

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919

Correspondente em Recife: Dr. Caldas Bivar — Rua da Aurora, 1285

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos **Collegas** comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

A cicatriz uterina na operação cesariana, pelo Dr. ARNALDO DE MORAES	299
Inversão uterina, pelo Dr. OLIVEIRA MELLO	306

BIBLIOGRAPHIA

Z. f. Gyn. n. 28 — Laboratorio E. Tosse, Hamburg-New-York. — Gyneecologia si obstetrica, T. V. ns. 5-6, Juni 1927, Bucarest	325
---	-----

SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil	329
--	-----

NOTAS THERAPEUTICAS

A moderna therapeutica anti-tuberculosa e Neobios (continuação) pelo Dr. LISCIOTTI PARIDI	336
A acção analgesica da phenaspirina e sua utilidade em gynecologia, pela Dra. EMY YOGI-SCHLUETER	339

NOTICIAS

Sociedade de Gynecologia e Obstetricia de Rosario	340
Registo da clinica Obstetrica da Maternidade da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	341
Petite Revue	341

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

A cicatriz uterina na operação cesariana (*)

PELO

Dr. Arnaldo de Moraes

Docente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,
Médico da Maternidade do Hospital da Misericordia.

Uma das grandes vantagens, talvez a maior, da operação cesariana baixa em cotejo com a cesariana corporal, decorre da constituição diversa do terreno em que é incisado o útero.

Com efeito, a incisão praticada no segmento inferior cae sobre zona pobre de elementos musculares e, portanto, de quietação assegurada no sobreparto, o que representa garantia para a boa manutenção da sutura; sobreleva ainda acrescentar que o peritoneo vesico-uterino recobre essa sutura, *peritonizando*, dessa forma, o talho operatorio. Em confronto com essa particularidade, a hysterotomia corporal, seja qual fôr a orientação da incisão, é praticada em terreno rico de fibras musculares, séde de contracções, por vezes accentuadíssimas (*tranchées utérines*, colicas do sobreparto), factor esse de ordem mecanica, ao qual cabe acrescer outro, de ordem biologica, a degeneração das fibras musculares, cuja autolyse é indispensável à involução physiologica do útero (1). A impossibilidade da asepsia absoluta, nos casos de contaminação do conteúdo uterino, constitue mais um factor impeditivo da synthese perfeita, só possível *per secundam*: dahi as adherências epiploicas e intestinaes, com que o organismo se defende impedindo a penetração de material septico na cavidade

(*) Comunicação oral á «Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro», escripta para esta Revista.

(1) Esse factor cresce de importância quando se imagina que o útero parturiente pesa vasio 900 a 1500 grs. e que 6 a 8 semanas depois pesará 40 a 60 grs.

peritoneal, e as cicatrizes imperfeitas, predisponentes às rupturas nas prenhezes e partos iterativos.

A irregularidade da distribuição das fibras musculares no corpo do útero, a impossibilidade de ligar separadamente os vasos do corte, como se faz em cirurgia geral, a possibilidade de cair sobre o ponto de implantação placentária, que em 40% dos casos é na face anterior do útero, e, portanto, em terreno friável e contrário à boa coaptação, eis os diversos factores que Munro Kerr enumera para em seguida afirmar: «Sustento que estas imperfeições militam de modo muito decisivo contra uma cicatriz uterina absolutamente perfeita.» (2).

Ainda, no particular, vale como experimentação o que se tem observado na operação de Portes ou exteriorização temporária do útero infectado, seguida de sua reintegração na cavidade abdominal. As seguintes palavras de Marassi merecem transcripas: «Sob o ponto de vista experimental, a operação de Portes é cheia de ensinamentos. Mostra-nos, entre outras cousas, que a sutura sero-serosa frequentemente não se mantém e que não poderia constituir uma protecção, eficaz; além disso, a frequencia de esphacelo sobre a linha de sutura, esphacelo que não poderia ser devido á infecção, mas por vezes também á constrição dos fios de sutura, perigo possível da incisão corporal como assignala Phaneuf.» (3).

Ainda como resultado da boa cicatrização, temos, na cesariana baixa, menor coefficiente de rupturas do útero nas prenhezes e partos posteriores, o que permite se repilla o conceito de que «uma vez cesariana sempre cesariana», como accentua também Phaneuf, em seu notável e recente trabalho — O futuro obstétrico das mulheres partejadas pela cesariana baixa ou cervical (4).

Em mais de 200 cesarianas praticadas na clínica de Yung (Saint-Gall, Suissa), cento e uma mulheres ficaram com capacidade de procrear; 45 engravidaram, sendo que o numero de partos foi de 55, treze por cesariana iterativa e 40 por parto natural, além de sete abortos e partos prematuros. Só se observou uma ruptura que, ao lado de outros nove casos publicados, num conjunto de 3.600 cesarianas baixas, fornece um coefficiente de 0,28% em confronto com o da cesariana alta que é de 4% (Holland). Estes dados são do trabalho de Max Wetterwald — A propósito do futuro obstétrico das mulheres em que foi praticada a cesariana transperitoneal baixa (5), em que se lê a seguinte frase sobre o aspecto da cica-

(2) «The technic of cesarean section», «The Amer. J. of Obstetrics and Gynecology», Nov. 1926.

(3) Césarienne transpéritoneale (1925).

(4) «The American J. of Obstetrics a. Gyn.», Abril 1927.

(5) «Gynécologie et Obstétrique», Fev., 1925.

triz uterina resultante da cesariana baixa: «na maior parte dos casos não era mais visivel ou se apresentava sob a forma de uma tenua linha esbranquiçada.»

Baseando-se em 42 operações cesarianas baixas praticadas pela segunda vez, 16 pela terceira e uma pela quarta, K. Franz, de Berlim, pôde asseverar que encontrou cicatrizações tão boas que de modo nenhum as conseguiu identificar, bem como em partos demorados nenhum vestígio de distensão anormal, verificou no ponto da cicatriz (6).

Vale citar também a experiência de Vogt, que observou 40 casos de prenhez, post cesariana supra-symphysaria, na Frauenklinik (Tuebingen), terminada com 18 partos espontâneos e 22 casos de cesariana repetida «que se realizou sem que aparecesse o menor sinal alarmante a respeito da solidez da cicatriz anterior» (7).

Phaneuf, no seu recente trabalho (8), declara incisivamente: «O ponto mais impressionante neste estudo foi que nestas 41 cesarianas baixas repetidas, separada a bexiga, foi encontrado o segmento inferior liso, não havia depressões e as cicatrizes anteriores, como taes, não podiam ser identificadas.» Acrescenta ainda reforçando esse ponto de vista: «Nunca deixei de encontrar a cicatriz de uma cesariana classica anterior que viesse á minha observação.»

No terreno destas considerações convém lembrar, como accentua Nubiola (9), que ao sobrevir a involução uterina, o segmento inferior fica reduzido ao mínimo e, *ipso facto*, essa redução ocorre também na cicatriz ahi praticada.

Já tive oportunidade, justificando voto apresentado á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, «voto concitando os que praticam a obstetricia a se apurarem no emprego da cesariana transperitoneal baixa, dentro de suas rigorosas indicações», de publicar longo trabalho (10), em que accentuei as vantagens da cesariana baixa em confronto com a corporal, contraindicada «por sua grande mortalidade nos casos de tentativas anteriores de parto artificial, de exames suspeitos ou repetidos, de infecção declarada ou suspeitada», para ficar dentro das expressões do referido voto, de mostrar que o assunto já passou em julgado, não mais admittindo discussão no campo da Obstetricia moderna e no conceito obstetrico mundial e actual.

Estas considerações veem a propósito das duas observações que aqui publico, que são bem dous exemplos

(6) «Gynaekologische Operationen», 1925.

(7) Apud Mateo Carreras, «La Cesarea», 1927.

(8) Loco citado.

(9) Apud Mateo Carreras, loco citado.

(10) «A operação cesariana e sua technica actual», in «A Folha Medica», 1 de Janeiro de 1927.

tipicos do confronto entre um methodo e outro. A primeira trata-se de paciente em quem pratiquei em 1924 uma cesariana baixa, intra-peritoneal, tardia, agora resperada para soffrer hysterectomy sub-total com salpyngectomia bilateral e cuja peça anatomo-pathologica, examinada pelo illustrado e competente anatomo-pathologista Dr. Oswino Penna, constitue interessante documento; a segunda paciente em quem se praticou cesariana alta, indicada por toxemia gravidica, fora de trabalho, e agora por mim operada para corrigir extensa eventração, e em quem encontrei adherencia de alça intestinal á sutura do utero, apezar de caso puro, o que não constitue impedimento a accidentes dessa natureza, conforme se deprehende.

São, portanto, douz exempllos concretos, a juntar aos numeros vultuosos de outros observadores, a clamar pelas conclusões de que a cesariana corporal produz mais facilmente eventrações do que a cervical (incisão menor), sujeita as pacientes aos perigos das adherencias intestinaes e epiploicas, além da maior mortalidade materna, já demonstrada. (11)

OBSERVAÇÕES

I

No Registro da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, publicado a paginas 151 da «Revista de Gynecologia e d'Obstetricia», 1925, encontra-se o seguinte resumo sobre a paciente D. A., admittida nessa clinica (Maternidade do Rio de Janeiro), em 29 de Dezembro de 1924:

«N. 21.065 — Primigesta, 26 annos, branca, portugueza. Gestação boa. Bacia: B. E. 21; B. C. 25; conj. ext. 20; losango de Michaelis — 13 x 11. Após algumas horas de trabalho, o toque manual, sob anesthesia, revelou que a cabeça estava com o occiput orientado para traz, em O. I. E. P., não estava insinuada, mas sómente com o pequeno segmento na excavação. O promontorio, facilmente accessivel, esbarrava de encontro á cabeça, tendo-se a impressão de desproporção feito-pelvica. Collo completamente dilatado. Utero enxuto, contracturado. A paciente estava febril. Parto operatorio: cesariana baixa transperitoneal. Operador Dr. Arnaldo de Moraes. Féto vivo: sexo feminino, peso 3.200 grs., comprimento 48,5 cm. B. P. 9,5. Delivramento natural. Puerperio: pulso entre 120 e 64, temperatura entre 38,5 e 36,2. Alta no 31º dia.»

(11) No meu trabalho referido relatei caso de adherencia intestinal, com morte por ileus no 15º dia, após cesariana alta, com sequencias operatorias de aspecto favoravel, mulher cyphotica, caso autopsiado, a meu pedido, pelo Prof. Crowell, então em Manguinhos.

Podemos acrescentar os seguintes dados, por nós publicados sobre esse caso (12): a ruptura da bolsa de aguas datava de 10 horas e a altura da paciente é 1,40 m. A incisão operatoria suppou abundantemente.

Procurado posteriormente por essa paciente, em 1926, fiz-lhe um diagnostico de appendicite chronica, pelo que foi internada, a meu pedido, na 23^a Enfermaria do Hospital da Misericordia, serviço do illustrado Prof. Brandão Filho, onde foi operada, do que lhe resta a cicatriz da incisão de Jalaguier. Como continuasse a soffrer, particularmente no momento das regras, voltou a procurar-me em Abril de 1927, informando-me sobre seus horriveis padecimentos (sic) que a obrigavam a guardar o leito nessas epochas, o que significava enorme transtorno para sua vida, pois precisa trabalhar para o sustento. Accusava abundante corrimiento e dores permanentes no ventre.

O exame a que procedi, verificava utero augmentado e desviado para a direita; sentia-se um tumor muito doloroso no annexo direito, annexo esquerdo sensivel, corrimiento.

Diagnostiquei salpyngo-ovarite direita, metrite chronica. Propuz-me a operal-a, se pudesse internar-se na «Casa de Saude S. José», o que fez a 5 de Maio de 1927.

Operação: 6-5-1927. Rachianesthesia (0,12 cent. de Rachianalgina), A. Moraes. Incisão longitudinal infra-umbilical e mediana. Valvula de Doyen N. 3. Collocação de duas compressas para proteger as alças intestinaes. Pinçamento do utero com pinça de Museux. Trompa esquerda congesta. Trompa direita congesta e ligamento redondo direito espessado, da grossura do dedo medio e muito endurecido, puxando o utero para a direita. Utero augmentado.

Hysterectomy sub-total, com salpyngectomy bilateral (Degolla posterior á Faure). Fechamento em tres planos, depois de reseccados os bordos do peritoneo, apenevrose e pelle, nos pontos cicatriciaes e adherentes.

Auxiliou-me meu amigo e illustrado collega Dr. J. Sant' Anna.

Cuidados habituaes. Apyrexia. No dia 13 (sete dias) tirei os pontos. Havia exsudato. Alta curada no dia 15 de Maio de 1927. Prescrevi-lhe tratamento mercurial.

O material da exerese foi remettido ao illustrado e competente anatomo-pathologista Dr. Oswino Penna, com um questionario por mim feito, ao qual foi dada a seguinte resposta:

«Vamos responder os quesitos que V. E. nos fez a proposito de um material, constando de utero e de um tecido que V. E. pensa ser de neoplasma do ligamento redondo.

(12) «Jornal dos Clinicos», N. 12, de 30 de Junho de 1925.

1º Quesito — O que se pôde dizer ácerca da cicatriz da parede anterior do utero, na região isthmica?

Nelos exames histologicos, procedidos em varios cortes do utero, em questão, não poderíamos descobrir vestigios de uma cicatriz, a menos que fossemos prevenidos, como aconteceu no caso. Examinando cortes da parede anterior do utero apenas podemos verificar um aumento de fibras conjunctivas, proporcionalmente ás fibras musculares do myometrio; pareceu-nos que o tecido conjuntivo do estroma houvesse aumentado, substituindo o tecido muscular.

Não é possivel afirmar que se tenha dado nova formação de tecido muscular na região da incisão, não cremos que um exame histologico permitta tal conclusão.

Pode-se concluir, que não havendo grande quantidade de tecido fibroso na porção incisada, se tenha dado uma hyperplasia de tecido muscular compensadora. E' provavel que seja assim, mas não podemos verificar objectivamente esta hypothese.

Não ha signaes de inflamação chronica determinada pelos corpos estranhos usados nas suturas; talvez já tenham desaparecido estas cellulas pelo tempo decorrido depois da intervenção.

Para o lado da mucosa não conseguimos obter nenhuma alteração, que denunciasse a incisão e sutura.

2º Quesito — Pelo tecido annexo ao utero, ao nível do ligamento redondo, pode-se pensar em fibroma desse ligamento?

Tudo que podemos afirmar, é que se trata de um fibroma.

Quanto á séde do neoplasma, nada nos permite assegurar o exame histologico.»

II

N. 655. — Consulta em 29 de Abril de 1927. Senhora C. S. Branca, brasileira, 40 annos, casada.

Anamnese: Ant. Her. Pais fallecidos. Pai do coração, mãe de tabes.

Ant. Pess. Menstruada pela primeira vez aos 10 annos e pouco. Regras posteriores regulares. Casou-se aos 20 annos. VIII gesta. VI para. Soffreu um aborto provocado sob indicação de toxemia gravidica. O ultimo parto foi realizado por operação cesariana, indicada por toxemia gravidica, ha um anno e dez meses em S. Paulo. A gestação estava proxima ao termo.

Molestia actual: Depois da operação deu uma queda, começando a surgir um tumor no ventre, a principio na parte superior da cicatriz e que depois foi crescendo. Queixa-se de corrimento, e dores no ventre.

Exame: Habitus hyperesthenicus. Ventre com volumoso paniculo adiposo. Nota-se o afastamento dos rectos com cons-

tituição de tumor que aumenta pelo esforço. Esse tumor existe ao nível da cicatriz operatoria, desde o concavo epigástrico a pouco abaixo da cicatriz umbilical.

Diagnóstico: Eventração. Salpyngite esquerda (?).

Tratamento: Internou-se no «Sanatorio Guanabara», em 10 de Maio de 1927, após os exames indispensáveis.

Operação: 11-5-1927. Injeção de atropo-morphina. Anesthesia geral pelo ether. Traçado da incisão da pelle em torno da eventração, em forma de fuso, desde o concavo epigástrico até quatro dedos acima do pubis. A posição de Trendelenburg determinava immediata cyanose, pelo que não foi possível utilizar-a, apesar de tentada tres vezes. Valvula de Doyen. Liberação do epiploon com ligaduras parciaes. Retirada do retalho cutaneo. Verificou-se que havia uma adherencia intestinal, do intestino delgado, á zona da cicatriz uterina. Liberação á ponta de tesoura de Kelly; sutura da serosa intestinal na parte adherente e do utero em uma parte que sangrava de perimetrio. Verificação dos annexos: ovario esquerdo esclero-cístico, o qual foi punccionado a bisturi. Fechamento do ventre: peritoneo e aponevrose a chuleio, esta com pontos de interrupção á Pauchet; pontos de sustentação de crina, em numero de seis, agrafes de Michel. Auxiliou-me o distinto collega Dr. J. Sant'Anna e anesthesiou o competente collega e amigo Dr. A. Felicio dos Santos.

Sequencias operatorias: Teve 38 graos no dia seguinte e depois apyrexia. Nos dias subsequentes a paciente começoou a sentir-se afflita pela paralysia intestinal, com tympanismo do ventre e phenomenos de compressão que cederam ao emprego do banho de luz e injeção de Neo-hormonal (20cc), conforme conselhos do ultimo trabalho de Bumm (13).

A 19 de Maio retirei os pontos. Cicatrização *per primam*. Alta da casa de saude dia 23 de Maio de 1927. Chamado a 31 de Maio em sua residencia á Praia do Flamengo, porque surgira abundante exsudato, sem febre, no lugar de um ponto de sustentação e no angulo inferior da incisão. Tratamento mercurial e curativos secos. Alta curada, com completo sucesso operatorio, em 19 de Junho de 1927.

(13) Bumm, «Operative Gynaekologie», 1926.

Asthma —

Solução de HARTMANN, medicação phospho-arseniada. Não contém ioduretos, nem bromuretos, nem

adrenalina. Usa-se uma colher de sopa em água assucarada 3vezes ao dia para adultos.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE JULHO DE 1927

Partos naturaes	58
Forceps	3
Versão	1
Cesarianas	2

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	116
Gestantes antigas	80

Movimento do Laboratorio :

Analyse de urina	quantitativos	12
	qualitativos	4
	microscopicos	10
	bacterologico	1
Reacção de Wassermann		2
Contagem global e dosagem de hemoglobina		1
Hemocultura		1
Exame do liquido cephalo-rachiano — Reacção de Wassermann		1
Fezes: Pesquisa de parasitas		3
Corrimento vaginal : Exame bactereologico		1

Dr. Octacilio Rolindo.

PETITE REVUE

I — La cicatrice utérine dans l'opération césarienne (a cicatriz uterina na operação cesariana), par le docteur Arnaldo de Moraes.

À propos de deux femmes opérées, l'une pour salpingoophorite droite et metrite chronique ayant subi auparavant la césarienne transperitoneale segmentaire, l'autre pour eventration consecutive à l'opération cesarienne classique, corporeale, l'A. étudie les cicatrices et les adherences dans les deux césariennes. L'A. est d'avis que la césarienne transperitoneale segmentaire est beaucoup plus avantageuse au point de vue de la cicatrisation de l'utérus et de la possibilité de lesions d'adherences. La grande richesse musculaire et vasculaire de la région du corps, en face de ce que l'on voit au segment inférieur de l'utérus, si l'on considère la synthèse de la paroi pendant l'acte opé-

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENC DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Numero avulso 2\$000

*Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919*

Correspondente em Recife: Dr. Caldas Bivar — Rua da Aurora, 1285

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Procidencia do cordão umbelical, pelo DR. JOÃO CAMARGO	343
Choque obstetrico, pelo DR. OCTAVIO DE SOUZA	352
Virgindade e gravidez, pelo DR. HUGO CAPPER	359
Kysto dermoide vaginal, pelo DR. AFFONSO HENRIQUES FURTADO	361

BIBLIOGRAPHIA

Gynecologie et Obstetrique	364
--------------------------------------	-----

SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Gynecologia e d'Obstetricia do Brasil. — Academia Nacional de Medicina. — Sociedade Medica dos Hospitais da Bahia	368
--	-----

NOTAS THERAPEUTICAS

A moderna therapeutica anti-tuberculosa e Neobios pelo Dr. LISCIOTTI PARIDI	379
Dois dictamenes recentes sobre o tratamento dos incommodos da menopausa, pelo DR. ZOCKLER	382
O diethyl-insopropyl-allibarbiturato de diethylamina nos estados psychopathicos e nevropathicos, pelo DR. DODARD DE LAGES	384
Registo da clinica Obstetrica da Faculdade da Un.versidade do Rio de Janeiro	385
Petite Revue	385

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE AGOSTO DE 1927

Partos naturaes.	.	.	.	.	.	.	.	96
Forceps	.	.	.	.	.	.	.	8
Versões	.	.	.	.	.	.	.	2
Cesariana segmentar.	.	.	.	.	.	.	.	1

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes novas	:	:	:	:	:	115
Gestantes antigas	:	:	:	:	:	88

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{	quantitativos	6
		qualitativos.	18
		microscopicos	13
		bacterologico	1
Sangue : uréa			1
Exame de escarro : pesquisa do bacillo de Kock.			1

Dr. Octacilio Rolindo.

