

R
CLINICA

OBSTETRICA

ANNO 1
: N. 7 :
SETEMBRO
: 1928 :

Publicação mensal destinada á divulgação
dos trabalhos do

PROF. FERNANDO MAGALHÃES

Cada numero contém uma lição de clinica e um
resumo bibliographico da especialidade

Assignatura annual	30\$000
Numero avulso	3\$000

PROPRIEDADE DE
ANDRADE & ARAGÃO
R. ALCINDO GUANABARA, 26
RIO

A LIÇÃO

O PARTO A HORA CERTA

A designação é adequada, embora, preconizando o methodo, não haja intenção de afirmar este attributo como signal de indicação clinica talvez levada a uma generalização perigosa. Delmas, o introductor da technica, chamou-a — esvaziamento extemporaneo do utero. Mais apropriado será o titulo, ampliando-o sob a designação — esvaziamento rapido extemporaneo do utero.

E' a rapidez que caracteriza a technica, bastante velha. Cem annos antes de Christo, conhecia-se o parto forçado, em voga na pratica de Ambroise Paré e ainda adoptado ha meio seculo apenas, com outros aspectos e outras cautelas. Tarnier preferiu o nome de parto methodicamente acelerado, acolhendo o adverbio para prevenir a insistencia do methodo classico, causa de males tradicionaes.

De facto, o parto forçado, nunca passou de um recurso infiel e infeliz: da sua execução só se esperavam imprevistos, o bom ou o mau resultado eram indifferentemente presentes, e se surpresa havia, os bons resultados eram essa surpresa. De certo, o parto forçado, indicação de circumstancias prementes, hoje ainda tantas vezes suplicantes, constituiu recurso acceitavel na época da therapeutica obstetrica reduzida e ameaçadora. E essa mesma thera-

peutica, assim imprescindível, não raro transferia ao episodio clinico a gravidade das suas consequencias.

Sempre foi o parto forçado um meio funesto: difficuldades, diereses, infecções graves, traumatismos fetaes de peso, mortes rapidas, manual operatorio demorado e tragico, tudo se contou no passivo de semelhante methodo, sem que desaparecesse a sua dolorosa necessidade pelas circumstancias varias, impondo de fórma decisiva o esvaziamento do utero.

A desvantagem do parto forçado estava em ser elle sempre factor em antagonismo ao phenomeno da cervico-dilatação, naturalmente gradual e demorada, evoluendo por favor da elasticidade do tecido condescendente, graças á tensão intra-cavitaria propulsora do objecto da parturição e encurtando as fibras longitudinaes que afastam as bordas do orificio cervical. E mesmo respeitando o tempo indispensavel a essa dilatação natural, mesmo na hypothese do phenomeno lento e progressivo, ainda assim registam-se varias dilacerações da cervice. Si é possivel a dilaceração na dilatação espontanea, quanto mais na dilatação forçada. Muito embora tenha sido possivel tentar a dilatação experimental, favorecida pelo aperfeiçoamento do material e pela escolha da oportunidade, ainda assim a cervico-dilatação metallica, na melhor technica, levou á propria conta riscos e serias consequencias. Só ficaram em apreço os dedos pacientes e conscientes, em certos casos esgotados na impossibilidade e amedrontados pelo esgarçamento precoce do tecido.

Tudo isto se dava, estando a cervice mal aberta ou fechada, mas desaparecidos os limites lineares do collo. Com maioria de razão augmentavam os prejuizos se o collo presente guardava a fórma canaliculada mais ou menos longa, porque as resistencias maiores reclamavam esforço mais intenso, multiplicando-se os desastres. No parto, era imperioso o problema da cervico-dilatação e a dystocia cervical entrava como condição agravante delle, e não mais a indicação isolada do esvaziamento,

mas também a circumstancia do collo anomalo complicava o problema clinico. O abandono do parto forçado decorreu dos seus insuccessos. Também a dilatação artificial do collo, accelerando o trabalho, não encontrou technica inatacavel nem mesmo nos dilatadores de ramos multiplos, pois o Boss, aperfeiçoado quanto possivel, também destruía o collo resistente e espesso. Então, não se poz mais em duvida a superioridade da incisão cervical, da secção vaginal do utero e, por fim, da operação cesareana.

Resolveu-se desta fórma o problema da dystocia cervical em definitiva, mas o auxilio á dilatação do collo transigente fez volver á pratica digital mais segura e razoavel. Delmas tirou da pratica da rachi-anestthesia obstetrica uma observação interessante: a sua influencia sobre a contractura uterina, favorecendo a versão habitualmente contra-indicada. A rachi-anesthesia, fazendo desaparecer a contractura, parece não influir nem sobre a contracção nem sobre a retracção do orgão, propriedades talvez mesmo estimuladas. Delmas interpretou a sua verificação do seguinte modo:

- a) — A impregnação das raizes medullares corta o arco reflexo: é a secção physiologica do conductor; as excitações emanadas do orgão não vão aos centros, donde não mais parte a replica da hypertonia.
- b) — A innervação sympathica escapa á acção do agente analgesico, permittindo o funcionamento proprio das fibras uterinas.
- c) — Supprimindo o antagonismo das resistencias, maior é a pasividade do segmento inferior em relação á actividade do corpo do utero.

Delmas instituiu a seguinte technica: rachi-anesthesia do espaço lombo-sacro; solução de 10 cent. de escurocaina em 5 cc. de liquido cephalo-racheano, a ser injectado no espaço sub-arachnoideo; preparo da paciente, esvaziamento vesical e asepsia da região. Verificada a acção anesthe-

sica, a mão direita em cone penetra na vagina, o dedo indicador entra no collo e vae até á cavidade uterina, flexionando as duas ultimas phalanges que fazem a distensão excêntrica da cervice, até que outro dedo possa penetrar, e em seguida mais outro, e assim successivamente, de forma a, finalmente, a mão livremente poder ir e vir do utero para a vagina. Chega-se á dilatação completa, notadamente rapida e facil, e depois segue-se a extracção do fêto, feita a manobra da versão. Delmas acompanha a sua exposição com uma estatistica de 40 casos bons. A discussão do seu communicado á Sociedade de Obstetrica de Montpellier fez-se em ambiente favoravel.

Ninguém supporá o methodo universal: a sua indicação depende da ausencia absoluta da dystocia cervical. Experimentei o methodo no seguinte caso: primipara de 30 annos, em trabalho lento, e pouco doloroso; sensibilidade reduzida da paciente, contracção insignificante do utero, 18 horas de trabalho, compativel até com o somno da paciente, sempre de bom humor; não havia impressão visual de trabalho de parto, mas o toque revelava o collo do utero fino, dilatado para quasi dois dedos, bolsa d'aguas intermittente, polo cephalico alto, occiput á direita. Utero lateralizado, inclinação da direita para a esquerda; á direita o sopro uterino, tambem á direita a zona da parede uterina espessada e circumscripta (placenta). Fêto grande, vivo. Calculei ser minima a resistencia do collo, alcançando dilatação de quasi dois dedos, não obstante a acção insignificante da força uterina. Mas por outro lado tambem previ a difficuldade da progressão do objecto, não insinuado ainda, apesar da primiparidade e da pelve normal. Essa progressão seria demorada, diante da pouca força e da idade da parturiente primipara, sem contar a dystocia que eu chamo da bôa mão: — tudo á direita — inclinação do utero, dorso e placenta.

A proposito desta coincidencia, formei opinião em casos cuidadosamente observados que acentuam a complicação tanto nas primiparas como nas multiparas. A latera-

lização vale pela desorientação axial, isto é, pela força mal dirigida: a placenta implantada á direita desacommoda o dorso mal flexionado, donde ligeira deflexão cephalica, sensível na occipito posterior. A força desperdiça-se assim na desorientação, na transmissão pela rachi e na concentração occipital. Em taes condições, é sempre demorada a insinuação, mesmo que o utero seja energico. Não raro alonga-se o trabalho exaustivo, chegado á dilatação completa sem que a cabeça passe o estreito superior apesar do volume normal do fêto e da largueza sufficiente da bacia.

A inclinação do utero apenas não explica o embarço, pois corrigida a lateralização pela faixa contenssora e mantenedora da postura adequada, não prosegue a descida do fêto. Tão impeditivo se manifesta o accidente que o tenho resolvido, se o fêto é grande, e não insinuado, pela operação cesareana. Note-se que em taes condições, não só a dilatação completa, com a continuidade do esforço uterino, fica prejudicada pelo espessamento secundario da borda cervical, como tambem a cabeça fetal por deflexão maior ou menor institue uma dystocia nova e preponderante.

Assim pensei na technica de Delmas e a ordenei ao assistente de serviço. De facto, feita a rachi-anesthesia, rapidamente e sem o menor compromettimento das partes molles, a dilatação do collo pelos dedos foi ao maximo. A rapidez e a facilidade da dilatação impressionaram os presentes. Em seguida, foi executada a versão, tambem facil, sendo a extracção perturbada na passagem da cabeça derradeira. O fêto veio apneico, com batimentos cardiacos normaes, mas não foi possivel reanima-lo, mau grado todos os recursos.

O caso exemplificou a facilidade da dilatação, por não haver resistencia cervical. Essa condição é basica. Collo resistente, cicatricial, inflammado, não abdica da sua autoridade nem mesmo sob a acção da rachi-anesthesia, e não é prudente pensar de modo contrario, actuando em collos rijos, esperando a acção da anesthesia medullar. E' indis-

pensavel igualmente que o collo se disponha em orificio, tendo bordas finas e não paredes. O collo ainda canaliculado é impecilho para a dilatação, o que se vê bem quando após a rachi-anesthesia para esvaziamento prematuro do utero gravido, a dilatação cervical metallica não difere da que se consegue com qualquer anesthesia outra.

Collo fino e tolerante, eis a condição primordial, do parto a hora certa. Quero, tal o conceito que me merecem os observadores, e tal a impressão do caso unico, reconhecer a acção altamente adjunctoria da rachi-anesthesia na dilatação digital rapida do collo fino e complacente. A parte preparatoria do trabalho fica resolvida, restando porém a parte resolutiva, a operação extractora, quasi sempre a versão, por se achar inaccessible ao forceps o polo cephalico.

A versão complica seriamente o problema. Potter, que pretende encarnar a habilidade de Paré e a presteza de Capuron, generalizando a versão e reproduzindo até Saxtroph na versão em feto com cabeça insinuada, não tem encontrado imitadores, apesar da insistencia dos seus pregoes, fornecidos de numeros comprobatorios. A rachi-anesthesia influe sem duvida sobre a contractura impeditiva das paredes do orgão de modo que, sem embaraço, póde conseguir-se a evolução do feto dentro do utero e não se constrange, como tantas vezes, a mão quasi entravada que procura o pé. A facilidade da manobra permite uma das vantagens da technica, nada original, de Potter—a apreensão conjunta dos dois pés. Mas a rachi-anesthesia não influe sobre a extracção nem sobre a cabeça derradeira, e na versão o que concentra toda a surpresa não é a evolução, abandonada na tentativa inutil, mas a extracção interrompida no aprisionamento irreductivel da cabeça derradeira. E' exacto que muito tem prejudicado a versão o preconceito tradicional de ser a extracção complemento immediato e obrigatorio da evolução. Na boa technica da versão, é preciso separar os dois tempos, pois, não raro, a manobra extractora embaraça-se na desordem dos braços que atra-

vancam e complica-se na desorientação cephalica entravadora. Não se deveria praticar a extracção após a versão; abaixados os pés do feto disposto já em situação longitudinal, melhor será a propulsão, espremendo o fundo do utero, na fórma da manobra de Kristeller, que determina o encaminhamento na linha da propulsão espontanea, sempre contraria á direcção que a tracção dá para as necessidades do abaixamento dos braços e passagem das espaldas.

