

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

ESTUDO CLINICO

E INTERVENÇÃO CIRURGICA PRECOCE
NAS OCCULTAS LESÕES ENCEPHALO-CRANIANAS
DO RECENTE NASCIDO

PELO

DR. JOÃO PEREIRA DE CAMARGO

Livre-Docente, por concurso, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
Inspector Sanitário, por concurso, do Departamento Nacional de
Saude Pública. — Assistente da Pro-Matre.

(CONCLUSÃO)

CAPITULO VIII

TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES EM FÓCO CRA- NIO-ENCEPHALICAS FETAES

Feito o diagnostico preciso ou approximado da lesão do cérebro fetal, ou da região subtentorial, pela symptomatologia clínica mascarada ou evidente syndrome eminent, urge procurar o cirurgião a via de accesso ao fóco provavel da lesão.

E isso não se fará sem um profundo conhecimento topographico cranio-encefalico não só do adulto, mas do pouco desenvolvimento e da contextura delicadissima dos tecidos encephalo-cranianos do feto, requerendo do cirurgião uma technica especializada.

E, o operador, habituado embora á pratica da trepanação no adulto, ás suas difficuldades e ás suas vicissitudes, á delicadeza de intervenção, terá, em primeiro logar, para sentir as diferenças existentes na technica da trepanação do adulto e do feto, as suas particularidades e nuances, forrar-se ainda mais da redobrada paciencia, delicadeza na habilidade mānuál, e uma pratica exhaustiva da operação no cadaver fetal, antes de operar *in vivo*. Digo pratica exhaustiva, porque só assim é que se poderá sentir da delicadeza do meio em que se trabalha e sobretudo da fragilidade dos tecidos tenros e imaturos.

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE ABRIL DE 1929

Partos naturaes	58
Forceps	2
Cesariana.	1

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	123
» antigas	24

Movimento do Laboratorio :

Fezes	{	Amebas.	1
		Pesquisa de ovos de parasitas	1
		Bacillo de Kock	1
Urina	{	Qualitativo	2
		Quantitativo	2
		Microscopico.	4
Sangue	{	Cultura microbiana	1
		Contagem especifica	1
		Pesq. de hematosoario de Laveran.	1
		Dosagem de uréa	1
Liquido cefalo racheano R. Wassermann		1	
Corrimento vaginal — Exame bacteroscopico		1	

DR. OCTACILIO ROLINDO.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Esvasiamento extemporaneo do utero pelo processo de Delmas

pelo

DR. A. AGUINAGA

Chefe do Serviço de Gynecologia do Hospital de S. Francisco de Assis.

Quando li a communicação de *Delmas*, não foi bôa a impressão que tive, porque pareceu-me ser um processo que se prestava a desastres.

Mas, dado o nome que o apresentava, as observações apparecidas, e não gostando de formar juizo do que não toca ao absurdo sem conhecimento por experientia propria, tive occasião de empregal-o duas vezes, com intervallo de dias apenas, e, por me parecerem de indicação a mais precisa, resolví publical-os.

B. P. P. branca, brasileira, casada, 38 annos de idade, entra para o meu serviço de Obstetricia no Hospital S. Francisco de Assis em 8-4-1929, justamente porque sendo examinada no ambulatorio, julgaram necessitar de assistencia constante.

Multipara, com passado obstetrico normal, diz estar no 8.^o mez da setima gestação (U. R. em fins de Agosto de 1928). Ha um mez notando os membros inferiores edemaciados, e certa dificuldade na respiração, consultou um clinico que constatou, pelo exame da urina, perda de albumina, aconselhando regime e medicação. Peiorou apezar d'isso, sobretudo nos dois ultimos dias quando, indo ao nosso ambulatorio, foi internada imediatamente.

Verificou-se haver edema pronunciado, não só dos membros inferiores como de toda a parede do ventre, dyspnea, tachycardia e pressão arterial a 23-12 1/2 (Pachon).

Fundo do utero a 26 cent. do pubis, dorso á esquerda, foco á esquerda, no nível da linha umbilical.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

Centenario da Academia Nacional de Medicina.

