

CLINICA  
OBSTETRICA

ANNO 2  
N. 16  
JUNHO  
1929

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 OPERAÇÃO CESAREANA ABDOMINAL

(FIM)

A operação cesareana baixa, abdominal, comprehende duas grandes classes, conforme é ou não compromettido o peritoneo durante a intervenção. Ao primeiro grupo pertencem os processos de Frank, Veit, Frommer, Baumm, Pfannenstiel, as duas modificações de Sellheim, a fistula utero-abdominal de Rubeska e Sellheim. O segundo grupo abrange os methodos de Frank, Sellheim, Solm-Durhssen, Doerderlein e Latzko.

A technica mais commum trans-peritoneal é a que, após a incisão longitudinal ou transversa do abdomen manda abrir transversalmente o peritoneo parietal; preparar no peritoneo visceral duas folhas, uma em relação com a bexiga e outra em relação com a cervice; unir cada um desses retalhos ás folhas parietaes; deixar exposta uma certa area da parede do utero que vae ser incisada longitudinal ou transversalmente.

Ha as seguintes variantes: a de Frank — parede abdominal e utero transversalmente incisados, com afastamento dos rectos e dos pyramidaes; a de Sellheim — corte transverso do ventre, afastamento dos rectos e dos pyramidaes, incisão transversa do peritoneo visceral e pa-



rietal, corte sagital do utero; a de Veit — talho sagital do ventre, do peritoneo e do utero; a de Opitz e Henkel — corte longitudinal da parede do ventre e do peritoneo parietal longitudinalmente, corte transverso do peritoneo visceral, incisão sagital do utero. Ao longo dessas incisões superpostas, na suspeita de infecção, é commum fazer-se passar o dreno. Frank drena não só o utero com gazes através da vagina, como a parte inferior da ferida abdominal; Opitz em caso de infecção séria abre a aboboda vaginal e através della faz passar um dreno.

Opitz descreve a sua technica: incisão de Lenander, abertura do peritoneo, inclinação da paciente; collocação de 5 ou 6 grandes compressas lateralmente e adiante do utero, de modo a ficar bem cheio o espaço entre a parede do utero e a do ventre; incisão do peritoneo parietal bem no limite da bexiga; descollamento para cima até a zona de adherencia; incisão longitudinal da cervice o mais possivel para baixo; extracção da creança e da placenta, immediata apreensão dos labios da incisão uterina com pinças, afim de proceder á sutura de todo o musculo com exclusão da mucosa; sutura continua da camada superior do musculo; abertura do fundo de sacco anterior e drenagem com gaze; fechamento do peritoneo visceral; retirada das compressas, limpeza do local, disposição do epiploon estendido até á bexiga, sutura da plarede do ventre.

Schafer expõe o methodo de Franz — incisão longitudinal, logo acima da symphise, alcançando o peritoneo; afastamento instrumental das bordas da ferida; incisão mediana da cervice logo acima do fundo da baxiga vazia; applicação de um valvula no angulo superior da ferida, ajustando bem a parede uterina á abdominal, com o fim de evitar a derrama de liquidos; extracção da criança até mesmo com o forceps; fechamento da ferida do utero por sutura dupla a catgut; sutura do peritoneo e fechamento da parede do ventre.

Mais ou menos seguindo a norma da cesareana transperitoneal baixa, Sellheim ideou o seu processo de fistula



utero-abdominal — “*uterus-bauchdeckenfinstel*” — pela qual, incisada a parede abdominal inferiormente, alcançando o utero, faz-se uma sutura cuidada da serosa visceral com a parietal, abrindo-se então a cavidade ;a incisão uterina não é suturada e fecha por granulação. Rubeska tem um processo semelhante. Polano, iniciando a operação pela antiga incisão de Cohnstein, comprime o fundo do utero, determinando-lhe uma flexão forçada para deante, de modo a tornal-o saliente através da ferida abdominal; o talho uterino é feito o mais baixo possível e, após o esvaziamento da cavidade, nos casos suspeitos, de accôrdo com as regras de Rossner, von Ruhle, Prager, faz-se o prolongamento da incisão cervical, atravessando o fundo do sacco anterior, para facilitar a drenagem pela vagina.

Não negam os partidarios da cesareana baixa transperitoneal as difficuldades no executal-a em certos casos, mesmo no processo mais simples, o das incisões todas sagittaes, pois ha que contar com o embaraço em extrahir o fêto através da abertura uterina, obrigando ou á applicação de forceps ou ao uso da alavanca de Sellheim. Qualquer das variantes não é sufficientemente garantidora da cavidade abdominal, porquanto nem as compressas, nem a valvula, nem a luxação forçada, impedem os liquidos de se espalharem na cavidade peritoneal.

Ao nivel da porção mais baixa do segmento inferior do utero, ha uma zona despida de peritoneo, a zona de expansão do órgão. A technica da operação cesareana extra-peritoneal aproveita-se desses dispositivo anatomico e estalebece um methodo especial tido como o da maior garantia. São considerados os pugnadores deste processo, Döderlein, Kustner, Bumm, Latzko, Frank, Zweifel, Duhrssen. Ha preferencia pela incisão lateral, ao contrario do que pensavam Frank e Sellheim, partidarios da incisão mediana sobre a bexiga, para melhor descolamento da serosa. Latzko alcança a parte lateral, a porção para-vesical, por meio da incisão mediana. Döderlein traça um córte paralelo á arcada de Poupart e Kustner



segue a 5 cm. da linha mediana uma incisão longitudinal.

Kustner principia a intervenção, incisando a parede do ventre até ao fascia, em uma linha paralela á mediana, do pube até quasi a cicatriz umbelical, indo cautelosamente ou pelo intervallo entre o obliquo e o recto, ou através das fibras musculares, afastadas a dedo até o peritoneo, logo depois de repellido para cima e para o lado, tomando-se, para esta operação, como ponto de reparo, a prega para-vesical, nem sempre encontrada de prompto. Não ha necessidade de se encher artificialmente a bexiga; isto, longe de facilitar, difficulta o descollamento do peritoneo, porque altera as relações vesicaes. Kuster prefere a incisão da pelle á esquerda, porque não só á esquerda a plicatura peritoneal deixa-se separar mais facilmente da cervice, como, desse lado tambem, não se lesam tanto os vasos uterinos, já em algumas operações, seccionados, perturbando o acto cirurgico, transformando-o em transperitoneal (Uthmoller) e até mesmo causando a morte por hemorragia. (Rosthorn).

A incisão da cervice é ás vezes sangrenta, ou porque foge da linha mediana, ou porque ha grande espessura do collo. Retira-se o fêto, extrahido pela parte que se apresenta, recorrendo-se, se preciso fôr, a um forceps sem curvatura cephalica ou pelvica, no typo do velho forceps de Spiegelberg. Casos ha em que a cabeça do fêto afasta-se da casa uterina; então Kustner recommenda o emprego de uma pinça que apreheende o couro cabelludo e leva a cabeça a forçar a incisão uterina, permittindo a applicação do forceps, da alavanca de Sellheim ou do instrumento de Latzko. Se a incisão parece pequena para dar sahida ao fêto, com o fim de evitar o seu prolongamento involuntario para cima, tocando o peritoneo, corta-se para baixo, podendo ser seccionado a **portio** em toda a sua extensão. O delivramento será feito após o fechamento da parede da cervice, executado a catgut, em duas camadas, drenado o espaço junto á cervice com gaze.



Os diversos processos muito se approximam do de Kustner. As diferenças que existem são no modo de iniciar a operação; Latzko, após a incisão mediana, manda afastar fortemente a bexiga para um dos lados, descobrindo a préga peritoneal. Solmes e Durhssen começam por abrir o collo do utero, por via baixa e, passando a operar por via abdominal, acham facilidade em já encontrar o utero incisado inferiormente e livre do peritoneo; esse methodo recebeu o nome de parto de Boudha, porque a abertura do ventre é feita pelo flanco e, pelo flanco, diz a tradição, nasceu o deus indiano.

Vê-se bem que na Europa a insistencia em favor da cesareana cervical é uma grande tentativa para alargar as indicações para o parto abdominal. Nenhum gráu de infecção contraindicará a cesareana extra-peritoneal, diz Kustner. Deve-se assim, um grande serviço aos novos methodos de operação cesareana chamadas cervicaes, por actuarem na porção inferior do utero, ao contrario da cesareana classica, que é a cesareana corporal.

Não posso emittir juizo pessoal sobre qualquer das operações cesareanas cervicaes, pois dellas não me utiliso, o que se comprehende pela segurança que encontro na minha technica de cesareana corporal. Entretanto, servir-me-ei do julgamento extranho, mal extremado ainda de duvidas e de desconfianças. Á operação cesareana extra-peritoneal são refractarios — Olshausen, Gibbon, Kouwer, Roth; Neu, Selligmann e Hollander não têm por seguro o novo methodo; Pinard e Couvelaire não lhe dão significação; Doleris acha-o infantil.

Cumpulsando estatisticas, podem ser conhecidas varias informações: Czyzewicz, em operações extra-peritoneaes perfeitas tem mortalidade materna de 3,3%, nas transperitoneaes baixas de 6,8%, e, nas extraperitoneaes com lesão involuntaria do peritoneo, 9,9%; Opitz em 30 casos de operação extra-peritoneal não teve mortes; Franz, em numero igual, conta 2 obitos por peritonite; Biedermann, 1 obito em 22 casos; Baumm, 3 mortes em



50; Kustner, 2 peritonites mortaes em 26 operações. Cumprindo a technica rigorosamente extra-peritoneal, Bumm conta 2 mortes em 22 operações; Baumm, tem 1 septicemia mortal em 50 casos; Kermayer, 1 obito em 12 casos; Reifferscheid, 16 casos sem obito; Döderlein, 58 e 2 mortes; Wertheim, 106 intervenções e 2 obitos; Gutmann, 22 casos todos bons; Becker, 30 operações com resultado; Koblack, 22 em condições identicas e Zweifel, 2 obitos em 23 operações. A proposito dos seus resultados, Kustner escreve: "**Ich selbst operierte bis zum 20 Juli 1914, 110 Falle ohne Todesfall an sepsis**". Não ha informação sobre obitos por causa outra além da septicemia, mas na casuistica de Kustner não ha escolha das pacientes.

Döderlein tem 144 casos de cesareana extra-peritoneal, com 4,8% de mortalidade materna, ao passo que as suas cesareanas cervicaes transperitoneas só dão 2% de mortalidade. Rusch, estudando a ampliação das indicações da cesareana, reuniu os casos de Kustner e Döderlein, 279 operações extra-peritoneaes, com 2,2% de mortalidade, para comparal-os com as 314 observações de Fehling, Hofmeier, Franz, cesareanas cervicaes transperitoneaes com 1,6% de obito. Lichtenstein, nos seus 143 casos, accusa 8,1% de mortalidade nas extra-peritoneaes e 4,7% nas trans-peritoneaes baixas.

Sem pormenorizar as suas estatisticas, Aubert estabelece, em 1921, uma comparação entre as cesareanas extra e trans-peritoneal baixa, classificando a primeira de aleatoria e complicada, preferindo a outra. Commetando os 110 casos de Kustner, Beuttner refere 114, hysterotomias baixas trans-peritoneaes da clinica de Zurich, igualmente sem nenhuma infecção post-operatoria. Os tres grandes patronos da cesareana extra-peritoneal, Sellheim, Latzko e Döderlein, não conseguiram impô-la porque ao lado dos entusiasmos conhecem-se as deserções de Baisch, Franz e Lichtenstein, isto é, as clinicas de Stuttgart, Berlim e Leipzig.



É preciso saber que, com excepção das de Kustner, Döderlein, Kronig, as demais estatísticas não comportam os casos impuros e excepcionalmente admittem outra indicação fóra do vicio pelvico. De prompto encontra-se uma inferioridade na cesareana cervical — não se lhe applicam todos os casos, como na cesareana corporal. Se a dystocia é por volume excessivo do feto, ha grande risco na dilaceração da ferida uterina, por conta do corpo grande que atravessa a pequena fenda; se o embaraço é annular, de nada vale a cesareana cervical, que até lá não vae e não o desfaz; se se trata de placenta prévia, manipula-se a zona hemorrhagipara e corre-se o risco de augmentar a perda sanguinea ameaçadora.

Tambem é preciso attender ás difficuldades de technica. Sabe-se como é frequente transformar-se a cesareana extra-peritoneal em trans-peritoneal, involuntariamente, por necesssidades momentaneas que obrigam a manipulações e manobras demasiadas. Tambem as restricções do campo operatorio entravam a acção profissional que mais se embaraça pela eventualidade de uma hemorrhagia, perfeitamente possivel na região trabalhada.

Deve ser explicado que á cesareana extra-peritoneal tem cabido casos muito mais impuros que á transperitoneal baixa. Certamente esta ultima não poderá attender a casos impuros como os da minha casuistica e os da série de Kustner na cesareana extra-peritoneal, pois a contaminação da serosa é inevitavel devido á abertura do utero infectado, dentro da cavidade abdominal.

Cesareanas baixa dão a impressão ainda de um recurso transitorio. Ellas fogem da simplicidade da cesareana corporal e são dependentes de uma habilidade de anatomista, são demoradas na dissecção peritoneal, ao contrario da cesareana corporal, que prima pela liberdade e pela presteza offerecidas ao cirurgião.

O estudo cuidadoso das operações cesareanas baixas praticadas nas clinicas europeas, a preocupação constante de todos os profissionaes cheios de temor pelos ca-



sas impuros, a pratica de intervenções outras, mesmo as mutiladoras do feto vivo, mostram bem que as cesareanas baixas não attendem ao mesmo numero de casos, muito e gravemente infectados, como os que se incluem no numero das minhas operações.

A technica cuida de dois assumptos importantes ligados á questão do parto abdominal — a esterilização e a cesareana iterativa. A esterilização importa, de prompto, em questões de ethica e moral medicas, que devem ser decididas preliminarmente. No caso da cesareana, não considero deslize proceder-se á castração tubaria, de accôrdo com a paciente, na operação repetida. Já cumpriu heroicamente o seu dever a mulher que, para garantir a especie, correu os riscos, mesmo pequenos, da cesareana. Entre o individuo e a especie ha o contracto tacito da perpetuação que a natureza impõe mas que deve tambem facilitar, dando ao parto uma feição quasi physiologica. De modo que, quando a natureza abusa da anomalia, falham as condições de contracto, primando na simplicidade funcional, e a lei moral, que é decalcada sobre a lei natural, não alcança estes individuos ao desabrigo da normalidade.

A doutrina não tem a elasticidade que parece e que simula ir de encontro ás idéas categoricas e intransigentes, sempre emittidas a respeito da vida embryonaria. Sem duvida, presente esta vida, em qualquer tempo, nos seus primeiros ou nos seus ultimos dias, ella é o bastante para, no confronto das indicações operatorias, afastar qualquer acto cirurgico capaz de prejudical-a. Essa mesma operação cesareana tardia decorre do principio do respeito absoluto á vida fetal presente e impondo a cirurgia conservadora, sejam quaes forem as condições do momento.

Certamente a moral perfeita determina a continencia, quando se oppõem a natureza e o sexo, e não aconselha o artificio que é, pelo menos, um subterfugio da consciencia. Na gradação porém dos actos peccaminosos,



a regra theologica admitte varias penas e regula o principio da venialidade. Aqui, não é preciso tanto, porque a observancia da castidade importa no aperfeiçoamento acima dos individuos e a lei moral attende muito ás condições personalissimas nos juizos dos desregramentos. Não ha tambem, pela castração, o prejuizo da especie pela reducção do numero de individuos, porque é tão diluida a proporção dos casos, que não chega para perturbar a collectividade.

Por comprehender assim, e respeitando o instincto que por duas vezes enfrenta os temores da intervenção, é que pratico, na cesareana iterativa, a castração tubaria. Dou preferencia a uma technica que é rapida e simples; não sei se alguem já a executou nem me preoccupo com a idéa futil da prioridade. Tomo a trompa com duas pinças afastadas de cerca de 3 cm. e após ligadura desses pontos, reseo em toda a extensão, tendo tido o cuidado de conservar os fios longos. Fazendo uma ligeira tracção, cruzo as duas porções da trompa, levando a inferior para cima e a superior para baixo; fixo-as no ponto de contacto directo com o utero, passando o fio de modo a afastar bem cada côto tubario; a operação é rapida e exangue.

A operação cesareana iterativa não merece a qualificação de atypica em todas as suas oportunidades. Não faltam opiniões dando-a como cheia de accidentes, por causa das adherencias das symphises visceraes e dos traumatismos no momento da eventração do utero.

Dá-se em relação ao parto abdominal, o facto interessante da exigencia crescente da sua efficacia e innocuidade, quando, nas operações trans-pelvianas, com muito menos contentam-se os clinicos. Qualquer intervenção — o forceps, a versão, a publotomia, a embryotomia, deixam vestigios responsaveis por dystocias futuras e ninguém pensa em abolir uma só dellas, não obstante serem conhecidas as lesões definitivas por effeito desse parto anterior; basta exemplificar com a ruptura cervical, ci-



catrizada, deformante, capaz de embaraçar gravemente a parturição seguinte.

Pedem-se, no parto abdominal, todas as vantagens, mesmo essa de não perturbar o futuro trabalho. E os que pensam ser isto inacessível terminam condemnando a operação cesareana, sem exigir, das que a substituem, igual proveito. Assim é que se tem como atypica a operação repetida, fecunda em accidentes por causa das adherencias; as incisões, abdominal e uterina, superpostas, as suturas deficientes e prejudicadas, o atricto da superficie serosa do orgão, a infecção intercurrente explicam as symphises visceraes perturbando o acto operatorio reincidente.

Pratiquei 16 operações cesareanas iterativas, quasi todas ellas sem embaraço algum, com as mesmas phases da cesareana primeira: facil abertura do ventre, prompta exteriorização do utero, rapida incisão da sua parede anterior, emfim extracção, do fêto, em regra, de 5 a 8 minutos após o primeiro golpe abdominal. De todos estes casos, só dois registavam, como antecedente, a operação cesareana seguida de elevação de temperatura; nos mais a sequencia tinha sido normal.

Como se vê, tenho fundamento para não receiar a repetição do acto operatorio. Sem duvida, a primeira cesareana é sempre, uma operação classica e elegante, na phrase do professor de Buenos Ayres; não o é menos a operação iterativa, que talvez seja em certas condições, atypica, sem tomar proporções de operação perigosa. Vae muito ao exagero affirmar-se que podem as adherencias intestinaes frequentemente exigir a resecção; não conheço de leitura uma só circumstancia semelhante e tampouco a vi nas cesareanas que repeti ou nas operações que pratiquei em mulheres anteriormente hysterotomizadas. Depois, o facto de ser a operação atypica não influe sobre a sua escolha, mormente em clinica obstetrica. A cirurgia abdominal gynecologica habituou-se de tal fórma aos casos extravagantes, que a regra da interven-



ção raramente deixa de se modificar por necessidade do caso concreto; e a operatoria tocologica, justo nesses momentos em que se pensa tambem na operação cesareana, dá como atypicos o forceps no estreito superior, a versão dentro de um utero retrahido e enxuto, a pubiotomia sempre modificadora do dispositivo topographico pelvico.

Apezar de tudo, não sei de caso algum de impraticabilidade da operação cesareana iterativa. A intervenção de Seuffel, tanto não foi impedida pelas adherencias tidas como demasiadas, que pôde ir ao maximo, isto é, á hysterectomy; assim tambem a de Hoffmann. E a de johansosky, muito semelhante á minha aqui incluída, sob o numero 114, "apezar das extensas adherencias utero-parietaes", mostra a facilidade com que forçadamente anteflectido o órgão, foi elle incisado na parede posterior.

Zarate, de Buenos Ayres, a proposito de uma complicada observação de cesareana iterativa, no numero de fevereiro de 1919, da Revista Argentina de Obstetrica y Gynecologia, classifica a cesareana iterativa como um acto talvez perigoso. E, seguindo alguns commentarios, refere minuciosamente uma hysterectomy imposta pelas connexões intimas do utero gravido que se não contrahiui sangrando sempre e muito, durante a intervenção. Este caso traz o informe da operação anterior, obrigando a mulher a 80 dias de periodo post-operatorio, complicado de phlegmacia alba dolens; é a prova da infecção explicativa de adherencias tão grandes.

Acredito que o periodo post-operatorio, quando normal, permittirá novo acto cirurgico sem adherencias que o compliquem. Os casos de operação cesareana iterativa que citei englobadamente foram em geral de cura rapida, na operação anterior, e de sequencia normal. Num delles até fôra feita a operação em más condições: mulher de vicio pelvico absoluto, complexa, bacia cypho-coxalgica, tendo fistula na rache e na articulação coxo-femural em plena actividade supurativa, curando-se porém sem o me-



nor accidente; a segunda operação foi neste caso como a primeira — rápida, prompta, sem o menor embaraço e tinha para sua maior indicação, se preciso fosse, a placentação isthmica.

É certo que não temo na operação cesareana nenhum inconveniente na sutura, feita em chuleio apertado e de pontos proximos, tanto na porção muscular como na serosa, obedecendo ao preceito de sempre verificar que pelos labios da ferida não passe o sangue. Penso que este cuidado em suturar rigorosamente a parede do utero tem sido um dos factores das minhas boas estatisticas, pois mesmo nos poucos casos fataes, a verificação necroscopica sempre provou a synthese perfeita da incisão uterina. A massagem uterina, que o corrimento sanguineo ás vezes reclama, terminada a recomposição do órgão, não a tenho como causadora de adherencias futuras pela espoliação do endothelio da serosa, pois faço-a sempre com compressas embebidas em agua quente, o que reduz muito o atricto. Do contacto do ar, não obstante as experiencias conhecidas de Walhard, não póde haver inconveniente, obrigatorio então em qualquer laparatomia; tenho difficuldade em alcançar a razão de tal effeito e costume proteger bastante o campo operatorio.

Dão-se como maiores responsaveis pelas adherencias a drenagem e a infecção. Concorro com a segunda causa: as cesareanas iterativas complicadas, sempre se seguiram, nos meus casos, a infecções post-operatorias anteriores. Mas este inconveniente póde ser immediato, talvez melhor do que nas graves intervenções transpelvianas onde o processo infeccioso, quasi inevitavel, dará aos partos ultteriores tambem uma feição atypica. Faço a minha reserva quanto á influencia prejudicial da drenagem. Nas cesareanas tardias, quando ha infecção do utero, ou reacção thermica da paciente, emprego sempre a drenagem. Só uma vez operei de novo parturiente que tivesse sido drenada antes: não encontrei adherencia alguma durante a operação. Em todas as outras mulheres drena-



das, e o numero é muito grande, quando ellas tem alta o exame feito indica sempre que o utero é pelviano, mo-vel e reduzido de volume. É certo que applico o chamado dreno protector de gaze, estendendo-se sobre a sutura uterina e deixo-o tres dias no lugar; sempre é facil retirar-o. E quando emprego o dreno, tambem penso em evitar a adherencia utero-parietal.

Descrevem-se as complicações da cesareana iterativa como exigindo "um gesto rapido, uma resolução heroica, pois a gravidade do accidente porá em perigo o exito da intervenção e a vida da enferma" (Zarate). Devo confessar que não me preocupam os gestos rapidos, de que, afóra a morte imminente do fêto, não tem necessidade na operação cesareana. Houve tempo em que eu fazia toda a operação, do primeiro golpe ao ultimo colchete abdominal, em 15 minutos. Sou hoje mais lento; demoro de 25 a 30 minutos, sómente para não sacrificar a phase da perfeita protecção da cavidade abdominal; nunca enfrentei com qualquer accidente, perigoso para a mulher, exigindo gesto rapido e resolução heroica. Na cesareana iterativa, inicio a operação cautelosamente, abro a cavidade peritoneal e verifico se o utero é herniavel; venço as adherencias utero-parietaes seccionando-as, mesmo em grande extensão, pinçando a parede abdominal nos pontos que sangram raramente, deixando para depois a parede do utero onde mais corre o sangue; hernio o utero e faço então a hemostasia provisoria com pinças nos pontos dilacerados; liberto-o das adherencias epiploicas em primeiro lugar, depois das intestinaes, com a maior cautela. Nunca enfrentei impossibilidade nem senti o desastre; mas não cedo num ponto: — só abrir o utero quando elle está bem isolado da cavidade abdominal e o maior tempo empregado neste trabalho foi, até hoje, o de 10 minutos.

Já escrevi uma vez: "Uma questão que me não seduz — é a da cesareana iterativa ou multipla. Compreendendo a operação praticada pela segunda vez, mas nesta hypothese recorro á prophylaxia anticoncepcional pela



castração tubaria. Uma mulher cujo parto tem de ser feito pelo talho cesareo, não póde ter attributos de parturiente e, por maiores que sejam as garantias da operação, tem-se conta nella como recurso para o facto concreto, mas não se amplia como seducção para episodios futuros que mais vale prevenir.

Renovo o conceito para não ser elle lembrado como contradição. Não me seduz a cesareana multipla, não consigo admittir que a mulher soffra em cada parto uma intervenção, nego a vantagem da intervenção cirurgica compulsoria, pois em taes condições não tem a mulher capacidade para a função, que assim será artificial, de encontro, pois, aos principios da physiologia. A operação cesareana deve ser comprehendida como um recurso facil, inocuo, de indicação ampla e não uma obrigação, uma fórmula imperiosa, um acto natural; por tal motivo, repetida ella, sempre com assentimento da paciente, procedo á resecção das trompas.

Mas, quando devo praticar pela segunda vez o parto abdominal, não tenho temores, forro-me de precauções, como aliás em qualquer intervenção, por mais simples que seja. Sei que a regra é o caso bom, que as complicações e os accidentes são a excepção; com elles conto sem todavia jugal-os sufficientes para destruir o principio da simplicidade. Leva-me ao paradoxo este temor mórbido pela difficuldade, existente, mesmo como cousa rara, nos casos mais banaes; o proprio parto natural póde ter imprevistos de morte, como se dá na hemorrhagia fulminantes do delivramento. Embóra sabendo desta possibilidade ninguem concluirá pela contra-indicação do parto normal. É mais logico instruir o pratico e educalo no estimulo desta difficuldade que deve ser vencida.

O objecto é realizavel. Uma bôa technica torna bôas as consequencias, immediatas ou futuras, da cesareana. Quem conhece o elemento historico da operação sabe bem quanto tem ella, aos poucos, vencido as hostilidades. Passou o tempo em que, como dizia Tarnier, a cesareana era



infallivelmente mortal, tanto que por espaço de um século em Paris não se lhe soube um unico successo. Vencido o argumentó da mortalidade immediata nos casos asepticos, pois o feliz resultado ascendeu a quasi 100%, ficou de pé a oportunidade fugaz do parto abdominal, que, de novo, era mortifero, quando fugia do seu momento propicio. Mas a doutrina da cesareana tardia é hoje vencedora, entre muita gente no nosso meio, onde é robusta a prova em favor da doutrina do talho cesareo, em qualquer condição, capaz de attender ao duplo ponto de vista da vida materna e fetal. Não necessito insistir no facto, já debatido, desta prova.

Universalizada assim a indicação, pois desaparece o temor pelas consequencias immediatas, resta ainda o medo das consequencias tardias, synthetizadas na incapacidade do orgão para nova funcção parturiente, seja espontanea, seja operatoria. Apezar da parcialidade do commentario, que só cuida da operação cesareana e exclue as outras intervenções tocológicas de evidentes residuos prejudiciaes, não julgo procedente a accusação contra a cesareana iterativa, possivelmente praticavel, quando a operação primeira obedece á bôa regra da technica. A repetição do acto cirurgico habituou-me a consideralo livremente exequivel, e, assim, eu vejo a demonstração da vantagem do processo empregado, quando, communmente, de vestigio da cesareana anterior, só encontro a cicatriz abdominal, e, aberto o ventre, nada faz lembrar a secção ou as manipulações anteriores, tão perfeita é a parede do utero.

Duas mulheres, anteriormente hysterotomizadas, foram por mim depois operadas, uma para corrigir a eventração, outra para retirar um fibromyoma uterino. Na primeira, tinha havido, depois da cesareana, infecção duradoura, fébre alta, suppuração da parede do ventre; via-a quando foi preciso remediar á eventração que era volumosa. Tive embaraços na operação — adherencias epiploicas, intestinaes, e, principalmente, a connexão



utero parietal com o typo de verdadeira hysteropexia; nada disto, porém entrou a execução da hysterectomy sub-total, indicada por salpingite dupla, nem a operação plastica abdominal. O segundo caso foi operado com toda a facilidade — nenhuma adherencia, nenhuma anomalia.

Em cesareana primeira, uma mulher multipara, que no momento do parto prolongado, apresentou a dystocia annular irreductivel, tive de desfazer adherencias epiploicas e intestinaes, junto ao ligamento largo direito, por conta de uma annexite antiga. Se a cesareana, ao envez de primeira, fosse iterativa, a responsabilidade dessas adherencias tinha de caber, por força, á operação transacta. O facto deve se repetir não poucas vezes.

\*

\* \*

Esta memoria reúne 161 casos de operação cesareana, com 11 obitos; dahi um coefficiente de mortalidade materna de 6,8%. Ha 8 fétos mortos, sendo que 4 já o estavam antes da operação; por isso a proporção de mortalidade fetal é de 4 para 157, ou 2,6%.

A mortalidade materna é bruta. Expurgando-a, devem ser postos de parte os seguintes casos: a observação 152, o caso da Maternidade, onde a nova technica não foi empregada; a observação 16 onde foi verificado o descuido na protecção peritoneal; a observação 105 em que a peritonite foi consequencia da abertura accidental tardia do ventre com sahida das visceras; a observação 154, em que o obito foi por atrophia amarella aguda do figado, em virtude da longa anesthesia cloroformica a que tinham submettido a paciente antes da operação; a observação 142 em que a causa mortis foi a eclampsia; a observação 159 em que parece ter sido a paciente victima da encephalite lethargica. Restam 5 obitos em 155 observações ou 3,3% de mortalidade, para a qual concorreram os tres



casos de ruptura da cervice e do segmento inferior do utero.

Tenho a convicção de que a lesão extensa dos tecidos do collo até o segmento inferior do utero é talvez incompativel com a operação conservadôra. O tecido contundido entra facilmente em necrose e assim communica-se á cavidade peritoneal. Não resolverei mais, sinão pela hysterectomy os casos em que forem grandes as soluções de continuidade do aparelho genital.

Merecem cuidado especial, na pratica da operação cesareana, as consequencias immediatas e tardias. O thema terá opportunamente maior desenvolvimento. As consequencias immediatas da cesareana são as de toda laparotomia complicada de uma evolução puerperal; os cuidados post-operatorios attenderão ás duas condições. As consequencias tardias têm a sua representação mais importante na resistencia da cicatriz uterina provada em parto subsequente. De muito, tenho acompanhado o aspecto do problema com o maior interesse e possúo a respeito uma documentação interessante que em tempo será divulgada. De todos os meus casos operados, em 34 repetiu-se a parturição, em 16 praticou-se nova cesareana, e em 1 só deu-se a ruptura da cicatriz. Em outras peças, uteros extrahidos algum tempo após a cesareana, a prova hystologica é pela perfeita segurança da cicatriz.

Fernando Magalhães.



construido de tal modo que penetra facilmente sem traumatizar a larynge e a trachéa, até attingir a bifurcação bronchica.

Para maior segurança o A. fez marcar sobre o tubo um signal de referencia que deve corresponder ao nivel do bordo livre do maxilar superior.

Como indicam o seu nome e sua forma, affirma o A., este tubo só pôde servir para aspiração. É absolutamente improprio a insuflação.

Acha o A. que em virtude de sua fórmula, do traçado de sua curva e graças egualmente á relação existente entre a curva da canula e as paredes da trachéa, consegue-se uma desobstrucção completa e rapida de todos os liquidos contidos na trachéa.

Descrevendo a canula o A. a divide em 3 partes: uma tracheal, achatada, semelhante ao tubo de Depaul, uma cylindrica e finalmente um pavilhão que permite praticar seja a aspiração directa com a bocca, seja por intermedio de um tubo filtrante, destinado a reter as mucosidades como aquelle de R. Wallette, ou por meio de uma trompa d'agua que tem a vantagem de supprimir todos os inconveniente da aspiração directa.

Acha o A., que apesar das vantagens do seu invento não fica o parteiro desobrigado de levar o insuflador de Ribemont-Desseigne, antes ao contrario, pois sua sonda não serve para insuflações.

M. A.



**O USO DO MERCURO-CHROMO COMO ANTISEPTICO VAGINAL ANTES DA OPERAÇÃO CESAREANA** — Harry W. Mayes, do Hospital Methodista de New York — American Journal of Obstetrics and Gynecology — Maio 1929.

Começa o A. por constatar que a operação cesareana, feita sob indicação exacta, tem inquestionavelmente poupado a vida a muitas mães e sobretudo a muitos fétos. Acha



que a morbidade e a mortalidade da cesareana são em grande parte devidas a causas outras que a operação propriamente dita. Numa revisão de 1805 casos de cesareanas praticadas em varios hospitaes de Brooklyn, Gordon achou uma média de mortalidade materna de 7%. Em 1015 cesareanas classicas, este coeeficiente foi de 5,9%; a morte por infecção puerperal respondia por 2,4% dos casos. Em 187 cesareanas baixas, a mortalidade total foi de 4,2%, correndo por conta de septicemia 2,4%. O A. cita ainda a revisão de Holland, que apresenta uma estatistica de 7,5% de mortalidade materna em 1953 cesareanas classicas; a infecção concorria com 4% dos casos. Em 1412 cesareanas baixas, a mortalidade foi de 4,1%.

Commentando estas estatisticas, o A. conclue que a infecção é causa de metade dos casos fataes em operações cesareanas. A proposito, cita ainda os trabalhos de Harris e Brown que fizeram cultura em 50 uteros depois de cesareana e encontraram 22 infectados. Todas as pacientes tinham tido febre durante o periodo post-operatorio e em todas nas quaes o trabalho tinha sido superior a 6 horas tambem o segmento inferior do utero foi encontrado com infecção.

Seguindo a technica do mercuro-chromo, o A. fez em 11 casos culturas uterinas e em nenhum encontrou vestigios de infecção. Sete culturas feitas com material correspondente á cervice tambem foram negativas.

O A. é de opinião que o uso do mercuro-chromo em obstetricia é superior ao das preparações iodadas e reduz consideravelmente a morbidade por infecção, e que o emprego de uma solução de 4% de mercuro-chromo como antiseptico vaginal durante o trabalho e o delivramento reduz a mortalidade fetal de 50%. Diz ainda que nos casos em que o annel hydrostatico é empregado para apressar o trabalho, o uso do mercuro-chromo reduzirá a mortalidade de 29 para 11,5%.

Passa em seguida a commentar os casos do Hospital Methodistista, duas series de operações cesareanas. Em uma foi sempre empregado o mercuro-chromo, e na outra omitido. Em 218 operações feitas depois do emprego deste medicamento estudado, a morbidade foi de 42,2%, com uma média de 2 dias e meio por paciente. A mortalidade foi de 3,2% e só houve uma morte por septicemia. Em 120 casos em que não se empregou o mercuro-chromo a morbidade foi de 57,6%, com uma média de quasi 4



dias de infecção por doente. A mortalidade foi de 6,7% e ocorreram 4 mortes por septicemia.

No grupo em que foi empregado, o mercuro-chromo, 5 dos 7 obitos sobrevieram por causas independentes da operação propriamente. No grupo em que não se usou o antiseptico, sómente 2 dos 8 obitos correram por causas extra-operatorias. Com mercuro-chromo, a mortalidade nas iterativas foi 4,7% maior que nas primarias; sem mercuro-chromo foi 21,3% maior. A paridade da paciente foi de pequena importancia na morbidade nos casos operados depois do uso do mercuro-chromo; sem elle, a morbidade foi 18,% maior nas primiparas. Sem mercuro-chromo, houve 100% de infecções vaginaes e uma morte por septicemia, com elle apenas 18,4%.

Continuando a estudar os diversos aspectos da questão, o A. informa que não houve obito por infecção em 45 casos com ruptura prematura da bolsa d'agua em que foi feita a cesareana depois do uso do mercuro-chromo como antiseptico; em 26 casos semelhantes em que o medicamento foi omitido, houve 2 mortes por septicemia. Diz ainda que sem o mercuro-chromo, a cifra da morbidade sóbe consideravelmente nos casos com mais de 10 horas de trabalho; com elle só trabalho superior a 15 horas influe na cifra de infecção. Quando o trabalho durou mais de 15 horas, a morbidade sem mercuro-chromo foi de 85% e com mercuro-chromo foi de 55,9%.

Passando á estatistica das cicatrizações abdominaes, salienta o facto que em todos os casos em que fora empregado o antiseptico sómente 8,2% não tiveram cicatrização per-primam. Sem mercuro-chromo, 12,5% das cicatrizações foram infectadas.

Termina o A. dizendo que está convicto que o uso do mercuro-chromo como antiseptico vaginal durante o trabalho é de grande importancia no feliz exito das secções cesareanas. Diz ainda que o uso do mercuro-chromo dá á cesareana classica as mesmas vantagens da cesareana baixa.

L. A.



2  
**CLINICA**

**OBSTETRICA**

:: ANNO 2 ::

:: N. 18 ::

— AGOSTO —

:: 1929 ::

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

---

## OPERAÇÃO CESAREANA

---

### AS CESAREANAS BAIXAS

Dois pontos, após o que expuz a proposito da operação cesareana abdominal, apparecem sem solução: a cesareana segmentar inferior e o futuro das operadas, no tocante á solidez da cicatriz uterina.

O que foi dito em 1922 sobre a cesareana extra-peritoneal não pede rectificação, pois a sua technica tem tudo de excepcional e o caso anatomico que a permite é cada vez menos encontrado. Então, no nosso meio onde nunca teve entrada, e fóra daqui onde poucos e adoptaram por tempo curto, não mais se cogita de semelhante pratica.

Não se dá o mesmo no tocante á operação transperitoneal baixa, da qual ha seis annos faltava-me conhecimento pratico porque eram satisfactorios os resultados da operação cesareana corporal com os resguardos do methodo de que me valia. Muito embora os numeros em torno de tão serio problema adoptassem conclusão favoravel na porcentagem baixa para uma tão complexa re-



união de casos heterogenos pela gravidade de muitos delles, não deixava de me impressionar, na continuidade do seu exercicio, de quando em quando, uma nota dolorosa e dissonante na série feliz das cesareanas altas.

A impressão era a de uma situação estacionaria; tudo se fazia para mais restringir a mortalidade post-operatoria, sem cuidar entretanto na escolha dos casos porque assim a intervenção perdia o seu caracter de universalidade. Entretanto, nos momentos mais difficeis, representados principalmente pela contaminação devida ao trabalho muito esperado ou muito manipulado, vinha, uma ou outra vez, o obito alterar a estatistica em descida animadora.

Uma particularidade preocupava-me: a verificação necroscopica reconhecia, em gráo accentuado, como causa de morte, a peritonite secundaria, as bordas da ferida uterina abertas em necrose e communicando a cavidade do orgão com o peritoneo. Por outro lado, as operações iterativas, com menor frequencia é certo, denunciavam pelo processo adhesivo energico uma reacção anterior salvadora em torno da ferida uterina, sem prova todavia de compromettimento mural.

Não commento aqui a minha estatistica pessoal: o raciocinio escolhe as oportunidades, dentro dos meus serviços, escapando porém á minha acção individual. O meu proposito era e é tornar a cesareana cada vez mais corriqueira e simples, para que a solução obstetrica de qualquer diffculdade clinica por ella seja favorecida. Mas, attenuado embora pela variedade de casos, os mais descontraídos quanto ás condições previas desfavoraveis, o algarismo da mortalidade estacionado em 7% não tendia á redução esperada.

Insisti no aperfeiçoamento da sutura uterina. Cheguei mesmo a não cultivar a rapidez operatoria, dentro até dos 8 minutos para execução completa. Entendi poder, sem desfavor para a paciente, dilatar o prazo operatorio até 20 ou 30 minutos, comtanto que a exactidão da syn-



these myometrial não fosse compromettida. Desci a todos os pormenores e a todas as minucias; entre ellas lembro ter praticado em varios casos sutura em tres planos, a mucosa com seda, a musculosa com catgut grosso e a serosa com catgut fino. Convem assignalar que entre alguns dos meus auxiliares, praticantes da operação cesareana, num justo desejo de autonomia, foi negada a vantagem dos drenos abdominal e uterino. Convenço-me hoje da responsabilidade desta simplificação na sequencia mortal de algumas operações.

De facto, todo o meu desejo era demonstrar a inocuidade da operação cesareana em face das demais operações obstetricas, mesmo em casos impuros ainda hoje para muitos incompatíveis com a via abdominal. Da simplicidade operatoria não se duvidava mais: a operação cesareana alliciou mesmo os mais timidos e o acto cirurgico, que por tanto tempo se mantivera maravilhoso phenomeno, ultrapassou a trivialidade das apendicites e por fim não mais serviu de decoração profissional.

Porque, em circumstancias aparentemente iguaes de contaminação, uma enfiada de curas era interrompida pelo obito desnorteador? E' exacto que, sem apreciavel frequencia, sentia no momento de suturar a parede muscular, que o myometrio não offerecia firmeza ao fio ou mesmo cedia á sua tracção. Este facto não costumava demover-me da technica conservadora. Só mais recentemente, orientada a minha attenção para os effeitos do longo trabalho sobre a musculatura uterina, é que me instruí, documentadamente, das alterações profundas da fibra myometrial por estafa do musculo compromettendo estrutura e função. O receio do accidente consecutivo á inferioridade muscular, tem-me aconselhado a pratica feliz da hysterectomy sub-total.

Não ha duvida que a condição da fibra intervem tanto no seguimento post-operatorio da cesareana como no das outras operações obstetricas transpelveicas, fazendo sentir suas consequencias num e noutros casos. Mas,



dada a diereze uterina da cesareana, se a synthese não é entravada em suas primeiras manifestações, interrompe-se porém com a contaminação infectante da cavidade do utero. Nunca me preocupou o argumento dos partidarios da cesareana baixa: o inconveniente da mobilidade corporal do utero em consequencia das contracções repetidas perturbando a tranquillidade necessaria ao processo cicatricial. Pelo contrario, na hypothese da sutura bem ajustada em dois planos, de pontos muito proximos, a contracção que pouco reduz o volume do utero nos primeiros dias do puerperio, ainda mais aproxima estes pontos. Cada dia de puerperio diminue um centimetro na altura do órgão. Este centimetro distribuido pela incisão toda será uma distancia inapreciavel para cada ponto de sutura. Quando a differença na altura do utero se apresentar maior ao cabo de 4 ou 5 dias, a phase cicatricial adeantada não sentirá os seus effeitos.

Não é a mobilidade que prejudica a sutura do utero, é a infecção cavitaria propria do trabalho de parto longo e manipulado. Inquestionavelmente, na casuistica que publiquei, o que merece realce, contam-se infecções puerperaes após cesareanas saguidas de cura. Mas quando o trabalho prolongado provoca a degeneração profunda da fibra uterina, a infecção entra com facilidade na malha myometrial e vae, tendo havido cesareana, corromper a trama de restauração da parede do utero. Este é o mecanismo das peritonites tardias.

De facto, na longa serie de cesareanas corporaes, não conheço exemplo de peritonite immediata. Ao cabo de 3 ou 4 dias, cortando uma situação favoravel, surgem os primeiros signaes da reacção peritoneal: o vomito, a distensão dolorosa do ventre, o pulso apressado, a inquietação, tudo em rapido desenvolvimento, impondo prognostico temido e indesejavel.

Essa explicação — a fibra muscular profundamente degenerada — não isenta as operações transpelvianas que



nella encontram condição de máo prognostico atravez das infecções graves. Mas ahi o processo infeccioso infiltrante não tem o desfecho immediato da peritonite, pois caminha lentamente tambem para a morte, menos imperiosa porque toda a defeza do órgão, que é a contractilidade, está fundamente compromettida.

Quando porém a condição da fibra alterada se apresenta a par da operação cesareana, não se lhe atribue a responsabilidade da morte: a operação é causa indiscutivel e a sua estatistica torna-se sobrecarregada. Nas outras operações obstetricas transpelvianas, se o myometrio prejudicado favorece a infecção, esta nunca é chamada de post-operatoria, mas de puerperal. E' razoavel se tema que a cesareana na eventualidade de uma infecção puerperal abra caminho para o peritoneo pela ferida operatoria, caminho esse muito mais prompto e muito mais rapido do que a parede de utero integra, solapada até a serosa. A pratica da drenagem uterina e da abdominal são essenciaes para o bom andamento post-operatorio. A drenagem abdominal não tem em si perigo provavel, mas a uterina póde comprometter o exito das operações. Ha um facto impressionante: nunca perdi uma só operada de cesareana abdominal na clinica particular, o que explico pela differença numerica entre os casos da clinica privada e os da clinica hospitalar. Entretanto, recorde que na Maternidade das Larangeiras cheguei a ter numa só sala nove operadas de cesareana em restabelecimento cujos curativos, a drenagem uterina sobretudo, eram feitos pelo mesmo auxiliar de prestimo excepcional.

Não estou longe de uma duvida: a drenagem uterina, indispensavel para evitar a retensão lochial, capaz de contaminar o fio porventura aprofundado até a mucosa, propria para remover os possiveis restos membranosos e para manter a contracção permanente do utero excitado pelo corpo extranho concorrendo assim para a inalterabilidade da sutura uterina, esta drenagem requer os maiores cuidados e toda a pericia. Calcule-se um dreno



longo agredindo a parte inferior da incisão uterina e forçando-a mesmo. Não sei na clinica obstetrica nada mais desordenado e mais anarchico do que a pratica commum das drenagens uterinas entregues á vontade ou á predilecção de cada um. Geralmente uma drenagem é um acto penoso, quando a facilidade é o que caracteriza a sua exactidão. Drenagem difficil é sempre drenagem mal feita. Não me repugna muito attribuir algumas mortes após a cesareana ás irregularidades na technica de drenagem uterina induspensavel: o dreno póde muito bem transfixar o utero.