PETITE REVUE

I) — Procidence du cordon ombilical (procidencia do cordão umbelical) par le docteur João Camargo.

Au service de la Maternité de São João Baptista da Lagôa, à Rio, l'A. a eu trois cas de procidence du cordon ombilical dans 834 accouchements, soit 0,35 %.

Ces trois cas de providence du cordon sont terminés par la version podalique, enfants et mères vivants. Et autour des observations relatées *in extenso*, l'A. étudie la définition, la pathogenie, le diagnostic, le prognostic et le traitement de la providence du cordon ombilical.

II) — *Choc obstétrical* (choque obstetrico) par le docteur Octavio de Souza.

Primipare, de 28 ans, accouchement spontané, après 24 heures de travail, (1 cc. de lucine (sédatif), 1/4 d'ampoule de pituitrine, anesthésie locale à la novocaine pour suturer la plaie de l'épistio-

REVISTA DE **GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA**

Órgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRESC DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 AS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

*Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919*

Correspondente em Recife: Dr. CALDAS BIVAR — Rua da Aurora, 1285

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos
Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível
fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Tuberculose do apparelho genital interno da mulher, pelo Dr. PEDRO MOURA	387
Quatro casos de inversão uterina, pelo DR. VIRGILIO DE AGUIAR	394
Sobre um caso de pseudo-cyese, pelo Dr. CALDAS BIVAR	403
Rectificação	406

BIBLIOGRAPHIA

Surg. Gyn. and Obst., Julho, 1927	408
---	-----

SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil	414
--	-----

NOTAS THERAPEUTICAS

A moderna therapeutica anti-tuberculosa e Neobios pelo Dr. LISCIOTTI PARIDI	421
--	-----

NOTICIAS

Caravana medica brasileira ao Prata	422
Registo da clinica Obstetrica da Maternidade da Faculdade de Me- dicina do Rio de Janeiro	423
Petite Revue	424

RESUMO DO REGISTRO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE SETEMBRO DE 1927

Partos naturaes	:	:	:	:	:	:	76
Forceps	:	:	:	:	:	:	9
Cesariana	:	:	:	:	:	:	4
Versão	:	:	:	:	:	:	1
Movimento do Ambulatorio :							
Gestantes novas	:	:	:	:	:	:	130
Gestantes antigas	:	:	:	:	:	:	50
Movimento do Laboratorio :							
Exames de urina	{	quantitativos	:	:	:	:	1
		qualitativos.	:	:	:	:	5
		microscopicos	:	:	:	:	4
Corrimento uretral: exame bacterioscopico							1
Fezes: ovos e parasitos							1

Dr. Octacilio Rolindo.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Tuberculose e prenhez

PELO

Prof. Couvelaire.

CONFERENCIA REALISADA NO HOSPITAL PRO-MATRE
DO RIO DE JANEIRO EM SETEMBRO DE 1927

Eu me sinto muito honrado com o convite para fazer-vos uma conferencia, mas por motivo de uma indisposição de saúde, que não me permitiu preparar convenientemente o assumpto, venho entreter-vos apenas com uma pequena palestra, contando com as vossas desculpas.

Eu me honro, sobretudo de fallar nesta casa de Fernando Magalhães, meu caro amigo, e grande mestre cujo talento e ilustração lhe permitem ser o litterato e scientistia, o technico e o mestre, que ainda tem tempo para ser um homem encantador na sociedade. Quasi que não ha assumpto intellectual que Fernando Magalhães não estude, mostrando-se assim um genio que se poderia classificar de polyvalente, para empregar uma expressão medica.

Pode-se dizer que E. Magalhães foi o reformador da obstetricia no Brasil, dando a esta especialidade um cunho moderno pela introducção de novos methodos e novas technicas.

Aquelles que viram o que era a obstetricia no Brasil, antes de Fernando Magalhães e que o acompanham hoje, é que pódem julgar com acerto da sua influencia como technico e como mestre no progresso da obstetricia no Brasil.

Eu vos invejo, meus senhores, por terdes um tal mestre que vos sabe dar os conhecimentos, vos ensina a technica

(*) Esta conferencia, não revista pelo seu autor, foi resumida pelo doutorando Henri Griffé.

tileza de se encarregar desta parte do programma, será composta das senhoras e filhas dos membros das commissões organisadora e executiva das «Jornadas.»

Para todas as informações, correspondencia e adhesões dirigir-se ao Dr. Belmiro Valvérde, Secretario Geral das «Jornadas», á Rua S. José, 84-4.^o andar — Rio de Janeiro.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

D

MEZ DE OUTUBRO DE 1927

Partos naturaes	86
Forceps	2
Versões e grande extracção	2
Mortes por septicemia	2

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	120
Gestantes antigas	80

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{	quantitativos	2
		qualitativos	11
		microscopicos	7
Sangue	{	hematosoario de Laveran	1
		culturas microbianas	5
		termo leucocytaria	1
		dosagem de uréa	1

Lochios : exame bacteriologico 1

Dr. Octacilio Rolindo.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRÍCIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Hygiene Prenatal

CONFERENCIA REALIZADA NA SESSÃO DE 13 DE SETEMBRO DE 1927,
NA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA

PELO

Dr João Camargo

Docente Livre da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Na penultima sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia, conforme noticiamos em tempo, o dr. João Camargo occupou a attenção da assembléa realizando uma conferencia sobre «Hygiene prenatal». Foi o seguinte, o que disse o conferencista:

«Exmo. sr. presidente e caros collegas.

Não pretendia por enquanto, por isso que só ha três annos me acho á frente de um serviço prenatal da Inspectoria de Hygiene Infantil, vir dizer da excellencia ou não de seus encargos, de sua orientação e dos resultados obtidos. O lapso de tempo é demasiado curto para esse tentamen, pois sómente a pratica real de annos em um trabalho constante e exhaustivo poderá afastar duvidas, aclarar horizontes, eximir preconceitos e, sobretudo, merecer fé de nossos semelhantes.

Entanto, o meu prezado amigo dr. Arnaldo de Moraes com apenas sete mês de um trabalho embora intensivo, visando o numero, no Centro de Saude de Inhauma, para cujo funcionamento, á preamar, nada se lhe tem sonegado, dêis da abundancia de guardas sanitarios e visitadores á fartura de material, como experincia louvável de uma organisação sanitaria autonoma, descentralizadora de Saude Publica, sob a direcção entusiasta do dr. J. P. Fontenelle, dizia, quiz o citado collega mostrar o numero de suas consultas e de seus trabalhos, o que seria louvável, embora em tão curto prazo e eu os elogiei a ambos; e é esse o motivo pelo qual, embora constrangido, faço referencia ao nosso e ao meu serviço.

Gravidez e fibroma—Operação cesariana

PELO

Dr. Paulo Japiassú Coelho

Aida Langfeld, branca, romena, com 38 annos de idade, casada, residente em Carangola. Está no Brasil ha 5 annos.

Os seus antecedentes familiaes carecem de importancia, pois são optimos.

Gozou sempre bôa saúde; foi pela primeira vez menstruada aos 16 annos, tendo sempre normaes as suas regras.

Teve 2 abortos e sete gesstações a termo, sendo seis partos naturaes com fetos vivos.

Desde os primeiros partos ficou com o ventre muito volumoso, aconselhando-lhe os medicos de sua terra natal o uso de cinta abdominal. Mesmo fóra de gravidez dava, a quem a via, a impressão de estar ao termo de uma gestação. Quando grávida, era verdadeiramente impressionante o volume do seu ventre.

Ha tres annos fui chamado para assistil-a em trabalho de parto e pude então, constatar o consideravel afastamento dos musculos rectos abdominaes. O utero achava-se completamente eventrado e parecia querer romper a pelle do ventre.

O parto deu-se naturalmente. Verifiquei que a parturiente era portadora de um tumor de regular tamanho, situado para o lado direito do utero. Não tornei a examinal-a fóra de gravidez, mas fui informado de que, consultando a um medico estrangeiro aqui de passagem, este atribuira a excesso de gordura o volume do seu ventre.

Ha anno e meio teve outro parto natural e a termo.

Datam as ultimas regras de fins de Fevereiro. A 29 de Junho fui chamado para vel-a com grande hemorrhagia que cedeu ao repouso, clyster de laudano e poção de chloreto de calcio. Verifiquei nessa occasião estar o utero grávido e ter augmentado muito de volume o tumor que ha 3 annos, observára para o lado direito. A gravidez continuou a evoluir havendo, entretanto, de vez em quando hemorrhagias que cediam logo ao tratamento instituido. Coisa curiosa era surgirem as hemorrhagias sempre á mesma hora, entre as 23 e 24 horas.

Em fins de Agosto tornaram-se as perdas sanguíneas mais frequentes e mais abundantes o que fez obrigar-se a doente a repouso absoluto. Por essa occasião o ventre era já enorme e, quando a doente se punha de pé projectava-se quasi até ao meio das coxas. Devido ao grande desvio para diante do corpo do utero, só a custo se podia tocar-lhe o colo; conseguido, entretanto, isto percebia-se, atravez do colo entre-aberto, a placenta marginando-o. Tratava-se, pois, de um caso de gravidez com placenta baixa marginal e tumor uterino, provavelmente fibroma.

Approximado o termo da gravidez, resolvi transportar a doente para a Casa de Saúde do Dr. Jonas de Faria Castro, onde se estaria apparelhado para qualquer eventualidade.

A 2 de Novembro, pela manhã, apóis pequena perda sanguínea, iniciou-se o trabalho de parto. A's 11 horas havia dilatação apenas para dois dedos; as membranas eram intactas e podia-se francamente tocar a placenta. As contracções eram bôas e a cada contracção o tumor do lado direito desenhava-se nitidamente atravez da pelle, havendo entre elle e a parte contractil do utero franca linha de demarcação.

Apezar de terem continuado todo o dia as contracções, a dilatação não havia feito progresso, sendo ainda á noite, a mesma que ás 11 horas. Durante o dia não houve mais perdas sanguíneas; tanto, porém, que passou das 23 horas, hora habitual das hemorrágias, começaram estas a surgir de quando em vez, mas não muito abundantes. Como continuasse a não haver progresso de dilatação do colo, apezar de continuarem bôas as contracções, resolvi de madrugada terminar pela cesariana o parto. Estava-se em preparativos para á intervenção quando surgiu fortíssima hemorrágia que obrigou-me a tamponar cerradamente a vagina com alguns metros de gaze para dar tempo de se ultimarem os preparativos e chegarem os collegas que me deveriam auxiliar, os Drs. Jonas de Faria Castro e Waldemar Soares, os quaes não tardaram

Eram ainda bem nitidos os batimentos do coração fetal.

A' 5 horas iniciamos a intervenção, estando a doente anestesiada pelo ether.

O utero em toda a sua face anterior estava separado da pelle apenas pelo peritonio parietal e pela bainha dos rectos, fortemente distendida, achando-se os referidos músculos consideravelmente afastados um do outro.

Abera a cavidadte abdominal, exteriorisou-se o enorme bloco constituido pelo utero gravido e pelo tumor, cujo volume era pouco menos que o do utero. O tumor occupava

o ligamento largo direito e fazia corpo com o utero na sua borda direita e face posterior.

Aberto o utero, foi retirado, em estado de morte aparente, um feto a termo, do sexo feminino, o qual não voltou á vida.

A placenta inseria-se effectivamente no segmento inferior do utero, marginando o collo.

Foi praticada, depois do descollamento placentar, a hysterectomia sub-total, supravaginal, conservando-se o ovario esquerdo. Uma mecha de gaze iodoformada drenou o côto cervico-uterino.

A operação que durou 43 minutos, correu sem incidente algum. Suprimiu-se no segundo dia o dreno do côto e retiraram-se os pontos da pelle no nono dia. A doente se restabeleceu por completo, sem que tivesse tido, nos dias que se seguiram á operação, a minima reacção que despertasse cuidados.

O tumor era de facto um grande fibroma, tendo todo o bloco retirado, isto é, ovo, utero e tumor pesado 12 kilos.

Nota: — Em mais de 20 hysterectomias que temos praticado por fibromas em Carangola é este o primeiro caso de mulher branca; todos os demais foram de pretas e principalmente mulatas.

Aviso importante

Tendo chegado ao nosso conhecimento que em todo o Estado de São Paulo, um individuo que se assigna F. Moreira, F. Monteiro ou ainda F. Soares Monteiro, anda angariando assignaturas para esta Revista, declaramos ser este individuo um vulgar chantagista, sem a menor autoridade para assignar nossos recibos. São nossos agentes exclusivos nesse Estado "A Ecletica", só tendo valor os recibos assignados pela mesma ou pelo nosso gerente Sr. Brenno de Mattos.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE NOVEMBRO DE 1927

Partos naturaes	85
Versões	3
Forceps	2

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	135
Gestantes antigas	13

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{	quantitativos	8
		qualitativos	14
		microscopicos	8

Exame de escarro : Pesquisa do bacillo de Kock 1

Dr. Octacilio Rolindo.

REVISTA
DE
GYNCOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE GYNCOLOGIA E OBSTETRICIA DO BRASIL

PUBLICAÇÃO MENSAL

PROPRIETARIO E DIRECTOR-FUNDADOR

A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

REDACTORES

FERNANDO MAGALHÃES, NASCIMENTO GURGEL, CRISSUMA FILHO, AZEVEDO JUNIOR
ARNALDO DE MORAES, J. TOLOMEI, OCTACILIO ROLINDO, CLOVIS CORREIA DA COSTA,
OCTAVIO DE SOUZA, JOÃO CAMARGO, JORGE G. DE SANT'ANNA (RIO DE JANEIRO). — N. DE
MORAES BARROS, SVLVIO MAIA, VIEIRA MARCONDES, RAUL BRIQUET, ATAHYDE PEREIRA,
J. MEDINA (SÃO PAULO). — HUGO WERNECK (BELLO HORIZONTE). — J. ADEODATO, MARTAGÃO
GESTEIRA, ALMIR OLIVEIRA, C. BRASIL (BAHIA). — VICTOR DO AMARAL (CURITYBA). —
SERAPIÃO MARIANTE, GABINO FONSECA (RIO GRANDE DO SUL). — ORLANDO LIMA (PARÁ).
— MANUELITO MOREIRA (CEARÁ). — CASTRO SILVA (RECIFE).

COLLABORADORES

DRS. AUGUSTO BRANDÃO, HENRIQUE BAPTISTA, CARVALHO DE AZEVEDO, JAYME SILVADO,
LINCOLN DE ARAUJO, FERNANDO VAZ, BRANDÃO FILHO, CASTRO PEIXOTO, MASSON
DA FONSECA (CAPITAL). — DR. LUCAS MACHADO (BELLO HORIZONTE). — DR. HERMENEGILDO
VILLAÇA (JUIZ DE FORA)

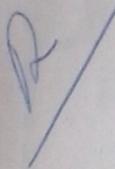
SECRETARIO DE REDACÇÃO

OCTAVIO RODRIGUES LIMA



REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

RUA DE S. JOSE 5 — RIO DE JANEIRO



REVISTA

DE

GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Órgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

SUMMARIO : I - Operação de Portes, pelo DR. A. AGUINAGA. — II - Dos hormonios da placenta na toxhemia gravídica e na insuficiencia lactea, pelo DR. HELIO ARAUJO MAIA. — III - Operação de Portes, pelo DR. CLAUDIO GOULART DE ANDRADE. — IV - Notícias. — V - Notas therapeuticas : 1) Sobre o valor do Plasmon na alimentação das que amamentam pelos DRs. CARLO BALOCCHI e G. GUIDI; 2) Da analgesia em gynecologia, pelo DR. E. CARRERA; 3) O Thigenol no tratamento da forunculose, pelo DR. J. SCAZE. — VI - Bibliographia. — VII - Petite Revue.

COLLABORADORES

DR. J. A. DOLÉRIS	Da Academia de Medicina de Paris.
DR. RENÉ KÖNIG	Chefe de Clinica da Maternidade de Genève.
DR. GIUSEPPE TROTTA	Prof. Livre da Universidade de Napoli.
DR. OSWALDO FEDERICE	Assist. de Clinica Pediatrica de Roma.
DR. LUIS MORQUIO	Prof. da Fac. de Medicina de Montevideo.
DR. AUGUSTO MONJARDIM	Prof. da Fac. de Medicina de Lisboa.
DR. AUGUSTO BRANDÃO	Prof. da Faculdade do Rio de Janeiro.
DR. FERNANDES FIGUEIRA	Direct. da Polyclinica de Crianças, Presidente e fundador da Sociedade de Pediatria.
DR. HENRIQUE BAPTISTA	Assist. de Clinica da Faculdade do Rio.
DR. CARVALHO AZEVEDO	Chefe de Clinica Gynecologica da Santa Casa.
DR. JAYME SILVADO	Da Sociedade de Medicina e Cirurgia.
DR. LEONEL GONZAGA	Assist. de Clinica da Faculdade do Rio.
MME. E. MORAND	Ex-assist. da Faculdade do Rio de Janeiro.
DR. LINCOLN ARAUJO	Chefe da Maternidade do H. da Misericordia.
DR. FERNANDO VAZ	Chefe de Clinica Cirurgica do Hospital da Ordem da Penitencia e Vice-Director do Hosp. « Pro-Matre ».
DR. BRANDÃO FILHO	Prof. da Fac. de Medicina do Rio de Janeiro e Chefe da 23. ^a Enfermaria do Hospital da Misericordia.
DR. CASTRO PEIXOTO	Da Academia Nacional de Medicina.
DR. MASSON DA FONSECA	Livre-docente de gynecologia e obstetricia.
DR. HERMENEGILDO VILLAÇA	Cirurgião do Hospital de Juiz de Fóra.

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível fornecer exemplares além dos que expedimos.

Operação de Portes

PELO

Dr. A. Aguínaga

Chefe do serviço de obstetricia e gynecologia
do Hospital de S. Francisco de Assis

Penso merecer publicação mais um caso de cesareana, seguida de exteriorização temporaria do utero, parece-me que o primeiro praticado entre nós, permittindo-me, em seguida, algumas reflexões a respeito, de accordo com o que observei:

A. R. J. — 34 annos, portugueza, casada, entra para o meu serviço de obstetricia do *Hospital São Francisco de Assis*, ás 13 horas de 27-6-26.

A. H. — Sem interesse.

A P. — Nasceu de um parto a termo, ignora a idade da marcha. Primeiras regras aos 13 annos, durante quatro dias. Posteriores regulares e com a mesma duração. Tem tres filhos. Gestações, partos e puerperios, normaes.

Ultimas regras *Outubro* de 1925 (ignora o dia).

Início do trabalho: tarde de 25 de *Junho*. Ruptura de bolsa de aguas na madrugada de 26 de *Junho*.

Ao entrar, o interno de serviço, constata: collo dilatado para 5 centimetros, bordos espessos, apresentação cephalica, fixa sobre a area do estreito superior, dorso á esquerda, feto vivo; ponto de maior audibilidade do foco fetal: meio da linha espino-umbelical esquerda; 140 batimentos por minuto.

Foi informado pela parturiente de que já um collega havia tentado uma applicação de forceps na noite de 26, outra na manhã de 27, e que, nada tendo conseguido em ambas, assim como após uma injecção de pituitrina, aconselhara-a a procurar um hospital.

Chamado pelo interno, constatei, em lá chegando, a exactidão da observação e ainda mais, que a paciente bastante exgottada estava com 38,2 de temperatura e 130 pulsações por minuto.

O palpar me permitiu verificar que o utero estava retrahido sobre o feto e que havia desproporção entre a cabeça e o estreito superior.

Os batimentos fetaes então a 150 por minuto, eram apagados.

Julgando só uma cesareana poder solucionar o caso, pareceu-me prudente seguir-a de exteriorização do útero, pelos motivos acima expostos.

A's 20 horas, depois de feita a anesthesia rachidiana (0,10 centig. de rachianalgina), iniciei a intervenção, auxiliado pelo DR. OLNEY PASSOS e pelo interno SYLVIO SERTÃ.