Esta Revista vem consignar aqui o seu apoio ás homenagens justamente tributadas a mais alta corporação científica deste Paiz por occasião do centenario da sua fundação. Dentro os varios congressos reunidos no Rio de Janeiro para festejar tal acontecimento, dois delles interessaram de perto aquelles que praticam a nossa especialidade: o sul americano de Eugenia e Xº Medico Brasileiro. No primeiro foram discutidas questões de alto valor social e delle esperamos os melhores resultados. Como assumpto de palpítante interesse nacional, a eugenia, merece por parte dos parteiros toda attenção. Lamentamos, dado o espaço restricto desta Revista, não podermos dar conhecimento aos nossos leitores de maiores detalhes, que tiveram porém, como era de desejar, ampla divulgação na imprensa leiga, visto o problema attingir tambem todas as classes sociaes. Do segundo congresso acima referido, a secção de Obstetricia e Gynecologia, presidida pelo Prof. Fernando Magalhães, pelo seu aspecto technico exclusivo, daremos neste numero a publicação das actas das referidas sessões. A partir do proximo numero começaremos então a publicação dos trabalhos apresentados.

Cesariana Vaginal em caso de Toxemia Gravidica^(*)

PELO

DR. ARNALDO DE MORAES

Livre-Docente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina
do Rio de Janeiro.

OBSERVAÇÃO

Senhora S., branca, brasileira, 29 annos, casada.

Anamnese — Antecedentes hereditarios: Menstruada pela primeira vez aos 15 annos, casou-se aos vinte. Teve tres gestações a termo, terminadas por partos espontaneos; puerperios apyreticos; no post-partum do terceiro parto, por mim assistido, houve forte hemorrágia, levando o pulso a 100, estado lipothymico, o que cedeu pela expressão do utero para seu esvaziamento de coalhos, massagem uterina, injeções de pituitrina, ergotina, oleo camphorado e cafeína.

E' preciso assignalar que após o primeiro parto apareceu-lhe o mal de Basedow, tendo eu verificado a primeira vez que me consultou a 16 de Abril de 1925, então gravida no fim do sexto mês, na terceira gestação, a hypertrofia da thyroide. Nessa gestação apresentou tambem signaes de pyelite.

O mal de Basedow melhorava com a gravidez para se aggravar após esta. Deve-se accentuar que a therapeutica estabelecida por notável clinico de S. Paulo, o Dr. Vampré, pelo extracto hypophysario, produziu-lhe magnifico resultado, de forma que antes da gestação actual estava passando bem, julgando-se quasi curada.

Em Fevereiro de 1926, voltou a consultar-me por vir notando certo corrimento, pollacyuria, ardor e sensação de calor á micção, peso no baixo ventre; referiu ter, além disso, urinado sangue.

O exame a que procedi permitiu-me verificar: — A expressão da urethra faz surgir secreção esbranquiçada. O tocar verifica utero com o fundo caído no Douglas, em retro-flexão; annexos livres; collo do utero grosso. O exame ao especulo revela corrimento abundante, muco cervical avermelhada, ectropion. A pesquisa do *diplococcus* de

(*) Memória original apresentada á Academia Nacional de Medicina, com as seguintes palavras prévias:

"No vasto campo da cirurgia abdominal que venho praticando, ser-me-ia facil encontrar assumpto para uma memoria. Escolhendo este caso que a clínica me deparou, quiz prestar homenagem a quem, como parteiro, dignificou o logar a que concorro, embora na secção de cirurgia geral; ao mesmo tempo que relatar quadro grave de toxemia gravidica, resolvido por technica operatoria que, no dizer de WINTER, só pertence á mão dos cirurgiões exercitados em cirurgia vaginal. Os competentes que digam do valor do trabalho e do criterio e technica com que me houve no caso clínico. — Setembro de 1928. — A. M."

Neisser feita no exsudato vaginal e na secreção da urethra, pelos Drs. Lindenberg Porto Rocha e Madeira, foi positiva. Fiz o diagnostico de retro-flexão uterina, metro-cervicite, cystite, infecção gonococcica. Não interessa agora a descrição do tratamento a que a submetti, sómente não se tendo resolvido a fazer a fixação do utero, que lhe propuz.