Mais com o intuito de generalizar um recurso que precisa poder desafiar imperfeições ou insufficiencias de ordem material ou individual, resolvi tomar conhecimento das vantagens da operação cesareana transperitoneal baixa, adoptando sempre o criterio de não evitar os casos impuros para que o cotejo com a cesareana corporal pudesse ser instructivo. Da mesma forma que fiz com os casos de cesareana alta, distribuí a pratica da cesareana baixa por mim e pelos meus assistentes, podendo disto concluir que ao passo que a heterogeneidade dos operadores se exhibia na diversidade dos resultados operatorios praticando-se a cesareana alta, na cesareana baixa a variedade dos operadores não alterava muita a homogeneidade dos resultados.

Eis ahi uma superioridade apreciavel. Para meu uso pessoal, poderia reservar a cesareana alta por mim executada e por mim ulteriormente tratada. Mas a collaboração extranha ulterior nas operações por mim feitas modificava os resultados da intervenção. Justifico esta supposição com a estatística sem obito na clinica privada empregando a technica corporal classica. Mas como não me posso multiplicar nem dispartar sempre nos que me cercam e ouvem identico estímulo e identicas convicções, entendendo que a technica operatoria, seja ella qual fôr, não se póde contentar com a sua genealogia; seu prestimo, ou melhor, a sua liberalidade, dispensam a escolha dos servi-



dores alcançando pela simplicidade e pela fidelidade até os mais afastados.

A primeira intervenção de accordo com a technica da cesareana baixa attendeu a um caso de excepcional gravidade, no qual tanto faria praticar o parto abdominal como o transpelvico, pois iguaes seriam as suas consequencias. Uma paciente entra para a Maternidade em trabalho de parto adiantado, tendo sido tentadas vigorosas e infructiferas applicações de forceps, tão maleficas que lhe haviam produzido ruptura completa do perineo, contusões e perda de substancia vaginal, dilaceração do collo do utero. Só o fêto ainda vivia. Foi feita a cesareana baixa porque tinha sido de enthusiasmar o resultado da primeira experiencia da technica estreada na Pró Matre pela mão de Clovis Corrêa. A doente da Maternidade nada apresentou de anormal em torno da operação, mas ao cabo de 4 dias notavam-se-lhe no soalho pelviano e nas paredes pelvicas placas de mortificação e pontos de supuração profunda que em 20 dias trouxeram o desfecho fatal.

Posta provisoriamente de lado a operação cesareana corporal, passou a hysterotomia cervico-segmentar abdominal a ser o methodo de escolha accumulando-se dahi para cá numeros que já podem prestar informações. Ficou deliberado preferir-se a technica de Kroenig: incisão infra-umbelical da parede do ventre até o pubis; calafetagem por compressas entre o utero e a parede abdominal; abertura da prega vesico-uterina; descollamento completo para baixo e o possivel para cima; exposição da zona segmentar a ser aberta e por onde o fêto sahirá; restauração da ferida uterina em dois planos, cobertura della pelo folheto do peritoneo vesical ajustado novamente á serosa do utero. Dentro desta regra geral, cada um se permite pequenas alterações de exigencia mais momentanea do que definitiva, e dahi variantes ora na extensão do retalho peritoneal, ora na sutura da parede



uterina, explicadas sem modificar a essencia da technica primitiva.

A vantagem fundamental da regra de Kroenig não é a passividade do segmento suturado, offerecendo repouso ás superficies ajustadas e favorecendo a cicatrização. A superioridade provem da protecção que a serosa recomposta offerece á cavidade peritoneal se porventura não se effectivar a cicatrização da parede uterina sectionada. Os dois movimentos favoraveis á complicação sombria da peritonite são a manipulação intra-abdominal no decurso da operação e o transito secundario do conteúdo intra-uterino atravez do myometrio aberto para a cavidade abdominal.

A cesareana corporal previne no maximo a complicação primaria; o isolamento do utero exteriorizado é obtido pela aposição de largas compressas ou principalmente pela cobertura das telas de borracha. O cuidado em secar continuamente o campo operatorio sempre encharcado de sangue e liquido cavitario prevê os perigos da infiltração despercebida. E' tão importante este ponto de technica que recentemente se apella até para o uso dos aspiradores electricos em funcção ininterrupta durante a operação. Tambem é de maior proveito a separação do acto cirurgico nos dois tempos, extra e intra abdominal, empregando em cada um delles material renovado, instrumentos, compressas e luvas.

Na cesareana baixa, calafeta-se o ventre com compressas entre o utero e a parede abdominal. Não se discute a perfeita barragem que as compressas apertadas determinam, mas, aberto e esvaziado o utero, o seu volume logo bastante reduzido afrouxa de todo a calafetagem anterior e por entre as compressas livres os liquidos podem penetrar com facilidade. A precaução de pinçar e elevar os bordos da incisão incompleta antes de abrir o utero não é sufficiente, de maneira que, não soffre contestação ser a cesareana baixa inferior á corporal no resguardo immediato do campo operatorio. E' de crêr po-



rém que o enxugamento cuidadoso após a restauração do corte uterino e a lavagem dos arredores com ether reduzem as probabilidades de prompta contaminação.

O facto de não se exteriorizar o utero tambem desperta apreensões. Antes de tudo, restringe-se a liberdade do operador, em virtude da area limitada que a necessidade de não sahir do segmento superior, ainda diminue. Depois, a limpeza cavitaria tão util na prophylaxia da infecção puerperal não offerece a mesma facilidade na cesareana baixa que mantem o utero dentro do ventre. Nas condicções communs da cesareana tardia, onde é habito observar-se a mucosa do utero coberta de meconio alterado e onde ás vezes é embaraçosa a retirada total das membranas compromettidas, o enxugamento cavitario com porções sucessivas de gaze é recurso de valor e preventivo da infecção.

Um tempo na cesareana baixa costuma complica-la: a retirada do fêto. Na cesareana corporal alta, aberto o utero com largueza, basta tomar os pés do fêto para realizar a extracção pouco impedida, em casos raros, pela fixação da cabeça no estreito superior. Na cesareana baixa, a situação é outra. A technica da extracção do fêto compõe-se de manobras varias e recorre até ao uso do forceps. A principio, este ponto da execução operatoria preocupava e constituia motivo de maior demora; nem sempre a applicação dos dois ramos do forceps era exequivel e melhor serviço prestava o ramo unico, actuando como alavanca. Em algumas oportunidades, as tentativas tiveram de ser renitentes e a força que a difficuldade sempre desperta trazia a ampliação involuntaria da ferida uterina, invadindo a porção superior do órgão.

Nesse particular, ao fim de varias operações, tenho conseguido vencer a contrariedade abandonando o forceps com os dois ramos ou com um ramo só. O recurso empregado é singelo: um ajudante comprime o fundo do utero impellindo-o para baixo; outro ajudante empurra com dois dedos vaginaes a cabeça na area do estreito su-



rém que o enxugamento cuidadoso após a restauração do corte uterino e a lavagem dos arredores com ether reduzem as probabilidades de prompta contaminação.

O facto de não se exteriorizar o utero tambem desperta apreensões. Antes de tudo, restringe-se a liberdade do operador, em virtude da area limitada que a necessidade de não sahir do segmento superior, ainda diminue. Depois, a limpeza cavitaria tão util na prophylaxia da infecção puerperal não offerece a mesma facilidade na cesareana baixa que mantem o utero dentro do ventre. Nas condicções communs da cesareana tardia, onde é habito observar-se a mucosa do utero coberta de meconio alterado e onde ás vezes é embaraçosa a retirada total das membranas compromettidas, o enxugamento cavitario com porções sucessivas de gaze é recurso de valor e preventivo da infecção.

Um tempo na cesareana baixa costuma complicar-la: a retirada do feto. Na cesareana corporal alta, aberto o utero com largueza, basta tomar os pés do feto para realizar a extracção pouco impedida, em casos raros, pela fixação da cabeça no estreito superior. Na cesareana baixa, a situação é outra. A technica da extracção do feto compõe-se de manobras varias e recorre até ao uso do forceps. A principio, este ponto da execução operatoria preocupava e constituia motivo de maior demora; nem sempre a applicação dos dois ramos do forceps era exequivel e melhor serviço prestava o ramo unico, actuando como alavanca. Em algumas oportunidades, as tentativas tiveram de ser renitentes e a força que a difficuldade sempre desperta trazia a ampliação involuntaria da ferida uterina, invadindo a porção superior do orgão.

Nesse particular, ao fim de varias operações, tenho conseguido vencer a contrariedade abandonando o forceps com os dois ramos ou com um ramo só. O recurso empregado é singelo: um ajudante comprime o fundo do utero impellindo-o para baixo; outro ajudante empurra com dois dedos vaginaes a cabeça na area do estreito su-



perior e sob a influencia das duas forças antagonicas, o polo cephalico sahe pela incisão uterina espontaneamente, o que simplifica a retirada do fêto.

E' sangrenta a cesareana baixa. De facto, ha muito maior numero de vezes incisão sangrenta do segmento do que a sua secção. exangue. Casos vi em que o campo operatorio se inundou de sangue prejudicando a inspecção local. O hemostatico não adianta. O pinçamento das bordas da incisão de modo a eleva-las, se não pára o sangue, expõe pelo levantamento a superficie a suturear acima da camada liquida e a sutura é condição optima de hemostasia. Receia-se que a abertura segmentaria se propague para cima além da inserção frouxa da serosa; não é bem uma complicação porque o retalho peritoneal alcança ponto elevado do corpo do utero, recobrando razoavelmente a incisão. O que de facto acontece é o escoamento de sangue e de liquido uterino para o declive pelvico, banhando extensões desnudadas, zona perimetrial, onde a riqueza lymphatica póde favorecer a infecção local ameaçadora.

A sutura serosa, por sobre a sutura segmentaria, dada sua rapida cicatrização, fecha um espaço onde, se a synthese uterina se prejudicar, serão bloqueados os liquidos da cavidade do utero, sem passagem para a cavidade abdominal. E' a solução do problema da peritonite secundaria, de longe em longe abalando os credits da cesareana corporal.

E' preciso pesar bem vantagens e inconvenientes. Uma necropsia encontrou, em caso de cesareana baixa, peritonite e ausencia de restauração da serosa vesico-uterina. Julgo na cesareana baixa o cuidado post-operatorio tão primordial quanto na alta e nella o emprego desageitado do dreno, de cujo valor prophylactico não é licito prescindir, prejudica mais do que na cesareana alta por ser mais accessivel a zona uterina restaurada que a drenagem violenta pode transpôr. Tenho tambem por imprescindivel a drenagem abdominal e testemunhei accidentes por falta desta precaução. Ha disso documen-



tos esparsos em varias publicações. Phaneuf cita o phlegmão retro-vesical determinando a morte da paciente e collige sete casos de infecção uterina grave terminando por fistula utero-abdominal communicante com a vagina. Lebrecht refere uma peritonite mortal. Rivièrè regista a abertura secundaria da ferida uterina e peritonite consecutiva. Portes publica uma observação em que os fios de catgut foram eliminados pela vagina e pela fistula utero-abdominal. Kroenig refere um caso de morte por phlegmão retro-vesical. Baumm, Kahn, Kustner, Martini, conhecem episodios da mesma natureza. Maximé na cesareana por placentação baixa, a infecção parametrica é possivel. Tudo indica a necessidade de drenar o espaço retro-vesical, talvez duplamente: a drenagem abdominal simples e a vaginal em longo e grosso tubo de borracha, vindo fóra da vagina, evitando contaminação lochial e communicando assim com o exterior o segmento uterino recoberto pela serosa peritoneal.

Não é demasiado o conselho de se pensar cada vez mais no aperfeiçoamento technico da cesareana para reduzir ao minimo a contaminação immediata e a tardia. Esse aperfeiçoamento technico visará decididamente a finalidade e a decisão de insistir nesse caminho está em toda a historia da cesareana — operação que subiu da condenação para a supremacia. As operações obstetricas ha 50 annos não se apercebiam da hysterectomy abdominal competidora; toda concurrencia desenfreada-se entre as technicas transpelvicas. Hoje, qualquer innovação tem como excellente credencial equiparar-se ou sobrepor-se á cesareana, collocada no primeiro plano.

A experiencia tentada para modificar a cesareana corporal inferior, a chamada cesareana média, dispondo das vantagens da abertura do utero em exteriorização e bloqueio preservadores da cavidade abdominal conseguindo ao mesmo tempo a recobertura serosa da ferida uterina, dispõe por emquanto de numero reduzido. Não ampara deducções. Em torno da cesareana baixa porém, de



1923 a 1927, a estatística da Maternidade e da Pro-Matre colligindo a pratica de varios operadores, alcança 65 observações com 3 obitos, ou 4,5%, numero digno de apreço pois taes intervenções attenderam a casos sempre impuros como recurso ultimo de trabalho demorado, tacteado ou manobrado inutilmente por technica cirurgica transpelviana.

A operação de Portes revela essa tendencia para o aperfeiçoamento da cesareana. Mas, a idéa de Portes é a exumação do processo de Porro, festejado ha 50 annos, anachronico e incapaz presentemente. Em todo o caso, a operação de Porro é bem mais razoavel do que a de Portes.

Kouwer, modificando a sutura de Lestockoy e aproveitando o principio do *uterusbauchdeckenfistel* de Sellheim e Rubeska, revolveu limitar e isolar o campo da incisão uterina com a sutura prévia do peritoneo parietal ao visceral em quasi toda a parede anterior do utero circumscrevendo a zona onde passará o corte hysterotomico. E' um meio de evitar a entrada dos liquidos contaminantes dentro da cavidade abdominal, mas a necessidade de, um ou dois mezes mais tarde, praticar-se segunda laparotomia para destruir a ventro-fixação do utero torna inferior o processo. Recentemente, em 3 casos bons, apliquei a sutura serosa viscero-parietal como tempo preliminar da cesareana baixa: a execução é facil e a defesa da cavidade abdominal bôa. Seguirei no caminho desta observação para conhecimento definitivo. E' bem de ver que determinada a cobertura da ferida segmentar pela serosa peritoneal vesico-uterina, a sutura prévia é desmanchada para evitar a ventro-fixação, dispensando-se deste modo a segunda laparotomia do processo de Kouwer.

A solidez da cicatriz uterina consecutiva ao golpe cesareo é o perigo remoto da intervenção. Com effeito, o parto ulterior, que a technica da cesareana primeira não deve impedir, pôde bem decorrer dentro da espontaneidade e o utero solicitado pelo trabalho integral está quem



sabe ameaçado pela cicatriz que talvez lhe transtornará a continuidade anatomica. São varias, na minha casuística, as observações de partos naturaes após cesareana primeira ou intermediaria. Até 1922 só conheci um caso de ruptura e suppunha não haver outro entre as minhas observações porque, dada a hypothese de tal accidente ter se passado sob outras vistas, não tardaria a informação.

A cesareana iterativa é um meio de pôr á prova as condições da cicatrização uterina. Até hoje pratiquei 22 cesareanas iterativas e só notei 6 vezes adherencia parietal vigorosa obrigando uma intervenção atypica. Para esses casos de fusão utero-parietal, o melhor é aproveitar, na cesareana segunda, a limitação topica que resguarda a cavidade abdominal e por ahi abrir caminho ao feto. A destruição das adherencias expõe superficiaes cruentas nem sempre reconstituídas e que renovarão as connexões anteriores.

Ha na estatistica de Rice, a par da porcentagem das adherencias fortes nas iterativas (8 para 76), a indicação de uma ruptura em 76 cesareanas. Além do caso de ruptura referido, acrescentarei segundo, observado em 1924, satisfatoriamente resolvido. As causas da ruptura explicam porque a deiscencia uterina na cicatriz da cesareana é menos grave do que a dilaceração espontanea ou traumatica no orgão integro. A localização mediana da ruptura de accordo com o traço da incisão operatoria passada, impede maior perda sanguinea pois o ponto interrompido é desprevenido de vasos. Por outro lado, o processo adhesivo cercêa a comunicação franca da cavidade uterina com a cavidade abdominal. Ha neste particular, a proposito da menor importancia da ruptura da cicatriz do utero operado, a possibilidade de se admittir a chamada prenhez abdominal secundaria consecutiva á abertura da cicatriz uterina, facto que Ichenhauser em 1921 estudou recolhendo 14 casos, conhecidos na literatura a partir da publicação de Cauwenbergh nos "Archiv fur



Gynakologie" de 1886. Estas prenhezess abdominaes secundarias appareceram desde o quarto até o decimo mez da gestação, vivendo os fétos por tanto tempo que em 3 observações elles foram retirados vivos. Para Leopold e Veit, só condições excepçionaes da ruptura e o pequeno deslocamento do feto dentro do utero explicam a sobrevida.

Não tem a ruptura do utero cicatrizado o mesmo prognostico da ruptura do utero indemne onde a dilaceração é inferior, lateral e extensa, provocando hemorrhagia abundante, choque e inundação abdominal. Apenas em 3 cesareanas iterativas observei o adelgaçamento da cicatriz, dando uma dellas a impressão de transparencia da parede. Por duas vezes pratiquei, passados tempos após a cesareana, a hysterectomy reclamada por affecção gynecologica. Em uma dellas, 4 annos após a cesareana, por causa de fibrose uterina com hemorrhagia, retirei o utero, remetti a peça ao Dr. Crowell, então no Instituto Oswaldo Cruz, e recebi a seguinte nota: "P. C. 1375. A peça consta de uma pequena porção do utero, retirado da cicatriz de uma operação cesareana. Foram retirados para exame fragmentos de tres pontos differentes. Os córtes que incluem o endometrio mostram pronunciada congestão, alguma hemorrhagia e ligeira infiltração cellular. O myometrio, junto do endometrio, mostra um grau moderado de infiltração monocuclear entre as fibras musculares; em certos pontos, são vistos agrupamentos de cellulas, em outros a infiltração é diffusa. Afastado do endometrio, existe um grau moderado de fibrose. Os vasos mostram espessamento pronunciado, mas não existe infiltração peri-vascular".

Das verificações de Williams e Gamble resulta o que o raciocinio de antemão ensina: com bôa sutura, e não havendo infecção, a parede do utero restaura-se integralmente, reconstituindo-se tecido muscular normal ao nível do corte operatorio. Nem a distensão do órgão nem a sua degeneração por conta de prenhezess anteriores expli-



cam o accidente. A infecção destroe o musculo por necrosé, de modo tão intensão que ás vezes a linha cicatricial compõe-se de serosa e mucosa apenas. E como o processo infeccioso pode licalizar-se em porção restricta da ferida operatoria, nem sempre a ruptura é completa, não se compromettendo a cicatriz na totalidade. Holland, em 89 casos de ruptura, conta 22 parciaes.

Já está feita a porcentagem das rupturas uterinas após cesareana baixa com a collaboração de numeros sufficiente: Welterwald em 3600 operações encontrou 0,28%: na cesareanas corporaes a proporção é de 4%.

Não se fez porém o mesmo calculo para as operações transpêlvicas, embryotomias e forceps altos em vicio pelvico ou por dystocia cervical. E' facto porém encontram-se rupturas uterinas em mulheres cujo passado obstetrico accusa essas operações extractivas deixando residuo cicatricial no segmento inferior.

Reconhecendo-se que a ruptura uterina post-cesareana não tem a mesma significação sombria das outras rupturas, sendo mais efficaz o soccorro que lhes é prestado, conclue-se que toda mulher anteriormente operada de cesareana deve nas parturições successivas collocar-se em condições de bôa vigilancia e immediato auxilio, porque a ruptura possivel é remediada com resultado.

FERNANDO MAGALHÃES



*R*  
**CLINICA**

# **OBSTETRICA**

:: ANNO 2 ::

:- N. 19 :-

:- SETEMBRO :-

:- 1929 :-

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 FORCEPS

---

#### ARTIFÍCIOS, EXCENTRICIDADES

A cirurgia obstétrica, na sua phase primitiva, não se caracterizava. As necessidades prementes de cada caso adoptavam recursos rudimentares, procurados, até entre os utensílios habituaes da vida domestica. Um pouco mais apropriado ás condições especializadas, o arsenal obstétrico reunia a ferramenta commum do trabalho grosseiro de arrancar, reduzir, e seccionar. Os **maxarion**, os **piestron**, os **elcuster**, facas curvas, compressores, ganchos que Hippocrates recolheu, em inventario anonymo, ao acervo dos seus apetrechos tocologicos, eram a grosseira e terrifica apparelhagem que, naturalmente, afugentava dos homens da arte as mulheres atribuladas em transe parturiente. A forma deste arsenal reproduzia os utensílios da mecanica primitiva. A difficuldade criou o apparelho obstétrico, este, por sua vez, complicou-se de embaraços consequentes.

O forceps é uma prova dessa complexidade, oriunda da dystocia e, por conta della, emmaranhada na complica-



ção. Para corrigir ou vencer o estorvo, o forceps, pelo seu mecanismo, addicionava-se de novos impedimentos. Dahi, elle ser o que sempre foi, um recurso correspondendo mal á sua finalidade. Não convem esquecer tampouco como o forceps surgiu, despertando a cupidez, embuçado no segredo, traficado successivamente em lucros crescentes, de Roomhuysen a Ruysch, de Brun a Plaatmann, todos do começo do seculo XVIII, todos de raça judaica. Eram elles forçados pelo decreto do Collegio de Amsterdam que, em 1710, só permittia a pratica dos partos aos possuidores desse segredo geralmente comprado aos examinadores, aos quaes Osiander chamava **prellgride**, a corporação dos "escrocs".

A variedade de modelos de forceps não proveiu da imposição das circumstancias simples, os polos fetaes re-tidos em ponto adiantado do transito pelvico, onde pouco se perturba e nada impede a tracção simples. Desde porém que a distancia actuava como factor embaraçante, o manejo do instrumento ressentia-se da suas excentricidades que constituem a historia variada do forceps e suas modifica-ções.

Qualquer dos tempos operatorios obrigou as innova-ções que nem sempre foram aperfeiçoamentos. Para atten-der á distancia, imaginaram Davis e Barnes o forceps pe-queno, Naegele e Sieboldt o médio, Levret e Thenance o grande. A dilatação incompleta do collo fez apparecer as colheres estreitas do modelo de Dubois. Asegurando a so-lidez da pegada, Osiander restabeleceu as colheres cheias; para impedir as compressões, Petit adoptou a cremalheira, Mattei imaginou o leniceps, Smellie o coxim de couro amor-tecendo as colheres. Com o intuito de facilitar a articula-ção, Sieboldt e Barnes tentaram innovações e Tarsitani, com o pino de trespasse, evitava o descruzamento. Para a asymetria do polo cephalico, Sloane e Penoyé, contrui-ram forceps asymetricos.

Os artificios são em maior numero do que as extra-vagancias, embora ambos vizem os mesmos effeitos —



vencer a difficuldade da introduccão, na applicação e na tracção. No particular da introduccão, o artificio preparou a curvatura pelvica do instrumento. Com pequeno intervallo, Levret em 1747 e Smellie em 1762, adoptaram essa nova curvatura do forceps. O instrumento, talvez desde Avicenna, nasceu com a curvatura cephalica, destinada á bôa pegada, sendo cada ramo um gancho com as mãos de ferro de Palfyn. Este foi um dos pretendidos paes do forceps, titulo que para o japonéz Kangawa de 1668 se pleitea. Mas a descoberta de Causardine, remexendo um velho armario da casa que pertencera aos Chamberlen, trouxe a publico modelos e documentos que garantem o advento do forceps em 1647. Só, cem annos decorridos, foi elle divulgado, após largo tempo de negocios excusos e de verdadeiros contrabandos.

A curvatura pelvica para Levret garantia o perineo, mas para Smellie respondia á indicação da grande distancia. Levret, versionista, condemnava o forceps alto, Smellie, mais ousado, indicava-o desde que a cabeça do fêto fosse pequena. Essa bôa tradição morreu e a rotina, embora decadente, mantém os principios dos apostatas de Levret. Comprehende-se a razão desse esquecimento: — a cabeça alta contrapõe-se pela obliquidade á curvatura mediana do trajecto pelvico. O conceito de Levret a curvatura pelvica, o nome bem o diz, evidenciava a vantagem do parallelismo das curvas, de modo a seguir a curva instrumental a linha da excavação pelvica. Mas, na cabeça alta, e portanto obliqua, observando o parallelismo na introduccão por si difficil, torna-se o forceps impraticavel na applicação, pois sendo curvo e seguindo o rumo inadequado, provoca o confronto de curvas antagonicas na direcção e na regularidade. Ora, desde que a ousadia dos parteiros do seculo XIX impunha a pratica do forceps acima do estreito superior, não cabia mais o respeito á modificação de Levret, tão notavel que marcou etapa na historia do instrumento.

Os forceps puros, isto é, sem adjudicação de meca-



nismo tractor, guardaram por muito tempo o feitio do forceps de Levret, de onde Dubois e Pajot tiraram o chamado forceps francez, por demais duradouro, caracteristicamente aggressivo, longo, quasi fechado nas extremidades cocleares e tendo, como predestinação, em um dos cabos o gancho acerado encoberto, no outro o perfurador escondido, á espreita da oportunidade embryotomica. Convem notar que Pajot quiz insurgir-se contra a idéa de Levret; o seu forceps quebrado não attendeu apenas ao acondicionamento mais facil; a par das colheres curvas, havia como sobresalentes colheres rectas. Mas a época, meados do seculo XIX, não era incompativel com o sacrificio do fêto vivo; por isso as difficuldades com o forceps tinham o recurso substitutivo da mutilação que não repugnava.

De um lado o respeito á vida fetal, de outro o temor pela cesareana, desenvolveram e complicaram as funcções e a estrutura do forceps, procurando constantemente os modelos attender á complexidade de todos os casos. Por isso, a productividade inventiva em torno do forceps resalta da comparação de duas datas: em 1838, o hollandez Kymmel publicava em Groningue a "Historia literaria et critica forcipum obstetriciarum", reunindo 144 modelos; em 1907, eram cerca de 500 os exemplares conhecidos.

A preocupação do forceps alto acabou destruindo a curvatura de Levret, consagrada imprescindivel por quasi um seculo. O artificio preferiu rectificar a linha do instrumento, desde que não mais a applicação seguiria a linha mediana. Tarnier, atrahido pelo problema das cabeças no estreito superior, passou de prompto do seu primeiro modelo, excessivamente sinuoso pela curvatura dupla dos cabos e das colheres, á modo do forceps de Morales, para o ultimo exemplar de curvatura pequena, pois os cabos deitam-se inteiramente no plano horizontal e a extremidade coclear dista 7 centimetros apenas desde plano, quando essa distancia em Levret era de 9 cm. Levret introduziu a curvatura pelvica para a applicação do forceps



médio e do baixo; não lhe interessava o forceps no estreito superior. O instrumental mais moderno insistia na aplicação alta, pelo que sacrificou a curvatura do instrumento para não ter que enfrentar a curvatura da pelve. A solução actual do forceps alto é pela neutralidade do instrumento na hora da introdução, dando-lhe a linha recta, menos hostil do que a curva ás sinuosidades pelvicas variaveis conforme a posição do polo fétal apresentado.

A compressão funesta produzida pelo forceps aconselhou o afastamento maior da ponta das colheres, o que Naegele realizou divergindo em linhas rectas as colheres logo após a articulação e Simpson effectivou com a interferencia da linha quebrada entre cabo e colher, elevando de 11 a 25 mm. a separação das extremidades co-lineares. Já então a força compressora sobre os cabos, praticada por Brunninghausen, havia despertando o recurso das pequenas hastes juxta-articulares do forceps de Busch, destinadas á actuação dos dedos tractores, e que Stoltz mobilizou no seu modelo. Tambem Trelat, ao lado da elasticidade das colheres arredondadas e largas, adoptou a pequena barra de aço atravessando inferiormente os cabos e destinada á tracção: foi o primeiro passo para as cremalheiras de Petit e Lauverjat.

O artificio da tracção tornou-se o ponto das convergencias inventivas. As tracções mecanicas vieram da veterinaria. Pajot, respondendo a Saint Cyr, resumia o seu humorismo agressivo numa phrase condemnatoria: "Chacun son métier... les vaches seront bien accoucheés." A complicada aparelhagem de Chassaigny, para os effeitos da tracção sustentada, está longe do mecanismo de Pros e do tractor de Joulin pouco é diante das polias, dos correames e dos cabrestantes de Poulet.

Hermann teve a primeira idéa do tractor separado e seu filho divulgou-a em 1844. Hubert e Hartmann tambem precederam a Tarnier que em 1875 inaugurava a sua serie de forceps destinados á tracção na linha de direcção



da bacia. Póde se dizer que a acção tractora do instrumento é o que mais tem provocado o espirito creador. Não se comprehende como o absurdo da regra da tracção no sentido da linha de direcção pelvica tenha subsistido. Bem mais razoavel é o systema rofatorio de Pajot que, inspirado em Osiander, muito esperava da tentativa para solver o problema da insinuação. Sabattier entretanto negou a vantagem do tractor novo e Stoltz insistiu na identidade do invento de Tarnier comparado ao anterior de Hermann, já abandonado. As regras de Laroyenne, obedecendo ao principio de Chassagny, a proposito da tracção no centro de figura, incentivaram o emprego dos laços, já da pratica de Brulatour em 1817. O laço todavia é recurso que Nicolau Saucerote ensinava nas suas lições de 1760 e figura em 1781 no texto do livro de Jacob.

Desde que Stein adoptou o labimetro, em 1782, para calcular a pressão exercida pelo forceps sobre a cabeça do feto, estava firmada pela experiencia a noção de Petit, o inventor da cremalheira. Não tardou verificar-se a compressão excessiva das colheres por conta dos cabos firmados em tracção insistente, força essa calculada na proporção de 1 para 10, indo facilmente ao limite de 80 kilogrammos quando o pé do profissional procurava no ponto de apoio a escora que facilitava a força maxima (Delore). A noção do perigo da força restinguiu o prestigio do forceps. Bem cedo esse perigo foi authenticado, bem cedo o artificio tentou remove-lo, óra desviando a mão do operador do cabo do forceps, óra intercalando entre o instrumento e o parteiro o tractor extenso que o distanciava do seu manipulador. Por fim, os forceps não são mais forceps, não são mais pinças, tanto o forceps commum implicava a força e essa força ameaçava desastres, passando o acto operatorio a ser um prenuncio de possiveis surpresas desagradaveis. Só mesmo a pouca pratica do forceps alto e a larga disseminação da embryotomia explicam ter sido possivel apenas em 1869 o conhecimento da asymetria cephalica condicionando a technica



atypica da applicação do forceps. Si Carof em 1869, recordando Dugés em 1833 e Erpenbeck em 1834, aconselhou o uso do forceps asymetrico, outro intuito parece não ter sido Baumers com o seu modelo onde Farabouef foi buscar o dispositivo da alavanca mensuradora.

A difficuldade em articular o forceps determinou talvez o primeiro modelo de forceps paralelo. Coutouly, em 1788, apresentou o primeiro forceps paralelo, sem contar as mãos de Palfyn, de parallelismo empirico, e não obedecendo a qualquer determinação. Thenance entretanto foi o propulsor da idéa em 1801, e a escola de Lyon chamou a si em 1857 no forceps de Valette que, morphologicamente, é bem o forceps Demelin.

No regimen das extravagancias, após os retroceps de Hammon, os sericeps de Pouillot, este com o benefico intuito de não contundir o fêto tal como a funda de panno de Mauriceot, a touca de malha de Amand em 1714 e a alça de Mead em 1790, Faraboeuf transmittiu a sua autoridade á alavanca mensuradora e aprehensora de nomeada ruidosa e de prompto descredito. Ponder, em 1899, resuscitando o invento de Leake em 1774, já exhumado das ruinas de Pompeia, pleiteou as vantagens do forceps de três ramos. O curioso porém é que ainda em 1925 Barton acredita na excellencia do seu forceps, onde ha de tudo, o tractor de Tarnier, o mensurador de Farabouef e a tecnica das alavancas.

Diante dos recursos que a hesitação e o insuccesso provocaram atravez de todos os tempos, é de extranhar esquecerem-se todos as velhas verdades, a pedirem divulgação. Releia-se o conselho de Lamotte "...si par malheur l'occasion se présente de mettre cet instrument (forceps) en pratique, ce que je crains autant que je souhaite..."

O forceps nunca perdeu nem perderá a significação que o profundo observador traduziu tão limpidamente. De facto, o instrumento está subordinado a duas funções contrarias, a applicação e a extracção. O livro de Flamand,



de 1818, é bastante decisivo e explicito: "uma coisa é a apreensão, outra é tracção; o que facilita a primeira dificulta a segunda e vice-versa".

A pratica do forceps, quando é, ou pouco deixa de ser, o prolongamento das mãos do parteiro, recebe indifferentemente o auxilio de qualquer instrumento: assim o forceps de Simpson Barnes não foi supplantado em 40 annos de largo uso. Não se dá o mesmo quando a operação se propõe a demover a cabeça alta.

O forceps de Tarnier, após tão prolongado, apreço, chegou ao franco declinio; tem ainda adeptos, em numero reduzido, mas mesmo na França de cuja escola foi representação, repetem-se agora as criticas de Pajot, o mais impenitente dos seus adversarios. Hoje dois forceps occupam a attenção geral: o Demelin e o Kielland. Cada um significando uma origem — um o forceps francez, o outro o forceps allemão.

O forceps só interessa como problema complexo quando foge da indicação corriqueira, pelo que, para os casos faceis, ninguem perde tempo em discutir ou apregoar vantagens deste ou daquelle instrumento. Complicando-se porém o problema clinico, não só se põe em duvida a legitimidade do acto operatorio, como principalmente o valor do instrumento que se propõe executa-lo.

Duas circumstancias acarretam a complexidade operatoria: a orientação e a distancia do polo fetal. A primeira depende bastante da segunda, por si só sufficiente para crear a difficuldade, tornada quasi insuperavel quando as duas se conjugam. Explicando melhor: é orientação defeituosa a transversabilidade da cabeça ao longo do trajecto pelvico, mas se a cabeça é transversa e baixa, pouco influe o embaraço na manobra que só se complica quando esse polo se afasta do termo do trajecto. A transversabilidade accusa proporcionalmente importancia maior a medida que a distancia se accentua, e essa distancia isoladamente concerta-se na complicação. A direitura da cabeça é signal de mecanismo completo e a sua



obliquidade é bem o recurso da adaptação em todo o caminho pelvico. A transversabilidade não pôde ser nem no final do trajecto uma adaptação; é simplesmente um estorvo notavel si é alta a cabeça, e, grave, si a tentativa de insinuação estabelece a apresentação parietal. De maneira que o problema clinico do forceps comprehende as cabeças altas obliquas ou transversas e as cabeças insinuadas transversas.

A condição da cabeça insinuada transversa pede immediata attenção. Não se deve pensar em manter semelhante orientação. A transversabilidade da cabeça é signal de mecanismo interrompido das posteriores, ou de insinuação penosa em bacia viciada: ha differença no aspecto clinico de cada hypothese. Em 1894 Muret focalizava a questão cogitando das transversas primitivas, secundarias e mixtas. Dispensa-se esta ultima modalidade. As primitivas são as consequencias da restricção dos diâmetros antero-posteriores da bacia. O achatamento pelvico total obriga o percurso cephalico sem o auxilio da rotação, o que se comprehende, pois os diâmetros transversos são de facto ou os maiores ou os que menos impedem, pela relatividade perante a diminuição dos diâmetros, antero-posteriores. As transversas secundarias, rotação prejudicada, são effeito do grande volume occipital posterior esfalfando o utero no trabalho de progressão, ou se seguem á deflexão cephalica que o espaço pelvico maior permite.

A transversabilidade secundaria resulta de uma diminuição da força impulsiva ou de uma anomalia da acomodação da cabeça em descida. Para este ultimo caso ha o recurso da manobra; a deflexão é consequencia do maior espaço pelvico, onde a mão se encontra á vontade para alcançar a correcção conveniente. O grande volume occipital, porém, que demora a rotação necessitada de maior força uterina para vencer o percurso do grande gyro, não obedece á actuação manual e assim firma-se a indicação do forceps. Não vejo, porém, vantagem nesta rotação com



o instrumento completo, constituindo volume capaz de destruir até tecidos pelvicos. Infelizmente a lição de Barnes foi esquecida. A sua exactidão transparece dessas palavras: "A rotação deve ser combinada com o movimento de descida do occiput; para isso applica-se a manobra de West, colher da alavanca sobre o occiput fazendo tracções para baixo e recalçamento da fronte para cima com a mão". O ensinamento do mestre do Hospital St. Thomas de Londres é perfeito quando escreve em 1877: "E' trabalho perdido, é embaraço inutil imposto á natureza, é a violação da maxima — ne quid nimis — querer forçar a rotação imprimindo aos forceps um movimento neste sentido". Se a applicação do forceps sobre a cabeça transversa não se effectivar sem transformar primeiro a posição inconveniente, cumpre usar de um ramo unico do instrumento trabalhando como alavanca.

A obliquidade cephalica é uma accomodação. Mesmo alta, a cabeça obliqua é mais frequentemente trazida pelo forceps do que a transversa, tanto assim que a technica pouco se deteve nas applicações antero-posteriores do forceps alto nem afiançou o uso da collocação transversa das colheres. Ficou classica a pegada obliqua. Certamente ella é um subterfugio; não procura o maior espaço pelvico, mas o medio; assenta tambem sobre o diametro medio da cabeça, é o equilibrio. A applicação transversa encontra grande espaço pelvico mas abrange grande diametro cephalico, uma vantagem e um inconveniente. A pegada antero-posterior tem de se contentar com um pequeno espaço, mas tambem se destina a um pequeno diametro; dá-se o inverso: um inconveniente e uma vantagem. Só nas applicações obliquas, se as vantagens não são totaes, os inconvenientes não são absolutos. E' o meio-termo. E' exacto que a introduccão do forceps se embaraça no antagonismo das curvas e a sua applicação na desigualdade das superficies. Mesmo ahi, o equilibrio é um facto. Si a curvatura pelvica do instrumento, ou a sua relativa rectidão nos modelos modernos não se presta á



linha mediana, tampouco se accomoda ao transito lateral: vae pelo caminho que não é nem o apropriado nem o adversario. Por outro lado se a superficie cephalica não se conforma na regularidade das bossas parietaes, também não se contradiz na divergencia entre a convexidade occipital e o relevo fronto-facial; o curso da linha fronto-mastoidea não se prejudica muito com a parceria da zona jugo-malar. Depois a obliquidade cephalica aproveita á obliquidade do forceps de maneira que a relativa imperfeição da tecnica é tanto recurso de adaptação como a relativa desorientação cephalica: a obliquidade é sempre um expediente e se della se utiliza o polo fetal, não é illicito que o instrumento também a procure. Apenas, é indispensavel que as duas obliquidades se sobreponham de modo a, havendo primitivamente transversalidade cephalica, seja esta reduzida porque esta transversabilidade só se ajusta á identica direcção do instrumento. O forceps tem de ser harmonico: bacia e polo cephalico são elementos contrarios; o que é directo em relação a uma é transverso em relação ao outro. O polo cephalico tem a sua representação symetrica no limite bi-parietal: duas superficies eguaes que se defrontam na morphologia craneana; fóra dahi, essa condição não se repete. As superficies pelvicas defrontam-se igualmente na mesma topographia exacta no limite dos diametros transversos. E' como se fossem dois parentheses: o cephalico de um a outro parietal, o pelvico de um a outro extremo transverso. A cabeça transversa põe o parenthese bi-parietal em equidistancia contraria ao parenthese pelvico. A cabeça directa sobrepõe as duas linhas. A cabeça obliqua aproxima-as numa redução de antagonismo. Quando a linha bi-parietal e a linha transversa pelvica se harmonizam, é o caso da cabeça baixa e rodada, onde tudo se ajusta, a natureza e o artificio. Mas na opposição radical da transversabilidade cephalica e da direitura bi-parietal, o artificio tem de resolver com prudencia, não se decidindo nem pela direitura nem pela



transversabilidade, preferindo a obliquidade. E assim será obliquo o diametro, obliqua a sua orientação, obliqua a sua apreensão. Restabelece-se a harmonia, embora menos proveitosa, do diametro transverso de cabeça em orientação transversa e em apreensão transversa.

Não se comprehende assim a applicação antero-posterior, artificio que Smellie no seculo XVIII e Baudelocque no começo do XIX pleitearam. Tentou-se ulteriormente restabelecer esse principio: Davis, Faraboeuf, Kielland, não cuidaram de outra tecnica, capaz de se embarçar na introduccão, na applicação, mas contando talvez com os effeitos da força compressora que, desde as experiencias cadavericas de Osiander, Sieboldt e Velpeau, prometia reduzir de quasi 1 centimetro o diametro bi-parietal. Infelizmente tal doutrina permaneceu por tempo demasiado, e foi qualidade do forceps, apregoada por muita gente, essa compressão reductora valendo quasi por uma craneoclasia mascarada. A applicação antero-posterior facilitava o movimento de alavanca no caso por exemplo da paragomphose, movimento este sobre o qual forceps algum moderno deseja se firmar. A pegada directa, apanhando o diametro antero-posterior da cabeça, de que Ramsbothman foi o primeiro partidario, além da pequena oportunidade do achatamento pelvico, representa perigo para a integridade fetal, cuja face se contunde, e, no momento da tracção, facilita transformar-se a apresentação, num deflexionamento que peiora as condições anteriores do caso clinico.

O cabo do instrumento, pela compressão acrescida no seu manejo, por fim foi votado ao abandono. Mesmo nos forceps simples, destinados ás pegadas baixas, a força applica-se no angulo de junção inferior das colheres ou nos appendices juxta-articulares. Ha 50 annos, Inglis mutilou o forceps e apregooou a superioridade do forceps sem cabo. Mas desde Hermann até Demelin, sem esquecer Lusk, Saenger e Breuss, todos os tractores procuravam evi-



tar a constrição dos cabos. Muito insistiu Tarnier sobre o parafuso que conjugava os ramos do seu forceps, escrevendo repetidamente: "Une vis de maintien, pas une vis de pression." Desde 1870, na Gebärhaus de Praga, o forceps compressor era absolutamente contra-indicado.

Uma excellente orientação pratica resume com proveito as indicações do forceps no seguinte postulado: Só deve ser indicado o forceps facil, o que se introduz, se applica e se articula facilmente. E' lição pouco divulgada e pouco conhecida; a de Barnes: "só se pode racionalmente tentar o forceps quando a sua articulação é feita sem auxilio da força". A condição da facilidade é essencial. O grande erro accumulado é o de se suppôr o forceps um tractor; não deve ser elle nem uma nem outra cousa. A bôa apreensão decorre da bôa compressão e esta é progressivamente malefica. Si para apprehender é preciso comprimir, para apprehender é preciso prejudicar. A tracção é outro erro; o seu insuccesso evidencia-se pela hesitação de sua technica. O arrancamento primitivo, mais coherente com o principio da tracção pura, teve de ceder á puxada mais ou menos vigorosa, óra continua óra intervallada, óra firme óra oscillante, óra directa óra indirecta. Como tractor, o forceps tem que replicar á resistencia e esta é que organiza as consequencias operatorias. O tractor vencerá a difficuldade com maior ou menor força e para ser verdadeiramente tractor elle tem que apprehender e que segurar. Si não segurar, quando trouxer terá de abandonar a presa. A resistencia intransigente impõe a apreensão irreductivel e, no forceps, a apreensão irreductivel, diante da resistencia intransigente, é a destruição irremediavel.

O primeiro impeto da arte primitiva diante da dystocia foi evidentemente arrancar: o instrumento antigo prova essa intenção. Já é tempo de libertar-se a operatoria obstetrica do preconceito nefasto, instituindo a regra do deslocamento. Os dois ramos conjugados do forceps não podem nem comprimir nem trazer, porque assim



ter-se-hão coordenado numa função unica quando cada qual deve cumprir a sua tarefa separadamente: cada ramo de forceps, é um deslocador do polo cephalico no sentido opposto ao da sua actuação. Por isso, as duas forças actuando simultaneamente em sentido opposto não podem movimentar alternadamente. A obliquidade e a distancia só se resolvem pelos deslocamento substitutivos, isto é, movimento repetidos e successorios, incompatíveis com o constrangimento da pegada e o despotismo da tracção. Já desapareceu o forceps compressor; identico é o destino do forceps tractor, restando o forceps conductor, uma vez que os seus dois ramos consigam a prerogativa que Aitken reclamava para a sua alavanca — a living lever — alavanca viva.

Não é tão grande entretanto o mal decorrente do forceps para a pratica obstetrica porque, sendo elle o symbolo da especialidade, muito mais prejudicial é a sua multiplicidade; os seus inventores, merecem a critica de Roederer em 1750: "proprii fama fructuique consulendi causa".

FERNANDO MAGALHÃES



*220*

# CLINICA

# OBSTETRICA

:: ANNO 2 ::

:: N. 20 ::

:: OUTUBRO ::

:: 1929 ::

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 FORCEPS

---

### APERFEIÇOAMENTOS E DEFEITOS

Ninguém pôde prescindir dos bons officios de um forceps Simpson-Braun, sufficientemente longo, bastante folgado na elipse coclear, cujas extremidades se afastam de modo adequado. E' o verdadeiro instrumento para as pequenas distancias, é o forceps perineal, é o forceps no estreito inferior. E' o forceps da sahida, phase em que é favoravel o uso do instrumento-pinça que apprehende e que traz. Nos outros momentos, entrada e percurso, o forceps-pinça não tem razão de ser. Comprehende-se o forceps **extrahindo da bacia**, mas não **atravez da bacia**, onde o instrumento deve perder o nome, e não faltar ao seu fim de conduzir. Tampouco se admittirá que o forceps introduza o polo cephalico na bacia; a pinça extractora só age quando a extracção é possivel.

