cesárea corporal e a intervenção foi realizada sob anestesia geral. Em uma, a causa provável foi aspiração brônquica e, na outra, insuficiência cardíaca congestiva.

Araujo e col. assinalam 1 (0,75%) óbito materno em suas 133 cesáreas iterativas, enquanto, em 818 cesáreas iniciais, tiveram 30 (3,6%). Atribuem a menor letalidade da primeira à melhor assistência às pacientes.

McNally e Fitzpatrick tiveram apenas uma morte materna (0,769%) em seus 130 casos. Embora a causa não pudesse ter sido descoberta na autópsia, julgam não ser atribuível aos malefícios da cesárea múltipla.

Nahoun em 31 cesáreas iterativas teve 1 (3,2%) óbito materno.

Sullivan e Campbell, em 1.630, e Bremner e Dillon, em 105 cesáreas repetidas, não tiveram mortes maternas.

Wilson em 578 cesáreas iterativas só teve um óbito materno conseqüente a hemorragia pós-parto.

Gordon relata 3 falecimentos maternos em 1.042 cesáreas eletivas.

Em nossas 383 cesáreas iterativas, a mortalidade materna foi de 0,78%. Acreditamos, contudo, que dois destes óbitos talvez pudessem ter sido evitados. A anestesia que ocasionou a morte por síncope respiratória não foi feita por médico especializado e, na morte conseqüente a hemorragia por atonia uterina, talvez uma histerectomia realizada em tempo oportuno tivesse salvo a paciente.

A.G. (R.G. 31071), 33 anos, branca, gravidez de termo. Secundigesta. Internada no Serviço imediatamente antes do início do trabalho de parto, por ter sido cesareada na gestação anterior.

O exame físico geral nada revelou digno de especial menção. Na história obstétrica progressiva apurou-se ter sido operada neste mesmo Serviço em 5-10-1947. Tratava-se de prenhez de termo e a indicação fora distocia funcional e sofrimento fetal. Recém-nascido com peso de 3.725 g. No puerpério teve tromboflebite. Ao exame obstétrico atual, prenhez de termo, apresentação cefálica, ausência de vício pélvico comprovado radiologicamente.

Foi mantida em observação, aguardando-se o início do trabalho de parto. As 13,0 horas de 7-3-1950, rotura espontânea da bolsa das águas; cérvico-dilatação para um dedo. Às 21,15 horas, início das contrações fortes, dilatação para um dedo, colo grosso, cabeça alta. Às 8,50 horas de 8-3-50, colo para um dedo e meio, contrações fortes. Como não tivesse havido progresso no parto, indicou-se a via alta. Sob anestesia geral pelo éter, iniciou-se a intervenção às 10 horas. A paciente sucumbiu durante o ato operatório de síncope respiratória. Recém-nascido vivo, masculino, 51 cm de estatura e peso de 4.400 g.

M.C. (R.G. 37028), 34 anos, branca, gravidez de termo. Quartigesta. Deu ingresso neste Serviço em 30-9-1950, em trabalho de parto. Exame físico geral nada revelou de anormal. Relata terem as duas primeiras gestações terminado em fórceps e a terceira em cesárea. Ao exame obstétrico atual: prenhez de termo, apresentação cefálica, cérvico-dilatação para dois dedos; C.V. igual a 9,7 cm. Praticou-se a via alta com indicação de desproporção céfalo-pélvica e cesárea anterior. Operação feita sob anestesia por inalação. Durante a intervenção, sangramento profuso por atonia uterina e choque. Apesar da transfusão e da medicação geral, a paciente sucumbiu pouco tempo depois. Recém-nascido vivo, sexo feminino, com 50 cm de estatura e 3.800 g de peso.

M.L.A. (R.G. 43.322), 27 anos, branca, gravidez de termo. Secundigesta. Admitida no Serviço em 15-5-1951, em trabalho de parto iniciado há 6 horas. Exame físico geral nada digno de nota. Informa que a primeira cesárea foi feita neste Serviço em 1946. Tratava-se de prenhez de termo e a indicação fora vício pélvico. Recém-nascido com peso de 3.400 g. Puerpério normal. Ao exame obstétrico atual: prenhez de termo, apresentação pélvica, cérvico-dilatação para dois dedos. Comprovada a existência de vício pélvico, indicou-se a via alta. A intervenção foi feita sob raqui-anestesia. Recém-nascido vivo, masculino, 52 cm de estatura e peso de 3.860 g. No puerpério, a paciente apresentou quadro de hepatite infecciosa e sucumbiu sete dias após a cesárea.

RECÉM-NASCIDO

O quadro XV alude ao sexo dos recém-nascidos. Observa-se predominarem os masculinos (59,3%) sobre os femininos (40,6%).

Quadro XV — Recém-nascido (sexo)

Sexo	Nº de casos	%
Masculinos ...	229	59,3
Femininos ...	157	40,6
	386	—

Analisando-se o quadro XVI, nota-se que 8,7% dos recém-nascidos são prematuros. Dos 91,2% recém-nascidos de termo, 1,8% são hiper-megálicos.

Quadro XVI — Recém-nascido (pêso)

Pêso	Nº de casos	%
1001-1500	3	0,7
1501-2000	7	1,8
2001-2500	24	6,2
2501-3000	91	23,6
3001-3500	126	32,6
3501-4000	93	24,1
4001-4500	35	9,1
4501-5000	7	1,8
	386	—

Potter (1943) e Potter e Rosenbaum (1943) descreveram uma síndrome fatal, precedida por distúrbios respiratórios e que foi denominada "cesarean section syndrome" e relacionada a efeitos diretos da cesárea. Esta idéia de uma "síndrome da cesárea" não é acatada por todos. Os que a admitem, para ampará-la, aventaram explicações e advogam medidas profiláticas para evitá-la.

Potter e Rosenbaum associaram-na aos achados de necropsia em que encontraram excesso de líquido cérebro-espinhal no espaço subaracnóideo. Para evitar esse inconveniente, Bloxon (53) recomenda permitir o início do trabalho e sua progressão por algumas horas antes de se repetir a cesárea, a fim de submeter a cabeça fetal à compressão.

Landau e col. (50) idearam engenhosa teoria, segundo a qual o elevado obituário néo-natal é atribuído à exsanguinação parcial e conseqüente choque devido à perda de sangue para a placenta, que não foi comprimida pelas contrações uterinas. Como medida profilática, recomendam a suspensão da placenta ainda ligada ao feto, até que cessem as pulsações do cordão umbilical (6 a 10 minutos).

Para Gordon, a recuperação do sangue da placenta é indispensável e sua perda representa fator crítico na mortalidade perinatal, razão porque considera importante a laqueadura tardia. Recomenda que o desprendimento fetal deve ser lento e a placenta descolada manualmente deve ser suspensa acima do feto, até cessarem as pulsações do cordão.

Aliás, Windle demonstrou que a placenta contém pelo menos um quarto do volume do sangue do recém-nascido de termo, razão porque a laqueadura imediata equivale a uma hemorragia.

O quadro de perturbação respiratória, retração costal e cianose, que não raro culmina com convulsões e morte neonatal, tem sido atribuído a aspiração do líquido amniótico e formação de membrana hialina.

Esta sintomatologia também tem sido imputada à ingestão e subsequente regurgitação e aspiração de quantidades excessivas de líquido

amniótico, pelo que se recomenda a sucção intratraqueal e a gástrica (Gellis et al.).

Strang e col. (57), entre outros, não acreditam na existência de tal síndrome e pensam que a cesárea em si não acarreta risco extra para o nascituro. Para eles, a elevada mortalidade filia-se às complicações da prenhez e do parto que motivaram a indicação para a cesárea.

Assim, ensina a boa razão que o recém-nascido de cesárea requer cuidados imediatos especiais, além de observação criteriosa posterior.

Muitos trabalhos consignam obituário fetal maior na histerotomia do que no parto vaginal; outros demonstram mortalidade fetal mais elevada na primeira cesárea em comparação com a repetida. Parte desta perda é atribuída às complicações pelas quais se indicou a cesariana e, parte, à prematuridade. Além disso, Eastman, entre outros, considera que o tipo de anestesia utilizado na cesárea, sua profundidade e duração podem contribuir para o obituário neonatal.

Carey pensa que a cesárea repetida, praticada por cirurgião competente e anestesista especializado, além dos recursos de que ora se dispõe, não deve ter mortalidade superior à do parto vaginal. Em 456 cesáreas iterativas tiveram 0,29% de óbitos fetais.

Landsman, estudando a mortalidade fetal na cesárea, encontrou, para um total de 362 iterativas realizadas entre 1933-1949, um obituário de 3%, mas, computando a mortalidade por quinquênios, observou, em 238 cesáreas repetidas do último quinquênio, apenas 1 (0,4%) óbito. Acredita que a mortalidade fetal na cesárea iterativa é inferior à do parto normal. É de parecer que a anestesia geral tenha papel importante nestes óbitos.

Gordon, em 1.042 cesáreas eletivas, teve mortalidade perinatal de 32 (2 óbitos fetais e 30 neonatais).

Bartholomew e col. tiveram, para a primeira cesárea, uma mortalidade não corrigida: natimortos de termo e óbitos neonatais 1,6% e 3,2%, respectivamente; para os prematuros, os natimortos e os óbitos neonatais foram de 26% e 17,3%. Para a cesárea repetida com fetos de termo, tiveram natimortos e óbitos neonatais 1,3% e 3,2%; para os prematuros, 16,6% natimortos e 16,6% óbitos neonatais.

Araujo e col. assinalam mortalidade fetal de 3,7% para a cesárea iterativa e de 9,4% nas cesáreas primárias.

Hall e col., em 2.219 primeiras cesáreas e 1.597 repetidas, tiveram mortalidade perinatal corrigida de 6,3% e 2,5%, respectivamente.

Hibbard e Kroener Jr., em 1.375 cesáreas, tiveram mortalidade fetal não corrigida de 8,7%; em 690 cesáreas iterativas, a mortalidade fetal não corrigida foi de 1,7%.

Johnston e Morgan relatam, em 641 cesáreas repetidas, mortalidade perinatal não corrigida de 2,5%.

Strang e col., para os recém-nascidos de termo, tiveram obituário corrigido de 0,8% e, para os prematuros, 19%.

Wilson encontrou mortalidade fetal não corrigida de 3,6% em 331 cesáreas repetidas.

Bremner e Dillon referem 4 óbitos em 105 cesáreas (mortalidade não corrigida).

Wolfson e Lancet não tiveram óbitos fetais em 103 cesáreas repetidas.

Bryant, em 719 cesáreas repetidas, teve mortalidade fetal de 2,2% que, corrigida, era apenas de 0,47%.

A mortalidade infantil não corrigida foi de 2,35% e 1,56% nas duas séries de Baldwin. Acredita que a redução nas mortalidades materna e fetal, em parte deve ser atribuída à melhor assistência à paciente e aos recém-nascidos por anestesistas especializados.