Gestação actual — No dia 2 de Julho de 1928 foi ao meu consultorio, informando-me que as suas ultimas regras haviam sido a 1º de Fevereiro deste anno. Teve a principio enjoos e tem tido hydrorrhéa e perdas que lhe «assam as partes». Tem forte bronchite.

Exame — Estado geral denotando certo abatimento physico, mas vivacidade habitual. Não ha hypertrophia da thyroide. Fundo do utero ao nível da cicatriz umbilical. Feto vivo (ausculta positiva). Toque: colo grosso, orificio externo permeável á polpa digital.

Diagnóstico — Gravidez no quinto mez, feto vivo.

Tratamento — A's oito horas da noite de 17 de Julho de 1928, fui chamado por estar passando mal; pela manhã sentira-se tonta, enfraquecida, com a vista turva; tivéra cephaléa e vomitos todo o dia. Pelos informes colhidos soube que fôra de automovel a São Paulo e voltara, tendo na vespera jantado em casa de uma amiga, onde tomara um pouco de vinho. A paciente estava prostrada, palpebras cahidas, respondendo com dificuldade, alheiada ao que se passava, dando a impressão de encephalite. A pressão arterial, tomada no braço direito com o Pachon, revelou: Mx. 150, Mn. 80. A urina que pude obter, sem catherismo, revelou ligeiros traços de albumina. Fiz o diagnostico de toxemia gravidica e prescrevi-lhe agua ardente allemã 25 grs., drástico que tomou imediatamente; hydrato de chloral 3 grs., para clyster, após lavagem evacuante, depois do effeito do purgativo.

No dia seguinte pela manhã a pressão arterial era: Mx. 120, Mn. 70. Melhorou da vista e do torpor. Receitei poção com sulfato de magnesio.

O exame de urina, feito pelos Drs. Lindenberg Porto Rocha e Madeira, teve o seguinte resultado: densidade 1020. Albumina, glycose, acetona, urobilina, ausentes. Pigmentos e acidos biliares, presentes. Exame microscopico: Presença de cellulas epitheliaes chatas e puz.

Propuz ao marido levar um collega que se especializasse em molestias do metabolismo, ao que acquiesceu, convidando eu o Dr. Ulhôa Cintra para uma conferencia, que foi feita á 1 hora da tarde desse dia. A pressão arterial era, nesse momento, Mx. 120, Mn. 70. Pulso 95, temperatura 36,6, cephaléa, vomitos, mydriase. O estado geral era cada vez mais grave, de profunda intoxicação.

A' noite: Mx. 125, Mn. 80, estado inalterado. Receitei sôro glycosado. No dia 19, pela manhã, o pulso era 100, a temperatura 36,5. A pressão arterial Mx. 130, Mn. 80. Apresentava profunda adynamia, delirio, estado sub-consciente, torpor, tendo peorado da visão, pois estava com amaurose. Nessas condições achei, bem como o Dr. Ulhôa Cintra, em conferencia commigo nesse momento, que devia ser ouvido um oculista. Foi chamado imediatamente o Dr. David de Sanson, que, pelo exame a que procedeu, não podia garantir não houvesse lesão retro-bulbar do nervo optico. Notava no entanto que a paciente apresentava amaurose completa, tanto que ao ouvil-o disse: «Raul, eu conheço a sua voz, mas não vejo você». O Dr. Sanson concluiu pela necessidade de intervenção immediata, pois o apparelho da visão corria serio perigo, talvez irreparavel se a causa da toxemia não fosse afastada. Nessas condições, na presença dos Drs. David de Sanson e Ulhôa Cintra, inteirei o marido da necessidade do internamento da paciente em casa de Saúde, para proceder a interrupção da gestação immediata, pois o quadro symptomatico da toxemia era gra-

ve e o laudo do occulista era mais um elemento a não permittir nos mantivessemos fieis no respeito á gestação.

Operação — Internou-se á 1 hora da tarde na «Casa de Saúde S. José». O acto cirurgico iniciou-se ás 3 horas da tarde.

Injecção de atropo-morphina, pois planejava fazer anesthesia geral pelo ether. Feita, porém, a punção rachidiana, para colheita de liquido para Reacção de Wassermann e verificação da tensão do mesmo (que era normal), resolvi fazer rachianesthesia com 0,06 de Rachiinalgina.