Forceps extractor, alavanca dupla conductora, eis tudo quanto se pôde encontrar no arsenal obstetrico. Forceps extractor é o que não precisa aprofundar-se para



apreender, agindo assim com vantajosa simplificação. Desde que possa ser introduzido, applicado, articulado, sem esforço, a função tractora está garantida. E' só dispôr bem o polo cephalico na orientação e na morphologia. Já está explicado o papel da orientação, o valor equitativo da obliquidade. A morphologia do polo tem importancia identica: basta attender á impropriedade do forceps nas apresentações pelvicas ou nas cephalicas intermediarias em flexão ou deflexão, todas de morphologia impropria. E' que o forceps, se dispõe do diametro transverso inter-coclear que responde pela segurança da pegada, tambem apresenta o diametro longitudinal intra-coclear que indica a extensão e a direcção desta pegada.

O diametro longitudinal intra-coclear destina-se a abranger o grande diametro cephalico occipito-mentoniano, tanto quanto o diametro transverso abraça o bi-parietal. O forceps-pinça só se entende em cabeças alongadas na verticalidade da distancia occipito-mentoniana, dahi a precaução de dispor as cabeças destinadas ao forceps na integridade da sua apresentação, completamente flexionadas ou totalmente deflexionadas. Si possivel, o forceps-pinça prefere intervir no polo cephalico de morphologia exacta e orientação perfeita: o eixo longitudinal da cabeça em relação com a linha da entrada da bacia e com eixo longitudinal da ellipse coclear, condição optima da cabeça descida e rodada. Assim se resumem a indicação e a tecnica do forceps baixo, uma e outra reciprocamente independentes, tanto a indicação typica prepara a tecnica habitual quanto a indicação rara predispõe á tecnica atypica.

Atypico é o forceps alto, o forceps no andar superior da excavação, o forceps sobre a cabeça encaixada forçando o percurso pelvico. A distancia actúa como factor peyorativo, dada a irregularidade no rumo da introdução, o embaraço no ajuste da applicação e a difficuldade na efficacia da movimentação. Para maior estorvo, o polo cephalico entravado no percurso pelvico ageita-se em mo-



vimento complementar que desnivela o plano da figura como se dá com a inclinação. O asynclitismo é uma tentativa supletoria e, ante a solução pelo forceps, ou não se define bem ou se expõe demasiadamente: incompleto o asynclitismo, é a proporção ainda soluvel; definitivo, passa a ser encravamento talvez irreductivel. Só as largas oscillações insinuantes, num movimento de basculo, avançam com reativo proveito.

O forceps de Kielland é o instrumento proposto para determinar o movimento asynclitico na passagem definitiva da cabeça pelo estreito superior. O forceps tem por função desencravar ou movimentar. Desencrava, se o asynclitismo é accentuado e permanente, o que só consegue modificando a descida do parietal e anulando desta maneira a apresentação insolúvel. Então a manobra desencrava mas não aprofunda; este é o grande erro da tecnica, querendo na apresentação do parietal descer o parietal elevado sem repellar o que está baixo. O desencravamento é uma libertação, porque cumpre mobilizar o polo preso para lhe ser dada a forma conveniente, a da sua apresentação pura, a boa flexão ou a deflexão indispensavel. Certamente a libertação cephalica acarreta a introdução e a applicação do forceps mais profundamente e este maior alcance é condição desfavoravel, razão pela qual o desencravamento permite a versão ou melhor, o encravamento é oportunidade excellente para o parto cesareo.

Na cabeça alta, insinuante, moldada e pouco constrangida, a conformação cephalica, pela verticalidade do diametro occipito-mentoniano, é manobra prévia essencial. O forceps, qualquer que seja a distancia, não admite as apresentações secundarias e, si nas applicações baixas esse inconveniente é suplantado pela força e pela evasiva, nas altas, evasiva ou força ora falham prejudicando, ora conseguem prejudicando ainda mais. Saiba-se porém que a circumstancia do longo trabalho gerador de difficuldades, alterando o volume cephalico, pela moldagem e pelo acres-



cimo da suffusão hemorrhagica, é obstaculo invencivel á manobra da conformação cephalica, tendo pois o forceps de se exercitar sobre essa dystocia acrescida.

O problema é fundamente complexo, cheio de imprevistos, com grande numero de surpresas desagradaveis. Já são precarios os calculos de espaço e de volume, ainda mais fracos são os argumentos da estrategia operatoria que não encontra conveniente aparelhagem. Dir-se-ha que os aperfeiçoamentos do forceps congregam opiniões e preferencias, mas verdade é que o sequito das preferencias, a principio avultado, por fim rareia farto de desapontamentos. Isso não importa todavia em relegar o estudo dos forceps de uso quotidiano, o de Kielland e o de Demelin. Ambos são forceps destinados á cabeça alta. Convem definir o que vem a ser forceps alto. A pegada "ideal, invertida, flexora" de Jeannin e Llames Massini, tem o grande desfavor de poder manobrar em cabeça movel. Forceps alto, para a maioria dos praticos, é o instrumento applicavel em cabeça cuja extremidade penetrante aproxima-se do plano bi-sciatico da excavação; é o que informa a regra de Kielland, ratificada no apoio dos seus dois maiores enthusias-tas, Heidler e Saenger.

O forceps que Christian Kielland apresentou em 1915 trazia em seu abono uma casuistica de 352 parturientes. E' um forceps leve, de curvatura pelvica reduzida ao minimo, com um ligeiro esboço de curvatura perineal e ramos em bayoneta. Não é original nem na estrutura nem no funcionamento. O aspecto geral do forceps é um mixto das colheres do de Penoyé e dos cabos do de Naegele; a articulação, deslizando em calha ou goteira, está descripta com o mesmo dispositivo por Mulder em 1794. A sua função, a chamada originalidade genial da applicação primeira do ramo anterior, com o volteio riscando a parede abdominal, é a antiga tecnica da alavanca de André Boeckelmann, o avô, que no começo do seculo XVIII foi um dos compradores do meio-forceps de Chamberlen. Vale a pena recordar que a maneira de Boeckelmann aplicar a alavanca



mereceu condemnação immediata do seu discipulo Titsing, primeiro observador dos desastres da manobra que, mesmo corrigida a curvatura excessiva da alavanca, não chega a diminuir o perigo da rotação intra-abdominal do instrumento.

A incoherencia do forceps de Kielland está no seu cabo a Naegele, com os dois appendices juxta-articulares destinados á collocação dos dedos na tracção conjunta sobre os cabos. Ora, a articulação, encaixe ou gotteira, é a segurança do escorregamento de um ramo sobre o outro, para attender ás pegadas asymetricas. Assim, o escorregamento eleva ou abaixa o appendice articular, e não serve mais á collocação dos dedos incapazes de adaptarem-se ao desnivelamento e por isso terão de recompor a symetria na tracção simultanea, deslocando o ramo mais penetrante. Além disso, o uso do cabo tractor, pela compressão consecutiva, é principio ha muito condemnado e sem esperanza de reparação. A tracção simultanea nos dois cabos tem no forceps de Kielland papel preponderante. O dispositivo das colheres dá-lhe uma apreensão excellente — a ellipse intracoclear é reduzida e de afastamento terminal nullo. Desta fórma, actuando o instrumento tomado pelos cabos, a força compressora é das mais notaveis. Além disso, a grande indicação d'elle é a cabeça alta e asynclitica, pedindo insinuação do parietal elevado. Se a tracção é conjunta, força a cabeça a descer na posição em que o instrumento aprehensor a surprehende e immobiliza, impossibilitando o movimento de basculo. Tarnier, tendo em consideração o conceito favoravel de homens como Boddaert, Marchant e Fabbri, imaginou a alavanca dupla cujo manual operativo assenta melhor nos forceps modernos do que o antigo principio da apreensão.

Toda a superioridade reclamada para o forceps actual está na liberdade dos movimentos cephalicos, o que não se póde comprehender se o principio da apreensão é inteiramente respeitado. Tanto isto é verdade que o forceps de Kielland prestará serviço, em casos restrictos, ao des-



locamento da cabeça com demorada inclinação parietal posterior. A parte relativa á natureza do asynclitismo é capital na indicação do forceps, pois com este é incompativel o asynclitismo anterior. Si é tractor o instrumento, o polo cephalico apprehendido esbarra intransigente de encontro á parede retro-symphisaria convexa; si é alavanca, o instrumento não alcança o parietal posterior em ascensão, manobra que Herbiniaux já em 1782 reputava penosa. Dahi ser certo prestar-se mais ao emprego do forceps de Kielland o asynclitismo posterior, pois o deslocamento do parietal anterior facilita-se pelo espaço que a excavação sacra offerece.

No forceps de Kielland, ha uma questão dependente das condições geraes do instrumento: peso e fôrma. A influencia do peso é relativa, pois a compressão com os forceps leves não é menor em prejuizo. A fôrma, guardada a curvatura cephalica e organizada na direcção recta vencendo os contrastes que a distancia costuma apresentar pela topographia do trajecto, não se subordina ao transito. O que o forceps de Kielland destróe é a tradição secular da colher posterior primeira, e a espiral de Madame Lachapelle para ajustamento da colher anterior segunda.

A questão da colher posterior tem mais importancia do que se supõe: pela facilidade da sua aplicação, vae constituir verdadeiro ponto de reparo, porque, ainda não occupada a bacia, o ramo separado dispõe-se na parte mais ampla da excavação, a posterior, o que favorece o reconhecimento perfeito da topographia craneana, base do diagnostico exacto e essencial á collocação conveniente. Este ponto de reparo bem determinado é o correctivo na aplicação anterior da colher segunda, que nem sempre a exiguidade do espaço deixa acompanhar pelo tacto explorador. Por isso, se a colher segunda não defronta exactamente a primeira, de aplicação bem fiscalizada, conclue-se pelo defeito da tecnica na colher segunda. Tal indicio faltará si a aplicação primeira da colher anterior fôr preferida porque angustuada a parte posterior da symphise, a ca-



beça não dá margem á boa passagem das colheres, cuja applicação, esforçada e pouco util, será irregularmente fiscalizada: é observação commum, nas cabeças transversas, vencer a custo a colher do forceps o arco anterior da bacia. Si a colher primeira anterior não se colloca no lugar proprio, a segunda perde o ponto de reparo fidedigno que accusa a sua apposição indevida, embaraçada pela restricção de espaço que a primeira colher provoca.

O forceps de Kielland dispensa a manobra de Madame Lachapelle, abandonando assim uma tradição respeitavel de ensinamentos e de serviços. Haverá uma ingratição mas não um sacrilegio: ao menos, saber-se-ha que mesmo uma manobra de forceps universalmente aclamada por fim teve a sua proscricção. E' um favor que se dispensa ou é uma illusão que se desfaz? Dou que seja um favor para concluir ser tão defeituoso o forceps que até mesmo seus melhores prestimos acabam desvalorizados.

Para substituir a espiral de Madame Lachapelle, Kielland renovou o esquecido recurso de Boeckelmann: a introducção da colher anterior primeira com a concavidade voltada para o corpo do pube e o seu movimento de rotação afim de acomodar no craneo essa concavidade co-clear. Só a exentricidade parece ter inspirado o velho Boeckelmann e o novo Kielland porque o uso commum da alavanca regia-se pela applicação de concavidade do instrumento sobre a convexidade cephalica. Entretanto, quando a colher convexa se introduz entre a parte cephalica e a bacia, a sua extremidade caminha livre por entre a pequena resistencia dos tecidos e o espaço supra-pubico, e, desta forma, a prudencia ampara contratempos. O movimento de rotação porém desperta os maiores temores: a ponta da colher que volteia impele em prega evidente a parede do hypogastro e ahi o contacto marca um sulco que pode bem ir além do arranhão. Dado que tal não aconteça, o que nem sempre a pratica attesta, não se pode avaliar bem a collocação adequada dessa colher porque no Kielland a mão guia está reduzida a reconhecer ape-



nas o inicio do trajecto, desprotegendo portanto as partes molles.

O segmento cephalico anterior elevado no retro-asynclitismo não dá á mão simples a faculdade de explorar e ainda menos á mão dobrada do instrumento, carente de espaço. Ha, ou melhor houve, uma grande corrente em favor do forceps de Kielland e os centros allemães pleitearam mais a sua divulgação do que os proprios compatriotas do inventor. A principio o enthusiasmo permittiu affirmarem a descida cephalica em transversa até o estreito inferior, dando-se a rotação quasi espontaneamente. Nas provas de Hauch, de Copenhague, registam-se dez casos graves de ruptura de utero e de bexiga. O quadro estatistico do Rig Hospital é concludente porque á medida que o forceps de Kielland rarêa no numero das intervenções, (de 59 para 256 forceps communs a, 7 em 436), cresce a mortalidade fétal de 2,2% com os outros forceps e de 14% com o de Kielland. Ha na etiologia das lesões maternas duas oportunidades, a tracção que tritura os tecidos molles com a colher do forceps escorregando comprimida pela cabeça, e a rotação forçada que rompe fundo a cervice, alcançando mesmo a bexiga.

Martim Guttman encontra 38,5% de lesões maternas na Clinica de Breslau, embora a mortalidade seja nulla. Os casos de Heidler, da Clinica de Vienna, provam óra a difficuldade, óra a impossibilidade de applicar-se a colher anterior e reúnem uma mortalidade materna global de 6% e fétal de 17%, numeros que se referem a todas as applicações das quaes 58 foram de forceps alto. Da incongruencia do forceps de Kielland, contrariando os primitivos louvores, falaram com segurança Fink e Spitzner; Peters, de Vienna, concorda com a opinião de Wyders que consiedra os exageros de Kielland e seus partidarios signal de verdadeira inhabilidade. Na clinica de Winter, em 54 casos, 5 vezes a colher anterior do f. K. trouxe serias lesões, o que está de accordo com as impressões de Neumann,



Mayer e Guggisberg. Krull chega a verificar embaraço até na collocação da colher posterior.

Maugrado a sua acção compressora, o f. K. escapa como demonstram as observações de Hammerschlag, Hoffmann, Thies, Zimmermann e Bruch. Na estatística de Fink, o f. K. 70% duas vezes causou rupturas vaginaes; em 7 vezes houve necessidade de exagerar a força, facto bastante conhecido; 6 mulheres em 54 intervenções morreram, sendo 3 por conta de lesão grave da parede anterior do utero; 11 fétos foram sacrificados por traumatismo craneano.

E' bastante convincente a conclusão da clinica de Koenigsberg cujos casos de applicação de f. K. foram entregues a assistentes habéis e em que justamente os episodios "catastrophicos para a mulher e o feto" deram-se nas mãos dos mais antigos profissionaes do serviço. Si assim é, num ambiente de capacidade tecnica, num exercicio altamente especializado, o que não será esse forceps entregue á pratica commum com as prerogativas de forceps universal? Não se trata do apregoadado "jogo infantil", nem da "elegante intervenção", nem "do forceps ideal do futuro", Strassmman abandonou of Kielland, Fehling é lhe contrario: julga-o difficil e prejudicial. Zangemeister desponsabilisa-o pelos rupturas segmentarias. Walthard e Frey renunciam á applicação primeira da colher anterior, em todos os casos, proposito que apaga a maior significação do instrumento.

Os perigos da applicação de colher anterior são conhecidos; além da lesão do utero e da bexiga ha a compressão do cordão umbellical. Mas Wille, na Geb. Gyn. Ges de Berlim em 1929 citou uma complicação rara, a passagem do braço do feto pela janella da colher anterior firmando ahi o cotovello e impossibilitando em absoluto á retirada da colher indispensavel pela defeituosa applicação della.

As experiencias de Lantuejoul em bacias seccas attestam os defeitos do f. K., sobresahindo entre elles o volume do systema cephalo-instrumental maior do que com



os outros forceps. Além disso, o ponto de actuação da força desenvolvida pelas colheres quasi em gancho provoca a deflexão cephalica conhecidamente impeditiva. O instrumento é aprehensor de grande efficacia, o que vale por uma condemnação. Não se trata de um instrumento de manobra, mas de um aparelho de extracção energica, tanto que os seus partidarios não mais acceitam a rotação por elle executada pela possibilidade de contusões com a curva da colher primeira. Rodrigues Lima empregou 8 vezes o f Kiel-land com 2 insuccessos, e as restantes com 6 mulheres vivas e 3 fétos mortos.

Por duas vezes empreguei o f. K. e delle não tenho resentimento: o primeiro caso decidiu-se com presteza, o segundo foi negativo, pelo que lancei-me na aventura feliz de uma versão. Em ambos porém mantive o absoluto cuidado de agir com toda a precaução, pois parecia-me dispôr de um elemento aggressivo e perigoso, tanto prompto em prestar um grande serviço como em proporcionar uma dolorosa decepção. Não foi facil a applicação da colher anterior e, á vista da prega abdominal por essa colher voltante, ninguem se sente tranquillo. A applicação da colher posterior no segundo caso foi vagarosa e dura: quando a cabeça é transversa e a sutura sagital, afastada do pube, a collocação da colher posterior sobre o promontorio não é nem elegante nem rapida. Dá-se a tracção num sentido unico, a cabeça progride no mesmo plano e se o volume é farto ou a moldagem irregular, ha ameaça de encravamento. Mesmo sem ter conseguido a finalidade do segundo caso, pois a cabeça não se demoveu da elevação em que se encontrava, o forceps triturou o collo do utero cuja perda de substancia sangrou logo que o instrumento foi retirado. No primeiro caso, penso que a mesma facilidade me proporcionaria um forceps commum.

Confesso essas occurencias como um aviso. Afinal, tenho pelo menos o habito do officio que desde 1896 (3.º anno medico) acompanho; leio e releio o que se tem dito sobre o forceps; experimentei muitos modelos em manne-



quim e em cadaver; empreguei outros repetidamente no vivo; fui mesmo inventor de um; e, ao cabo de tanta canseira, sinto o peso da intervenção com as suas ameaças constantes e os seus desagradados imprevisíveis. Não desejo aos menos affeitos á especialidade as incertezas e os enganos que o preconicio e o interesse optimista tem organizado em torno do novo forceps. Os praticos devem educar-se no exercicio da arte trivial, dentro de regras experimentadas e simples; não se lhes pode impôr um treinamento no malabarismo e nas exhibições emocionantes.

Chassagny, tentando a regra das tracções mecanicas continuas do forceps, deslocou a força tractora dos cabos para a impulsora das colheres. Este principio é talvez o mais notavelmente verdadeiro em toda a historia do forceps. Levando a tracção para a zona mais perto possivel da apresentação, entendeu Chassagny que o systema cephalo-instrumental gira ao redor de um ponto fixo que é o centro do eixo do ovoide craneano. Dando a este ponto o nome de centro de figura, estabeleceu elle a regra da força util, a que actúa acima do mesmo centro de figura, proposito alcançado graças á barra coclear, ou melhor, ás aberturas que, nas bordas das colheres, Laroyenne mandou abrir no seu forceps, passando ahi os laços. Demelin reformou o principio de Chassagny, preferindo adoptar o centro de mobilidade, ponto ao nivel da articulação occipito-atloidiiana. Ha neste particular uma confusão que perturba a simplicidade do forceps Demelin.

O centro de figura é, como centro de mobilidade, inteiramente hypothetico, mais uma demarcação do que uma transmissão. E' preciso que a força tractora vá acima do centro de figura que é apenas o centro do eixo da esphera cephalica, separando-a em porção superior e inferior. Se a força apprehensora abrange o hemispherio inferior, ha immobilidade; agindo sobre o superior, a propulsão mobiliza, mas nunca o forceps movimenta a articulação occipito-atloidiiana. E' o proprio Demelin quem localiza o seu ponto "eschematicamente", o que afasta qualquer idéa de func-

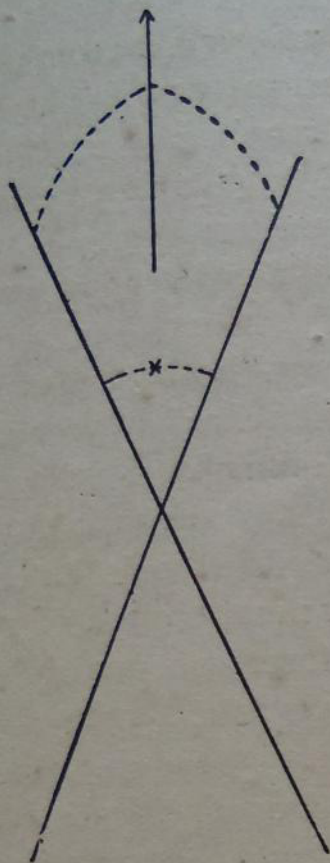


cionamento perfeito. O antigo forceps Demelin, com o laço de uma outra janella de cada colher, diverge do moderno, onde o laço passa numa só janella para que a força se exerça sobre o ponto "eschematico" do centro de mobilidade.

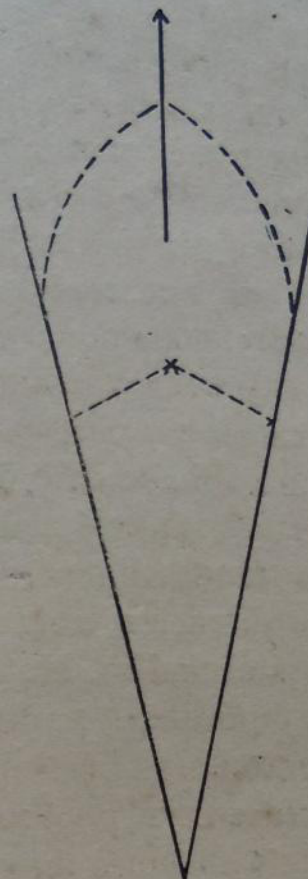
Eu, que tenho pelo forceps Demelin grande apreço, compreendo-o de maneira diversa. Elle é um forceps parallelo como qualquer. Demelin convencionou uma classificação dos forceps em divergentes, parallelos e convergentes dando ao ultimo inamovibilidade e solidez da pegada e para o cruzado e o parallelo o deslocamento do polo fetal comprehendido no espaço intra-cloclear. Óra, todo forceps é convergente; o forceps que fôr divergente não apprehende; ha assim, em rigor lexico, uma designação impropria. A divisão do forceps nas tres categorias é artificial: si o schema do forceps cruzado é bem um X cruzado, o do parallelo um U, o do chamado convergente tambem é um )( de ramos que não se cruzam. Mas em qualquer dos forceps compõe-se uma figura coclear autonoma e o engano dos schemas de Demelin está em formar exclusivamente a figura coclear para os cruzados e divergentes, guardando para o seu uma figura que abrange todo o forceps, da ponta das colheres á extremidade dos cabos, (fig. 1).

Entretanto, a parte apprehensôra do forceps é a figura coclear que, no Demelin, se termina no ponto de maior aproximação dos dois ramos, ou vae até a altura do parafuso de manutenção. Abaixo deste limite para o forceps Demelin, como abaixo da articulação por juxtaposição (f. Thenance), por angulação (f. Poulet), por cruzamento (f. Tarnier), não ha mais o espaço da apprehensão mas o da conjugação e da articulação. Demelin restringe todos os schemas dos outros forceps ao espaço de apprehensão mas no seu junta o espaço de apprehensão ao de conjugação. Muito mais direito teria Chas-sagny, com a sua larga trave de junção dos cabos, de pensar nos forceps convergente, (fig. 3).

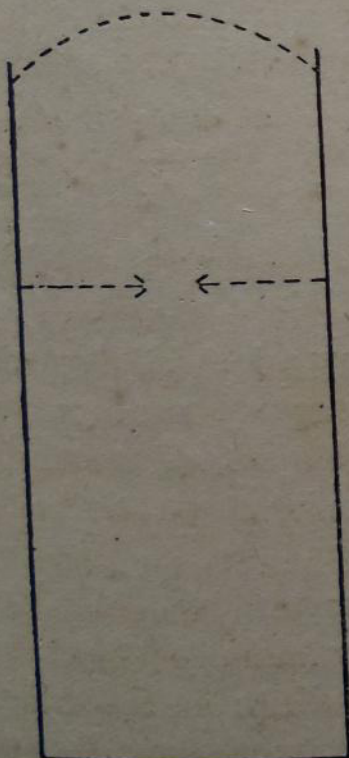




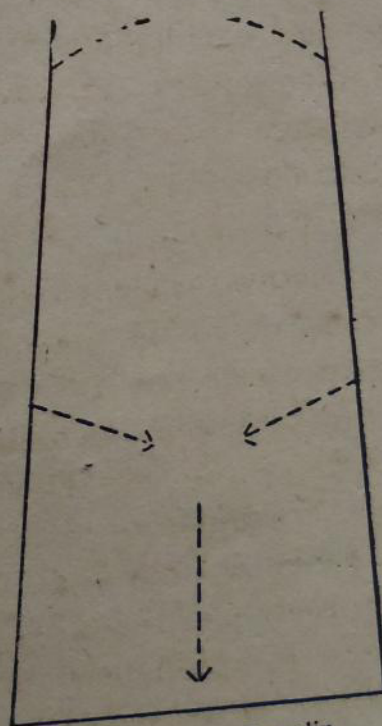
1. Forceps Tarnier



2. Forceps Thenance



3. Forceps Poulet



4. Forceps Demelin

FIG. 1

Eschema de Demelin { Forceps divergentes (1 e 2)  
Forceps paralelo (3)  
Forceps convergente (4)



A demonstração de Demelin é um sophisma graphico palpavel. De um lado a figura schematica do forceps divergente é traçado por uma linha imaginaria (fig. 2; a) que passa fóra do espaço circumscripto pelo forceps conjugado e que é o unico espaço de apreensão possível. A linha que segue ao longo dos limites deste espaço forma pelo contrario uma divergencia (fig. 2 b.). Demais, o graphico na prova hypothetica da propulsão cephalica firma-se sobre o desenho de uma esphera solta, quando o ovoide cephalico fetal prende-se ao abdominal pelo pescoço. Demelin, além de tudo, abandona o principio do es-corregamento da pegada, dependente da relação entre o menor diametro, o da extremidade coclear, e o menor meridiano cephalico. Na collocação do forceps o que se movimenta é o instrumento que escapa e não a cabeça que está fixa.

E' conveniente recorrer ao quadro comparativo em torno da distancia das colheres dos quatro seguintes forceps:

	FORCEPS FECHADO		- FORCEPS ABERTO	
	Ext. coclear	Dist. max.	Ext. coclear	Dist. max.
DEME LIN	0,5 cm.	7 cm.	4,5 cm.	19 cm.
NAECELE	1,5 cm.	6,5 cm.	6,5 cm.	10 cm.
SIMPSON BRAUN	2,5 cm.	8 cm.	6 cm.	10 cm.
KIELLAND	0 cm.	7,5 cm.	4,5 cm.	10 cm.

Neste quadro entende-se por forceps fechado o que não está em funcção, aberto o que tem espaço para prender uma cabeça; por extremidade coclear a distancia menor das colheres e por distancia maxima o maior afastamento entre as mesmas.

Conclue-se deste quadro que a convergencia do f. Demelin é effeito da reduzida distancia minima de 0,5, achando-se o forceps em repouso, isto é, effeito da sua condição de forceps compressor. Nota-se tambem que tomando por base o afastamento intra-coclear maximo le 10 cm. (a media do valor do diametro obliquo da cabeça), a se-



A demonstração de Demelin é um sophisma graphico palpavel. De um lado a figura schematica do forceps divergente é traçado por uma linha imaginaria (fig. 2; a) que passa fóra do espaço circumscripto pelo forceps conjugado e que é o unico espaço de apreensão possível. A linha que segue ao longo dos limites deste espaço forma pelo contrario uma divergencia (fig. 2 b.). Demais, o graphico na prova hypothetica da propulsão cephalica firma-se sobre o desenho de uma esphera solta, quando o ovoide cephalico fétal prende-se ao abdominal pelo pescoço. Demelin, além de tudo, abandona o principio do es-corregamento da pegada, dependente da relação entre o menor diametro, o da extremidade coclear, e o menor meridiano cephalico. Na collocação do forceps o que se movimenta é o instrumento que escapa e não a cabeça que está fixa.

E' conveniente recorrer ao quadro comparativo em torno da distancia das colheres dos quatro seguintes forceps:

	FORCEPS FECHADO		FORCEPS ABERTO	
	Ext. coclear	Dist. max.	Ext. coclear	Dist. max.
DEMELIN	0,5 cm.	7 cm.	4,5 cm.	19 cm.
NACCELE	1,5 cm.	6,5 cm.	6,5 cm.	19 cm.
SIMPSON BRAUN	2,5 cm.	8 cm.	6 cm.	19 cm.
KHILLAND	4 cm.	7,5 cm.	4,5 cm.	19 cm.

Neste quadro entende-se por forceps fechado o que não está em função, aberto o que tem espaço para prender uma cabeça; por extremidade coclear a distancia menor das colheres e por distancia maxima o maior afastamento entre as mesmas.

Conclue-se deste quadro que a convergencia do f. Demelin é effeito da reduzida distancia minima de 0,5, achando-se o forceps em repouso, isto é, effeito da sua condição de forceps compressor. Nota-se tambem que tomado por base o afastamento intra-coclear maximo de 19 cm. (a media do valor do diametro obliquo da cabeça), a se-



paração terminal do forceps Demelin é de 4,5, igual á do Kielland, conhecido como grande compressor. Acresce ainda a circumstancia de, medida a flecha do arco constituido pela curva da colher, verem-se os seguintes nu-

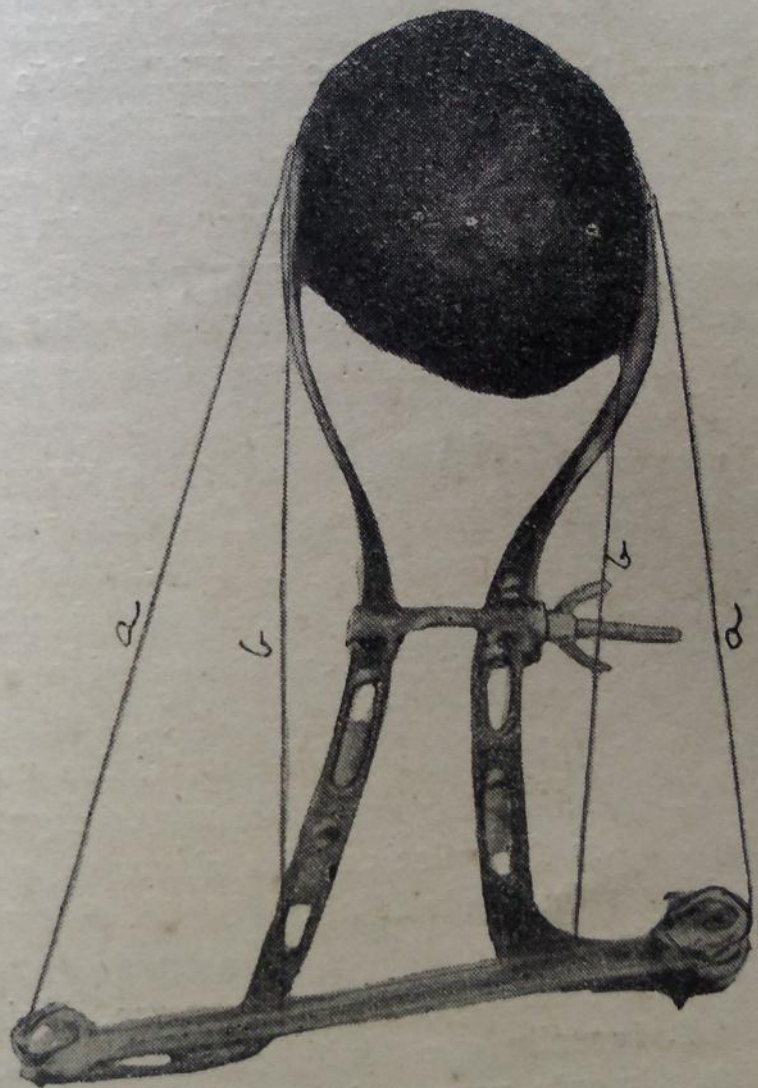


Fig. 2

meros: Demelin 3,6 — Naegele 3 — Simpson-Baun 3 — Kielland 3,9. Em curvatura cephalica, o forceps Demelin é pois o segundo. Estabelecendo a proporção da distancia intra-coclear dos forceps abertos e fechados, com a distancia da extremidade das colheres em ambos os casos, vê-se que o Demelin aberto, isto é, aplicado obliquamente sobre o polo cephalico, tem 3 cm., a mais no maior eixo transverso coclear do que quando fechado e 4 cm., a mais na extremidade aberta da ellipse. O forceps aberto



augmenta de 4 cm., a distancia minima no Demelin, de 5 no Naegele, de 3 no Simpson Braune, e de 4, 5 no Kielland. Nada prova a convergencia, porque para o Demelin a relação de augmento dos diametros maximo e minimo é de 3 para 4, no de Naegele de 3,5 para 5, no de Simpson-Braun de 2 para 3 e no de Kielland de 2,5 para 4,5. Não é preciso apenar para a demonstração graphica imperfeita do f. Demelin, pois sua grande vantagem está justamente em não ser um aprehensor e assim cada laço actua separadamente como movimentador da respectiva alavanca para o deslocamento de penetração, e os dois conjuntamente cruzando-se em divergencia como geradores da rotação.

Prefiro na technica do forceps seguir a escola de Laroynne e os primeiros exemplos de Demelin, passando o laço pelas duas janellas para que as colheres tenham uma linha e não um ponto de adaptação. A linha dá firmeza á alavanca e o ponto que corresponde ao centro eschematico de mobilidade fica no mesmo nivel, mas conforme a applicação do laço, está óra para diante, óra para traz do centro de figura. Os dois ramos de um forceps tem alternadamente a sua funcção: um é a alavanca, o outro o trilho por onde segue o polo fetal deslocado, de forma que obtido um movimento, mudam-se as actividades, passando a colher-trilho a ser alavanca e vice-versa. Assim comprehendendo o f. Demelin e o tenho executado com segurança, principalmente porque é um instrumento consciente, não desafia a difficuldade e se a força quizer desnatura-lo, seus ramos escapam e a operação annula-se.

Com todos os seus aperfeiçoamentos, o forceps o melhor imaginado e o melhor manejado é sempre um expediente, via de regra de bom resultado quando d'elle menos se precisa. De resto, todas as operações obstetricas transpelvianas collaboram com a difficuldade e não com a arte. O embaraço do caso influe mais sobre o recurso do que sobre a acção professional. Ha entretanto uma velha tradição contando os numeros gloriosos do forceps e, em nome



della, temos que lhe pedir socorro, mas peçamo-lo a titulo de experiencia. O forceps alto é assim como um respeitavel amigo cuja experiencia se consulta mas cuja actividade se poupa, pois que essa actividade é sempre perigosa porque o tempo não lhe reduzio as energias — pelo contrario, as tem multiplicado. Não esqueçamos esta extranha circumstancia. Barnes aconselhava ao parteiro coragem e destreza na dystocia. O forceps é desses actos chirurgicos em que a dystocia mais accentuada inutiliza a destreza, tendo assim a coragem que enfrentar dois adversarios. Ha cerca de 80 annos, Pajot ensinava, saber parar em tempo. E' a unica coragem que se pede ao pratico com o forceps na mão: ousar parar opportunamente, renunciando aos estímulos da vaidade e aos perigos do desvairamento.

O essencial é indagar o que tem feito o forceps na pratica moderna e se porventura os seus aperfeiçoamentos modificaram-lhe os resultados. Presentemente a questão toma um aspecto mais positivo, desde que o mecanismo normal do parto bem como a movimentação do polo fetal pelo forceps podem ser acompanhados na exploração radiographica. Ha pouco tempo Czyzewicz, de Varsovia, apresentou informações demonstrativas affirmando que o forceps não é um instrumento de adaptação nem se comprehende o seu emprego na disproporção cephalo-pelvica, cabendo-lhe terminar o parto interrompido por outras causas. Tampouco serve ao forceps a sua função tractora, pois é um erro suppo-lo succedaneo da força contractural do utero.

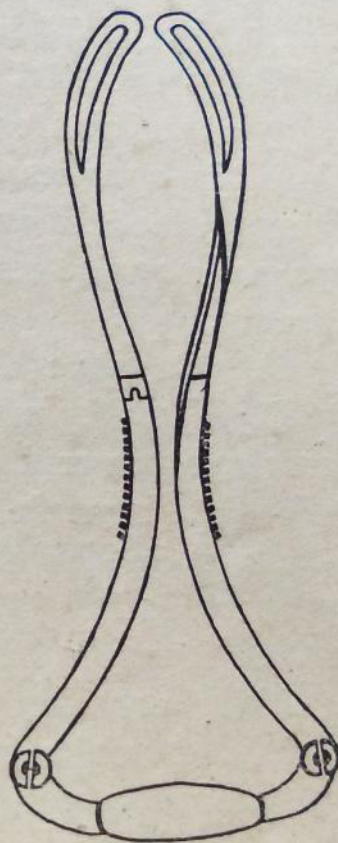


Fig. 3



Rumbach, de Budapest, ha 3 annos, expunha a sua estatistica de 869 forceps em 38.000 partos havendo no forceps alto uma mortalidade de 5,12%. A mortalidade fetal exprime-se com mais vigor, pois tendo para todos os forceps de 4,2%, para o forceps medio é de 7,17% e para o alto de 17,8%. Bem se comprehende que Sunkel, estudando em 1924 a cooperação do forceps na mortinatalidade, excluido o forceps baixo, não isente de responsabilidade a applicação alta, considerando-a como ultimo recurso, afastada qualquer possibilidade de operação melhor, tal o perigo materno e o grande sacrificio fetal que acarreta.

A estatistica da Maternidade das Laranjeiras, em 23642 partos dá um total de 738 forceps, ou 3,1% de frequencia, o que está de acordo com a media das 3 clinicas de Vienna segundo a monographia de Pritzi em 1928. Na clinica de Heidelberg, a frequencia é de 1,35%, na de Budapest de 1,31%, a de Zurich 2,4%, na de Innsbruck de 2,14%, na de Goetinger de 2,9%. Os archivos da Maternidade das Laranjeiras accusam o coeffericiente de mortalidade global materna pelo forceps alto é de 4,4% e o da fetal, expurgada, de 38,2%. No Hospital Pró-Matre, em 4500 partos só foram applicados 112 forceps, dos quaes 21 altos, estes com mortalidade materna, de 9,5 e fetal de 38%.

Certamente o forceps não é operação fiel e decisiva. Por melhor que seja, é instrumento defeituoso. E' um substitutivo da natureza sabia, mas que erra. Calcule-se quanto errará o imitador da natureza. Sobre o forceps influe muito o profissional. Winter acredita que muitas consequencias clinicas desagradaveis provem da inhabilidade do operador ou da sua preocupação em andar depressa. De facto, ha forceps applicados mais no interesse do parteiro do que no da mulher e do feto.

Fisher, discipulo de Stein, dizia que Smellie introduzira o forceps na Inglaterra, mas Hunter o expulsara. A informação não é verdadeira. Hunter merece ser me-



ditado em sua luminosa lição: "I have sometimes used it with advantage and I believe never materially hurt a mother or a child with it because I always used with fear and circumspection". Hunter, o supposto autor das "Lectures on the gravid uterus and midwifery", publicado em 1793, era no seu tempo um dos homens mais elegantes e mais amáveis de Londres, onde nunca houve profissional tão fidalgo e tão procurado. Não é extranho nem fóra de proposito affirmar um homem deste quilate que o forceps faz mais mal do que bem: "has done more harm than good."

Muito se tem custado a obedecer a esta sentença e ainda hoje falta quem tome a iniciativa de Nichols que em 1751 dirigia aos censores do Royal College of Physicians de Londres a celebre "Petition of the unborn babies", reclamando que livrassem os indefesos não nascidos das pinças energicas, dos instrumentos rudes e dos parteiros brutos.

FERNANDO MAGALHÃES



# AS LEITURAS

---

MORTALIDADE MATERNA  
EM 582 OPERAÇÕES CESA-  
REANAS — E. M. Hawks, do New  
York Nursery and Child's Hospital  
— American Journal of Obstetrics  
and Gynecology, Setembro 1929.

O importante trabalho estatístico apresentado pelo A. é enriquecido com bom numero de graphics explicativos, e torna-se de grande valor pelo cuidado com que analysa as causa-mortis das operadas de cesareana durante largo periodo de tempo num dos mais importantes hospitaes de New York. Acresce ainda o facto de ser a estatística feita em torno dos casos de 83 operadores, o que exclue toda e qualquer duvida quanto a processos e tecnicas pessoas contribuindo para melhores ou peores resultados.

O A. estabelece a proporção entre os diversos methodos de cesareana e o numero de mortes, chegando á conclusão que emquanto 492 cesareanas classicas foram responsabilizadas por 21 obitos, nenhuma morte se verificou em 30 cesareanas baixas, 11 op. de Porro, e 30 op. de Latzko. Em 19 operações feitas pelo methodo transperitoneal de Fromme-Veit, modificada por Brodtead, Langrock e Cassasa, conhecida como operação com exclusão peritoneal, tambem não se registrou caso mortal. Por esses ultimos methodos operatorios, diz o A., foram feitos 79 intervenções em casos impuros, sem que nenhuma morte occorresse. Diz o A. que não é pela adopção exclusiva de nenhum methodo, julgando que cada um tem a sua aplicação opportuna.

Salienta no emtanto as vantagens das novas techicas de cesareana em casos contaminados. Diz que estas technicas podem envolver difficuldades anatomicas, em nada comparaveis entretanto aos riscos da peritonite. Passa em revista detalhada as causas diversas que podem aconselhar este ou aquelle methodo, dizendo que a cesareana classica deve ser reservada para casos especiaes e urgentes taes como pacientes cardiacas, hemorragias accidentaes ameaçando mãe e fêto, placentação previa, etc.



Prefere os outros typos de cesareana nos casos infectados, apesar de ser a cesareana baixa adoptada por muitos em casos puros. A escolha, julga o A., deve ser determinada pelo grau de infecção da paciente, na seguinte ordem — 1.º cesareana baixa; 2.º operação com exclusão peritoneal; 3.º operação de Latzko; 4.º operação de Porro. Aconselha portanto a cesareana baixa para casos em inicio de trabalho e começo de infecção. Com anesthesia local e technica de De Lee ou de Berck, julga-a a mais efficiente de todas as cesareanas. O methodo da exclusão peritoneal será o escolhido em casos com infecção suspeita de liquido amniotico; adapta-se especialmente, diz o A., aos casos com pequena retracção do segmento inferior. Além de outras vantagens, este typo admite a drenagem muitas vezes indispensavel. Indica o A. a technica de Brodhead, Langrock e Cassasa como a mais aconselhavel.

Estudando a seguir a operação de Latzko, diz que a preconiza em casos de trabalho longo e infecção adiantada. Falando da operação de Porro, diz que é methodo antigo, já abandonado, mas adaptavel em casos de apoplexia uterina, tumores irremoviveis, placenta acreta, ruptura uterina.

De 1910 a 1928, foram feitas no Hospital de que trata o A. 582 cesareanas por 83 operadores diversos, apenas com 22 mortes, o que representa a porcentagem de 3,6%. O numero de pacientes attendidas pelo Hospital durante este periodo de tempo foi de 35.677, sendo portanto a cesareana praticada em 1,6% dos casos. As mortes depois de cesareana responderam por 16% da mortalidade obstetrica total.

O trabalho do A. é de grande valor para consulta e para estudo e aconselhamos a sua leitura integral aos nossos leitores.

L. A.



**A VACCINAÇÃO DOS RE-  
CEMNASCIDOS PELA B. C. G. —**  
J. Iakhnis, da Commissão Ukra-  
niana de Estudos no Instituto Pas-  
teur — Annales de L'Institut Pas-  
teur, n.º 4, 1929.

Apezar de não ser assumpto propriamente obstetrico, julgamos de interesse para os nossos leitores o resumo



*Adytor*

**CLINICA**

ANNO 1 :  
N. 11 :  
JANEIRO :  
1929 :

# **OBSTETRICA**

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 FORCEPS, SUA PRÁTICA

(Continuação)

### II

Preceitos imperativos no uso do forceps, quanto ao caso e quanto ao profissional:

1.º — Permeabilidade absoluta. Regra do livre transitio. Não é permittido o embaraço na manipulação do instrumento, dahi a necessidade da completa dilatação cervical. Não póde ser desculpado o afoito que se satisfaz com a dilatação insufficiente ou que espera alcançar a dilatação completa com o proprio ramo penetrante do instrumento, ou com a passagem do polo fetal apreendido. Essa permeabilidade tambem se refere ao trajecto vulvo-vaginal, cuja restricção anatomica ou physiologica será dominada pela anesthesia. Inadmissivel o uso do forceps com a participação da sensibilidade da paciente. Anesthesia geral profunda, ou melhor, anesthesia racheana onde o colapso vulvo-vaginal é total. Entretanto, cumpre attender á questão do proprio processo de anesthesia, taes os magnificios effeitos de passividade perineal após a rachianesthesia: só



a ligeira suspeita de possível nocidade impede conceito favorável definitivo e imediato.

2.º — Accessibilidade fácil. Regra de prompta apreensão. Não deve haver distancia grande no percurso do forceps; o percurso é sinuoso, volteiro e o instrumento, si não é direito, é unimixtillíneo. A sinuosidade complica a distancia e então para o instrumento inadequado precisa-se de distancia reduzida que evita os accidentes maiores do caminho.

3.º — Proporcionalidade exacta. Regra de accomodação perfeita. Geometria obstetrica: volume e espaço serão condizentes; não se comprehende fazer passar o maior pelo menor. Mesmo que o depoimento de façanhas possíveis seja invocado, a excepção não transtorna a regra: para uma surpresa triumphante, grande numero de decepções irremediáveis. No parto transpelviano o problema não tem solução rigida e formulistica; o calculo é o das probabilidades. Só é provável o possível. A disporporção encobre o impossível.

4.º — Perceptibilidade completa. Regra de diagnostico total. E' prohibido hesitar no manejo do instrumento; qualquer saberá onde e sobre que vae actuar o forceps. Não é só o diagnostico da fórma do objecto nem do local em que elle se encontra. E' tambem o diagnostico transeunte, diagnostico do movimento que diz com a funcção do forceps ao passo que os outros derivam da sua estrutura.