Os autores são unânimes em afirmar que o coeficiente de prematuridade é maior quando se faz a cesárea eletiva antes do início do trabalho de parto. Embora se sugira, reiteradamente, avaliação mais cuidadosa da vitalidade fetal antes da cirurgia, não há meios seguros de se aquilatar o volume fetal (Eames). Para evitar este inconveniente, tem-se proposto aguardar o início do trabalho de parto para proceder à intervenção (Folsome).

Wilson refere 10% de prematuros em 132 cesáreas eletivas. Na casuística de Baldwin, em 616 recém-nascidos, 42 (6,8%) pesavam menos de 2.500 g.

Por outro lado, sendo maiores os índices de prematuridade, elevam-se, também os coeficientes de mortalidade; acentua Morton haver nítida correlação entre o peso do recém-nascido e sua sobrevivência.

Bubalo, em 175 cesáreas repetidas, teve 177 recém-nascidos, dos quais 24 (13,7%) eram prematuros. Houve 7 (4,0%) óbitos, com uma mortalidade perinatal corrigida de 1,7%. Dos 24 prematuros sucumbiram 9, pelo que Bubalo é de opinião que, para se baixar a mortalidade e a morbidade na cesárea repetida, é necessário eliminar a prematuridade.

Segundo muitos autores (Birnbbaum, Bryant, Haskins e col., Wolff e Roter), os prematuros paridos pela via vaginal parecem ter prognóstico mais favorável que os de cesárea. Esta opinião, contudo, não é unânime (Ruber, Lamb, Taylor e Ward, Wilson).

O risco da prematuridade é maior em pacientes com cesárea múltipla e isto reflete a ansiedade do operador de parturirem estas pacientes precocemente (McNally e Fitzpatrick). Para obviar o inconveniente, sugerem, na ausência de sintomas subordinados à cicatriz, que o peso da criança deve ser fator preponderante na decisão.

Quadro XVII — Recém-nascido (vitalidade)

	Nº de casos	%
Vivos	365	94,5
Mortos { Natimortos 8 (2,0%)	21	5,4
{ Neonatais 13 (3,3%)		
Total	386	—

Em nosso material (quadro XVII), tivemos 13 (3,3%) óbitos neonatais e 8 (2,0%) natimortos. Portanto, a mortalidade perinatal, não corrigida, foi de 5,4%.

No total dos 386 recém-nascidos, 34 eram prematuros e, destes, 9 (26,4%) sucumbiram.

Excluídos os natimortos, cujos óbitos não dependeram da cesariana em si, e quatro mortes neonatais (três por eritroblastose e uma por vícios de conformação), tivemos mortalidade perinatal corrigida de 2,3%.

RESUMO

Os AA. analisam as cesáreas iterativas praticadas na Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" da Legião Brasileira de Assistência, entre 1º de janeiro de 1950 e 31 de dezembro de 1955. Nesse período internaram-se 341 pacientes que tiveram 401 cesáreas repetidas, sendo 383 no Serviço e 18 fora dele.

Para um total de 1.998 cesáreas a incidência da cesariana repetida foi de 20%.

Das 341 pacientes, em 287 tratava-se da segunda cesárea, em 50, da terceira e em 4 da quarta. Das 383 cesarianas realizadas no Serviço 91,6% situavam-se entre a 37ª e a 40ª semana e 8,3% com 36 semanas ou menos.

Com referência à apresentação, 88,8% eram cefálicas, 6,9% pélvicas e 4,1%, situação transversa.

Entre as principais indicações figura em primeiro lugar o vício pélvico com 41,3%, seguindo-se-lhe a cesariana anterior com 16,2%, o sofrimento fetal com 11,3%, a distocia funcional com 8,4%.

Com relação à orientação terapêutica, os AA. são de parecer que persistindo a causa que condicionou a intervenção anterior deve-se repeti-la ao se iniciar o trabalho; na ausência de tais causas e quando houver condições propícias, aguardam o parto transpélvico ou recorrem à via alta se sobrevierem complicações que a tornem necessária. São de parecer, em relação ao internamento destas pacientes, que se deveria fazê-lo antes da data provável do parto. Contudo, no material em apêço, consignam 60,3% de internações já em trabalho de parto.

A duração mínima do trabalho foi de 1 hora, a máxima de 28 horas e 52 minutos e a média de 9 horas e 24 minutos. Repetem a cesariana conservando a integridade das membranas nos casos em que persiste a indicação que condicionou a operação anterior. Praticam a rotura artificial da bolsa das águas quando haja possibilidade de parto transpélvico.

São adeptos da incisão segmentária arciforme de concavidade superior. Contudo, se a operação anterior foi corporal repetem-na a fim de evitar duas cicatrizes. Quando possível, julgam louvável a remoção da cicatriz anterior.

Para a anestesia dão preferência à raquianestesia que utilizaram em 83,2% de seus casos.

São de parecer que a esterilização não é impositiva e só recorrem a ela quando haja indicação que a torne indispensável; neste caso jul-

gam necessária a anuência dos cônjuges. Só fazem a histerectomia quando houver indicação (rotura uterina, hemorragia atônica, etc.). No material em estudo praticaram 36 (9,3%) esterilizações.

Não acreditam que a fertilidade seja afetada pela cesárea em si e são de parecer que a diminuição da prole se subordina à restrição voluntária da natalidade e à esterilização.

Problema crucial é o da rotura uterina pelo malefício que pode causar às mães e respectivos filhos. Tiveram 15 (3,7%) em 401 cesáreas iterativas. Este coeficiente é, por certo, elevado mas nele incluíram seis casos em que só havia infiltração sanguínea do miométrio e que averbaram como rotura. Não tiveram passamentos maternos dependentes da rotura e só assinalam um óbito fetal adstrito, aliás, à placenta prévia centro-parcial, concomitante.

Em 383 cesáreas repetidas tiveram três (0,78%) mortes maternas. Porém, julgam que uma delas não se subordinou ao ato operatório em si por ter a paciente sucumbido no puerpério em consequência de hepatite infecciosa; daí o coeficiente de mortalidade materna corrigido de 0,52%.

A natimortalidade foi de 2,0% e o obituário neonatal de 3,3%, o que dá uma mortalidade perinatal, não corrigida, de 5,4%. Excluindo-se os óbitos não dependentes da própria cesárea referem mortalidade perinatal corrigida de 2,3%.

SUMMARY

The AA. consider the repeated cesarean sections (R.C.S.) performed at the Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", from the "Legião Brasileira de Assistência", from January 1st, 1950 to December 31st, 1955. During this period, 341 patients were submitted to 401 R.C.S. (383 in our Service and 18 outwards).

The incidence of R.C.S. was of 20% in a total of 1,998 cesarean sections.

Among the 341 patients, 287 had a second section, 50 a third and 4 a fourth. 91.6% of the 383 R.C.S. performed in the Service were done between the 37th and the 40th week, and 8.3% before the 36th week of pregnancy.

As to the presentation, 88.8% were cephalic, 6.9% breech and 4.1% transverse.

The main indications were contracted pelvis (41.3%), anterior section (16.2%), fetal distress (11.3%) and functional dystocia (8.4%).

With regard to the management, the AA. think that section should be repeated as soon as labour starts, if the cause of the first operation persists. Otherwise, under favorable conditions, they try a transpelvic birth or decide for a new section, if complications arise which render it necessary. Such patients should enter the hospital before the expected time of birth. In the cases of the AA. however, 60.3% were interned already during labour.

The shortest duration of labour was 1 hour, the longest, 28 hours and 52 minutes, with an average of 9 hours and 24 minutes. The in-

dications being the same as in the previous section, the membranes are kept intact during the R.C.S. If there is any possibility of a trans-pelvic birth, they are artificially ruptured.

The AA. adopt the segmentary arciform incision, with a superior concavity. If, however, the first section was a corporal one, it is repeated, in order to avoid two scars. Whenever possible, they advise the excision of the first scar.

They prefer spinal anesthesia, which was employed in 83.2% of the cases.

In their opinion, sterilization is not an obligatory step; if indicated, the agreement of the couple is necessary. Hysterectomy is performed only when there is an indication (rupture of the uterus, atonic bleeding etc.). 36 (9.3%) sterilizations were done in these cases.

The AA. do not believe that fertility may be affected by the section itself; the diminution of natality may be ascribed to voluntary limitation and to sterilization.

Uterine rupture represents a very important problem, for the harm it may cause to mother and child. 15 (3.7%) ruptures were observed among 401 R.C.S. This amount is certainly high, but it included 6 cases where there was a mere bloody infiltration of the myometrium and which labelled as rupture.

There were no maternal deaths due to ruptures, and only one fetal death was described, due to a simultaneously existing center-partial placenta praevia.

Among 383 R.C.S. they had 3 (0.78%) maternal deaths. One of them, however, would not be assigned to the operation itself, for the patient died during the puerperium, of infectious hepatitis; the corrected rate of maternal mortality is, therefore, of 0.52%.

Natimortality was of 2.0% and neonatal mortality of 3.3%; this allows for an uncorrected perinatal mortality of 5.4%. If the deaths are omitted which were not dependent of the section itself, the AA. refer a corrected perinatal mortality of 2.3%.

ZUSAMMENFASSUNG

Verf. betrachten die wiederholten Schnittentbindungen (W.S.), welche an der Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", von der "Legião Brasileira de Assistência", vom 1. Januar 1950 bis zum 31. Dezember 1955 durchgeführt wurden. Während dieser Zeit wurden 341 Patientinnen interniert, bei denen 401 W.S. durchgeführt wurden (383 im Krankenhaus und 18 auswärts).

Für eine Gesamtzahl von 1998 Kaiserschnitten ergab sich eine Häufigkeit von 20% für die W.S.

Bei den 341 Patientinnen, handelte es sich 287 mal um den zweiten Kaiserschnitt, 50 mal um den dritten und 4 mal um den vierten. 91,6% von den 383 Kaiserschnitten, die im Krankenhaus erfolgten, wurden zwischen der 37. und der 40. Woche durchgeführt, und 8,3% unter der 36. Woche.

Was die Lage anbetrifft, waren 88,8% Kopflagen, 6,9% Beckenlagen und 4,1% Querlagen.

Unter den hauptsächlichsten Indikationen, zählen sie das enge Becken mit 41,3%, der vorhergegangene Kaiserschnitt mit 16,2%, kindliche Leiden mit 11,3% und funktionelle Geburtsschwierigkeit mit 8,4% auf.

In therapeutischer Hinsicht, nehmen Verf. an, dass der Kaiserschnitt am Geburtseintritt wiederholt werden soll, wenn die Indikation des ersten Schnittes besteht; sonst und unter günstigen Bedingungen, erwarten sie eine normale Geburt oder sie entscheiden sich für einen neuen Kaiserschnitt, wenn Komplikationen auftreten, die es nötig machen. Solche Patientinnen sollten am besten vor dem vermutlichen Geburtstermin interniert werden. Im Krankengut der Verf. wurden, jedoch, 60,3% schon während der Geburt interniert.