A operação que resolvera praticar era uma cesareana vaginal, que obedeceu á seguinte technica:

Desinfecção habitual da vulva, vagina e collo do utero. Colto-cação da valvula pesante de Auvard. Pinçamento do collo com pinça de Museux. Incisão transversal da mucosa um centimetro acima do collo. Descollamento da bexiga muito para cima e sua protecção com uma valvula. Hysterotomia anterior, partindo da cervix, pinçada de um lado e outro. Essa secção attingiu até o orificio interno do collo, herniando-se nesse momento, as membranas, que foram rotas e extra-hido o feto por um pé e em seguida as páreas. Exposto o angulo superior da incisão, foi feita a sutura da parede anterior do utero a pontos separados; sutura continua da mucosa, deixado aberto o angulo lateral direito, onde puz um dreno de gaze. Tampão vaginal, sondagem que verificou integridade da bexiga. Sôro glycosado 250 grs., oleo camphorado e sparteina. Foi meu primeiro auxiliar o Dr. J. Sant'Anna e segundo o Dr. Octavio da Veiga.

Sequencias operatorias — Tirei o tampão vaginal no dia seguinte e o dreno da incisão da mucosa vesico-vaginal no dia 22 pela manhã. Apyrexia absoluta, tendo sómente accusado forte cephaléa e dôr na nuca no dia seguinte á operação. Fiz injecção de cafeina e mandei applicar compressas frias na cabeça, com o que passou o sofrimento.

Alta curada da casa de saúde em 28 de Julho de 1928, após exame gynecologico. No dia 1 de Setembro foi ao meu consultorio para se fazer examinar, estando tudo perfeitamente cicatrizado, utero em retro-flexão, annexos livres.

Exames de laboratorio — A reacção de Wassermann feita no liquido cephalo-rachidiano foi negativa.

O exame de urina, colhida antes da operação, do dia 18 ao dia 19, feito no laboratorio dos Drs. Lindenberg e Madeira revelou:

«Volume em 24 horas — 600 cc., cor amarello-ambar, aspecto turvo, consistencia fluida, superficie não espumosa, cheiro sui generis, reacção acida, densidade 1012, deposito flooso.

Elementos normaes (Dosagem por 24 horas)

Residuo fixo	17,10
Residuo organico	13,20
Residuo mineral	3,90
Uréa	9,60
Azoto da uréa	4,48
Azoto total	5,40
Acido urico	0,22
Purinas	0,30
Ammoniaco	0,21
Chloretos	0,90
Phosphatos	1,08
Sulphatos	0,90
Acidez (em HCL)	0,66

Elementos anormaes:
 Albumina, assucar, acetona, acido diacetico, acido B oxybutyrico,
 indican, escatol, urobilina, hemoglobina, gordura — ausentes. Mucina
 — presente — traços. Pigmentos, acidos biliares e pus — presentes.

Coefficients urologicos

	<i>Urina analysada</i>	<i>Urina normal</i>
Residuo mineral—Residuo fixo.....	22,8 p. 100	35 p. 100
Chloreto—Residuo mineral.....	24,9 p. 100	64 p. 100
Uréa—Residuo fixo.....	56,1 p. 100	50 p. 100
Azoto da uréa—Azoto total.....	82,2 p. 100	82 p. 100
Acido urico—Uréa.....	2,3 p. 100	2 p. 100
Amoniaco—Azoto total.....	3,8 p. 100	4 p. 100
Phosphatos—Uréa.....	11,2 p. 100	10 p. 100
Chloreto—Uréa.....	9,2 p. 100	45 p. 100

Exame microscopico:
 Numerosas cellulas epitheliaes chatas e alguns pyocytes (puz).
 Raros crystaes de oxalato de calcio.

COMMENTARIOS

Varios são os quadros apresentados pela toxemia gravida que podemos definir como «estado morbido da mulher gravida, decorrente da intoxicação do organismo por conta de alterações no metabolismo materno-fetal.» (1)

A observação bem orientada tem permitido filiar á mesma origem perturbações apresentadas pela mulher gravida, por sua relativa frequencia tidas como signaes de gravidez. Assim as perversões do gosto, as mudanças de appetite, as naseas e vomitos matutinos, as hyperchromias, as multiplas perturbações vaso-motoras, as alterações psychicas, etc., são formas ligeiras em quanto que as manifestações graves dessa mesma toxemia são os vomitos incoerciveis, as dermatoses gravidicas, a atrophia amarella aguda do figado, a nephropathia, a eclampsia, etc. E' uma questão de terreno preferido e de maior ou menor grão de intoxicação.