Abertura do ventre do pubis até o meio da linha xypho-umbilical; exteriorização do útero; fechamento da parede por meio de tres pinças de Museux, até bem junto do útero; protecção da parte supra uterina do ventre por um lençol dobrado oito vezes, protecção do resto do ventre por meio de campos. Noto distensão do segmento inferior e anel de retracção nitido.

Pareceu-me possível a cesareana segmentar que levei a effeito, seguindo a technica de KRÖNIG, sem dificuldade maior.

Retirei um feto do sexo masculino, em morte apparente e que a custo foi reanimado. Pesava 5 kilos, tinha 55 centimetros de comprimento, e media 14 1/2 de S. O. M.; 14 de O. F.; 11 1/2 de S. O. B.; 10 1/2 de S. M. B.; 11 de B. P.; 9 1/2 de B. T.

O liquido que havia no útero, em pouquissima quantidade, era de côr parda e fétido.

Descollamento da placenta e embrocação da cavidade com tintura de iodo.

Inj. de 2 cc. de ergotina.

Fechamento da parede muscular e revestimento pelas folhas peritoneaes cruzando-as.

O útero retrahiu-se bem, fizemos limpeza de sua superficie, retiramos as compressas, revestimos a superficie uterina por novas compressas, retiramos o lençol que protegia a incisão abdominal, trocamos de luvas, drenamos o DOUGLAS por tres mechas de gaze e reconstituimos a parede em um só plano, com fios de bronze.

Retiradas as compressas que envolviam o útero, foi este coberto de gaze envolvida em oleo camphorado, e feito o curativo occlusivo.

Quando fazíamos a lavagem da superficie uterina com ether, notamos que uma parte da parede anterior onde cahia o ether derramado, ficou branca, ischemiada.

Faço referencia especial deste facto, porque posteriormente alludirei a elle.

As consequencias operatorias foram simples. Na tarde do dia immediato ao da intervenção, o pulso ainda foi a 138; porém, no dia seguinte, caiu e se manteve nas proximidades de 100.

A temperatura no dia seguinte attingiu apenas a 37°,2; no quarto dia foi a 38°, baixando para se manter nas proximidades de 37°.

Os curativos renovados diariamente e o oleo camphorado substituido por oleo gomenolado a 5%.

Houve destruição da serosa no ponto em que havia empalidecido sob a acção do ether, ficando ulcerada a superficie, como se pôde ver na Fig. 2.

No 6.^o dia notamos uma pequena placa de necrose num ponto proximo do angulo esquerdo da sutura do peritoneo visceral.

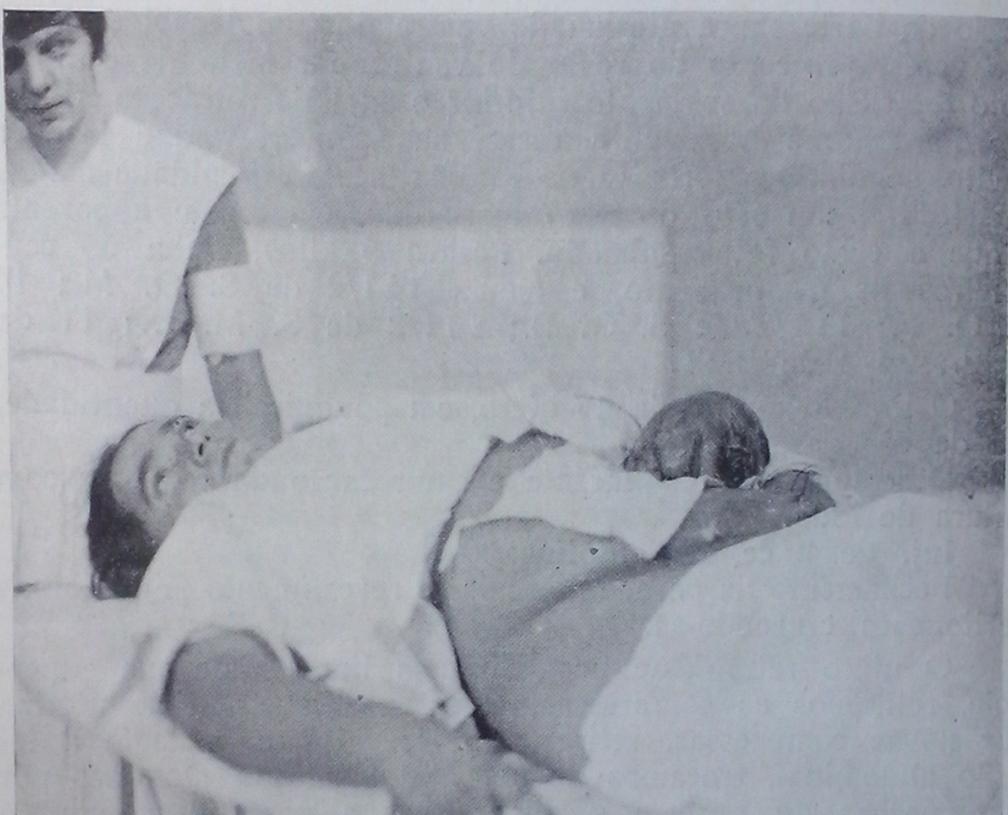


Fig. 1

5 dias após a intervenção.

Retirada dos drenos e pontos no 8.^o dia, sahindo nessa occasião pelo orificio de um dos bronzes, certa quantidade de liquido sero purulento.

Do 11.^o dia em deante, o meu collega Dr. OLNEY, começou a fazer curativos com sôro physiologico, o que pareceu de vantagem, tendo havido rapida melhora no aspecto do utero.

Todas as manobras durante os curativos eram completamente indolores á paciencia, excepto deslocamento ou compressão dos annexos, principalmente ovarios.

Desapparecida a pequena suppuração da parede, e após tres injecções de caldo de DELBET, reintegrámos o utero no 30.^o dia.

Esta operação não offereceu dificuldade: aberto o ventre,

reseccâmos o epiploon no ponto adherente á parede uterina, libertâmos o útero que desceu imediatamente para a pequena bacia.

Verificâmos que o útero e annexos estavam cobertos por uma membrana de cor vermelha, de cerca de 2 mm. de espessura, que foi descollada em grande parte, deixando o peritoneo visceral que lhe era subjacente, de superficie despolida e sangrando ligeiramente.

Por esse motivo protegemos a parede posterior do útero por um retalho de epiploon fixado por quatro pontos, drenamos

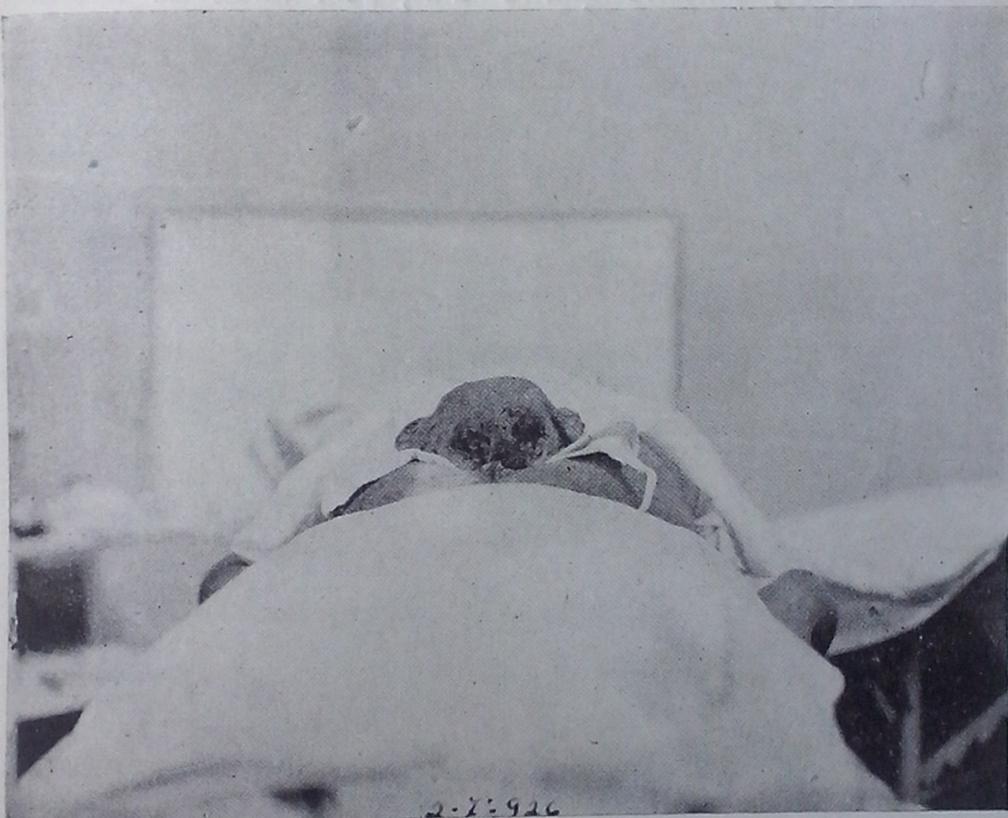


Fig. 2

Mesma data. (Vê-se o ponto descamado pelo ether).

o Douglas, por meio de 3 machas de gaze e fechâmos o ventre em 3 planos.

Sequencias normaes; curativos diarios, retirada dos drenos no 4.^o dia, dos pontos no 9^o.

Bôa cicatrisação e alta curada com o filho, em 3-9-1926.

A membrana acima referida, foi mandada a exame histopathologico, sendo o seguinte o resultado fornecido pelo Dr. Penna:

«Vêm-se granulações que attingem algumas as dimensões de 0,5 centimetros no maior diametro, ligeiramente elevadas, de consistencia molle e friaveis.

Pelo exame histologico encontrámos cellulas mononucleadas com protoplasma abundante, lymphocytos e cellulas plasmaticas. Todas estão em um tecido conjuntivo frouxo, com numerosos vasos de nova formação, repletos de elementos figurados do sangue.

Em numero muito menor havia tambem cellulas gigante de corpo estranho. Em algumas destas cellulas vêm-se mesmo formações estranhas aos tecidos animaes, mas que não podem ser identificadas».

Temos visto a paciente muitas vezes; já foi menstruada por duas vezes, durante quatro dias, sem nada de anormal;



Fig. 3

Mesma data. (Mostra a altura do utero e, ao lado, o annexo).

o tocar vaginal combinado ao palpar abdominal, permitte mobilisar o utero em todos os sentidos, sem que isso desperte dôr.

A radiographia não nos mostra sombras tubarias, porém, acredo que seja isso devido à falta de lipiodol, pois uma insufflação das trompas, feita em 29-10-1926 permitiu verificar a permeabilidade de ambos os lados, sobretudo à esquerda, onde o rumor produzido pela passagem de ar era bastante intenso.

Agora, devo dizer, porque me afastei em alguns pontos da technica de PORTES, e fazer algumas considerações a respeito dessa operação.

Feehei a parede abdominal depois de terminada a cesareana, porque o estado do feto era máo, urgia libertal-o e toda a demora ser-lhe-ia prejudicial, ainda mais, tendo-se a impressão de que a posição do utero concorria para esse resultado. O proprio PORTES diz: «...não é impossivel que a anteversão forçada do utero, traga perturbações á circulação feto placentaria».

Assim procederam BERSON e PALACIOS COSTA, e creio não serem maiores os riscos para a paciente desde que se tomem os cuidados necessarios.



Fig. 4

23 dias após a intervenção.

O segundo ponto, mais importante, é o tocante á secção do utero: pratiquei a cesareana baixa, — submetto esse meu modo de agir, á apreciação dos collegas.

Penso serem as vantagens da exteriorisação: evitar a contaminação peritoneal pelo conteúdo do utero, provavel ou certamente septicó; isolar a sutura uterina, permittindo ao mesmo tempo inspecção constante da evolução do tecido suturado e amputação do utero, rapida e simples, desde que o estado da paciente indique essa medida extrema.

Essas condições, prehenche perfeitamente a cesareana segmentar, trazendo-nos ainda todas as vantagens que offerece.

Uma accusação, creio, pôde ser feita: é a possivel infecção do tecido cellular sub-peritoneal.

Mas não será tambem arriscado abrir região tão vascularizada, como é a parede do segmento superior, deixal-a em contacto com o mesmo conteúdo septico e, ainda mais, fechar dentro della, por uma sutura, os germens que por ventura existam?

Disse COUVELAIRE na sessão de 9-2-925 da Sociedade de Obstetricia e Gynecologia de Paris, que havia já 32 casos de operação de PORTES. Acredito que actualmente haja uns 40, mais oito que naquella occasião; porém, só pude encontrar 25, inclusive o meu.

Nestes, 11 vezes houve esphacelo maior ou menor, da suttura uterina, não incluindo um caso em que foi feita a hysterectomy.

Assim, temos que, em 44% dos casos, houve esphacelo da suttura, o que é uma percentagem grande.

Em segundo lugar: Qual será o estado da parede uterina com uma cicatriz que não será ideal, mesmo após uma segunda suttura do utero, o que foi feito sete vezes?

No meu caso não tive difficuldade maior praticando a cesareana baixa, e pude conscienciosamente isolar a cavidade abdominal.

Seria isso devido a ter encontrado o segmento inferior muito distendido, como deixei registrado na observação?

Desta vez fui bem sucedido; acredito que em outras acontecerá o mesmo, porém, se assim não fôr, com sinceridade darei conta.

Innegavelmente a idéa de PORTES trouxe mais um recurso valoroso á pratica obstetrica.

Embora já COUVELAIRE tenha apresentado á S. O. G. de Paris na sessão de 5 de Julho ultimo, uma observação de evolução normal de gravidez, seguida de cesareana classica, em mulher que sofrera 2 annos atraz uma operação de PORTES, praticada por BERSON, acredito que a função de reprodução seja muito compromettida e não creio que possamos registrar muitos casos iguaes áquelle.

No nosso, a insufflação permitti-nos constatar a permeabilidade tubaria, e, si o mesmo não aconteceu com a radiographia, foi consequencia de falta de technica, como disse; entretanto receio que se torne difficil a passagem das cellulas sexuaes.

Mas, ainda assim, merece grandes louvores uma intervenção que consegue poupar um utero a uma mulher em periodo genital.

Não preciso prender a vossa attenção, recapitulando as vantagens da conservação da menstruação.

Não é esse o fim da hysterectomy fundica, que procuramos fazer sempre que possível, e que ha pouco ainda foi defendida com calor por CUNEO e LECENE, na Sociedade de Cirurgia de Paris?

Sempre, portanto, que existirem indícios evidentes de infecção, com o recurso de PORTES, teremos probabilidades de conservar o útero, sem grande perigo para a mulher.

É verdade que ha bellas estatísticas de cesareana segmentar, dentre as quais a de SCHIKELÉ; porém, havendo um recurso que nos oferece maiores garantias, devemos preferi-lo á sacrificar o útero e á arriscar a vida da paciente.

As sequências nos casos de exteriorização, são benignas; nas observações publicadas, ou não ha referência, ou o cirurgião insiste na ausencia completa de reacção peritoneal, inclusive no caso de RISACHER e LAFITTE, em que o exame bacteriologico denotou existencia de estreptococco e estaphylococco no líquido amniótico retirado no momento da operação, e que a evolução clínica reclamou uma hysterectomy seguida de cura.

A drenagem do fundo de sacco vesico-uterino a MIKOULICZ não me parece resolver a questão; não só não nos dá garantias contra a infecção da grande serosa, porque não constitue barragem segura entre o fóco septicó e a massa intestinal, como não faz uma boa drenagem porque o ponto de maior declive é o fundo de sacco de DOUGLAS.

Finalmente a operação de PORTES, trazendo uma possibilidade de conservação do útero, permite uma hysterectomy, se necessária, com um mínimo de traumatismo á paciente.

Observei a pouca sensibilidade do útero exteriorizado, e já RISACHER e LAFITTE puderam praticar a hysterectomy na cama, sem anestesia alguma, quasi sem sofrimento para a paciente.

Identica referencia fazem LAFFONT, HOUÉL, DUBOUCHER e JAHIER, a respeito de um caso que assim também procederam.

Acho que essa medida, não deve ser tomada «in extremis», para que nos traga vantagens.

CLEISZ, em uma de suas observações, penitencia-se de ter esperado muito, porque perdeu a doente.

O mesmo aconteceu a LAFFONT, HOUÉL, DUBOUCHER e JAHIER, retirando um útero já necrosado, 8 dias após a primeira intervenção.

Diante do que expus, penso que todas as vezes que se nos apresente indicação para a hysterectomy, excepto nos casos em que outro motivo a torne formal, devemos recorrer á técnica de PORTES, onde encontraremos um meio de tentar salvar o órgão, sem grande ameaça á vida da paciente.

Operação de Portes

PELO

Dr. Cláudio Goulart de Andrade

Assistente da Maternidade das Laranjeiras
e da Policlínica de Botafogo.

Constando este trabalho de impressões pessoais sobre um processo operatorio, eu me permitto affirmar que não obedece sinão ás minhas proprias convicções, isentas até certo ponto, de influencias alheias.

*
* * *

A technica de Portes carece, em seus fundamentos, de originalidade, pois coube a Porro a ideia da observação directa da evolução do processo cicatricial, muito embora na sua technica operatoria, aliás mutiladora, fosse apenas o côto uterino alvo de suas attenções.

A technica de Portes merecedora de sympathias pelo seu caracter conservador pecca, entretanto, por defeitos que a meu vêr bastam para proscrevel-a do rol das intervenções obstetricas.

Identica nos seus principaes tempos operatorios á cesareana classica conservadora, desta tão sómente se affasta quando conserva herniado o corpo uterino, após o fechamento da parede abdominal.

A ferida uterina é suturada em 2 planos e o utero repousa sobre a parede abdominal da paciente, protegido por compressas embebidas numa substancia que evite as adherencias e facilite a mudança das compressas por occasião dos curativos, que devem ser diarios; dest'arte bem se pode observar a evolução do processo cicatricial e involutivo do orgão. Nos casos favoraveis faz-se mister uma segunda intervenção para reintegrar o utero na cavidade abdominal.

Analysando criteriosa e imparcialmente a technica e as consequencias deste processo em cotejo com os demais, foi que cheguei a concluir que a operação de Portes não se faz credora de confiança quer na sua finalidade, quer nas suas consequencias immediatas e mediatas, existindo outros processos menos

traumatisantes e de consequencias post-operatorias quasi nulas, que preenchem com vantagens os fins desejados.

Convencido disto pela observação pessoal e pelas estatisticas nacionaes e estrangeiras hoje existentes foi que me atrevi a externar o meu modesto parecer sobre assumpto de tal monta.

*
* *

A operação de Portes foi imaginada com a bôa intenção de diminuir os coeficientes de mortalidade e morbilidade verificados nos casos de cesareana classica conservadora em uteros infectados e com o fim louvavel de salvaguardar a integridade genital da mulher, commumente hysterectomisada na phase adeantada do processo infeccioso.

A' Portes, portanto, cabe o merito de um espirito conservador, inspirado no desejo de mais bem cuidar dos interesses maternos e fetaes.

*
* *

A operação de Portes sobre ser desvantajosa nos casos impuros, é de modo a diminuir as probabilidades de exito pelas suas consequencias operatorias, accrescidas dos traumatismos de duas intervenções em curto espaço de tempo.

E' imprestavel nos casos de infecção profunda, porque não impede que a infecção se propague a corrente sanguinea, determinando um processo septicemico rebelde, muitas vezes á propria hysterectomy.

E' desastrosa nas suas consequencias immediatas não só em virtude do traumatismo causado pela esteriorização do utero e manipulação da massa intestinal, como pelo que advem ao nível da ferida uterina, onde se installa um processo de necrose, fonte de novas infecções. Esta necrose obriga commumente a uma segunda sutura, na mór parte das vezes impossivel dado o estado de mortificação em que ficam as bordas da ferida, obrigando o operador a desistir da synthese que se faz lenta e irregularmente, por segunda intenção, expondo a perigos de infecção, hermorrhagias, cicatrizes deformadas, hernias, fistulas, etc. e predispondo ainda o orgão, em ulterior gestação, a uma ruptura certa.

Ademais, sobrevenem, em consequencia da constrição que o orgão soffre ao nível de seu isthmo na passagem da fenda abdominal, um edema que se propaga aos annexos expondo-os assim a um processo de necrose, que em sua phase final oblitera os oviductos esterilizando a paciente.