Die kürzeste Geburtsdauer war von 1 Stunde, die längste von 28 Stunden 52 Minuten, mit einem mittleren Wert von 9 Stunden 24 Minuten. Bei der W.S. werden die Eihäute unversehrt erhalten, wenn die Indikation des ersten Kaiserschnittes besteht. In der Möglichkeit einer normalen Geburt wird die Wasserblase künstlich eröffnet.

Verf. ziehen die bogenförmige segmentäre Inzision mit oberer Konkavität vor. Wenn, jedoch, der erste Kaiserschnitt ein korporaler war, wird er wiederholt um zwei Narben zu vermeiden. Wennmöglich, empfehlen sie die Entfernung der ersten Narbe.

Für die Anästhesie, ziehen sie die Lumbalanästhesie vor, die in 83,2% ihrer Fälle angewandt wurde.

Ihrer Meinung nach, ist die Sterilisation nicht zwangsläufig; sie wird nur in den Fällen durchgeführt wo sie unentbehrlich ist; in diesem Falle würde das Einverständnis des Ehepaares nötig sein. Die Hysterektomie wird nur dann durchgeführt wenn sie indiziert ist (Uterusruptur, atonische Blutung usw.). In ihren eigenen Fällen wurde die Sterilisation 36 mal (9,3%) vorgenommen.

Verf. glauben nicht, dass die Fertilität durch den Kaiserschnitt als solcher beeinträchtigt wird; die Verkleinerung des Nachwuchses wird der spontanen Geburtsbeschränkung und der Sterilisation zugeschrieben.

Sehr wichtiges Problem ist die Uterusruptur, in Ansicht ihrer Folgen für Mutter und Kind. Sie ereignete sich 15 mal (3,7%) unter 401 W.S. Diese Zahl ist sicherlich hoch, aber sie schließt 6 Fälle ein, bei denen nur eine blutige Infiltration des Myometriums bestand, und die als Ruptur aufgefasst wurden. Keine Mutter starb an einer Ruptur, und nur ein kindlicher Todesfall wurde aufgezeichnet, welcher, jedoch, durch eine gleichzeitig bestehende zentro-partielle Placenta praevia erklärt wurde.

Unter 383 W.S. starben 3 (0,78%) Frauen. Einer dieser Fälle, jedoch hatte nichts mit der Operation zu tun, denn die Patientin starb während des Wochenbettes, an einer infektiösen Hepatitis; der verbesserte Koeffizient war also von 0,52% für die mütterliche Mortalität.

Die Natimortalität war 2,0% und, die neonatale Mortalität, 3,3%; dies ergibt eine perinatale Sterblichkeitsziffer von, unverbessert, 5,4%. Wenn man die Todesfälle ausschließt, die nicht von der eigentlichen Schnittentbindung abhängen, ergibt sich eine verbesserte perinatale Mortalität von 2,3%.

BIBLIOGRAFIA

- Araujo, J. O.; Neme, B. e Maretti, M. — Da cesárea iterativa; análise de 133 casos. *Ann. Brasil Gynec.*, 39:253-266, 1955.
- Avilés, B. V. M. — The obstetric future of cesarean patients. *Am. J. Obst. & Gynec. (suppl.)* 61A:309, 1951.
- Bak, T. F. and Hayden, G. E. — Rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 70:961-971, 1955.
- Baker, K. — Vaginal delivery after lower uterine caesarean section. *Surg., Gynec. & Obst.*, 100:690, 1955.
- Baldwin, W. F. — The repeat caesarean section. A study of 616 cases from the Vancouver area. *Canad. M. A. J.*, 77:329-335, 1957.
- Barrett, R. L. — A fifteen-year study of cesarean section in the Woman's Hospital in the State of New York. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 37:434-446, 1939.
- Bartholomew, R. A.; Colvin, E. D.; Grimes, W. H.; Fish, J. S. and Lester, W. M. — Repeat cesarean section. *Obst. & Gynec.*, 7:137, 1956.
- Beacham, W. B. and Beacham, D. W. — Rupture of the uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:824, 1951.
- Birnbaum, S. J. — Postcesarean Obstetrics. Management of subsequent pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 7:611-618, 1956.
- Bloxson, A. — Infants delivered by cesarean section. A re-evaluation after ten years of some problems found in infants delivered by cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 66:1172-1177, 1953.
- Boulware, T. M.; Howe, C. D. and Simpson, S. T. — A discussion of postpartum sterilization. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 68:1124-1128, 1954.
- Bradbury, W. C. — Cesarean hysterectomy. *West. J. Surg.*, 63:232-244, 1955.
- Bremner, J. X. and Dillon, J. R. — Multiple cesarean sections. *Obst. & Gynec.*, 6:85, 1955.
- Brierton, J. F. — Rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 59:113, 1950.
- Bryant, R. D. — Cesarean section in Cincinnati, Ohio. 1950 through 1954. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71:614-633, 1956.
- Bubalo, J. M. — Repeat cesarean section and perinatal mortality. *West. J. Surg.*, 65:209-211, 1957.
- Carey, C. M. — Fetal mortality in cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 69:1174-1182, 1955.
- Cauwenberghe, A. van — Les césariennes itératives. *Bruxelles méd.*, 19:507-515, 1938-39.
- Connell, J. N. and Gendreau, A. G. — Cesarean section at the Margaret Hague Maternity Hospital. A survey of recent experience during years 1951 to 1953. *Bull. Margaret Hague Maternity Hosp.*, 9:133-138, 1956.
- Cosgrove, R. A. — Management of pregnancy and delivery following cesarean section. *J.A.M.A.*, 145:884, 1951.
- Cosgrove, R. A. — Pregnancy and delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec. (suppl.)* 61A:307, 1951.
- Cosgrove, R. A. — The obstetric future of the cesareanized patient. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64A:545-548, 1952.
- Davis, M. E. — Complete cesarean hysterectomy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 62:838-853, 1951.
- De Lee, J. B.; Nadelhoffer, L. E. and Greenhill, J. P. — Repeated laparotomies, 91 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 16:784-793, 1928.
- Donno, E. — Il taglio cesareo nella Clinica di Bari. *Ann. Ostet. e Gynec.*, 60:1361-1416, 1938.

- Durst — Ediz. Madzareivica, Belgrado, 1934. Cit. por Donno.
- Dyer, I.; Nix, F. G.; Weed, J. C. and Tyrone, C. H. — Total hysterectomy at cesarean section and in the immediate puerperal period. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:517-527, 1953.
- Eames Jr., D. H. — A study of the management of pregnancies subsequent to cesarean sections. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:944, 1953.
- Eastman, N. J. — Comentários. *Obst. & Gynec. Survey*, 12:672, 1957.
- Emmrich, J. P. — Ist die wiederholte Schnittentbindung mit einer erhöhten Gefahr verbunden? *Zbl. Gynäk.*, 61:2214-2217, 1937.
- Fleming, A. M. — Delivery after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71:1202-1209, 1956.
- Folsome, C. E.; Sotone, M. L.; Hirsch, L. and Krumholz, B. — Maternal factors in prematurity. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 72:60-65, 1956.
- Fragenheim, H. — Über Geburten nach vorangegangenem Kaiserschnitt. *Arch. f. Gynäk.*, 182:61, 1952.
- Free, E. G. — Five hundred consecutive cesarean section operations. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 49:401-408, 1945.
- Fuad, F. e Delascio, D. — Aspectos técnicos da cesárea. *Maternidade e Infância*, 17:451, 1958.
- Gellis, S. S.; White, P. and Pfeffer, W. — Gastric suction; proposed additional technic for prevention of asphyxia in infants delivered by cesarean section; preliminary report. *New England J. Med.*, 240:533-537, 1949.
- Goerttler — Die Architektur der Muskelwand des menschlichen Uterus und ihre funktionelle Bedeutung. *Beiträge zur Anatomie Funktioneller*. Erster Band. 1933. Leipzig. Akademische Verlagsgesellschaft. M.B.H. 45, 128.
- Goffi, P. S. — Futuro obstétrico da cesareada. *Anais da Maternidade São Paulo*, 3:179-183, 1957.
- Gordon, C. A. — Reduction of the perinatal mortality of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 74:1066-1070, 1957.
- Gordon, C. A. — The maternal and perinatal mortality of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 73:65-74, 1957.
- Guariento, A.; Delascio, D.; Pereira, D. A.; Saldiva Neto, M.; Jukemura, C. e Carvalho, H. L. — Parto vaginal após cesárea. *Maternidade e Infância*, 16:25-50, 1957.
- Guariento, A.; Delascio, D.; Pereira, D. A.; Saldiva Neto, M. e Jukemura, C. — Rotura uterina em cicatriz de cesárea. *Maternidade e Infância*, 17:207-264, 1958.
- Hall, J. E.; Kohl, S. G. and Schechter, H. R. — Current aspects of cesarean section and perinatal mortality. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 75:387-396, 1958.
- Hallatt, J. G. and Hirsch, H. — Total hysterectomy for sterilization following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 75:396-400, 1958.
- Hess, O. W. — Factors influencing perinatal mortality in cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 75:376-386, 1958.
- Hibbard, L. T. and Kroener Jr., W. F. — Maternal and fetal mortality associated with cesarean section. *West. J. Surg.*, 64:485-487, 1956.
- Hindman, D. H. — Pelvic delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 55:273, 1948.
- Hirvonen, H.; Niemineva, K. und Hirvonen, L. — Über die Fertilität der Schnittentbundenen alten Erstgebärenden. *Acta Obst. Gynaec. Scand.*, 32:384, 1954.