A substancia toxica fixa-se, pois, neste ou naquelle orgão ou sistema da economia. Assim, tem os quadros clinicos que variar conforme essa substancia toxica ataque o tubo gastro-intestinal, o figado, os rins, os centros nervosos, os nervos, periphericos ou centraes, a pelle, as glandulas de secreção interna. Estas ultimas (thyreoida, supra-renaes, hypophyse, ovarios, etc.), em geral escolhidos preferencialmente e dahi as perturbações funcionaes e modificações histologicas que amiude apresentam.

(1) Propedeutica Obstetrica, A. de Moraes, 3.^a edição, 1928.

Naturalmente que não é oportunidade de expôr e discutir as varias theorias que tem procurado explicar a etio-pathogenia da toxemia gravidica.

A theoria da hepato-toxemia de Pinard, fundada no conceito da auto-intoxicação de Bouchard; a theoria da deportação de Veit, estribada nos experimentos de Scholten e nos achados necroscopicos de Schmorl; a theoria da intoxicação enzymatica de Hoffbauer; a theoria mamaria de Selheim, nascida do confronto com a febre vitullar; a theoria anaphylactica de Weichardt; a theoria microbiana aceita por Stroganoff e até por Bar; as investigações de Zweifel, Mohr e Freund, Williams, Heynemann, Schickélé, etc, ácerca de perturbações do intercambio, ahí estão a demonstrar, como em varias épocas ou sob pontos de vista diversos, o interesse que o problema tem despertado nos estudos obstetricos.

Em 1912 Schittenhelm e Weichardt (2) demonstraram que as aminas, producto de desintegração da albumina, podem exercer acção toxica sobre o organismo. Hüssy (3) conseguiu identificar essas aminas, dando-lhes o nome de *aminas biogenicas*, por processos colorimetricos, attribuindo a toxemia gravidica à deficiencia depuradora do organismo materno e os phenomenos toxicos às lesões causadas pela toxina gravidica, lenta e defeituosamente inactivada. Dessa deficiencia depuradora resulta um accumulo ameaçador de aminas biogenicas no sangue, permitindo a sua actuação deleteria nos varios departamentos organicos (Hüssy). Winter (4) accentua que a etiologia é unica, mas a actuação do veneno completamente diversa. Merem ser referidos os recentes estudos experimentaes de Hoffbauer sobre a histamina para explicar a apoplexia utero-placentaria, realizados na Universidade de Johns Hopkins e cujas conclusões ouvi do proprio autor quando frequentei o anno passado essa universidade americana.

Comprehende-se deste modo o quadro clinico atypico apresentado pelo minha paciente portadora de terreno miopragico, basedowiana embora em declinio do mal. «A paciente estava prostada, palpebras cahidas, respondendo com dificuldade, alheia ao que se passava, dando a impressão de encephalite.» Apresentava cephaléa intensa, vomitos, mydriase. «O estado geral era cada vez mais grave, de profunda intoxicação.» Instalou-se além disso a amaurose completa, ao lado da profunda adynamia, delirio, estado sub-consciente e torpôr que completavam o quadro. Era evidentemente uma situação a reclamar solução therapeutica energica. O exame de urina revelou, no

(2) Munich. Med. Wochenschr.

(3) Die Schwangerschaft (1923).

(4) Die Indikationem zur Künstlichen Unterbrechungen der Schw.

primeiro momento, ligeiros traços de albumina, os posteriores sendo negativos. Mas a propria eclampsia pôde se apresentar sem albuminuria. Liepmann (5) refere 3 casos em 100 de eclampsia, que não tiveram albuminuria. Tive oportunidade de accudir a caso grave de eclampsia sem albuminuria, doente do Dr. Oliveira Motta, a quem accudi em sua ausencia. Os dados oscilometricos não demonstravam hypertensão, tão frequente na eclampsia, mas é preciso lembrar que mesmo aquella está sujeita á anomalia e o caso não tinha aspecto convulsivante.