5.º — Responsabilidade integral. Regra da technica consciente. Regra da sabedoria e não da astucia; regra da pratica e não do habito. Regra da technica bôa e honesta. Não se admittem preconceitos, autoridades e orgulhos. Mesmo exacta, é inferior a technica presumida; só é consciente a technica disciplinada. A disciplina impõe obediencia á difficuldade soberana, pois a pratica do forceps é um recurso e não um esporte ou um malabarismo. Como recurso, tem de ser cautelosa, segura, ordeira, legal. Regime do equilibrio: para baixo está a incapacidade, para



cima a aventura. Profissional de boa linhagem é o que sabe transigir. Evite-se a temeridade, peor do que a timidez, e siga-se a moderação. Moderado, só o observador justo, dispondo de um conjunto de qualidades temperantes que protegem do erro da presumpção e do contagio das ousadias. Ha grande perigo egualmente na casuistica dos mythomanos.



A technologia corrente permite falar em applicações directa, transversa e obliqua, acrescentando-se logo a explicativa — em relação á bacia e em relação á cabeça. Isto traz confusão; melhor é distinguir, dividindo o tempo da applicação do forceps nas suas duas phases — introdução e collocação. Dir-se-ha assim: introdução directa, transversa e obliqua; collocação directa, transversa e obliqua. A introdução refere-se á pelve, a collocação ao polo fetal, ao objecto.

Diz-se tambem pegada ideal, si a introdução é transversa e transversa a collocação. O adjectivo é mau. Em vez de pegada ideal diga-se pegada typica, pois, como já foi dito, concordam nesse caso o eixo do forceps e a linha pelvica, a concavidade da colher e a convexidade cephalica. E' a pegada da cabeça descida e rodada. As pegadas obliquas, introdução obliqua, e collocação obliqua, as pegadas da escavação, chamam-se commumente intermediarias. A obliquidade não é um principio, é um expediente razoavel quando não se afasta da vantagem da accessibilidade, mas se della se afasta, e é o caso das cabeças altas, a obliquidade é cada vez mais expediente, e tão extranho que em cabeças distantes a applicação passa a ser atypica. Esse expediente — obliquidade na manipulação do instrumento, — ainda se constrange quanto á finalidade immediata mais na transversalidade do objecto do que na sua distancia. Mes-



mo descidas, as cabeças transversas difficultam o recurso da obliquidade na collocação do forceps e se a essa transversalidade se junta a distancia, como se dá nas cabeças altas e bacias achatadas, ainda mais complicada é a technica, soccorrida pela excentricidade da introdução directa e da collocação transversa (forceps de Kielland).

Bom preceito é o do ajustamento do forceps ás condições locais, quando vae agir na introdução, na apreensão e na movimentação. O ajustamento é favor do espaço pelvico. Por onde houver espaço, seja qual fôr o caso, por ahi será applicado o instrumento e por ahi movimentado o polo cephalico. Depende tambem o ajustamento da superficie cephalica; — onde fôr mais regular e homogenea a superficie, ahi se collocará o forceps. A transversalidade da introdução e da collocação das colheres do forceps vale-se do espaço amplo e aproveita-se da superficie adequada. A obliquidade porém, se encontra espaço, perde a regularidade da superficie, seja no ponto referente á frente desigual, caprichosa e fragil, como na mastoide mais solida e menos accidentada.

A obliquidade, orientação mais frequente na technica do forceps, é sempre um subterfugio. Typico e exacto, só o uso do forceps de introdução transversa e collocação transversa, o forceps em cabeça descida e rodada. O da introdução obliqua e collocação obliqua é o forceps evasivo e a sua condição inferior accentua-se á medida que a distancia intervem, perturbando o principio da accessibilidade.

Conhecedor destas regras, o pratico decide intervir. Do principio ao fim cabe-lhe provar paciencia e doçura. Como em toda intervenção transpelviana, e em toda intervenção por via vaginal, exige-se tempo para uma applicação de forceps. A operação será demorada se quizer ser fiel e racional; fiel, seguindo rigorosamente todas as suas prescrições, racional submettendo-se até á inactividade e nunca desprezando o menor dos preceitos da bôa execução.



Assim instruído o profissional recorre aos seus dois melhores auxiliares, o tacto e a memoria, um despertando o outro, o primeiro descobrindo, o segundo organizando; ambos revelam o que a inspecção não alcança, os dois juntos fazem ver o invisível. Mas isso só se consegue apurando os dois recursos: o tacto educado na exploração teimosa, reincidente, insaciavel; a memoria creada na observação culta que o raciocinio transforma em videncia clinica.

O tacto é funcção da mão, da mão e não do ou dos dedos. O diagnostico topographico e o morphologico só se concertam bem manualmente. A mão explora, assignala e demarca. No forceps chamam-na a mão-guia, denominação que não parece certa. A mão que guia, conduz, dirige, é a mão externa, segurando o cabo do instrumento; a interna verifica o diagnostico, indica o caminho pelvico a seguir, marca o segmento cephalico a apprehender. E' a mão signaleira. A memoria é o archivo da aptidão. Qualifica e classifica o que a mão tacteia, orienta a decisão professional, recordando semelhanças, pesando analogias, avivando conhecimentos. Recebendo a impressão tactil, a memoria apta formará a consciencia technica.

O forceps baixo é o forceps trivial. Destinado a um momento prorogado do trabalho de parto, o forceps surpreheende na grande maioria das vezes o polo fetal em descida completa. Mas póde dar-se a hypothese da cabeça ainda pelvica, ou a do polo já passageiro do estreito inferior ou hospede do perineo. O forceps é nessas duas condições ultimas mais do que baixo, elle é o forceps immediato destinado á cabeça já rodada, mas parada ao transpor o estreito ou chegando á bacia molle. Qualquer instrumento serve. A introduccção é facil, symetrica, de cada lado da bacia, nos extremos de sua dimensão transversa. A collocação é facil; no mesmo sentido das colheres encontram-se as superficies parietaes occupando tambem os limites transversos da pelve. Sem manobra, directamente,



transitando uma recta desembaraçada, cada colher vae quasi autocinetica para o seu lugar. A mão signaleira marca o caminho e escolhe a superficie da pegada. Tudo immediato, talvez automatico. Os dois ramos conjugam-se sem demora e sem resistencia. A movimentação do polo apprehendido, termo do acto operatorio, reveste-se dos mesmos caracteres das outras phases: movimentação rapida por tracção suave.

Si não é immediato, o forceps baixo é proximo. Cabeça descida em rotação incompleta. A rotação marca o passo mais importante da technica, rotação prejudicada pela obliquidade recalcitrante anterior ou posterior, pela transversalidade firme. As rotações incompletas em cabeças baixas resolvem-se melhor com a correcção manual do que com a actuação do forceps. Geralmente, maxime na obliquidade posterior, a influencia dos planos predominantes e a deflexão consecutiva á largueza pelvica, modificam as apresentações primitivas e provocam a attitude intermedia do polo cephalico na apresentação de vertice. Cabeça indecisa, nem flexionada nem deflexionada; assim indecisa não toma orientação, não roda, e não rodando não progride. Para quem não confia na manobra, o forceps tem cabimento e distingue tres hypotheses — a obliquidade anterior, a obliquidade posterior, a transversalidade, cada qual criando uma feição particular do acto operatorio.

Obliquidade anterior em cabeça baixa. Mais frequentemente, obliquidade esquerda. Forceps de Simpson-Barnes. Tome-se o ramo posterior, sempre o preferido e a razão da preferencia é o maior espaço pelvico na parte posterior da excavação, espaço maior que tolera a introdução profunda da mão signaleira que, nas obliquas esquerdas, é a mão direita porque a esquerda toma o ramo esquerdo do forceps. E' noção conhecida: o diametro pelvico da insinuação da cabeça dicta a precedencia do ramo do forceps. Na cabeça insinuada no diametro obliquo esquerdo da bacia — O. I. E. A. e O. I. D. P. — o ramo esquerdo do forceps;



na cabeça insinuada no diametro direito, — O. I. D. P. e O. I. D. A. — o ramo direito do forceps.

Tomado o ramo esquerdo, desliza elle pela mão signaleira bastante insinuada e penetra suavemente até onde convem, até a superficie de collocação, a região malar, que deve ser enquadrada na janella do forceps cuja extremidade marcará sulco nas partes molles junto ao maxillar. Quanto mais se aproximar a ponta do forceps da porção facial inferior, melhor, porque junto á orbita passará só a haste coclear ou o angulo inferior da colher, de maneira a evitar o desastre do olho exorbitante e janelleiro. Bem localizado o ramo anterior, confia-se a sua permanencia a um ajudante, muito util si fôr mais submisso do que sagaz.

O ramo anterior é tomado e guiado pela mão direita. A mão signaleira é a esquerda que tambem procura o espaço posterior pelvico e por ahi se aprofunda, balizando o caminho da introduccão do forceps, cuja colher por ella escorrega até onde lhe fôr permittido. A introduccão de um e outro ramo obedece á mesma norma. O ramo do forceps cahe perpendicular sobre a mão e a ponta curvilinea da colher entra no vestibulo vaginal. Dá-se um movimento duplo de propulsão e de descida do cabo, sendo que é a descida lenta do cabo a determinante da propulsão lenta da colher, escorregando na mão interna e subindo o canal pelvico. Sendo a colher anterior, naturalmente não haverá confrontação das duas superficies cocleares e para effectivar-se a conjugação dos dois ramos, o segundo executa movimento especial que o leva do espaço posterior á porção anterior da bacia, desenvolvendo-se a espiral de Madame Lachapelle.

O movimento espiral de Mme. Lachapelle é um velho recurso divulgado, conhecido, mas geralmente mal comprehendido e mal executado. Quando, depositada a colher do forceps sobre a mão signaleira, quer-se a sua penetração, basta realizar o abaixamento do cabo; de perpendicular o ramo do forceps passa a horizontal e esse desloca-



mento apenas impelle a colher curva pela bacia a dentro, guardando todavia a sua disposição posterior. Tendo porém de ser levado este ramo á parte anterior, não convem obrigar-o a um movimento interno inicial e primitivo. A espiral de Mme. Lachapelle não se desenrola por iniciativa da colher, mas pelo gyro largo do cabo, descrevendo um circulo tanto mais favoravel quanto mais amplo, pois que sendo grande o movimento do cabo, pequena será a translação da extremidade coclear, prevenindo-se desta forma a possivel lesão das partes molles. Attende-se assim ao antagonismo entre o cabo e a colher, e o deslocamento de um é inversamente proporcional ao outro; então, como se trata de poupar os tecidos pelvicos, cabe a rotação ampla aos cabos, para que seja minimo o movimento das colheres.

Na posição cephalica obliqua proxima, ha facilidade em conseguir a applicação do segundo ramo, não havendo disproporção ou attitudo intermediaria. A primeira colher dispõe-se, imaginando-se obliquidade anterior esquerda, sobre a região zygomo-malar esquerda; a anterior applica-se á região retro-auricular direita. As duas zonas de pegada são sempre diametralmente oppostas e, se não é bem observado este preceito, a articulação do forceps o denuncia pela impraticabilidade do encaixe de um ramo sobre outro. Não raro, a clinica corriqueira mostra esse embaraço do encaixe, maximé nas cabeças transversas e um mau costume, infelizmente vulgarizado, recorre ao deslocamento dos ramos até conseguir sua articulação que, ao envez de natural, será forçada. Mau systema é obrigar o cruzamento nas applicações defeituosas, pois a mudança de posição dos ramos altera a collocação anterior exacta, praticada com o esclarecimento da mão signaleira.

Articulado o forceps, ratificada pela exploração a regularidade da technica no não compromettimento das partes molles, desenrola-se a phase da movimentação. A proximidade da cabeça obliqua prova que o polo fétal pouco tem de percorrer da espiroide que é o trilha do trajecto.



A movimentação da cabeça apreendida faz-se por tracção gyratoria para diante e para a esquerda. O movimento rotativo com o forceps, desde que a obliquidade esteja presente, isto é, desde que se trate de cabeça na excavação, alta ou baixa, é imprescindível na acção do forceps tirante. Toda movimentação é paulatina; a cabeça descera com o forceps o mais possível como desceria com a bôa contracção uterina. Apenas attendendo-se á que nunca se gastaria o largo tempo que a parturição espontanea pede, o cuidado está em evitar a celeridade. A movimentação muito lenta com o forceps já é, relativamente á movimentação pelo utero parturiente, uma velocidade. Vem dahi a frequencia das soluções de continuidade como fructo das operações a forceps, mesmo dentro da technica prudente.

Mais alta a cabeça, ainda em obliquidade esquerda, mais complicada a pratica do forceps. Introducção embaracada, principalmente do segundo ramo; collocação demorada; articulação accidentada; movimentação pesada. Já ahi impõe-se ao profissional a grande qualidade do dominio sobre si mesmo. Si o caso é rebelde, nada de actividade instrumental; tome-se o contratempo como um conselho e não como um desafio. Infelizmente não são raras as circumstancias em que o profissional vê na difficuldade uma provocação e se desagrava com a violencia dos seus propositos. E' altamente instructiva a prova da inefficacia operatoria; quando se desenha a impraticabilidade pela inaptidão do instrumento é grave insistir no seu uso. Desta insistencia decorrem os desastres do forceps.

Presente o principio da movimentação por tracção rotatoria, o problema das occipito-posteriores surge com a mesma importancia para a condição operatoria, como para a situação do parto espontaneo. Nas cabeças na excavação, ha estes dois problemas capitaes exigentes na proporção da distancia do polo cephalico: a transversalidade para a technica da introducção e da collocação do instrumento e a posterioridade para a da tracção. A transversalidade póde



As polemicas travadas em torno da preferencia do forceps ou da versão interna, cessaram, existe uma tendencia para fazer uma applicação alta, sómente quando a versão é contra-indicada.

Acha o A. que apesar das vantagens da Cesariana e das operações ampliadoras da bacia da qual é grande apologista, que é preciso não esquecer o merito do forceps que é o instrumento do pratico. Salienta o A. que cada operação tem sua indicação e bem nitida. Si a via alta é mais brilhante e mais facil, ella faz a mãe correr maior risco.

A maioria dos forceps affirma o A. impede que a cabeça se molde a excavação. Foi para contornar essa difficuldade que Massini ideiou sua technica cujos principios são: applicar as colheres invertidas em relação á cabeça fetal, como indicava Jeannin e a fazer descer em occipto-sacra, posição neste caso a mais vantajosa.

O A. insiste na necessidade de um bom diagnostico das condições de trajecto pelviano, cousa aliás difficil nos casos limites, restando ainda o recurso de fazer a ampliação da bacia como teve oportunidade de praticar, usando a technica de Zarate.

M. A.

◆

**O TRATAMENTO CIRURGICO DAS RUPTURAS COMPLETAS DO PERINEO** — Dr. Louis E. Phaneuf — Boston — Rev. Gyn. Et. Obst. — Novembro de 1929.

**Prophylaxia** — É um facto conhecido affirma o A. que se pode evitar na maioria dos casos este accidente aborrecido, prestando-se attenção necessaria as partes moles durante o correr do parto. Apresenta o A. dois methodos preventivos: primeiramente incisões do perineo e em segundo lugar sua dilatação manual juntamente com a da vagina.



ções completamente deflexionadas. Só quando é exclusiva a percepção da pequena fontanella, tratando-se de occipito-posteriores, é que se poderá pensar em rotação anterior; tendo-se accesso ás duas fontanellas, provas de attitude intermediaria, de cabeça indecisa, é mais prudente tentar a rotação posterior.

O forceps invertido, invenção vulgar e grosseira para o caso das posteriores, dispõe-se a evitar as duas applicações, a da correcção e a da movimentação, mas é concepção infeliz e absurda. Si a obliquidade, só, perturba a introdução das colheres, quanto mais a divergencia absoluta do forceps invertido onde a curva coclear e a curva da bacia formam um perfeito parenthese, só acceitavel para recluir *ad perpetuum* a extravagancia da idéa. Sempre verifiquei o bom effeito da technica da rotação posterior, com tracção suspensiva para diante. Tracção suspensiva é a tracção sustentada pela mão que levanta os ramos do forceps ao nivel da articulação e impede que da tracção para baixo resulte maior deflexão cephalica.

Quando o polo fetal adquire pela collocação alta os caracteres da cabeça no estreito superior, a applicação do forceps no seu funcionamento apresenta o feitiço das applicações elevadas. A disproporção, a deformação e a desacommodação reclamam o acto operatorio. Disproporção absoluta ou relativa, feto maior, feto irreductivel, ou bacia menor; deformação primitiva ou secundaria, dolyccephalia, haste cervical curta manietando os movimentos longitudinaes da cabeça, ou o hematoma no volume do caput succedaneo; desacommodação immediata ou tardia. lateralização do utero influindo na obliquidade cormica do feto ou oscillação da alavanca occipito-frontal, modificando os caracteres da apresentação typica. Na primeira hypothese, a disproporção requer o movimento de basculo; na segunda, a deformação corrige-se com a manobra da adequação; na terceira a desacommodação modifica-se com a technica da correcção. Basculo e correcção são effeito do



funcionamento autonomo, separado, dos dois ramos; ha nelles uma conjuncção ao invéz de uma conjugação. Ramos conjugados são os do forceps cruzado, ramos conjuntos os do forceps paralelo. A manobra da adequação depende da variabilidade da figura intra-coclear, só possível nos forceps capazes de asymetria, propicia á asymetria da deformação primitiva ou secundaria do polo cephalico. Só o forceps paralelo tem qualidade para tanta funcção. O forceps paralelo primitivo era apenas um instrumento que apprehendia menos e não traumatizava; o parallelismo veio sómente atenuar a constricção do cruzamento. Hoje, o parallelismo é uma collaboração de duas actividades livres. E' usado para auxiliar a collocação difficil das colheres, sua adaptação melhor ás superficies irregulares, e a actuação separadamente de cada ramo á modo de alavanca. De facto, a cabeça distante pede o auxilio de um instrumento assim comprehendido. Toda movimentação da cabeça distante é uma serie de deslocamentos provocados ou por um só ramo de cada vez, ou pelos dois ramos juntos. Cada ramo por sua vez no deslocamento do diametro bi-parietal favorece o asynclitismo successorio ou correctivo; ambos conjuntamente, mas com efficiencia diversa no rumo da orientação, facilitam a phase rotatoria executada com a torsão dos laços tractores, por impulsos oppostos nas extremidades do diametro occipito-frontal.

O forceps cruzado não altera a sua figura intra-coclear, não desquita os dois ramos conjugados na obrigação unica da convergencia apprehensôra; portanto, não se deforma na pegada nem se divide na movimentação. Ora, o caso das cabeças altas é apenas isto: objecto deformado que desce por movimentos substitutivos, revezados, de alternção penetrante. O forceps cruzado é uma peça unica, rigida, de acção singular e despotica, apprehendendo e puxando. O forceps paralelo é uma peça dupla de contenção variavel na composição e no manejo. E' um forceps de comprehensão, forceps que comprehende, comprehende



porque abrange, comprehende porque se submette, á tarefa que lhe é destinada.

Para tal finalidade, o forceps de Demelin. Adepto delle, receio bastante vel-o perturbado pela inutil complexidade na aparelhagem dos laços que diminuem o seu maior quilate — a simplicidade. De facto, os laços modernos não melhoram, pela extensão e pelas derivações, a conducção da cabeça a ser movimentada. E' uma novidade elegante, mas inutil e complicada, como o esporte airoso de conduzir a quatro redeas sendo duas sufficientes. No numero 9 do modelo de Demelin não ha vantagem no systema de laços que vão ao solo e de novo sobem á mão do operador, manipulando indirectamente o tractor molle. Valeria este proposito de estender demasiadamente este laço tractor se fosse no intuito de afastar mais o profissional do caso. A technica seria instructiva; de facto, muitas vezes ha utilidade em collocar longe da paciente o parteiro offensivo.

E' bem o instrumento apropriado, o forceps de Demelin. Tem antes de tudo o merito de não constringir, evitando o risco das pinças que mais apertam quando mais custoso é remover o objecto agarrado. Com o Demelin, a apreensão nunca é intransigente; o parallelismo favorece a posição dos dois ramos ajustados, mas cede diante da tracção vigorosa. O cruzamento dos ramos dá tão bôa agarra que quanto mais emperrado o polo fetal mais a elle se segura o instrumento, lutando ambos em identica obstinação. Estas condições graves não se sentem nas cabeças proximas ou pouco distantes. Mas quando maior percurso tem de ser transitado por movimentos diversos, mas harmonicos e legitimos, não se admite a efficiencia de um meio unico. Já disse que o instrumento precisa ser cauteloso, seguro, ordeiro e legal: o forceps de Demelin é tudo isto dentro do possivel. E quando não o pôde ser, felizmente deixa de ser forceps: — não age, escapa e attesta ou a inconveniencia do caso ou a incapacidade profis-



*Prof. Lima*

**CLINICA**

ANNO I :  
N. 12 :  
FEVEREIRO  
1929 :

# **OBSTETRICA**

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 OPERAÇÃO CESAREANA ABDOMINAL (\*)

Não é um historico da operação cesareana. O assumpto está bem divulgado e repetidamente: recorra, quem o quizer conhecer, ás fontes proprias e será attendido. Mas, é preciso saber o conceito dos autores de todos os tempos sobre o acto operatorio e, por elles, mostrar como, vencendo todos os embates, e sobrepujando todas as concurrencias, a operação cesareana tende a dominar.

A noticia transacta das consequencias do parto abdominal explica o motivo da repulsa e da acceitação gradativa que elle tem merecido. Ninguém adopta em absoluto a estatistica do livro de Rousset, em 1581 — sete operações bem succedidas; mais se admitte a omissão dos innumeros desastres e a referencia só aos casos bons. Todavia, cumpre acreditar no enthusiasmo de Rousset indicando a operação para todas as difficuldades. Nem por effeito do trabalho de Rousset, no dizer de Haller — *egregius est labor, cordatæ et masculæ scriptus cujus eo seculo nil prodiit simile* —, nem pela divulgação e o apoio de Bauhin, desconhecer-

---

(\*) Reproduzido, a pedido, por se haver exgotado a 1.<sup>a</sup> edição. Seguir-se-ha o complemento promettido no fim deste trabalho sobre as consequencias tardias assim como os commentarios sobre a operação cesareana baixa.



se-á que o fundamento do grande livro fugia em parte á verdadeira determinação clinica. Das suas — “*trois probations*”, sustentando o acto operatorio “*par histoire, par raison, par autoritez*”, na época, só a segunda poderia influir com proveito. Hoje, quatro seculos passados sobre a doutrina de Rousset, robustecem-se os tres argumentos, dando a supremacia ao parto abdominal pela historia, pela autoridade e pela razão.

Mas a historia daquelle tempo era infiel. Não se applicam os casos relatados á pratica da operação cesareana, si não á sequencia das prenhezectopicas principalmente, pois nada de authentico existe no seculo XVI, sobre a abertura do utero em mulher viva. E subsiste a duvida sobre o valor das referencias, attendendo-se a que o maior homem da arte, que até então se conhecera, Ambroise Paré, apesar da sua admiravel repugnancia pela mutilação do feto vivo, prohibia expressamente o parto cesareano. Mesmo a conhecida observação de Jacques Nuffer, não se reporta á abertura do utero, mas sim á simples incisão abdominal, dando sahida a um feto vivo, desenvolvido fóra do orgão; e no texto de Rousset não se fala em incisão uterina, lendo-se sómente “*abdomini vulnus infligit verum primo ictu ita feliciter abdomen aperuit, ut subito infans absque ulla le- sione extractus fuerit*”.

Não houve, por conta de Rousset e Bauhin, esse furor operatorio contado na these de Berlin, de 1890. A vulgarização da cesareana, no seculo XVI, não conseguiu a sua pratica repetida. Si o livro de Roussens, em 1593, tem o capitulo especial — *Cæsonum eximendórum ratio* —, re- commenda o acto cirurgico apenas em artigo de morte. A obra de Castro, em 1603, vagamente aponta a cesareana para os casos não definidos de “*viæ angustiores*”. O es- cripto de Scipião Mercurio tambem não reconhece o exa- gero da cesareana em França, em 1571; tal supposição origina-se num erro de traducção do texto italiano para o germanico, feito por Welsch. Não affirmou Scipião ser a cesareana applicada na França, quanto a sangria na Italia;



apenas informou que uma era tão conhecida quanto a outra: "questa attione é cosi nota per quei paesi come in Italia il cavare sangue". "Cosi nota", de Scipião, (tão conhecida) passou a ser no texto de Welsch: "so gemein", (tão commun). Outra prova contra o pretendido exagero da operação cesareana no seculo XVI dá o livro de Guilleméau, ensinando: *Aucuns tiennent que cette section sésarienne se peut et doit pratiquer en vu de fascheux accouchements. Ce que je ne puis conseiller de faire pour l'avoir expérimenté par deux fois, en la présence de Mr. Paré, et veu pratiquer à Mrs. Viart, Brunet, Charbonnet, chirurgiens fort experts*. E commentando os resultados da operação — "Je scay que l'on peut mettre en avant qu'il y en a qui ont été sannées, mais quand cela seroit arrivé il faut plustot admirer que pratiquer ou imiter". E Guilleméau foi, como Paré e Franco, notavel orientador da opinião obstetrica do seu tempo.

Vê-se bem que o parto abdominal só encontrou acceitação fervorosa nas lições de Rousset e de Bauhin. O livro de Rousset não parece escripto naquella época, tão pouco temeroso se lhe apresentava o peritoneo, tão inocuo lhe parecia incisar o utero gravido, tão facil se lhe afigurava a technica, extranha pelo proscricção da sutura e interessante pelo uso da drenagem do utero, por meio de tubos de cêra, afim de facilitar o escoamento "*des humidités utérines*".

Rousset era um theorico; exercia a medicina e não praticava a cirurgia; dos seus dez casos relatados, seis eram simples "*histoires oculaires*". Bauhin, na segunda edição do texto latino do trabalho de Rousset, augmentou esta estatística. Ainda assim, o fallado entusiasmo pela operação cesareana, no fim do seculo XVI, é falso, pois a casuística de então comporta, além do caso celebre de Nuffer, as observações de Neisse, em 1531, de Primerose em 1595, de Donatus em 1586, de Bain em 1540. Não se póde dizer que tenha havido propriamente opposição ao parto cesareo. Informará melhor quem não considerar o seculo



XVI como o do surto da intervenção, porquanto, se Rousset a lançou nos seus escriptos, só pôde aliciar o esforço de Bauhin e, fóra da França, um pouco da collaboração de Trautmann e o preconio de Hilde, reconhecendo porém, este que, no dizer dos contemporaneos, a cesareana era **“res crudelia atque inhumana”**.

Por isso, o pensamento obstetrico no seculo XVI não é o da reacção á cesareana. Mauriceau, talvez o mais celebre parteiro da sua época, não se cansou em proscrever, em condemnar o parto abdominal; tinha-lhe aversão, preferindo deixar morrer a parturiente com o filho no ventre, a tentar o acto operatorio. (Observação 73). Não podia deixar de influir o julgamento de Mauriceau. Com elle, embora antagonista em quasi tudo, concordou Viardel; e Dionis, no fim do seculo XVII, levando contra a operação cesareana a sua autoridade de anatomista e cirurgião, dava-a como acceita sómente por barbaros e deshumanos. Pouco obedecia a sentimentos religiosos executando a cesareana na moribunda, exclusivamente para garantir o baptismo do recém-nascido, dizendo — **“l'ondoier est la fin principale de l'opération césarienne”**.

Fóra da França, na Hollanda, a operação foi tolerada por H. V. Roonhuyssen, desacreditada por Solligen, que cinco vezes desastradamente a tentou e combatida por Jansen. Nada mais natural do que a repercussão nulla dos conselhos de Rousset, mal ouvidos no seculo XVI, e sem echo no seculo seguinte. A arte dispunha, até alli, do recurso da versão, technica tão apurada na mão dos antigos; famosa pela habilidade de Paré, o seu restaurador, reproduzindo a velha lição de Celso e de Soranus; universal na pratica de De Lamotte, fazendo-a mesmo com o pólo fetal em gráo de extrema descida.

A versão foi, durante longos annos, o maior auxilio da arte. Apenas lutou com o forceps, invento que, no seculo XVII, mais reduziu ainda as indicações da operações cesareana. No tempo das intervenções sem asepsia, a sequencia da manipulação peritoneal só podia conduzir ás negras



XVI como o do surto da intervenção, porquanto, se Rousset a lançou nos seus escriptos, só pôde aliciar o esforço de Bauhin e, fóra da França, um pouco da collaboração de Trautmann e o preconicio de Hilde, reconhecendo porém, este que, no dizer dos contemporaneos, a cesareana era **“res crudelia atque inhumana”**.

Por isso, o pensamento obstetrico no seculo XVI não é o da reacção á cesareana. Mauriceau, talvez o mais celebre parteiro da sua época, não se cansou em proscrever, em condemnar o parto abdominal; tinha-lhe aversão, preferindo deixar morrer a parturiente com o filho no ventre, a tentar o acto operatorio. (Observação 73). Não podia deixar de influir o julgamento de Mauriceau. Com elle, embora antagonista em quasi tudo, concordou Viardel; e Dionis, no fim do seculo XVII, levando contra a operação cesareana a sua autoridade de anatomista e cirurgião, dava-a como acceita sómente por barbaros e deshumanos. Pouco obedecia a sentimentos religiosos executando a cesareana na moribunda, exclusivamente para garantir o baptismo do recém-nascido, dizendo — **“l'ondoier est la fin principale de l'opération césarienne”**.

Fóra da França, na Hollanda, a operação foi tolerada por H. V. Roonhuyssen, desacreditada por Solligen, que cinco vezes desastradamente a tentou e combatida por Jansen. Nada mais natural do que a repercussão nulla dos conselhos de Rousset, mal ouvidos no seculo XVI, e sem echo no seculo seguinte. A arte dispunha, até alli, do recurso da versão, technica tão apurada na mão dos antigos; famosa pela habilidade de Paré, o seu restaurador, reproduzindo a velha lição de Celso e de Soranus; universal na pratica de De Lamotte, fazendo-a mesmo com o pólo fetal em gráo de extrema descida.

A versão foi, durante longos annos, o maior auxilio da arte. Apenas lutou com o forceps, invento que, no seculo XVII, mais reduziu ainda as indicações da operações cesareana. No tempo das intervenções sem asepsia, a sequencia da manipulação peritoneal só podia conduzir ás negras



estatísticas da hysterotomia. A versão, que educou tantos malabaristas da profissão, o forceps, que gerou tantos atletas da arte, bastavam para resolver o problema unico, o problema materno, pouco importando o destino do fêto. A razão, como a historia, falhavam á operação cesareana.

É exacto que até o seculo XVIII, a embryotomia no vivo despertava muito mais repulsa do que dahi até quasi os nossos dias. Os parteiros, homens de poucos recursos, tinham uma grande crença religiosa, que lhes prohibia formalmente o feticidio. Impedidos, pela consciencia, de mutilarem o fêto vivo, retiravam-no, embóra morto na maioria dos casos, pela versão ou com o forceps. Deu a versão á obstetricia a phalange dos adestrados, mas o forceps preparou-lhe o pesadello dos fortes. Ainda assim, não era possivel cuidar no emprego da operação cesareana, menos mysteriosa e mais suave do que qualquer das outras, mas trilhando o peritoneo sensivel á contaminação do material operatorio. Percebe-se por isso que, não obstante o temor da serosa, de quando em quando, o irremediavel da surpresa ou da violencia conduziam o pensamento clinico á brandura da operação de Rousset.

Não admira, portanto, que Ruleau, em 1704, novamente pleiteasse a noção optimista de Rousset, protestando contra o pregão mortifero assacado á cesareana, replicando ás objecções e traçando novos modos de a praticar. Mais forte, porém, do que a palavra de Ruleau, foi aquella "voz de Rhama" do escripto mystico de Peter Chamberlen; assim, Mesnard, que, em 1753, escrevêra um manual, com perguntas e respostas "*pour les sages-femmes sans études et sans lettres, et pour les chirurgiens qui sont paresseux d'étudier*", reduz a cesareana "extremamente perigosa", á indicação da maxima estreiteza pelvica e do excessivo volume fêtal; Ould, de Dublin, autor de excellente livro, classifica a operação de "*detestable, barbarous, illegal piece of inhumanity*". E a cesareana, entre os parteiros atrahidos pelo invento de Chamberlen, ou era silenciada, ou era combatida, o que não obstou a que, em 1753,



a memoria de Simon, reunindo os 64 casos conhecidos desde 1500 — numero que evidencia o erro do historiador, crente no exagero operatorio do seculo XVI — chegasse á conclusão de estar o acto operatorio longe de merecer tanta invectiva. Note-se, porém, que, mesmo abandonado, o parto abdominal vai despertar, em meio do seculo XVIII, a attenção de um grande parteiro, Levret, reformador da especialidade e aperfeiçoador do forceps, que deu o melhor cuidado á cesareana, revendo-lhe a casuistica conhecida, com a critica concludente da inutilidade de grande numero de operações praticadas por parteiros ignorantes e formulando-lhe as indicações do obstaculo pelvico e da prenhez ectopica.

Os inglêses eram, naturalmente, partidarios do forceps. Smellie, o Levret da Inglaterra, entusiasta da perfuração, acceitou restrictamente a operação cesareana; Hunter só sabia de duas operações cesareanas praticadas por espaço de 40 annos, em Londres e seus arredores; Johnson admittia apenas a abertura do ventre post-mortem, ou na hypothese da prenhez extra-uterina; Hamilton, o doutrinador do “*non vis, sed arte*”, que já sabia limitar o emprego do forceps ás cabeças profundamente insinuadas, que conhecia as “*fatal consequences*” da versão, classificou de mortifera a operação cesareana; Desse, em 1783, informava nunca ter sido feita em Dublin uma só dessas operações.

Não se póde contar com a opinião dos parteiros allemães, pois a Allemanha, no seculo XVIII, era pela obstetricia mutiladora, tão do gosto dos inglêses, e forneceu-lhe dois nefandos representantes — Deish e Mittelhause. Apenas, o extraordinario homem que foi Roederer, em 1751, procura acompanhar Levret, reconhecendo a gravidade da cesareana mas rejeitando-lhe a fama de mortal. Stein, o fecundo inventor do instrumental obstetrico, estudou aperfeiçoamentos de technica do parto abdominal.

Duas operações vieram, no seculo XVIII, ainda mais diminuir a operação cesareana, uma de repercussão immediata — a symphiseotomia de Sigault, outra de influencia



mais retardada — o parto prematuro de Denmann. Ambas concorreram sempre para afastar os parteiros do aperfeiçoamento da operação cesareana.

Uma grande figura, no fim do seculo XVIII e no começo do XIX, encheu de brilho a historia da obstetricia: Baudelocque, o parteiro francês de fama universal. A cesareana deveu-lhe um grande apoio, talvez por ser elle violento inimigo de Siguault, contrario ás idéas de Denmann e antagonista da embryotomia no vivo. Estes tres principios mostram a genialidade do verdadeiro precursor, que morreu em 1810, professando e dominando quasi que com as idéas de hoje, na éra da arte ainda embryonaria. Embóra perigosa, a operação cesareana, diz Baudelocque, será ella applicada ao envéz do instrumento mutilador, se está vivo o fêto. Contemporaneamente, Lauverjat, combatendo a symphiseotomia propôz novo methodo para o talho cesareo. Então, já a Academia Real de Cirurgia de Paris havia posto em fóco a questão e um dos seus membros, Deleurye, em 1779, escrevia a memoria comparando a cesareana com o forceps no estreito superior.

Começava a luta entre partidarios da symphiseotomia e da cesareana, levados a extremos de opinião. No seu livro de 1775, publicado em Gand, Jacobs acha a cesareana a mais horrivel das operações, reconhecendo-lhe entretanto seis indicações. Duas personalidades de relevo, Saxtroph, o propagandista da versão de necessidade, e Osiander, o principe da arte obstetrica, julgam differentemente a operação; o primeiro achava que a vida da mulher muito valia para ser arriscada, o segundo praticava o acto operatorio, incisando o segmento inferior do utero, por achar menos gravidade nas lesões dessa região. Wigand, dá regras sobre a pratica da cesareana e Stein preconiza uma incisão abdominal para o seu inicio. Em Leipzig, 1820, Joerg divulga a cesareana com a incisão abdominal.



Com o seu prestigio incontestavel e a influencia sobre os seus contemporaneos, Madame Lachapelle fulminou a cesareana, chamando-a "*opération cruelle et funeste*". Eram realmente desanimadores os algarismos da operação cesareana durante o seculo XVIII e no seculo XIX, antes da era antiseptica. Baudelocque, não obstante a esperança de melhores dias, em dez casos só teve uma cura; Gardien acreditava que em cincoenta annos, em Paris, no Hotel-Dieu, conhecia-se um unico caso feliz; Boer, em 14 mulheres, registrou 13 mortes; Haull, juntando 231 observações, contou 139 obitos; Klein, viu 96 mortes em 116 casos. As estatisticas de Michaelis alcançam 118 curas e 140 mortes; as de Kayser, 338 operações conhecidas de 1750 a 1839, é de 128 curas e 210 mortes; Scanzoni calculou, em 1855, o coefficiente de mortalidade materna em 60 ‰ e o fétal em 38 ‰. Späth não conhece, nos serviços de partos de Vienna até 1877, uma só operação feliz. Informa Meyer, em 1868, que em 1605 operações, praticadas na Allemanha, França, Inglaterra, Belgica, Italia e America do Norte, morreram 867 mulheres, isto é, 54 ‰. P. Müller, Dohrn, e Franqué colligem 45 casos e 38 obitos, ou 84,4 ‰. Stadtfeld, em 21 casos na Noruega e na Dinamarca, até 1879, encontra 95 ‰ de mortalidade materna e 57 ‰ de mortalidade fétal. Lehmann, de Amsterdam, 1867, tem duas curas em 19 operações; Greenhalg, na Inglaterra, 1867, refere 9 operações e 8 mortes; Uhde (Deutsch. Med. Woch. 1868), 22 operações e 20 mortes; Harris (American Journal of Obst. 1881) colleccionou 120 casos de toda a America no Norte com 58 ‰ de mortalidade.

As causas destes insuccessos não passaram despercebidas aos observadores e Killiam, em 1834, no seu Operat. Geburt., enumerava as varias razões de tanto desastre, como: — a necessidade de se deslocar o orgão da cavidade abdominal, a duração anterior do trabalho e as operações porventura já praticadas, o abalo do systema nervoso, a acção prolongada do ar athmosphérico sobre as visceras,



os accidentes operatorios, as perdas de sangue, e os maus processos cirurgicos. São delle as seguintes palavras condemnatorias "Gewisseres gibt es nichts als die Behauptung das sicherlich eben so viele, wo nicht mehr operirte an einer vernach lassigten, oder schlecht geleiteten, Nachbehandlung da hinsterben als an der Grosse der uberstandenen operativen Eingriffes und der übrigen Gefahren".

Na sua memoria á "Société de Chirurgie de Paris", Gueniot, que reuniu, em Paris, uma temerosa série de 40 cesareanas mortaes, entende que a operação, apparecendo no seculo XVI, nascera prematuramente; entretanto no seu entender "*l'enfant était viable*". Em meio de tanta duvida, não se tinha firmado ainda o principio da autoridade.

A éra Pasteuriana deu vigoroso impulso ao parto abdominal. A intervenção lutava contra aquella infecção purulenta para cujo vencedor, ainda esperado, Nelaton reclamava uma estatua de ouro. A influencia da doutrina microbiana não foi todavia immediata; mesmo, em pleno regime da antisepsia e da asepsia, Pajot classificava a operação de acto de selvageria que derruba a arvore para colher o fructo. Em 1887, Créde, em 50 operações tem um coefficiente lethal de 28 %; Caruso, 1888, 26 % em 135 operações; Fehlling, 1886, 31, 8 % em 22 casos; na Noruega, nos ultimos 30 annos do seculo passado, a estatistica de mortalidade era de 30 %.

Toda a preocupação profissional consistia em aperfeiçoar os instrumentos mutiladores do fêto, de maneira a tornal-os inoffensivos á mulher, como fizera o segundo Baudelocque, em 1892, com o cephalotribo; modificar o forceps, tentar alargar a symphiseotomia e o parto provocado para fugir á cesareana, o ultimo recurso da arte nos casos extremos. Aos poucos, porém, a cirurgia apurava-se na technica e, em 1876, ha na historia da cesareana um acontecimento notavel, a operação de Porro, a amputação utero-ovarica como complemento do parto abdominal. Os successos cirurgicos de Kæberlé e Pean actuaram no surto do novo processo, aconselhado, entretanto, no começo do se-



culo XIX por Blundel e Michaelis, cem annos antes experimentado em animaes por Cavallini e já executado, em 1869, por Stone, de Boston. Ficou, porém, na historia o nome do parteiro de Pavia, mas a sua operação, de grande realce nascente e da rapido declinio, logo mereceu de Stoltz as maiores reservas, como uma grave mutilação, pelo que eram concitados os profissionaes a não a terem como termo de processo operatorio e, ao contrario, deverem preoccupar-se, cada vez mais, com a cesareana classica, uma operação menos mortifera. Multiplicam-se os aperfeiçoamentos da technica utero-ovarica: a exteriorização do utero antes da sua abertura (Hegar, Chiara, Maygrier), as agulhas de aço (Tarnier), o esmagamento pedicular (Championnière), o tubo elastico de Franzollini, o esmagador de Spaeth, o constrictor de Vaseige, as technicas de Hubert, Bompiani, Duchamps, Litzman sobre o tratamento do pediculo e a hysterectomy total de Bishop.

A operação ganhava adeptos rapidamente. Ella valia, antes de tudo porque arredava a possibilidade de contaminação peritoneal pelo utero infecto e mal saturado. Fehling, em Stuttgart; Litzman, em Kiel; Breisk, em Praga; Müller em Freibourg; Braun em Vienna, Fochier em Lyon, Tarnier e Championnière em Paris, todos maioraes da época, praticavam-na. Commenta Berlim que, em 4 mezes, Championnière fez 4 operações cesareanas com 2 resultados felizes "proporção inesperada em Paris, centro proverbial das cesareanas desastradas". Dos resultados, prescindindo pormenorizar informações variaveis como a de Zweifel, com 54 % de mortalidade e a de Braun-Fernwald com 10 %, ha uma larga estatistica, num periodo de 25 annos, a do trabalho de Truzzi, colleccionando toda a casuistica conhecida, com a mortalidade total de 24,8 %, sendo 30,4 % para o methodo intra-peritoneal, 25 % para o extra-peritoneal, 12 % para o retro-peritoneal e 25,4 % para a extirpação total.

Passam-se pouco mais de 5 annos e entra a declinar o entusiasmo pelo operação de Porro. Em 1882, Schroe-



der considera-a um methodo de transição; Constein apella para os aperfeiçoamentos da cesareana classica em 1881; Lucas Championnière aponta-lhe os perigos e Gueniot muito espera da applicação, ao velho talho cesareo, dos processos modernos de cirurgia abdominal. Não obstante o favor de Müller e as modificações de Mangiagalli, a amputação utero-ovarica, em 1882, já tinha poucos adeptos. Neste anno, a cesareana classica resurgia victoriosa, com os trabalhos de Saenger e a operação de Porro archivava-se no numero das operações passageiras que no seu tempo prestaram, á falta de melhores, o serviço de suas relativas vantagens.

Saenger é o grande nome que inicia a era moderna da cesareana classica, com a sua technica de sutura. Nasceu a operação com Rousset, proscripta a synthese — “*suturis non egeant*” —; Lauverjat repellia o procedimento de Lebas, applicando num caso tres pontos de sutura, processo que Levret condemnava. Baudelocque, Capuron, Velpeau, Jacquemier, Stein, Jorg, eram todos contrarios á sutura uterina. Em 1834 Desormeux escrevia que a sutura só era empregada “*par un chirurgien peu habile*”.

Depois de Lebas, Wiessel em 1835, emprega um só ponto de sutura uterina e Godefroy, em 1840, applica tres profundos, abandonados na cavidade abdominal. Existia a technica de Didot em 1849; conhecia-se a sutura utero-abdominal de Pillore em 1854. Ainda assim Naegele repelle-a, Cazeaux dispensa-a, Stoltz só a adopta na extensão demasiada da ferida uterina. Ellis, Spencer Wells, Veit, Martin, Spiegelberg, Barnes, entre outros incorporam-na á technica commun.

A asepsia veio completar as vantagens da sutura que, até então prejudicava pela reacção topica produzida e pela irritação inherente á sua qualidade de corpo extranho. Tinham certa razão os opposicionistas contemporaneos da era pré-antiseptica.



der considera-a um methodo de transição; Constein apella para os aperfeiçoamentos da cesareana classica em 1881; Lucas Championnière aponta-lhe os perigos e Gueniot muito espera da applicação, ao velho talho cesareo, dos processos modernos de cirurgia abdominal. Não obstante o favor de Müller e as modificações de Mangiagalli, a amputação utero-ovarica, em 1882, já tinha poucos adeptos. Neste anno, a cesareana classica resurgia victoriosa, com os trabalhos de Saenger e a operação de Porro archivava-se no numero das operações passageiras que no seu tempo prestaram, á falta de melhores, o serviço de suas relativas vantagens.

Saenger é o grande nome que inicia a era moderna da cesareana classica, com a sua technica de sutura. Nasce a operação com Rousset, proscripta a synthese — “*suturis non egeant*” —; Lauverjat repellia o procedimento de Lebas, applicando num caso tres pontos de sutura, processo que Levret condemnava. Baudelocque, Capuron, Velpeau, Jacquemier, Stein, Jorg, eram todos contrarios á sutura uterina. Em 1834 Desormeux escrevia que a sutura só era empregada “*par un chirurgien peu habile*”.

Depois de Lebas, Wiessel em 1835, emprega um só ponto de sutura uterina e Godefroy, em 1840, applica tres profundos, abandonados na cavidade abdominal. Existia a technica de Didot em 1849; conhecia-se a sutura utero-abdominal de Pillore em 1854. Ainda assim Naegele repelle-a, Cazeaux dispensa-a, Stoltz só a adopta na extensão demasiada da ferida uterina. Ellis, Spencer Wells, Veit, Martin, Spiegelberg, Barnes, entre outros incorporam-na á technica commum.