A bexiga traccionada pelo utero que se hernia, sofre perturbação, muitas vezes rebeldes pelas adherencias que se constituem ao nível de sua nova situação obrigando o profissional a intervenções complementares. Semelhantes adherencias, também se verificam para o lado do corpo uterino exteriorizado durante longo tempo, impedindo em certos casos, a reintegração do órgão, a qual só se faz a custo de novos sacrifícios da doente.

Mediatamente devemos encarar na possível esterilidade em casos de edema dos annexos, attentando ainda na resistência da cicatriz conseguida por um processo de segunda intenção, e não oferecendo nenhuma garantia futura, expondo até a portadora a uma ruptura certa em gestação ulterior. Este facto, pode, aliás observar-se mesmo nas cesareanas corporaes, que, apesar de isenta do processo de necrose, habitual na operação de Portes, apresenta percentagem de ruptura de 4%, segundo Perrier.

Que garantias poderá oferecer a cicatriz no processo de Portes? Qual será o futuro obstetrico desta cicatriz?

Temos, ainda a salientar os inconvenientes de duas intervenções e duas anesthesias em curto espaço de tempo, sem referir a prolongada estadia no leito a que se sujeita a paciente (30 a 60 dias).

Sempre avesso a technica de Portes, por solidariedade ao meu raciocínio, tive a oportunidade de colher uma demonstração prática, sendo-me dado observar cuidadosamente o unico caso desta operação que até hoje logrei assistir.

Auxiliando o Dr. Octavio de Souza, no serviço da Maternidade das Larangeiras, por indicação expressa do Prof. Magalhães de quem tenho a honra de ser assistente, tive ocasião de verificar a certeza do que imaginava e infelizmente, de modo que excedeu á expectativa terminando pelo exito letal após hysterectomy, indicada devido ao processo septicemico, que se installou com phenomenos nervosos.

E para authenticar o facto transcrevo abaixo a observação:

Pap: 23.395. Fermina Ferreira do Nascimento, 23 annos, parda, casada, residente á Escadinha do Barrozo nº 28, — Brasileira Multipara.

Limito-me a reproduzir o que se lê sobre o periodo post-operatorio, por ser o que nos interessa no caso:

Operada no dia 13-9-926 pela manhã.

Dia 13 á tarde — Pulso 120 — temp. 37,6.

Dia 14 — Pulso 118 — Temp. 37,5.

A' noite do mesmo dia a temp. subiu a 38,4 e o pulso a 104.

Dia 15 — Pulso 114 — Temp. 37,5. — 1º curativo.

Transcrevo as palavras do operador «Encontra-se a sutura desfeita na parte correspondente ao fundo do utero numa

extensão de 10 cents, mais ou menos. Foi necessário refazê-la com fio de seda nº 3 (duplo). Encontra-se friabilidade e relativa insensibilidade do órgão. Nota-se, principalmente nos anexos direitos, grande edema, tendo a trompa a grossura de 1 dedo mínimo. Refez-se o curativo protector com óleo gomenolado a 5%. O ventre está flácido, indolor. A paciente não vomitou e apresenta estado geral lisongeiro. Óleo camphorado de 4 em 4 horas, sparteina e pantopon».

Dia 15 — à tarde 38,3 — 140.

Dia 16 — 8 horas — 114 — 37,5. Escreve o operador — «Estado geral bom.

Dormiu à noite — não se queixa, está tranquilla — Curativo: O órgão apresenta um pequeno ponto de necrose na parte media da sutura, abaixo da zona refeita pela sutura no dia anterior — continua o edema accentuado da zona annexial, agora nos dois anexos. Retira-se o ponto de cima da parte inferior da sutura do ventre, por conta do que se pensava haver embarço da circulação e edema; nota-se no momento uma ligeira melhora parecendo que o órgão diminui ligeiramente de volume. «Refez-se o curativo — A' tarde 120. — 39°. Dia 17 — 38,5 — 120 Curativo:» «O útero pouco diminuído está revestido em toda a extensão por um inducto esbranquiçado, permanece uma pequena placa de necrose no ponto medio da sutura; não retirei esse enducto, apenas limitei-me a refazer o curativo com óleo gomenolado.» — A' tarde 120 — 39°,1.

Dia 18 — 124 — 39.

Curativo: «Ha ainda enducto esbranquiçado na parede posterior do útero. Ha ainda edema dos anexos. A sutura está desligada quasi completamente numa extensão de 10 ctms. Ha comunicação com a cavidade. Parece haver involução do útero.. A parte inferior da sutura está perfeita, só em um ponto existe placa de tecidos necrosado. Refez-se o curativo com óleo gomenolado.» A' tarde 124 — 39°..

Dia 19 — 126. — 38,8 Curativo: «Bom o estado geral dormio. — Está tranquilla — Curativo com caldo láctico. O aspecto local é de completa desunião da sutura; está cada vez mais aberta: pontos de necrose se veem. O órgão está todo coberto por inducto esbranquiçado, comunicação da cavidade; anexos ainda edemaciados. A' tarde 130, 38,6 grande excitação exigindo o emprego de pantopon, sparteina — Digaleno — Protoclyse — Óleo camphorado.

Dia 20 — 128 — 38,8 A paciente dormiu mal, está muito excitada; tem allucinação; delírio — Curativo: «Continua aberta a cicatriz; mas não tem má cheiro; o aspecto de sutura continua o mesmo, está completamente coberto de enducto amarello; o órgão está menor, o aspecto da ferida é mais

favoravel, apezar de maior abertura. Os annexos estão menos inflammados. Refez-se o curativo com caldo lacteo. A' tarde 80 — 39,0.

Dia 21 — 129 — 39,1.

«Foi feita a amputação utero-ovarica á moda de Porro e tocado o côto constricto com thermo-cauterio. A paciente resistiu com galhardia a intervenção. A indicação foi feita devido ao progresso de necrose na parede do utero.

Foram operadores Dr. Octavio de Souza e Interno Muniz Aragão. A' tarde do mesmo dia a paciente veio a fallecer.

Embora essa unica observação não me autorize uma critica severa, serve-me todavia para fortalecer o apoio ás minhas convicções e, assim, cada vez mais, me capacito do desprestigio da technica de Porro, cujo advento se deu numa época em que a mutilação da mulher, nos casos impuros impunha uma technica conservadora.

Foi assim a technica de Porro consagrada á falta de melhor, o que nos leva a crêr que, naquelle época, a morbidade da operada não merecia a attenção que hoje tanto preocupa os cirurgiões.

Apparentemente conservadora a technica de Portes é na sua finalidade mais desastrosa talvez, que a mutilação immedia.

Hoje quando as estatisticas falam bem alto a favor da cesareana segmentar, não mais se admittirá semelhente technica, sinão como curiosidade.

A cesareana segmentar transperitoneal (technica de Krönig) não soffre confronto, porquanto é hoje credora das sympathias unanimes como solução prompta e segura do parto abdominal, nos casos impuros.

Aliás, si não bastasse a autoridade inconteste das estatisticas nacionaes e estrangeiras de muito valeriam as opiniões que transcrevo abaixo de alguns autores estrangeiros;

Schickelé « — Nous operons malgré l'infection manifeste, frissons, fievre, manoeuvres operatoires prealables, ecolement fétide. L'hysterectomie a presque disparu; il me semble que nous n'en avons qu'une seule depuis 1919».

Como se vê Schickelé nem se refere sequer a operação de Portes.

Docteur Joseph Marassi, em sua these sobre Cesareanas Transperitoneas apôs transcrever uma serie de observações de casos impuros resolvidos satisfactoriamente pela cesareana baixa conclue: «Mais il est reconfortant, d'autre part, de voir les resultats obtenus dans des cas comme ceux cités plus haut et choisis volontairement parmi les plus sombres et qui auraient du autrement se terminer par l'hysterectomie.

Vê-se mais uma vez que a technica de Portes não mereceu tão pouco a citação de parte deste outro autor francês.

*
* * *

Observações pessoaes (nº 1).

Serviço de clinica obstetrica da Faculdade de Medicina.

Pap. 21,702. Bellanizia de Araujo — 24 annos, branca, casada, moradora á rua da Passagem 63 — c. 8 — Brasileira — Estado de Sergipe.

Sentiu as primeiras dores no dia 11 — Bolsa dagua rôta no dia 12 — Operada no dia 16 — 6-925.

Indicação — soffrimento fetal desproporção feto-pelvica.

Operador — o autor..

Anesthesia geral pelo ether, mascara de Obredanne.

A paciente foi operada com 37,8 de temperatura 86 de pulso — no dia 16-6-925.

Bolsa dagua rôta ha 4 dias !!!

Operação — Cesareana segmentar transperitoneal — technique de Kronig — Feto vivo, do sexo femenino, com 3 kls. 900 grms. de cor branca. No periodo post-operatorio adveio um abcesso da parede que retardou a cura — A temperatura não foi aléni de 38,2 e o pulso de 120, isto mesmo um só dia — mantendo-se entre 80 a 90 e a temperatura entre 36 e 37,9.

Teve alta curada no 39º dia — Féto vivo.

*
* * *

Observação nº 2;

R

Pap: 22.053 — Maria Augusta de Oliveira — brasileira, preta, 20 annos. Rua Marianna 21 — Botafogo.

Sentiu as primeiras dores no dia 27/9/925 — Bolsa dagua rompeu-se no mesmo dia as 7 horas da noite.

Operada no dia 29/9/925.

Indicação Vicio Pelvico — Soffrimento fetal — Operação, Cesareana segmentar transperitoneal (technica de Kronig).

Operador — o autor. Anesthesia — Puncção lombar com syncaina.

A paciente foi operada — com 38,4 e 104 pulsões — Bolsa dagua rôta ha 32 horas Féto vivo — do sexo masculino, pesando 3, ks. 250 grms..

Alta curada com féto vivo no 34º dia.

*
* * *

Obs. Papeleta 23,564. 7/12/926. Clementina Cabral, 32 annos, branca, portugueza, casada, rua Itapirú 296, domestica. II para — Operação executada depois de 48 horas de trabalho pelos Drs. Moura Vergueiro e Oliveira Mello. Bolsa d'agua rôta ha 48 horas. Feto morto — Presença de varios aneis de contracção que não permittiam qualquer tentativa de intervenção por via baixa. Temp. 38,8. Pulso 80. Sequencias operatorias — no segundo dia 38,7 — 104. substituição do dreno — no 4º dia 38,8 — 106 no 5º dia 38 — 96, no 6º dia — 37,2 — 100 — Curativos da parede abdominal — retirada dos «agraffes» — no 7º dia 38, — 100 — Retirada em definitivo do dreno; no 8º dia 37,5 — 88 — no 9º dia 37 — 80 — abcesso da parede, no 10º dia 36,9 — 80 no 11º dia 36,8 — 80 — 12º dia 36,3 — 80 —; no 13º dia 36, 84; no 14º dia 36,8 — 84; no 15º dia 36,5 88; no 16º dia 36,1 — 80; no 17º dia — 36,2 — 80; no 18º dia — 36,9 — 78.

A paciente devido a um pequeno abcesso da parede guarda ainda o leito, mas serve bem esta observação como documentação decisiva do valor da cesareana baixa nos casos impuros.

Não fosse o abcesso da parede e a paciente desde o 10º dia estaria em condições de deixar a clínica pois não mais apresentava febre e o pulso mantinha-se normal a par de um estado geral óptimo.

*
* *
!

Muitos outros casos poderia citar, sem grande vantagem entretanto, pois as estatísticas são altamente convincentes para dispensar qualquer outra prova.

A técnica de Kronig, além de ser de fácil execução, apresenta, sobre a operação de Portes, todas as vantagens, sendo feita a um único tempo operatório. São as seguintes as vantagens desta técnica;

Traumatismo mínimo. Incisão sobre a parte não contratil do útero, recoberta pelo peritonio e a bexiga que melhor resguarda a sutura.

Hemorrágia menor dada menor vascularização do segmento inferior, consequentemente menor choque operatório, diminuído outrosim pela não exteriorização do útero e não manipulação da massa intestinal que se conserva completamente isolada. Sutura mais fácil pela menor espessura da parede. Cicatrização mais rápida porque se faz em repouso — não sendo o segmento inferior sede de contracções.

Post-partum mais calmo pois se approxima do parto pelas vias naturaes..

Ausencia de reacção peritoneal e meteorismo.

Cicatriz garantida em partos ulteriores porque alem de não soffrer processo de necrose, faz-se por primeira intenção além do que o segmento inferior se distende passivamente e é em periodo adeantado do trabalho.

*
* * *

Concluo pois pela excellencia da technica de Kronig nas suas consequencias immediatas e mediatas em casos de uteros infectados e della sempre eu me socorrerei por estar convenido dos seus excellentes resultados.

NOTICIAS.

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

No mez de Novembro p. p. terminou na Faculdade de Medicina do Rio, o concurso para livre docentes de clinica obstetrica, ao qual concorreram os Drs. João Pereira de Camargo e Octavio Rodrigues Lima.

As provas constavam de uma these da escolha do candidato, uma prova de clinica (exame de uma paciente, diagnostico prognostico e tratamento) e prova oral de 50 m. sobre assumpto tratado com 24 horas de antecedencia.

O Dr. João Pereira Camargo escreveu these sobre «Hemotests e hemato-syndromes na prenhez normal e pathologica» e o Dr. Octavio Rodrigues Lima, sobre: «Do Asynclitismo». Na prova de clinica, o 1.^o candidato teve por sorte um caso de prenhez com hydramnio, e o 2.^o prenhez com impaludismo. Na prova oral, ambos os candidatos dissertaram sobre o assumpto sorteado: «Do oxytocico».

Os dous candidatos profissionaes distintos e conhecedores da materia, fizeram bôas provas e, sem difficultade, lograram bôa classificação no julgamento final, que os consagrou no dirito de ensinar a especialidade na nossa Faculdade.

A *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia* de que os jovens professores são excellentes auxiliares, tendo no Dr. João Pereira Camargo seu collaborador assiduo e altamente apreciado, e no Dr. Rodrigues Lima, seu digno Secretario de Redacção, cujos trabalhos dispensam os encomios, os felicita vivamente pela conquista de tão valioso titulo.

REVISTA

DE

GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos
Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível
fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Cesariana intra-peritoneal baixa, pelo Dr. ARNALDO DE MORAES.....	57
Cesariana e feto morto, pelo Dr. CALDAS BIVAR.....	61
Apoplexia utero-placentar, pelo Dr. MOURA VERGUEIRO.....	66
NOTAS THERAPEUTICAS : — Sobre o valor do "Plasmon" (na alimentação das que amammatam) pelos Drs. CARLO BOLOC- CHI e G. GUIDI.....	74
Um novo preparado para anesthesia local. — O Cylodial ou chloretyla iodado.....	80
Os principaes trabalhos publicados em 1925 sobre o Chloru- reto de Calcio.....	80
Bibliographia	85
Resumo do Registo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	87
Petite Revue.....	88

REVISTA

DE

GYNCOLOGIA E D'OBSTETRICIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNCOLOGIA DO BRASIL

Cesariana intra-peritoneal baixa

PELO

Dr. Arnaldo de Moraes

Docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,
Medico da Maternidade do Hospital
da Misericordia.

Limitar-me-ei, no presente escripto, a transcrever tres observações de minha clinica civil, de parturientes, cujo parto teve solução por cesariana intra-peritoneal baixa, a titulo de contribuição pessoal, já que, em recente artigo, por mim publicado (*), tive oportunidade de demonstrar o conceito universal sobre essa technica de cesariana, que pôde ser reputada como a maior conquista da Obstetricia nos tempos modernos.

São tres observações, com sobrevidas materna e fetal; todas com ruptura de bolsa de aguas, datando de 20, 11 e 12 horas; duas primiparas e uma secundipara com parto anterior accidentado (grande extracção de feto morto); uma bacia estreitada e duas justas; uma com tentativa de applicação de forceps, em primipara idosa, edema dos orgãos genitaes externos e multiplos toques; alta das casas de saude no 14º, 10º e 12º dia, vivos mães e filhos.

Poderia ajuntar ainda tres outras observações de casos em que participei como conferencista e depois como auxiliar no acto operatorio, dous francamente infectados, um de bacia estreitada e todos muito tocados, todos, sem excepção, com sobre-

(*) «A operação cesariana e sua technica actual», in «A Folha Medica», 1 de Jan. 1927.

vidas materna e fetal, cujos operadores foram os illustrados collegas Drs. Luiz Carvalhal, Jorge Sant'Anna e Lincoln de Araujo, aos quaes não devo tirar a oportunidade de seu relato. Faço-lhes sómente a referencia como mais argumentos de ordem pratica ás idéas que expuz em voto á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (*) que não são minhas, mas do que se poderia chamar a consciencia obstetrica universal na actualidade, no repudio franco á cesariana corporal tardia, substituida com vantagem pelos novos methodos de cesariana baixa, segmentaria ou suprasymphysaria.

I Observação — Paciente de 35 annos, branca, casada, portugueza. I para. Ruptura da bolsa de aguas ás 4 da manhã do dia 24 de Junho de 1926, assistida desde as 7 horas pela Dra. G. Moura que solicitou-me a presença, afim de dar minha opinião. A paciente muito exausta apresentava os orgãos genitales séde de grande edema, ás 21 e meia horas, tendo dores fortíssimas, collo edemaciado no labio anterior, cabeça flexionada em O. I. D. P., não insinuada, mas fixada. Feto vivo. Promontorio de encontro ao parietal posterior. Anesthesiada a paciente com chlorethyla, appliquei o forceps de Demelin, tendo tido, porém o bom senso de me arrepender, deante do edema das partes molles, retirando o instrumento e propondo uma cesariana baixa.

Removida a paciente para a «Casa de Saude S. José», ahí deu entrada ás 23 horas. Temperatura 36.8, pulso 105.

Operação: Anesthesia geral pelo ether. Incisão mediana infra-umbilical da pelle, aponevrose e peritoneo. Secção transversa da prega vesico-uterina, após a collocação de compressas protegendo a grande cavidade, entre utero e parede. Descolamento da bexiga e incisão longitudinal do segmento inferior, protegida a bexiga por uma valva. Exteriorização da cabeça fetal, com a mão introduzida profundamente, na falta do forceps, enquanto um auxiliar a impellia pela vagina (**). Retirada da placenta. Sutura do utero em dous planos, do peritoneo vesico-uterino, do ventre em tres planos. Collocação previa de dous pontos de sustentação a crina e agrafes de von Herff. Foi collocada uma compressa no utero, retirada pela vagina, no fim da intervenção. Tempo operatorio: 25 minutos.

Feto vivo, masculino, 4.000 grs. B. P. 9. O. F. 12. O. M. 13
Diagnóstico: Bacia estreitada. Dystocia feto-pelvica.

Sequencias operatorias apyreticas, tendo tido a paciente forte bronchite, com grande expectoração. O exame do escarro foi negativo para o b. de Koch (Lindenberg).

(*) V. «A Folha Medica», artigo citado.

(**) Manobra de Woliner (1921).

O exame posterior da bacia revelou: *conjugata diagonalis*
 11 S. P. E. 18 B. E. 21,5 B. C. 25.

Alta, curados māi e filho, em 8 de Julho de 1926 (14º dia).
 Auxiliares J. Sant'Anna e Claudio Goulart, anesthesista
 G. Moura.

II *Observação*. Paciente de 20 annos, branca, brazileira, casada. I para. Consultou-me pela primeira vez a 12 de Maio de 1926, gravida no 7º mez, feto em apresentação cephalica, dorso á direita, fóco max. no quadrante inferior direito. A pelvimetria externa revelou: S. P. E. 20,5 B. E. 23 B. C. 27. Não fiz exame interno, por ficar combinado seu internamento em casa de saude, no momento do parto, visto a paciente, senhora do medico, ser muito rebelde.

Chamado na sua residencia em 11 de Julho, verifiquei que não estava em trabalho de parto. No dia 12 de Julho fui urgentemente chamado ás 14 horas, sabendo que a paciente perdera aguas ás 13 e que resolvera não ir para casa de saude. O toque, feito ás 14,5 horas revela collo apagado, grosso, permeavel á polpa digital. Contracções fortes. As 19 horas o feto perdia meconio abundantemente e a dilatação era para um dedo. As 21 horas a dilatação permanecia a mesma e o feto continuava a perder meconio. Fiz uma injecção de pantopon e cafeína, para abrandar as contracções e garantir á vitalidade fetal. Às 22 horas resolvi anesthesiar a paciente (Claudio Goulart) e verifiquei: feto com cabeça alta, não insinuada, orientada em O. I. D. P. collo dilatável para dous dedos e pouco. Batimentos fetaes 160. Deante do perigo para o feto, da dystocia cervical, propus a remoção da paciente para uma casa de saude, o que foi feito ás 23 horas para a «Casa de Saude Estellita Lins».