Mas o estado geral máo se agrava rapidamente, a ponto de não reagir á puncção rachidiana que foi de difficult execução, e permittir a intervenção com pequena dose de anesthesico. Bem sabemos que a amaurose eclamptica não é doença ocular, mas traduz affecção dos centros nervosos visuaes em correlação com outros symptomas clampticos como accentua Novak (6), Hüssy (7), manifestações de uma grave molestia (schweres Allgemeinleiden) e somente em segundo logar affecções dos olhos no sentido restricto da palavra. Seitz (8) diz que «nas pertubações visuaes cortico-centraes existe, em regra geral, amaurose completa. Na maioria dos casos trata-se de casos de eclampsia com ou sem convulsões. Ophtalmoscopicamente não se pode demonstrar nenhuma alteração do fundo do olho, ou em summa, edema passageiro da pupilla» Vaudescal (9) diz que a amaurose gravidica é antes de tudo um symptom negativo: é a ausencia de toda a lesão ophtalmoscopica (Blum e Barbaro). Declara que «se deve considerar a amaurose da gravidez como um verdadeiro equivalente clamptico, quer não se acompanhe de nenhuma convulsão ou preceda de pouco a crise.» E, certamente, com fundamento, acha que ella determinará algumas vezes a atrophia do nervo optico. E' ainda Seitz quem diz que «é claro que toda a perturbação visual durante a gravidez requer a maior attenção por parte do medico».

Williams (10) mencionando trabalho de Miller diz que a amaurose que foi encontrada nos casos de toxemia pre-eclamptica ou clamptica era devida a edema da retina ou processos toxicos profundamente situados. Quanto á frequencia das affecções, tendo sua causa ligada á gravidez, Bastide verificou essa occurrence 18 vezes em 5.772 affecções oculares ou sejam 1/3 %. Landerberg em 580 casos de cegueira encontrou tres vezes a causa em processos puerperaes e Magnus em 129 casos uma vez, ou sejam, em numeros redondos, 1/2 %.

(5) Das Geburtshilfisches Seminar.

(6) Biologie und Pathologie des Weibes, Halban & Seitz.

(7) Livro citado.

(8) Handb. d. Geburtsh, Döderlein.

(9) La pratique de l'Art des Accouchements, Brindeau, etc..

(10) Obstetrics.

Assim se comprehende o receio do ophtalmologista de que o nervo optico pudesse ser lesado pela toxina, já que não se podia constatar o estado da sua porção retro-bulbar. De qualquer forma era um epiphenomeno, a atestar a gravidade do quadro e a exigir uma solução immediata, embora ella me desagradasse: a interrupção da gestação.

Qual o methodo de eleição no caso?

Escolhi a cesareana vaginal, ou melhor a hysterotomia vaginal anterior que, como bem disse Franz (11) é o methodo que vem logo em consideração como o mais prompto, na depleção uterina, em gravidez do quarto mez á trigesima sexta semana. Da mesma forma pensa Stoeckel (12). Como accentuam Bumm (13), De Lee (14) e outros autores foi Dürhssen quem primeiro utilizou esse procedimento, em 1895 denominando-o *cesariana vaginal*. Aliás Dürhssen (15) provou a sua prioridade sobre Acconci, da Italia. Bumm modificou a primitiva operação de Dürhssen que consistia em hysterotomia anterior, sempre sufficiente, mais simples e menos cruenta.

Winter (16) esclarece se devemos chamar a hysterotomia vaginal anterior tambem cesariana vaginal, no seguinte trecho:

«Sob a designação de cesariana vaginal comprehende-se a abertura da cervix pela incisão da parede cervical anterior e posterior até o orificio interno do collo (Dürhssen) ou (hysterotomia anterior de Bumm).» E' por isso que denomei a operação que pratiquei sob o nome de cesariana vaginal, embora a executasse conforme a technica de Bumm.

Williams (17) referindo-se á cesariana vaginal diz: «Em minha opinião ella offerece um methodo satisfactorio para terminar rapidamente a gravidez antes do ultimo mez, sempre que a cervix não está dilatada e é rigida, e é muito superior ás brutaes tentativas de dilatação manual ou instrumental.»