E' preciso informar que a versão no caso concreto obedeceu ás regras de Potter. O feto grande prejudicou a extracção da cabeça derrabeira e a intervenção executada em boas condições —amplitude pelvica, cavidade uterina condescendente e humida, (bolsa d'aguas intacta) — não chegou a bom resultado porque provavelmente o volume do feto contrariou o acto operatorio.

A pratica de Delmas merece attenção. Ninguem pense em regularizar como nos caminhos de ferro, em horario certo, o trafego da parturição. O parto a hora exacta é uma expressão ligeira sem significação imperativa, mas quem já se tem visto na contingencia penosa de acompanhar uma dilatação cervical preguiçosa, comprehende quanto lhe póde valer o artificio, se conservar a sua simplicidade.

Entretanto, pensemos antes de tudo no seu fundamento. Os resultados dependem da rachi-anesthesia. Poder-se-ha generalizar esse recurso para attender sómente ao interesse da commodidade e menor tempo de trabalho? Ainda não me tranquillizei com a possibilidade de maior frequencia de accidentes na anesthesia racheana, traiçoeira com casos de choque mais ou menos sensivel e alguns até de morte. Não ha nada deexactamente explicativo sobre a vehiculação do liquido anesthesiante, que póde envolver pontos de funcção capital. Depois, ha evidentemente maior sensibilidade da mulher grávida para a acção depressiva ou toxica do anesthesico. E' isso o bastante para não tornar-se corriqueiro o methodo do esvaziamento extemporaneo do utero. Aproveitemos as suas vantagens

em caso de necessidade, mas não tentemos espalha-lo inconvenientemente.

Demais, a indicação é de imprescindível obediencia e decorre da condição do utero. O problema da cervico-dilatação é intrincado; já tenho dito por varias vezes, pois se enquadra nas tres hypotheses: — a dilatação que não se faz, a dilatação que mal se faz, a dilatação que se desfaz. A ultima é a dilatação retrocedente do utero extenuado, cujo segmento inferior se infiltra de edema por compressão; ella nada aproveita com o processo. A que mal se faz ou a que não se faz dependem da estrutura e do funcionamento do collo. A physio-pathologia da cervice na parturição tem pontos obscuros; basta lembrar que ainda subsistem, quanto á chamada rigidez do collo, os conceitos que a dão como falsa ou como anatomica, sem alteração estructural do orgão. Se a modificação anatomo-pathologica, o vestigio cicatricial, é de verificação facil, assim como o processo inflammatorio, a natureza de outras fis-funcções cervicaes escapa a um conhecimento previo.

E' a condição funccional, do orgão que precisa ser tacteada e o seu dispositivo morphologico estabelecido. O canal cervical, mesmo limitado por tecido são, e transigente, não é condição propicia ao processo dilatador rapido, mesmo intervindo em seu auxilio a rachi-anesthesia. Como recurso adjuvante, dentro da indicação rigorosa, o methodo de Delmas merece credito, parecendo todavia não se lhe poder dar o character de meio solutorio integral, ampliado na actuação e preferido na escolha.

Convencido da realidade do seu methodo de dilatação rapida, muito sensatamente Delmas previne contra os que julgam poder faze-lo primar pela instantaneidade. Embora já tenha conseguido dilatar em 30 segundos um collo fechado, não cessa o professor de Montpellier de aconselhar calma e cautela na pratica da divulsão que, mesmo tratada sem aqodamento, em poucos minutos é obtida. A ligeireza do operador, seduzido pela exhibição, concorre para o accidente da efracção.

Se a acção da rachi-anesthesia sobre a resistencia do collo em observações sequentes parece fóra de duvida, a influencia sobre o tonus uterino não está esclarecida, como aliás não estão esclarecidos outros pontos relativos á tonicidade do utero. A casuistica, embora em principio, já documenta a diversidade de effeitos da anesthesia rachian, ora relaxando o utero enxuto de varias horas, em franca retracção, e de extensão segmentaria inferior, ou não permitindo a manobra evolutiva em órgão com ovo integro. Delmas confronta essas possibilidades, alludindo a circumstancias mais communs em que o utero amollece pela rachi-anesthesia e outras, sob identica influencia, em que se retrahе vigorosamente, subjugando a mão do operador que nada consegue. Não parece porém razoavel pretender-se um esclarecimento definitivo do phenomeno da retracção do órgão, exagerando a contractilidade decorrente da innervação autonoma, ora integra essa retracção ou mesma mais vigorosa, liberto o utero da innervação espinhal, ora impedindo o relaxamento completo que favorece a evolução do fêto dentro da cavidade uterina.

Começa-se, cêdo para methodo tão recente, a admit-tir a sua incapacidade possivel na parte extractiva, o que restringe o desejo de procurar no recurso therapeutico favores que elle não póde conceder. A restricção carece de muito rigor, afim de não se illudirem os praticos pagando com a imprudencia serio tributo ás contrariedades profissionaes.

A leitura das contribuições ainda hesitantes sobre o assumpto denota, no capitulo das indicações, tendencias ao exagero. Em synthese, caberia dizer que o esvaziamento extemporaneo focalizará os seus beneficios no auxilio á dilatação morosa por deficiencia da contracção uterina, ou melhor, por pequena solicitação da cunha liquida ou da solida, provada a nenhuma resistencia cervical.

Compreende-se que a primeira applicação tenha sido visando a antecipação do parto em vicio pelvico. E' preciso confrontar o velho processo de Krause, (sonda de Ne-

laton dentro do utero) com o recurso de Delmas. O Krause é sancionado por longa e garantidora experiencia, desde que haja obediencia ao tempo opportuno, isto é, desde que seja executada no decurso do ultimo mez da gestação. Não é certo registrar data, mas esta falha subsiste tambem para o esvaziamento de Delmas. Resta a demora do effeito, immediato com a technica de Delmas, protelado até mesmo dois ou tres dias com a sonda de Krause. Mas com esta não se precisa recorrer á extracção como com o outro, a menos que não se queira, o que ainda não foi experimentado, estimular o utero para os effeitos de uma contracção bastante ao parto espontaneo. A não ser assim, é necessario ponderar sobre a extracção podalica e attender ao facto de ser justamente a apresentação de pelve no parto antecipado o elemento favoravel á estatistica maior de nati-mortalidade. Não sei se os poucos minutos da dilatação, quando o methodo de Krause demanda horas, compensará a contingencia do parto pelvico, perigoso á vida do feto. Não é de bom proceder, em pelvi-viciação, mesmo diminuindo o volume fetal pelo processo antecipador, preferir a versão como operação solutoria. Os mais crentes no valor da technica de Delmas já preferem separar a phase dilatadora do processo, de resultados continuos, da phase extractiva, responsavel por algns contratempos.

Tambem o uso do methodo na placenta baixa pede critica. A dilatação, mesmo rapida, continua sendo recurso pouco propicio á zona cervical trabalhada e fonte de hemorragia, alerta e exacerbada ao menor abalo. E a passividade cervical talvez augmente ainda pela dilatação vascular, a perda hemorrhagica na implantação baixa da placenta.

Onde o methodo merece maior acolhimento é na eclampsia. Até agora, o tratamento obstetrico da eclampsia pela aceleração do parto esbarrava nos desastres da dilatação metallica e na replica nociva á operação excitadora das convulsões. Mas facilitada a divulsão uterina pela rachianesthesia, caso entre esta e a eclampsia não haja incompatibilidade, o esvaziamento do utero póde ser rapido e

innocuo, tão evidente a impressão de ser o methodo destinado a competir com os demais apontados para depressão uterina. A preferencia não contraria o methodo de Stroganoff, cabivel como prophylatico da crise e de tanto valor que permite o tratamento excecante. Se a esse tratamento anti-convulsivo pôde ser adjudicado qualquer meio que não excite os centros nervosos nem dilacere as partes molles, conseguindo esvaziar o utero, tem elle a vantagem de libertar o organismo da prenhez intoxicante, sem ser atravez das irritações proprias dos processos até hoje conhecidos.

Delmas trouxe, com a applicação da rachi-anesthesia á dilatação artificial do collo são, um recurso digno de apreço que não resolverá nunca, e isto fique bem claro, qualquer aspecto da dystocia cervical, pois a normalidade do collo é base impreterivel do methodo. Mas afastada a resistencia physiologica da cervice pela rachi-anesthesia, os dedos dilatadores conseguem uma acção até hoje duvidosa em determinadas occasiões.

Fernando Magalhães



AS LEITURAS

A PEQUENA CESAREANA
POR VIA VAGINAL NA INTER-
RUPÇÃO DA GRAVIDEZ — M.
Bengoléa, de Buenos Ayres — Bul.
de la Soc. d'Obst. et de Gynec.
de Paris, julho de 1928.

Inicia o A. dizendo que os methodos operatorios utilizados para a interrupção da gravidez são numerosos e bem conhecidos, o que torna qualquer commentario desnecessario. Saliaenta que este trabalho viza unicamente apresentar uma modificação da technica operatoria da hysterectomia vaginal.

Lembra o A. que a operação denominada por Doerfler pequena cesareana, destinada a interromper a gravidez, consiste em praticar um hysterotomia abdominal e proceder frequentemente a esterilisação definitiva da doente ressecando as duas trompas. Acha o A. este methodo simples e de optimos resultados sob todos os pontos de vista, podendo ser praticada com anesthesia local, sem traumatismo e com perfeita tolerancia para as pacientes, na sua maioria cardiacas e tuberculosas. Em virtude destas vantagens, obteve o methodo o apoio da grande maioria dos operadores, supplantando á technica classica seguida pela escola de Wertheim.

Affirma o A. que depois de ter adquirido uma bôa experiencia da cirurgia por via vaginal, remediando alguns

dos inconvenientes, citados por varios operadores, achou conveniente modificar a technica da operação classica da cesareana vaginal, por uma intervenção pela vagina, semelhante á pequena cesareana abdominal: uma hysterotomia anterior, sem necessidade de seccionar o collo uterino.

Todas as operações foram praticadas com anesthesia rachiana.

Operação — Collocação da valvula de Auvard. Pinçamento do collo uterino pela pinça de Musaux e tracção forte para baixo; faz-se então uma incisão em invertido sobre a parte anterior da vagina. Esta incisão deve ser feita com tesoura curva; a fenda transversal da incisão chega até ao tecido uterino e a fenda vertical secciona unicamente a parede vaginal até a bexiga.

Por meio de cortes de tesoura libertamos em parte a bexiga e totalmente por meio da valvula de Breisky.

Abertura do peritoneo vesico uterino — A valvula de Breisky mantém a bexiga contra o pubis e com uma pinça de dente de rato, toma-se o peritoneo e com uma tesoura curva secciona-se o mesmo. Retira-se a valvula de Breisky e introduz-se uma Doyen longa mais appropriada para os outros tempos da operação.

Hysterotomia — Com o bisturi, corta-se de alto para baixo fazendo-se uma profunda incisão de 6 centímetros, na face anterior ao utero abrindo-se a cavidade uterina. Os bordos da ferida uterina são immediatamente fixados por duas pinças ovaes modelo Collin n.º 1.482. Estas pinças teem a vantagem de fazer uma prehensão solida sem traumatizar a parede uterina. Utilizando-se as pinças propostas desaparece um dos inconvenientes mais discutidos, o rompimento do musculo uterino, muito friavel, em virtude da gravidez.