Operação: Anesthesia geral pelo ether. Incisão mediana infra-umbilical, da pelle, aponevrose, peritoneo parietal. A bexiga, apezar de catheterizada, continha bastante urina, o que difficultou um pouco o acto operatorio. Secção transversal da prega vesico-uterina. Secção longitudinal do segmento inferior, protegida a bexiga da melhor maneira. Retirada do feto com a mão, depois da reversão da face completamente para cima. Retirada da placenta. Fechamento do utero em dous planos, da prega vesico-uterina, da parede do ventre em tres planos, com dous pontos de sustentação a crina e pelle a agrafes de Mitchell. Tempo operatorio 40 minutos.

Feto vivo, masculino, 3.000 grs.

Auxiliar Claudio Goulart, anesthesista Raphael Pardellas; reanimou o feto Dr. Beltrão.

Diagnóstico: Falta de insinuação. Dystocia cervical.
 Sequencias operatorias febris, pulso alto a 120, temperatura tendo attingido 38,5.

Retirei os pontos dia 21. Cicatrização apparentemente per-

primam. Dei alta da casa de saude, dia 23 (no 10º dia). Dias depois a temperatura alteou-se, abrindo-se o angulo inferior da incisão, saindo exsudato sanguinolento. A cicatrização fez-se vagarosamente, auxiliada por tratamento mercurial.

Tenho até agora aguardado a paciente para um exame interno da bacia mais pormenorizado.

III *Observação.* Paciente de 25 annos, brazileira, branca, casada. II para. Casou-se ha 8 annos. Ha 7 teve um filho, cujo nascimento ocorreu artificialmente, apresentação de nadegas, após tres dias de trabalho de parto improficio. A extração foi demorada, nascendo morto o feto que pesava 5 kilos. Durante esta gravidez fez bastante restrição alimentar, bem como muito exercício, afim de impedir o crescimento fetal.

As dores do trabalho começaram pela manhã de 19 de Dezembro de 1926, rompendo-se pouco depois a bolsa de aguas. Pelas 15 horas fui chamado pela collega Dra. Guiomar Moura que a assistia, em conferencia.

Exame: A palpação do ventre revelava certa retracção. Cabeça móvel acima do estreito superior. Feto vivo. O toque verificava collo incompletamente dilatado e dilacerado em vários retalhos. Cabeça alta, tocando-se a grande fontanella para a esquerda e transversalmente. O promontorio é attingível (c. d. = 12 cm.).

Operação: Em 19. 12. 1926, ás 20 horas Rachianesthesia (12 cent de Rachianalgina) — A. Moraes. Incisão mediana infra-umbilical, da parede do ventre. Collocadas compressas protegendo a grande cavidade abdominal, colloquei um afastador de Gosset grande. Incisão transversa da prega vesico-uterina. Descollamento da bexiga. Incisão do segmento inferior longitudinalmente. Reversão da face do feto que é retirado com o forceps de Simpson-Barnes. Sutura do segmento inferior com duplo chuleio, da prega vesico-uterina a chuleio, depois do ventre em tres camadas, com tres pontos de sustentação a crina. Agrafes de von Herff. Auxiliares Jorge Sant' Anna e Guiomar Moura.

Feto vivo, masculino, 3.250 grs. B. P. = 10 B. T. = 8 1/2 S. O. B. = 10 O. F. = 12 O. M. = 13 1/2. Comprimento 47 cms. Circunferencias O. F. = 35 e S. O. B. = 34. (O feto magro apresentava cráneo bastante desenvolvido).

Diagnóstico: Desproporção feto-pelvica e falta de insinuação.

Sequências operatórias apyreticas. O cordão caiu no dia 25. Tirei os pontos dia 26. Cicatrização per *primam.*

A pelvimetria externa, feita no dia da alta, 31 de Dezembro de 1926 (12º dia), demonstrou: S. P. E. = 19 B. E. = 24 B. C. = 29.

Cesariana e feto morto

PELO

Dr. Caldas Bivar

Assistente de clinica obstetrica da Faculdade de Recife,
Medico do Hospital Pedro II.

Snr. Presidente — meus senhores :

Li ha poucos dias no Jornal Pequeno, a noticia que em um dos nossos hospitaes, dois collegas haviam excecutado uma cesariana classica, para vir a luz um feto morto!...

A mulher curou-se — «Non vi sed arte» A noticia, porém, foi sómente para os leigos, por isso que divulgada por um jornal noticioso, não comportava explicações para os curiosos da arte de Lucina como eu.

A mim confesso, interessava-me sobremodo saber a indicação clinico-obstetrica que decidio se resolverem elles por aquella intervenção.

De certo ninguem, em pleno seculo XX, procede uma intervenção desta monta, de sequencias, como todos sabem de certa gravidade, como sóe ser as da cesariana corporal, só pelo prazer de «cesoriar»; não, acima de tudo pairam as razões scientificas e a ethica profissional!

Por isto aproveitei desta rara occurrenceia, que é a de se proceder uma cesariana corporal em caso de feto morto, para vir dizer de publico aos meus collegas, o que penso a respeito, e quando se está autorizado para assim proceder.

As minhas considerações portanto, não visam absolutamente o caso a que acabo de me referir, por isso que, não sei de seus pormenores como já o disse e ainda pelo facto de seus autores não se acharem presentes.

Ella apenas constitui o motivo de vos tomar hoje o precioso tempo! Poucas vezes tenho ouvido fallar em casos desta natureza. A litteratura medica extrangeira e nacional a cerca do assumpto é nenhuma. Dos tratados que compulsei apenas li em Clovis Corrêa, algumas linhas sobre a occurrence quatro vezes na clinica do grande Mestre Fernando Magalhães. E' possivel que alguém mais, tenha observado e escripto algo sobre o assumpto, eu porém não tenho a pretenção de haver consultado todos os classicos.

Entre a indicação da cesariana em casos de feto vivo e da cesariana em casos de feto morto ha grandes diferenças... Diferenças taes, que merecem consideradas.

Entre o obstaculo absoluto e a dystocia relativa, diz Magalhães, a primeira não offerece discordancia; o transito pélviano impedido por completo dá como impossivel a parturição por tal caminho.

Assim a cesariana será legitimamente indicada, sempre que o canal transpelviano fôr *inapto* ou *perigoso* á passagem do feto:

Portanto toda vez que uma das partes concorra para agravar ou impedir que o parto se realize pelas vias naturaes, está forçosamente indicada a cesariana e de preferencia a segmentar, afim de salvar ambas as vidas que periclitam, se não se intervem a tempo.

O mesmo porém não é para aqueles casos em que o feto está morto. Na duvida de sua condição de vida, é grave: se sujeitar uma paciente já bastante manipulada aos resultados incertos de uma cesariana abdominal que apresenta uma cifra elevada, de mortalidade, mesmo as de Magalhães, que é sem favor um dos solidos baluartes da obstetricia contemporanêa!

Os informes da paciente quanto aos movimentos activos do feto, a ausculta cuidadosa com duvidas de timpanos sinceros e ainda o palpar do cordão umbelical intra-utero com mão aseptica, asseguram ao parteiro precisamente da condição de vida ou morte do feto.

O ponto capital portanto é saber não só qual o methodo de cesariana que se deve escolher e quaes as suas indicações nos casos de feto morto.

Falar em cesariana é pronunciar alto o nome de Magalhães. Elle é no diser pitoresco de Correia o seu «campeão». Campeão da cesariana abdominal classica, da segmentar transperitoneal, da conservadora, tanto oportuna como tardia, após ruptura da bolsa d'agua, toques repetidos e mesmo em presença de temperatura anormal.»

Praticava-a com technica original, isolando o peritoneo por meio de lençoés de borracha e numerosas compressas de gase, de forma a laborar artificialmente fóra da cavidade peritoneal; servindo-se no segundo tempo de material inteiramente separado para sutura do ventre. E' elle o creador da cesariana tardia e para ella a principal objecção levantada, estava no perigo de infecção e contaminação peritoneal.

A estatistica entretanto, demonstra que, graças á technica de Magalhães esse perigo não tem o vulto que a muitos parecia. Em 148 operações, apenas foi de 6,8% a mortalidade materna e 2,6% a fetal, cujas cifras não se compararam nem de longe com as da cesariana corporal classica, as mortalidade materna, elevada. Mas a obstetricia não parou ahi.

Foi mais além e com ella os espiritos cultos intelligen-tes que a comprehendem, e assim é que Magalhães, aban-dona a sua technica original em favor da cesariana segmentar-transperitoneal de Krönig, reservando a sua technica so-mente para aquelles casos de dystocia annular irreductivel que exigen a intervenção pela via alta, ou quando se acompanham de complicações que requerem nas mais das vezes a exerese do utero. Elle foi um dos primeiros entre nós, a proclamar os seus bons effeitos, tendo até 1925, 34 operadas em seu serviço com um exito lethal apenas, o que dá uma cifra de 2,94% de mortalidade materna sendo esta, nulla para o feto.

A preferencia dos grandes mestres de todas as Escolas do mundo pela cesariana segmentar, penso que justifica eloquen-temente a escolha do novo methodo que já se vem minis-trando desde 1921 no Rio de Janeiro.

E quaes são as indicações?

- a) Estreitamento pelviano absoluto, isto é inferior desde 5,1/2 cents. de conjugata vera ou promonto pubiano minimo.
- b) os tumores da escavação pelviana, justa ou extra ute-rinos.
- c) Dystocia annular irreductivel ou hyperespasmo do annel de Bandl.
- d) Placenta previa central total e parcial.
- e) Dystocia cervical, representada pela rigidez cancerosa, atresia, cicatricial ou congenita do collo. etc.

As tres primeiras indicações, são em realidade as unicas insubstituiveis, pois, de outro modo não se consegue fazer o objecto vir ao exterior.

O feto ainda mesmo que reduzido de volume com o au-xilio dos poderosos esmagadores de que dispõe o arsenal obstetricico não consiguirá o milagre de fazer o maior passar o menor.

Estas indicações são as verdadeiras dizia eu porque são as unicas em as quaes não se consegue resolver de outro modo, sem o sacrificio certo da mulher.

Na dystocia pelvica inferior a 5,5 cents que aliás é rarissima, é inútil tentar o recuso da embriotomia. Octavio de Souza, entre nós, para não citar estrangeiros, baseando o juizo pela extensão da conjugata diagnalis em 11.000 casos, apenas uma vez constatou a conjugata entre 8,5 e 7,6 cents, e ainda uma só vez entre 7,5 e 6,6 cent! Por ahi podemos analizar quanto é raro se deparar com uma estreiteza abso-luta, para a qual não ha outro recurso senão a via abdominal.

Na dystocia annular irreductivel ou melhor no hyperespasmo do annel de Bandl, em que se fecha quasi comple-tamente o utero, ha como unica solução, aqui, o parto por via alta, de preferencia a corporal sem obstaculos que salva o feto quando vivo e salvaguarda a da parturiente.

Na dystocia cervical, nas mais das vezes o caso pôde ser resolvido pela cesariana vaginal de Dülsseu, ou pelas, incisões multiplas do collo, auxiliada grandemente pela embriotomia.

O mesmo não se daria, tratando-se de feto vivo e a termo, justamente porque os seus diametros de insinuação não reduzidos, seriam ainda assim, muitos desses, bastante grandes para acarretar extensas e graves lacerações do utero.

Assim procederam o Dr. Jorge de Sant'anna e o Dr. Arnaldo de Moraes em um caso de sua clinica particular relatado nos archivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1925).

O diagnostico de dystocia por estenose cicatricial post operatoria do collo, feto vivo, em apresentação cephalica indicará a cesariana, que, com a morte do feto (o que se constatou pela ausculta negativa dos batimentos cardiacos do feto) mudará o problema obstetico, permittindo, assim que se praticasse com exito «incisões multiplas do collo» e em seguida a cephalotripsia.

Na placenta previa central, não haverá mais quem prefira nem mesmo em feto morto praticar a perfuração da placenta para fazer a versão podalica e o parto rapido, ou o Braxton Hicks.

O assumpto a este respeito, não merece mais contestações por parte dos obstetras modernos..

E assumpto passado em discussão e assentado entre os parteiros modernos. Entre os tocologos jovens na edade e os velhos, jovens no saber!

Por isto Magalhães e sua escola que é toda a do Brasil, e outros numerosos autores aconselham a cesariana segmentar de Krönig, até mesmo para os casos de feto morto.

Assim procedeu Magalhães duas vezes, Clovis Corrêa uma e Octavio de Souza uma..

As inserções da placenta em todas as suas variedades, em cerca de 24,422 casos tratados pelos meios obstetricos fornecem uma mortalidade fetal de 53% e 11% materna.

Por outro lado, em 340 casos tratados pela cesariana de gravidade, na sua quasi totalidade de placenta previa central, vemos o facto paradoxal da mortalidade materna e fetal ser muito menor; aquella oscilando em torno de 4,2% e esta na peior das hypotheses em 8,97%!

De um maneira geral diz Clovis Corrêa, a mortalidade materna e fetal, pode-se dizer, vai-se agravando cada vez mais, á medida que a placenta se insere em porções mais baixas do utero.

Com a cesariana houve uma inversão de valores, justamente a variedade de placentação mais grave tornou-se de prognostico mais benigno.

Contraindicada serão portanto todas as intervenções que se afastem destes princípios creados pelas experiencias dos factos e as provas concretas.

As *perviotomias* — seja a *symphisiotomy* ou seja a *hebosteotomia*, são contraindicadas, não só porque a sua aplicação é minima, como tambem longe de poupar a mulher de traumatismos, sujeita-a a lesões dos corpos cavernosos que dão grandes hemorrágias; o afastamento demasiado dos ossos que far-se-ia mistér, produsem lacerações que compromettem a bexiga, a urethra, a articulação sacro-iliaca e facilitam o prolapo genital e perturbam a marcha.

As *versões*, da mesma forma não são lembradas, pela impossibilidade de se alcançar com ella o intento.

O *Forceps*, de igual maneira.

Ninguem de bom senso d'elle se lembraria nestas circunstâncias, todavia convém lembrado que, quem tenta uma pegada de forceps, tem feito implicitamente dois diagnósticos: — canal pelvi-genital permeável e feto vivo — Em canal genital impermeável, cabeça móvel, e feto morto, *forceps* é instrumento que d'elle menos necessitamos.

O dever do parteiro, é reduzir ao mínimo o traumatismo das partes maternas e as probabilidades de infecção.

Portanto senhores, para se proceder fóra destes princípios que não são meus, porque são da obstetricia hodierna é preciso sem duvida coragem e intrepidez de raça!

Aviso importante

Tendo chegado ao nosso conhecimento que em todo o Estado de São Paulo, um individuo que se assigna F. Moreira ou F. Monteiro, anda angariando assignaturas para esta Revista, declaramos ser este individuo um vulgar chantagista, sem a menor autoridade para assignar nossos recibos. São nossos agentes exclusivos nesse Estado "A Ecletica", só tendo valor os recibos assignados pela mesma ou pelo nosso gerente Sr. Brenno de Mattos.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
 DA
 FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
 A CARGO DO
 Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE DEZEMBRO E JANEIRO DE 1926

Partos naturaes	180
Partos naturaes de nadegas.	3
Forceps	11
Versões	6
Baziotripsias.	4
Cesariana vaginal	1
 Movimento do Ambulatorio :	
Gestantes novas	208
Gestantes antigas.	164
 Movimento do Laboratorio :	
Exames de urina { qualitativos.	30
quantitativos	3
microscopico	1
Sangue : dosagem de uréa	2
R. de Wassermann.	4
Hematosoario de Laveran.	1
Escarro : Pesquisa do bacillo de Koch.	1
Corrimento vaginal : Pesquisa bactereoscopica	1

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obsfetria do Brasil

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Bello Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Bello Horizonte — Rua Bahia, 919

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Operação de Schauta-Wertheim (Estudo critico em torno de 91 casos oparados), pelo Dr. LUCAS M. MACHADO.....	89
Relações entre a anormalidade do parto, a edade e a raça, por L. J. DE LIMA E SILVA.....	100
NOTAS THERAPEUTICAS: — A therapeutica inespecífica estimulante na prophylaxia e no tratamento de doenças obstetricais e gynecologicas	118
BIBLIOGRAPHIA: — «La Presse Medicale», «Revista Medica de Barcelona», «Am. J. of Obst. and Gyn.», «Bul. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris».....	133 a 135
Petite Revue.....	136

Relações entre a normalidade do parto, a edade e a raça (*)

POR

L. J. de Lima e Sílva

(Da clinica obstetrica da Faculdade do Rio)

Resultam da decomposição de 2.262 casos pela idade, pela raça, pela normalidade do parto e pela morte fetal uma série de valores numericos que apresentados sob fórmula de diagramma revelam um certo interesse.

De facto, a confrontação dos graficos evidencia certas aproximações e distâncias cujos valores obstetricos são sugestivos e confirmam noções já observadas pela prática individual.

Em resumo trata-se de 2.262 gestantes tomadas em massa na Maternidade do Rio de Janeiro durante um certo período :

923 primiparas
1.339 multiparas
1.006 gestantes brancas
1.256 gestantes de côr

Estes numeros significam valores diferentes, mais elevados nas multiparas e nas gestantes de côr.

A maior quantidade de multiparas tem sua significação em si ; sendo a primiparidade um acto unico, a multiparidade é um acto multiplicado que se repete e ainda mais neste mesmo valor deve se tomar em consideração a importância social da virgindade que vai dificultando a fecundação, esta, sendo expontânea na multiparidade.

Quanto ao maior numero das gestantes de côr a elle não devemos dar uma grande importância porque se aplica a uma Maternidade mantida pelo Governo para o serviço público, portanto favorecendo com justiça individuos indigentes e desamparados fazendo assim com que a proporção no ponto de vista da raça obedeça às condições de vida e não represente um valor real aplicado ao ponto de vista da paridade em geral.

Outro facto para se assinalar imediatamente é a grande quantidade de "filles mères" que se vêm socorrer das maternidades públicas encontrando ahi uma maior proteção e discreção ; mas perturbando os valores proporcionaes da multi e primiparidade geraes.

(*) Trabalho apresentado ao Congresso Medico de Porto-Alegre.

A) *Primiparas* : 923.

- a) numero de partos normaes : 804, dos quae 736 com feto vivo e 68 com feto morto.
- b) numero de partos operatorios : 119, dos quae 90 com feto vivo e 29 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 97 (10,5%).

B) *Multiparas* : 1.339.

- a) numero de partos espontaneos : 1.240, dos quae 1.130 com feto vivo e 110 com feto morto.
- b) numero de partos operatorios : 99, dos quae 70 com feto vivo e 29 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 139 (10,38%).

Assim sublinham-se 2 factos :

1º) Em primi e multiparas a mortalidade fetal é de 10% (10,3 e 10,5).

2º) Comparando a quantidade de partos operatorios verifica-se reduzindo os valores a porcentagens : *Primiparas* : 12,8%. *Multiparas* : 7,3%.

Em primiparas ha quasi o dobro de intervenções operatorias, havendo igual quantidade de mortinatalidade com estes valores diferentes o que significa uma diminuição do numero de intervenções nas multiparas acompanhado de um aumento de resultados fatais.

Examinando este problema do ponto de vista da raça obtive nos seguintes resultados :

A) *G. Brancas* :I) *Primiparas* : 418.

- a) numero de partos normaes : 352, dos quae 322 com feto vivo e 30 com feto morto.
- b) numero total de partos operatorios : 66, dos quae 54 com feto vivo e 12 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 42 (10,04%).

II) *Multiparas* : 588.

- a) total dos partos espontaneos : 543, dos quae 492 com feto vivo e 51 com feto morto.
- b) total dos partos operatorios : 45, dos quae 30 com feto vivo e 15 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 66 (11,2%).

OBSERVAÇÕES :

- 1) A mortinatalidade é um pouco maior na mulher branca multipara que na primipara.
- 2) Na multipara o resultado fatal da intervenção operatoria chega a ser de 33 %, quando é de 17 % na primipara.
- 3) A proporção de casos operatorios de valores mais ou menos iguaes aos obitos : 7,4 % nas multiparas, 15,7 % nas primiparas.
- 4) Ha uma predominancia proporcional notavel do forceps na primipara (50 forceps para 11 cesareanas e versões) e predominancia da versão e cesareana na multipara (15 versões e 10 cesareanas para 18 forceps) este dado se associa á conclusão da 3.a observação.

B) *G. de côr :*

I) Primiparas : 505.

- a) total de partos expontaneos : 452, dos quais 414 com feto vivo e 38 com feto morto.
- b) total dos partos operatorios : 53, dos quais 36 com feto vivo e 17 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 55 (10,8 %).