A asepsia veio completar as vantagens da sutura que, até então prejudicava pela reacção topica produzida e pela irritação inherente á sua qualidade de corpo extranho. Tinham certa razão os opposicionistas contemporaneos da era pré-antiseptica.



Saenger methodizou a sutura, deu-lhe uma execução racional e bem dirigida, culminando o pensamento dos seus precursores. — Aubel, Cazin. Kehrer é o emulo de Saenger; as duas memorias preconizando a sutura em dois planos datam de 1882.

Dahi em diante, não é mais necessario, nem talvez possivel, insistir na instrucção historica. A proposito da technica, ver-se-á que os elementos subsidiarios de practica e de bibliographia, de 1882 até agora, são julgados contemporaneos. Para comprehender a influencia benefica do aperfeiçoamento technico, principalmente na questão das suturas, sobre as consequencias da operação, basta conhecer-lhe as estatisticas mais recentes. A série reunida por Caruso, em 1888, é 135 casos com 25 % de mortalidade; em 1899, Braun-Ferwald reúne os casos das clinicas de Chrobak, Schauta, Leopold, Braun, Olshausen, e Zweifel, em numero de 278, com a mortalidade de 4,08 %. Em 303 operações, Leopold dividindo-as em 3 grupos de 100, por ordem chronologica, tem: no primeiro grupo — 5,8 % de obitos; no segundo — 6,25 %; no terceiro — 1,2 %; mais tarde apresenta 107 casos com 0,9 % de mortalidade. Olshausen, em 1906, de 65 operadas perde 3; Zweifel, em longa série, tem 1,3 % de lethalidade; Davis, em 103 — 0,97 %; Pestalozza, 2 obitos em 100 operações; Canton, 25 casos, todos curados e Kustner 72 em condições identicas. Routh, estudando as estatisticas na Inglaterra, num total de 1284 operações, até 1890 encontra um coefficiente de mortalidade de 35,7 %; dahi até 1910, em 1254 observações, 11,6 %; de 1910 a 1915, a proporção de mortes baixou a 8 %. Em 1910, no meu trabalho sobre dystocia pelviana, colligi, de differentes clinicas da Europa e da America do Norte, 1000 operações com 44 obitos, isto é, com 4,4 % de mortalidade; esta indicação reproduzi no meu livro — *Lições de Clinica Obstetrica*, em 1917.

Todos os Algarismos provam os resultados da operação cesareana opportuna, nos moldes traçados, em 1901, por Veit — só permittir a intervenção quando de todo



ausente a menor suspeita de infecção local, o que quer dizer, a pratica da cesareana precoce, resguardada a paciente durante varios dias de qualquer contacto. Da mesma maneira pensavam Leopold, Olshausen e Schauta.

Assim, restringia-se muito o campo da intervenção e mesmo a sua escolha, nos pequenos vícios pelvicos, vacillava entre a hypothese de uma acção inutil e a necessidade de uma iniciativa prejudicial. Além disto, indicações outras, e mais prementes, surgiam durante o trabalho adiantado da parturição, momento em que se tinha por contra-indicado o talho cesareo. Este agravamento nas consequencias do acto cirurgico, apenas por conta de simples suspeição, sem falar nos casos infectados, resalta da estatistica de Routh, que de 1001 observações concluiu que, se a intervenção fôra feita antes de se romperem as membranas, o coeffericiente de mortalidade era de 2,9 ‰, ao passo que, no caso contrario, alcançava a proporção 10,8 ‰.

Era a contaminação peritoneal responsavel pela sobrecarga de lethalidade que intimidava os praticos. As cesareanas extra-peritoneaes tiveram a sua origem no temor da serosa, ao mesmo tempo que na necessidade de alargar as indicações do parto abdominal. A tentativa de evitar artificialmente o peritoneo não é recente; foi idéa de Jorg em 1806, com o apoio de Ritgen, em 1820. A technica de Physik, em 1824, pelo afastamento do peritoneo, visava á incisão sub-serosa do utero; do mesmo modo, a gastroelytrotomia de Baudelocque sobrinho, e de Gianflores. Skene, Thomas, Duncan, Mac Kean seguiram as mesmas idéas, mas todos os meios cahiram em descredito pelos maus resultados.

É de 1907 o processo de Frank pela incisão supra-symphisaria; o de Selheim, após a incisão baixa, descolla o peritoneo de modo a desnudar a parede uterina por onde se penetra na cavidade; Latzko e Kustner acham facilidade em descollar a serosa com o afastamento da bexiga. Tambem Sellheim ideou o methodo transperito-



neal baixo no seu processo chamado — *Uterusbauchcken-fistel*.

Não ha novidade nestas tentativas de hoje; os originaes dellas são os methodos de Physik, de Jorg, e Ritgen. Na operação extraperitoneal, a difficuldade está em que não lhe falte nunca este character, isto é, que não se prejudique a technica pelo compromettimento involuntario do peritoneo. Raemer, em 83 casos viu 26 vezes o peritoneo lesado; a proporção de Weibel é de 38 %; a de Bumm, 18 %; a de Doederlein, 6 %. Sob o ponto de vista das consequencias, dizem os 492 casos de Enea, com 3,44 % de mortalidade, e as 449 operações de Tanniguchi, com 7,31 % de morte. Disputam hoje as preferencias a operação transperitoneal baixa e a extraperitoneal; o assumpto, discutido sob o aspecto da sua generalização, faz parte da ordem do dia dos congressos e das reuniões mais recentes. Delle se occuparam Couvelaire e Jeannin na Société Obstétricale de França em 1909; Routh, no 5.º Congresso Internacional de S. Petersburg em 1911; Bar e Commandeur no Congresso de Berlim em 1912; Puech e Vanverts no Congresso de Lille em 1913. O debate circunda a duvida sobre a indicação tardia da operação cesareana.

No ultimo Congresso dos gynecologos e obstetras de lingua francêsa, reunido em Paris em 1921, não foi possivel uniformizar opiniões favoraveis em torno da operação cesareana tardia. Na controversia predominou, a differença entre os resultados absolutos da operação em casos puros e as consequencias, mais ou menos desagradaveis, nos casos infectados. Kouwer e Bar, em pontos oppostos, representavam as duas escolas em litigio, mas os opposicionistas ao parto abdominal exigiam delle a garantia de cura para todos os casos. Porventura esse principio de inocuidade completa será alcançado nas outras intervenções?

O problema da operação cesareana, desde muito tempo, tambem tem interessado um pouco os profissionaes



do Brasil, sem que todavia acompanhassem elles, devidamente, a evolução do acto cirurgico. Em 1889, informava uma these da Faculdade do Rio, a de Antonio Moreira da Fonseca, ainda não se ter praticado no Brasil o methodo de Saenger, datando já de sete annos passados. Por esse pormenor é facil deduzir o atrazo em que se achavam os profissionaes de então. Correndo as informações bibliographicas, vê-se que os trabalhos inauguraes obedeciam á transcripção de opiniões estrangeiras. Fóra destes trabalhos, de feitura obrigatoria como se sabe, o assumpto só occupou, expontaneamente, a attenção de um clinico, não obstetra, Torres Homem, para apreciar a operação praticada por Feijó Pae, e deu ensejo a duas dissertações de natureza religiosa, como a de Soriano, medico jurista, em 1862, e a de Montezuma em 1868. Com preocupação clinica, só em 1892 apparece no Brasil Medico o escripto de Thomaz de Aquino.

Deve-se o pouco cuidado que o assumpto despertou no nosso meio ao máu conceito em que tinham a operação os maioraes da época. Um delles, em 1866, reproduzia a opinião dos seus mestres que reputavam a passagem de sangue e de liquido amniotico para o peritoneo, pela sua alteração, causa do apparecimento do accesso pernicioso que victimava as operadas. Mais ou menos nesse desapêgo ao methodo ficou-se no Brasil, porque assim se fazia no Rio de Janeiro, até 1904, quando, por acção do exemplo partido da nova Maternidade das Laranjeiras, a cesareana passou a ser praticada. O maior desenvolvimento porém do parto abdominal em actos operatorios, discussões e escriptos, começou em 1915, generalizando-se então a pratica da cesareana, em obediencia a considerações, a principio de ordem theorica, mas racional, que collocavam o methodo como de escolha na tocologia operatoria. E com o titulo — A operação cesareana deve ser a operação da escolha na obstetricia, a these inaugural de Cardoso Porto, em 1912, reforçou a prophesia, ousada e defensavel do trabalho escolar de



Sabino Souto, em 1909, apontando para o futuro ou o parto espontaneo ou o cesareo.

Nestes ultimos dez annos, tenho me empenhado vivamente no estudo e na discussão do problema. Um pouco por iniciativa minha, multiplicam-se as contribuições que augmentaram a bibliographia moderna e, como me cabe a collaboração nos novos meios de technica pela oportunidade de praticar largamente a operação cesareana, penso poder dizer que actualmente, no Brasil, a questão está mais adiantada do que na Europa. Mas, para isso, foi preciso um grande esforço. A historia da cesareana no Brasil registra largos espaços de tempo sem que a praticassem. Se em 1822, como informa um seu biographo, o Barão de Goyanna, José Correia Picango, fez a primeira cesareana; em 1865 e 1866, Feijó Pae executou duas; Feijó Filho em 1869 e 1876 praticou a terceira e a quarta; Freitas e Pires fazem a quinta em 1876; em 1881, Feijó Filho intervem pela sexta vez, praticando a primeira amputação utero-ovarica entre nós. De 1881 até 1904, houve apenas 5 cesareanas no Rio de Janeiro; augmentando a casuistica dahi até 1911, data em que começaram a avultar os casos. Raros, fóra do Rio, eram os exemplos em favor da cesareana, como o de Josetti no Rio Grande do Sul que até 1900 operára diversas vezes com exito.

Devo ter sido eu o maior responsavel pelo crescimento numerico moderno da operação cesareana, mas tendo de fazer o exame de consciencia, pesando a responsabilidade da minha acção, cada vez mais sinto a soberana verdade da idéa. Augmentaram consideravelmente as cesareanas no Rio de Janeiro, mas, em compensação, quasi desapareceram as operações mutiladoras.

A noção historica torna-se deveras interessante, entre nós, tratando-se da cesareana tardia, materia ainda em litigio na Europa e aqui, talvez, em favoravel julgamento definitivo. Vieira Souto tem no Brasil a prioridade da operação cesareana tardia, que levou a effeito em 1912



O parto abdominal tardio constitúe o assumpto capital da obstetricia moderna. Permittida a sua execução, em qualquer momento do trabalho de parto, é um recurso feliz que acompanha o prognostico em toda a sua plenitude, tolerando mesmo a prova da inefficacia das outras intervenções. Na Academia de Medicina de Paris, em 1920, Gueniot, falando sobre a operação cesareana, recordou o incidente provocado por uma these de 1861, intitulada — Parallelo entre a cephalotripsia e a operação cesareana, — que, em certo trecho, aventava a idéa de aperfeiçoar-se a operação cesareana a ponto de **ser** **possivel** um resultado identico ao da embryotomia. A locução — ser possivel —, disse Gueniot, despertou uma tempestade de censuras e de protestos; não obstante, a aspiração é hoje uma realidade.



Entendo, de um modo geral, que a operação cesareana tem indicação perfeita, sempre que o parto transpelviano é impossivel espontaneamente ou com o auxilio razoavel do artificio. A noção, talvez um tanto rigida, é assim exposta porque nada mais perigoso em clinica, do que a elasticidade das indicações mutiplas. São ellas as responsaveis pela successão dos actos chirurgicos de technica e de effeitos gradativamente mais penosos, forçando o pratico a uma situação quasi torturante.

Estudando as indicações da operação cesareana, de prompto é preciso pensar que, em cada caso concreto, jamais existe uma indicação isolada e muitas vezes uma indicação préviamente estabelecida. O parto natural é a harmonia entre o objecto, o orgão e o trajecto da parturição; a dystocia, a desavença entre os tres elementos, mesmo que seja a dystocia inicialmente unica e verificavel de prompto. E a razão é simples: se da perfeita correspondencia entre orgão, objecto e trajecto resulta a naturalidade do phenomeno, por força, reciprocamente influenciam-se os tres termos do problema tocologico. A



dystocia perturba a harmonia que leva ao parto natural, mas, dentro do principio das relações reciprocas cria a solidariedade que estabelece a feição clinica do parto anormalo.

É facil provar. Se é perturbada a função do orgão, modifica-se a força e, afóra os casos de intensidade que tudo destróe no acceleramento, retarda-se a marcha do objecto, ou altera-se a fórmula cavitaria do orgão. Destas condições, dependentes da natureza da difficuldade, provêm ou a permanencia compressora, avolumando o objecto pela deformação e restringindo o trajecto pelo edema, ou o enclausuramento que atraza, se não impede a marcha do trabalho. Se é alterado o trajecto, via de regra restricto, surgem as duas compensações, a energia da força expulsiva e a moldagem do pólo fetal, ambas alcançando prejuizo maximo, tanto a energia que irá até ao tetano como a moldagem que alcançará á desproporção. Se se modifica o objecto, avolumado em absoluto ou relativamente, repete-se a disparidade anterior, pois é o mesmo problema do transito menor do que o movel que transita.

Na dystocia, não é a difficuldade primitiva que impressiona; mais surprehende e complica o obstaculo enumerado. Se não houvesse esse entendimento tão exacto na anomalia, despertando situações semelhantes onde dantes nada havia, decerto o problema da dystocia seria facil porque seria predeterminado. Ora, excluida a hypothese da força insufficiente onde a passividade se desenha, a dystocia é sempre um elemento activo, sempre um obstaculo presente, sempre um embaraço dynamico, sempre uma força. Na contracção uterina debilitada, não ha o que vencer ou sobrepujar, ha apenas o que substituir; mas, nos outros casos, ha o que dominar, dominar uma resistencia, de regra difficilmente calculada. E, para maioria dos percalços, na quasi totalidade das dystocias, o que se pede, clinicamente, é o que se não faz, racionalmente, na vida commum: fazer passar o maior



pelo menor. Em qualquer dos ramos da actividade humana, ninguém se proporia semelhante empreza, dando-se por capaz de atravessar o espaço pequeno com o volume grande, sem augmentar esse espaço ou diminuir este volume. Mesmo em qualquer das secções da medicina, tão pouco alguém acceitaria a tarefa. Ahi está o cirurgião que foi, no passado, lithotrista, mas que hoje é sempre talhador. Só o obstetra deve permanecer na illusão de conseguir essa nova especie de pedra philosophal: o methodo inocuo de passar o maior pelo menor.

Sem duvida, a natureza tem recursos: amolda o maior e amplia o menor. Ella o faz quando, por si, apaga a dystocia, e, mesmo assim, não fica isenta de contratempos: ahi estão, para proval-o, entre outros accidentes, a fractura da abobada craneana fetal no parto espontaneo através do vicio pelvico, a solução de continuidade cervico-vagino-vulvar na estreiteza da bacia molle, a ruptura espontanea do utero na sua contracção desmesurada.

Certamente os desastres na acção da natureza, visando corrigir a dystocia, são os desastres da natureza abandonada; para prevenil-os é que o profissional se instrúe. A instrucção dar-lhe-á que, diante da difficuldade, conte com a solução natural ou com o artificio succedaneo, ambos exigindo o character imprescindivel da inocuidade, muito mais difficil de ser encontrada no artificio do que na natureza porque, se, de um lado, uma dósa geralmente os seus esforços, a outra não sabe onde limitar a sua interferencia. A evolução espontanea da dystocia invencivel, interrompe-se, em geral, na inactividade da parturição: mas succederá o mesmo com a acção profissional responsavel, ao contrario da natureza, pela resolução, em tempo certo e effeito seguro, pelo caso clinico?

Nem os factos presentes nem os passados sancionam uma resposta affirmativa. Na dystocia grave, não é habitual, infelizmente, cessar a iniciativa da arte, condição que diminue o artifice. Eis o primeiro elemento nefasto na resolução do problema: a vaidade profissio-



nal, presumindo-se no conceito propria, inflando-se na ansiedade cercante, estimulando-se na difficuldade crescente. Então, o pratico tem contra si a tradição, que gerou o medo á solução racional do problema e que insiste em querer praticar o mesmo transito que a natureza, mais sábia, não póde seguir.

O transito transpelviano operatorio na dystocia, é simplesmente uma pretensão do artifício, supposto capaz de dominar o obstaculo, no momento em que deixa de ser unico, porque é o obstaculo que a natureza não venceu apesar dos seus recursos naturaes, constituindo sempre uma complicação: o esforço excessivo que se annulla na permanencia, a moldagem demasiada que se prejudica no volume, o transito solicitado que se restringe nos edemas. E se o recurso da natureza é capaz de criar tantos embaraços, o que dizer do recurso humano, via de regra imposto e desmesurado

Em todo o caso, é preciso não esquecer o effeito, ás vezes maravilhoso, dos recursos naturaes diante da dystocia, não esquecer a espontaneidade da parturição sobre todos os obstaculos, esperando-lhe as consequencias e dellas aproveitando-se o pratico para não exercitar inutilmente. Mas esta resolução natural é effeito do tempo, é alcançada com a sequencia, embora demorada, do trabalho. E, por isso, todas as indicações, a fóra as absolutas, dependem da expectação, que proclama a inefficacia do esforço natural e péde auxilio do artifício. Na dystocia, tudo se resume em marcar a oportunidade da intervenção, inocua e proveitosa. Oportunidade, proveito e inocuidade, são os tres requisitos da intervenção ideal. E, ao seguil-os na clinica, deve-se attender á especialização da pratica obstetrica, que os quer para duas vidas, a materna e a fetal. Em clinica tocologica, é dogma fundamental ser um desastre a salvação de uma só vida. Só soluciona bem o caso clinico, a regra therapeutica que garante a mulher e salva o feto, diz a antiga sabedoria de Levret; nos tempos correntes ha que salvaguardar



tambem o profissional. Assim, a intervenção só é opportuna, proveitosa e inocua, quando o fôr para a mulher, para o fêto, e para o pratico.

A oportunidade obedece, antes do mais, á prova da natureza inutil. Dada por impossivel, a parturição, espontanea, verificado bem que se não compensam orgão, objecto e trajecto, cumpre intervir opportunamente. Esta oportunidade subordina-se á vida da mulher, á existencia do fêto, á praticabilidade da operação. É a dystocia vencivel que o clinico reconhece na applicação de forceps em cabeça insinuada, proporcional e desfigurada; na versão em utero ainda humido e tolerante, se ha vicio na posição do fêto ou desorientação da força; na reducção, pelo embryotomo, do ovo morto accessivel e livre na cavidade uterina. Ahi, sim, admite-se a arte, como a queria Hamilton, a arte e não a força, *non vis, sed arte*.

Mas a dystocia renitente ou invencivel é soberana á força, mais ou menos necessaria, por conta da propria difficuldade. E a força determinará os maiores males, porque admite-se fazer passar o maior pelo menor á custa da arte, mas tental-o, por meio da força, é, evidentemente, menosprezar tanto o maior como o menor. Outrôra, com algumas excepções scientificas e muitas repugnancias religiosas, a força comprazia-se em resolver o caso pelo sacrificio do fêto e á operação mutiladora caberia a acceitação unanime, se outra fosse, como é hoje felizmente, a orientação da obstetricia.

O proveito do acto cirurgico, funcção da oportunidade, tem que ver com a exigencia em beneficio da vida fetal, a conservação da vida materna e o prestigio da acção profissional. É o proveito da therapeutica na dystocia vencivel, e a correcção do forceps que accentúa flexões ou deflexões insufficientes para ultimar rotações incompletas e obter progressão suave; é a tracção podalica, substitutiva, conduzindo o objecto desviado do transito; é a fragmentação do ovo morto que o instrumento



mutilador apanha facilmente. Intervenção proveitosa porque não depende da força; mas, se a dificuldade persiste, o forceps que luta para flexionar ou rodar o pólo cephalico, a versão que demóra em revolver o feto dentro do utero, a embryotomia que não consegue reduzir sufficientemente o ovo, são intervenções que se approximam do sacrificio, seja do feto o mais immediatamente attingido, seja da mulher, sujeita aos efeitos da violencia.

E o proveito continua-se na inocuidade. O que vale ser só uma intervenção opportuna, executada na ocasião propicia? É preciso usar o artifício proveitosamente alcançando o fim de remover a complicação, sempre evitando prejuizo ou offensa. A razão assim se exhibe em condições de uma decisão tranquillá; mas, em clinica obstetrica, ha os casos urgentes, de solução prompta, de conhecimento da arte ou melhor, dos malefícios da arte. Esta feição de urgencia apura a argucia na indicação, ao mesmo tempo que multiplica os embaraços á execução therapeutica. Não é mais a questão da dystocia renitente ou invencivel, mas da complicação subita, como a ruptura imminente do utero, a contracção rebelde do anel de Bandl, a alça funicular, o descollamento prematuro da placenta normalmente inserida, a fragilidade da cervice a romper-se, a vida fetal ameaçada e ainda enclausurada. Ha casos em que tudo conspira em uma só situação, e o esforço profissional enfrenta o estorvo multiplicado. Nada mais aconselhavel do que oppor aos casos complicados as soluções simples; os attributos antagonicos neutralizam-se numa consequencia feliz.

Comprehende-se bem esta simplicidade. Antes de tudo, localize-se a dystocia; ella é essencialmente transpelviana. Qualquer que seja a sua comprehensão, jámais se manifestará ella de outra maneira além da parada do parto espontaneo, que é o parto transpelvico. Percurso interrompido, eis a fórmula synthetica da dystocia em seus efeitos. E porque este percurso interrompido? Ou



falta á força propulsôra, ou ha tropeço no caminho. A falta de força propulsôra de muito, com vantagem, é remediada e ahi não se avoluma tanto o perigo da dystocia; mas o tropeço no caminho suscita discussões sobre a maneira de removê-lo.

A lição habitual das coisas communs, em outras circumstancias, de longa data já resolveu a duvida. Assim, a via publica, se estreita, a autoridade não lhe dá passagem para os grandes vehiculos, e, se sufficiente, mas revolvida ou tropeçosa, impedem-na ao transito que se faz por outro rumo. Reflectindo sobre estas precauções, singelas e rudimentares custa-se a crêr que, na pratica obstetrica não tenha ainda medrado o criterio impeditivo para os transitos difficeis. Pelo contrario, comprazem-se os profissionaes em enfrentar a difficuldade, talvez suppondo a arte obstetrica uma série de regras, de ousadias e de proezas para impressionar as platéas. Tambem assim procedem, com o applauso das multidões embasbacadadas, funambulos, gymnastas e malabaristas, até o dia em que o desastre transforma o triumpho numa emoção de tragedia. Infelizmente, ha episodios semelhantes na historia da obstetricia.

São estes os fundamentos preliminares que conduzirão o estudo das indicações da cesareana dentro de um dos preceitos de Rousset, o da razão, que ensina o caminho livre, desembaraçado, amplo, ao envez do trajecto accidentado, perigoso e obscuro.

A primeira destas indicações é o vicio pelvico, não o vicio pelvico absoluto, onde a divergencia não existe e o parto abdominal é o recurso unico, mas o vicio relativo, o .semeador das discordias alimentadas em torno de poucas intervenções, criando opiniões varias e variadas. Esse vicio relativo costuma apresentar-se em graduação numerica. Ahi está um erro universal que subsiste. Não se cuidou, até hoje, de corrigir a designação do vicio pelvico em série de gráus, conforme o valor de um só diametro, generalização que vae de encontro á ver-



dade clinica, apontando varios vicios em dimensão e fórma, longe do ponto habitualmente dado como indice da anomalia.

No vicio pelvico ha uma verdadeira questão de geometria obstetrica — avaliar um volume, calcular um espaço, volume cephalico e espaço pelviano. Firma-se a deducção clinica quando se dispõem os termos já reconhecidos. A avaliação do espaço chama-se em obstetricia a pelvimetria; a do volume é a fetometria. Mas a pelvimetria, não obstante aperfeiçoamentos e recursos, ainda é o calculo por approximação, pois está por descobrir um meio que dê, exactamente, a area da excavação pelviana, com numeros incontestaveis. Por outro lado, não menos fragil é a verificação do volume, a fetometria, com as apreciaveis vacillações em causas de erro. A relação entre os termos mal estabelecidos ha de, egualmente, ser mal delineada.

Depois, o calculo, no estado estatico, soffre a influencia do dynamismo; influencia favoravel quando a accomodação opera milagres e prejudicial quando o esforço gera novos embarços. Acontece assim saber-se o poder maravilhoso da accomodação, amoldando grandes volumes que vencem aperturas notaveis. A parturição espontanea no vicio pelvico é possivel nos grandes estreitamentos, relativamente frequente nos médios, commum nos minimos. Cumpre, dentro do vicio relativo, contar antes do mais com esta espontaneidade, tenha ella embóra, ao lado de favores, alguns prejuizos. Só quando se verifica a impraticabilidade do parto natural é que se pensa na intervenção.

O tempo é o esclarecedor unico de todas as duvidas. Em mechanica da parturição normal ou anomala, o prognostico é funcção do tempo; tempo necessario á acção efficiente da força que prepara e vence o canal, que amolda o objecto. Se este tempo, elemento imprescindivel, é desde logo reputado benefico, acarreta consequencias decorrentes dos seus proprios effeitos. Assim,



a acção do tempo sobre a contracção uterina é, de principio, favoravel á sua efficacia, pois á medida que se nota o valor do embaraço, observa-se a compensação no vigor contractural uterino. Crescendo as contracções, para obter o maior impulso facilitando a maior moldagem, a fibra muscular sente-se na sua funcção, levada gradativamente a um trabalho exagerado que, não raro, chega á tetania occlusiva ou á ruptura. Está traçado o caminho do desastre, fóra do artificio, pelo excesso da força natural.

A força augmentada obriga o contacto do volume, maior do que o espaço, determinando nelle, que é plastico, a moldagem pelo alongamento subordinado á angustia. Só se alcança este recurso a poder de esforço prolongado, por conseguinte ao fim de determinado tempo; mas o processo da moldagem depende do traumatismo directo sobre o pólo cephalico e as suffusões sanguineas, consequentes ao attricto, provocam a formação das bossas, tão grandes que apparentam uma nova cabeça — o caput succedaneo. Depois, o attricto tambem é causa de reacções topicas, disturbios nutritivos locais, pelo que accidenta-se o trajecto no edema regional ou se restringe no retrocesso da dilatação. De maneira que a força estimulada, energia indispensavel para dominar a passividade do embaraço, se distende espaços e reduz volumes, póde, na sua demora e na acção, tocar fins oppostos da restricção da área e de exageros da fórma.

Não costumo orientar-me no estudo das indicações do vicio pelvico, no terreno da relatividade, pela sua expressão numerica. Acompanho a evolução do parto e por ella deduzo melhor do que pela pelvimetria que, normal, não isenta a intervenção, ou a fetometria que, typica, não evita o acto operatorio. Só o tempo dá direito a se julgar de uma bacia permeavel e de um objecto reductivel. Verificado em prazo curto nos maiores vicios e em espera longa nos estreitamentos minimos, que a parturição



não pôde ser expontanea, cuido então do artifício, proprio para o parto transpelviano que é o talho abdominal.

Qualquer das operações extractivas, o forceps ou a versão, caracterizam-se pelo momento justo da sua oportunidade. O forceps é uma operação tractora e necessita de um caminho franco para alcançar o objecto que deve ser accessivel; esta accessibilidade, pólo fetal insinuado, quando falha no parto embaraçado por vicio pelvico, tem no forceps a sua peor resolução, por ser elle parco nos seus effeitos e errado no seu manual operativo. A franquia da passagem pelo canal é o outro requisito não attendido em certos casos, porque a necessidde de esperar a parturição prematura pôde trazer a regressão da abertura da cervice. Mas, a fóra a circumstancia menos commum, sem permeabilidade cervical; não ha forceps possivel; por isso a urgencia do caso esbarra na impraticabilidade do caminho.

Fernardo Magalhães.

(Continúa)

REGALICACAO Metacal  
 DISTRIQUIOSE Metacal  
 DESMINERACAO Metacal  
 GRAVIDEZ Metacal  
 FACIACAO Metacal  
 CRESCIMENTO Metacal  
 PHOSPHALURIA Metacal  
 NEURASTHENIA Metacal  
 PRODUCTO DO LABORATORIO  
 CLINICO SILVA ARAUJO



CLINICA

OBSTETRICA

II ANNO 211  
N. 13  
MARCO  
1929

Publicação mensal destinada à 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 OPERAÇÃO CESAREANA ABDOMINAL

(CONTINUAÇÃO)

Tem-se, na operação cesareana, a intervenção que não reconhece impecilhos no seu immediato exercicio. É a operação que se executa em qualquer tempo e em qualquer momento; por isso é indicada quando fôr impossivel o parto natural e inutil a intervenção transpelviana. Na chamada operação cesareana tardia, cujas vantagens, de modo geral irão sendo conhecidas, nada impede a espera do parto espontaneo ou a tentativa operatoria. Além disso, se em meio da expectação, o imprevisto manda decidir com rapidez, ainda é o parto obdominal que tudo resolve. Pouco accentuado o vicio, mais evidente é a probabilidade do parto espontaneo; mingnam porém as esperanças á medida que avulta o estreitamento pelvico. É todavia sempre permittido aguardal-o ou ajuizar, com o tempo, da sua possibilidade; mas não sendo elle alcançado, tentar-se-á primeiro a operação extractiva e, provada a inutilidade deste recurso, appella-se, em gráu ultimo e decisivo, para operação cesareana. A dystocia inicial não impede a operação; as dystocias accresci-



das tão pouco a vedam; não ha na operatoria obstetrica acto algum outro que obedeça á totalidade das indicações. Procedendo por ella, ninguem se surprehenderá com as deducções frageis do prognostico dependentes da pelvimetria approximada e da fetometria incompleta, na espera do curso da parturição, que exhibirá com evidencia o valor do espaço aproveitavel e a adaptação do volume redutivel. E a cesareana tardia no vicio pelvico, jámais será operação inutil, por ser a intervenção necessaria que solve todos os contratempos e vence todos os accidentes. Apenas, é a operação tardia, a operação combatida por lidar com os casos chamados impuros; della me sirvo, máu grado as condemnações, e o resultado justificativo da sua pratica decorre dos documentos clinicos comprobatorios que se seguem:

1.<sup>a</sup> **Observação.** (Mat. da Fac.) Mulher primipara, com 23 annos, trabalho de parto durante 21 horas, bolsa de agua rôta, temperatura normal, bacia geralmente estreitada, conjugata diagonalis 10, fêto vivo. Apesar da energia das contracções, não se insinúa o pólo cephalico de volume normal. Pratica-se a cesareana: não ha accidente algum post-operatorio, ligeira elevação thermica durante os dias, pulso normal, ventre flacido, cicatrização per primum, mãe e filho sahem bem do hospital.

2.<sup>a</sup> **Observação.** (Mat. da Fac.) Primipara, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, raptura prematura da bolsa de aguas, trabalho de 15 horas, ausencia de insinuação, temperatura normal, fêto vivo. Operação cesareana; periodo post-operatorio febril, cicatrização per primum. Mãe e filho sahem bem do hospital.

3.<sup>a</sup> **Observação.** (Mat. da Fac.) Primipara, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de aguas, trabalho energico contractural de 11 horas. A parturiente accusa  $38^{\circ},5$  e ha signaes evidentes de sofrimento fêtal. Operação cesareana. Periodo post-operatorio bom, ligeira elevação thermica, ventre flacido, cicatrização per primum. Mãe e filho sahem bem do hospital.



4.<sup>a</sup> Observação (Mat. da Fac.) Multigesta, 2 abortos anteriores. Parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, cabeça ao nível do estreito superior ao cabo de 30 horas de trabalho pelo que, achando-se dilatado o collo, applica-se o forceps sobre o pólo cephalico em O. I. D. P.. Tres applicações, uma com o forceps Demelin e duas com o Simpson; as tracções são inuteis porque o fêto é volumoso; parturiente com temperatura 39°, mas apesar das applicações do forceps o fêto continúa vivo; operação cesareana. Periodo post-operatorio normal, a temperatura cáhe no dia seguinte ao da intervenção; não ha reacção peritoneal; cicatrização per primum. Mãe e filho sáhem bem do hospital.

5.<sup>a</sup> Observação. (Mat. da Fac.) Primipara, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, parto a termo, ruptura prematura da bolsa de aguas, fêto muito grande, temperatura normal da parturiente; ao fim de 8 horas de trabalho verificado o volume do fêto, pratica-se a operação cesareana. Periodo post-operatorio apyretico, não ha reacção peritoneal, cicatrização per primum. Mãe e filho sáhem bem do hospital.

6.<sup>a</sup> Observação. (Mat. da Fac.) Secundipara, 1.<sup>o</sup> parto espontaneo mas demorado. Vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, parto a termo, 72 horas de trabalho infructifero; parturiente com 38°,8 de temperatura, soffrimento fetal. Operação cesareana, periodo post-operatorio febril, ventre ligeiramente tympanico, cicatrização per primum. Mae e filho sahem bem do hospital.

7.<sup>a</sup> Observação. (Mat. da Fac.) Primipara. Vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, parto a termo, ruptura precoce da bolsa de aguas, soffrimento fetal, 18 horas de trabalho; cabeça movel acima do estreito superior. Operação cesareana. Nenhum accidente operatorio. Mãe e filho sáhem bem do hospital.

8.<sup>a</sup> Observação. (Mat. da Fac.) Primipara. Vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura precoce da bolsa de aguas, cabeça acima do estreito superior. Tempera-



tura da mulher antes da operação 38° 6. Operação cesareana, periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bem.

9.<sup>a</sup> Observação. (Mat. da Fac.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. Dez horas de trabalho de parto sem insinuação. Soffrimento fetal. Operação cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

10.<sup>a</sup> Observação (Mat. da Fac.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 26 horas de trabalho sem insinuação. Operação cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filhos bons.

11.<sup>a</sup> Observação (Mat. Fac.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 34 horas de trabalho, ausencia de insinuação, soffrimento fetal, temperatura da mulher 39°. Operação cesareana, periodo post-operatorio febril mas sem reacção abdominal. Mãe e filho bons.

12.<sup>a</sup> Observação (Mat. da Fac.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 14 horas de trabalho, cabeça movel, soffrimento fetal. Operação cesareana. Periodo post-operatorio febril. Mãe e filho bons.

13.<sup>a</sup> Observação. (M. das Laranjeiras) Primipara parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 48 horas de trabalho. Tres applicações de forceps fóra do serviço, mulher com temperatura de 39° e 132 de pulso, Operação cesareana, periodo post-operatorio febril, supuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

14.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 40 horas de trabalho sem insinuação. Operação cesareana. Periodo post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

15.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 14 horas de trabalho, anel de Bandl e soffrimento fetal. Operação cesareana: a retracção intensa do anel sobre o pescoço do feto demorou a extracção, obrigando a incisar a cons-



tricção annular. Periodo post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

16.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 50 horas de trabalho, temperatura 39°, soffre fóra do serviço 4 applicações de forceps, e apresenta uma grande ruptura do collo do utero além de extensa solução de continuidade do perineo. Cabeça do feto movel acima do estreito superior. Feto vivo. Operação cesareana, restauração da cervice do perineo. Peritonite e morte. Feto vivo. Convém advertir que no caso, por motivos imprevistos, houve preterição da technica habitual, pois não foi protegida a cavidade do ventre durante a abertura do utero.

17.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 25 horas de trabalho sem insinuação, operação cesareana, periodo post-operatorio normal, cicatrização per primum, mãe e filho bons.

18.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, ao fim de 10 horas de trabalho tentam-se 2 applicações de forceps, inuteis; verifica-se a formação do annel de Bandl, irreductivel á narcose profunda. Temperatura 38°,5. Operação cesareana, feto vivo. Ao abrir-se o utero sente-se feidez indicativa da infecção cavitaria. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

19.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara de 46 annos, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. Temp 38°,4. O collo do utero não se dilata apesar do trabalho de 65 horas. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

20.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico complexo, predominando o typo cyphotico e coxalgico; estreito inferior intransponivel, ruptura da bolsa de agua 7 dias antes do trabalho. Op. cesareana, periodo post-operatorio normal, cicatrização per primum. Mãe e filho bons.



21.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de agua, 14 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana, periodo post-operatorio febril, nenhuma reacção abdominal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

22.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de agua, op. cesareana, periodo post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

23.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 15 horas de trabalho, Temp 38°, ruptura prematura da bolsa de aguas, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, cicatrização per primum, mãe e filho bons.

24.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto e termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 20 horas de trabalho sem insinuação, soffrimento fétal, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, cicatrização per primum, mãe e filho bons.

25.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 18 horas de trabalho, apresentação de face em mento posterior engravada, por effeito da pituitrina. Op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

26.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura precoce da bolsa de aguas, soffrimento fétal ao cabo de 8 horas de trabalho intenso, ausencia de insinuação, collo espesso e mal dilatado, op. cesareana, periodo post-operatorio febril sem reacção abdominal, cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

27.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura precoce da bolsa de agua, 31 horas de trabalho, sem insinua-



ção, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

28.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto muito grande, 88 horas de trabalho sem insinuação, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

29.<sup>a</sup> **Observação** (M. das L.) Primipara de 42 annos, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de aguas, ao cabo de 20 horas de trabalho a cabeça está movel acima do estreito superior e ha procidencia do cordão pulsatil; temp. 38°, op. cesareana, o fêto nasce morto, periodo post-operatorio, mãe bôa.

30.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Multipara, parto a termo, 20 horas de trabalho fóra da clinica, fêto em mento posterior encravado em consequencia do abuso da pituitrina, operação cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

31.<sup>a</sup> **Observação** (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11; ao fim de 14 horas de trabalho, havendo soffrimento fêtal, tenta-se uma applicação de forceps infructifera, temp. 38°,4, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

32.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, ao fim de 30 horas de trabalho, ha soffrimento fêtal e formação do annel de Bandl, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

33.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 65 horas de trabalho, applicação infructifera do forceps, fêto vivo, op. cesareana, periodo post-operatorio normal, mãe e filho bons.

34.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 58 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.



35.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. Ha edema do collo e soffrimento do fêto ao cabo de 28 horas de trabalho. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

36.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. Ruptura da bolsa de aguas. 10 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°,2. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

37.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. Ruptura da bolsa de agua. 14 horas de trabalho sem insinuação. Sofrimento fetal. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

38.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10, 48 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

39.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10,5. Ruptura prematura da bolsa de aguas. 20 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons. O parto anterior desta mulher, o primeiro, foi feito a forceps no estreito superior, seguido de infecção, morrendo o fêto.

40.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 40 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana; castração tubaria. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons. Dos 2 partos anteriores desta mulher, o 1.<sup>o</sup> foi o forceps seguido de embryotomia, havendo infecção puerperal; o 2.<sup>o</sup> por hebotomia seguido de infecção, morrendo o fêto.

41.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 9, ruptura prematura da bolsa de agua. 20 horas de trabalho sem in-



sinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**42.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de águas. 15 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**43.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 18 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**44.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis. Ruptura prematura da bolsa de águas. 14 horas de trabalho sem insinuação. Cr. cesareana. Período post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**45.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 11, ruptura prematura da bolsa de águas. 14 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**46.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 36 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°,4. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**47.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 40 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**48.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 22 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio febril. Supuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.



49.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. Ruptura do collo. 40 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 39°,2. Op. cesareana. O feto nasce morto. Periodo post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe bôa.

50.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. Rigidez cervical por cicatriz de parto anterior. 21 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°,5. Op. cesareana: aberto o utero nota-se extrema fetidez. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

51.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 45 horas de trabalho sem insinuação. Formação do anel de Bandl irreductivel sobre o pescoço do feto. Op. cesareana. Feto morto. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe bôa.

52.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 19 horas de trabalho sem insinuação. Dystocia cervical, soffrimento do feto. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

53.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 26 horas de trabalho sem insinuação. Soffrimento fetal. Op. cesareana. Periodo Post-operatorio. Mãe e filho bons.

54.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, (1.º parto por embryotomia), parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9,5. 30 horas de trabalho. Cicatriz viciosa do collo impedindo a dilatação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

55.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 53 horas de trabalho sem insinuação. Soffrimento fetal. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.



**56.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, fêto grande. 22 horas de trabalho sem insinuação; edema e ruptura do collo; anel de Bandl; temp. 37°,4. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**57.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 22 horas de trabalho sem insinuação. Soffrimento fêtal. Temp. 37°,8. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**58.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 15 horas de trabalho sem insinuação. Dystocia cervical, soffrimento fêtal. Temp. 37°,6. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

**59.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9,21 horas de trabalho. Formação do anel de Bandl; temp. 37°,8. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**60.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 15 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38,2. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**61.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 18 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 37°,4. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**62.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9,5. 19 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 39,4. Anel de Bandl. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**63.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata dianogalis 8,5. 34 horas de trabalho fóra do serviço. Temp. 38,5. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.



64.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 56 horas de trabalho. Temp. 37°,6. Op. cesareana. Infecção puerperal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

65.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 16 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°,3. Anel de Bandl irreductivel. Op. cesareana sem accidente. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

66.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8,5. 22 horas de trabalho fóra do serviço sem insinuação. Temp. 37°,4. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

67.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 43 horas de trabalho fóra da clinica. Temp. 38,3. Op. cesareana: durante a intervenção a doente tem uma syncope respiratoria, obrigando a manobras demoradas de respiração artificial. Peritonite, morte. Fêto vivo.

68.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 7,5. Op. cesareana. Mãe e filho bons.

69.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto grande. 20 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

70.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8. O 1.<sup>o</sup> parto foi prematuro. 15 horas de trabalho. Ruptura precoce da bolsa de aguas. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Mãe e filho bons.

71.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8,5. 23 horas de trabalho fóra da clinica. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.



64.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 56 horas de trabalho. Temp. 37°,6. Op. cesareana. Infecção puerperal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

65.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 16 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°,3. Anel de Bandl irreductivel. Op. cesareana sem accidente. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

66.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8,5. 22 horas de trabalho fóra do serviço sem insinuação. Temp. 37°,4. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

67.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 43 horas de trabalho fóra da clinica. Temp. 38,3. Op. cesareana: durante a intervenção a doente tem uma syncope respiratoria, obrigando a manobras demoradas de respiração artificial. Peritonite, morte. Fêto vivo.

68.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 7,5. Op. cesareana. Mãe e filho bons.

69.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto grande. 20 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

70.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8. O 1.º parto foi prematuro. 15 horas de trabalho. Ruptura precoce da bolsa de aguas. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Mãe e filho bons.

71.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 8,5. 23 horas de trabalho fóra da clinica. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.



72.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9. 14 horas de trabalho fóra da clinica. Apresentação de espadua com procidencia de braço. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

73.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9,75. 10 horas de trabalho. Ruptura precoce da bolsa de aguas. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

74.<sup>a</sup> Observação. (Pro Matre) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10; cyphose dorso-lombar, estreito inferior reduzido, 32 horas de trabalho. Temp. 38°,4. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

75.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, bacia infundibulliforme, diametro bi-ischiatico 7, sub-pubo coccygeo 6,5. A cabeça demora no estreito médio e não póde vencel-o. 24 horas de trabalho. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

76.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto em apresentação transversa. 24 horas de trabalho fóra da clinica. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

77.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, bacia cyphotica, vicio absoluto, bi-ischiatico 6.30 horas de trabalho fóra da clinica. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

78.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 30 horas de trabalho fóra do serviço. Temp. 38°,5. Fêto em apresentação de nadeга. Op. cesareana. Periodo pos-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

79.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto grande. 72 horas de trabalho fóra do serviço. Temp. 38°,5. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.



80.<sup>a</sup> Observação. (Mat. Lar.) Primipara, parto a termo vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 17 horas de trabalho. Procidencia do cordão. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

81.<sup>a</sup> Observação. (Mat. Lar.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 41 horas de trabalho. Tetania do utero. Grande edema do collo. Temp. 38°,6. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

82.<sup>a</sup> Observação. (Mat. Lar.) Primipara, parto a termo, trabalho de 22 horas sem insinuação. Temp. 38°, pulso 110. Op. cesareana. Infecção puerperal. Cicatrização per primum. Mãe e filhos bons.

83.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, conjugata diagonalis 10. Fêto grande, soffrendo. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

84.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 14 horas de trabalho sem insinuação. São feitas applicações de forceps, sem resultado. Op. cesareana. Infecção puerperal. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

85.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Secundipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 26 horas de trabalho fóra do serviço, 37° de temp., ruptura de collo, tendo soffrido, em domicilio, varias applicações de forceps. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe bôa; o filho sahiu bem apesar de ter nascido muito traumatizado pelo forceps.

86.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. Chegou ao serviço com 84 horas de trabalho, já se lhe tendo feito, em domicilio, varias applicações de forceps. Temp. 38°,6; pulso 102. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

87.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, cicatrização



viciosa do collo, fêto grande com ossificação da cabeça. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

88.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9, 41 horas de trabalho em domicilio, ausencia de insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

89.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Secundipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de aguas, 9 horas de trabalho. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

90.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, fêto grande, 72 horas de trabalho, temp. 38°,8. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

91.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. Ao cabo de 32 horas de trabalho ha retrocesso na dilatação cervical; temp. 37°,5. Op. cesareana. Infecção puerperal (proteinothérapie). Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

92.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 27 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 37°,4. Ovo infectado, liquido amniotico escuro e fétido. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

93.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, bacia infundibulliforme, bi-ischiatico 7. 50 horas de trabalho, anel de Bandl. Temp. 38,5. Op. cesareana. Período post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.

94.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, fêto grande, conjugata diagonalis 11, 56 horas de trabalho, Temp. 38,6. Op. cesareana. Período post-operatorio febril. Cicatrização per primum. Mãe e filho bons.



95.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 40 horas de trabalho, soffrimento fetal. Op. cesareana sem difficuldade. Periodo post-operatorio norml. Mãe e filho bons.

96.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, 20 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 39°, Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

97.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 24 horas de trabalho. Temp. 37°,6. Soffrimento fetal. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede do ventre. Mãe e filho bons.