- Huber, C. P. — An evaluation of cesarean section in infant mortality. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:895-901, 1951.
- Järvinen, P. A. and Pystynen, P. — Fertility after low cesarean section. *Ann. Chir. et Gynaec. Fenn.*, 46:101-112, 1957.
- Jesurun, H. M. and Simpson, J. W. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 75:401-406, 1958.
- Johnston, R. A. and Morgan, J. R. — An analysis of 641 repeated cesarean sections. *South M. J.*, 50:764-769, 1957.
- Kaboth, G. — Die Frage der operativen Sterilisierung bei der mehrfach wiederholten Schnittentbindung. *Zbl. Gynäk.*, 60:1203-1210, 1936.
- Kessler, R. und Uphoff, H. — Zehn Jahre abdominale Schnittentbindung. *Zbl. Gynäk.*, 57:2537-2549, 1933.
- Koch, R. — Der wiederholte abdominale Kaiserschnitt (D.25). *Zschr. Geburtsh. Gynäk.*, 118:177-198, 1939.
- Kuder, K. and Dotter, C. T. — The character of vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 48:371, 1944.
- Kühbacher, F. — Der Kaiserschnitt im Lichte der Bevölkerungspolitik. *Zbl. Gynäk.*, 62:298-302, 1938.
- Lamb, T. M. — Causes of death of infants delivered by cesarean section (an analysis of the cases of 512 babies born during a twenty-year period). *Brooklyn Hosp. J.*, 7:4-33, 1949.
- Landau, D. B.; Goodrich, H. B.; Francka, W. F. and Burns, F. R. — Death of cesarean infants; theory as to its cause and method of prevention. *J. Pediat.*, 36:421-426, 1950.
- Landsman, R. — Fetal mortality in cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:557-564, 1951.
- Lane, F. R. and Reid, D. E. — Deiscense of previous uterine incision at repeated cesarean section. *Obst. & Gynec.*, 2:54, 1953.
- Lawler, P. E.; Bulfin, M. J.; Lawler, F. C. and Lawler Jr., P. E. — A review of vaginal delivery following cesarean section from private practice. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 72:252-259, 1956.
- Lawrence, R. F. — Vaginal delivery after caesarean section. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 60:237-243, 1953.
- Lunacek, P. — Sectio caesarea. *Zbl. Gynäk.*, 58:1064-1065, 1934 (resumo).
- Mackenzie, R. A. — Use of cesarean hysterectomy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:1309-1316, 1951.
- Matthews, H. B. and Achen Jr., H. S. — A critical survey of 1,066 cesarean sections. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 38:956-968, 1939.
- McLean, L. F.; McDowell, H. C.; Nichols, D. H. and Wildhack, R. H. — The present-day safety of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 60:860, 1950.
- McNally, H. B. and Fitzpatrick, V. P. — Patients with four or more cesarean sections. *J.A.M.A.*, 160:1005-1010, 1956.
- McNeill, D. B. — Perinatal mortality associated with cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71:304-309, 1956.
- McSweeney, D. J. and Hasset, A. J. — Cesarean section at Boston City Hospital, 1936-1946. *New England J. Med.*, 239:254-258, 1948.
- Nahoum, J. C. — Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea. *Rev. Gynec. Obst.*, 47:183-198, 1953.
- Nel, J. B. — Vaginal delivery following caesarean section. *S. Afr. Med. J.*, 28:253, 1954.

- O'Connor, C. T. — The problem of the repeat cesarean section. A preliminary study. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 53:914-916, 1947.
- Pedowitz, P. and Schwartz, R. M. — The true incidence of silent rupture of cesarean section scars. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 74:1071-1081, 1957.
- Posner, A. C.; Cohn, S. and Posner, N. S. — Cesarean section; progressive trends. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 67:64-75, 1954.
- Potter, E. L. and Rosenbaum, W. — Normal amount of cerebrospinal fluid present within skull at birth. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 45:701-703, 1943.
- Potter, E. L. — Respiratory disturbances in newly-born infant. *Illinois M. J.*, 83:100-104, 1943.
- Potter, M. and Johnston, D. C. — Uterine closure in cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 67:760-767, 1954.
- Preissecker, E. — Die Kaiserschnittfrage; die Kaiserschnittstatistik der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien (1909-1928). *Zbl. Gynäk.*, 56:1387-1402, 1932.
- Prystowsky, H. and Eastman, N. J. — Puerperal tubal sterilization. *J.A.M.A.*, 158:463-467, 1955.
- Puppel, E. — Zur Klinik der Schnittentbindung. *Arch. f. Gynäk.*, 160:223-238, 1935.
- Rezende, J. — Contribuição ao Estudo da Operação Cesareana Abdominal. Casa do Livro Ltda., Rio de Janeiro, 1941.
- Rezende, J. — A operação cesariana atual (técnica, problemas, resultados, sugestões). *Rev. Ginec. & obst.*, 102:29-110, 1958.
- Sandberg, E. — Sterilization by cesarean hysterectomy. *Obst. & Gynec.*, 11:59-64, 1958.
- Schmitz, H. E. and Babba, G. R. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 57:669, 1949.
- Schmitz, H. E. and Gajewski, C. J. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:1232-1242, 1951.
- Sherrick, J. W. and Thebaut, M. — Reflections on cesarean section. *West. J. Surg.*, 64:250-269, 1956.
- Siegel, P. W. — Ist der prophylaktische Kaiserschnitt beim engen Becken berechtigt? *M Schr. Geburtsh. Gynäk.*, 62:147-158, 1923.
- Strang, L. B.; Anderson, G. S. and Platt, J. W. — Neonatal death and elective caesarean section. *Lancet*, 272:954-956, 1957.
- Sullivan, C. L. and Campbell, E. M. — One thousand cesarean sections in the modern era of obstetrics. *Obst. & Gynec.*, 5:669-677, 1955.
- Taylor, H. W. and Ward, E. J. — The intrinsic fetal mortality of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:1276-1283, 1953.
- Trillat, P. et Magnin, P. — Étude statistique de 51 césariennes itératives. *Bull. Soc. Obst. Gynec.*, 26:777-783, 1937.
- Urzáiz Rodrigues, E. — El porvenir de la obstetricia. *Obt. y Ginec. Latino-Am.*, 3:435-442, 1945.
- Ward, V. L. — Subsequent cesarean sections. *West. J. Surg.*, 62:222-230, 1954.
- Weigle, E. H. — Cesarean section. Total hysterectomy. *West. J. Surg.*, 63:123-128, 1955.
- Weinbaum, J. A. and Javert, C. T. — Sterilization at New York Hospital over 20 year period, 1932 to 1952. *West. J. Surg.*, 62:95-100, 1954.
- Wetterwald, M. — Geburten nach transperitonealem cervikalem Kaiserschnitt. *Schweiz. med. Wschr.*, 56:820, 1926.

- Wilson, A. L. — Labor and delivery after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 62:1225-1233, 1951.
- Windle, W. F. — *Asphyxia Neonatorum*. Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Ill., 1950.
- Wolff, J. R. and Roter, A. — The repeated cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 69:1070, 1955.
- Wolfson, A. and Lancet, M. — Management of postcesarean deliveries. *Obst. & Gynec.*, 6:625-629, 1955.
- Zettelman, H. J. and Bowers, V. M. — A study of cesarean section at Evanston Hospital from 1930 to 1950. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:953-959, 1953.

PARTO PÉLVICO *

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO RADIOLÓGICO NAS APRESENTAÇÕES PÉLVICAS

JOSE ROBERTO AZEVEDO **

EDSEL GALLACCI **

NILVA LANDI **

O estudo da apresentação pélvica tem grande interesse para o parteiro, representando o parto pélvico quase sempre uma incógnita, tais os perigos que nêle ameaçam o produto conceptual. Daí a tendência de muitos para considerar êste tipo de parto, distócico, unicamente pelo tipo da apresentação.

A mortalidade fetal nas pélvicas é cêrca de 3 a 5 vêzes maior que na apresentação cefálica fletida, oscilando sua incidência entre 2 a 5%. O grande problema do parto pélvico, como se sabe, reside na cabeça derradeira, representando a sua expulsão, a fase mais perigosa do parto, um dos fatores responsáveis pela grande incidência da mortalidade fetal. No parto pélvico, a cabeça não sofrendo os benefícios dos fenômenos plásticos, da moldagem, mesmo nos casos normais sofre, na expulsão, com maior freqüência, lesões do sistema contensor do cérebro, com suas graves conseqüências. Além disso, nesta fase do parto, podem ocorrer complicações, como a deflexão da cabeça, a rotação sacra, a rotação deficiente e a falta de insinuação por desproporção até êste momento não suspeitada, complicações essas que vão determinar uma maior incidência de óbito fetal. Outras complicações ainda comuns no parto pélvico, verdadeiros fatores de distócia, são: 1) o prolapso de cordão, que é cêrca de 7 vêzes mais comum que nas cefálicas consoante Goethals⁵, concorrendo para aumentar o óbito fetal que, segundo Beruti e Colota², é de cêrca de 35,15% nos partos em geral; 2) a rotura prematura das membranas, em virtude da má adaptação do pólo pélvico ao segmento inferior, levando às desvantagens do parto sêco e da infecção intraparto, além de, por sua vez facilitar o prolapso do cordão; 3) morosidade do trabalho de parto nas pélvicas, com toda a gama de desvantagens do parto prolongado. Explica-se o parto demorado por ser a nádega má dilatadora (pólo irregular e redutível), levando a uma dinâmica uterina deficiente.

Um fato que se deve considerar é que a apresentação pélvica não constitui problema apenas em primíparas. Também nas múltiparas, a mortalidade fetal é elevada e Randall e Baetz¹⁴ mostraram que em primíparas, com menos de 30 anos de idade, a mortalidade fetal corrigida

* Trabalho apresentado em 1958.

** Médicos da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da L.B.A.

foi de 8,1%; em 38 vezes reincidiu a apresentação pélvica, sendo a mortalidade, nesta segunda prenhez, de 10,5%.

Diante do exposto, justifica-se o interesse do parteiro pelo parto pélvico, procurando êste, na medida do possível, com os recursos disponíveis, dar à sua paciente a melhor assistência, visando obter uma evolução do parto compatível com a vitalidade fetal.

Procuramos, na Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da L.B.A., fazer uma análise retrospectiva dos casos de apresentação pélvica em que um estudo radiológico foi feito, visando verificar qual o valor dêste estudo na evolução dos partos. Em outras palavras: procuramos verificar se o estudo radiológico foi de valor na orientação seguida pelo parteiro frente a um caso de apresentação pélvica, e, em caso afirmativo, quais os dados radiológicos de maior interesse para esta orientação. Dêsse modo, fizemos um estudo de 192 casos ocorridos no período de janeiro de 1954 a julho de 1958, sendo a apresentação objetiva dos dados obtidos, a finalidade dêste nosso trabalho. Antes de entrarmos na análise direta do nosso material, vamos fazer algumas considerações sobre o diagnóstico da apresentação pélvica, principalmente no que se refere ao diagnóstico radiológico.

DIAGNÓSTICO

Frente a um caso de apresentação pélvica, deve o parteiro estudá-lo bem, cercando-se para tanto de todos os meios que lhe permitam um diagnóstico de certeza, uma análise das variedades e modalidades da apresentação.

Considerando que as causas mais citadas na etiologia desta apresentação são: vício pélvico, anomalias uterinas, prematuridade, hidrânio e tendências hereditárias, compreende-se que êstes fatores devam sempre estar em foco ao se analisar um caso desta natureza. Não basta, portanto, o diagnóstico preciso da apresentação. Igualmente importante é a consideração dos fatores que podem modificar a evolução normal do parto: o vício pélvico absoluto ou relativo, o tamanho do feto e a dinâmica uterina.

Assim no diagnóstico da apresentação pélvica podemos considerar:

a) diagnóstico clínico:

- 1 — interrogatório
- 2 — inspeção
- 3 — palpação
- 4 — ausculta
- 5 — toque

b) diagnóstico radiológico.