Evacuação do utero — Com uma pinça de Lepage retira-se o feto. Não retirar immediatamente a placenta, é preferivel faze-lo quando o utero é exteriorizado.

Exteriorisação do utero — O angulo superior da ferida uterina é tomado por uma pinça de tracção, modelo Collin n.º 1.648, que effectua uma forte pegada e facilita a exteriorisação do utero. Uma vez o utero exteriorizado

protege-se a sua parte posterior com uma compressa de gaze e extrahe-se a placenta.

Fechamento do utero e ligadura das trompas — A ferida uterina é fechada em um ou dois planos com catgut. Ligam-se as trompas com seda e resseca-se 2 centímetros. O coto uterino da trompa se sepulta entre as folhas do mesosalpinx.

Terminação — Collocado novamente o utero em posição, fecha-se o peritoneo e finalmente a vagina.

Terminando, diz o A. ter operado por esta technica oito doentes, grávidas de mez e meio a quatro mezes e meio. Todas estas doentes tiveram uma evolução perfeitamente normal, ainda que algumas fossem tuberculosas e em más condições.

Affirma ainda o A. que a maneira pela qual se conduz esta technica, faz desaparecer as reservas que se tinha para a via vaginal. A perda sanguinea não é superior a da via abdominal. Não ha ruptura do tecido uterino, desde que se empregue instrumental appropriado, como o proposto, e a intervenção é perfeitamente praticavel até o quarto mez e meio de gravidez, empregando-se a technica exposta.

M. A.



**ALGUNS DADOS NOVOS
PARA O TRATAMENTO E A
PROPHYLAXIA DA MASTITE
PUERPERAL** — M. A. Hamm —
Bul. de la Soc. d'Obst. et de Gynec
de Paris, Abril de 1928.

Começa o A. lembrando que ainda hoje a opinião dos parteiros e dos pediatras sobre o assumpto diverge profundamente e esta divergencia vem desde o tempo em que a Soc. de Obst et Gyn. era reunida á de Pediatria.

pathias graves pedem a interrupção da gravidez em cerca de 50 % dos casos, pois que além dos perigos já citados, provocam muitas vezes a atonia post-partum.

L. A.



CESAREANA CERVICAL
BAIXA — CINCO ANNOS DE EXPERIENCIA — W. C. Danforth & R. M. Grier, do Evanston Hospital, de Illinois. — American Journal of Obstetrics and Gynecology, Agosto 1928.

Começam os AA. por dizer que iniciaram a pratica da cesareana cervical baixa depois dos varios relatorios favoraveis de De Lee e Beck e do resultado brilhante colhido nas estatisticas allemãs e inglezas. Dizem que suas experiencias anteriores a 1922 com a cesareana classica tinham resultados satisfactorios em casos operados nas primeiras horas de trabalho, mas que a convalescença nos casos em que a intervenção tinha sido feita depois de varias horas de trabalho era tão tempestuosa que levavam o pratico a hesitar na sua escolha. A proposito, citam varios autores que são de opinião que os perigos da cesareana classica augmentam em relação com as horas de trabalho.

Passam a expôr em seguida os seus casos, todos elles de cesareana cervical baixa, muitos dos quaes feitos depois de varias horas de trabalho e sempre com bons resultados, contrastando portanto com as difficuldades que apresenta o periodo post-operatorio da cesareana classica em intervenção tardia. Consideram que dois factores contribuem para esse facto: primeiro, a incisão, feita no segmento inferior inactivo, o qual não se contrahe tão fortemente como o corpo do utero; segundo, a cobertura da incisão com uma

prega vesical de peritoneo ou mesmo pela bexiga, o que impede a migração de materias infectantes do interior do utero para a cavidade peritoneal.

Apresentam os AA. uma estatística de 50 casos de cesareana cervical baixa, dos quaes 30 foram operados depois de trabalho de prova, numa media de 21,7 horas de trabalho. Desses casos, 10 tiveram ruptura de bolsa d'agua nas primeiras horas e nelles o intervallo entre o delivramento e a ruptura da bolsa d'agua foi em media de 12 horas e meia. Não houve nenhuma morte materna e apenas um fêto morreu, e esse mesmo em mulher chegada ao serviço em más condições.

Terminam os AA. dizendo que os resultados apresentados permittem aconselhar a cesareana cervical baixa que julgam de melhor pratica usual do que a cesareana classica.

L. A.



DA PERINEORRAPHIA IM-
MEDIATA AO PARTO — M. J.
Vanverts — Bul. de la Soc. D'Obst.
et Gynec. de Paris, Abril de 1928.

Parece não haver mais nada a dizer sobre a vantagem que ha em praticar a sutura da ferida perineal logo após o parto, affirma o A. Continuando, diz que todos os tratados de Obstetricia são accordes em declarar que esta sutura deve ser feita em todos os casos em que não existe uma contra-indicação formal e que é preferivel a perineorrhaphia mediata.

Acha o A. que o assumpto deve ser ainda ventilado. Cita Dieulafé que em Novembro de 1926 fez uma communição com o seguinte titulo "Da escolha do momento operatorio na grandes rupturas obstetricas do perineo". Criticando este trabalho, o A. apresenta a opinião de Dieulafé que se baseando sobre tres casos de observação pessoal

conclue que se praticando immediatamente após o parto, antes de qualquer contaminação exterior ou contaminação por conta dos lochios tem-se toda probabilidade de ver coroado com successo o esforço empregado. Ajunta ainda mais que, passadas 24 horas, é preferivel contemporisar, para operar mais tarde.

Apresenta tambem o A. a opinião de Lecené que declara que em todos os casos de ruptura completa do perineo em que tentou a restauração immediata foi infeliz e affirma que nos casos graves é preferivel esperar a cicatrização espontanea e intervir secundariamente, quando as condições geraes e locaes são melhores. E' ainda Lecené da mesma opinião nos casos de ruptura incompleta achando que a sutura immediata não traz vantagens para a doente, preferindo nestes casos ainda a sutura secundaria.

O A. se bem que em desacordo com Leconé quanto ás conclusões a que o mesmo chega, com tudo concorda com os insuccessos, achando porém que muitas destas perineorrhaphias immediatas foram feitas em más condições e com esquecimento de pequenos detalhes.

Affirma o A. ter feito um inquerito junto a varios parteiros e obteve delles a resposta que na maioria dos casos obteem bons perineos praticando a sutura da ferida perineal logo após o parto. Diz ainda que a sua experiencia pessoal leva-o a concluir do mesmo modo. Apresenta o A. uma serie de observações de casos em que houve ruptura completa do perineo. Esta pequena estatistica comporta 11 casos em que o A. obteve 8 resultados excellentes, 2 resultados imperfeitos e 1 resultado máo. Não se póde negar que a perineorrhaphia immediata presta grandes serviços ás parturientes, evitando uma cicatrisação longa e penosa, a incontinençia das materias e o aborrecimento de uma intervenção posterior.

Affirma o A. que sem um estudo cuidadoso da technica da perineorrhaphia immediata não ousaria apresentar qualquer nota a este respeito.

Accrescenta o A. que a necessidade de anesthesia geral é indiscutivel. E' impossivel reconstituir perfeitamente um perineo de uma mulher que sente dores e se move constantemente. Não tem experiencia de ansthesia local nesta materia; mas parece-lhe que esta anesthesia é insufficiente.

A região perineal deve ser bem illuminada para que as manobras operatorias não se façam ás cégas.

A pelle do perineo e das regiões vizinhas deve ser desinfectada novamente após o parto e antes da perineorrhaphia.

A ferida perineal deve ser cuidadosamente revista e todas as porções de vitalidade duvidosa devem ser retiradas; os bordos da ferida devem ser regularisados.

Os planos profundos devem ser interessados na sutura. Deve-se ter certeza de suturar os levantadores. Para attingir o sphincter é preciso fazer penetrar a agulha profundamente nos tecidos de cada lado do anus.

Quando a ruptura é completa, o primeiro ponto de sutura deve ser collocado sobre a brecha rectal. Após o fechamento completo da ferida réctal e do recto estar excluido da ferida perineal, troca-se de luvas e de instrumental para terminar a perineorrhaphia.

Terminando insiste o A. sobre a importancia dos cuidados ulteriores. Os resultados são differentes se si entrega a doente a uma enfermeira cuidadosa ou a uma pessoa qualquer. E' preciso manter a região perineal em um estado de asepsia perfeita.

M. A.



**CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO
DO FIGADO DURANTE A GRA-
VIDEZ — Henry Walter & Jean de
Williencourt, da Clinica Tarnier.—
Gynécologie et Obstetrique, Agosto
1928.**

Partindo do facto bem conhecido que o figado, órgão pluri-funcional, não é attingido sinão de maneira muito irregular e sem que haja parallelismo nas deficiencias observadas em duas diversas funções, dizem os AA. que importa fazer as provas de exploração funcional sobre o maior numero possivel de funções. Suas pesquisas até

CLINICA

OBSTETRICA

ANNO I
N. 8
OUTUBRO
1928

Publicação mensal destinada á divulgação
dos trabalhos do

PROF. FERNANDO MAGALHÃES

Cada numero contém uma lição de clinica e um
resumo bibliographico da especialidade

Assignatura annual	30\$000
Numero avulso	3\$000

PROPRIEDADE DE
ANDRADE & ARAGÃO
R. ALCINDO GUANABARA, 26
RIO

A LIÇÃO

A PROPOSITO DO MECANISMO DO PARTO

Nos velhos compendios, quasi todo o texto era destinado á mecanica da parturição, desenvolvendo com bastante complexidade o phenomeno em grande numero de tempos. A obstetricia foi, inicialmente, mecanica e assim a comprehenderam os seus cultores até perto do fim do seculo passado.

Nessa época, era natural a tendencia para diffcultar e pormenorizar o estudo da progressão fetal; — faltava materia bastante para encher as paginas dos tratados e esse estudo era a gloria da tradição obstetrica. Estreante na arte, soffri como os demais, o peso dessa tradição e importunei a memoria com o deposito das descripções do mecanismo do parto. Os autores mais razoaveis admittiam nove tempos; havia porém quem os elevasse até doze. E como, com razão inteira, não se podia comprehender a especialidade sem conhecimento exacto desse capitulo essencial, o seu estudo arido e confuso tornava-se dever inadiavel, mas penoso.

Os livros mais modernos ainda hoje não conseguiram uma simplificação do assumpto. Orça-se em seis tempos o mecanismo da parturição e esses tempos reduzidos desafiam prompta comprehensão, tal a variedade de explicações para cada um delles. Longamente reflectindo sobre os embaraços a que estão sujeitos os principiantes, entendi não dever subordinar o que a observação me ensinou áquillo que os escriptos me

haviam informado. Tudo quanto aprendi até agora sujeitei a um juizo critico e a um methodo comparativo de onde resultou a noção que, emquanto não bastante divulgada, serve para uma communicação rapida e simples.

O objecto da parturição participa activamente do seu transito atravez da pelve ao impulso da contracção uterina, idéa bem antiga mas incontestavel presentemente, embora sejam outras as provas da sua veracidade. O ovoide fetal, para os effeitos do estudo da mecanica do parto, divide-se em dois segmentos — o menor, o cephalico; o maior, o abdominal. O primeiro é mais preponderante, mais autonomo, graças á movimentação que lhe permite a haste cervical. A porção abdominal, só quando na dianteira do trabalho de parto, deixa-se atropelar pelos membros thoracicos e abdominaes que geralmente não o avolumam no mecanismo das apresentações cephalicas.