II) Multiparas : 751.

- a) total dos partos expontaneos : 697, dos quais 638 com feto vivo e 51 com feto morto.
- b) total dos partos operatorios : 54, dos quais 40 com feto vivo e 14 com feto morto.
- c) numero total de fetos mortos : 73 (9,7 %).

OBSERVAÇÕES :

- 1) Encontrando em 505 primiparas 53 intervenções e em 751 multiparas 54 intervenções achei a mesma desproporção já vista nas mulheres brancas ; aqui de 10,4 % por primiparas e 7,3 % nas multiparas portanto desproporção menor na mulher de côr que se explica por uma diminuição proporcional dos casos operatorios das primiparas de côr.
- 2) A morte fetal oscilla entre 10 e 11 %; mais ou menos identica ao resultado obtido com as mulheres brancas.

3) A mortalidade fetal operatoria é de 25% na multipara de côr e de 32% na primipara; havendo assim uma inversão entre a mortalidade fetal operatoria nas mulheres brancas e nas de côr:

Mulheres brancas	{	Primiparas : 17 %
		Multiparas : 33 %

Mulheres de côr	{	Primiparas : 32 %
		Multiparas : 25 %

4) Não existe a mesma relação entre a percentagem de morte fetal nos partos espontâneos.

Mulheres brancas	{	Primiparas : 8,5 %
		Multiparas : 8,4 %

Mulheres de côr	{	Primiparas : 6,3 %
		Multiparas : 7,3 %

Ha uma maior porcentagem de morte fetal nas multiparas brancas.

Conclue-se, portanto, que encontramos na gestante de côr primipara uma diminuição de casos operatorios e uma maior mortalidade o que affirma a diminuição possível das causas de dystocia e confirma uma maior fragilidade do objecto sobre o qual se intervêm.

Na multipara a quantidade de intervenções feitas na gestante branca e na gestante de cor torna-se identica, mas a mortalidade fetal na mulher de cor vae diminuindo revelando assim o interesse da questão da raça na primi e multiparidade.

O estudo, o exame e a critica desses mesmos phenomenos obstetricos á luz da idade vae esclarecer as causas mais intimas dessas proporções e desproporções.

Os pontos limites da idade na representação graphica da primiparidade são 12 e 43 annos; durante um periodo de 31 annos equilibra-se uma maior ou menor quantidade de partos cujo maximo chega a ser 108 com a idade de 20 annos e encontramos um segundo maximo aos 22 annos constituido por 98 casos; de um e outro lado desses maximos a quantidade de partos cahe bruscamente : 80, 79, 55, etc., chegando a casos unicos aos 12 e 43 annos.

No ponto de vista da multiparidade os pontos extremos são 16 annos com 3 casos e 48 annos com um caso, sendo a idade de maior frequencia 23 e 24 annos com 104 e 101 casos; a irregularidade na diminuição do numero de partos desenha linhas quebradas que revelam ponto de ascensão provisoria com causas para serem pesquisadas.

Repetindo essa analyse do ponto de vista das raças encontramos :

a) *Primiparas :*

Brancas : edade menor : 12 annos
 edade maior : 43 annos
 ponto maximo : 22 annos

De cor : edade menor : 15 annos
 edade maior : 40 annos
 ponto maximo : 20 annos

Estes factos explicam a fórmula do diagramma de conjunto (fig. 5) que apresenta dois apices, que podemos decompor em um apice de mulheres brancas aos 22 annos e um de mulheres de cor aos 20 annos. *As mulheres de cor são mais precoces do que as brancas na quantidade de partos.*

A questão da primiparidade evidencia um ponto importante ; ella é mais numerosa nas mulheres de cor : 505 e menos numerosa nas mulheres brancas : 418, durante, no entanto, mais tempo na mulher branca de 12 aos 48 annos (36 annos), menos na mulher de cor (25 annos) ; questão intimamente associada a um problema physiologico e psicologico de educação, condição social, etc.

Podemos dizer que a primiparidade não é precoce nas mulheres examinadas.

b) *Multiparas :*

Brancas : edade menor : 16 annos
 edade maior : 48 annos
 ponto maximo : 24 annos
 ponto de grande frequencia : 25 annos
 » » » » 28 annos

De cor : edade menor : 16 annos
 edade maior : 43 annos
 ponto maximo : 24 annos
 ponto de grande frequencia : 25 annos
 » » » » 21 annos

As outras informações relativas á idade da gestante e as condições do parto serão dadas com os diagrammas examinados comparativamente.

DIAGRAMMAS

N. 1. — Relação entre a quantidade de gestantes primiparas, de intervenções operaforias e a idade.

A figura linear que representa a primiparidade (traço contínuo) tem dois apices, — um maior de 20 annos, outro menor de 22 annos e uma queda intermediaria aos 21 annos cuja expli-cação veremos examinando o Diagramma N° 5 onde esta decom-posta a primiparidade pela raça.

As relações com as intervenções operatorias mostram um ma-ximo de frequencia aos 40 annos.

Vaccina Gonococcica em Gynecologia

".... parece agir sobretudo sobre o elemento dor, fazendo desapparecer rapidamente os phenomenos inflamatorios. Parece indicada nas affecções gynecologicas dolorosas e deve sempre ser ensaiada nas annexites gonococcicas antes de decidir a intervenção cirurgica."

Lebeuf. La Vaccinotherapy gonococcique — 1924.

Secção de Biologia Aplicada do Laboratorio Dias da Cruz S. A.

DIRECTOR TECHNICO

Dr. Mario Magalhães

Livre Dcente e Chefe de Laboratorio de Pathologia Geral da Faculdade de Medicina

SERIE NORMAL

50 milhões a 1 bilhão.

SERIE FORTE

2 bilhões a 8 bilhões.

LABORATORIO DIAS DA CRUZ S. A.

Rua Diniz Cordeiro, 39, Botafogo = Tel. Sul 127 = Rio de Janeiro

COAGULENO KOCHER-FONIO



A mesma
ampolla
serve para uso
interno, intramuscular
e intravenoso.



Hemostatico
applicado nas Hemorrhagias
de qualquer natureza
e em cirurgia em geral.

PRINCIPIO COAGULANTE
EXTRAMIDO DO SANGUE
DOTADO DE PROPRIEDADES HEMOSTATICAS ENERGICAS.

Amostras e literaturas a disposição dos Srs. medicos
HERM. SCHUBACK & C^{IA} - CAIXA POST. 237 - RIO DE JANEIRO.

SOCIÉTÉ
POUR L'INDUSTRIE
CHIMIQUE À BALE
BASILEA - SUISSE

N. 2. - Relação entre a quantidade de partos espontaneos, a mortinatalidade e a edade nas primiparas.

O ponto de maior mortinatalidade é aos 34 anos, existem outros pontos de grande mortinatalidade aos 17, 20 e 26 anos.

N. 3. - Relação entre a quantidade de gestantes multiparas, de intervenções operatorias e a edade.

A representação graphica da multiparidade cresce rapidamente até um ponto maximo de 23 annos e decresce lentamente sofrendo varias tentativas de ascenção aos 27, 32 e 37 annos. As edades de maior numero de intervenções são aos 36, 40 e 43 annos.

N. 4. - Relação entre a quantidade de partos espontaneos, a mortinatalidade e a edade nas multiparas.

é o mesmo diagramma do que o precedente fazendo exclusão dos casos operatorios.

N. 5. - Relação da primiparidade, nas mulheres brancas e nas de côr com a edade.

E' interessante porque decompondo a primiparidade pelas raças (brancas e de côr) explica-se a forma dos graficos N. 1 e N. 2 constituído por um ponto maximo de quantidade de primiparas em mulheres de côr aos 20 annos e um segundo ponto maximo nas mulheres brancas aos 22 annos.

Verifica-se em relação á edade a precocidade da mulher de côr (linha continua) no entanto a primiparidade é mais extensa no tempo na mulher branca (15 annos até 45 annos).

Ns. 6 e 7. - Relações dos partos operatorios em multiparas (N. 6) e primiparas (N. 7) sobre o ponto de vista da raça e da edade.

Nas primiparas ha uma precocidade na quantidae de intervenções em mulheres de côr (traço pontilhado), aos 18 annos, mais tarde aos 24 annos assitimos ao aparecimento do ponto correspondente em as mulheres brancas. Mais tarde ha um quasi paralelismo nas linhas de raça com uma unica ascenção nas mulheres brancas aos 40 annos.

No grafico das multiparas as coisas se passam de modo inverso, a precocidade na quantidae de partos operatorios é encontrado nas mulheres brancas aos 24 annos enquanto que nas mulheres de côr aparece aos 27 annos. Observa-se que a medida que a edade cresce a quantidae de intervenções operatorias, diminuta nas primiparas aumenta gradativamente nas multiparas com maximos aos 29, 31, 36 e 43 annos; confirmando assim que a multiparidade é uma causa de dystocia.

Os 6 quadros da edade e da quantidae de Partos espontaneos e operatorios com fetos vivos e fetos mortos em mulheres brancas e de côr permittiram estabelecer os graficos e são um elemento de valor para serem reunidos a outros quadros identicos permittindo-se assim a obtenção de uma estatística de maior valor e confirmada por um maior numero de casos.