Diagnóstico clínico:

1 — Interrogatório: Já vimos a importância das tendências hereditárias. Tratando-se de multiparas, tem interesse o antecedente de um ou mais partos pélvicos e, nestes, o tipo dos partos e o tamanho

dos fetos, além da sua vitalidade. Na anamnese obstétrica, a paciente pode contar que nas duas últimas semanas de gravidez não notou aquela sensação de alívio no epigástrio, não percebendo igualmente os sintomas de compressão pelviana, tão comuns na apresentação cefálica e devidos à insinuação da cabeça.

2 — Inspeção: Praticamente não nos pode oferecer dado algum de valor para o diagnóstico de apresentação pélvica, pois o útero, quer nas pélvicas, quer nas cefálicas, mantém a sua forma ovóide com o maior eixo longitudinal. Entretanto, pela inspeção, podemos ter uma idéia do tamanho do produto conceptual, da presença de grande quantidade de líquido amniótico e, em muitos casos, da existência de um vício pélvico, pela forma quase que característica que o abdome assume nessa eventualidade.

3 — Palpação: É de grande valor. Assim, a palpação do fundo do útero permite reconhecer um pólo arredondado, não muito grande, de superfície lisa, consistência dura, móvel, com sinal do rechaço positivo, características do pólo cefálico. A palpação da escava, quando a apresentação pélvica é completa, revela um pólo volumoso, irregular, sem a consistência do pólo cefálico, muito redutível e que não dá rechaço; na apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas, o pólo que se palpa é relativamente pequeno, regular, de consistência mais firme que no caso anterior, pouco redutível, podendo dar rechaço quando há excesso de líquido, fornecendo dêsse modo sensações bastante semelhantes às proporcionadas pelo pólo cefálico. Na apresentação pélvica modo de nádegas, os membros inferiores estão levantados ao longo do tronco, notando-se por vêzes o relêvo dos pés junto à cabeça; a apresentação nestes casos se insinua no fim da gestação, ao contrário da apresentação pélvica completa, que geralmente se mantém acima do estreito superior.

A palpação nos permite ainda melhor aquilatar o tamanho do feto, principalmente do pólo cefálico, a presença de maior quantidade de líquido amniótico e, por vêzes, verificar a presença de gravidez gemelar, fatores êsses de interêsse na evolução do parto.

4 — Ausculta: Revelará o foco fetal do lado do dorso e bastante alto, à altura da cicatriz umbilical ou acima dela. Quando a palpação sugere uma prenhez gemelar, a ausculta de dois focos, nítidos, às vêzes com frequências diversas, é útil na confirmação do diagnóstico.

5 — Toque: É recurso precioso, crescendo sua utilidade com a dilatação do colo, rotura da bolsa e insinuação do pólo pélvico. O toque nos permite diagnosticar o tipo da apresentação, se completa ou incompleta, a posição e a variedade de posição. Permite ainda analisar a bacia e constatar a presença de algumas outras anormalidades, como o procúbito e prolapso de cordão.

Diagnóstico radiológico:

Com o advento dos raios X a radiografia veio a constituir excelente recurso diagnóstico para o obstetra. Assim, nas apresentações

pélvicas, os raios X permitem estabelecer com certeza o diagnóstico em casos de dúvida; permitem diagnosticar com precisão as variedades de apresentação pélvica; permitem evidenciar o volume fetal, principalmente no que se refere às dimensões da cabeça; permitem fazer um estudo da bacia óssea, descartando desse modo um vício pélvico absoluto ou relativo, possibilitando também uma análise das relações céfalo-pélvicas; permitem evidenciar ainda certas atitudes anormais da cabeça e certas orientações do dorso, que, quando persistentes, podem ser causa de distócia; permitem verificar a existência de malformações, principalmente da cabeça fetal, como hidrocefalia ou anencefalia, determinando desse modo uma radical mudança na orientação até então seguida pelo obstetra e, finalmente, permitem estabelecer, com certeza, o diagnóstico de prenhez gemelar. Portanto, a radiografia é importante não apenas no diagnóstico da apresentação pélvica e de fatores associados, mas também na evolução do parto, em que, muitas vezes, radiografias seriadas são interessantes.

Por outro lado, a interpretação da radiografia na apresentação pélvica, nem sempre é fácil, podendo conduzir a uma idéia errada principalmente no que se refere às dimensões da cabeça, pela distorção da mesma aos raios X.

Stein¹⁷ recomenda a prática de duas radiografias, de frente e de perfil, pois, sem esses cuidados, há distorção da imagem, em especial do pólo cefálico, que parecerá muito volumoso, poderá levar a um diagnóstico errôneo de hidrocefalia.

Segundo Berman¹, a cabeça na apresentação pélvica pode ser melhor visualizada na posição de perfil; a distorção é diminuta porque neste filme o tubo de raios X é focalizado quase diretamente sobre o vértex. Na chapa ântero-posterior o tubo é focalizado sobre o estreito superior e desta maneira a cabeça recebe os raios obliquamente, causando extrema distorção da imagem.

Vejamos agora os dados fornecidos pelos raios X relativos à cabeça fetal. Quanto à atitude mais comum da cabeça na apresentação pélvica, não são concordes os autores. Para alguns, na grande maioria dos casos o pólo cefálico se encontra fletido e orientado para o plano ventral do feto. Em radiografias tiradas fora do trabalho de parto, sobretudo nos casos em que a quantidade de líquido amniótico é grande, pode-se, porém, evidenciar que o pólo cefálico se encontra frequentemente em atitude indiferente, pois as paredes do útero não exercem ação alguma sobre o feto. A atitude do feto *in utero* e portanto do seu pólo cefálico depende da ação da parede uterina, sendo modificada por ela e, por outro lado, condiciona, como veremos, a eficiência de sua ação. Os raios X revelam ainda que, durante a gestação, são relativamente freqüentes a deflexão e a hiper-rotação da cabeça fetal, isoladas ou associadas, transitórias ou permanentes. Estas atitudes suscitam ao parteiro certa inquietação e muitas vezes podem fazê-lo optar por uma via alta. Muitos autores se dedicaram ao estudo da causa dessas posturas estranhas e sua influência sobre a evolução do parto, devendo-se citar neste particular, Juan León^{11, 12}. Este autor, juntamente com Guilhem e col.⁷, é de opinião que, se estas atitudes parecem

excepcionais, tal fato provavelmente se deve a uma exploração radiológica deficiente.

O estudo mais completo sobre este assunto é, sem dúvida, o de Wilcox²². Este autor considera, de acordo com Brakeman², que os 216 casos radiografados de apresentação pélvica, Wilcox²² encontrou a atitude indiferente (neutral, middle, military) em 49,5% dos casos, a atitude de flexão em 39,8% e a deflexão ou hiperextensão em 10,7%. Muitas das radiografias deste autor foram tiradas depois do início do trabalho de parto, algumas mesmo em pleno período expulsivo, porém, o maior interesse de seu trabalho está nas suas considerações a respeito da influência prejudicial da extensão da cabeça na evolução do parto pélvico. Assim, em 23 casos de deflexão, a incidência de cesárea foi de 17,4% (4 casos), muito mais alta que a incidência de cesárea nos pélvicos em geral, que é, na Clínica a que pertence (New York Hospital) de 4,7%. Houve uma morte fetal (4,3%) e apenas em um caso se encontrou uma anomalia congênita do pescoço que poderia explicar a deflexão da cabeça.

Guilhem e col.⁷ e Taylor¹⁸ citam casos de deflexão acentuada da cabeça, em que o feto, após o nascimento, mostrava deslocamento das vértebras cervicais (subluxação). Rivière¹⁶ revela que, em alguns casos, o feto após o nascimento conservou durante semanas a atitude de deflexão forçada.

Como bem assinalam Grasset e Levy⁶, podemos classificar a deflexão da cabeça fetal no útero da seguinte maneira:

1 — Deflexão transitória, que se observa às vezes em exames radiológicos sucessivos e se reduz espontaneamente.

2 — Deflexão definitiva ou persistente no útero, que pode desaparecer logo ao nascer ou permanecer após o nascimento por várias semanas.

A deflexão do pólo cefálico nas pélvicas tem sido atribuída a certas anomalias de forma do útero (útero arqueado, miomatoso, etc.), falta de espaço no útero (oligo-hidrânio) ou tumor do pescoço fetal. Existem casos, porém, em que essa postura não parece depender de nenhum desses fatores, sendo explicada por movimentos espontâneos do feto, ficando a atitude forçada da cabeça fixada pela contração uterina.

Para Merger¹³ esta atitude poderia ser atribuída a transtornos aparecidos no estágio embrionário e teríamos então verdadeiras deflexões primitivas da cabeça.

Por outro lado, a atitude de deflexão da cabeça seria a causa mais freqüente da rotação do dorso e occipício para trás, no momento da expulsão. Vários autores citados por Vermelin e Ribon²¹ comprovam tal coincidência que acarreta distócia no desprendimento da cabeça derradeira. A deflexão da cabeça justificaria, pois, em certas circunstâncias, em primípara idosa, por exemplo, a via alta (fig. 1).



Figura 1

Outra atitude estranha da cabeça fetal, revelada pela radiografia, é a hiper-rotação, em que a face do feto, ao contrário do que normalmente se observa, está orientada para o dorso fetal (fig. 2). A primeira demonstração radiográfica de hiper-rotação, acompanhada de deflexão, foi a de Warnekros²². Reis e De Costa¹⁵ apresentaram também, recentemente, 2 casos de hiper-rotação. A hiper-rotação, contrariamente ao pretendido por alguns autores, não constitui nenhum sinal de morte intra-uterina do feto. Não se demonstrou também que configurações estranhas às vezes apresentadas pela cabeça do recém-nascido e o torcicolo congênito sejam originados por essa postura. O não de deflexão, nem sempre indica uma cesárea porque tal atitude pode se modificar espontaneamente, corrigindo-se, antes ou durante o trabalho de parto.

Finalmente, ainda quanto à cabeça, outra observação que pode ser apreciada pelos raios X é a forma do pólo cefálico. Assim, Brakeman⁸ encontrou em 191 radiografias em pélvicas, dolicocefalia em 59,1%, mesocefalia em 27,7%, hiperdolicocefalia em 7,3% e braquicefalia em 5,7%.