Mas esse ovoide abdominal tem um arcabouço osseo cuja representação cabe á sequencia das vertebraes, unidas entre si de modo a garantir a flexibilidade accentuada da columna. Na hora do trabalho contractural do utero, a cavidade uterina, pela connexão funcional entre fibras longitudianes e circulares, toma a fórma cylindrica, amoldando o seu conteúdo, o feto tambem cylindroide na sua porção cormica, para não se perder, no bom contacto do utero actuante sobre o feto propellido, a maior efficiencia propulsora. A decomposição porém da columna vertebral nas differentes interlinhas articulares, favorece a segmentação desse cylindro, capaz de movimentos parciaes ou de um movimento total por ondulação successiva das differentes peças. E' o verdadeiro movimento reptiliario que tanto aproveita com o peristaltismo das fibras circulares. Accresce que no extremo thoracico o cylindro cormico dispõe do travejamento movimento da peça escapulo-clavicular, ora ascendendo unilateralmente, ora se approximando em encurvamento anterior, o que muito serve para diminuir a imposição do diametro biacromial, pois as suas extremidades se aproximam, ou se inclinam, contribuindo para apreciavel redução de volume.

O segmento cephalico tem na flexão, na deflexão e no asynclitismo, todos os recursos de redução volumetrica. Em

haviam informado. Tudo quanto aprendi até agora sujeitei a um juizo critico e a um methodo comparativo de onde resultou a noção que, emquanto não bastante divulgada, serve para uma comunicação rapida e simples.

O objecto da parturição participa activamente do seu transito atravez da pelve ao impulso da contracção uterina, idéa bem antiga mas incontestavel presentemente, embora sejam outras as provas da sua veracidade. O ovoide fetal, para os effeitos do estudo da mecanica do parto, divide-se em dois segmentos — o menor, o cephalico; o maior, o abdominal. O primeiro é mais preponderante, mais autonomo, graças á movimentação que lhe permite a haste cervical. A porção abdominal, só quando na dianteira do trabalho de parto, deixa-se atropelar pelos membros thoracicos e abdominaes que geralmente não o avolumam no mecanismo das apresentações cephalicas.

Mas esse ovoide abdominal tem um arcabouço osseo cuja representação cabe á sequencia das vertebraes, unidas entre si de modo a garantir a flexibilidade accentuada da columna. Na hora do trabalho contractural do utero, a cavidade uterina, pela connexão funcional entre fibras longitudianes e circulares, toma a fórma cylindrica, amoldando o seu conteúdo, o feto tambem cylindroide na sua porção cormica, para não se perder, no bom contacto do utero actuante sobre o feto propellido, a maior efficiencia propulsora. A decomposição porém da columna vertebral nas differentes interlinhas articulares, favorece a segmentação desse cylindro, capaz de movimentos parciaes ou de um movimento total por ondulação successiva das differentes peças. E' o verdadeiro movimento reptiliario que tanto aproveita com o peristaltismo das fibras circulares. Accresce que no extremo thoracico o cylindro cormico dispõe do travejamento movimento da peça escapulo-clavicular, ora ascendendo unilateralmente, ora se approximando em encurvamento anterior, o que muito serve para diminuir a imposição do diametro biacromial, pois as suas extremidades se aproximam, ou se inclinam, contribuindo para apreciavel redução de volume.

O segmento cephalico tem na flexão, na deflexão e no asynclitismo, todos os recursos de redução volumetrica. Em

torno dos diâmetros antero-posteriores, a movimentação tem de ser total e definitiva; no sentido transverso, só vale a movimentação transitoria. Dahi não poder desaparecer a flexão nem diminuir a deflexão sob pena de possível dystocia. As inclinações tem de ser substitutivas sob pena de encravamento.

A pratica nos ensina a classificar as apresentções em solúveis e insolúveis. As primeiras são as das extremidades do diâmetro longitudinal do feto; as segundas as da superficie transversa. Mas mesmo nas primeiras a solução favoravel escapa das apresentações deflexionadas em mento-posterior, ou das permanentemente inclinadas (apresentação do parietal), incorporadas para effeito do parto normal ás apresentações cormicas. Tal é a individualidade dessas apresentações que uma regra inflexivel as separa: a insinuação é o auxilio das apresentações solúveis mas é a complicação das insolúveis. No caso da solubilidade, tal é a importancia do ovoide cephalico que sendo elle o primeiro, será o parto o de um só segmento, o parto da cabeça, mas vindo na frente o pólo pelvico o parto é dos tres segmentos — o parto da pelve, o das espaldas e o da cabeça.

Estudando de modo geral o mecanismo do parto, permitto-me indicar a importancia da morphologia da apresentação. Toda apresentação inscreve-se dentro de uma figura fusiforme — o fuso da apresentação, — resultante da junção dos dois cones, o da propulsão e o da insinuação. O primeiro superior e posterior, o outro inferior e anterior. Tanto na extremidade pelvica como na cephalica, a inscripção dentro de um ou dois cones é possível.

Applicando o estudo morphologico a cada apresentação, logo se conclue que o fuso se divide em duas figuras differentes, conforme se trata de um apresentação flexionada ou deflexionada. (Figs. 1 e 2). A apresentação deflexionada, a cone superior é maior, o inferior envolve quasi todo o segmento fetal, pois é minima a distancia que vae do apice do cone á superficie de apresentação: o contrario se observa na apresentação deflexionada, onde essa distancia é bem maior. Isto repre-

senta graphicamente a evolução de cada uma das apresentações, subordinada um principio assim formulado: O cone de propulsão maior indica melhor aproveitamento da força, o cone de insinuação menor indica melhor concentração de resistencia.

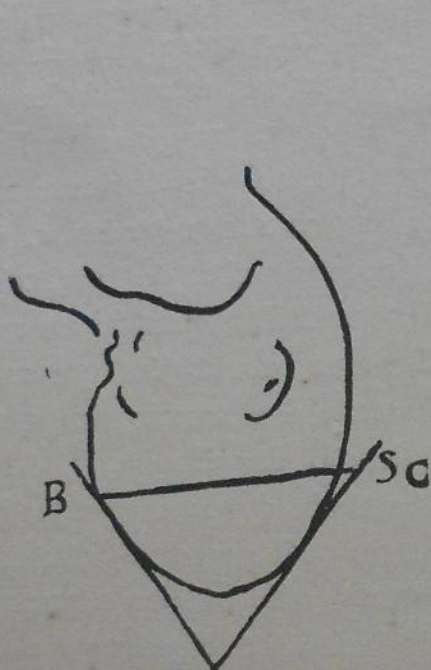


FIG. 1.

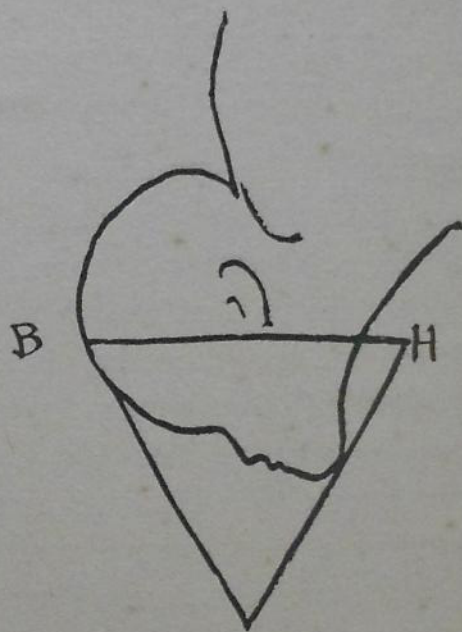


FIG. 2

Applique-se o mesmo methodo graphico á apresentação pelvica e note-se como a superficie pelvica, espherica, projecta para longe a apice do cone de insinuação e a extensão do tronco dispõe a formação de um cylindro propulsor, pois todo o ovoide cormico recebe a acção da força contractural do utero, impellindo o objecto para adiante.

Na verificação comparativa das diversas figuras que decorrem dos movimentos incompletos de flexão ou deflexão, pelas apresentações de vertice, de sincuput ou de frente, mais se confirma a regra decorrente da fôrma e do dispositivo do fuso da apresentação dividido em dois cones.

A força contratural do utero transmite-se ao longo da columna vertebral até chegar ao vertice da apresentação. E'

uma linha ininterrupta seguindo pelo dorso e continuando no perfil posterior craneano para terminar em ponto limitado de convergencia e portanto de concentração. Nas apresentações deflexionadas, a continuidade da linha quebra-se ao nível do sulco cervical, diminuindo a intensidade da força.

A concepção do fuso da apresentação serve ainda para se avaliar bem o auxilio da acomodação. O diametro longitudinal do fuso pelo seu alongamento, é o que regula a acomodação, pois desse alongamento resulta a diminuição dos diametros transversos; alongada a figura do polo de apresentação, ha para ella bastante espaço em todo o trajecto pelvico.

Comprehendendo graphicamente a apresentação, o mecanismo do parto entender-se-á sem esforço. Sendo a finalidade da contracção uterina compellir o objecto atravez do trajecto, são só tres as phases do trabalho, de accordo com a topographia do canal pelvico, dispondo de uma entrada, um percurso e uma sahida — (insinuação, descida, desprendimento). Não é preciso recorrer a outro qualquer episodio no estudo da progressão do polo cephalico, nem tampouco cuidar do preparo do objecto na phase chamada de diminuição do volume, com o maximo de flexão ou deflexão, e o ajustamento completo dos membros abdominaes e thoracicos appensos ao tronco. Esta diminuição de volume não é episodio do parto; muito antes d'elle, logo de principio, na evolução gravidica, o espaço cavitario começa a ser restricto, provocando as differentes attitudes do fêto, todas ellas accomodadas dentro do espaço menor pelo volume que se reduz. O enovelamento fetal definitivo, com cruzamento de braços, flexão das pernas, grande cruvatura da columna vertebral, é effeito do crescimento do fêto que sem esse acondicionamento não caberia dentro do utero. A boa flexão cephalica ou a sua deflexão integral respondem pela caracterização da apresentação, já definida antes do parto pois tem o nome de primitivas as apresentações occipital e mentoniana.

A insinuação é facto primordial; representa sinão o maior passo para a parturição normal, pelo menos o passo defi-

nitivo para o parto operatorio simplificado. Cabeça insinuada é mais tarefa vencida, e mesmo se a descida ou o desprendimento falham, já a technica do artificio é menos grave. Encarando o problema de modo geral, cumpre referi-lo sempre á hypothese mais commum, a do polo cephalico flexionado, a apresentação do occiput.

Definindo a insinuação, diz-se geralmente ser ella a passagem da grande circumferencia cephalica pelo estreito superior, e traça-se a grande circumferencia passando por todas as bossas — a occipital, as parietaes e as frontaes. Essa é de facto a linha equatorial cephalica quando ha attitude intermediaria, nem flexão, nem deflexão. Mas qualquer desses movimentos, e no caso cabe-nos falar do da flexão, desnivela a linha equatorial cephalica, de maneira a apagar o valor de uma localização para os effeitos do mecanismo em cada um das apresentações. A apresentação occipital tem a sua linha equatorial differente, correspondendo á junção dos dois cones, o de propulsão e o de insinuação, na figura fusiforme. Esta linha equatorial passa pelo sub-occiput, pelas bassas parietaes, pela fontanella anterior. Traçando-se as parallelas correspondentes, (fig. 3), notaremos como são todas ellas menores, não persistindo pois na apresentação occipital motivo para conservarem as duas designações — grande e pequena circumferencia, noção anthropologica adoptada pela obstetricia, pois obstetricamente, e com rigor geometrico, só existe uma circumferencia, a equatorial, o plano sub-occiputo-bregmatico. A grande circumferencia, ou melhor, o grande oval occiputo-frontal é o equador nas apresentações de vertice quando não se notam nem flexão nem deflexão. Nas apresentações occipitales, o grande oval se desloca e o seu maior diametro, fortemente inclinado, não se oppõe á entrada da bacia. (Fig. 4).