110

120

90

80

70

60

50

40

30

20

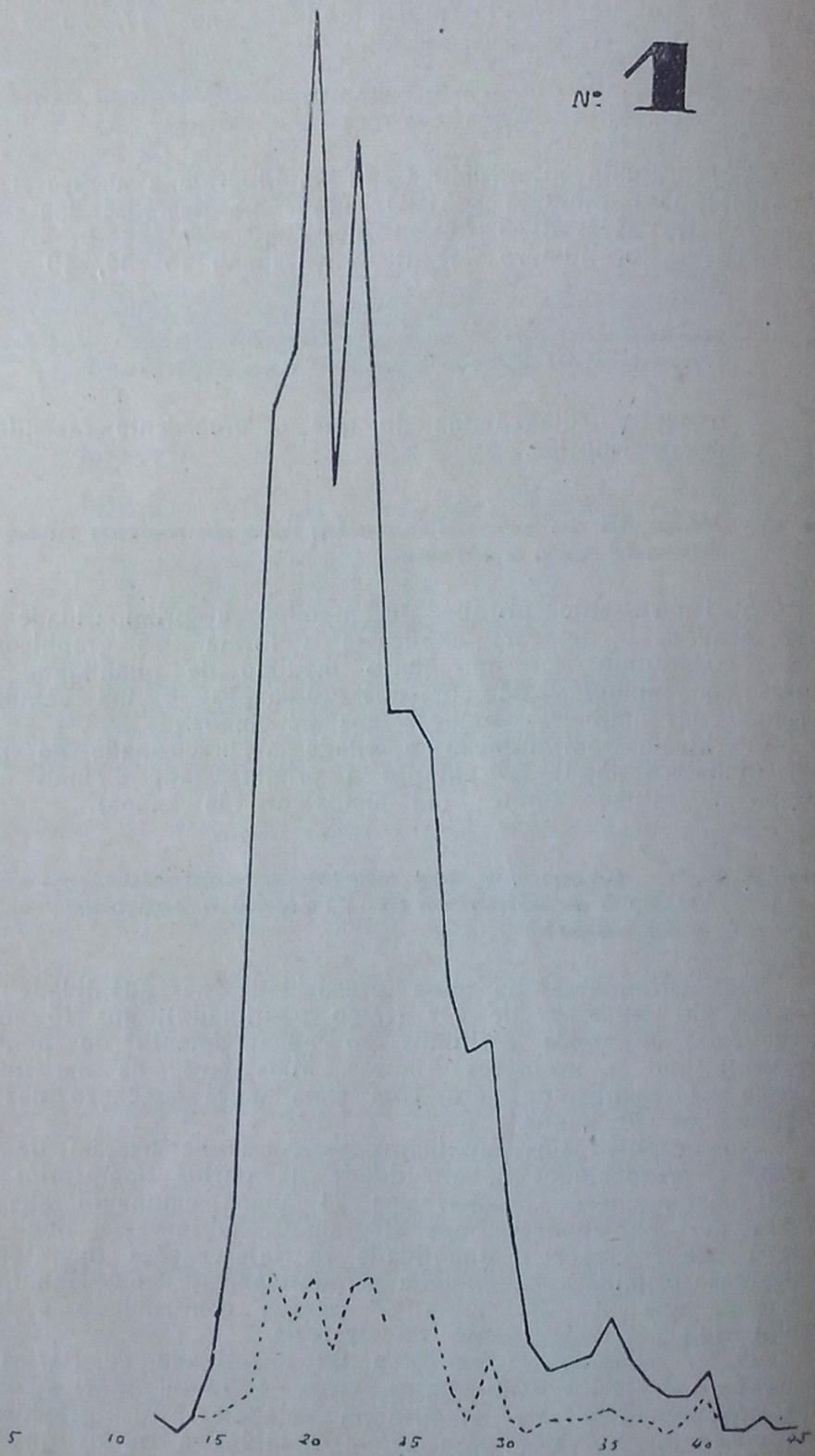
15

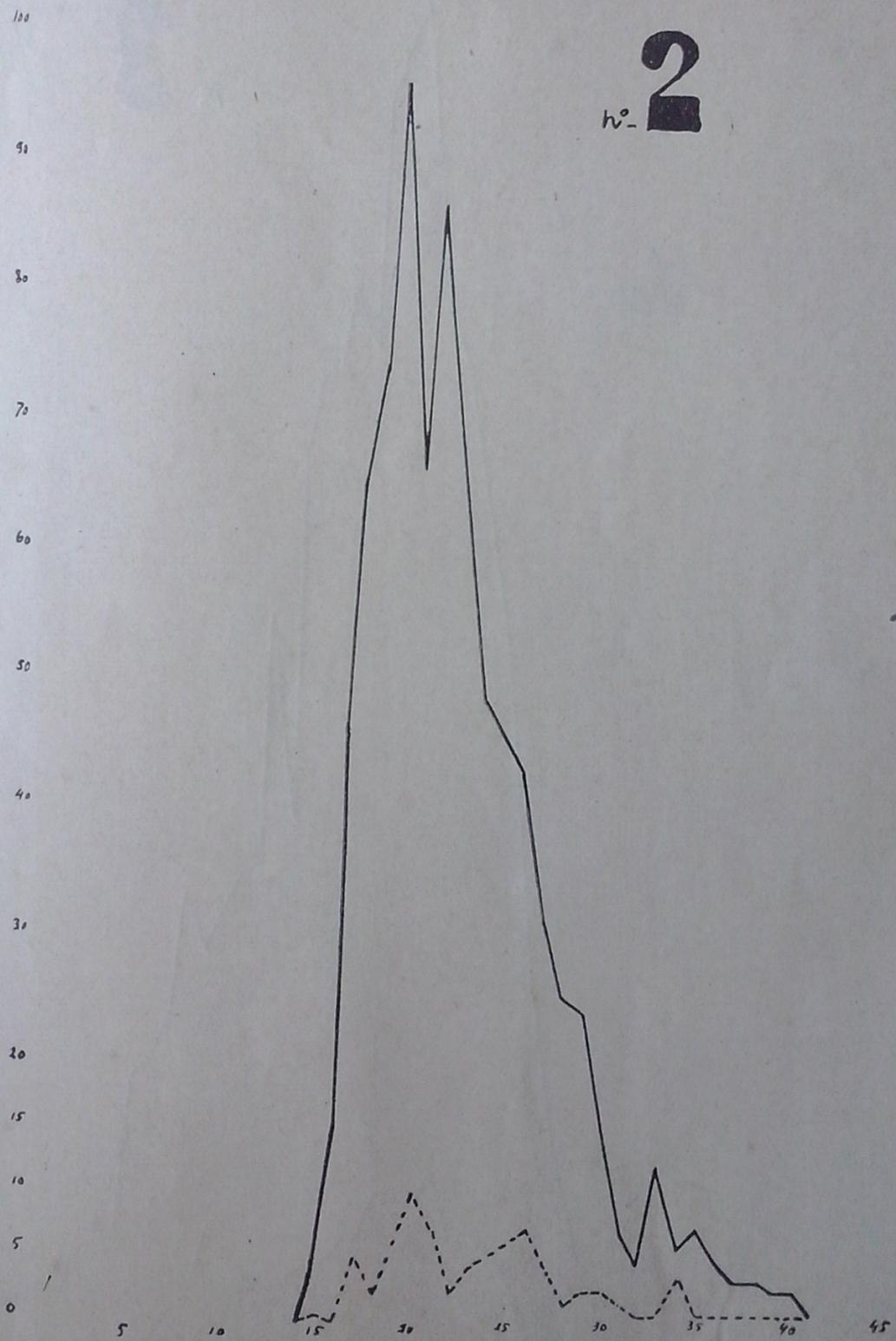
10

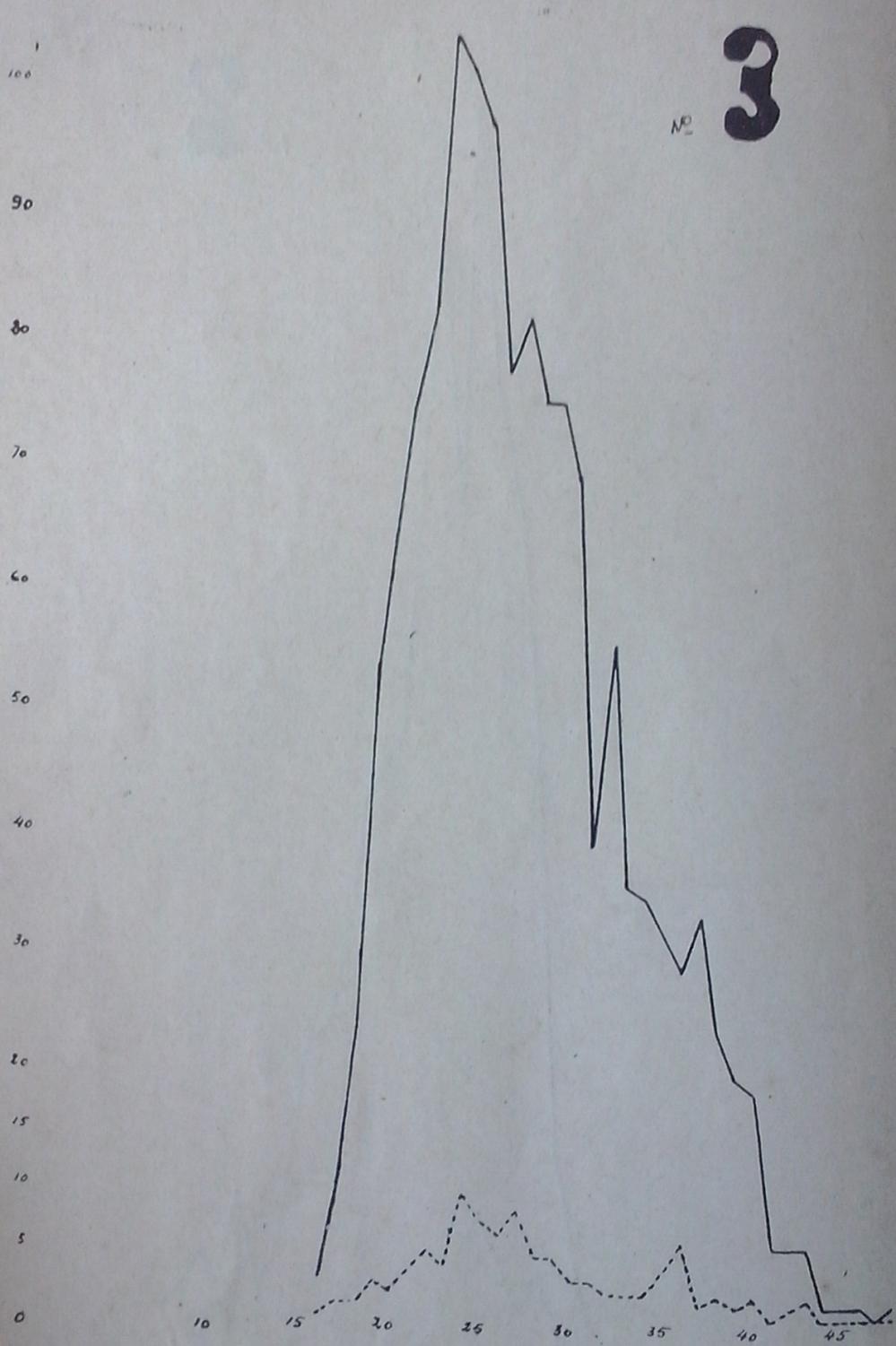
5

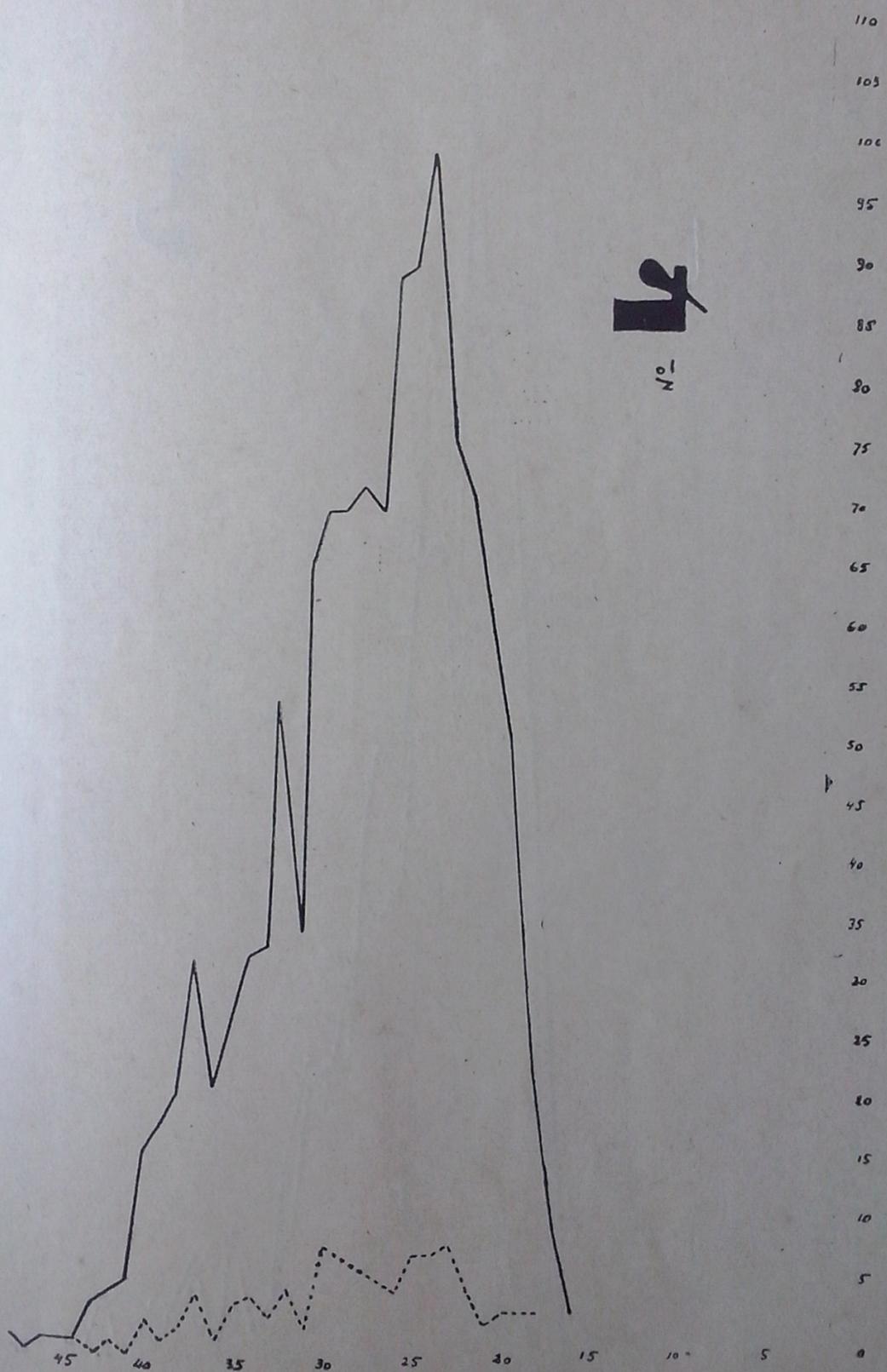
0

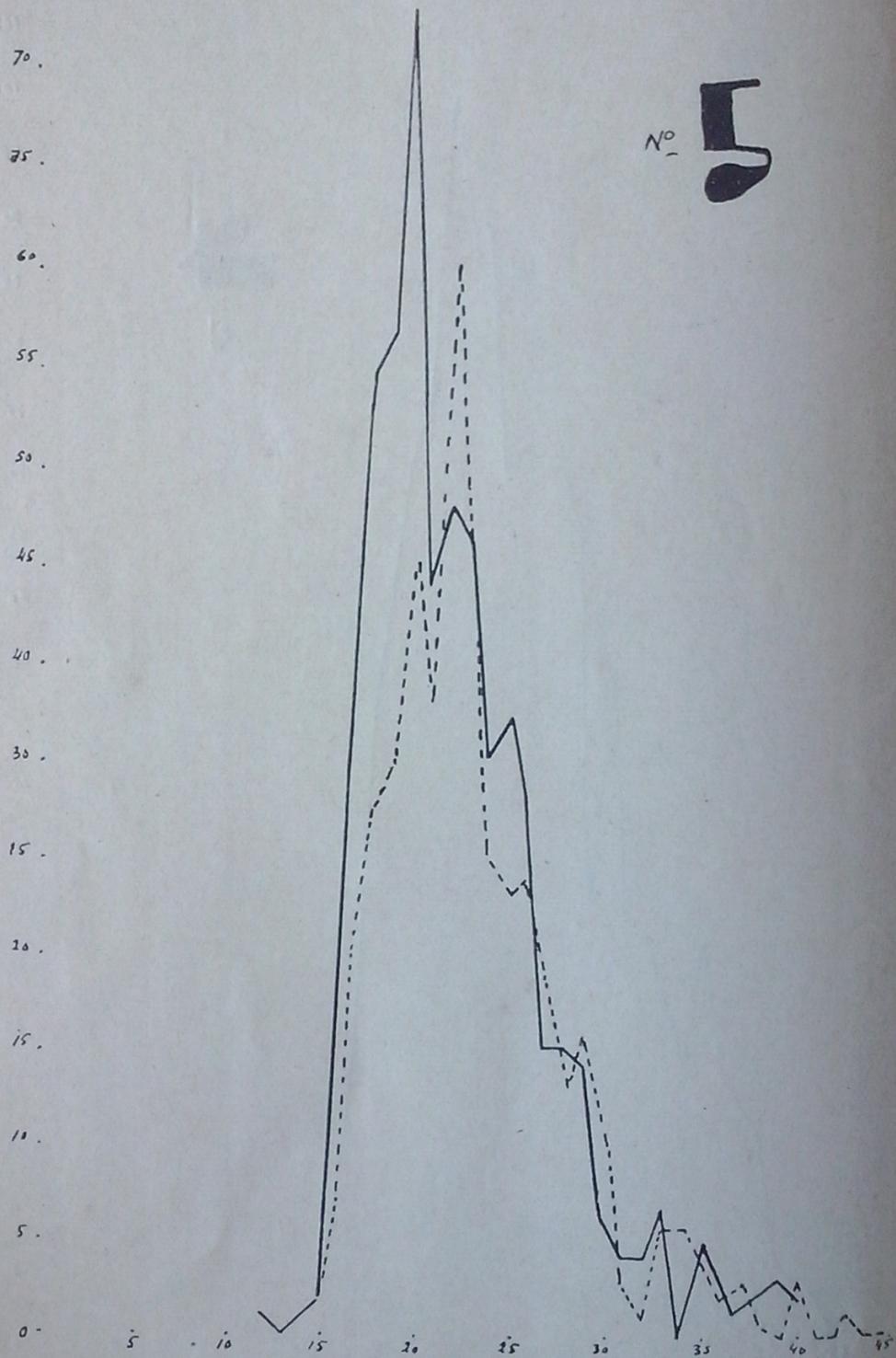
Nº 1

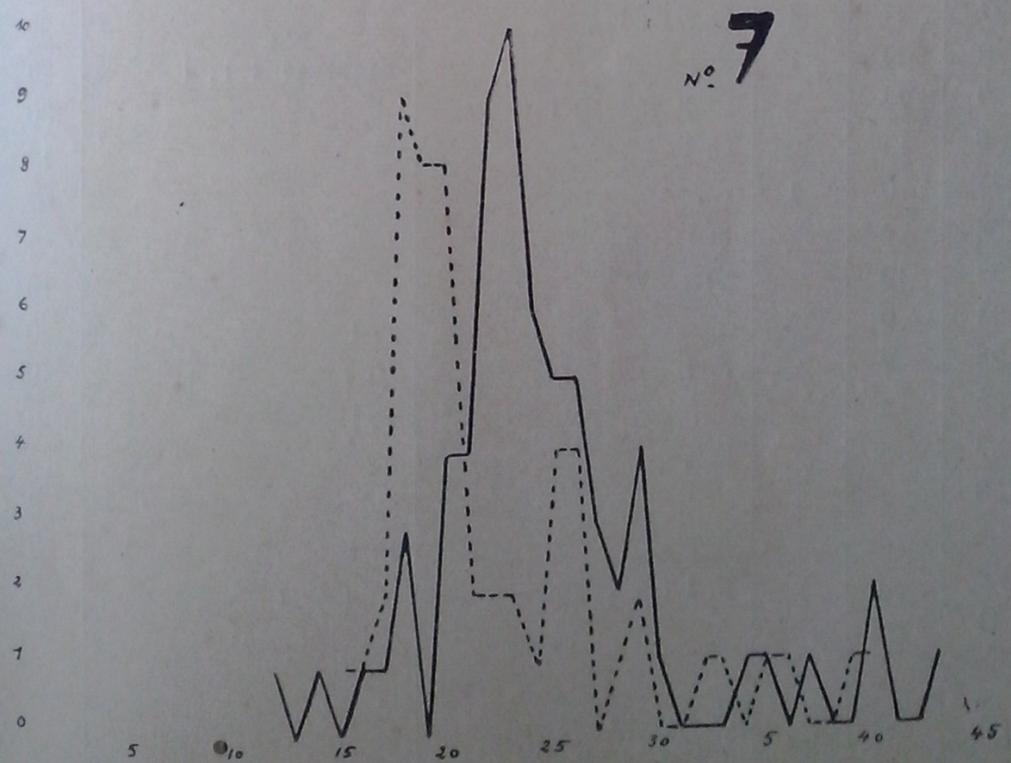
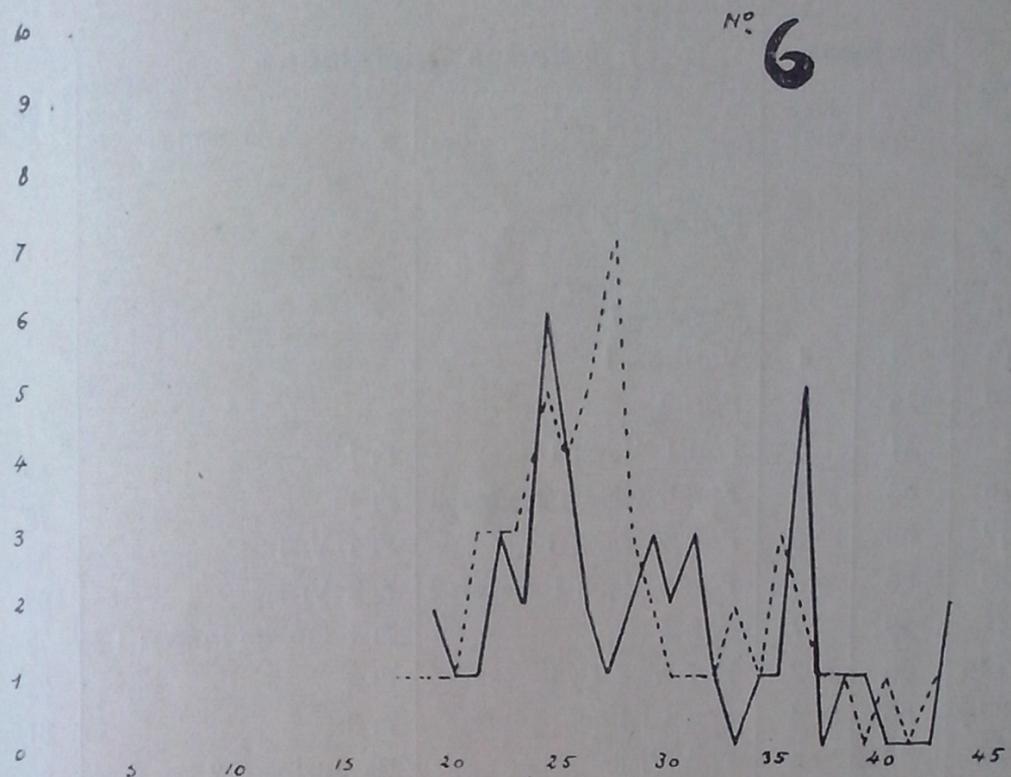












PRIMIPARAS

Edade	Partos Espontaneos		Partos Operatorios		TOTAL
	Fœto vivo	Fœto morto	Fœto vivo	Fœto morto	
12			Forceps 1		1
13					
14			Cesar.—1		1
15	3	1	Versão—1		5
16	15		For: 2		17
17	41	5	For: 1 Vers: 1	F: 1	49
18	64	2	For: 6 Cesar: 2 Vers: 3	F: 1	78
19	68	6	For: 5 Vers: 1	F: 1 V: 1	82
20	86	10	For: 6 Vers: 1 Cesar: 2	F: 2 V: 1	108
21	59	7	For: 4	F: 1 Op. de Portes: 1	72
22	85	2	F: 7 V: 1 C: 1	F: 2	98
23	65	4	F: 8 C: 1	F: 3	81
24	43	5	F: 4 V: 1	Basiotripsy: 2	55
25	40	6	F: 7 C: 2		55
26	36	7	C: 2 F: 1 V: 1	Embryotomy: 1 Basiot: 1 C: 2 F: 1	52
27	27	4	F: 2 C: 1		34
28	24	1	F: 1	Embryot: 1 F: 1	28
29	22	2	F: 4 V: 1 C: 1		30
30	13	2	C: 1		16
31	6	1			7
32	4		F: 1		5
33	12		V: 1		13
34	2	3		F: 1	6
35	7		F: 1	V: 1	9
36	4			F: 1	5
37	3		F: 1		4
38	3				3
39	2			F: 1	3
40	2		F: 1	V: 1 C: 1	5
41					
42					
43			F: 1		

MULTIPARAS

Edade	Partos Espontaneos		Partos Operatorios		TOTAL
	Fœto vivo	Fœto morto	Fœto vivo	Fœto morto	
16	3				3
17	10		Cesariana—1		11
18	20	3	Cesariana—1		24
19	48	3	Forceps—1	Forceps—2	54
20	59	3	Versão—1		64
21	69	2	Cesar.—1		
			Forceps—2		75
			For: 2		
22	71	5	Vers. 3		82
			Cesar. 1		
23	90	9	F: 2		
			V: 2		104
			V. 3		
24	82	8	F: 1	V: 4	
			C: 2	Basiotripsia: 1	101
25	81	8	F: 3	C: 1	
			V: 2	F: 1	97
				V: 1	
26	65	5	C: 2		
			V: 2	C: 1	77
			F: 2		
27	68	6	F: 6	F: 1	82
			V: 2		
28	63	7	V: 1	C: 2	75
			F: 2		
29	62	8	F: 3	F: 1	75
			C: 1		
30	57	9	V: 1	F: 1	69
			F: 1		
31	33	2	F: 3		39
			C: 1		
32	48	6	V: 1	C: 1	56
				Basiotripsia: 1	
33	31	3		V: 1	36
				V: 1	
34	28	5	V: 1	V: 1	35
			F: 2		
35	24	4	C: 1		32
			V: 1		
36	21	1	F: 3	F: 1	29
			C: 2	C: 1	
37	28	5	F: 1		34
38	20	2	C: 1	V: 1	24
39	18	1		Embryotomyia: 1	20
40	14	3	V: 2		19
41	6				6
42	4	1	V: 1		6
43	4			V: 1	6
44		1		C: 1	1
45	1				1
46	1				1
47					
48	1				1

PRIMIPARAS

(Brancas)

Edade	Parto Normal		Parto Anormal		TOTAL
	Fœto vivo	Fœto morto	Fœto vivo	Fœto morto	
12			Forceps: 1		1
13			Cesar.: 1		1
14					
15	2				2
16	6		Forceps: 1		7
17	18	2	Forceps: 1		21
18	24	1	Forceps: 2		28
			Cesar. 1		
19	28	2			30
20	32	4	Forceps: 3		40
			Versão: 1		
21	26	3	Forceps: 3	Op. de Portes: 1	35
22	44	2	Forceps: 7	Forceps: 2	55
23	27	3	Forceps: 8	Forceps: 2	40
24	18	1	Versão: 1		
			Forceps: 4	Basiotrip.: 1	25
25	17	1	Forcops: 4		23
			Cesar.: 1		
26	15	4	Cesar.: 2	Embryotom.: 1	24
				Basiotrip.: 1	
				Forceps: 1	
27	14	2	Forceps.: 2		19
			Cesar.: 1		
28	11		Forceps: 1	Embryotom.: 1	13
29	11	1	Forceps: 3		16
			Versão: 1		
30	8	1	Cesar.: 1		10
31	3				3
32	1				1
33	6				6
34	2	3		Forceps: 1	6
35	3		Forceps: 1		4
36	2				2
37	2		Forceps: 1		3
38	1				1
39					
40	1		Forceps: 1	Versão: 1	3
41					
42					
43			Forceps: 1		1

PRIMIPARAS

(De côn)

Idade	Parto Normal		Parto Anormal		TOTAL
	Feto vivo	Feto morto	Feto vivo	Feto morto	
15	1	1	Versão: 1		3
16	9		Forceps: 1		10
17	23	3	Versão: 1	Forceps: 1	28
			Versão: 3		
18	40	1	Forceps: 4	Forceps: 1	50
			Cesariana: 1		
19	40	4	Forceps: 5	Forceps: 1	52
			Versão: 1	Versão: 1	
20	54	6	Forceps: 3	Forceps: 2	68
			Cesar: 2	Versão: 1	
21	33	4	Forceps: 1	Forceps: 1	39
			Versão: 1		
22	41		Cesar: 1		43
23	38	1	Cesar: 1	Forceps: 1	41
				Basiotripsia: 1	
24	25	4	Forceps: 3		30
			Cesar: 1		
25	23	5	Forceps: 3		32
			Cesar: 1		
26	21	3	Forceps: 1	Cesar: 2	28
			Versão 1		
27	13	2			15
28	13	1		Forceps: 1	15
29	11	1	Forceps: 1		14
			Cesar: 1		
30	5	1			6
31	3	1			4
32	3		Forceps: 1		4
33	6		Versão: 1		7
34					
35	4			Versão: 1	5
36	2			Forceps: 1	3
37	1				1
38	2				2
39	2			Forceps: 1	3
40	1			Cesar: 1	2
41					
42					
43					

Total dos Partos anormaes. 53
 " " normaes 452
 " " normaes com fœtos vivos. 414
 " " " " " mortos 38
 " " " " em mulheres pretas 505
 " " " " operatorios com fœto vivo 36
 " " " " " morto 17
 " " fœtos mortos em 505 casos 55

• Forceps : 30 (casos fataes : 10)
 Cesaria.: 10 (casos fataes : 3)
 Versão : 11 (casos fataes : 2)

MULTIPARAS

(Branca)

Edade	Parto Normal		Parto Anormal		TOTAL
	Fœto vivo	Fœto morto	Fœto vivo	Fœto morto	
14					
15					
16	1				1
17	6				6
18	8				8
19	20		Forceps: 1	Forceps: 1	22
20	18	2	Cesar: 1		21
21	21			Versão: 1	22
22	27	2	Forceps: 1		32
			Versão: 2		
23	24	4	Versão: 1	Forceps: 1	30
			Versão: 2	Basiotr.: 1	
24	30	4	Cesar: 2	Versão: 1	40
				Cesar: 1	
25	31	4	Forceps: 2	Versão: 1	39
			Cesar: 1		
26	28	3	Versão: 1		33
			Forceps: 1		
27	31	3	Forceps: 1		35
			Forceps: 1		
28	34	3	Versão: 1		39
			Forceps: 2		
29	25	3	Cesar: 1		31
			Versão: 1	Forceps: 1	
30	29	2	Forceps: 3		33
				Cesar: 1	
31	21	1			25
				Versão: 1	
32	25	2			28
				Forceps: 2	
33	15	2			17
				Cesar: 1	
34	15	4	Versão: 1		20
			Forceps: 1		
35	14	1			16
				Versão: 1	
36	7	1	Forceps: 2	Forceps: 1	13
			Cesar: 1		
37	18	5			23
				Versão: 1	
38	12	1			14
				Embryot.: 1	
39	11	1			13
				Cesar: 1	
40	10	2	Versão: 1		13
				Versão: 1	
41	4				4
				Cesar: 1	
42	2				2
				Versão: 1	
43	2				4
				Cesar: 1	
44		1			1
				Versão: 1	
45	1				1
				Cesar: 1	
46	6				1
				Versão: 1	
47					1
				Cesar: 1	
48	1				1