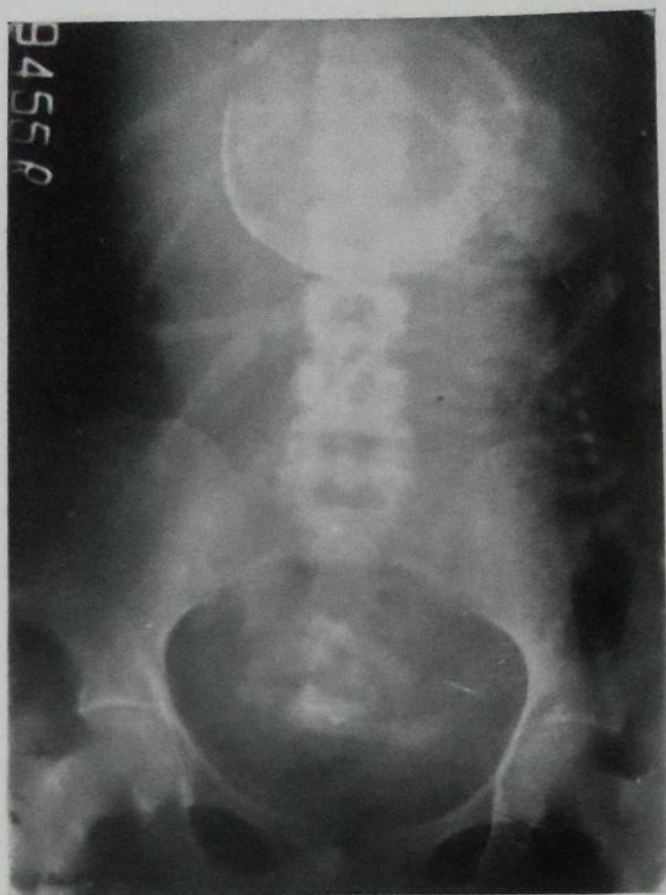


Figura 2

Quanto à atitude da coluna vertebral, o estudo radiológico veio demonstrar que, durante o trabalho de parto, a coluna, principalmente na sua porção cêrvico-dorsal se apresenta retificada (fig. 3). Se considerarmos que o feto, no período expulsivo, se transforma num cilindro (Selhein, Beruti), verifica-se que essa atitude da coluna permite melhor transmissão da força propulsora do fundo do útero sobre o móvel (feto), facilitando dêsse modo a sua progressão através do canal de parto. Assim sendo, compreende-se que outras atitudes da coluna transmitam mal a pressão axial do feto, havendo algumas como a deflexão que seriam francamente distócicas.

A hiperextensão ou deflexão da coluna cervical do feto não implica numa distócia obrigatória, não condicionando assim uma cesárea a título profilático. A miúdo não se perturba a expulsão fetal, não havendo dificuldade nas manobras necessárias para o seu desprendimento. Todavia, como já citamos, e Brakeman² muito bem frizou, a coluna cervical defletida transmitiria mal a pressão axial do feto, obrigando, pelo trabalho prolongado resultante, à extração artificial do producto conceptual.

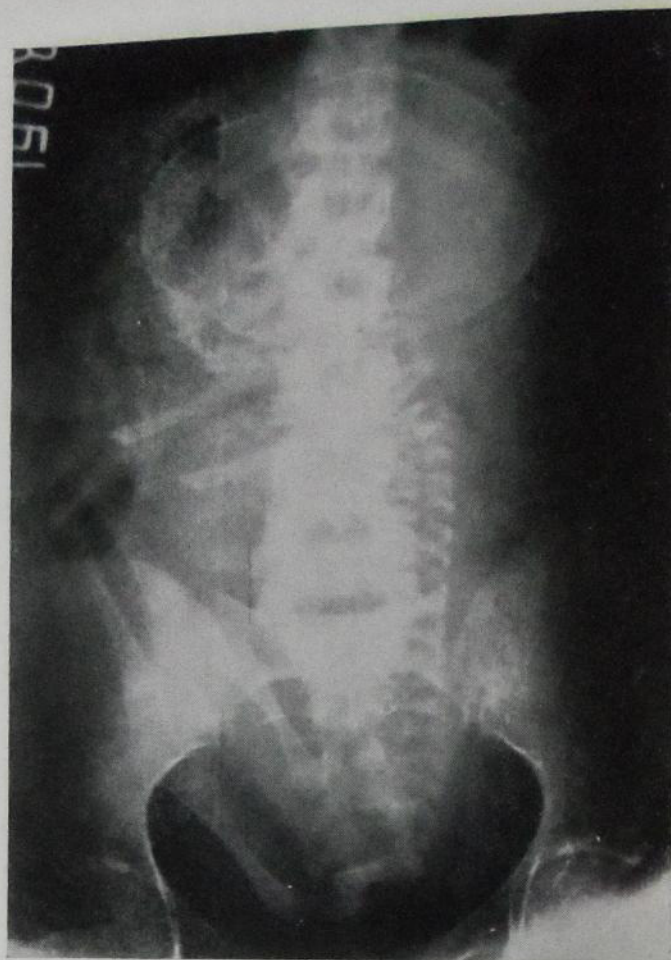


Figura 3

Finalmente, graças à radiografia pode-se fazer o diagnóstico de uma variedade de posição, a sacro-púbica ou sacro anterior direta, considerada por muitos como distócica, quando definitiva, obrigando com frequência a cesárea (fig. 4). Assim, quando a radiografia mostra esta variedade durante a gestação é conveniente uma outra radiografia durante o trabalho de parto, para se constatar a sua persistência. Torpin considera que esta variedade de posição, quando definitiva, é distócica, principalmente em primíparas com apresentação pélvica incompleta modo de nádegas. É o que se denomina também de distócia ou síndrome de Torpin¹⁹.

Em resumo, no estudo radiológico da apresentação pélvica, devemos considerar como de real valor os seguintes itens:

- 1 — Diagnóstico preciso da apresentação pélvica, suas variedades e modalidades.
- 2 — Estudo do volume fetal, principalmente da cabeça.
- 3 — Estudo radiológico da bacia.
- 4 — Verificação de certas atitudes anômalas do feto, em particular da cabeça e coluna.

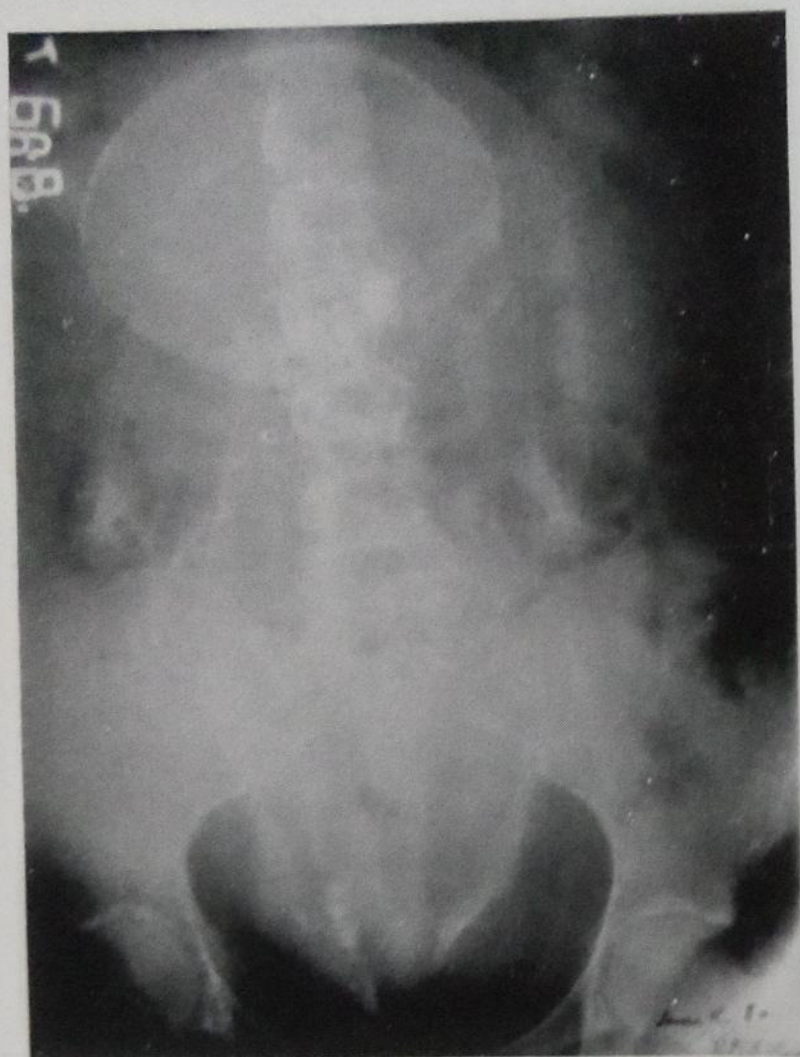


Figura 4

5 — Constatação de malformações, sobretudo hidrocefalia.

6 — Diagnóstico de prenhez gemelar.

7 — Verificação da persistência ou não de atitudes anômalas no decorrer do trabalho de parto.

MATERIAL E COMENTÁRIOS

De janeiro de 1954 a junho de 1958, tivemos na Casa Maternal e da Infância, um total de 2.097 partos pélvicos, dos quais 1.631 (77,9%) foram normais, 221 (10,5%) cesáreas, 150 (7,1%) extrações pélvicas, 84 (4%) fórceps na cabeça derradeira e 11 (0,5%) craniotomias.

Considerando que nesse período o número total de partos foi de 42.128, temos para o parto pélvico a incidência de 4,95%.

A percentagem de cesáreas nos partos em geral foi de 5,26% (2.215), fornecendo, portanto, a apresentação pélvica uma incidência de cesáreas duas vezes maior (quadros 1 e 2).

Dos 2.097 partos pélvicos citados, apenas em 192 (9,1%) o estudo radiológico foi feito e nesses casos vamos basear a nossa análise.

PARTOS EM GERAL 1954 (jan.) — 1958 (jun.)		
	Nº	%
TOTAL	42.128	
PÉLVICOS	2.097	4,95%
CESÁREAS	2.215	5,26%

Quadro 1

PARTOS PÉLVICOS 1954 (jan.) — 1958 (jun.)		
TIPO DE PARTO	Nº	%
NORMAL	1.631	77,9%
CESÁREA	221	10,5%
EXTRAÇÃO PÉLVICA	150	7,1%
FÓRCIPE	84	4%
CRANIOTOMIA	11	0,5%
TOTAL	2.097	100%

Quadro 2

Vamos analisar, de início, estes 192 casos sob os seguintes aspectos:

- 1 — paridade
- 2 — tipo de apresentação
- 3 — variedade de posição
- 4 — tipo de parto (evolução)
- 5 — peso do feto
- 6 — neonatimortalidade
- 7 — aspecto radiológico da bacia
- 8 — sinais radiológicos fetais de distócia
- 9 — outros dados radiológicos.

1 — *Paridade*: O nosso material é constituído por 98 primíparas e 94 multiparas (quadro 3), apresentando, portanto, um perfeito equilíbrio no que se refere este item. Considerando que, na maioria das vezes em que as radiografias foram feitas, suspeitava-se de qualquer distócia ao parto, justifica-se plenamente o que já dissemos anteriormente, que estas distócias ocorrem tanto em primíparas como em multiparas.

PARIDADE		
	Nº	%
PRIMÍPARAS	98	51,04%
MULTÍPARAS	94	48,96%

Quadro 3

2 — *Tipo de apresentação*: Em 146 casos encontramos a modalidade incompleta, agripina, dando pois uma percentagem de 76%. Seguiu-se a completa com 41 casos e a incompleta modo de pés com 5 casos (quadro 4).