Acha porém, que o processo exige technica da parte do operador e seu uso deve ser limitado á pratica hospitalar ou a trenados especialistas.

Suas vantagens sobre a dilatação manual ou instrumental são: incisão linear, convenientemente unida por sutura, em vez de uma laceração irregular, profunda que se pôde extender ao segmento inferior, e que, frequentemente não pôde ser reparada.

Williams diz que sua propria opinião favoravel á cesariana vaginal é baseada em consideravel numero de casos.

(11) Gynäkologische Operationem.

(12) Grundriss f. Studien der Geburtshilfes.

(13) Principles and Practice of Obstetrics.

(14) Lehrbuch der Geburtshilfe.

(15) Der vaginal Kaiserschmitt.

(16) Biologie und Pathologie des Weibes, H. & Seitz.

(17) Livro citado.

E' comtudo uma operação a ser praticada sómente por quem tenha traquejo em cirurgia vaginal, como dizem Winter (18), Richter (19), Williams (20) entre outros, mas que evita as dilatações violentas da cerviz e as manipulações de força que se lhes seguem, com seus perniciosos effeitos traumatisantes.

A technica operatoria é a que descrevemos em nossa observação, com variantes conforme a incisão da mucosa para descollamento da bexiga é feita longitudinalmente, transversalmente, em *T* invertido ou em arco de circulo voltado para cima. Alguns operadores não suturam essa mucosa, quando usam a incisão transversal, preferivel para drenagem desse espaço descollado. Outros deixam um angulo aberto, como fiz. Ponto de technica digno de attenção é a boa exposição da incisão da cervix e do segmento inferior para a sutura, devendo ser reparado o angulo superior, sob o controle da vista, e feita a sutura a pontos separados. Esses cuidados de technica segui tambem em outro caso que operei, indicado por tuberculose evolutiva, no «Sanatorio Guanabara».

As possiveis complicações operatorias são: a lesão da bexiga na secção ou no momento da sutura da parede anterior; a abertura da prega vesico-uterina. Em qualquer das hypotheses aliás evitaveis, se se age cuidadosamente, deve ser feita a reparação immediata. Os perigos post-operatorios são representados pela infecção ou, evidentemente, pelo aggravamento do estado que indicou a intervenção (toxemia gravidica), sem que a interrupção da gestação fosse capaz de annular o perigo. A hemorrágia é decorrente da secção insufficiente e seu prolongamento nas manipulações ulteriores ou a sua execução fóra da linha mediana. Cumpre evitar taes defeitos da technica.

A estatistica de Franz (21) accusa 84 cesarianas vaginaes em 12 annos (1910-1922) em 24.255 partos, indicados 65 vezes por toxemia gravidica, 6 vezes por descollamento prematuro da placenta, 5 vezes por descompensação cardiaca, 1 vez por syphilis cerebro-espinhal, apoplexia, psychopathia, procidencia do cordão, tuberculose pulmonar aguda, nephrite aguda, sarcoma da amygdala com metastases. A mortalidade materna foi de 16.7% e fetal de 51.1%. Nenhuma mulher falleceu, porém, nem da operação, nem da infecção. A alta mortalidade fetal decorre de que em 34 casos a prenhez foi interrompida entre a 17.^a e a 28.^a semana.

(18) Livro citado.

(19) Geburtshilfliches Vademekum.

(20) Livro citado.

(21) Livro citado.

Durante o acto operatorio só uma vez dos 84 casos houve acidente, lesão da bexiga com a valvula, a qual foi suturada e cicatrizou.

Winter (22) accentua que a technica de Bumm parece ser a preferida. Assim, em 446 casos que colligiu na literatura, até ao anno de 1912, a secção anterior (Bumm) foi executada 254 vezes, a posterior 8, a anterior e posterior (Dürhssen) 42; ha entre esses mais 79 casos em que parece ter sido praticada a technica de Dürhssen e 63 em que os dados são incompletos. Na sua clinica (Winter) os numeros accusam em 20 annos (1903-1922) 56 cesarianas depois do 8.^o mez, com 15 mortes maternas, 12 em virtude de molestia anterior e 3 de infecção post-operatoria. A sua mortalidade por infecção é igual a 5.3 %, enquanto que Dürhssen notou 6 mortes por infecção em 210 casos, Döderlein 2 em 186. A mortalidade global em 443 casos foi de 2.1 %, a morbilidade de 14 %, nos casos de Winter.