Uma regra é evidente: durante o trabalho de parto, a apresentação não póde perder nunca a sua caracteristica. Assim, a apresentação occipital obriga á flexão cada vez maior durante todo o trajecto pelvico, em grau accentuado e nitido, no que

pese aos que admitem o erroneo conceito do diametro de solidarização de Hubert.

Definir-se-ha pois a insinuação como a passagem do maior diametro transverso do fuso da apresentação atravez do estreito superior e esse diametro transverso, no caso, tanto é o bi-parietal como o occiputo-bregmatico, pois a figura de secção é uma circumferencia, condição singular pois em nenhuma outra a secção do fuso terá essa fórmula, e sim a de um oval mais ou

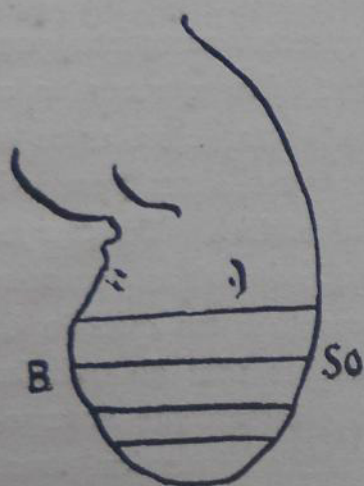


FIG. 3.



FIG. 4.

menos regular. Dahi outro principio deduzido do estudo morphologico da apresentação: — “A secção circular do fuso é indice favoravel do mecanismo do parto; a predominancia regular dos diametros longitudinaes da figura gradua a difficuldade que passa a ser intransigente se essa figura tem irregularidades de contorno”. Em qualquer condição, maior ou menor flexão, das apresentações occipitales, o diametro bi-parietal faz parte do plano equatorial; o asynclitismo é excepção a essa regra.

Para os effeitos do diagnostico da insinuação, o signal positivo de Faraboeuf (grande espaço cephalo-cocci-perineal) é dogmatico na ausencia de insinuação. Mas o signal negativo (pequeno ou nenhum espaço cephalo-cocci-perineal) não resolve duvida alguma. Sabidamente, a bossa séro-sanguinea com propor-

ções de caput enche demasiado a excavação pelvica, tangenciando o plano cocci-perineal. E' o phenomeno da falsa insinuação, apreciavel nas bacias reduzidas em espaço e altura, quando até o esforço da parturiente concorda com a entre-abertura dos grandes labios, pela projecção do couro capelludo. Não ha entretanto insinuação, e para essas como para outras situações de duvida, só decide o tocar manual verificando a relação entre as bossas parietaes, o promontorio e o rebordo superior da symphise.

Esse mecanismo da insinuação forneceu assumpto para longas explicações e variadas discordias. Basta recordar as tres theorias; basta tambem relembrar a controversia entre os asynclitistas anteriores e os asynclitistas posteriores para evidenciar o dissidio que favoreceu tantas doutrinas. Em campos antagonicos, ha opiniões de grande preço e é curioso pensar-se como explicarem-se divergencias fundamentaes em questão de facto. O phenomeno é raro (as insinuações fóra do trabalho restringem muito a observação), e foi escassamente acompanhado na época em que minguada a pratica obstetrica pouco accessivel aos profissionaes masculinos, não era commum acompanhar-se o phenomeno da insinuação de modo a resolver a duvida permanente.

Esta insinuação no estado estatico, insinuação no decurso da prenhez, não importa momentaneamente; é facto sem repercussão e sem verificação contemporanea. A insinuação no estado dynamico é a que mais interessa. Ella é simplesmente o movimento de progressão pela entrada da bacia. A flexão substitue diametros antero- posteriores succesivamente até fixar o diametro sub-occiputo-bregmatico, igual a 9 centimetros e meio, tanto quanto vale o diametro transverso bi-parietal, dahi a fórmula circular do plano sub occipito-bregmatico. Junte-se a essa regularidade a relativa equidistancia do occiput ao bregma e á articulação atloidiiana, concorrendo para a regularidade da figura conica. Buscando a penetração pelo diametro obliquo, sob o impulso da musculatura uterina, o segmento cephalico encontra espaço sufficiente para adiantar-se succedendo-se os seus

paralelos em ampliação crescente, a partir do occiput, até a linha bi-parietal. Dahi por diante, os paralelos aproximam-se das bossas frontaes, mas o contorno da grande circumferencia dispõe-se em obliquidade maxima. Não é por conseguinte exacto



FIG 5

dizer-se que nas apresentações occipitales a grande circumferencia enfrenta ao mesmo tempo em todos os seus pontos a entrada da bacia, no momento da insinuação, pois quando flexionada a cabeça, as bossas alcançaram completamente a excavação pelviana, as frontaes estão ao nível do estreito superior (fig. 5).

A elevação das bossas frontaes na cabeça flexionada garante essa flexão, pois voltado o occiput para diante, quasi toda a parede posterior da symphise é por elle percorrido emquanto a fronte tangencia a porção posterior da linha inominada. A boa flexão inclina por conseguinte a extremidade do diametro antero-posterior cephalico até que, bem penetrado o occiput na excavação, possa todo o segmento craneano ahi se acomodar. Certamente o movimento de flexão, embora pouco perceptivel, começa mal a insinuação se desenha, graças ao contacto do vertice do cone de insinuação, ponto de convergencia da força propulsora transmittida ao longo da columna vertebral, e a resistencia imposta pelo contacto do vertice cephalico sobre o trajecto pelvico; dahi por motivo de duas forças oppostas actuarem em zona limitada, a facilidade do gyro rotatorio que o movimento da haste cervical tanto favorece.

A insinuação é pois função da força e da posição definitiva do polo cephalico, no caso da apresentação do occiput a flexão completa da cabeça. Contracção uterina e morphologia cephalica resolvem o problema, evidenciando-se a progressão do objecto, desde que não haja disproporção. Esta, estabelecendo maior attrito, exige movimentos completamentes de acomodação; em certos casos, esse attrito maior independe da disproporção, como na desorientação artificial que desvia o volume do espaço aberto,

levando-o de encontro ás paredes impeditivas que cercam este espaço, a area do estreito superior.

O asynclitismo é o outro movimento reductor de volume. Asynclitismo primaria ou secundario, asynclitismo acomodaticio se transitorio, asynclitismo dysttocio se definitivo. Não bastam, na circumferencia sub-occipito-bregmatica, a igualdade dos diametros e a regularidade da fórmula conica. Com o asynclitismo, a inclinação reduz, substituindo, o maior diametro transverso que é excessivo. Ahi o cone de insinuação não influe no movimento rotatorio, pois o occiput não mantem contacto permanente com a parede pelvica. E' preciso distinguir o asynclitismo das cabeças transversas do asynclitismo das cabeças obliquas. O primeiro é mais o asynclitismo da disproporção, o segundo mais o da desorientação, significando menos do que o outro. No asynclitismo da cabeça obliqua, ainda se poderão manter a denominação de apresentação occipital, mas no asynclitismo da cabeça transversa, melhor é a designação de apresentação do parietal, solavel se o diametro a que dou o nome de "temporo-sagital", encontra largura para acomodar a bossa parietal a inferior, o que melhor se consegue no asynclitismo posterior, aproveitando a excavação sacra para desenvolver o movimento secundario de basculo. Só neste assumpto de asynclitismo, sua modalidade, seu dynamismo, seus effeitos, ha muito que dizer quanto ao diagnostico e ao prognostico, mas outro é o intuito dessas pequenas notas.

Vencida a etapa da insinuação, caminha o polo cephalico pela excavação pelvica. E' o tempo classico da descida, com seu movimento complementar, a rotação... O principio do cone de insinuação, sua individualidade bem precisa, facilita a explicação do gyro que dá o polo fetal descendo. A regra é simples: quanto menor a area, que recebe a resultante da força propulsora e a actuação da resistencia, tanto mais facil a rotação. E' ahi que se reconhece o valor do dispositivo morphologico da apresentação, pois quando por effeito de um espaço maior da excavação se deflexiona a cabeça e, com a facilidade

atinge-se as duas fontanellas, sentindo-se o vertice craneano, a rotação está inteiramente prejudicada.

A rotação também tem provocado explicações e theorias em grande numero. Enumerando as idéas de Hubert, semelhantes ás de Baudelocque quanto aos planos inclinados da bacia, as de Tyler e Playfair, (espinhas sciaticas), as de Hildebrand, (musculatura da botoeira pelvica) as de Tarnier, (a maior porção frontal da alavanca antero-posterior) e tantas mais, todas pôdem ser julgadas carentes de completo ou sufficiente fundamento. A explicação de Baudelocque é ainda a melhor, embóra não tenha o pormenor exigido mas é indubitavel que a acção conjuncta dos planos pelvicos é que indica o rumo da orientação. O movimento em si, a rotação, explica-se pela acção das duas forças oppostas, impulsão e resistencia, actuando ao nivel do vertice do cone de insinuação e esse movimento gyratorio é tanto mais facil quanto mais acuminada a superficie de apresentação, condição peculiar á apresentação flexionada. E' facil pois comprehender o movimento de rotação como também acceitar a pequena rotação para diante, o que não succede com a grande rotação dianteira, com a rotação para traz ou com a rotação completa. E' ahi que os planos pelvicos intervem. Os differentes cortes do molde intra-pelvico, na fórma do processo didactico de Selheim, attestam a morphologia variavel de accordo com os pontos destes cortes correspondendo aos varios planos da excavação.

Tomando o estudo global desse molde, apanha-se bem a sua constituição na fórma de dois cylindros rectos, o superior na direcção antero posterior de cima para baixo, e o outro indo de baixo para cima e de diante para traz; uma secção cylindrica, curva concilia, na continuidade do trajecto, esse antagonismo de direcções. Ponto de transição, esse segmento curvo, obedecendo á morphologia pelvica, nem sempre reparte igualmente os dois trajectos, de modo que sob esse ponto de vista as bacias pôdem ser divididas em tres grupos: o daquellas em que predomina o cylindro superior, o em que predomina o inferior e o em que elles são iguaes, significando essa distincção

que a peça curva intermediaria ora é elevada, ora média, ora baixa. Quando em um trajecto pelvico os planos da entrada da bacia são mais accentuados, o movimento rotatorio obedece á mesma direcção de cima para baixo, de diante para traz, donde as rotações tardias e mesmo as rotações trazeiras nas occipito-posteriores. Traçando as linhas de direcção do estreito superior e do estreito inferior, conforme a predominancia dos planos, ellas se cruzam em altura variavel, indicando o cruzamento alto a predominancia dos planos de sahida, o medio o equilibrio, o baixo a superioridade dos planos de entrada, verdadeiro graphice das rotações precoce, opportuna ou tardia.