TIPO DE APRESENTAÇÃO		
	Nº	%
AGRIPINA	146	76%
COMPLETA	41	21,3%
PODÁLICA	5	2,6%

Quadro 4

3 — *Variedade de posição*: Pudemos constatar nas chapas radiográficas examinadas a seguinte relação (quadro 5):

APRESENTAÇÃO PÉLVICA VARIEDADE DE POSIÇÃO		
	Nº	%
S E A	78	60,9%
S E P	23	
S E T	15	
S D A	44	33,7%
S D T	12	
S D P	9	
S A	9	4,6%
S P	1	0,8%

Quadro 5

Naturalmente estes dados são de pouco valor, pois estão em grande parte na dependência da evolução do parto. Entretanto, podemos assinalar predominância das apresentações esquerdas (60,9%) sobre as direitas (33,7%). Infelizmente não temos dados para constatar se os 9 casos de SA eram realmente persistentes.

4 — Tipo de parto: Dos 192 casos, tivemos (quadro 6):

EVOLUÇÃO DOS PARTOS		
TIPO DE PARTO	Nº	%
NORMAL	103	53,7%
CESÁREA	70	36,5%
FÓRCIPE	10	5,2%
EXTRAÇÃO PÉLVICA	7	3,6%
CRANIOTOMIA	2	1%
TOTAL	192	100%

Quadro 6

Dos partos normais, em 13 (12,7%) foi praticada a manobra de Mauriceau e em 90 (87,3%) a de Bracht. Vemos, portanto, a maior incidência da manobra de Bracht entre nós difundida principalmente pelos trabalhos de Lacreta ^{s. v.}.

Se compararmos estes dados com os dos partos pélvicos de um modo geral (incluídos os não radiografados), vamos notar que apenas 53,7% foram normais, contra 77,9% de partos normais em toda a série. O número de cesáreas nos casos radiografados foi de 36,5%, enquanto que na série toda foi de 10,5%.

5 — Pêso do feto: Ficou assim distribuído (quadro 7):

PÊSO DO FETO		
PÊSO EM GRAMAS	Nº	%
— 2.500 grs.	24	12%
2.501 — 3.500	116	60%
3.501 —	52	28%

Quadro 7

6 — Neonatimortalidade: Observamos o seguinte (quadros 8 e 9):

NEONATIMORTALIDADE		
NATIMORTOS	com fôco	4
	sem fôco	6
NEOMORTOS		8
TOTAL		18

Quadro 8

NEONATIMORTALIDADE	9,3%
DEPURADA	6,4%

Quadro 9

Tivemos, pois, um total de 18 fetos mortos, dando um quociente de neonatimortalidade de 9,3%. Dêstes, 4 apenas morreram durante o trabalho de parto sob nossa assistência e 8, embora nascendo vivos, faleceram na primeira semana de vida. Se não considerarmos pois os 6 casos já admitidos mortos, vamos ter uma neonatimortalidade depurada de 6,4% bastante elevada, portanto, praticamente o dôbro da neonatimortalidade de um modo geral.

Se relacionarmos a neonatimortalidade com a paridade, vamos observar (quadro 10) que, dos 18 fetos mortos, 11 eram de multiparas e 7 de primíparas. Assim sendo, a neonatimortalidade nas primíparas foi de 7,7% e nas multiparas de 11,9%, evidenciando que a mortalidade fetal foi maior nestas últimas. A mortalidade fetal depurada segundo a paridade deu-nos os seguintes dados: primíparas 4,1% e multiparas 7,5%.

RELAÇÃO DA NEONATIMORTALIDADE COM PARIDADE			
PARIDADE	Nº de óbitos	Neonatim. %	Depurada %
PRIMÍPARAS	7	7,2%	4,1%
MULTÍPARAS	11	11,9%	7,5%

Quadro 10

Relacionando ainda a neonatimortalidade com o peso do feto (quadro 11), observamos que foi de 36,3% no grupo dos fetos cujo peso ia

até 2.500 g, 8,1% no grupo de 2.500 a 3.500 g e 1,9% no grupo de mais de 3.500 g, o que mostra pois maior mortalidade nos prematuros. Nos fetos de termo a neonatimortalidade foi de 5,8%.

RELAÇÃO DA NEONATIMORTALIDADE COM PÊSO DO FETO

PÊSO EM GRAMAS	Neonatimort. %	Depurada %
— 2.500	36,3%	13%
2.501 - 3.500	8,1%	6,1%
3.501 —	1,9%	1,9%

Quadro 11

A neonatimortalidade depurada segundo o peso dos fetos foi, ainda de acordo com os dados fornecidos pelo quadro 11, de 4,6% nos fetos de termo e 13% nos prematuros.

Relacionando por fim a neonatimortalidade depurada com o tipo de parto, temos (quadro 12):

RELAÇÃO DA NEONATIMORTALIDADE DEPURADA COM TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	%	
NORMAL	5,8%	5,8%
CESSÁRIA	2,2%	
EXTRAÇÃO PÉLVICA	14,2%	6,8%
FÓRCIPE	30%	

Quadro 12

Observamos que a mortalidade no parto normal foi de 5,8% e no parto operatório de 6,8%. Das operações praticadas, o fórceps em cabeça derradeira foi o que maior índice de mortalidade revelou. Se considerarmos a alta mortalidade apresentada nesta amostra pelo fórceps em cabeça derradeira (30%) e extração pélvica (14,2%), somos obrigados a concluir que, nestes casos, apesar do estudo radiológico

feito, a via vaginal não estava perfeitamente indicada. A cesárea seria a operação de escolha na maioria deles e, mesmo com o exame radiológico, esta indicação operatória não foi observada.

7 — *Aspecto radiológico da bacia*: Nesta série examinada, o vício pélvico, constatado pela radiografia, foi pouco freqüente. Em 5 casos, observou-se bacia ginecóide menor; em 2 infundibuliforme; em 2 as espinhas ciáticas eram salientes e 1 caso apresentava o ângulo subpúbico muito fechado. Tivemos, portanto, 10 casos ou seja 5,7%. Quanto à evolução do parto nesses casos, observamos que dos 10 em que um vício pélvico foi comprovado, em 9 foi praticada a cesárea. Apenas em 1 caso de espinhas ciáticas salientes o parto foi normal, pesando o feto 2.390 g e morrendo logo após o parto.

8 — *Sinais radiológicos fetais de distócia*: Considerando as atitudes da cabeça e coluna fetais, reveladas pelos raios X, observamos (quadro 13):

ASPECTOS RADIOLÓGICOS FETAIS		
	Nº	%
<u>C A B E Ç A</u>		
FLEXÃO	115	59,8 %
INDIFERENTE	54	28,2 %
HIPERFLEXÃO	7	3,7 %
LATEROFLEXÃO	3	1,5 %
DEFLEXÃO	4	2,05%
HIPERDEFLEXÃO	1	0,57%
HIPERROTAÇÃO	8	4,1 %
<u>C O L U N A</u>		
FLEXÃO	156	81,2 %
RETIFICAÇÃO	18	9,8 %
HIPERFLEXÃO	16	8,3 %
DEFLEXÃO	2	1,04%
<u>O U T R O S</u>		
SPALDING	6	1 feto morto
HIDROCEFALIA	1	
HIDRANRIO	1	

A atitude mais comum da cabeça nos nossos casos foi a de flexão, ao contrário da maioria dos autores que dá maior incidência para a indiferente. Em 6,7% dos casos, a cabeça apresentava uma atitude que podemos denominar anômala (deflexão, hiperdeflexão ou hiper-rotação).

Quanto aos sinais cefálicos de distócia pudemos constatar (quadro 14) que dos 8 casos (4,1%) de hiper-rotação da cabeça, em 4 (50%) foram praticadas cesáreas, em 2 (25%) extração pélvica e em 2 (25%) o parto foi normal. Esta anomalia de posição da cabeça fetal constatada radiologicamente deu portanto 75% de partos operatórios, o que a confirma realmente como um fator de distócia.

Dos 4 casos de deflexão da cabeça (2,1%), em 3 o parto foi normal e em 1 cesárea.

SINAIS RADIOLÓGICOS CEFÁLICOS DE DISTÓCIA

SINAL	Nº	%	P. NORMAL	CESÁREA	EXTR. PÉLVICA
HIPERROTAÇÃO	8	4,1 %	2 - 25%	4 - 50%	2 - 25%
DEFLEXÃO	4	2,05%	3 - 75%	1 - 25%	—

Quadro 14

9 — *Outros dados radiológicos:* Além dos sinais já citados, encontramos em 6 vezes o sinal de Spalding, sendo que em apenas 1 caso o feto estava morto. Constatamos ainda 1 hidrocéfalo e 1 caso de hidrânio (quadro 13).

Passemos agora a analisar os casos de cesárea (70 casos).

Consideremos os seguintes itens: paridade, peso do feto, sinais radiológicos de distócia, indicação e neonatimortalidade.

a) *Paridade* — Dos 70 casos, 39 (55,7%) eram primíparas e 31 (44,3%) multiparas. A incidência de cesárea nos dois grupos foi de 40,6% nas primíparas e 33,6% nas multiparas. Das primíparas cesareadas, 9 eram idosas (acima de 28 anos) (quadro 15).

P A R I D A D E			
	Nº	% Rel. Nº Cesáreas	Rel. % Paridade
PRIMÍPARAS	39	55,7%	40,6%
MULTÍPARAS	31	44,3%	33,6%

Quadro 15

b) *Pêso do feto* — Relacionando as cesáreas praticadas com o pêso do feto, tivemos (quadro 16):

P Ê S O D O F E T O		
PÊSO EM GRAMAS	Nº	%
———— 2.500	2	8,3%
2.501 — 3.500	38	32,2%
3.501 —————	30	57,6%

Quadro 16

Portanto, a percentagem foi muito maior no grupo de fetos de maior pêso. Nos prematuros a incidência de cesáreas foi muito elevada (8,3%).

c) *Indicação* — Na maioria dos casos as cesáreas foram indicadas por causas associadas, podendo-se evidenciar como mais freqüentes as seguintes (quadro 17):

INDICAÇÃO OPERATÓRIA		
INDICAÇÃO	Nº	%
TRABALHO PROLONGADO	28	40%
DESproporção	25	35,7%
SOFRIMENTO FETAL	14	20%
DISTÓCIA FUNCIONAL	9	12,8%
VÍCIO PÉLVICO	7	10%
M. H. E. G.	8	11,14%
CESÁREA ANTERIOR	15	21,4%
BOLSA ROTA (24 h)	39	55,7%
INFECÇÃO INTRA-PARTO	3	4,2%
PRIMIGESTA IDOSA -	9 [exclusiva 3 associada 6]	12,6% [4,2% 8,4%]
PROLAPSO CORDÃO	1	1,4%
PL. PRÉVIA	1	1,4%
ROTURA UTERINA	1	1,4%
ERITROBLASTOSE	1	1,4%

Quadro 17

Pelo exame das papeletas constatou-se que das cesáreas praticadas 64 casos tinham indicação precisa e em 6 casos apenas a indicação de cesárea podia ser considerada discutível, sendo que destas, 4 eram primíparas (quadro 18).

d) *Sinais radiológicos de distócia* — Dos 8 casos de hiper-rotacão já citados, em 4 (50%) foi praticada a cesárea e dos 4 casos de deflexão da cabeça em 1 (25%) houve esta indicação.