98.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 30 horas de trabalho. Cabeça fixa; tenta-se a applicação de forceps, sem resultado. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

99.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9,5. 48 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

100.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, feto grande. 37 horas de trabalho sem insinuação. Temp. 38°. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

101.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, soffrimento fetal. 14 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

102.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. 33 horas de trabalho. Temp. 37°,8. Anel de Bandl. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

103.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 9. Ruptura prematura da bolsa de aguas, ausencia de insinuação depois de 20



horas de trabalho fóra do serviço. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

104.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 38 horas de trabalho sem insinuação. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

105.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara de 40 annos, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. Fêto grande (prenhez prolongada). 32 horas de trabalho sem insinuação. Formação do anel de Bandl. Temp. 38°,8. por conta de infecção grippal, de forma pulmonar, datando de 4 dias. Op. cesareana. Passam-se os primeiros dias sem accidente. No 7.º dia, por esforço da tosse, abre-se a ferida operatoria e sahem as alças intestinaes. Nova sutura. Peritonite. Morte. Fêto vivo.

106.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 40 horas de trabalho fóra da clinica. Collo em phase de regressão e edemaciado. Dilatação digital do collo. Tentativa de forceps. Temp. 38°,2. Op. cesareana. Período post-operatorio accidentado. Peritonite. Morte. Filho bom.

107.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Iterativa. Secundipara, parto a termo, conjugata diagonalis 10. Entrou com 20 horas de trabalho. Op. cesareana sem difficuldade. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

108.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. 70 horas de trabalho desde a ruptura da bolsa de aguas que foi precedida de 2 dias de dôres. Ausencia de insinuação. Fêto grande. Op. cesareana. Infecção puerperal. Cicatrização per primum. Mulher morre no 11.º dia. Fêto vivo.

109.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11. Ignora o tempo que esteve em trabalho fóra da clinica, mas informa que lhe applicaram o forceps. Temp. 38,6. Op. cesareana. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.



110.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis, 15 horas de trabalho. Temp. 38°. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede. Mãe e filho bons.

111.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, hemorragia por placenta baixa. 72 horas de trabalho. Temp. 37°, pulso 140; applicação inutil de forceps fóra da clinica. Fêto grande. Anel de Bandl. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons. O fêto pesava 5 ½ kgs.

112.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. Entrou em trabalho parto e passadas 40 horas teve uma dôr subita, ficou em estado de choque, pulso incontavel, temperatura rectal de 35°: todos os signaes de ruptura de utero. Op. cesareana; nota-se uma extrema distensão do segmento inferior do utero. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

113.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 27 horas de trabalho, temp. 38°,8. Fêto grande, soffrendo. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

114.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10, ruptura prematura da bolsa de aguas. A historia anterior desta parturiente informa que, no momento de herniar o utero, deu-se uma dilaceração do ligamento largo esquerdo com hemorragia. Op. cesareana. Adherencias intestinaes e epiploicas. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

115.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 11, 30 horas de trabalho fóra da clinica. Temp. 37°,8. Ruptura do collo. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede. Mãe e filho bons.



116.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 9,5. Temp. 37°,6. 30 horas de trabalho fóra da clinica. Op. cesareana. Infecção puerperal. Mãe e filho bons.

117.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Iterativa. Multipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10,5. 28 horas de trabalho. Fêto grande. Applcação de forceps inutil fóra do serviço. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febrl. Mãe e filho bons.

118.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 20 horas de trabalho; fêto grande soffrendo, applicação inutil de forceps. Temp. 38°. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

119.<sup>a</sup> Observação. (M. da F.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 14 horas de trabalho. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

120.<sup>a</sup> Observação. (M. da F.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 11. 24 horas de trabalho. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

121.<sup>a</sup> Observação. (M. da F.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10, 28 horas de trabalho. O. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

122.<sup>a</sup> Observação. (M. da F.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 9, ruptura prematura da bolsa de aguas. A paciente fôra acometida, 5 dias antes do trabalho, de uma infecção gastro-intestinal, de modo que no momento de ser operada tinha 39° de fébre. A infecção evoluiu durante todo o periodo operatorio, o que perturbou a cicatrização da parede de modo que houve necessidade, 10 dias depois, de fazer nova sutura. Mãe e filho bons.

123.<sup>a</sup> Observação. (M. da F.) Primipara, parto a termo, vício pelvico, conjugata diagonalis 10. 30 horas de



trabalho. Temp. 37°,8. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

124.<sup>a</sup> **Observação.** Iterativa. Secundipara, vicio pelvico absoluto, bacia cyphotica e coxalgica, ruptura prematura da bolsa de aguas. A paciente recolhe-se a uma casa de saúde depois de 12 horas de trabalho. Op. cesareana. Periodo post-operatorio febril. Mãe e filho bons.

---

Vêm em seguida, numeradas de 125 a 140, as observações de cesareana opportuna, praticadas por indicação de vicio pelvico accentuado, com perfeita sequencia operatoria e excellent resultado para a mãe e para o fêto. Assim, dentro desta indicação, ha a computar 124 cesareanas tardias e 16 opportunas. Conhecida a estatistica branca para as opportunas, registam-se, nas tardias, 5 obitos maternos e 3 mortes fêtaes. Ha pois um coefficiente de mortalidade materna, para a cesareana tardia, de 4,03% e da mortalidade fêtal de 2,4%. Calculadas todas as operações praticadas por vicio pelvico, o coefficiente de mortalidade materna (5 obitos para 140 operações), é igual a 3,1% e o de mortalidade fêtal (3 para 140), é de 2,4%. Nesta estatistica não está incluído um caso de cesareana reclamada por vicio pelvico absoluto em mulher em ultimo gráu de cachexia tuberculosa, grávida, a termo, de um fêto vivo e que, por conta de seu estado anterior, morreu 12 dias depois.

Estudando os casos de morte, ver-se-á que o da observação 16, comporta uma historia accidentada, pois além do grande trabalho obstetrico, 4 applicações de forceps que infelicitaram a parturiente fóra do serviço, do grave traumatismo soffrido e evidenciado na grande ruptura do collo e na completa solução de continuidade perineal, da hyperthermia, 39°, não se executou a technica com exactidão, porquanto no decurso do acto operatorio verifiquei que a protecção peritoneal não fóra conveniente,



por se ter rompido o anel constrictor dos lençóis de borracha, facilitando assim a passagem de líquidos para a cavidade abdominal. Apesar de tudo pergunto: como resolver melhor a situação? O forceps já dá provas de sua insufficiencia, 4 vezes applicado, e do seu maleficio, rompendo o collo do utero e o perineo; a embryotomia, naturalmente de lado pois vivo se achava o feto; a versão, inutil diante de um órgão enxuto, trabalhando durante 50 horas, já compromettido inferiormente na sua integridade e, por força, mais sacrificada se se procedesse a semelhante intervenção; a symphiseotomia, nem procurada, por precisar do forceps inutil ou da versão perigosa.

Na observação 67 o obito deu-se por peritonite. Durante a intervenção teve a paciente uma syncope respiratoria; reclamou soccorro prompto e só voltou a si depois de longas manobras de respiração artificial. Não poderia ter concorrido o accidente para que se dêsse algum descuido, involuntario ou proprio da hora perigosa?

Na observação 108, a infecção puerperal foi causa da morte 11 dias depois da operação. Foi um longo trabalho de parto, 72 horas, durante o qual repetiam-se os exames pelos estudantes e talvez por isso se tenha declarado a infecção violenta, nada influindo sobre a evolução post-operatoria pois a ferida cirurgica cicatrizara por primeira intenção. É de presumir portanto que, em outra qualquer intervenção o processo infeccioso puerperal tivésse surgido com a mesma gravidade.

Regista-se o 4.º obito na observação 105. A peritonite foi a complicação fatal, explicavel por se ter aberto o ventre, o esforço da tosse, após sete dias de relativa tranquillidade, facilitando a passagem das visceras para fóra da cavidade abdominal. Para o 5.º caso de morte, o da observação 106, não encontro explicativa, a não ser a contaminação da serosa durante a intervenção, apesar dos cuidados para evital-a. Mas, neste dois casos, seria possivel outra operação que não a cesareana? A paciente



do caso 105 era uma primípara edosa, com longo trabalho de parto, complicado pela contracção renitente do anel de Bandl; ali nada poderiam fazer o forceps ou a versão. No caso 106, já o forceps fôra improficuo, e, como proceder diante da dystocia cervical por edema e da dilatação insufficiente?

Ao lado destes máus casos, ha outros que são bôa prova em favor da operação. A observação 4 é um typo demonstrativo da efficiencia da intervenção, mesmo em caso impuro e tardia; após 30 horas de trabalho, em uma bacia viciada, são feitas tres applicações de forceps e, apesar das tracções vigorosas, o fêto não se insinúa. Com a cesareana, mãe e filho nada soffrem. A 6.<sup>a</sup> observação é de cesareana após 72 horas de trabalho, tendo a paciente 38°,8 de temperatura. Na 8.<sup>a</sup>, a operação foi feita quando a paciente accusava 38°,6 de temperatura; na 12.<sup>a</sup> ha trabalho de 48 horas, 4 applicações infructiferas do forceps, regista uma infecção cavitaria, evidente pelo máu cheiro no momento da abertura do utero e a sequencia operatoria é favoravel. A observação 32 é de cesareana após 65 horas de trabalho, com applicações inuteis do forceps; a 39.<sup>a</sup> é de um segundo parto com 20 horas de trabalho, excellent resultado materno e fétal, quando do primeiro a forceps no estreito superior resultára a morte do fêto. Este cotejo mais interessante é na observação 40 onde os antecedentes informam um primeiro parto a forceps, seguido de embryitomia com infecção puerperal, o 2.<sup>o</sup> por hebotomia, nascendo morto o fêto e havendo infecção puerperal, o terceiro, por cesareana, com bom resultado para mãe e filha. Na observação 50, onde o vicio pelvico complica-se com a cicatriz cervical embaraçante do parto anterior, a cesareana é feita, apesar da infecção cavitaria evidente. Na observação 78, a temperatura da paciente com 30 horas de trabalho era, antes da operação, de 39°. Seria possivel resolver melhor o caso de tetania do utero com edema do collo, do que o foi pela cesareana? Tambem são tardios e felizes os ou-



tros casos: a observação 86 com temperatura de 38°,6; a 80 com 72 horas de trabalho e 38°,8 de fébre; a 96 com 39° de temperatura; a 98 com 30 horas de trabalho, temperaturas de 39° e tentativa de forceps. E succedem-se os exemplos, como se vê na casuística.

Morreram 3 fétos: o da observação 29 porque havia procidencia do cordão; o do caso 49 talvez por molestia intra-uterina, pois fôra prematuro e morto o 1.º filho da paciente; o da observação 51 por asphyxia intra-uterina, determinada pelo aperto do utero retrahido sobre o cordão do fêto, embaraçando tambem a hematoze fêto-placental.

É preciso notar que a operação foi evidentemente a operação cesareana tardia, alcançando os maiores tempos de espera, até 90 horas duas vezes, duas até 80 e tres até 70. Mais frequentemente, em 44 casos, a espera foi até 20 horas e, até 30 horas em 31 casos. Treze vezes houve tentativa inutil de forceps. Em 28 casos, a temperatura oscillou entre 37° e 38°, em 23 casos entre 38 e 39°, em 8 foi acima de 39°. Operam-se portanto 58 casos febris dentre as 124 cesareanas tardias. Na pratica um pouco mais extensa da operação é que se lhe sentem as vantagens; entre outras veja-se a observação 15: mulher primipara, trabalho de 14 horas e onde se verificava a retracção rebelde do anel de Bandl. A operação cesareana permittiu observar a retracção forte do anel prendendo o pescoço do fêto, sendo preciso levar a incisão até o segmento inferior, seccionando o ponto de contracção para esvasiar o utero. Calcule-se a que desastre não levaria o forceps, teimoso e violento, quando, na hypothese, não havia meio de avaliar bem a extensão da dystocia annular.

Tenho de attender, antes de tudo, á critica que me fazem de praticar demasiadamente a cesareana, sem grande respeito ás suas indicações. Os factos desmentem semelhante accusação. Ha, de certo, nos meus serviços, maior numero de cesareanas do que em outros, mas em



compensação rareiam as embryotomias, só admittidas em fêto morto; falta o forceps alto indesejavel; conto com diminuto numero de versões, por achal-as de indicação restricta; não me attrahem as operações ampliadoras. Assim, excluidas e reduzidas algumas intervenções, augmenta o numero de cesareanas. Se é bôa ou má a conducta, só o podem dizer algarismos em cotejo. Mas preciso deixar bem claro que não intervenho exageradamente. Faço, sim, uma determinada operação de preferencia e penso andar desta fórmula mais acertado. Tanto não sou intervencionista por demais, que, do estudo comparativo de Elygio Fernandes, no seu trabalho — O parto espontaneo no vicio pelvico, — calcado sobre todas as papeletas da Maternidade das Larangeiras até 1917, conclúe-se, no tempo de minha direcção, por um coefficiente de 74,5% de partos espontaneos sem vicio pelvico, contra 81% nos outros periodos. A differença é minima e grande o apreço que a proporção merece, como prova de larga expectação, porquanto, nas clinicas de Vienna, de 1911 a 1920, foi de 40% apenas o coefficiente de partos espontaneos no vicio pelvico.

A extensa casuistica pessoal de operações cesareanas em bacias viciadas, é, principalmente, o effeito de uma doutrina que reconhece no parto abdominal o meio mais simples e menos nocivo para decidir da dystocia unica ou associada. A grande vantagem de uma tal decisão clinica está na possibilidade de attender bastante ao tempo da parturição, observando-lhe os beneficos effeitos em favor do termo natural do caso obstetrico. Por esse motivo, conto grande esperas que, quando inuteis, são substituidas pela operação definitiva. De certo, após tanta demora em que se inclúem os prejuizos dos exames repetidos e das tentativas operatorias, se a cesareana tardia não se revestir technicamente de recursos defensivos, será uma operação temerosa.

As consequencias nefastas amedrontavam os praticos e apagavam as indicações do parto abdominal, substitui-



do até pela perfuração do feto vivo, de que, ainda hoje, em centros enropêus, se lança mão. Para o publico profano, talvez seja ainda perigosa a operação cesareana; dessa crença partilharam homens da arte, mesmo nos fins do seculo passado, pelo que a chamada indicação do parto abdominal no vicio pelvico tinha de ser muito discutida, ao traçarem-lhe os limites demasiadamente restrictos, na época em que a operação reductora do feto merecia a attenção dos praticos, empenhados em augmentar a aperfeiçoar o arsenal mutilador.

A indicação absoluta da operação cesareana, para Kilian, começava nas bacias de 52 mm. de conjugata diagonalis; Denman baixava o limite a 26 mm., não obstante ser conhecido o caso de Burnes impossibilitado de terminar a extracção de um feto perfurado através de uma bacia de 46 mm.; até 67. de conjugata diagonalis, senão a operação cesareana. Actualmente, no decidir do caso concreto, a questão da vida fetal pésa tanto quanto a da vida materna e por essa razão também se pensa no que é o trabalho de parto demorado e até onde váe a difficuldade das operações extractivas transpelvianas.

Nada justifica o receio de alargar o limite da indicação absoluta; não vale a pena esperar pela efficiencia de um trabalho espontaneo ou pela possibilidade de uma insinuação após um esforço exhaustivo, pois não se livra a mulher do traumatismo e mal se poupa o feto á morte nas bacias muito restrictas. Se o diametro conjugata vera é de 75 mm. para baixo, póde-se praticar a operação cesareana opportuna, de resultados sempre seguros e incomparavelmente menos graves do que qualquer das intervenções transpelvianas. Rejeito sem constrangimento, o qualificativo de pressurosa á prompta decisão cirurgica pelo parto abdominal em taes casos.

(Continúa).

FERNANDO MAGALHÃES



do até pela perfuração do feto vivo, de que, ainda hoje, em centros enropêus, se lança mão. Para o publico profano, talvez seja ainda perigosa a operação cesareana; dessa crença partilharam homens da arte, mesmo nos fins do seculo passado, pelo que a chamada indicação do parto abdominal no vicio pelvico tinha de ser muito discutida, ao traçarem-lhe os limites demasiadamente restrictos, na época em que a operação reductora do feto merecia a attenção dos praticos, empenhados em augmentar a aperfeiçoar o arsenal mutilador.

A indicação absoluta da operação cesareana, para Kilian, começava nas bacias de 52 mm. de conjugata diagonalis; Denman baixava o limite a 26 mm., não obstante ser conhecido o caso de Burnes impossibilitado de terminar a extracção de um feto perfurado através de uma bacia de 46 mm.; até 67. de conjugata diagonalis, senão a operação cesareana. Actualmente, no decidir do caso concreto, a questão da vida fetal pésa tanto quanto a da vida materna e por essa razão tambem se pensa no que é o trabalho de parto demorado e até onde váe a difficuldade das operações extractivas transpelvianas.

Nada justifica o receio de alargar o limite da indicação absoluta; não vale a pena esperar pela efficiencia de um trabalho espontaneo ou pela possibilidade de uma insinuação após um esforço exhaustivo, pois não se livra a mulher do traumatismo e mal se poupa o feto á morte nas bacias muito restrictas. Se o diametro conjugata vera é de 75 mm. para baixo, póde-se praticar a operação cesareana opportuna, de resultados sempre seguros e incomparavelmente menos graves do que qualquer das intervenções transpelvianas. Rejeito sem constrangimento, o qualificativo de pressurosa á prompta decisão cirurgica pelo parto abdominal em taes casos.

(Continúa).

FERNANDO MAGALHÃES



*Raf. Duque*

**CLINICA**

**OBSTETRICA**

ANNO 2 :  
N. 14 :  
ABRIL :  
1929 :—

Publicação mensal destinada á divulgação  
dos trabalhos do

**PROF. FERNANDO MAGALHÃES**

Cada numero contém uma lição de clínica 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 OPERAÇÃO CESAREANA ABDOMINAL

(CONTINUAÇÃO)

Hoje, não obstante as resistencias, tanto se comprehende o valor da cesareana na sua exequibilidade, immediata e facil, que ha quem pense e prefira a cesareana precoce, como a deseja Bar. Este conceito, de que se occupou ainda recentemente a Reunião dos Obstetras de lingua franceza em 1922, não o tenho por justo e parece-me merecer o attributo de desarrazoado. O primeiro pensamento do pratico deve ser sempre o parto espontaneo; cuidará elle depois de ajudal-o e facilital-o; em seguida intervirá com os meios que se approximem dos naturaes ou com os que, não os podendo substituir, se exercitem em maneira differente. Se, de prompto, opina-se pela cesareana precoce, dentro das indicações relativas no vicio pelvico, perdem-se as vantagens do parto natural possivel. Assim, é evidente o favor das intervenções que permitta aguardar a sequencia do parto e, em qualquer momento, apresta-se resolvendo com facilidade o caso clinico. A discordia reina, no capitulo das bacias viciadas, dentro do thema de suas indicações relativas; os poucos



recursos de que se garante a tocológia operatoria, se não podem attender á totalidade da pratica, subsidiam as lutas entre opiniões e escolas. O fundamento de tanta controversia tem origem nos dois pontos limitrophes de toda a evolução obstetrica, o principio e o estado actual da arte.

A arte primitiva pensava immediatamente na mutilação do feto quando se embaraçava no vicio pelvico; a arte moderna, em condições identicas, cuida logo na conservação da vida embryonaria. Muito mais facil era a pratica primitiva, apesar dos defeitos do arsenal mutilador porque a difficuldade se resolvia attendendo a um só dos elementos do problema. Obedecendo aos dois, a pratica actual enfrenta, muitas vezes, a necessidade de resolver o antagonismo. Continente e conteúdo oppõem-se reciprocamente e, devendo tirar um do outro, o pratico de agora chegará ao fim de seu mysterio sem prejudicar a qualquer delles.

A indicação relativa do vicio pelvico pede solução a varios recursos operatorios. Por ora, só se cuidará da solução clinica da parturição embaraçada, ficando para mais tarde o conhecimento dos meios prophylaticos, as operações interruptivas, cotejados com os actos cirurgicos da phase terminal da prenhez. Subordinadas ao problema da parturição difficultosa por vicio pelvico, as operações obstetricas têm, na generalidade, uma feição individual. E a arte é chamada a auxiliar a natureza com o forceps, a versão, a hebotomia, a operação cesareana.

O forceps alto só é toleravel se o seu accesso não se inutiliza deante da mobilidade cephalica. A insinuação que o forceps consegue é sempre artificial e anomala. A operação é atypica e o seu manual operatorio quasi momentaneo. Ha nella o contraste entre a symetria do instrumento aprehensor e a irregularidade do objecto aprehendido, prejudicando-se a pegada á medida da accommodação maior ou exagerada, por conta do asynclitismo, do caput, usurpando com a sua permanencia o espaço já



insuficiente; immobilizando o objecto apreendido o que perturba a marcha da accomodação; finalmente, para compensar os seus inconvenientes, pedindo soccorro á força, com o seu sequito de perigosas surpresas.

A versão tem os mesmos defeitos de qualquer operação extractiva, onde a força fica á disposição das exigencias da difficuldade; sua supremacia possível sobre o forceps, por ser mais facil passar a cabeça derradeira do que a primeira, restringe-se aos casos exequiveis de prompto, pois qualquer demóra importa no sacrificio do fêto e qualquer embaraço obriga á operação mutiladora. E como ella se funda na manobra intra-uterina que obriga a evolução do fêto transformando-lhe a situação primitiva, fica-lhe alterado o principio da accomodação, porque o revolvimento do objecto, em determinado instante, leva o maior diametro fetal a solicitar o menor diametro uterino, provocando a distensão cavitaria maxima, penosa ou impossivel, se o orgão é enxuto e retrahido de paredes.

A hebotomia é uma operação apenas preparatoria; na simples secção da pelve, não se decide logo o caso tocologico. É forçoso contar com a operação extractiva ou aguardar a parturição espontanea problematica e, quando possível, demorada por effeito da nova topographia pelvica que se constituiu.

Todas as operações transpelvianas indicadas no vicio pelvico, têm, antes do mais, a sua oportunidade; nenhuma dellas póde ser praticada em qualquer tempo. Forceps, versão, hebotomia, são operações que dependem da completa permeabilidade uterina e, quando a expectação na dystocia é surprehendida antes do preparo cervical sufficiente, pela ameaça á vida do fêto, qualquer destes actos operatorios têm de appellar para a cervico-dilatação artificial, sempre lenta se quizér ser pouco aggressiva. E se as difficuldades são patentes deante do problema typico da dystocia isolada, mais se avolumam quando os embaraços crescem; quando a plasticidade



augmenta o objecto deformado, os edemas restringem o canal e a fadiga torna inuteis ou estorvantes as paredes do orgão parturiente.

Deve ser attendida, clinicamente, a feição complexa de cada caso particular. Em verdade, o forceps e a versão, por fim, alcançam arrancar o fêto de dentro do utero, saltando dystocias. As designações habituaes são correntes e commumente se diz — fêto extrahido a forceps ou por versão. Este termo — extrahir, — que é technico, é culpado da idéa profissional de só ver a finalidade do acto cirurgico e não lhe medir as incompatibilidades creadoras dos exemplos, desgraçadamente frequentes, de arrancamentos a forceps e por versão. A bôa linguagem, bôa e conselheira, será a das locuções — applicar o forceps ou praticar a versão, — porque encaminha o raciocinio para acceitar qualquer das intervenções quando applicavel uma e praticada a outra. Das antigas extracções a forceps, exhaustivas, interminaveis, vigorosas, pôde-se pensar, comparando-as com a regra condutora moderna, o mesmo que se deduz confrontando a odontotechnica de hoje na avulsão de um dente, com o uso inconsciente do boticão, guiado pelo arrojo boçal dos barbeiros: é preciso extinguir os barbeiros da obstetricia.

Dentro da regra da expectação, dictada pela experiencia e pela clinica na pratica do vicio pelvico de indicação relativa, quando se protela o tempo proporcionalmente á esperanza de uma solução natural, desenham-se os episodios das dystocias anumeradas que, se se reporam a um avanço promissor possivel, traduzem um obstaculo novo e sério. Na preferencia pela intervenção transpelviana, a expectação esbarra neste inconveniente e é capaz, por si só, de chegar ao agravamento do caso clinico e á rudeza da technica operatoria. No emtanto, a expectação não impede nem perturba o parto abdominal que aguardará o momento de agir, apontando pela imminencia do perigo materno ou fêtal, observando, sem preocupações restrictivas de technica, até quando pôde



ser miraculosa a adaptação. Na dystocia pelvica relativa, aguardo o mais possível a evidencia da insolubilidade do parto e, deante della, afóra a tentativa possível do forceps, imponho a cesareana. A pratica sanciona o raciocinio que, insensivelmente, leva á preferencia pelo parto abdominal, sempre prompto, completo, facil e independente. Basta incisar as paredes do ventre e do utero, e sutural-as depois; com as incisões rapidas é logo retirado o fêto em cujo soccorro se vai, o que tenho conseguido dentro de 3 minutos após o primeiro golpe de bisturi. Como a secção é ampla, nada embaraça a retirada do fêto de dentro do utero, de modo que, ao iniciar-se o acto operatorio, sabe-se de antemão que elle finalizará na conformidade do que foi pre-determinado; por isso a operação cesareana é completa. E porque a technica inteira é abdominal, e tudo se resume em abrir superiormente pelo ventre a cavidade uterina, nem a disproporção entre o fêto e o canal, nem a placenta prévia, nem as apresentações insolúveis encravadas, nem a retracção segmentaria inferior, nem a impraticabilidade cervico-vaginal, quaesquer difficuldades que se disponham no canal da parturição, reflectem sobre o campo operatorio que, longe, fica resguardado de qualquer dystocia, livre de toda a inopportunidade, acima da maior intransigencia; por isso a operação cesareana é independente.

No entretanto, o forceps é muitas vezes difficil. O objecto alto não se deixa apanhar, asymetrico, não se presta á apreensão; mal orientado, não permite a pegada; grande, não desce; insufficientemente preso, escapa; erradamente conduzido, resiste. Vale-lhe, porém, a força obediente á necessidade, cega na sua acção, malefica nos seus effeitos. A versão é exhaustiva; o fêto, apertado pela retracção das paredes do orgão, enxuto, não evolve; o volume do ovo é demais para a cavidade uterina de resistencia abalada após o esforço da parturição prolongada; o accesso ás partes fêtaes é embaraçado pelas anomalias da situação e pela exiguidade do espaço cavitario;



a descida do objecto difficulta-se pelas dimensões do tronco, pelo abaixamento penoso dos braços, pela grande distancia bi-acromial; a vida fetal corre riscos pelo reflexo respiratorio prematuro, pela compressão da haste funicular; a pretendida vantagem do transito da cabeça derradeira destróe-se deante do obstaculo maior e das manobras lentas ou inuteis; e a força provocada pela necessidade de terminar, não alcança nem sabe do desastre da dilaceração do orgão nas evoluções violentas, não previne as fracturas dos membros fetaes apprehendidos. A hebotomia é melindrosa; as vizinhanças do campo operatorio têm o tropeço da irrigação sanguinea plexiforme; o afastamento, mesmo graduado, das porções do pube fendido, rompe partes molles anteriores e distende ligamentos articulares.

Tampouco, o forceps, a versão, a hebotomia, são operações promptas. Uma exigencia impreterivel determina, para as operações obstetricas transpelvianas, a demora na sua execução, se o clinico quizér approximar-se da technica mais exacta, mais producente, mais segura. Perdem desde logo taes operações o character de urgencia. No forceps são demoradas a applicação dos seus ramos, a pégada justa do pólo cephalico, a tracção conveniente; na versão demanda tempo apanhar o pé; tem de ser cautelosa a evolução do feto; é retardada a sua extracção difficultosa. Na hebotomia, a secção ossea é lenta, o afastamento é paulatino.

Nem o forceps, nem a versão, nem a hebotomia, são sempre operações completas. A tracção pelo forceps póde ser improficua, a manobra da versão inexequivel ou a sua conclusão, pelo embaraço da cabeça derradeira, inattingivel. Muitas vezes, verifica-se a inefficacia do forceps; appella-se para outra intervenção se ainda vive o feto, ou nella se insiste, por tempo bem longo, até que a consciencia do profissional se acommóde com o baseotribo. Não raro, a versão incompleta céde o lugar á operação mutiladora e conhecem-se, tambem, os casos de redução instru-



mental inutil do pólo cephalico. A hebotomia, de lado a circumstancia em que a ampliação não basta, não resolve o caso clinico, por ser simples operação preparatoria e porque transforma o caminho pelviano. De modo que, quem pratica uma destas intervenções, não affirmará a sua consequencia; por isso, na dystocia relevante ou multipla é frequente a seriação dos actos operatorios substitutivos, pela sua inutilidade evidente, na sequencia grave das intervenções que dominam o profissional, diminuindo-o, subordinando-o, vencendo-o.

Forceps, versão, hebotomia, nunca são operações independentes. Para qualquer dellas é preciso haver transito segmentario cervico-vaginal; para qualquer dellas, além da indicação clinica, é precisa a possibilidade operatoria; contra qualquer dellas, primitivamente bem indicada, o imprevisto da dystocia firmará uma contra-indicação temivel. Nenhuma tem, como a cesareana, universalidade. Quaesquer emergencias clinicas, todas as possibilidades operatorias acomodam-se na largueza do parto abdominal que dispensa a oportunidade, que não encontra embaraço, que não sente a dystocia, que não se preocupa com o estorvo inesperado, que começa e que acaba, que attende a todas as complicações obstetricas, que soccorre com exito e rapidez tanto o feto que soffre como o utero que cede, que se deixa conduzir dentro das determinações communs e que por ser simples, facil, exequivel, rapida, independente, liberta o pratico, collocando-o acima do caso clinico, tornando-o superior, consciente, tranquillo e certo.

Procurando vêr até que ponto a pratica confirma o juizo theorico expendido, as estatisticas prestam um depoimento concludente, a começar pelos nossos numeros encontrados, quanto ao forceps, unicamente na monographia de José Cyrino — O forceps, suas condições e suas consequencias na Maternidade do Rio de Janeiro —, apresentada ao Congresso Medico de S. Paulo em 1916.

Em 14 casos de vicio pelvico, 6 vezes foi empregado



o forceps alto inutilmente, substituído em 5 casos pela hebotomia e em 1 pela cesareana; só 8 applicações de forceps alcançaram o fim. Foram sacrificados 6 fétos, 44% de mortalidade fetal, e morreram 4 mulheres, 28,2% de mortalidade materna. Das 10 mulheres sobreviventes, 5 tiveram puerperio complicado, quasi todas por conta do acto operatorio, pois em 4 houve profundas rupturas do collo do utero. O recurso da hebotomia, applicado em 5 pacientes ante a inutilidade do forceps, não foi feliz, pois 2 dellas não resistiram aos traumatismos operatorios. Para o que se refere á embryotomia, Martinho Guimarães publicou as estatisticas tambem da Maternidade do Rio de Janeiro, de 1904 a 1916, colligindo 18 embryotomias por dystocia pelviana, com 4 obitos ou 22% de mortalidade materna. A mesma verificação sobre a pratica da versão na Maternidade das Laranjeiras, em identico periodo de tempo, deu assumpto ao escripto de Emygdio Cabral, levado ao Congresso de S. Paulo, e que, reunindo os dados do archivo do estabelecimento, juntou 10 versões praticadas por vicio pelvico, sem uma só mulher morta, mas só escapando 1 feto. 5 vezes a versão foi terminada por embryotomia na cabeça derradeira.

Hofmeier, no Handbuch d. Geb., de Doederlein, ensina: "Dass bei den hohen Zangen die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind eine noch unguastigere ist, ist eigent lich, selbs verständlich, da es sich hier ja allemal eine Überwindug scwherer mechanischer widerstante handelt. Doch haben statistische Zahlen noch viel Wert, da der Begriff den hohen Zange an sich bei der verschiedenen Autoren kann ein einherthicher ist."

Zweifel considera o forceps alto uma operação violenta. Zimmermann combate energicamente esta intervenção; Bumm só a admitte como uma tentativa; Schroeder tem-na como damnosa e sempre violenta, mesmo em mãos habeis. Runge acceita o forceps como um recurso passageiro, aconselhando o principiante a delle se abster; Knapp só o tem como accetavel em mãos habeis e para



os vícios do 1.º gráu; Herff julga-o grave para a mulher e pensa que o seu emprego tem por fim preparar a craneotomia inevitavel.

A estatística de Hiess relativa ao vicio pelvico na clinica de Vienna, publicada em 1920, mostra que em 27 forceps altos, 9 vezes foi preciso recorrer á craneotomia, contando o acto operatorio 4,74% de mortalidade materna e 47,5% de mortalidade fetal; para Burger, o forceps sacrificia 1,3% das mães e 38,5% dos filhos; para Richter, os numeros são, respectivamente, 5,8% e 23,7%.

Bem raro, o vicio pelvico é uma indicação para o forceps; pelo contrario, ha entre ambos antagonismo, diz Winckel, na encyclopedia de Klenperer. Não ha muito tempo, Baisch, na sua — *Reformen in der Therapie der engen Becken* —, reuniu 300 observações de forceps alto em bacias viciadas, com 50% de mortalidade fetal e 4% de mortalidade materna, sem fallar na excessiva morbidades das mulheres, soffrendo, como consequencias da operação, rupturas da cervice, lesões vesicaes, hemorrhagias, infecções puerperaes graves. Desses exemplos, nasceu a convicção com que Baisch, ainda em 1920, repellindo em absoluto o forceps no vicio pelvico, aconselha a perfuração, vivo embóra, o feto. O forceps alto, pelas repetidas tentativas de parturição operatoria, ameaça a vida da mulher, determina-lhe graves traumatismos, sacrificia o feto, commenta Lud. Seitz, no ultimo livro de Stoeckel, cuja opinião pessoal assim está exposta: "**Die hohe Zange ist eine falsche Operation**", qualquer que seja o instrumento, nada aproveitando, no seu entender muito judicioso, com a pratica e a theoria dos tractores e da tracção axial (forceps de Shermann, Tarnier, Simpson, Breuss), todos construidos sobre fundamento não sancionado pela clinica, que mostra sempre as suas desvantagens, sem escapar desta critica nem mesmo o moderno forceps de Kielland.

Informa Kolberg, de Lublin, que, no seu serviço, a bacia viciada é uma contra-indicação para o forceps;



Munchmeyer resume o conceito da clinica de Dresde — a applicação de forceps é a mais cruenta das operações obstetricas.

A versão, por causa do vicio pelvico, deve ser estudada, como o parto provocado, entre as operações prophylatica, — a versão mais usada em casos de bacia viciada. Para resolver porém o caso, em plena evolução do parto, não pôde ser frequente a versão de tão fugaz oportunidade marcada pela recente ruptura da bolsa de aguas, de maneira a deixar ainda humido o utero. Justamente, na pelveviciação, é commum a ruptura prematura ou precoce da bolsa de aguas, portanto desde logo se estabelece uma condição de inferioridade para o acto operatorio. Depois, reclamada em trabalho de parto mais adiantado, como acontece com o forceps, a versão enfrentará condições más na contracção repetida do orgão que se ajusta ao objecto, prejudicando o seu facil movimento dentro da cavidade uterina. 76 versões, em bacias viciadas, na clinica de Iena foram seguidas de morte de uma só parturiente, alcançando salvar apenas 34 fétos, o que equivale a uma mortalidade fetal de 55,2%. Na Charité Frauenklinik, de Berlim, em 41 versões, 3 mulheres morreram (7,2%), 1 de ruptura de utero e 2 de septicemia puerperal; perderam-se 8 fétos, isto é, 19,4% de mortalidade fetal.

Justamente porque é muito fugaz o momento de ser executada a manobra da versão no vicio pelvico é que, dentro desta indicação, conta mais a regra da versão prophylatica, a cujo respeito Lichtenstein enumera os perigos, della advindos, para a mulher, como as rupturas de utero chegando a uma excessiva gravidade, além de reconhecer um coefficiente de mortalidade fetal de 21%.

Da propalada facilidade com que, por auxilio de manobras especiaes, passa, através da bacia, a cabeça derreder em lugar da primeira, surgiu a idéa de se estatuir como um meio therapeutico no vicio pelvico a versão prophylatica. Não é absolutamente verdadeiro este prin-



cipio da passagem mais facil da cabeça em ultimo lugar; com a versão, força-se melhor esta passagem do que com o forceps, porque a difficuldade da bôa apreensão do forceps alto perturba a tracção efficiente e todo o corpo do fêto, pendente para fóra da bacia, dá bastante ponto de apoio para a força tractôra. Por isso, a versão prophylatica apenas é a intervenção em que a força melhor se applica e mais actúa, conseguindo a retirada do fêto que o forceps talvez não pudésse remover. Os parteiros, um pouco afastados da época, viram no methodo uma solução para o caso difficultoso, mas actualmente sabendo-se como o processo tantas vezes termina pela perfuração da cabeça derradeira impedida e como, finalizando a simples extracção, o fêto soffre os maleficios das manobras, sacrificado na maioria dos casos, e não sendo desconhecidos os inconvenientes para as mulheres, succumbindo por effeito da operação, não se pensará mais em manter na therapeutica do vicio pelvico um acto cirurgico que já valeu por proporcionar maior acção da força e por facilitar as indicações da embryotomia, graças á morte do fêto durante a tentativa da extracção, tranquillizando desta maneira a consciencia dos que tinham repugnancia pela mutilação do fêto vivo.

Parece que os commentarios feitos, geralmente, sobre a therapeutica obstetrica no vicio pelvico, não cogitam bastante da possivel influencia nociva que este vicio, por si só, tem sobre a mulher e o fêto. Cuidando de avaliar o melhor procedimento em tal emergencia, deve ser conhecido até que ponto a bacia viciada representa uma complicação de consequencias mais ou menos graves. Lembrando o pormenór, sabe-se que, na bacia estreitada, o parto provoca a alteração da força expulsiva do utero, óra levada á violencia, óra cahindo no deliquio; depois, por não se insinuar o pólo cephalico e ser maior o espaço onde se accumula o liquido entre este pólo e as membranas, soffre o revestimento ovular um excesso



de pressão liquida que explica a frequencia das rupturas prematuras ou precoces da bolsa de aguas.

A ausencia desta massa liquida demóra o trabalho, facilita as compressões, favorece os edemas topicos. Na enumeração dos accidentes por conta do vicio pelvico, antes de tudo, se conhece a demóra na insinuação, capaz de proporcionar milagres ou erros de accommodation. E por que a cabeça não penetra no estreito superior, são possiveis as procidencias dos membros e do cordão umbelical, notam-se as deformações do pólo cephalico, observam-se os encravamentos. O embaraço consegue, sem duvida, excitar a força expulsiva, mas tambem esta, dentro dos seus excessos, vae até uma nova complicação. Na luta para vencer a dystocia, bem se sabe, é o tempo elemento necessario, pelo que a parturição espontanea na bacia viciada é sempre a parturição de longo prazo.

Por conta de tudo isto, no vicio pelvico, são communs as condições de morbilidade materna, as saluções de continuidade de character mais ou menos graves pelo lugar e pela extensão, os disturbios locaes produzindo necrose dos tecidos, as rupturas do utero. Mas a infecção é, no consenso unanime, o perigo de particular importancia, pois o ovo aberto precocemente, o trabalho rude do utero, o contagio por toques e manobras, tudo concorre para o surto do processo infeccioso, tanto mais possivel quanto maior a resistencia do orgão, resistencia compromettida por varios factores, justamente se o trabalho de parto se der através do vicio pelvico. Uma parturiente com vicio de bacia, diz Baisch, que não puder espontaneamente desembaraçar-se, ou não fôr razoavelmente soccorrida pela arte, irá á morte certa pela ruptura do utero ou pela septicemia.

De facto, o parto espontaneo e a operação obstetrica bem indicada diminuem a possibilidade dos accidentes mortaes. A regra pois no vicio de bacia é, pensar, antes de tudo, no parto espontaneo e, depois na opera-



ção razoavel. E, como alcançar esta espontaneidade? Decerto, esperando-a pela efficiencia do trabalho revigorado e pelo effeito da accommodação bôa. Portanto, não se resolve o problema do vicio pelvico com determinações prévias que pôdem ser inuteis e até prejudiciaes.

Já se tem noticia do que é a versão prophylatica; é opportuno pois dizer alguma coisa sobre o parto prematura, outro recurso dos tempos pre-antisepticos, que o anachronismo pretende eternizar, não obstante a sobrecarga no coefficiente de mortalidade fetal, tão peculiar á prematuração que, artificial, não tem oportunidade frequente pois quasi todos os casos são trazidos ao profissional no momento do trabalho, complicado pela dystocia pelvica e pelos embarços enumerados. O mais moderno conceto da clinica de Viena, apezar da repercussão que, através das lições de Schauta, teve ahi a doutrina de Simpson, sobre a passagem da cabeça derradeira, prescreve grande restricção na versão prophylatica e dá como definitiva a sentença contraria ao parto prematura, em virtude da alta mortalidade fetal d'elle decorrente, calculada por Benthin em mais de 30%, numero que na opinião de Herff e Heinziger, ainda está longe da verdade.

Na operação cesareana não se conhecem difficuldades de technica; este ponto não tem contradictores. Ha entretanto opposição á cesareana por ser ella perigosa, presente a infecção, mesmo inicial ou, quando se prolonga o trabalho, e, com maioria de razão, quando se complica de tentativas de operações transpelvianas. Tenho fundamentos para não reputar a operação cesareana perigosa, na casuistica com resultados conhecidos. Accrescente-se a semelhante resultados a circumstancia de ser esta estatistica um conjuncto indifferente de todas as observações e não um arranjo de casos favoraveis; nella não houve nem podia haver escolha. Todas as observações evidenciam a obediencia ao principio da expectação, algumas



registam a tentativa da operação transpelviana e, falhando os dois processos, segue-se como recurso final a operação cesareana que decide em ultima instancia.

A proposito da technica, ver-se-á porque são bons os resultados nos casos em completo antagonismo com o que se estabelecia, até bem pouco tempo, para indicação justa do parto abdominal. Estes casos são dos que podem ser classificados, com exactidão, de impuros; para elles, sempre foi grave a operação por contaminar-se o peritoneo e generalizar-se o processo infeccioso. Os resultados que apresento demonstram o contrario; no entanto, em 1921, Aubert, de Génève, classifica a operação cesareana de muito arriscada e só admissivel, tardiamente, no vicio absoluto. Mais ou menos assim se externaram os pareceres presentes ao Congresso dos Gynecologistas e Obstetras de Lingua Franceza, reunido ha tempos em Paris.

Sem duvida, tudo está em ampliar as indicações da operação cesareana, se fôr possivel executal-a sem contaminar o peritoneo, sem favorecer a infecção. Obtido isto, o methodo será uma garantia segura para qualquer emergencia clinica, praticando-se sem contratempos e sem surpresas. Não entra no conhecimento das vantagens do parto cesareo inferior e da cesareana extraperitoneal, meios que muito valem porque pleiteiam tambem a generalisação do parto abdominal; de taes methodos não tenho opinião pratica e não julgo interessante confrontar juizos alheios antagonicos. Se, no decorrer d'este trabalho, busco documentos extranhos sobre os effeitos d'esta ou d'aquella intervenção, faço-o para cotejal-os com os meus algarismos procurando uma illação favoravel ao que affirmo.

Relativamente ás operações ampliadoras, falta-me tambem, autoridade para dizer, com factos, sobre as suas vantagens. Todavia é facil encontrar numeros desfavoraveis e taes intervenções, simplesmente preparatorias e portanto incompletas, exactamente transpelvianas e por conseguinte dentro da dystocia, o que constitue verda-



deiro vicio de origem peculiar aos actos cirurgicos. Alguns numeros avultados informam, na falta de opinião propria, sobre os resultados das operações: Schlaffi, em 664 casos apresenta 4,7% de mortalidade materna e 9,64% de mortalidade fetal; Romer, em 300 observações 2,66% e 6,6% de lethalidade materna e fetal; Dietrich, em 500 casos, 6% de mortalidade materna e 6,2% de mortalidade fetal; nas 316 symphyseotomias de Frank ha respectivamente 2,8% e 6,73%.

Se, na forma do conceito de Baisch corre o risco de morte a parturiente, com vicio pelvico, que não tenha o parto ou espontaneo ou racionalmente auxiliado, é preciso que, para evitar o desastre, a obstetricia disponha de uma intervenção permitindo a espera longa e, em qualquer tempo, podendo corrigir os defeitos ou a impraticabilidade d'esta especção. E ao rigor da exigencia só responde a operação cesareana, applicavel a qualquer momento, livre de todo o embaraço, dispondo em absoluto da sua acção, sem entrave e sem accidente. Faltava-lhe sem tambem sem perigo, o que se consegue hoje com os meios de technica que evitem ou protejam o peritonio durante a operação, por meio de cesareana extra-peritonal baixa ou da alta, com os seus modernos processo. O vicio pelvico não suscitará mais, na tocologia pratica, a disputa a que se entregaram, durante seculos escolas e doutrinas.

Mas, como preciso justificar a preferencia, nas bacias viciadas, pela operação cesareana, sejam quaes forem, as condições maternas e desde que esteja vivo o feto, aguardando, na certeza dos seus bons serviços, a parturição definitiva ou adiantada, tentada até a operação transpelviana; como é necessario provar as vantagens da technica aperfeiçoada tornando possivel a cesareana tardia com todas as excellencias de um recurso completo e favoravel, devo comparar os resultados.

De um lado, em caso de pelviviciação apresento 124 operações tardias, todas casos impuros, muitas com in-



fecção declarada, varias com elevação de temperatura, diversas precedidas de graves tentativas de forceps ou versão, com 4,03% de mortalidade materna e 2,4% de mortalidade fetal; ambas mortalidades brutas, incluindo casos em que não houve cuidado na technica ou em que o obito correu por conta menos da operação do que do accidente anterior a ella. Do outro lado, o forceps alto, na unica estatistica organizada que se conhece entre nós, com 28,2% de mortalidade materna e 44% de mortalidade fetal e, em diversas clinicas estrangeiras, em estatisticas expurgadas, dando em média 7% de mortalidade materna e 21% de mortalidade fetal; a versão de reduzida lethalidade materna, chegando na Charité de Berlim a 7%, e de excessiva mortalidade fetal; a hebotomia com cerca de 6% de mortes, para qualquer das hypotheses. E a propria embryotomia, massacre cruel e inutil dos nascituros, não offerece o proveito de uma absoluta inocuidade pois accusa 2% de pacientes mortas.