Em todo o phenomeno da rotação, é imprescindivel que a apresentação não perca a sua caracteristica, integralmente flexionada ou deflexionada, pois qualquer oscillação perturba ou impede o movimento. Muito se avizinha desse modo de entender a theoria da raiadura da bacia enunciada por Clovis Correia, ampliando a concepção balistica do phenomeno do parto e nelle integrando por analogia o dispositivo interno da alma dos canhões, recurso favoravel á velocidade, elemento que não entende propriamente com a circumstancia. Mas como os relevos da superioridade interna pelvica, que na theoria de Clovis Correia são as indicações da raiadura, decorrem da architectura pelvica organizada na phase evolutiva da bacia pelas pressões rachianas e contra-pressões femuraes, factores tambem da planificação da pelve, ha concordancia entre as duas idéas explicativas do phenomeno da rotação, pois ambos attribuem á topographia pelvica a responsabilidade na direcção do movimento rotatorio.

E' nas rotações do grande arco de circumferencia, a hypothese das occipito-posteriores, que mais se exhibe a influencia dos planos pelvicos, tão extranha a facilidade em certos casos desse movimento, e tão entravado em outros o gyro occipital para diante. Como se sabe, todo o embaraço nas occipito-posteriores, dadas as condições normaes de proporção entre o objecto e o trajecto é a descida por anomalia na rotação, ora demorada, ora interrompida, ora excepcionalmente levada para

que a peça curva intermediaria ora é elevada, ora média, ora baixa. Quando em um trajecto pelvico os planos da entrada da bacia são mais accentuados, o movimento rotatorio obedece á mesma direcção de cima para baixo, de diante para traz, donde as rotações tardias e mesmo as rotações trazeiras nas occipito-posteriores. Traçando as linhas de direcção do estreito superior e do estreito inferior, conforme a predominancia dos planos, ellas se cruzam em altura variavel, indicando o cruzamento alto a predominancia dos planos de sahida, o medio o equilibrio, o baixo a superioridade dos planos de entrada, verdadeiro graphice das rotações precoce, opportuna ou tardia.

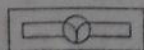
Em todo o phenomeno da rotação, é imprescindivel que a apresentação não perca a sua caracteristica, integralmente flexionada ou deflexionada, pois qualquer oscillação perturba ou impede o movimento. Muito se avizinha desse modo de entender a theoria da raiadura da bacia enunciada por Clovis Correia, ampliando a concepção balistica do phenomeno do parto e nelle integrando por analogia o dispositivo interno da alma dos canhões, recurso favoravel á velocidade, elemento que não entende propriamente com a circumstancia. Mas como os relevos da superioridade interna pelvica, que na theoria de Clovis Correia são as indicações da raiadura, decorrem da architectura pelvica organizada na phase evolutiva da bacia pelas pressões rachianas e contra-pressões femuraes, factores tambem da planificação da pelve, ha concordancia entre as duas idéas explicativas do phenomeno da rotação, pois ambos attribuem á topographia pelvica a responsabilidade na direcção do movimento rotatorio.

E' nas rotações do grande arco de circumferencia, a hypothese das occipito-posteriores, que mais se exhibe a influencia dos planos pelvicos, tão extranha a facilidade em certos casos desse movimento, e tão entravado em outros o gyro occipital para diante. Como se sabe, todo o embaraço nas occipito-posteriores, dadas as condições normaes de proporção entre o objecto e o trajecto é a descida por anomalia na rotação, ora demorada, ora interrompida, ora excepcionalmente levada para

a situação posterior definitiva. O que prejudica na apresentação occipito-posterior é exclusivamente o predomínio dos planos de entrada, levando o occiput o mais profundamente possível na orientação posterior.

O desprendimento é effeito da libertação, não mais encontrando embaraço na parede anterior da pelve, o occiput é projectado sob o impulso das forças expulsivas no sentido da direcção da parte terminal do canal pelvico. A's vezes o movimento rotatorio, nos desprendimentos faceis, vae mesmo até a ligeira obliquidade de continuação collocando-se o occiput nas proximidades da eminencia ileo-pectinea do outro lado. Esta tendencia á continuação do movimento rotatorio, a espiral completa de rotação desde a insinuação até o desprendimento, continua nos casos rapidos na rotação externa da cabeça, em desaccordo com a doutrina da restituição da apresentação primitiva. Haverá verdade neste principio que manda assim o parteiro executar a rotação externa com o intuito de libertar as espaldas? Nada parece justificar o artificio; talvez a mecanica acolha melhor a manobra que continue a rotação externa no mesmo sentido da interna, pois os movimentos de continuidade são muito mais naturaes do que os de reversibilidade.

FERNANDO MAGALHÃES.



AS LEITURAS

**O FORCEPS DE KIELLAND
E A ROTAÇÃO INTERNA DA
CABEÇA** — F. P. McNally, da Ma-
ternidade de St. Louis. — Ameri-
can Journal of Obstetrics and Gyne-
cology, Setembro 1928.

Começa o A. a sua exposição fazendo diversas considera-
ções em torno do mecanismo da rotação interna da cabeça
que explica da seguinte maneira:

Occiput anterior: A cabeça entra na pelve por um dos dia-
metros obliquos e durante a passagem de cima até á espinha
sciatica o occiput executa uma rotação posterior de 45 graus até
a posição transversa e da sua passagem derradeira para o exte-
rior uma rotação anterior de 90 graus para trazer o occiput
até a symphise.

Occiput transverso: A cabeça entra na pelve no diametro
transverso, o occiput em direcção esquerda ou direita, e conti-
nua nesta posição até a passagem da espinha sciatica e então
roda anteriormente 90 graus até a expulsão.

Occiput posterior: — A cabeça entra na pelve por um dos
diametros obliquos com o occiput posterior, e durante a des-
cida até a altura da espinha sciatica roda para a frente 45 graus
para a posição transversa. Na sua ultima descida, ou roda 90
graus para chegar o occiput abaixo da symphise ou roda poste-
riormente 45 graus para sua posição primeira em um dos dia-
metros obliquos. Si isto acontece e o parto termina espontanea-
mente, o occiput roda anteriormente 135 graus ou muito rara-
mente roda posteriormente 45 graus até a cavidade sacra.

Accrescenta o A. que a explicação geralmente acceita para o mecanismo da rotação é que o processo ou é devido á resistencia muscular que força a rotação ou a que o feto, agindo como corpo cylindrico, é impellido atravez do canal pelvico como atravez um tubo curvo. Por conseguinte, considera que a rotação é o resultado da descida e que a parada de uma importa na parada de outra, ou, em outras palavras, que a falta de descida é o factor principal dos casos de dystocia e a falta de rotação o factor secundario. Quando a descida é auxiliada, a rotação tambem se verifica.

Passa em seguida o A. a estudar os casos em que mais frequentemente é obrigado a intervir, isto é, os casos transversaes profundos de De Lee, onde a cabeça está no mesmo nivel ou pouco abaixo da espinha sciatica com a sutura sagital transversa, ou quando o occiput é posterior com sutura sagital em posição obliqua e a cabeça abaixo da espinha. Em taes casos, tem o A. empregado com successo o forceps de Kielland, aconselhavel pela sua ligeira curva pelvica a articulação movel que permitem uma applicação cephalica correcta, mais facil e mais certa do que com um forceps de forte curva pelvica e articulação fixa. A perfeita applicação cephalica e a tracção subsequente permitem com mais facilidade a rotação espontanea. No occiput posterior, a ligeira curva pelvica do Kiellanda torna frequentemente possivel a applicação desta curva na direcção do occiput e o consequente desprendimento com uma unica applicação de forceps, evitando a dupla applicação da manobra de Scanzoni ou da modificação de Bill.

Diz ainda o A. que o forceps de Kielland diminue de muito as probabilidades de traumatizar a cabeça do feto e as partes molles da mãe, pois que a applicação cephalica correcta é facil de obter e tambem porque o desprendimento póde ser completado com tracção muito menor, visto que a pegada é feita directamente no polo fetal, o que não é sempre possivel com os forceps que tem a curva pelvica usual.

L. A.



ABREVIACÃO DO PARTO
NORMAL — Prof. D. A. Ostreil
da 2.^a Clinica gynecologica e obstetri-
ca de Praga — Rev. Gynec. et Obst.
anno 1928, tomo XVIII.

Começa o A. affirmando que as contracções uterinas são as unicas dores physiologicas. Suprimir estas dores ou diminuir-as é um problema obstetrico e social; porque o numero de partos augmentaria se as mulheres soubessem que poderiam parir sem dor.

E' possivel attenuar as dores do trabalho de parto diz o A. pelos differentes methodos de narcose e analgesicos; mas até o momento actual nenhum delles está bastante aperfeiçoado para poder ser generalisado e empregado durante todo o trabalho de parto.

Entretanto diz o A. póde-se attenuar as dores do trabalho, encurtando á duração do parto; esta pratica é uma arma de dois gumes porque uma intervenção no curso de um parto perturba sua evolução normal e póde muitas vezes prejudicar a mãe e ao feto. Eis porque a obstetricia classica rejeita toda manobra que se propõe a acelerar o parto.

Meu methodo, diz o A., para o encurtamento do trabalho de parto, que já pratiquei em 164 casos consiste: 1.^o—ruptura artificial da bolsa d'agua após o apagamento do collo; 2.^o—dilatção artificial do orificio externo; 3.^o—injecção endo-venosa de pituitrina. Eu sei affirma, ainda o A., que me exprimindo assim estou commettendo um peccado mortal na arte obstetrica, porque estes principios, seductores pela sua simplicidade apparente, praticados por individuo não especializado, terá como resultado uma catastrophe.

O valor do methodo de encurtamento do parto normal será mais comprehensivel diz o A. si se estudar separadamente cada ponto deste methodo.

Vem primeiro á discussão a ruptura artificial prematura das membranas. Os classicos consideram de uma importancia capital a presença da bolsa d'agua durante o primeiro periodo do trabalho de parto. O A. estuda detalhadamente o assumpto discutindo o valor da permanencia ou da ruptura da bolsa d'agua, apresentando uma serie de observações em que considera a permanencia da bolsa d'agua como tendo prejudicado a marcha do parto. A influencia prejudicial da ruptura artificial prematura

guarda todo seu valor, diz o A., quando o collo não está sufficientemente apagado, bacia estreita, posição anormal do feto, contracções uterinas anormaes e a cabeça não insinuada.

Emfim, insiste o A., o encurtamento do parto, se effectua nas condições descriptas, após a ruptura das membranas quer artificial, quer natural desde que a cabeça esteja profundamente insinuada.

Passamos agora diz o A. ao segundo ponto do methodo, que é o da dilatação digital do orificio. Após fazer um estudo detalhado da questão discutindo os prós e contras o A. assim se expressa: "Nada mais natural, depois de ter rompido artificialmente as membranas que ensaiar esta manobra sobre os bordos do orificio do collo, para attingir ao resultado desejado. Entretanto para chegar ao resultado almejado, é necessario agir durante as contracções e sómente nas casos em que a cabeça estiver profundamente insinuada e si o collo apagado e adelgado se adapta a cabeça como umc touca". Chama ainda o A. a atenção para como deve ser feita a dilatação do collo, cuidosa e delicadamente, afim de ser evitado qualquer dissabor presente ou futuro como sejam as rupturas e hemorragias e a infecção local ou geral.

Temos agora, diz o A., o ultimo ponto, a injeccão de pituitrina, para que as contracções uterinas que cessam algumas vezes por periodo longo após a ruptura das membranas, se repitam como si se tivesse chegado nas condições phisiologicas ao segundo periodo do parto. Preferimos a injeccão endo-venosa a intra muscular, porque ella age mais rapidamente, falha mui raramente e pode-se medir exactamente gotta por gotta a quantidade necessaria para produzir fortes contracções uterinas. Ordinariamente são necessarias 2 a 4 gottas. Deste modo se evitam sa contracções tetanicas, o shock da mãe e um estado semelhante para o feto que póde acabar pela paralyxia de seu coração ou aspyxia, occasionada pelas fortes contracções uterinas.