INDICAÇÃO OPERATÓRIA	
INDICAÇÃO PRECISA	64 casos
INDICAÇÃO DISCUTIVEL - 6 casos	PRIMÍPARAS - 4
	MULTÍPARAS - 2

Quadro 18

Procuramos nos casos de hiper-rotação verificar a existência de outras indicações de cesárea, para se avaliar o verdadeiro valor deste sinal como fator de distócia. Assim verificamos:

1º caso — Trabalho prolongado de 39 horas com bolsa róta há 24 horas, sofrimento fetal, pesando o feto 3.640 g.

2º caso — Trabalho prolongado de 30 horas, com bolsa róta há 13 horas, primiparidade idosa e feto pesou 3.380 g.

3º caso — Desproporção feto-pélvica. O feto pesou 3.600 g.

4º caso — Sofrimento fetal. O feto pesou 3.580 g.

Como vemos, nos 4 casos havia uma indicação para cesárea independente do achado radiológico. Pode-se, porém, supor diante da evolução dos partos, que a posição anômala da cabeça influiu decididamente na dinâmica uterina, impedindo o progredir normal do trabalho. Sabe-se que a flexão do feto é importante na sua progressão, uma vez que transmite bem a força propulsora do fundo uterino. A cabeça com hiper-rotação impede que a força da contração se transmita ao longo da coluna fetal, o que explicaria o trabalho prolongado que comumente se encontra nesses casos. Podemos, pois, admitir com a maioria dos autores que a hiper-rotação cefálica é realmente um fator importante de distócia.

e) *Neonaticimortalidade* — Nos casos de cesárea tivemos 2 óbitos fetais, dando para esta intervenção uma mortalidade de 2,8%. Dos fetos 1 foi natimorto de 2.750 g e outro neomorto, tratando-se este caso de eritroblastose fetal, pesando o feto 1.900 g. A natimortalidade depurada foi, portanto, de 1,4% (quadro 19).

NEONATICIMORTALIDADE	
Nº	%
2	2,8%
1 caso de eritroblastose - depurada: 1,4%	

Quadro 19

CONCLUSÕES

Diante do estudo feito, uma pergunta ou melhor, uma dúvida tem seu lugar: "O estudo radiológico foi realmente de valor para a orientação seguida pelo parteiro frente aos casos de apresentação pélvica considerados"?

Como vimos, na quase totalidade dos casos em que uma cesárea foi indicada, existiam dados clínicos mais do que suficientes para justificar a via alta. Por outro lado, a não ser nos casos em que um vício pélvico evidente está presente, o exame radiológico do caso não pode indicar, a priori, uma via alta, sem se esperar pela evolução do parto.

Se o estudo radiológico tem suas vantagens, tem também suas desvantagens, seus perigos, como assinalaremos, devido à má interpretação das chapas radiográficas. É preciso muito cuidado com a análise do estudo radiológico nos pélvicos. É preciso saber interpretar muito bem as radiografias para não considerar como sinais de distócia, por exemplo, certas posições da cabeça que, embora estranhas, são perfeitamente compatíveis com a evolução normal do parto. Como já assinalamos, o parteiro, diante de uma apresentação pélvica, nunca está a vontade. Como que procura sempre uma irregularidade qualquer no evoluir do parto, para justificar a via alta que, principalmente em se tratando de primíparas, tem em mente. Daí, muitas vezes, o "perigo" das radiografias. Qualquer atitude anômala do feto é interpretada como sinal de distócia, justificando a cesárea já freqüentemente programada. Em certos casos, poderíamos falar mesmo em "distócia de radiografia", ou seja, a distócia se criou no espírito do parteiro após um exame mal conduzido da chapa radiográfica. Note-se que mesmo as dimensões da cabeça são, nas chapas, dificilmente ajuizáveis, dando sempre a impressão de ser maior do que realmente é, de que não passará facilmente através do estreito superior e que sofrerá encravamento.

Na apresentação pélvica, o valor máximo da radiografia está, sem dúvida, no estudo acurado da bacia, na pelvimetria. Se no parto cefálico este estudo é importante, no pélvico é ainda mais, pois neste, não se pode contar, como no cefálico, com as vantagens do trabalho de prova. Por isso em bacias limites, nos pélvicos, indica-se com mais generosidade a via alta, dado os perigos de encravamento da cabeça derradeira, que não sofreu os benefícios dos fenômenos plásticos, da moldagem. O estudo radiológico da bacia nos pélvicos, com a finalidade de descartar uma possível desproporção feto-pélvica, é pois, o dado radiológico de maior valor, embora isto não seja tão fácil como na apresentação cefálica pela falta de relação direta do pólo cefálico com a bacia e pela distorção da cabeça pelos raios X. A cefalometria seria de valor, principalmente nesses casos, mas o seu uso não está disseminado entre nós.

Um outro fator que deve ser considerado nesta apreciação sobre o valor das radiografias, se refere aos estudos mais recentes que focalizam a ação maléfica dos raios X sobre o feto, mesmo de termo^{4, 10}. De fato, os raios X determinam graves alterações não apenas sobre as gônadas, mas também sobre a crase sanguínea. No que se refere à ação sobre as gônadas, considere-se que, com o feto em apresentação pélvica, estas sofrem a ação dos raios X de um modo mais direto, sendo portanto as lesões acarretadas mais freqüentes e mais graves.

Diante do exposto, somos de opinião que o uso do estudo radiológico nos pélvicos, mesmo em primíparas, não deve ser considerado como rotina, mas deve se restringir àqueles casos em que, após um exame clínico cuidadoso, as radiografias possam realmente acrescentar algum dado de valor, que oriente o parteiro na sua decisão final. Tais são os casos de vício pélvico, sobretudo, naqueles de bacia considerada limite, casos de grande volume fetal, em que as chapas podem evidenciar uma prenhez gemelar ou uma malformação como a hidrocefalia, alterando assim uma orientação tomada com base apenas no exame clínico, evitando muitas vezes uma cesárea em vista. Tal tem sido a nossa orientação atual frente a um parto pélvico, no que concerne ao estudo radiológico. Até há pouco tempo, indicávamos de modo amplo as radiografias, principalmente em primíparas. Hoje em dia, considerando-se que os dados fornecidos nem sempre são de grande utilidade e que a ação dos raios X pode ser prejudicial ao produto conceptual, restringimos esse estudo a casos bem selecionados.

Finalmente, queremos frizar uma vez mais a importância que merece o parto pélvico nas multiparas. Como vimos, a mortalidade fetal é aí mais elevada, o que em grande parte se deve ao fato do obstetra confiar demais na multiparidade. Alie-se o fato do maior volume fetal encontrado nas multiparas, razão esta que faz com que o exame radiológico muitas vezes seja mais indicado nestas do que em primíparas.

Por esse motivo, o parto pélvico nas multiparas deve ser perfeitamente assistido, sob as vistas de médico competente e sempre que possível, mesmo nos casos de evolução normal, em sala operatória para, em caso de necessidade, terminar o parto artificialmente. Assim procedendo, procuramos diminuir ao máximo o alto índice de mortalidade fetal do parto pélvico nas multiparas, que, sem dúvida, muito desmerece a assistência obstétrica considerada bem conduzida.

BIBLIOGRAFIA

1. Berman, R. — *Obstetrical Roentgenology*. F. A. Davis Co., Philadelphia, 1955.
2. Beruti, J. A. y Colotta, F. — La prociencia de cordón en 961 casos. *Arch. de la Clin. Obst. y Ginec. "Eliseo Cantón"*, 4:102, 1945, 46, 47.
3. Brakemann, O. — Haltung und Konfiguration des kindlichen Kopfes bei der Beckenendlage. *Zbl. f. Gyn.*, 1904, 1936.
4. Clapton, C. G.; Farmer, F. T. & Warrick, C. K. — Radiation doses to the foetal and maternal gonads in obstetric radiography during late pregnancy. *Brit. J. Radiol.*, 33:354, June 1957.
5. Goethals, T. R. — Management of breech delivery. *Surg., Gynec. & Obst.*, 70:620, 1949.
6. Grasset, J. & Levy, J. — A propos de quelques attitudes de déflexion fœtales in utero. *Gin. et Obst.*, 46:600, 1947.
7. Guilhem, P. & col. — Deux cas de présentation du siège avec hypertension du cou. *Bull. Féd. Soc. Gin. et Obst.*, 3:706, 1951.
8. Lacreta, O. — Conduta do parto em apresentação pélvica. *Mat. e Inf.*, 8: 64, 1959.

9. Lacreta, O. — Contribuição para o estudo da manobra de Bracht no parto em apresentação pélvica. Tese de concurso para Livre Docência da Cadeira de Clínica Obstétrica e Puericultura Neo-Natal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, defendida em maio de 1948. São Paulo, 1951.
10. Lamerton, L. F. — An examination of the clinical and experiment data relating to the possible hazard to the individual of small doses of radiation. *Brit. J. Radiol.*, 31:365, May 1958.
11. León, J. — La hiperrotación y la deflexión de la cabeza del feto en presentación pelviana. *Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, 10:116, 1952.
12. León, J. — *Presentación Pelviana*. Ed. "El Ateneo", 1953.
13. Merger, H. — Déflexion foetale in utero (Disc.). *Gin. et Obst.*, 46:603, 1947.
14. Randall, C. L. & Baetz, R. W. — Subsequent childbearing of primigravida presenting breech at term. *New York St. J. Med.*, 48:49-54, 1948.
15. Reis, R. A. & De Costa, E. — Hyperrotation and deflexion of the head in breech presentation. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 60:637, 1950.
16. Rivière, M. — Un cas de présentation du siège avec déflexion primitive de la tête. *Bull. Soc. Gynec. et Obst.*, 4:717, 1952.
17. Stein, I. F. — Deflexion attitudes in breech presentation. *J.A.M.A.*, 117: 1430, 1941.
18. Taylor, J. Ch. — Breech presentation with hyperextension of the neck and intrauterine deslocation of cervical vertebrae. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 56: 381, 1948.
19. Torpin, R. — A new syndrome in labor: frank breech presentation, persistent sacroanterior position, associated with dystocia. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64:565, 1952.
20. Vartan, K. — The behaviour of foetus in utero with special reference to the incidence of breech presentation at term. *J. Obst. & Brit. Emp.*, 52: 417, 1945.
21. Vermelin, H. & Ribon, M. — Présentation du siège. In "Encyclopedie Méd.-Chir.", 1952.
22. Warnekros, K. — *Schwangerschaft und Geburt in Roentgenbilde*. Wiesbaden, 1918.
23. Wilcox, H. R. — The attitude of the fetus in breech presentation. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 58:478, 1949.

Sumatamut