Se os numeros assim depõem, é justo considerar o parto abdominal uma operação perfeitamente razoavel e muito pouco aggressiva. A minha estatistica de operações cesareanas não soffreu escolha no seu preparo ou na sua divulgação. Dentro da indicação extensa por mim estabelecida na regra clinica — o parto transpelviano, impossivel, de um feto vivo sejam quaes forem as condições maternas, é sempre da alçada da cesareana — todas as condições gravativas foram presentes. Apesar disto, o estudo comparativo do vicio pelvico, com as outras operações correntes na therapeutica obstetrica, dá voto favoravel ao parto abdominal.

\*

\*

\*

A eclampsia não se me apresenta como uma das indicações felizes da operação cesareana. Desde que, com aquella soffreguidão, hoje morta, a therapeutica activa



da eclampsia foi usada na Europa, em começo do seculo presente, pensou-se levar ao maximo esta actividade achando-se que nenhuma intervenção correspondia melhor á presteza do esvaziamento do utero do que a cesareana. Em 1889, Halbertsman lançava a indicação do parto abdominal na eclampsia e dahi partiu a idéa de se orientar por tal fórma o tratamento da toxemia convulsiva. Appareceram porém os numeros pouco seductores: 6 casos e 6 obitos de Kustner; 7 operações e 5 mortes de Ewerke; 55 casos da these de Prince, com 42% de mortalidade materna e 55% de mortalidade fetal. A estatistica de Kettlitz, de 50% e 63% para uma e outra; 53 casos de John Moran com 32% de lethalidade materna; 198 casos de Peterson, com 49,7% de mortalidade; 30 casos de Kustner com 30% de obitos.

Desde muito firmei a minha preferencia pelo methodo Zweifel-Stroganoff (a sangria alliada a chlorophormiotherapia methodica) no tratamento da eclampsia, mas em 2 casos, complicados de vicio pelvico, tive de praticar a operação cesareana mais pelo embaraço do que pela manifestação topica.

**141.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara de 29 annos. Bacia viciada, conjugata diagonalis 9, parto a termo. Entra em inicio de trabalho. No fim de 18 horas as contracções eram fortes, rompera-se a bolsa de aguas, a paciente accusava 38,5° de temp. quando appareceram as primeiras crises eclampticas. Albuminuria. Por não se ter dado a insinuação cephalica, é praticada a cesareana. Cesam as crises eclampticas. O periodo post-operatorio seguiu enormal, ha cicatrização per primum e mãe e filho retiram-se bem do serviço.

**124.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, parto a termo, vicio pelvico, conjugata diagonalis 10. Entra em coma eclamptico. Albuminuria. As crises eclampticas repetem-se com frequencia; em 6 horas teve 15 crises. Inadvertidamente, o interno de serviço começa a applicar chloroformio após a sangria. Collo com dilatação para 3 dedos,



bolsa de aguas integra, cabeça movel. Temp. 37°,2, pulso 130. Pratica-se a cesarena, retirando-se um fêto vivo. Dentro de 4 horas após a operação dão-se 8 crises eclampticas. Faz-se a injeccão de hirudina, a doente melhora, desperta do coma, mas as convulsões eclampticas repetem-se quasi seguidamente, até o momento da morte, 15 horas depois da intervenção.

Certamente, não enfrentarei os partidarios da cesareana na eclampsia com tão reduzidos elementos, mas a observação 142 evidencia bem a influencia nulla que sobre o mal teve o acto operatorio, significando uma depressão uterina rapida, base da therapeutica activa. É que, em questão de tratamento da fórmula convulsiva da toxhemia, cumpre attender ao facto de significar a eclampsia tanto uma intoxicação profunda do organismo como uma maior irritabilidade dos centros nervosos. A crise nem sempre significa a mesma intensidade toxica, por isso succedem-se os casos, dentro da mesma therapeutica, com resultados variaveis. A convulsão, se está ligada á toxhemia no mais alto gráu, difficilmente passará, qualquer que seja o processo empregado; mas se corresponde á irritabilidade cerebral accentuada, despertando á primeira carga, embóra pequena, de toxico, então o tratamento deve visar mais a condição especial do organismo e pôr em segundo plano a acção do elemento toxhemico. Eis ahi porque, praticamente, na eclampsia, vê-se a gravidade da intoxicação mesmo sem crises convulsivas e observa-se cederem as convulsões repetidas á sangria e ao sedativo.

A regra do tratamento expectante tem essa grande vantagem: resolver, logo, se o caso é mais toxico ou mais nervoso; então não prejudicaria á primeira modalidade porque, não só a sangria copiosa descarrega o toxico, como o sedativo, amainando a convulsão, faz cessar o trabalho muscular, cujos residuos incorporados ao organismo adicionam substancias igualmente toxicas. De que serve, no caso da convulsão ser o effeito da toxhemia



grave, a intervenção, mesmo a cesareana? Ella significa o traumatismo excitante e que diminúe resistencias e, pelo que respeita a excitação, apesar do anestésico, sabe-se bem como a therapeutica da eclampsia impõe o afastamento da paciente, poupando-a ás solicitações do meio. Ora, terminado o acto operatorio, o mau estar e impaciencia que lhe são proprios, trazem á doente uma continua irritação, causadôra do reaparecimento de novas crises convulsivas.

Depois, para que procurar a operação cesareana, operação por excellencia contra o embaraço, quando lhe foge semelhante indicação? Talvez haja um tanto de demasia em recordar o effeito da therapeutica expectante, mas, como delle me socorro por systema, no que pése á critica dos eclecticos, vendo no exclusivismo o erro clinico quando elle é apenas o signal da segurança pratica, não me esquivo de alludir aos bons resultados do methodo Zweifel-Stroganoff, que explicam não ser preciso pensar no tratamento activo, mesmo pela cesareana. Assim, será reforçada a contra-indicação do parto cesareo na eclampsia, só admissivel se houver concomitantemente um embaraço pelvico, mas tão hostil é á cesareana o accidente toxhemico que, com elle, peioram os resultados da operação.

A contribuição mais recente de Zweifel firma-se em 320 casos de tratamento expectante, (sangria e Stroganoff) com 8% de mortalidade materna e 14% de mortalidade fetal. Compara Lichtenstein, em 1917, os resultados da therapeutica activa com os da expectante, na clinica de Leipzig, e conclúe pelo coefficiente de 28,5% de mortalidade para a primeira e 5, % para a segunda.

\*

\* \*

A placenta prévia representa uma perfeita indicação para a operação cesareana. Cumpre esclarecer que a



regra se applica á placenta prévia verdadeira, á placenta central, e não á lateral ou á marginal.

Harris, Sachsinger, High já haviam praticado a cesareana na placenta prévia com máu resultado, quando Lodemann, intervindo em uma mulher osteo-malacia, encontrou a inserção central da placenta, tirando da operação excellent resultado. Então, em 1894, Barnays repetiu a operação com feliz consequências e Hyles, Hubburt e Hare seguiram com entusiasmo o mesmo caminho. Lawson Tait, em 1890, recorreu á operação de Porro em casos de placenta prévia; Carbonelli e Pestalozza, no começo deste seculo, Kroing e Sellheim, a partir de 1909, deram grande impulso á idéa do parto cesáreo na placenta prévia. Pankow teve uma série de 23 casos sem obito, perdendo apenas 3 fétos. Raineri computou 34 casos com 14% e 22% de mortalidade, respectivamente, para a mulher e para o feto, White, em 116 casos, tem 8,6% de mortalidade materna e 3,8% de mortalidade fetal. Schauta, nada intervencionista, em 1909 reconhece que, graças á cesareana, varios recém-nascidos salvaram-se apesar da placentação central.

Olshausen prophetizou o esquecimento de cesareana na placenta prévia, mas as recentes estatisticas provam o desacerto do propheta. Jaschke, em 262 casos de placenta baixa resolvidos pela cesareana conta 4,9% de mortalidade materna; os 17 casos graves de Guéniot tem 2 mortes; Deglise apresenta 15 operações limpas de mortalidade materna ou fetal; a reunião dos casos de Finkner, Oditz, Kronig, Reiffercheid, Baisch, Sellheim, Zweifel, em 7 clinicas allemãs differentes, dão um total de 125 operações com 3,2% de mortalidade materna e 1,24% de mortalidade fetal.

Todos estes dados prendem-se aos casos impropriamente chamados de placenta prévia, pois, de facto, o são de placentação baixa. A minha pequena casuistica só comporta a verdadeira placenta central, modalidade pouco frequente, é certo, mas não excepcional, como Pinard



o pretende; as pesquisas de Doederlein e v. Seuffert abrangem cerca de 30.000 mulheres e concluem pela proporção de 1 para 500.

Passo a transcrever as observações de operação cesareana que pratiquei por indicação da placenta prévia:

**143.<sup>a</sup> Observação.** (M. da F.) Multipara de 32 annos, 11 filhos e 4 abortos, pequenas hemorragias durante os 4 ultimos mezes de gravidez. Entrou para o serviço em trabalho de parto a termo, ovo aberto, collo com 2 dedos de dilatação, pulso rapido, anemiada em consequencia da grande perda de sangue que tivera em sua casa. Pelo exame, encontra-se o tecido placentar occupando toda a abertura do collo. Tamponamente, injeções de soro artificial. Ao fim de 8 horas, retirado o tampão, nota-se que o trabalho pouco progrediu; a hemorragia reaparece; a temperatura é de 38,6% e o pulso de 130; atravez do collo, com 3 dedos de dilatação, só se encontra placenta. Diagnostico — placenta prévia. Operação cesareana, que confirma o diagnostico de inserção central da placenta. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**144.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, 10 gestações. Do 8.<sup>o</sup> mez em diante começa a perder sangue. Recolhe-se ao serviço em começo de trabalho, com hemorragia abundante, 36,4<sup>o</sup> de temp. e 118 de pulso. Tegumentos descorados. Retirado o tampão, applicado fóra do serviço, o sangue corre abundantemente, o collo está dilatado para 3 dedos e a placenta occupa todo o espaço aberto, estendendo-se para o segmento inferior do utero. Faz-se a operação cesareana, confirmativa do diagnostico de placenta prévia, sem accidente nenhum ulterior.

**145.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, hemorragia nos 3 ultimos mezes da gravidez, algumas abundantes. Entra para o serviço com 17 horas de trabalho, grande perda de sangue, anemia post-hemorrhagica. Collo dilatado para um dedo, mas francamente dilatavel; alcança-se placenta por toda a parte. Temp. 36,2<sup>o</sup>, de pulso 130.



Tamponamento e reanimação da paciente. Fêto morto, mas apesar disto pratico a operação cesareana. Período post-operatorio normal, mãe boa.

146.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L. Multipara, 10 gestações. Em sua casa, começou a sentir as primeiras dores do parto e teve logo uma hemorragia muito forte, sendo soccorrida por um medico que lhe fez um tamponamento e em seguida mandou-a á Maternidade, onde chega em grave estado de anemia post-hemorrhagica. Retirado o tampão, mal applicado, o exame reconhece a placenta inteiramente em relação com o orificio cervical do utero dilatado para 2 dedos. Novo tamponamento, injeccão de 4 litros de sôro artificial, sôro hemostatico, oleo camphorado, etc. O estado da paciente é máu, o fêto está morto. Operação cesareana. A placenta é rigorosamente prévia. Período post-operatorio normal, mãe boa.

147.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Multipara, 8 gestações. Trabalho incipiente, com perda de sangue abundante, o que vem succedendo ha quasi um mez. Collo com 2 dedos de dilatação, deixando sentir a placenta em inserção central. Fêto vivo. operação cesareana. Vê-se, ao ser aberto o utero e retirado o fêto, que a placenta occupa regularmente todo o segmento inferior do utero, fechando o collo e alcançando com symetria as proximidades do anel de Bandl. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

Decorre deste methodo de tratamento da placenta prévia um dos maiores serviços prestados á clinica obstetrica, e que pôde ser avaliado com esta simples informaçã; em 10 annos, de 1901 a 1910, em toda a Allemanha, 2558 mulheres dos 20 aos 45 annos, morreram em consequencia da placenta prévia; pela mesma causa e no mesmo periodo de tempo, perderam-se 62.118 recém-nascidos.

Principalmente por placenta prévia verdadeira, que se apresenta em relação a todos os placentações baixas, na proporção de 600 para 3000, o numero de obitos, na



Tamponamento e reanimação da paciente. Fêto morto, mas apesar disto pratico a operação cesareana. Período post-operatorio normal, mãe boa.

146.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L. Multipara, 10 gestações. Em sua casa, começou a sentir as primeiras dores do parto e teve logo uma hemorragia muito forte, sendo soccorrida por um medico que lhe fez um tamponamento e em seguida mandou-a á Maternidade, onde chega em grave estado de anemia post-hemorrhagica. Retirado o tampão, mal applicado, o exame reconhece a placenta inteiramente em relação com o orificio cervical do utero dilatado para 2 dedos. Novo tamponamento, injeccão de 4 litros de sôro artificial, sôro hemostatico, oleo camphorado, etc. O estado da paciente é máu, o fêto está morto. Operação cesareana. A placenta é rigorosamente prévia. Período post-operatorio normal, mãe boa.

147.<sup>a</sup> **Observação.** (M. das L.) Multipara, 8 gestações. Trabalho incipiente, com perda de sangue abundante, o que vem succedendo ha quasi um mez. Collo com 2 dedos de dilatação, deixando sentir a placenta em inserção central. Fêto vivo. operação cesareana. Vê-se, ao ser aberto o utero e retirado o fêto, que a placenta occupa regularmente todo o segmento inferior do utero, fechando o collo e alcançando com symetria as proximidades do anel de Bandl. Período post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

Decorre deste methodo de tratamento da placenta prévia um dos maiores serviços prestados á clinica obstetrica, e que pôde ser avaliado com esta simples informação; em 10 annos, de 1901 a 1910, em toda a Allemanha, 2558 mulheres dos 20 aos 45 annos, morreram em consequencia da placenta prévia; pela mesma causa e no mesmo periodo de tempo, perderam-se 62.118 recém-nascidos.

Principalmente por placenta prévia verdadeira, que se apresenta em relação a todos os placentações baixas, na proporção de 600 para 3000, o numero de obitos, na



opinião de Jaschke, é muito maior. Por tal motivo, tenho a operação cesareana como um recurso admiravel que nenhuma outra intervenção póde supplantar. O problema da placentação central condensa-se em uma proposição simples — hemorragia mortal inevitavel durante a parturição. Assim, o parto na placenta central, se abandonado, é causa immediata de morte. Ao raciocinio não importa conhecer casos excepcionaes e milagrosos de expulsão primeira da placenta prévia e sahida inoffensiva do fêto morto e ultimo. Basta saber-se, apenas, que na placenta central, ha uma barreira de sangue que o fêto tem de atravessar quando expulso.

Não vem ao caso discutir as causas da hemorragia, quando evidentemente é ella consequencia do descollamento parcial da placenta, mas a inserção heterotopica do ovo tem uma anatomia pathologica que, em geral, os profissionaes desconhecem. Na sua nidificação inferior, o ovo, penetrante pela sua villosidade, approxima-se da arteria uterina e dos seus ramos calibrosos, e, corroendo-os, contribue para augmentar a hemorragia que, assim, não provêm só do descollamento da placenta, (Nurnberger). É pela acção corrosiva da villosidade que se explicam as hemorragias fulminantes no decurso da gravidez e do trabalho, como foi verificado no caso de Hofbauer.

Em consequencia da pequena espessura da mucosa uterina, das camadas profundas da placenta, em muitos casos, parte a emigração syncitial (Pankow) produzindo alterações mais ou menos extensas das paredes do utero, graças á actividade reproductôra das cellulas choreaes. A penetração das cellulas do trophoblasto produz a degeneração secundaria do myometrio; então a simples função necessaria ao acto parturiente fica prejudicada e o disturbio funccional inflúe sobre o periodo do delivramento na genese das hemmorrhagias rebeldes, seguindo-se os disturbios chimicos por acção dos elementos fétaes perturbando a resistencia dos tecidos.



O lugar onde se insere a placenta é o ponto hemorrhagipara por excellencia, não só por conta do descollamento como pela acção destructiva do villo. Na emergencia clinica, qualquer das intervenções conhecidas, a dilatação cervical, a manobra de Braxton-Hicks, a cesareana vaginal, são operações que transitam pelo terreno hemorrhagiparo. Na placenta, provocando maior perda de sangue. Quem já praticou um destes actos, tem a impressão da passagem do mar Vermelho, que se não faz a pé enxuto nem com a facilidade dos tempos biblicos.

Guarda-se bem o perigo da placenta central ao vencer-se a barreira hemorrhagipara e ao manipular-se o ponto onde mais se escôa o sangue, quando justamente é imprescindivel intervir para dominar a hemorrhagia ameaçadora da vida da paciente. Na placenta prévia, todas as manobras por via baixa augmentam a perda de sangue, contra a qual, pelo receio de seus effeitos ás vezes já esboçados, pede-se uma intervenção curativa. A tradição estabeleceu desta fórma o contrasenso de querer sustar um accidente temeroso, augmentando-o; vem dahi a grande mortalidade na placenta central, tratada pelos methodos antigos. Dir-se-á que na realidade o sangue corre muito, mas basta agir com presteza. Aceitando esta explicação ninguem se esquecerá, antes do mais, que para a acção rapida tem oportunidade, no caso, o accesso franco ou possivel á cavidade do utero; não estando o collo permeavel, é necessario dilatal-o e esse prepara prévio, actuando sobre o ponto sangrante antes de resolver o caso, intensifica a perda sanguinea.

Accumulam-se os inconvenientes do transitio inferior, mas, mesmo possivel o accesso ao utero, a manipulação intra-cavitaria na evolução do fêto ou na sua extracção immediata, força as paredes interiores do órgão e favorece a solução de continuidade, facil pela degeneração consecutiva á actividade destruidôra do ovo. Não ha pois meio de se agir por qualquer dos processos vaginaes, sinão com cautela, isto é, com demora, e, portanto com



maior effusão de sangue. Desta maneira, a technica vaginal, no tratamento da placenta baixa, ou vae vertiginosamente para evitar perda de sangue, revivendo assim os grandes desastres do velho parto reforçado, ou segue cautelosamente, prolongando o tempo da hemorragia provocada. Não ha argumento que derrote a razão destes conceitos.

Tem de ser a therapeutica da placenta prévia ao mesmo tempo hemostatica e ocytocica. A evolução natural do caso demonstra o completo antagonismo entre o phenomeno progressivo e a hemostasia, porque a sequencia do parto vale pela solicitação continua do ponto de onde se origina o sangue, e se escoar, ameaçador. Ao envez de insistir neste caminho, mais exacto será procurar outro meio de alcançar a cavidade do utero e esvasial-a. A cesareana resolve integralmente o problema. Começa-se por applicar o tamponamento efficaz, apertado e bem feito, que garante a hemostasia; depois, ha tempo para reanimar a paciente com os recursos conhecidos. Está cumprida a primeira parte do tratamento, a hemostasia; resta a segunda: a aceleração do trabalho, não por via baixa, porque isto implica em desfazer a hemostasia. A cesareana, conservando o tampão e abrindo a cavidade abdominal, consegue o maximo da aceleração do trabalho.

Sem duvida, a indicação está subordinada á extensão e á difficuldade do descollamento placentario. É conhecido o bom resultado do tamponamento, após a perfuração do ovo, seguido do ocytocico no tratamento da placenta marginal ou lateral. Tambem, ás vezes, a placenta central, embóra raramente, toléra a dilatação sufficiente da cervice, sem maior perda de sangue; então nada impede a extracção immediata do fêto, descollando mas não perfurando a placenta. Afóra esta circumstancia excepcional, a placenta prévia, sangrenta e anemiante, no começo do trabalho, só tem um recurso razoavel, a cesareana. No meu entender é a cesareana classica, alta, a preferida, porque a baixa tem difficuldades na execução



e póde embarçar-se na reconstituição da parede pelos accidentes da sutura, communs em tecidos que soffreram as degenerações já conhecidas.

Está bem definida a indicação exacta do parto abdominal na placenta baixa. Ninguém duvida dos seus effectos immediatos; apenas ha receios por ser ella tardia. Julgo poder arredar esta duvida; quaesquer das observações que apresento mostram a vantagem da indicação. Duas vezes, antes de intervir, já estava feito o diagnostico de fêto morto e, não obstante, recorri á via alta, pois as condições das pacientes em gráu de anemia post-hemorrhagica, adeantada, levariam, em outras intervenções, a desfechos fataes.

Com a technica da perfuração da placenta, em 3 casos de implantação central, observei, em mãos habituadas, 3 insuccessos completos. Em outra occasião presenciei uma manobra accelerada següida de ruptura de utero e morte da paciente. Certa vez, chegava ao meu serviço uma mulher exangue, com pulso incontavel, dyspnéa, suor profuso; examino-a, noto a placenta descoberta pela dilatação cervical quasi completa, deixo-me levar pela facilidade tentadora, introduzo a mão pela cavidade do utero, abaixo um pé acompanhado de uma onda de sangue e a mulher morre na mesa de operações onde estivera, sem anesthesia, apenas 5 minutos.

No desejo unico, natural, de agir com acerto, fui procurar no parto abdominal o recurso para tão grave complicação. A minha convicção está feita, e não procederei de outra fórma, sempre que tal emergencia se me apresentar. Alcançariam os 4 casos relatados, com outra technica, os mesmos effectos? Para a operação cesareana, a placenta prévia tem a mesma significação do vicio pelvico, se não a tiver ainda melhor. Em qualquer dos casos, está presente o embaraço, existe o estorvo, surge a difficuldade; apenas no vicio pelvico é o embaraço passivo, na placenta prévia é o embaraço vivo, encarniado, mortifero.



Em caso algum encontrar-se-á mais perfeita indicação do parto cesareo do que no da dystocia annular irreductivel. O phenomeno é, em geral, consequencia do trabalho intensivo, prolongado, influenciado pela acção do artificio e pela interferencia continua dos exames repetidos. Ao cabo de um tempo longo de parturição laborioso, o orgão, cerrado sobre o fêto, estabelece a figura da dystocia molle que só cede á sua propria custa pela solução de continuidade extremamente grave.

A leitura das observações de operação cesareana reclamada por vicio pelvico, proporciona exemplos nos quaes, por conta do trabalho do trabalho lento e exaustivo, passando algum tempo, surge a complicação annular. Ella existe como uma difficuldade nova, attributo do trabalho adeantado, especie de esforço levado ao auge pelo orgão que não consegue desembaraçar-se do seu conteúdo; complica commumente o parto estorvado, juntando-se á dystocia pelvica e á dystocia fétal; surge quando a obliquidade ou a projecção do utero desviam a força; e acaba por enclausurar o fêto em todo ou em parte, obstando a sua progressão, ameaçando a sua vida, perturbando sériamente o prognostico materno. Além de dystocia anumerada, ella não é conhecida como dystocia primitiva, o que se comprehende, porque a retracção annular, é, antes de tudo, a prova do esforço do musculo levado á fadiga e á intoxicação.

Acredito que o accidente, entre nós, não está bem estudado, pelo menos, quando veio á discussão publica, á proposito de um caso onde toda a sua symptomatologia tinha exhibição franca, duvidou-se da possibilidade de uma das suas manifestações. Tambem, de quando em quando, ha um episodio tragico que ennegrece a clinica, episodio de longo trabalho seguido de demorada intervenção profissional, findando na desolação da derrota. Mais do que a dystocia dura, isto é, a dystocia pelvica, a dystocia do anel, porque se esconde ou não é descoberta, impõe embaraços á acção profissional em condi-



ções de inferioridade que são as condições da ignorancia. E como o habito é terminar o parto por via transpelviana, insiste-se na intervenção, capaz de provocar e de reforçar o accidente, terminando a resistencia cega no desastre clinico.

Não é apenas por parte dos menos graduados na arte que se nota a pouca attenção á dystocia annular. Ostensivamente, opiniões que sustentam a fama de ponderosas, já se apresentaram, em modo de ataque, contra a possibilidade da dystocia annular irreductivel. Já houve quem affirmasse ser impossivel, após a baseotripsia ou qualquer operação mutidadôra, ficar o fêto preso dentro do utero. A circumstancia foi negada, em entrevistas de jornal, como absurda; assim como, com clamor, tambem se contestou o outro aspecto da dystocia — a regressão, em tempo determinado, do trabalho de parto, pelo fechamento do collo já dilatado. Entretanto, não são noções escondidas ou apoucadas que permitem explicar o seu desconhecimento. Na memoria de Octavio de Souza — Estudo clinico da dystocia annular, — estão expostos alguns exemplos aos quaes alludi por ocasião da contenda clinica a que me refiro.

O caso que tomou as porporções de escandalo, e foi repellido pelos suppostos maiores da especialidade, era o de uma dystocia annular, com character de irreductibilidade, resistente ao forceps é a craneoclasia, com regressão do trabalho e só terminado pela operação cesareana. Tocava ás raias do inverosimil o facto de se praticar uma cesareana após uma operação mutiladôra e, a explicação immediata foi pejorativa, attribuindo-se a defeito de technica a improficuidade da operação mutiladôra.

Os criticos não conheciam casos semelhantes, como os de Vallois, Demelin, Bocquel, Chamberlain, Brunnings, em certo caso, applicou o forceps improficuamente, não alcançou fazer a versão, tentou, sem proveito, a craneoclasia, appellou em vão para o gancho e terminou pela cesareana. Lafourcade e Laguenauer tiveram observações



semelhantes. Turenne cita uma baseotripsia sem resultado. E se os criticos tivessem lido o assumpto, saberiam que o primeiro caso de dystocia annular bem registrado, o de Baltzell, em 1821, terminou pela morte sem se esvaziar o utero apesar de todas as tentativas de forceps e de versão.

A causa impeditiva do esvaziamento está na constrição annular, mais sobre o pescoço do feto do que adeante da cabeça, onde facilmente é notado. A observação 15 é um excellent exemplo de constrição violenta do annel, que só desapareceu depois de seccionado. Casos de annel de Bandl irreductivel são lidos com frequencia em Marcovitch, Chavannes, Brindeau, Budin. Em 1908, Andrews e Maxwell, na Royal Society of Medicine, referem minuciosamente a historia de uma primipara de 38 annos que se apresentou após 3 dias de trabalho com o feto morto, o qual não pôde ser extrahido, mesmo depois da perfuração e da cephalitripsia, senão pela cesareana. Em 1909, Sinntamby publicou 2 casos de dystocia annular; no 1.º um pratico havia tentado a versão e, alcançando um braço, só conseguira fractural-o, sendo que na clinica, após narcose profunda, a decapitação não resolveu o problema, necessitando praticar a cesareana seguida de hysterectomy. A observação de White é a de uma multipara com 4 dias de trabalho, na qual um medico tentou a versão que não passou do abaixamento do pé, versão renovada, sob narcose e infructiferamente, por White que, depois de varias e vãs tentativas, decidiu-se pela laporotomia com ablação do utero.

Esta tenacidade no seu impedimento torna a dystocia muito grave, principalmente se, por desconhecê-la ou mal julgá-la, teimarem na operação extractiva, sempre provocadora; ahi é nitida a indicação da operação cesareana.

É preciso conhecer a figura da dystocia sob o aspecto da relatividade, quando, no decurso do parto e na vigencia de uma contracção, desenha-se localmente o annel



contractural pouco duravel. Além da relatividade (Rossa) contar-se-á com a sua reductibilidade, o desaparecimento da retracção por effeito da narcose. Notam-se estas particularidades para evitar que desde logo se pense na gravidade maior do accidente, que se exhibe, nitido e temeroso, na sua fórma irreductivel, quando o anel contractural mantem-se renitente, sem se influenciar pela anesthesia, ameaçando a integridade do órgão com a symptomatologia da ruptura proxima. Para tal emergencia, só a operação cesareana. É extremamente perigoso o parto transpelviano. Em qualquer das hypotheses, retracção ou contração, o accidente póde ser grave, principalmente na retracção, onde se distente o segmento inferior de maneira excessiva. Reporto-me á observação 112; — distensão segmentaria subita por causa da retracção do anel de Bandl, clinicamente exteriorizada como ruptura de utero, cessação do trabalho, estado lyphothimico, temperatura baixa, pulso incontavel, percepção das partes fêtaes através da parede do ventre. Era um caso typico de distensão ou flacidez, como a observou Williamson na fórma da contracção rythmada da porção uterina, curta acima do anel, e da extrema frouxidão de suas paredes abaixo della.

A possibilidade da ruptura é a proccupação maior quando se trata de praticar a operação transpelviana. Se é possivel a ruptura espontaneamente, mais ainda o será quando forçado ou manipulado o órgão, mórmente se executa a divulsão manual do anel, como o queriam Budin e a sua escola, contrariados por Veit, Meyer e quasi todos os parteiros inglêses. O methodo tem dado, em mãos habeis, resultados pessimos; não faltam, na litteratura obstetrica, innumerous exemplos de ruptura do utero consecutivamente a taes manobras, tal como succedeu nas observações de Gamellalf. Na primeira destas observações, apesar da apertura do anel sobre o pescoço do fêto, foi tentada a divulsão manual e, com o emprego successivo e penoso das duas mãos, póde ser abai-



xado um pé e terminado cautelosamente o acto operativo por uma versão de Siegmundin; a peritonite sobreveiu e a paciente morreu. No segundo caso, por causa das dôres subintrantes e energicas do trabalho, foram administrados 2cc. de morphina e como, apesar do sedativo, se desenhasse o anel de Bandl com distensão segmentaria inferior, foram praticadas varias applicações de forceps, a perfuração e a baseotripsia, tentada a versão inutil, sendo removida a doente para o hospital onde lhe diagnosticaram uma extensa ruptura do utero. Afóra as observações já apresentadas da retracção do anel de Bandl complicando o vicio pelvico, posso referir outra em que a dystocia foi sómente annular.

**148.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Mulher primipara, 28 annos, começa a sentir as primeiras dôres em sua casa, onde permanece 2 dias em trabalho que não progride, apesar do emprego de algumas injeções de pituitrina. Chega ao serviço com 38,6° de temperatura, collo incompletamente dilatado, embóra em domicilio tivésse soffrido applicação de forceps. Pólo cephalico fetal mobilisavel no estreito superior. Como não houvesse vicio pelvico, faz-se uma exploração intra-cavitaria e verifica-se o anel de Bandl contrahido e apertando o pescoço do feto já morto. O exame foi feito sob anesthesia profunda, mas o anel manteve-se irreductivel. Operação cesareana. Periodo post-operatorio febril. Suppuração da parede. Cura.

**149.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, em começo de trabalho. Ao fim de 24 horas, o collo está completamente dilatado, a bolsa de aguas rôta, as contracções uterinas são intensas e a cabeça está fixa no estreito superior em O. I. D. P. Bacia normal. É feita a primeira applicação do forceps, sem resultado, e, após algum descanso, outro assistente renova a tentativa, sem resultado. Deante do insuccesso das operações, terceiro assistente, pensando poder empregar o forceps, reconhece ser este impraticavel porque já a cabeça estava movel ao nivel do estreito superior. Chamado a observar o caso, reconhe-



ço a contracção violenta do anel de Bandl e, deante do soffrimento fetal, recorro á operação cesareana, rapidamente feita, extrahindo um feto em morte apparente, reanimado após longo tempo. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**150 Observação.** (P. M.) Multipara, parto a termo, bacia normal, 24 horas de trabalho. Em dado momento, forma-se o anel de Bandl; a cabeça fetal está mobilisavel no estreito superior, em O. I. E. P., mal flexionada. Morphina em alta dóse. Duas horas depois, a cabeça só se fixa no momento das contracções fortes e continuas; sente-se que a fronte tende a descer e a se applicar sobre o estreito superior; collo dilatado; distensão do segmento inferior. Tentativa inutil do forceps. O toque manual, sob anesthesia, descollando a cabeça, alcança o anel de Bandl retrahido sobre as espaldas do feto que está vivo. Mulher com temperatura de 38,4°. Pequenas hemorragias na inserção baixa da placenta. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**151.<sup>a</sup> Observação.** (P. M.) Multipara, parto a termo, 18 horas de trabalho, bolsa de aguas rôta, feto volumoso com cabeça movel na area do estreito superior. Contracções subintrantes do utero; que, com o sedativo, amainam para voltar de novo 6 horas depois e com maior intensidade. Ha desvio da força, applica-se uma faixa contensiva. Duas horas mais tarde, desenha-se o anel de Bandl, a cabeça continúa na area do estreito superior, o collo se edemacia e diminúe de dilatação. Feto vivo. Op. cesareana. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**152.<sup>a</sup> Observação.** É a que constitue o chamado caso da Maternidade: Anel de Bandl, forceps, craneotomia, operação cesareana e morte da mulher. A observação completa e commentada está no meu livro. — Lições de Clinica obstetrica.

Foi justamente este ultimo caso que me incutiu no espirito a noção da vantagem da cesareana na dystocia



annular irreductivel. Se então, como me acontece hoje, fosse a mesma a instrucção que tenho da cesareana, de certo por ello ter-me-ia decidido logo. A celeuma, que o caso provocou, não se prende á falta da cesareana immediata, mas sim á inutilidade das operações transpelvianas.

As vantagens do parto abdominal na dystocia irreductivel annular começam a se impôr. No British Medical Journal, de 1918, White reuniu 19 casos de cesareana por dystocia do anel de Bandl; são casos de Giles, Walb, Duchamps e Valois, e deste ultimo verdadeira cesareana vaginal, por incisão do anel contrahido dentro da cavidade do utero.

A irreductibilidade da dystocia é de facil verificação, se a anesthesia profunda não a modifica ou, se no decurso operatorio o embaraço é rebelde. Cumpre parar immediatamente a manobra transpelviana, ou mesmo não tental-a, se a abertura annular é préviamente observada em seu vigor. A secção cesareana resolverá calmamente a situação, garantindo as duas vidas. Ao ter de decidir sobre a therapeutica da dystocia annular, deve o pratico reflectir sobre o conceito de Leopold Meyer, no seu relatorio ao 5.º Congresso Internacional de Obstetricia e Gynecologia de S. Petersburgo: *C'est une complication presque surement mortelle au fœtus et qui peut amener pour la Mère les plus grand dangers, si elle n'est pas reconnue à temps et bien soignée*".

(Continúa).

FERNANDO MAGALHÃES



*P*

# CLINICA OBSTETRICA

:: ANNO 2 ::

:: N. 15 ::

:: MAIO ::

:: 1929 ::

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 OPERAÇÃO CESAREANA ABDOMINAL

(CONTINUAÇÃO)

O embaraço cervico- vaginal também constitúe indicação para o parto abdominal. Tenho divulgado sufficientemente o que penso a respeito da cervico-dilatação e os graves defeitos da dilatação metálica forçada. Certamente, o assumpto levaria a um terreno de discordia extranha ao thema, mas delle não é possível fugir de todo porque a preferencia pela operação cesareana precisa ser destacada.

Antes de tudo, deve ser estudada a questão de cervico-dilatação embaraçada com a prova dos seguintes casos:

**153.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Primipara, bacia normal, parto a termo, 33 horas de trabalho. Chega ao serviço acompanhada por dois medicos que classificam o caso de dystocia cervical, pois durante 24 horas inutilmente tentaram a dilatação digital do collo. O exame reconhece o edema cervical anterior accentuado, o labio anterior do collo comprimido de encontro ao pube; na parte posterior, ha uma ruptura cervical completa, comprometendo o fundo do sacco e chegando ao segmento inferior do utero. Cabeça fixa no estreito superior em D. T., bossa e cavalgamento dos ossos. Fêto vivo e muito volumoso. Op. cesareana conservadôra, sutura cuidadosa da ruptu.



ra. Fêto vivo, pesando 4 kilos, com bi-parietal de 10 cm. e bi-achromial de 14 cm., No 3.º dia após a operação, nota-se o esphacelo em larga zona do collo. Morte da mulher por peritonite.

154.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Multipara, bacia viciada, conjugata diagonalis 10 cm. Parto a termo. Gestação accidentada em virtude das repetidas manifestações toxicas. Em sua casa, a paciente foi submettida durante 2 horas a chloroformização para ser tentada a dilatação digital do collo — Nada sendo conseguido, a mulher é trazida á Maternidade, a todos impressionando pelo seu estado de ictericia. O exame reconhece — fêto vivo, cabeça no estreito superior, collo do utero rijo e duro, fechado. Operação cesareana. O fêto nasce em estado de hypnose, respira, mas não se mexe, talvez intoxicado pelo chloroformio; é reanimado a custo. A paciente morre ao cabo de 5 dias; na necropsia encontra-se adeantado um processo de cicatrização abdominal, peritoneo são, bordos da ferida uterina bem apertados, verifica-se a atrophia amarella aguda do figado como causa mortis.

155.<sup>a</sup> Observação. (M. das L.) Primipara de 45 annos, bacia normal, parto a termo. Trabalho fóra da clinica, acompanhado por um medico durante 43 horas. A temperatura da parturiente, que estivera a 39º, com a balneotherapia desceu 38º. Cabeça mobilisavel na area do estreito superior. Fêto grande, soffrendo (110 batimentos). Collo do utero rijo, espesso, dilatado para 3 dedos, dizendo o medico que estava em regressão. Operação cesareana; ao abrir-se o utero, escôa-se liquido extremamente fétido. Mãe e filho bons, após periodo post-operatorio normal.

Para verificar bem as vantagens da operação cesareana, é preciso que, ao lado da dystocia cervical que o dedo não vence cautelosamente, tambem se observe a disproporção por conta do fêto grande ou da bacia pequena pois, não havendo tal disproporção, o corte cervical, ou melhor, a hysterotomia de Duhrssen, decidem fa-



voravelmente o caso clinico. O que convém é não accumular difficuldades existentes, como na observação 153. Se não fossem as tentativas de cervico-dilatação, violentas demais em seus effeitos para serem sómente por acção digital como foi informado, de certo não se romperia o collo do utero. Depois, os meios indispensaveis para a execução da manobra, como na observação 154, isto é, o meio auxiliar da anesthesia chloroformica, por conta de uma demóra excessiva, provoca o compromettimento hepatico talvez mortal.

O problema da cervico-dilatação tem de ser simples; o collo dilatavel céde bem á technica de Bonnaire; o que não o é, só deve ser vencido a gume de tesoura que marca a diereze conveniente inoffensiva. O dilatador metallico é uma brutalidade céga, além de ser um methodo errado pelo dispositivo dos seus ramos abertos; nunca a fórma da dilatação artificial é circular e por acção exclusiva da força em pontos preferidos, o dilatador concentra a sua violencia em lugares certos em vez de dividil-a igualmente por todo limite cervical. Assim, com o dilatador metallico, o pratico tem de ser timido e insufficiente, para não ser afoito e demasiadamente completo, causando rupturas ou dilacerações mais ou menos extensas.

Esta difficuldade da dilatação tem sua causa, não raro, nas consequencias de operações tocologicas anteriores. O forceps, alto, a embryotomia, a versão, fazem rasgaduras cervicaes que, cicatrizando, coarctam o orificio do collo; tambem a therapeutica e as operações gynecologicas, os causticos e as amputações da cervice dão o mesmo resultado. A rigidez cervical levou Rose a praticar uma hysterectomy e Weymeersch a fazer uma operação cesareana. De certo, é melhor que a situação não se agrave, praticando-se a cesareana, dada a impossibilidade de vencer o embaraço da cervice, ao envez de se teimar na operação dilatadora, ou tentar-se esvaziar o utero pouco permeavel, porque em qualquer dos casos, póde chegar-se a um desastre.



Na atrezia do canal vaginal, tive de intervir duas vezes:

**156.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Secundipara, parto a termo, feto de volume normal, bacia viciada, conjugata diagonalis 11. Em um estado do Norte do Brasil, teve o 1.<sup>o</sup> parto, trabalhoso, terminado pela extracção violenta de um feto que morreu. A curiosa, que a acompanhava durante o trabalho, fez-lhe applicações vaginaes de substancias causticas, causa das cicatrizes completas, estabelecendo uma estenose vaginal invencivel, que se complicava de uma fistula grande com destruição da parede da bexiga. Aguarda-se o trabalho, e ao fim de 20 horas, o collo rijo e dura não dava passagem a um dedo. Rompe-se a bolsa de aguas. Op. cesareana, fazendo-se a divulgação cervical do dentro para fóra para facilitar a drenagem. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**157.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Secundipara, parto a termo. O 1.<sup>o</sup> parto ocorreu durante a grande epidemia de grippe e foi seguido de grande hemorragia. A premencia da hora e as condições anormaes da época explicam um descuido grave, o uso de uma injeccção vaginal hemostatica com agua tão quente que determinou queimaduras profundas. Durante 6 mezes a paciente permaneceu no leito, aguardando a cura, ao serviço em começo de trabalho. Faz-se a cesareana, seguida de hysterectomia, para evitar o corrimento lochial. Periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

Vem a proposito dizer que nem sempre a atrezia cicatricial é impeditiva. Já tive occasião de aconselhar a cesareana em uma secundipara que tinha, como consequencia do 1.<sup>o</sup> parto, profundas cicatrizes vaginaes, mas, desattendido o meu alvitre, apesar da estenóse, deu-se o parto espontaneamente. Schochart, por motivo identico em 1917, praticou uma cesareana em uma mulher que, em 1921, teve espontaneamente outro filho. Mas, além da possibilidade de ser o tecido cicatricial enclausurante e obstar a passagem do feto, ha que attender á difficuldade, se o parto é espontaneo, no escoamento dos lochios.



Treub acredita que este facto basta para indicar a hysterec-tomia pois, em taes casos, avalia em 26% a mortalidade.

Ha outras indicações mais raras que, em caso unico, me tem sido dado attender. Assim, a apresentação de nadega de feto volumoso em primipara, constitúe uma observação de cesareana. William, considerando a excessiva mortalidade fetal, (30%), indica a operação. Embóra combatida por Pherson, a indicação é seguida pelos americanos mas não teve entrada na Europa. Estou de accordo com a decisão de William; é tão penoso o trabalho de extrahir o feto grande em apresentação de nadega quando a mulher é primipara, corre elle tanto risco, de que não está isenta a mulher, que opinei pelo parto abdominal no seguinte caso:

158.<sup>a</sup> Observação. (P. M.) Primipara, prenhez accidentada, vomitos, rebeldes em principio, grandes edemas, no termo da gravidez, alguns acomettimentos de annexite. Trabalho de parto energico durante 32 horas, ruptura prematura da bolsa de aguas, dilatação difficil, apresentação pelvica muito alta temp. 38,5°. Pulso 130. feto de 5 kilos, de sexo feminino. Periodo post-operatorio accidentado. Varias fluxões annexiaes intensas, congestões pulmonares, processo de cicatrização do ventre per primum no fim de 10 dias. Após 1 mez, a paciente cura-se e o feto está bem.

Estou intimamente convencido do acerto desta indicação. A manobra extractiva, pelas condições do volume do feto e pela primiparidade, é difficultosa em excesso, traumatizando a mulher e concorrendo para a morte do feto. Tenho acompanhado e resolvido casos semelhantes fazendo a grande extracção, e sei bem o quanto custa e o que provoca.

Outra indicação, rara, é a apresentação de espadua irreductivel. Kustner, em situação analoga, praticou a cesareana extra-peritoneal com extrema difficuldade. Conhecem-se as observações de Hermann, Lichtenstein e Weymeersch. Em seu relatorio de 1921, Henrotay dá a



indicação como perfeita. Assim procedi também no caso seguinte:

**159.<sup>a</sup> Observação.** (P. M.) Multipara, entra em trabalho adeantado em apresentação de espadua. Em sua casa, um profissional competente procurou em vão resolver o caso e, não o conseguindo, achando-se vivo o feto, apesar do seu pouco entusiasmo pelo operação cesareana, aconselha a internação no meu serviço e aconselha o parto abdominal. Pelo exame reconheço a apresentação de espadua irreductivel, utero retrahido, trabalho de 28 horas. Op. cesareana, feto vivo. Correm os primeiros dias sem accidente e já se tinha o caso por feliz, quando, no setimo dia, a paciente começa a dormir, a temperatura é de 38,2°, o pulso 100. Assim permanece, com ligeiros momentos de vigilia, ascendendo gradualmente a temperatura até 39°, e, no fim de 3 dias, morre. Nesta cidade começavam então a apparecer os casos de encephalite lethargica; talvez se apurasse esta causa, se a necropsia fosse consentida pela familia.

Em apresentação de face também já pratiquei a operação cesareana:

**160.<sup>a</sup> Observação.** (M. das L.) Multipara, tem em casa a assistencia de uma parteira que varias vezes injectou-lhe pituitrina. Passadas 24 horas, não se resolvendo o caso aconselha a remoção para a maternidade, onde é feito o diagnostico de apresentação de face, mento posterior encravada, redução impossivel, utero em tetania. Feto vivo. Temp. 38,2°. Op. cesareana, periodo post-operatorio normal. Mãe e filho bons.

**161.<sup>a</sup> Observação.** (P. M.) Primipara, entra para o serviço em trabalho de 10 horas. Bacia normal. Contrações uterinas boas. Bolsa de aguas presente, mas, rompendo-se logo. Feto em apresentação de face, M. I. E. P., fixa no estreito superior. O trabalho continúa por 4 horas mas a cabeça não progride. Tenta-se uma applicação de forceps, e não é possivel rodar o mento para diante. Resolve-se fazer a versão; abaixa-se o pé, mas a evolução



é impossível. Examinando-a, encontro solução de continuidade do perineo, vagina, até o fundo do sacco posterior, e do collo do utero. Observo que a difficuldade da manobra evolutiva corre por conta da deflexão forte da cabeça, e da lordose excessiva do fêto; tento flexionar a cabeça, mas o utero retrahido impede qualquer movimento. Com a repetida acção manual, e por causa das rupturas, a paciente perde muito sangue. O fêto está vivo. Op. cesareana. Nasce o fêto em morte apparente, não se reanimando. A mãe morre de peritonite.