Apresenta a seguir o A. uma serie de 164 casos de abreviação de parto sendo 114 em primiparas e 50 em multiparas. Todos os fetos nasceram vivos e continuaram a viver e o puerperio materno em todos os casos foi normal.

Terminando diz o A. poder assegurar que o encurtamento do parto pela ruptura das membranas, dilatação do collo e injeccão de pituitrina não aprsenta nenhum risco materno ou fetal.

"Nas mãos de um parteiro experimentado este methodo produz effeito, quasi theatral, elle póde reduzir o parto a alguns minutos ou prognosticar o fim do mesmo para alguns minutos

depois. Mas eu não recomendo este methodo aos praticos. Só um parteiro especializado, seguro da sua asepsia, conhecendo perfeitamente o mechanismo physiologico do parto e o diagnostico das differentes posições da cabeça na bacia, póde escolher os casos precisos; os praticos poderão ser seduzidos pela simplicidade não sómente para usar como tambem para abusar do methodo".

A. M.



**TRATAMENTO DA ASPHYXIA
DOS RECEM-NATOS PELA IN-
JECCÃO DE ALPHA-LOBELINA
NO CORDÃO UMBELICAL —**

Robert Wilson, do Hospital Methodist de Brooklyn. — American Journal of Obstetrics and Gynecology, Setembro 1928.

Começa o A. por estudar cuidadosamente a alpha lobelina, cuja acção, diz elle, foi provada por longo tempo de experiencia como o de um activo estimulante respiratorio. Acredita que o seu emprego não tenha sido mais diffundido devido á difficuldade que havia em isolar o alcaloide principal, isto é, a lobelina, sob a fórmula de saes amorphos. Em 1916 Wieland na Allemanha conseguiu preparar um sal hydrochlorico, puro e crystallizado, differentes das primitivas preparações amorphas pela propriedade especial de não causar vomitos. Esta foi a preparação adoptada pelo A. nas experiencias de que trata no presente artigo.

O A. trata a seguir de estudar as diversas causas da asphyxia dos recém-natos, dividindo-as em duas classes distinctas:

1.º—Traumatismo dos centros respiratorios durante o delivramento, ou hemorrhagia intra-craneana.

2.º—Deprimentes dos centros respiratorios, taes como morphina e outras drogas, anesthesia prolongada.

Nos casos de traumatismo, pouco ha que esperar da acção da alpha-lobelina ou de qualquer outro medicamento, e portanto o A. julga conveniente dividir o tratamento da asphyxia dos recém-natos em tres especies:

RIGIDEZ E ESTENOSE CERVICAL NO PRIMEIRO PERIODO DO TRABALHO DE PARTO —

Albert Mathieu & Goodrich Schauf-
fler, da Universidade de Oregon. —
American Journal of Obstetrics and
Gynecology, Setembro 1928.

Começam os AA. por estudar a etiologia e a pathologia nos casos bem frequentes em que as fibroses constituem a *causa* primaria das dystocias cervicaes. Passando a seguir ao diagnostico, são de opinião que os factores extra-cervicaes devem ser eliminados e que a fibrose deve ser sempre suspeitada. Quando no emtanto não existe fibrose, os factores mais frequentes de uma apparente dystocia cervical são uma interpretação erronea das reacções da paciente nos primeiros periodos de trabalho, dando a impressão de trabalho prolongado com modificações cervicaes, e tambem uma resistencia activa e voluntaria á descida, occasionada pela dôr consequente da pressão sobre a cervice. Possivelmente tambem acontecerá que fortes contracções espasmodicas se opponham á dilatação.

Dizem os AA. que de facto nada se póde fazer para prevenir a chamada atresia cervical congenita, mas que um conhecimento previo da condição póde evitar serias consequencias. Citam como indices mais ou menos certos as affecções vulvo-vaginaes, a dysmenorrhéa, dizendo que muitas vezes a atresia vaginal é decorrente de um vaginismo precoce. Passando ao tratamento propriamente dito, citam Pinard, com quem se declaram de completo accordo, o qual dizia que muitas vezes o tratamento desses casos, tem, nos seus resultados, peores consequencias que o mal inicial.

São de opinião que, se, na dystocia cervical a causa não fôr a fibrose, os melhores resultados serão obtidos com uma expectativa cuidadosa e o uso racional dos sedativos. Estes methodos, se não são de prompta efficiencia, pelo menos são protectores preventivos, dois factores que o clinico não leva muito em conta nos casos semelhantes. Aconselham a dilatação manual e condemnam inteiramente a dilatação instrumental. Discutem ainda o emprego dos banhos quentes e da sangria, passando a seguir ao estudo da cesareana vaginal e abdominal como resolutivos do caso. A esse respeito, dizem os AA. que a secção cesareana é muitas vezes indicada,

devido a ameaça de ruptura do utero. Tal processo é sobretudo empregado nas primiparas edosas onde ha consideravel oclusão do canal. As complicações taes como apresentações viciosas ou pelve estreitada e deformada completam ainda a indicação da cesareana. Terminam aconselhando a operação cesareana vaginal de Dührssen como a que melhores resultados tem offerecido na resolução dos casos ora estudados.

L. A.

RECALCIFICAÇÃO Metacal
INTERMITTENTE Metacal
DISMINUIÇÃO Metacal
GRAVIDEZ Metacal
FACILITAÇÃO Metacal
CRESCIMENTO Metacal
RHEUMATISMO Metacal
NEURALGIA Metacal
PRODUCTO DO LABORATORIO
CLINICO SILVA ARAUJO

CLINICA

OBSTETRICA

ANNO 1
: N. 5 :
JULHO
: 1928 :

Publicação mensal destinada á divulgação
dos trabalhos do

PROF. FERNANDO MAGALHÃES

Cada numero contém uma lição de clinica e um
resumo bibliographico da especialidade

Assignatura annual	30\$000
Numero avulso	3\$000

PROPRIEDADE DE
ANDRADE & ARAGÃO
R. ALCINDO GUANABARA, 26
RIO

crianças que entram em soffrimento bruscamente não perdem meconio; nas bacias estreitadas muitas vezes a bossa sero-sanguinea obtura hermeticamente o orificio pelviano impedindo o escoamento de qualquer liquido.

Quanto ao rythmo cardiaco, apesar da opinião classica, não constitue signal absoluto. Apresentam os AA. observações comprovantes. Nessas observações, fétos portadores de lesões graves, cranio-encephalicas, não deram signal de soffrimento, mas lhes foi impossivel a adaptação á vida extra-uterina.

Admittem os AA. que os centros nervosos fétaes gravemente lesados são comtudo capazes de permittirem a continuação do automatismo cardiaco. Mas desde que o feto venha á luz um novo centro respiratorio deve começar a funcionar. Ha para o bulbo um novo estimulo, necessitando de um esforço de adaptação o qual é prejudicado pelas lesões.

Acham os AA. que após um trabalho de prova prolongado e sobretudo complicado por applicação de forceps improductiva, ainda que o rythmo fetal esteja dentro da normalidade, o prognostico da vida do feto não está bastante assegurada para justificar uma intervenção por via alta.

Dizem os AA.: durante o trabalho de prova ou o parto se verifica expontaneamente ou recorreremos á cesareana baixa. Porém se as circumstancias nos levam a uma tentativa de forceps, apesar do estreitamento da bacia, parece-nos preferivel após isto, recorrer immediatamente, se o feto está vivo, á pelvitomia de Gili ou melhor á de Zarate.

M. A.



A DISJUNÇÃO DAS ARTICULAÇÕES DA BACIA E SUA RELAÇÃO COM O MECANISMO DO PARTO. —
Dr. R. Keller — Gynecologie et Obstetrique — Num. 5 — Anno 1928.

De inicio diz o A. que a disjunção do circulo osseo da bacia durante o parto se póde fazer ao nivel de uma só

articulação e deixar intacta as outras. Porém cita autores outros que pensam de modo contrario. A disjunção pôde ser completa e incompleta. Si completa, interessa todas as fibras ligamentosas e não existe ao nível da articulação lesada nenhum obstaculo que impeça o seu afastamento, ao contrario se a disjunção é incompleta só são lesadas certas fibras ligamentosas que são em geral as da parte anterior o que impede um afastamento maior.

Continuando salienta o A. que a ruptura pôde se dar ou entre a parte hyalina e a fibro-cartilagem, ou então a cartilagem é arrancada ao nível de sua inserção a um dos ossos do pubis e a separação se faz independente da articulação. Este ultimo caso é o mais frequente:

Acha a disjunção das articulações da bacia um facto relativamente raro. Frequentemente vê-se a disjunção se produzir no decurso das intervenções obstetricas (forceps e extracção); existe porém em um certo numero de casos em que a ruptura se tem dado espontaneamente, pela simples força da natureza. O A. toma para thema de seu trabalho unicamente os casos de disjunção espontanea.

Baseado nos trabalhos de Rudaux accêita a divisão seguinte para as causas de ruptura da symphyse pubiana durante o parto:—causas provenientes da mãe, do fêto e do parteiro.

Entre as causas maternas o A. concordando com Rudaux colloca no primeiro plano os factores predisponentes. Estudando detalhadamente estes factores faz ressaltar como mais importante o relaxamento dos ligamentos da bacia durante a gravidez. Este relaxamento é admittido por todos os parteiros. E' tambem um facto conhecido que graça a estes relaxamentos das symphyses pelvianas, a bacia no fim da gravidez torna-se mais ampla. Lembra tambem o A. que a idade e a multiparidade tem um papel preponderante na disjunção das articulações da bacia.

Estabelecidas as causas predisponentes, é necessario para provocar a disjunção das articulações, que uma força venha agir sobre o contorno da bacia, com tendencia ao afastamento.

Revendo o A. os numerosos casos publicados enquadra-os em dois grupos distinctos:

1) — Casos em que as forças da natureza, foram suficientes para produzirem a desunião da articulação, trata-se pois de um parto espontaneo;

2) — Casos em que foram praticadas intervenções extractivas com o fim de terminar o parto. Nestes casos além das forças da natureza, coexistiu uma mais activa e mais forte.

Comparando-se estes dois grupos pôde-se constatar que na maioria dos casos de disjunção das articulações pelvianas houve uma intervenção transpelviana e que provavelmente a disjunção foi devida a esta intervenção. Acha o A. bem mais interessantes os casos de parto expontaneo, onde a força artificial não entrou em jogo. A seguir apresenta o A. uma serie de observações commentadas separadamente; em algumas elle estuda os outros dois factores que concorrem para a disjunção das articulações da bacia segundo a classificação de Rudaux por elle acceita, isto é do fêto e do parteiro.

Continuando no estudo da questão chama o A. attenção para dois pontos ainda não sufficientemente apreciados pelos autores: a intensidade das dôres e a rapidez do parto e especialmente do tempo de expulsão. Comprehende-se perfeitamente que uma cabeça atravessando rapidamente o trajecto pelviano, não tendo tempo para se moldar e restringir seu volume, pôde ter um papel preponderante na disjunção de uma das articulações.

Quanto a localisação das disjunções constatadas pelo A. podem ser assim catalogadas:

- 2 vezes ao nivel da symphyse pubiana.
- 2 vezes ao nivel de uma das duas articulações sacro-illiaca.
- 1 vez sómente ao nivel da symphyse pubiana e das duas articulações sacro-iliacas.