MULTIPARAS

(De côn)

Edade	Parto Normal		Parto Anormal		TOTAL
	Fêto vivo	Fêto morto	Fêto vivo	Fêto morto	
16	2				2
17	4		Cesar: 1		5
18	12	3	Cesar: 1		16
19	28	3	Versão: 1	Forceps: 1	32
20	41	1	Forceps: 2		43
21	48	2	Forceps: 1	Versão: 1	53
22	44	3	Cesar: 1		50
			Versão: 1		
23	66	5	Versão: 2		74
			Forceps: 1		
24	52	4	Forceps: 1	Versão: 3	61
			Versão: 1		
25	50	4	Forceps: 1	Forceps: 1	58
			Versão: 2		
26	37	2	Forceps: 2		44
			Versão: 1		
			Cesar: 1		
27	37	3	Forceps: 4	Forceps: 1	47
			Versão: 2		
28	29	4	Forceps: 1	Cesar: 1	35
			Forceps: 1	Forceps: 1	
29	37	5			44
30	28	7			36
31	12	1			14
32	23	4	Versão: 1		28
33	16	1		Basiotripsia: 1	19
34	13	1		Versão: 1	15
				Versão: 1	
35	10	3	Forceps: 1		16
			Cesar: 1		
			Versão: 1		
36	14		Cesar: 1		16
37	10		Forceps: 1		11
38	8	1	Forceps: 1		10
39	7		Cesar: 1		7
40	4	1	Versão: 1		6
41	2				2
42	2	1			4
43	2		Versão: 1		2

REVISTA DE **GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA**

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

*Agentes em S. Paulo e Bello Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Bello Horizonte — Rua Bahia, 919*

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos **Collegas** comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

O balanço da drenagem na infecção puerperal, pelo Dr. VICTOR LACOMBE	137
NOTAS TERAPEUTICAS:	
a) Cibalbumina	165
b) Contribuição á pharmacologia dos reflexos de posição e do labyrintho	167
c) O brometo de sodio em gastro-therapeutica	170
d) O Klimatkon na pratica gynecologica	170
BIBLIOGRAPHIA — Diagnóstico bioquímico da gestação, por F. Carreras. — Rev. Med. de Barcelona, n. 27 — Março de 1926	
Resumo do Registo da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	172
Petite Revue	173
	174

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
 DA
 FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
 A CARGO DO
 Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE FEVEREIRO E MARÇO DE 1927

Partos naturaes :

Em O I E A	188
Em O I E P	7
Em O I D P	40
Em O I D A	52

Desprendimentos :

Em O P	247
Em O S	40
Apresentações de face	2
Apresentações de nadegas	9
Applicação de forceps	6
Versões	3
Cesarianas	4
Basiatripia	1

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	111
Gestantes antigas	196

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{ qualitativos	25
		4
		4
Pesquisa de treponema		1
Dosagem de uréa no sanguè		1
Escarro : pesquisa do bacillo de Koch		3
Exudato vaginal		1

Dr. Octacilio Rolando.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENO DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director.

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919

Correspondente em Recife: Dr. Caldas Bivar — Rua da Aurora, 1285

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos
Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível
fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Ligeiras considerações sobre a cesariana segmentar transperitoneal, pelo Dr. OCTACILIO ROLINDO	175
Clinica e prophylaxia das psychoses puerperaes, pela Dra. JOANNA LOPES	180
NOTAS THERAPEUTICAS: — Sobre a applicação em pediatria dos productos Plasmon, pelo Dr. CALAZANS LUZ	197
As bronchites sob o ponto de vista therapeutico, pelo Dr. N. QUENÉE	205
Resultado colhido com Nitro-scleran, pelo Dr. ERICH ZIMMERMANN	206
BIBLIOGRAPHIA: — «Révue Medicale de Louvain», «Gynecologia Polska», «Révue Française de Gynecologie e d'Obstetrique», «Novos estudos sobre a malaria»	208 a 212
Resumo do Registo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	213
Petite Revue.	214

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Ligeiras considerações sobre a cesariana
segmentar transperitoneal (*)

PELO

Dr. Octacílio Rolindo

Assistente da Clínica Obstétrica da Fac. de Medicina
do Rio de Janeiro

A via de acesso segmentar para o parto abdominal, não constitue uma novidade para os parteiros, pois sua origem data de uma época remota, a chamada era pré-aseptica. Indicada por Jörg em 1806, foi posta á margem em consequencia dos insucessos praticos, e retomada em 1907 por Franck.

Dois methodos, o extra-peritoneal e o transperitoneal, foram preconisados por uns e por outros, enriquecidos pouco a pouco com modificações e novas technicas, que ficaram ligadas na extra-peritoneal, nos nomes de Kustner, Dorderlein, Franck e Sellheim e Kronig.

Nesta occasião procuravam uma resolução melhor para as cesarianas tardias, porque as estatísticas, principalmente extrageiras, referentes á cesariana classica, tardia, eram assustadoras.

Em quanto isso o Prof. Fernando Magalhães, com sua technica original de protecção do peritoneo, por meio de lencões de borracha, drenagem do ventre e drenagem prophylatica da cavidade uterina pelo dreno de Mouchotte, conseguiu baixar a cifra da mortalidade da cesariana tardia a 4,03% em 124 casos pessoaes, da clínica civil e hospitalar, conforme publicação feita na Revista de Gynecologia e Obstetricia, no 2º semestre de 1923, em contraste com Williams que apresentava um resultado de 12%.

O resultado precario da cesariana classica, tardia, deu ensejo ao largo emprego dos novos methodos, extra e transperitoneal, sendo que o segundo parece ter subrepujado o primeiro.

Aqui entre nós, além dos que foram praticados em S. Paulo pelo Prof. Bríquet, começou o Prof. Fernando de Magalhães a praticá-lo com todos os seus Assistentes, quer no hospital Pró-Matre quer na Maternidade do Rio de Janeiro, com resultados bastante surpreendentes.

Grande numero dos casos são de intervenções tardias; parturientes com longas horas ou dias de trabalho, ruptura da bolsa d'água, outras em que os toques vaginaes eram feitos em más condições de asepsia, e outras, mesmo depois de terem sofrido varias tentativas operatorias transpelvianas, fóra da clínica.

A técnica que correntemente empregamos nas Maternidades a cargo do Prof. Fernando de Magalhães e na clínica civil, é a de Kronig, e é de uma grande simplicidade.

Para melhor orientação didática de sua técnica e algumas referências, iniciaremos pelo preparo da parturiente.

O preparo da parturiente nada apresenta de particular, pois, é o mesmo como se tratasse de qualquer laparotomia, sendo particularmente indispensável o esvaziamento da bexiga, pelo cateterismo, visto como a intervenção tem de descolar o reservatório urinário do segmento inferior do útero.

A narcose deve ser pelo ether ou pela rechianestesia, a não ser indicação especial para outra.

Anestesiada a parturiente, é conduzida à mesa operatória, preparado o operador e seus auxiliares, sendo um para o campo operatório e outro para receber o recém-nascido.

Faz-se a asepsia da parede abdominal e dispõem-se os campos, collocando-se a paciente em pequeno Trendelenbourg. Começamos então o primeiro tempo cirúrgico, por uma incisão na linha mediana partindo de 1 ou 2 cms. abaixo da cicatriz umbilical, até o bordo superior da symphise pubiana abrindo-se assim a cavidade abdominal. Convém praticar a incisão com certa cautela para não ferir o útero ou a bexiga incompletamente vasia, visto esta parede abdominal apresentar frequentemente uma diminuição de espessura pela distensão da gravidez.

Todos os cirurgiões que temos visto operar se collocam do lado direito da operanda, com tudo o dr. Oliveira Motta fez a essa regra geral, e se coloca do lado esquerdo da paciente, e começa a incisão do pube para a cicatriz, sentindo-se assim muito mais a gosto, o que parece razoável.

Aberta a cavidade peritoneal coloca-se um afastador de Doyen ou de Gosset, com o fim de fazer campo operatório e em seguida isola-se a cavidade abdominal, introduzindo-se uma ou duas compressas grandes entre a parede e o útero, incisa-se, em seguida, uma prega paritoneal feita pelo pinçamento desta serosa, aumenta-se esta incisão para a direita para a esquerda, descola-se a serosa para cima e para baixo em uma extensão de 10 a 12 cms., o que se consegue com a

maxima facilidade, graças ao phenomeno de embebição gravídica.

Desnudada assim a serosa que recobre o segmento inferior do utero, incisamos a sua musculatura com um bisturi em uma extensão de 10 a 13 cms. com precaucao para não ferir o feto, abrindo-se assim o ovo.

Em seguida procede-se á extracção do feto. No caso de ser a apresentação pelvica ou cormica a apprehensão de um pé é o bastante para o extrahir.

Na apresentação cephalica quasi sempre é necessario o uso de manobras para trazer a face do feto em relação com a ferida segmentaria, o que se obtém introduzindo-se a mão na cavidade uterina, collocando um dedo na boca do feto e trazendo assim a face para a ferida uterina, e em seguida procede-se a applicação de forceps com a curvatura pelveana voltada para cima com o fim de se extrahir a cabeça através da ferida segmentar.

Este modo de extracção pode ser feito com qualquer forceps, com um ramo do mesmo instrumento exercendo o papel de alavanca, com a alavanca de Sellheim, com a propriâ mão do operador que a introduz entre o crâneo e a parede uterina indo deste modo collocar a mão espalmada no occiput e com o fim de flexionar a cabeça fetal e a deixar se desprendere através da ferida segmentar.

Aconselha-se para facilitar a extracção da cabeça mandar um auxiliar introduzir a mão pela vagina e recalcar a apresentação para a incisão operatoria, afastando deste modo, muita vez o auxilio do forceps ou da alavanca.

Essa manobra é sobretudo aconselhável, quando a cabeça se acha fixa ou insinuada no estreito superior.

A escolha dos meios citados para auxiliar a extracção do polo cephalico, está na dependencia das modalidades clínicas: apresentação pequena ou volumosa, falsa insinuação etc..

Terminado este tempo passamos ao desprendimento das espaduas, bastando para este fim uma rotação externa do polo cephalico para a direita ou para a esquerda, oferecendo assim o diametro bi-acromial ao diametro longitudinal da abertura do segmento inferior, e o resto da extracção se fará sem dificuldades.

Há quem aconselhe fazer incisão da parede muscular do segmento inferior no sentido transversal e de forma curvilínea, olhando a concavidade para baixo, como foi publicado num artigo recentissimo na *Surgery Gynecology and Obstetrics* em 1 de Julho de 1926 pelos obstetras Munro Kerr e Assistente James Hendry da clinica Obstetrica da Universidade de Glasgow, com o fim de não estender a ferida segmentar á porção corporal do utero durante a extracção do feto, como os quatro casos de Wolff, Franz, Fruend e Baisch.

Libertado o feto da matriz, o cordão umbelical é pinçado e seccionado. Uns procedem logo á retirada da placenta, outros a deixam na cavidade uterina e terminam a operação, esperando o secundamento natural. Este segundo modo de proceder pode trazer complicações em virtude da necessidade de retirar a placenta manualmente, podendo forçar a sutura recente e favorecer a contaminação da ferida operatoria após ter a mão atravessado uma região de condições precárias de asepsia.

Terminado o esvaziamento do utero, procedemos á reconstituição da intervenção, suturando a parede do segmento uterino, em dois planos, a chuleio de catgut nº 2, sendo que o segundo plano sepulta o primeiro.

Em seguida faz-se a peritonisação repondo a bexiga em seu sitio normal e suturando a serosa com catgut nº 1, em chuleio tendo o cuidado de empregar nesta sutura outra agulha diversa da sutura segmentar.

Da recomposição operatoria depende muita vez o bom exito da intervenção, pois temos observado algumas vezes a abertura da ferida uterina em consequencia do afrouxamento ou ruptura dos pontos, expondo assim a cavidade uterina á cavidade peritoneal.

As suturas perdidas podem ser feitas com fio absorvivel ou não absorvivel, porem suportando mal o organismo os fios não absorviveis e querendo dar a certas suturas uma maior garantia de resistencia, pode-se empregar o fio de linho e catgut chromado que são fios cuja absorção se faz mais lentamente.

Acho que com o fim de dar mais segurança ás suturas da musculatura uterina o emprego do fio de linho nº 3, em chuleio e de quando em vez interrompido, não afrouxando a sutura quando algum nó se desfizer evita a má cicatrização, hematomas, hemorragias ou adherencias que futuramente possam perturbar os partos posteriores.

A peritonisação se fará de modo preferido com catigut n. 1.

O prof. Oliveira Motta acha razoavel esse modo de proceder e já o emprega em sua clinica.

No serviço do prof. Werneck, na Maternidade de Belo Horizonte estas precauções estão sendo postas em pratica como se pode verificar no artigo do Doutorando Pericles da Silva Pereira, publicado na Revista de Gynecologia e Obstetricia mez de Agosto do corrente anno.

Terminada a peritonisação retiramos as compressas que isolam a grande cavidade peritoneal e em seguida a valvula, fechando a parede abdominal como em qualquer celiotomia.

Depos de ter operado varias parturientes quer pela cesariana classica (corporal) quer pela cesariana segmentar transperitoneal, e observado cuidadosamente os casos dos meus distintos collegas, e sendo grande o numero de casos considerados, acho incontestavelmente esta muito superior a corporal.

Comparando estas duas technicas, a segmentar apresenta as mesmas indicações e é de facil execução, podendo ser praticada por todos, bastando para isso «estar senhor da região anatomica; utero immovel», ha sua situação normal, operação rapida e esvaziamento facil.

A cavidade peritoneal fica sem duvida mais protegida. Visto a abertura do utero se fazer na parte passiva do orgão, os bordos da incisão ficam mais adaptados do que na porção corporal visto esta estar mais sujeita ás contrações e em consequencia melhor cicatrização, restricção da extensão da ferida operatoria, devido a involução ser mais rapida e o valioso meio de protecção pela peritonisação e reapplication da bexiga sobre a incisão segmentar, garantindo até certo ponto contra infecção peritoneal.

Após a intervenção apresentam constantemente as puerperas um bom estado geral; raramente são acometidas de shock, reação peritoneal, dilatação aguda do estomago, meteotismo e dores abdominaes.

O periodo post operatorio é pois differente daquelle que se observa constantemente na cesariana corporal, muitas vezes o silencio abdominal é completo trazendo assim condição indispensavel para o bom restabelecimento.

Frequentemente o puerperio se apresenta febril, oscillando a temperatura em 39,5 e 37,5 a de curta duração, pois essas intervenções são quasi sempre executadas em casos considerados impuros, visto não termos até hoje organisação obstetrica, e muitas das quaes tem o pulso e a temperatura elevada na occasião da operação.

O prognostico materno é muito satisfatorio, bastando para isto confrontar as estatisticas.

Na cesariana corporal: William 12% de mortalidade materna. Prof. Fernando de Magalhães 4,03% (1923).

Na cesareana segmentar transperitoneal: Kustener 1 morte para 112 casos. Maternidade de Glasgow 0% em 82 casos oportunos e 4 mortes em 25 casos em que fizeram applicações forceps em domicilio.

Quanto ao exito referente ao feto, está exclusivamente ligado a oportunidade operatoria.

Das complicações futuras que possa trazer a intervenção, nada poderei dizer por falta de observações, apenas transcrevo os resultados trazidos em um artigo da *Surgery Gynecology and Obstetrics*, que em 17 casos operados pela 2.^a vez pela mesma intervenção não observaram nem siquer vestigios de cicatriz anterior.

Deante da superioridade observada na cesariana segmentar, acho que todas as vezes que houver necessidade de parto abdominal, será essa technica preferida á cesareana classica corporal.

RESUMO DO REGISTRO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE ABRIL DE 1927

Partos naturaes :

Em O I E A	78
Em O I D P	8
Em O I D A	10
Em O I E P	7

Desprendimentos :

Em O P	97
Em O S	6
Applicação de forceps	5
Cesarianas	2
Versões	4
Abortos	6

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	108
Gestantes antigas	87

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{ qualitativos	23
		8
		8
Exames de sangue	{ Dosagem de uréa	7
		1
		1
Exame bacteroscopico de corrimento vaginal	Pesquisas do hematosoario de Laveran	2
	Exame de escarro	1

Dr. Octacilio Rolindo.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Orgão oficial da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil

Gerente: BRENC DE MATTOS.

Toda a correspondencia da Redacção e Administração deve ser enviada ao director

— EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 DA TARDE —

ASSIGNATURA ANNUAL:

Brasil. 20\$000 — Exterior. 22\$000 — Número avulso 2\$000

Agentes em S. Paulo e Belo Horizonte: A ECLETICA. — S. Paulo — Rua Boa Vista, 24.
Belo Horizonte — Rua Bahia, 919

Correspondente em Recife: Dr. Caldas Bivar — Rua da Aurora, 1285

NOTA: — Sendo a expedição da Revista feita com toda a regularidade, rogamos aos
Collegas comunicar a mudança de seus endereços, por não nos ser possível
fornecer exemplares além dos que expedimos.

SUMMARIO

Hemangioma cavernoso da mamma, pelo Dr. OSWINO ALVARES PENNA.	215
---	-----

NOTAS THERAPEUTICAS:

A therapeutica das affecções articulares com o "Yatren-Caseina" pelo Dr. STEFAN WEICHERZ	240
O "Sedobrol" como tratamento habitual nas psychoses habituas, pelo Dr. VIOLET.	246

BIBLIOGRAPHIA:

"Principios biologicos no tratamento do myoma uterino", pelo Prof. Max Henkel; "Influencia do carcinoma uterino nas judias", por Alec Horwitz; "O sistema nervoso vegetativo em relação com as doenças abdominaes", por John Fraser; "Prolapso da urethra das meninas", por Thomas N. Pepburn	248 a 254
---	-----------

Resumo do Registo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	255
Petite Revue.	256

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE MAIO DE 1927

Partos naturaes	75
---------------------------	----

Desprendimentos :

Em O S	4
Em O P	71
Applicaçao de forceps	2
Grande extracção	2
Cesariana segmentar transperitoneal	1

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	123
Gestantes antigas	80

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{	quantitativos	4
		qualitativos	16
		microscopicos	5

Exames de sangue	{	Pesquisas do hematosoario	
		de Laveran	1
		Dosagem de uréa	1

Exames cyto bacteroscopicos :

Corrimento vaginal	2
------------------------------	---

Exame de escarro :

Pesquisa do bacillo de Koch	1
---------------------------------------	---

Dr. Octacilio Rolindo.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Tres casos de nó no cordão umbelical

PELO

Dr. Virgílio de Aguiar

Da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Santos.

1.ª Observação:

Joaquina G., Portugueza, branca, de 35 annos, solteira, entrou na Maternidade a 10 de Outubro de 1924 em trabalho de parto a termo, periodo expulsivo; a apresentação era de espadua direita e trazia procidencia de braço e cordão,

Informou catamenio aos 16 annos, sendo depois normalmente regrada: a não ser ligeira gripe em 919 gosou sempre boa saúde.

Teve 2 filhos a termo, naturalmente, sendo um morto; teve 2 abortos de 2 a 3 meses; gestações normaes, bem como a actual.

A pelvimetria externa deu:

S. P. E. — 20

B. E. — 23

B. C. — 28

A ausculta fetal era negativa.

Anesthesia geral pelo Chloroformio e versão por manobras mixtas.

Secundamento manual. Feto masculino, nato-morto macerado ás 7 horas da manhã do mesmo dia da entrada da parturiente.

O feto tinha uma circular ao pescoço; havia um aper-

tado nó ao meio do cordão, que media 108 centimetros.

A placenta era volumosa e o cordão violaceo; o feto além da maceração tinha aspecto vultuoso.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA
DA
FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO
A CARGO DO
Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE JULHO DE 1927

Partos naturaes	63
---------------------------	----

Cesarianas transperitoneal de Krönig	5
Forceps	4
Versão	1
Embriotomia	1
Curetagem	1

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	101
Gestantes antigas	79

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina {	quantitativos	5
	qualitativos	2
	microscopicos	4

Sangue : dosagem de uréa	1
------------------------------------	---

Dr. Octacilio Rolindo.