Outras indicações tem sido recentemente accrescentadas. A dystocia por excesso de volume do fêto, é das que mais se adaptam á technica do parto abdominal. O volume cephalico muito pésa na indicação dystocica do pólo cephalico irreductivel do que da cabeça grande. Nas grandes cabeças, a moldagem póde trazer compensação, mas na ossificação cephalica, pouco aproveita o menor tamanho. O grande volume do fêto, porém, é condição de ameaça á vida do recém-nascido, pelos imprevistos que a parturição provoca. Zangemeister estabeleceu uma estatistica interessante de mortalidade fetal relativa ao volume: nos fêtos de 4.590 grs. a mortalidade é de 10% e, dahi até 6000 grs. é de 85%.

Ha ainda a considerar a indicação que decorre da procidencia do cordão, como Couvelaire adopta tão justamente. As novas oportunidade que, cada dia mais se apresentam ao parto abdominal, provam bem as vantagens crescentes da intervenção.

---

A operação cesareana foi, desde 700 annos antes da nossa éra, o instrumento legal de garantia dos cidadãos do Estado Romano, no texto da *Lex Regia*, que preservou a vida do philosopho Gorgias e a do guerreiro Manlius, o vencedor de Carthago. O preceito de Numa Pompilio — *negat lex regia mulierem, quæ, prægnans mortua sit, humari, ante quam partus ei excidatur: qui contra fecerit*



*spem animantis cum gravida peremisse videtur*, — inspirado na tradição mythologica e na concepção poetica do heróe virgiliano, é reproduzido na Lei Siciliana de 1740 e na do Senado de Veneza de 1608.

As religiões impuzeram a pratica da operação em artigo de morte como regra dogmatica. Assim, o exigem o Talmud e o Alcorão; e o ritual da Igreja Catholica, além de dizer — *si mater prægnans mortua sit, fructus quam primum caute extrahatur*, — exhorta as fieis moribundas a acceitarem a operação e determina que os seus ministros a aconselhem e até pratiquem. Monsenhor Bouvier, no seu manual para uso dos confessores, dicta a seguinte technica:

“Faire une incision de 6 à 7 pouces de long sur le côté le plus éminent. II faut que l’incision soit faite en long et non en travers, parce qu’on arrive plus directement à la situation de l’enfant et parce que, si par hasard la femme vivait encore, la plaie se fermerait plus facilement. Les chirurgiens ont des instruments propres à ces sortes d’opérations; les autres personnes, n’en ayant pas, doivent se servir de celui qu’elles auront sous la main et qui leur paraîtra le plus propre a cet effet, c’est le rasoir qui convient le mieux”.

Não conheço, aqui, casos de cesareana post-mortem, mas tenho noticia de algumas mulheres que vão ao cemiterio por morte rapida, levando dentro do ventre o filho em geração quasi completa. Será porque não se tenha generalizado a idéa, ou porque não se acredite na presteza do acto operatorio? Mas é preciso attender á necessidade de adoptar o dispositivo legal romano e a prescrição ecclesiastica, pois a cesareana, com algum intervallo depois da morte, é capaz de alcançar a extracção do feto com vida.

Talvez não se deva firmar a noção do intervallo no



*spem animantis cum grávida peremisse videtur*, — inspirado na tradição mythologica e na concepção poetica do heróe virgiliano, é reproduzido na Lei Siciliana de 1740 e na do Senado de Veneza de 1608.

As religiões impuzeram a pratica da operação em artigo de morte como regra dogmatica. Assim, o exigem o Talmud e o Alcorão; e o ritual da Igreja Catholica, além de dizer — *si mater prœgnans mortua sit, fructus quam primum caute extrahatur*, — exhorta as fieis moribundas a acceitarem a operação e determina que os seus ministros a aconselhem e até pratiquem. Monsenhor Bouvier, no seu manual para uso dos confessores, dicta a seguinte technica:

“Faire une incision de 6 à 7 pouces de long sur le côté le plus éminent. Il faut que l’incision soit faite en long et non en travers, parce qu’on arrive plus directement à la situation de l’enfant et parce que, si par hasard la femme vivait encore, la plaie se fermerait plus facilement. Les chirurgiens ont des instruments propres à ces sortes d’opérations; les autres personnes, n’en ayant pas, doivent se servir de celui qu’elles auront sous la main et qui leur paraîtra le plus propre a cet effet, c’est le rasoir qui convient le mieux”.

Não conheço, aqui, casos de cesareana post-mortem, mas tenho noticia de algumas mulheres que vão ao cemiterio por morte rapida, levando dentro do ventre o filho em geração quasi completa. Será porque não se tenha generalizado a idéa, ou porque não se acredite na presteza do acto operatorio? Mas é preciso attender á necessidade de adoptar o dispositivo legal romano e a prescripção ecclesiastica, pois a cesareana, com algum intervallo depois da morte, é capaz de alcançar a extracção do fêto com vida.

Talvez não se deva firmar a noção do intervallo no



que decorre da noticia, muito divulgada nas nossas theses a partir de 1880, sobre a Princeza de Schwarzenberger, morta queimada na embaixada Austriaca em Paris, e cuja necropsia, 48 horas depois, deu em resultado a retirada de um feto vivo. Não pude verificar a procedencia de facto tão extraordinario. Mas, sobre a possibilidade de nascerem fetos vivos de mulheres mortas, fala a contribuição de Bauer, 15 operações post-mortem e 10 fetos vivos, e informa a de Dick, 34 intervenções salvando 28 recém-nascidos.

Breslans procurou, experimentando em animaes, determinar o tempo de sobrevida do feto, dando-a como muito maior na morte subita do que no obito após agonia lenta. É certo que nos casos de morte rapida, tem sido frequentes as extracções de fetos vivos, como se dá nas embolias pulmonares, nas syncopes do coração e nas molestias do systema nervoso central. Todavia, não ha verificações muito exactas sobre o tempo da sobrevida: Fehling marca o prazo de 15 minutos, Weisswange — 19, Jungeboldt — 17, Knauer — 10, Kathala — 10, Kalmykow — 5, e Sippel, de uma mulher morta por embolia, retirou com feto vivo 22 minutos depois.

Na opinião de Cathala, a cesareana post-mortem, pelos resultados conhecidos em toda a literatura, consegue salvar 61% dos fetos; Bohmer calcula a proporção em 68%. A operação na mulher em estado agónico augmenta muito estas probabilidades, pois o calculo de Bohmer é de 89% de fetos vivos. Em qualquer dos casos, mulher morta ou moribunda, a operação deve ser praticada dentro das regras habituaes.

No estudo da technica, a referencia ao episodio da cesareana post-mortem, é um estimulo a sua recordação favoravel em tempo opportuno e permite reproduzir o methodo interessante de que cogita o rito catholico.

---

A incisão de Roussert é a incisão lateral. No seu livro ha o conselho de marcar á tinta no abdomen uma li-



nha entre o umbigo e o flanco, um pouco obliquamente, até 3 dedos da virilha, orientada para o pube, ao longo do musculo recto. Levret cortava tambem lateralmente, seguindo uma parallela á linha alva, partindo "*de l'extrémité antérieure de la lèvre supérieure de l'os des iles, pour se rendre à la jonction de la dernière des vraies côtes, avec son cartilage et saisir l'entre-deux de cette ligne et de la ligne blanche*". A incisão de Smellie ia da cicatriz umbelical até a prega da virilha esquerda. Stein, o velho, traçava o côrte da extremidade da ultima falsa costella ao ramo horizontal do pube do lado opposto. Lauerjat attribuia vantagens á incisão transversal, e os antigos quasi todos preferiam cortar á esquerda para evitar o figado á direita. Mais tarde, o que marca o lugar da incisão, é a obliquidade do utero, de modo a ser ella feita ao ponto de saliencia do orgão.

A idéa da incisão lateral proveiu da esperanza de melhor união dos tecidos fóra da zona fibrosa que é a linha mediana, e obedecia á preocupação de se evitar a be-xiga. Mauriceau executa a incisão mediana em mulher morta, dando-lhe a preferencia na technica da operação, tal como praticava, em 1423, Peter de la Cerebala, indicando no capitulo 7.º da sua — *Chirurgiae Libri VI*, — e com o titulo — *De extractione fétus a matrice in muliere mortua et non mortua*, — a linha partindo do "*pomum granatum*" (appendice xiphoide), ao "*os pectinis*".

Na sua "*Chirurgia Magna*", do seculo XIV, Guy de Chauliac preconizou na cesareana post-mortem a mesma incisão que Levret adoptou em operações no vivo, trabalhando do lado esquerdo "*secundum longitudinem quam pars illa est magis liber, propter hepar*". Guillemeau, em 1609, na mulher cadaver, seccionava indifferentemente de um ou de outro lado. Guenin, em 1750, incisava lateralmente e junto á linha branca.

São variantes do methodo de Mauriceau, a incisão na linha alva, os methodos que della se avizinham temendo a pouca solidez da cicatriz mediana, as incisões de Gue-



nin, Lentisch, Billi, correndo todas de 4 mm. a 5 cm. parallelamente. A incisão transversa lateral alta, chamada de Lauverjat, 1788, é a reprodução do que haviam feito Lebas em 1769 e Dunker em 1671.

Cada preferencia pelo traçado da incisão procurava fundamentos anatomicos e vantagens clinicas. A incisão lateral era para poupar a bexiga e obter cicatrização solidada, mas a secção de fibras musculares cruzando-se, prejudica, pela retracção, a bôa coaptação dos labios da ferida operatoria, e o compromettimento dos vasos epigasticos, provoca perdas sanguineas que retardam o acto operatorio e mascaram o campo de acção; tambem o abordar-se o utero pelo flanco permite a lesão immediata de vasos. Lauverjat attribuia á incisão transversal, vantagens relativas á facilidade de cicatrização e de escoamento de liquidos pelo angulo inferior da ferida em franco declive; para as linhas obliquas não ha superioridade apresentada.

Em materia de cesareana classica, só ficou a incisão mediana, justamente a incisão de Mauriceau, partidario apenas da cesareana post-mortem, tanto julgava elle ser necessario "**un grand excès de cruauté, d'inhumanité, de barbarie**", para pratical-a em mulher viva, como o fizeram alguns temerarios e ignorantes "**par un pernicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher**".

Comprehende-se a diversidade nos meios de incisar o utero naquelles tempos de outróra, quando a sutura era desconhecida ou pouco usada e os methodos visavam, em feridas não affrontadas, o melhor meio de juxtaposição, conforme a postura da paciente. Hoje, não subsiste um só dos argumentos que pleiteiam a incisão lateral, sempre mais difficil, mais embaraçante e mais restricta. A regra da incisão mediana, de 20 cm. de extensão maxima, tendo ao meio a cicatriz umbelical, é a que domina.

As incisões inferiores, medianas e lateraes, appareceram no seculo passado, e resurgem hoje nos methodos extra-peritoneaes e nos trans-peritoneaes baixos. Ritgen,



em 1820, imaginou a secção do ventre e da vagina, estendendo-se aquella da crista illiaca á symphise pubiana, para chegar ao utero sem incisar o peritoneo, como Bou-dewijin Ronss, em 1590, indicava na sua — “*Miscellanea seu epistolæ medicinalis*”. Em 1671, Viardel empregava a sua incisão “à la manière d’un croissant à la partie latérale”. Physik propunha talhar logo acima do pube, larga e transversalmente. Aberto o ventre, é preciso cuidar do estudo da technica da cesareana classica, em primeiro lugar e separadamente da hysterectomia baixa.

Mais ou menos, a incisão uterina sempre seguiu o mesmo caminho do talho abdominal, pois, outróra, era de cuidado especial a exacta relação entre as duas feridas. Não se alterou muito o criterio até que começou a ser praticado o processo das chamadas suturas utero-abdominaes, postas em uso em virtude dos resultados favoraveis trazidos, em outras operações, pelas adherencias peritoneaes e visceroparietaes.

Era facil aos parteiros de então, acompanharem de perto a formação dessas adherencias, e Lauverjat na “*Nouvelle manière de pratiquer l’hystérotomie*”, 1788, conta como numa mulher por elle operada, formára-se “*une espèce d’épiderme qui confondait les viscères et les téguments*”, pelo que, na evolução do periodo post-operatorio, varias vezes, teve que destacar com os dedos estas adherencias, sem o conseguir. Merrem, em 1828, na “*Ge-meins d. Zeitschrift f. Geburt.*”, reconhece a menor gravidade da operação cesareana iterativa e Michaelis, em uma mulher operada pela terceira vez por hysterotomia, pôde, após a abertura do ventre, taes eram as adherencias, chegar ao utero sem comprometter o peritoneo.

O principio de serem estas adherencias favoraveis, patenteou-se com o methodo das suturas utero-abdominaes. No Bulletin de Thérapeutique, em 1854, Pilore destracção do feto; Lestockoy, antes de abrir o utero, recorria á uma sutura circular reunindo o peritoneo parietal



ao visceral. Martin, Braxton Hicks, adoptam o methodo, mas Tarnier, com elle observou uma gangrena do utero. Baudon tem um processo theorico de ovotomia abdominal, combinando o tubo de drenagem com a sutura utero-ventral, mais ou menos semelhante ao de Frank, em 1881, que deixava o dreno através da abertura inferior do utero, communicando-se com o exterior pela ferida abdominal.

A idéa da sutura utero-abdominal indica bem a preocupação de proteger o peritoneo e, assim, alargar as indicações do parto cesareo; do mesmo modo, o processo de applicação do caustico chimico, que nunca passou da imaginação de Depaul, e só foi secundado pela tentativa, tambem theorica, do porta caustico de Saint Germain. Mas, o methodo da synthese utero-abdominal encontrou na pratica as difficuldades provenientes da fixação anti-physiologica do utero puerperal, e da necrose topica por constricção dos tecidos.

Eram accidentes communs, por insufficiencia e defeito de technica, a hemorrhagia immediata e o extravasamento de liquidos septicos da cavidade do utero para o peritoneo, durante o periodo post-operatorio. Na profunda desorganização dos processos chirurgicos, a operação não podia conquistar resultados brilhantes. Como se verá, a sutura da ferida uterina não tinha entrado na cogitação dos praticos e merecia até fortes censuras. Em meio de tanta desordem, o apparecimento do methodo de Porro foi um facto memoravel.

Se a amputação utero-ovarica teve como fundamento a prova experimental de Cavallini, em 1769, e as demonstrações de Geser e Rein, a idéa de extirpar o utero após a operação cesareana pertence a Michaelis:

“Eis ware desshalb wohl die Frage, ob man nicht die Operation des Kaiserchnittes, wenn man sie mit eine extirpation des Uterus, der doch nur weniger gefährlich machte?”

E tambem antes de Porro, Storer praticou a ampu-



tação utero-ovarica, em caso de parto a termo complicado de fibroma do utero, como se lê no artigo de Bixby, *Journal of the Gyn. Soc. of Boston*, 1869.

Não é possível, presentemente, pensar mais em admitir a operação de Porro. Ella foi um brilhante methodo de transição, mas nada permite o seu resurgimento. Assim cumpre dizer, porque anda, com data relativamente recente, em alguns escriptos, o conselho favoravel á operação em casos determinados. Não é possível designar — operação de Porro —, o acto cirurgico que é simplesmente uma hysterectomy sub-total, quando é impossível manter o órgão.

A verdadeira operação de Porro tem a sua característica imprescindivel na formação e no tratamento do pediculo. Ninguém cogitará, na época corrente, em formar o pediculo, após a amputação uterina, e tratá-lo como no methodo do professor de Pavia. Naquella época a technica era um verdadeiro recurso, um subterfugio cirurgico, pois o pediculo formado e fixado á parede do ventre, soffria o processo de eliminação, extra-peritonealmente, com vantagem em determinados casos. Hoje, com os aperfeiçoamentos da technica da hysterectomy, não se precisa do methodo, e, se o utero, após a retirada do ovo, está atonico, friavel ou rôto, cuidar-se-á em executar simplesmente a hysterectomy sub-total.

A technica da velha amputação utero-ovarica é apenas uma lembrança historica. Tres eram os tempos capitales da operação — a formação do pediculo, a amputação do utero, o tratamento do côto. O pediculo formava-se por constricção com o fio de ferro (Porro); com o fio duplo, passado ao meio, ao nivel da porção superior do collo e dividido uma para cada lado (Hegar, Fochier, Maygrier); com as cavilhas de aço (Tarnier); com o esmagador de Chassaignac (Spæth); com o tubo elastico (Franzollini); com o constrictor de Wasseige; e pela fragmentação (Championnière). A amputação era feita com uma pequena faca, com thermo-cauterio ou com o



esmagador. O tratamento do pediculo, no methodo primitivo, era executado por fixação á parede do ventre, seguindo-se a eliminação por escara, curada com soluções causticas de chloreto de zinco ou de perchloreto de ferro.

Como a norma da exteriorização do pediculo era um meio demorado de tratamento, foi imaginado o processo de reviramento do côto, (Boldiani, Hubert, Chalot, Duchamps). Não se contentaram os cirurgiões com a nova technica cheia de difficuldades, e pensaram, aproveitando a collaboração da antisepsia em phase de progresso, no tratamento intra-peritoneal do côto, na forma do que praticava Shroeder nas hysterectomias por fibroma do utero, e Litzmann na operação cesareana. O methodo não deu bons resultados, e Bischoff mais radical, extirpou o côto, desinserindo-o da vagina, executando uma hysterectomia total. Ha, em todas as variantes da technica de Porro, o evidente proposito de aperfeiçoar a cesareana, tornando-a capaz de resolver o maior numero de casos. Na formação do pediculo, sente-se o temor dos operadores pela hemorragia, o que ainda no começo do presente seculo, observei na pratica das hysterectomias por fibromas, sempre executadas com o auxilio do clamp de Billroth.

O tratamento do côto só se admittia quando eram desconhecidos os methodos de peritonização. Desta maneira, é anachronico falar-se na operação de Porro, que teve seu periodo de grande entusiasmo em quasi todas as grandes clinicas da Europa, a ponto de, 11 annos, conhecerem-se 175 cesareanas seguidas de amputação utero-ovarica. Em pouco tempo, porém, a acceitação diminúe, partindo da Allemanha, na lição de Schroeder o julgamento exacto da technica dada como de simples transição. Lucas Championnière, tendo seguido o methodo em 40 casos, reconhece-o, na Societé de Chirurgie de Paris, cheio de perigos que sobrevirão a quem recorrer varias vezes ao acto cirurgico. Por isto, no Congresso de Copenhage, em Agosto de 1884, a memoria de Estache reivindicou para a velha operação cesareana todas as vanta-



gens, porque colligindo os casos de cesareana classica a partir de 1875, notou 47% de mortalidade, ao passo que a proporção para o methodo de Porro era de 55%.

Nada pôde presentemente indicar a antiga amputação utero-ovarica, destinada a ser respeitosamente conservada na historia das operações obstetricas com os serviços que, no seu tempo, prestou. Não é nem o methodo de excepção de que cuidam alguns autores. Se é preciso extrahir o utero em condições, se é elle hypotonico e a hemorrhagia ameaça, se é friavel e a sutura não tem garantia, se é rôto e a necrose torna-se provavel, se não ha por onde escoarem-se os lochios, então, seguir-se-á o preceito da moderna hysterectomy sub-total, com os aperfeiçoamentos que a condição do utero gravido requer, tudo se resolvendo e decidindo, sem os entraves do pediculo e sua eliminação.

É preciso attender, na hysterectomy, á evolução post-operatoria na cura definitiva do côto uterino. As condições de desenvolvimento proprias á gravidez e a necessidade de se abranger nas ligaduras grande massa de tecido, devem prevenir o operador da hypothese de uma mortificação. Penso que a bôa technica é, tal como a imaginei para a amputação do utero rôto, tratar o pediculo pelo preparo de longos retalhos peritoneaes destinados a cobril-o e pela sua comunicação franca com a vagina, obtida até mesmo por secção da parede do collo, de modo a conserval-o livre em cavidade artificial sub-peritoneal, facilmente communicante com a cavidade vaginal. Tal é a vantagem deste recurso que, em 8 rupturas de utero operadas com tal regra, conto 7 curas, o que é uma proporção digna de registo.

Os antigos operadores, praticada a abertura do ventre, de accordo com a preferencia que ditava as diversas modalidades do talho abdominal, incisavam o utero seguindo o rumo da incisão do ventre, Kehrer é o primeiro a preconizar uma incisão uterina especial. Em 1882, aconselhou a incisão antero-inferior do utero, de base a base



do ligamento largo, 1 cm. acima do fundo de sacco vesico-uterino, excellente, no seu entender por não comprometter a inserção placentar, não produzir hemorragia, ser facilmente recoberta pelo peritoneo bem destacavel e, finalmente, estarem affrontados os seus bordos por causa da ante curvatura do utero.

A mesma preocupação de evitar a hemorragia levou Fritsch, em 1897, a adoptar a sua — *fundalschnitt*, — incisão no fundo do utero, indo de uma trompa á outra, tida como vantajosa por não lesar a placenta e não sectionar vasos importantes. Foram os mesmos receios que fizeram accudir ao espirito de Chassaignac a applicação do esmagador linear no traçado da incisão uterina, e que dêram a varios operadores grandes esperanças na acção do thermo-cauterio.

Mas a incisão de Fritsch em muitas occasiões não evitou a perda abundante de sangue; outros inconvenientes foram-lhe apontados, entre os quaes, o maior adelgaçamento da cicatriz (Schwarz, Frigyeri, Fischer). Zweifel, Endelmann e Hildebrandt desaconselham a incisão pela sua inutilidade ou mesmo pelos seus maleficios; apenas os discipulos de Fritsch e raros operadores como Backofen e Wenzel adoptam o corte cupular que Carus e Muller já haviam tentado. Cohnstein, em 1881, perfere a incisão da parede posterior pela facilidade de escoamento dos liquidos cavitarios, communicando com a abertura do fundo de sacco de Douglas.

Talvez que a duvida sobre o ponto onde incisar o utero provenha da pratica de eventrar ou não o orgão. Pertence a Ritgen a idéa da hernia uterina para talho ulterior; mais tarde o processo foi francamente adoptado por Müller; entretanto ha hoje quem corte o utero dentro do ventre e, mesmo, não faltam oppositores decididos á eventração, como Pestalozza, Kleinhaus, Pinard, Mouchotte.

Não procede a critica á eventração, tempo do acto cirurgico que tenho por indispensavel, porque, só assim, consegue-se fazer abertura da cavidade sem contaminar



o peritoneo. Nenhuma importancia tem o tamanho da incisão abdominal para permittir a hernia do utero; já o decidiram Fehling e Leopoldo. Os que preferem a incisão do utero *in situ* acreditam na efficacia da manobra de Gueniot, a pressão directa das paredes do ventre sobre o utero, manobra insufficiente porque a medida que elle se esvazia diminúe o seu contacto forçado com a parede do abdomen. O proprio Sænger no Congresso de Munich, concordou que a sahida do fêto devia ser acompanhado da expulsão do utero para fóra da cavidade abdominal e Gueniot applicava uma alça metallica na parte superior do utero para mantel-o adaptado ao ventre. O recurso do enxugamento continuo dos liquidos por meio de esponjas data de 1826, a conselho de Græff, a proposito de um caso feliz de cesareana, publicado no *Walther's Journal fur Chirurgie und Augenheilkund*.

A bôa praxe deve exigir a hernia do utero; entendo fazel-a sempre, porque só assim consigo isolar bem o orgão do peritoneo que se contaminará, sem esta precaução, no momento da sua abertura. A incisão é feita medianamente, sem attender á necessidade da ligadura provisoria ou á lesão provavel da placenta. Sængel acceitava a ligadura elastica de Litzmann, e ainda hoje ha imitadores deste methodo, applicado com extrema difficuldade sem eventrar o utero (Garrigues); Leopold prefere a compressão manual. A ligadura elastica coube a responsabilidade de varias hemorragias secundarias graves, e tão frequentes foram os accidentes que, no Congresso de Washington em 1887, Sænger proclamou os perigos da ligadura elastica provisoria, achando mais conveniente a compressão manual, maximé a dos ligamentos largos. Julgo dispensavel qualquer destes recursos, porque não nos faltam meios melhores de debellar a hemorragia, complicação que acredito extremamente rara. É pueril o receio de se cahir sobre a placenta quando se incisa o utero. A placenta insere-se em proporção igual na parede anterior ou na posterior do utero; Gusserow, no Instituto



de Berlim, 77 vezes achou a inserção anterior e 93 a posterior. Nos meus 161 casos, afóra os de placenta prévia, 81 vezes a placenta estava inserida na parede anterior e 75 na posterior; em todos os casos verifiquei, no acto operatorio, a confirmação do signal de Palm, a convergencia anterior dos ligamentos redondos na retro-inserção e a posterior na antero-implantação. Mesmo sem o tubo elastico, que para os operadores de ha 20 annos era uma garantia para o caso de incisão sobre a placenta, não me importa ter de varal-a ao abrir o utero; deve-se atravessar rapidamente a placenta, de prompto retirar o fêto, eis o antigo e verdadeiro processo de Joerg.

A incisão do utero na cesareana classica deve ser sempre a incisão de Sænger, a incisão mediana alta; o fêto é retirado após a abertura do utero e a placenta extrahida, a menos que se não quera adoptar a antiga regra de Wigand: deixar o delivramento fazer-se naturalmente emquanto se fecha o utero. Como terei de pormenorizar alguns tempos da technica da cesareana classica, não interrompo a exposição geral e de prompto insistirei no grande progresso que, para a pratica da operação cesareana, representam os trabalhos de Sænger e Kehler sobre a sutura uterina, que teve de vencer difficuldades e antagonismos, antes de ser incorporada á operatoria obstetrica no parto cesareo. O primeiro propagandista da operação cesareana, Rousset, procreveu a sutura — *“quod se sectœe uteris partes, ad earum coalitura, suturis non egeant”*. — E a iniciativa de Lebas, em 1769, de suturar o utero após a cesareana, foi censurada por Lauverjat e Levret, este julgando bastante a retractilidade uterina para fechar a cavidade aberta.

A época pre-antiseptica não podia contar com grandes resultados em quaesquer suturas, perturbadas pela infecção constante; no fim do seculo XVIII, todas as syntheses soffreram opposição. Os maiores nomes do começo do seculo XIX contraindicavam a sutura: Baudelocque, Capuron, Velpeau, Stein, Joerg, acceitaram o prin-



cipio da cicatrização, espontanea da ferida uterina. Na Allemanha, em 1835, ( Wiesel applicou um ponto de sutura no utero; na França, em 1840, Godefroy age de maneira identica, escusando-se porém da sua ousadia.

O methodo de Didot, em 1859, estabelece uma sutura rematada dentro da cavidade uterina, deixando livre a serosa. Não fructificou a idéa, preferindo os praticos, muito tempo, a technica das suturas utero-abdominaes. A sutura de Gueniot, por meio de agulhas retiradas algum tempo mais tarde, é já a prova de que se começava a reconhecer a necessidade de fechar a cavidade uterina; assim pensaram Brown na Inglaterra em 1867, Thomas na Hollanda em 1869, Spencer Wells em 1873, Martin, Veit e Spiegelberg.

Comprehende-se a opposição á sutura, não obstante as verificações necroscopicas provarem ser a abertura permanente da cavidade a causa da morte, por favorecer a peritonite consecutiva á contaminação pelos liquidos cavitarios. É que a sutura septica, com fios que se não reabsorviam em pouco tempo, determinava localmente a necrose e a suppuração do tecido uterino, de fórmula que a mesma consequencia da ferida aberta, a peritonite, era observada após o emprego da sutura. A era da antisepsia passou a permittir a sutura com mais segurança e, já em 1870, Fochier conhecia 44 observações de sutura da ferida uterina após operação cesareana.

O material para a sutura foi sempre o fio de canhamo ou de seda, até 1852, quando, nos Estados Unidos, Polin empregou o fio de prata, cujos bons resultados foram provados na necropsia de uma mulher, 22 annos antes operada, apresentando os fios enkystados no peritoneo. Sylvester, em 1873, empregou, a sutura elastica. O catgut foi usado por Veit, mas ainda em 1878 não lhe faltavam insuccessos, a ponto de Jenks rejeital-o, preferindo a seda; era commum a falta de coaptação dos bordos da ferida, por se desfazerem os nós ou se reabsorver rapidamente o fio.



Afóra a sutura especial de Didot, geralmente a sutura chuleada, a sutura continua, teve adeptos, a começar por Spencer Wells, mas o receio de comprometter todo o fio desde que uma parte delle ficasse prejudicada, não subsistindo a sutura encavilhada de Poulet, fez dominar o principio dos pontos separados. O que mais obstava a sutura, outróra, era a difficuldade na retirada ulterior dos pontos, tão excepçionaes foram os casos de sutura perdida. Imaginava-se levar os fios até a vagina, orientando a sutura para a cavidade do utero, (Didot); processos engenhosos foram postos em pratica, como no caso de Cohn, onde pela inutilidade das tracções repetidas na retirada do fio, foi preciso recorrer á acção continua do peso. Por outro lado, ao praticar-se a sutura, não se pensava tanto em fechar a cavidade, como em dominar a hemorrhagia, pelo que os pontos eram em numero reduzido, attendendo-se a que, assim, menos se irritava o peritoneo. Essas suturas não offereciam resistencia e cediam á simples força contractural do utero.

Em Leipzig, Sænger e, em Heidelberg, Kehrer, no anno de 1882, publicam as suas memorias sobre a operação cesareana, modificada pelo technica da sutura dupla, musculo-abdominal e que marca uma grande data na historia da operação, é mais conhecido como pertencendo a Sænger, que pleiteou a prioridade em seu escripto "*Zur Rehabilirung der klessischen Kaiserschmitt*". A idéa da sutura sero-serosa não era tão nova, pois della tinham cogitado Aubel em 1862 e Martino d'Avanzo em 1860, não tratando nem um nem outro da sutura musculo-muscular.

Bastante discutida, commentada e adoptada nas clinicas allemães, a operação de Sænger ficou por quasi 4 annos desconhecida na França, apezar de nella insistirem a these de Bauden e a memoria de Porak em 1885; Potocki prestou um grande serviço divulgando a technica de Sænger no seu trabalho publicado em 1886.

O methodo de Kehrer consistia: em uma incisão inferior, de ligamento a ligamento, a um centimetro acima



da prega utero-vesical; descollamento peritoneal nos bordos da incisão; sutura da camada muscular em toda a sua espessura, incluindo a mucosa; sutura separada do peritoneo. Sæger fazia a incisão longitudinal mediana; resecava ao longo dos labios do corte uma porção de tecido, de modo a haver superiormente um afastamento; suturava o musculo, tendo cuidado de evitar a mucosa, com fio fino de prata, em pontos separados; cosia o peritoneo com seda phenicada, em dois planos — um comprehendendo a serosa, na beira da incisão, e outro apanhando o tecido mais ao largo e cobrindo a primeira sutura peritoneol.

Eram os trabalhos relativos á sutura intestinal que inspiravam os cuidados da sutura serosa, determinando a necessidade de um grande retalho peritoneal, para o fim de uma bôa adaptação. Leopold, simplificando a technica, não preparava os bordos da incisão pela exereses parcial; apenas descollava o peritoneo, pregueado sobre o musculo, e applicava duas ordens de sutura, a superficial e a profunda. Fehling, descollando largamente a serosa, fazia uma sutura semelhante á de Lambert. Como estes, houve outros methodos; mas no Congresso de Munich em 1886, Sænger adoptou francamente a idéa de Leopold, dispensando o descollamento da serosa e a resecção da camada muscular. Mais tarde, em 1889, Braun Fernvald faz uma sutura muscular, excluindo a decidua, e sobre esta, sutura a serosa; Olshousen emprega o catgut e cose em duas camadas; Müller faz uma sutura inferior muscular acompanhada da decidua, outra média sómente do musculo e finalmente a ultima sero-serosa.

Ainda em 1892, discutiam-se as vantagens do catgut sobre a seda e vice-versa. O catgut reuniu maior numero de preferencias, mas variava o numero de suturas conforme os operadores. Sænger e Kehrer suturavam em duas camadas, Schroeder em tres. Aos poucos, a idéa da simplificação foi sendo vencedora, mas se ha quem pratique o fechamento do ferida do utero com uma só camada de pontos, a maioria opina pela sutura em dois



planos. Não ha porém razão para se complicar o processo das suturas, desde que se alcance a bôa coaptação dos labios da ferida, de forma a não haver passagem de liquidos da cavidade uterina para abdominal. Por isso, a technica de Sænger deu á cesareana classica um grande impulso, favorecido pelos cuidados de asepsia em grau de apuro crescente. Em linhas geraes, a technica moderna da operação cesareana resume-se em duas incisões e duas suturas.

Passo a expôr agora o processo original de executar a operação cesareana tardia.

É preciso pensar desde logo na anesthesia, escolhendo entre a anesthesia por inalação e a rachi-anesthesia. Na por inalação, ha que recorrer ao ether; chloroformio é anesthesico inteiramente incompativel com o estado de gravidez, tal a sua acção electiva pela cellula hepatica, já ameaçada durante o periodo de gestação. A anesthesia rachiana, pela novocaina ou stovaina, tem indicação e favorece bastante a bôa sequencia operatoria attenuando os incidentes ligados á anesthesia geral.

O material a empregar durante a operação tem um arranjo prévio, porque ha duas partes essenciaes na intervenção, uma verdadeiramente obstetrica e outra cirurgica; para cada uma dellas o material é separado. Ficam assim préviamente arrumados sobre a mesa, em duas cubas, ou sobre dois campos differentes os instrumentos destinados a cada phase. O instrumental para a primeira parte é pequeno: bisturis, tesouras, algumas pinças de Kocher e Pean, uma pinça grande de garra, duas agulhas de Reverdin, ligeiramente curvas e uma pinça de dissecção. Para a segunda phase, algumas pinças de Kocher, duas pinças de dissecção, uma tesoura, uma pinça de garra, uma agulha de Reverdin curva, grampos de Michel.

Preparado o campo operatorio, disposto o instrumental da primeira phase e tendo á mão compressas em grande numero, algumas de grandes dimensões, faz-se a incisão abdominal, mediana de Mauriceau, com cerca de 20



cm. de comprimento, tendo ao centro a cicatriz umbelical. Facilmente chega-se ao peritoneo, pois na mulher grávida a termo distende-se a parede do ventre com diminuição do tecido adiposo e afastamento dos rectos abdominaes, de maneira a tomar promptamente accessivel, mal se incise a aponevrose, a serosa abdominal. Às vezes, embóra raramente, encontram-se sobre o utero alças intestinaes.

Aberto o ventre, procede-se á eventração do utero, pratica indispensavel, porque só assim fica preservada a cavidade peritoneal da derrama de liquidos oriundos da cavidade uterina. Ha uma pequenã difficuldade em herniar os uteros volumosos; é preciso augmentar a incisão, ao envez de insistir com manipulações exageradas que podem determinar esgarçamentos e rupturas ligamentares, dando lugar á perda de sangue de abundancia variada. Um ajudante mantém o utero em elevação, e, rente ao segmento inferior do orgão, após cobrir as visceras abdominaes com uma ou duas grandes compressas, approximam-se os bordos da ferida abdominal, assim mantidas provisoriamente por meio de uma pinça de garra. Dispõem-se logo em seguida, sobre o ventre, em torno da porção uterina inferior, compressas envolvendo o orgão e isolando-o com todo o cuidado.

Tomam-se dois lençóes de borracha, autoclavados, dois pannos de caoutchouc, com 1 m. por 40 m. por cm. e estendem-se um cada lado sobre o utero herniado, superpondo-se as beiras na linha mediana e mesmo cruzando-se nas proximidades da base do globo uterino. Leva-se um annel de caoutchouc sobre os pannos de borracha, até o ponto mais baixo possivel do utero, para fixar as suas folhas de caoutchouc. Afasta-se então um lençól para cada lado, ficando a descoberto o utero, e sobre as folhas de caoutchouc dispõem-se novas compressas, de maneira a garantir ainda mais o isolamento da cavidade abdominal.

No instante em que o utero é herniado, um auxiliar injecta o hemostatico. Já houve, mais do que ha actualmente, grande receio pela hemorrhagia grave no decurso



da cesareana, operação que sem duvida dá lugar a certa perda de sangue, mas em geral, não altera as condições da paciente nem exige emprego da medicação estimulante. Considero excepcional a hemorragia grave; de todos os meus casos, só em 1 houve necessidade de, com um grande tampão, comprimir o utero de encontro ao promontorio. Póde ter concorrido para a ausencia do accidente o emprego systematico da injeccão opportuna de ergotina por via hypodermica e de pituitrina por via intra-venosa.

A idéa de Litzmann em favor da ligadura elastica prévia não subsiste. Na minha technica, não tem este fim o anel de caoutchouc que sustenta as duas folhas de borracha de encontro ao segmento inferior do utero; ha ahi apenas uma simples garantia de adaptação e nunca um meio constrictor. Á constricção exagerada, tida por hemostatica, devem-se as hemorragias secundarias renitentes, e o sangue que vem de dentro da cavidade do utero quando é elle totalmente esvaziado, muito estorva porque embebe continuamente o campo operatorio e, pela quantidade, póde atravessar as camadas isoladôras.

Mesmo sem uso do hemostatico, antes de incisar o utero, Schauta, num total de 144 operações, só em um caso de osteomalacia foi obrigado, pela extrema perda de sangue, a praticar a hysterectomy. Vale muito para prevenir a hemorragia a tonicidade do órgão e, só excepcionalmente, o utero deixa de reagir, mas mesmo sem ser indispensavel o uso do hemostatico, ha vantagem em adoptal-o sempre, como um reforço á contractilidade do utero, reduzindo ao minimo a saida de liquido intra-cavitario para o exterior. Na cesareana tardia, o hemostatico se torna ainda mais necessario, porque a tonicidade do utero está prejudicada pela fadiga da fibra, consequencia do trabalho longo anterior. Sobre a vantagem do emprego desse hemostatico, reduzindo a quantidade de liquido oriundo da cavidade aberta, Rubsammer, verificou, empregando a injeccão de pituitrina, 2 cm. cubicos por via intra-muscular, 10 minutos antes de incisar o utero, que



o maximo de sangue perdido era de 900 cc., e o minimo de 400, ao passo que, sem o hemostatico, a perda de sangue em média, era de 1300 cc. Além dos extractos seccoas e dos hypophisarios, Neu emprega a adrenalina, efficaz no dizer de Couvelaire, e Richter o tonogen, 1 para 10.000, em injeccão intra-muscular.

Não ha necessidade de injectar o hemostatico com a antecedencia de Rubsammer; no momento em que se herniar o utero, far-se-á a primeira injeccão. Principalmente se a via escolhida for a endo-venosa e o hemostatico a pituitrina, o effeito é immediato, como verifico não só nas hemorragias do delivramento mas tambem nas operações cesareanas. Em alguns casos, tenho tido a oportunidade de notar a tendencia do utero á flacidez, após o seu esvaziamento, repousando o orgão grande, frouxo e molle sobre a parede do ventre; mando applicar então a injeccão intra-venosa de pituitrina e, com intervallo de 20 a 30 segundos, assisto a uma verdadeira demonstração de laboratorio, levantando-se o utero do seu ponto de repouso, girando em torno do seu eixo, contrahindo-se violentamente e, diminuido e duro, projectando-se, quasi verticalmente para dentro da cavidade do ventre. Sigo pois a regra de, apenas herniado o utero, fazer injectar 1 cc. de extracto hypophizario por via intra-venosa e 1 de ergotina por via hypodermica.

Póde ser então incisado o utero, incisão mediana de Sænger de preferencia. Não me preoccupa cahir com o gume do bisturi sobre a placenta, que não desvia jámais a direcção d'elle; traço o golpe de prompto e completo, com cerca de 15 cm., para evitar que o fêto, ao ser extrahido provoque a dilaceração de bordos irregulares. Emquanto age o bisturi, exclusivamente, seguindo celere através do myometrio, o auxiliar vae sempre enxugando o campo operatorio, no intuito de impedir o mais possivel a passagem do sangue para as compressas que cercam o utero. É de bôa praxe dispôr a doente em posição de Trendelenbourg média, porque a face anterior do utero fica ho-



rizontal, e o sangue corre difficilmente. Com essas caute-  
las, enxugando-se com compressas á medida que o san-  
gue brota, evita-se o encharcamento das peças que prote-  
gem a cavidade abdominal. O habito de incisar o utero dá  
percepção á lamina do bisturi e o operador sente o adelga-  
çamento da parede do utero, evitando, na continuidade das  
incisões, o corte embora superficial de qualquer parte do  
fêto; em todos os meus casos, não obstante praticar as  
incisões seguidas com o bisturi, abrindo geralmente o ute-  
ro em tres golpes, só 8 vezes comprometti, e muito ligeira-  
mente, a pelle do fêto.

Faz-se a extracção do fêto pelo ponto em que é elle  
alcançado; um auxiliar trata de reanimal-o se houver  
necessidade. Descolla-se e extrahe-se a placenta; não pa-  
rece má a pratica de Wygand: deixar o descollamento fa-  
zer-se espontaneo e suturar logo o utero; mas o processo  
é inadequado se a placenta se dispõe sobre a parede anterior  
do utero. Extrahida a massa placentar, em regra ha sem-  
pre a sahida incompleta das membranas, pelo que, com pin-  
ças, procura-se limpar bem a cavidade do utero. Embóra  
contrahido o orgão, este tempo da operação dá lugar á sa-  
hida de sangue, proveniente do segmento inferior, no ponto  
de arrancamento das membranas; então, depois de limpar  
bem a cavidade com compressas seccas e de tocal-as toda  
com um tampão embebido em alcool iodado, introduzo uma  
longa tira de gaze estreita até o orificio externo do collo  
e vou enchendo a cavidade, de baixo para cima, na fórma  
de um tamponamento. Enxugo o utero na sua parte se-  
rosa, retiro as compressas que cercam o orgão sobre o len-  
çól de borracha, disponho nova camada de compressas  
limpas, mergulho as mãos enluvadas em agua esterili-  
zada para retirar o sangue e depois em alcool iodado,  
e procedo á sutura muscular, comprehendendo todo o  
myometrio, excluindo a mucosa, com catgut n2.º, em cos-  
tura chuleada bem apertada, de modo a affrontar bastante  
os labios da ferida uterina. Em seguida faço a sutura se-  
rosa com catgut n.º 1, tambem em chuleio apertado.



Está terminada a parte obstetrica da operação. O operador muda a blusa e as luvas, cerca-se de novo material cirurgico e de novas compressas, enquanto o auxiliar vae retirando gradativamente tudo quanto serviu á primeira phase da operação, as compressas que cercam o utero, os lençóis e campos que cobrem a paciente, as té-las de caoutchouc e as compressas que estão debaixo dellas, deixando o utero sobre a parede do ventre ainda provisoriamente fechado. Então outra téla de borracha é collocada pelo operador em torno do utero, aberta a pinça que une os bordos da incisão abdominal, é elle restituído á cavidade do ventre de onde são retiradas as compressas grandes que protegiam as visceras. Póde-se então apreciar a efficiencia dessa protecção; as compressas são retiradas da cavidade do ventre limpas, o que prova o quanto houve de resguardo. Uma tira apropriada de gase, uma ou duas folhas de 5 cm. de largura e 20 de comprimento, é disposta sobre a incisão uterina até o fundo de sacco anterior, sahindo pelo angulo inferior da ferida abdominal para actuar como dreno. Faz-se a recomposição da parede do ventre, em 3 planos, — o seroso e o muscular a catgut e o tegumentario com os grampos de Michel. Posta a doente em posição gynecologica, um auxiliar retira o tampão intra-uterino e introduz um tubo metallico de drenagem, n.º 21.

Como se vê, a technica visa evitar a contaminação do peritoneo, tanto durante o acto operatorio pelos liquidos provenientes do utero infectado, como pelas secreções que da cavidade possam passar para a serosa através da ferida uterina. A combinação das compressas e do lençol de borracha cuidadosamente applicados, resolve o problema da protecção durante o acto operatorio, e tanta convicção tenho do seu valor que, quando termino a primeira phase da operação e retiro de dentro do ventre as compressas protectoras limpas, faço um bom prognostico da operação, embora o caso seja dos mais impuros.

Para evitar o extravazamento de sangue ou de lochios da cavidade do utero para o peritoneo, emprego o dreno



largo e amplo. Com elle, matenho a tonicidade permanente do utero, que, contrahido, expulsa o seu conteúdo, evitando o reprezamento de liquidos e a infiltração mural, além de representar o seu papel prophylactico na infecção puerperal. Da acção desse dreno como escôadouro dos liquidos, tenho a prova clinica nos casos de infecção puerperal, complicando a sequencia operatoria e evoluendo como se não tivéra sido talhado. Faço a drenagem abdominal porque a pratica da cesareana tardia habitou-me a reconhecer, como consequencia do trabalho de parto prolongado, uma irritação peritoneal com derrame ás vezes notavel; o dreno dá pois escôamento a esses liquidos e preserva a serosa já preparada talvez para uma reacção maior.

Na minha technica, dou uma importancia decisiva ás suturas é á sua praticabilidade. Ainda não achei caso algum de friabilidade uterina, apesar de operar em condições agravadas pela infecção cavitaria, que tanto prejudica a constituição do orgão. Mas entendo que essa friabilidade é condição cabal para a retirada do orgão, porque a sutura não póde ser bem feita. Faço a sutura em chuleio por ser a mais rapida e não me preocupo com a hypothese de ser ella sacrificada se se alterar uma pequena porção de fios; — na sutura em postos separados, um ponto que falhe basta para facilitar a contaminação do peritoneo. Depois, nas verificações microscopicas, nunca encontrei as suturas prejudicadas. Da espessura da parede do utero depende o numero de planos da sutura do myometrio; em um caso de grande espessamento muscular, suturei em dois planos, pois a sutura unica produzia esgarçamento.

(Continúa).

FERNANDO MAGALHÃES

---

ERRATA — No nosso numero anterior, á pagina 51, linha 17 — em lugar de chlorophormiotherapia, leia-se chloralomorphiotherapia (chloral e morphina).