Sempre que existir uma articulação que tenha menor resistencia será ella sêde da lesão; evidentemente sendo a symphyse pubiana a menor e a mais exposta ao nivel do arco anterior da bacia, soffrerá mais frequentemente a acção da pressão intra-pelviana.

Terminando assim conclue o A.:

- 1) — A disjunção da bacia durante o parto expontaneo, pôde-se fazer ao nivel do estreito superior, quando existe uma certa disproporção entre a cabeça fetal e o estreito superior.

- 2) — A disjunção pelviana pôde se fazer no momento da rotação interna da cabeça ao nível da excavação da bacia, por pressão unilateral exaggerada sobre o ramo do pubis; a articulação sacro-iliaca do lado opposto é geralmente lesada ao mesmo tempo.
- 3) — Ao nível de estreito inferior a disjunção da cintura pelviana é provocada nas bacias afuniladas pelo movimento de desprendimento; os ramos do pubis formam alavancas que afastam a symphyse pubiana de baixo para cima.
- 4) — A intensidade das contracções uterinas combinada com a acção da prensa abdominal e tambem a rapidez do parto teem um papel preponderante no afastamento das articulações pelvianas.
- 5) — Em virtude da disjunção de uma das articulações da pelvis, as outras são tambem lesadas variando a intensidade da lesão.
- 6) — A dijunção de uma das articulações da bacia se faz sem apresentar qualquer symptoma no momento em que se procede, de maneiras que o diagnostico só pôde ser firmado durante o puerperio.
- 7) — A cura funcional completa é regra geral.

M. A.



A PROPHYLAXIA DAS INREC-
ÇÕES PUERPORAES COM O SORO, A
BACTERIO-THERAPIA E A CHIMIO-
THERAPIA — A. Wodan — Presse Mé-
dicale, n.º 48, 1927.

Apesar da mortalidade pela febre puerperal se ter reduzido bastante devido ao uso da asepsia e da antisepsia, a porcentagem permanece ainda alta, não variando actualmente muito do resultado proclamado pelo congresso de 1923 que dava 10 % de mortalidade na febre puerperal. Esta porcentagem se eleva sensivelmente quando ha intervenções chirurgicas. O A. examina a questão fazendo uma breve synthese dos resultados obtidos com os diversos methodos propostos, partindo das conclusões de Brohna que affirmou: a applicação da vacinothérapie com vacina poly-

valente representa um notavel progresso na prevençao da infecção puerperal porque não se póde pensar na desinfecção da vacina com meios chimicos, pois não é certo que taes meios possuam sufficiente força bactericida, tendo além disto o inconveniente de acabar sempre por prejudicar os tecidos.

Continuando, diz o A. que actualmente está estabelecido que os germes habituaes da vagina (estaphylococo, gonococo, colibacillo) pódem determinar uma acção pathogenica depois do parto; seu numero dá uma idéa da difficuldade que ha em crear uma defesa prophylactica adequada. A serotherapie isolada não dá resultado, como tambem não dá associada á vacina. As hydrovacinas, lipovacinas, vacinas sensibilizadas de Beredska ou as vacinas attenuadas tambem não deram grandes resultados, até agora. O facto da vacina determinar uma immuniidade sómente depois de 8 ou 10 dias, (tempo da phase negativa de Wright) constitue um obstaculo ao seu uso pratico.

O A. chega portanto á conclusao que, por um conjunto de causas, a vacinotherapie não deu os resultados esperados. Termina dizendo que seria opportuno effectuar novas experiencias com caldo filtrado de Beredska, ou com novas substancias chimicas, isto é, com arsenobenzol, acido nucleinico etc., sendo de esperar que com estes novos methodos se chegue a porcentagem mais satisfactoria.

L. A.



O PAPEL DA BOLSA D'AGUA DURANTE O PARTO, EM PARTICULAR NOS CASOS DE NÃO INSINUAÇÃO DA CABEÇA COM DYSTOCIA OSSEA RELATIVA OU SEM DYSTOCIA — I. Kreis — Rev. Gynecologie et Obstetrique, n.º 5, anno 1928.

Inicia o A. o artigo dizendo que o estudo do papel da bolsa d'agua, durante o trabalho de parto é mais ou menos inutil pois o assumpto está esgotado. Não que o problema

esteja completamente resolvido, mas porque os argumentos em que se apoiam as diversas escolas estão estabilizados.

Estuda o A. detalhadamente as diversas funções attribuidas á bolsa d'agua e entra em considerações interessantes a este respeito, citando diversos autores e davalor exacto, do que se ensina geralmente sobre a bolsa d'agua.

O A. estuda uma serie de dados interessantes botando em evidencia a **questão da cabeça movel fóra de qualquer dystocia ossea**, achando que este assumpto não está bastante ventilado e por conseguinte sem resolução. Continuando cita diversos trabalhos por elle publicados anteriormente.

O A. para justificar o seu ponto de vista, no que refere a interferencia da bolsa d'agua na cabeça movel, passa em revista as principaes concepções a este respeito.

A seguir faz um estudo detalhado sobre o papel physiologico attribuido pelos diversos autores a bolsa d'agua, tecendo uma serie de commentarios e fazendo uma critica serrada ás coclusões por elles apresentadas. No decorrer desta explanação apresenta o A. diversas observações seguidas de commentarios e anotações.

Terminadas as considerações que para o A. são de grande importancia passa então para o que chama de "**Estudo Clinico**".

No decorrer do "**Estudo Clinico**" o A. estuda a **influencia da ruptura prematura sobre o parto**, quanto á Infecção puerperal, a Dilatação e Expulsão.

No que refere á infecção puerperal, o A. diz que se limitará a um estudo clinico apresentando observações susceptiveis de refutar as opiniões correntes ou que permitem uma condição clinica nova. Após uma serie de considerações, affirma que as causas responsaveis pela ruptura das membranas são desconhecidas. Accusam a qualidade da membrana, mas não existe uma conclusão estabelecida. Acha o A. que a ruptura prematura da bolsa d'agua é um incidente muito pouco favoravel á infecção, e cita um trabalho seu apresentado ao Congresso de Febre Puerperal realizado em Strasbourg no qual procurou demonstrar que os casos com ruptura prematura da bolsa d'agua não estão mais facilmente expostos á infecção do que os casos em que a ruptura se procedeu dentro da normalidade.

Quanto á dilatação e á expulsão, faz o A. uma série de considerações, apresentando estatísticas, procurando demonstrar a pouca ou nenhuma influencia da ruptura sobre o desenrolar do trabalho de parto. Acha que existem partos demorados em que a ruptura foi prematura como existem partos lentos quando a ruptura se deu na época normal e etc..

Terminando affirma que esta concepção sobre a influencia da ruptura prematura das membranas não é nova pois ella é encontrada no tratado de Tarnier Chantreuil, 1882, tomo I pag. 606, com as seguintes phrases: "E' geralmente admittido que o escoamento prematuro do liquido amniotico torna o trabalho mais lento. Um resultado contrario parece demonstrado no trabalho de Gringy (sobre 308 rupturas prematuras). O escoamento prematuro das aguas não têm influencia preponderante quer sobre a saude da mãe, quer do fêto, quando a mulher está a termo ou proximo do termo e se trata de uma apresentação cephalica. Mme. Lachapelle temia muito esta ruptura prematura das membranas, porém P. Dubois foi o primeiro a se levantar contra as crenças da illustre parteira e nós partilhamos em absoluto da sua opinião a este respeito".

Continuando o "**Estudo Clinico**" o A. estuda a **influencia da ruptura tardia sobre o parto**. Lembra que a bolsa d'agua deve se romper em um momento dado, para permittir a passagem do fêto, a demora na sua ruptura póde ser um obstaculo, impedindo a progressão do trabalho de parto. Critica detalhadamente as diversas opiniões sobre o mecanismo pelo qual se procede a ruptura das membranas. Insistindo sobre a influencia da demora da ruptura das membranas sobre a insinuação, lembra os casos em que havendo dilatação completa e a bacia sendo normal a cabeça, não se insinua em virtude da integridade da bolsa d'agua. Nestes casos é bastante rompermos as membranas para vermos a descida da cabeça.

Continuando o A. passa em revista as differentes condições que podem reter uma cabeça movel sobre o estreito superior no fim da gravidez não havendo qualquer dystocia da parte ossea. No fim deste capitulo assim se exprime o

A.: A não ruptura espontanea das membranas no caso de cabeça movel, constitue um impecilho serio ao parto, reclamando a ruptura artificial para que a cabeça se insinue.

Passa o A. a estudar a ruptura artificial das membranas nos casos de cabeça móvel e estreitamento relativo da bacia. Inicialmente elle declara que se afasta da conducta classica. Diz que baseia a sua conducta nas observações que apresenta, informando que a mesma é expectante nos casos de bacia estreitada. Insiste que a pratica da cesareana baixa permite a expectativa, pois a ruptura das membranas e a febre não mais contraindicam a operação. Acha que não se deve fazer uma cesareana em virtude de uma dystocia relativa ou falta de insinuação da cabeça, pois o parto pôde evoluir normalmente apenas com a ruptura artificial das membranas.

Defende com enthusiasmo a ruptura artificial das membranas na resolução de certos casos, sobretudo quando ha falta de insinuação, lembrando que muitas vezes nos casos de estreitamento relativo a cabeça não se insinua por culpa unica da permanencia da bolsa d'agua. Apresenta a seguir uma serie de observações todas ellas cuidadosamente criticadas.

Apresenta o A. as seguintes conclusões:

Theoricamente — A bolsa d'agua não age como uma cunha sobre o orificio.

A dilatação do orificio é dirigida na maioria pelas contracções uterinas; a disposição anatomica das fibras longitudinaes do corpo em relação com as fibras circulares e obliquas do collo o que foi bem estudado por Bayer justifica esta interpretação physiologica. A pressão hydrostatica da bolsa d'agua intacta não é indispensavel para a expulsão do feto, ella é na maioria dos casos de não insinuação da cabeça no inicio do trabalho, o unico obstaculo á descida do polo fetal quer nas bacias normaes quer nas relativamente estreitadas.

A ruptura prematura das membrana não influe ella propria nem na dilatação, nem na expulsão e não retarda a marcha do parto. Não favorece geralmente a infecção da mãe.

Praticamente — Desde que não acreditamos na influencia indispensavel da bolsa d'agua sobre a dilatação do orificio, a ruptura artificial das membranas não leva em conta o gráo de dilatação do collo. A indicação para ruptura artificial da bolsa está fixada do modo seguinte:

As contracções uterinas devem ser regulares e normaes quanto á intensidade.

Nos casos de bacia normal e cabeça não insinuada, na ausencia de dystocia, a ruptura artificial das membranas é indicada quando a insinuação não progride dentro da normalidade tendo-se em conta as contracções uterinas.

Nos casos de bacia relativamente estreitada e cabeça movel, as indicações da ruptura artificial das membranas são as mesmas que nos casos de bacia normal, desde que o exame da bacia e da cabeça do fêto faça prever a possibilidade de insinuação. A ruptura artificial nestes casos deve ser presidida por um parteiro profissional. Deve-se observar uma technica especializada e cuidadosa para ser evitado diversos accidentes que pôdem advir tal como o prolapso do cordão. O essencial, diz o A, é economisar o tempo, de diminuir a duração do parto, favorecendo tanto quanto possível a insinuação da cabeça.

Em caso de duvidas, as indicações classicas entram em vigor. A vantagem é que ellas estão consolidadas e ao abrigo de qualquer critica.

M. A.