Incluindo todas as cesarianas vaginaes praticadas em sua clinica, a partir do 5.^o mez, tem um total de 75 casos (Winter), em que 8 vezes houve prolongamento da incisão da parede anterior, 4 vezes lesão vesical, 1 vez dilaceração do labio posterior do collo pelo pinçamento e uma vez lesão do recto.

A sua mortalidade fetal foi de 7.2 %, só computando os fetos viaveis.

Reubem-Peterson em 530 casos da litteratura verificou 7 casos de morte por infecção ou seja 1.3 %.

CONCLUSÕES

I — A toxemia gravidica pôde condicionar pela gravidez do estado geral a interrupção da gravidez.

II — A amaurose que deve ser tida na conta de um epiphenomeno, é symptomatica de grave quadro toxemico.

III — A cesariana vaginal é o meio mais prompto, menos traumatisante e mais technico, do esvasiamento do utero da 16.^a á 36.^a semana da gravidez, devendo merecer a preferencia na therapeutica obstetrica aos outros meios de depleção uterina.

IV — O processo de Bumm (hysterotomia vaginal anterior) é a technica preferivel e bastante na maioria dos casos.

V — Os perigos operatorios são representados por lesões de orgãos vizinhos (bexiga, prega vesico-uterina, recto) ou prolongamento das incisões nas manobras extractoras (hemorragia consequente) e post-operatorios pela infecção.

VI — A technica cuidadosa e a bôa asepsia são os melhores elementos na prevenção desses accidentes.

(22) Biologie u. Path. des Weibes, Halban u. Seitz.

RESUMO DO REGISTRO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE MAIO E JUNHO DE 1929

Partos naturaes	149
Forceps	-	-	-	-	-	16
Cesariana.	-	-	-	-	-	5
Venções	-	-	-	-	-	5
Hysterectomias sub-totaes	-	-	-	-	-	2

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes novas	466
-----------------	---	---	---	---	---	-----

Movimento do Laboratorio:

Urina	{	Qualitativo	.	.	.	4
		Quantitativo	.	.	.	2
		Microscopico.	.	.	.	4
		Bacteriologico	.	.	.	1

Sangue	{	Hemocultura	.	.	.	2
		Dosagem de uréa	.	.	.	1
		Dosagem de chluretos	.	.	.	1
		Hematosoario de Laveran	.	.	.	1

DR. OCTACILIO ROLINDO.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Nota da Redacção — É com a maior honra que esta Revista publica hoje este trabalho do conhecido e apreciado obstetra francez, escrito especialmente para este periódico e traduzido para o nosso idioma.

Asthma e Gestação

POR

HENRI VIGNES

Accoucheur des Hopitaux, Professeur Agregé de la Faculté de Paris.

Acabo de relêr as observações de dez mulheres que tive occasião de acompanhar em minha clínica privada durante uma ou varias gestações e que soffriam ou tinham soffrido de asthma e syndromes asthmatiformes. (1) Pareceu-me interessante notar algumas particularidades que se prendem a essas historias clinicas.

Os autores de livros classicos não dão senão poucos detalhes sobre este assumpto. Os autores de memorias consagradas a estudar a asthma em suas relações com a gestação, parecem ter sido inspirados por «séries negras»: dir-se-hia que só guardaram a lembrança dos casos inquietantes, para os quaes havia necessidade de tomar uma resolução importante, tal como decidir um aborto therapeutico.

Minhas dez observações estão mais eclectricamente agrupadas; ha mulheres que consultavam por sua gestação e, nas quaes o interrogatorio completo permittia descobrir a asthma nos antecedentes; ha mulheres que, examinadas no curso de sua gestação, queixavam-se de asthma; enfim ha uma mulher

(1) É aliás possivel que eu tenha tratado durante suas gestações outras mulheres asthmáticas e não encontrei suas observações recapitulando meu arquivo. Entre minhas pacientes de hospital, por outro lado tive tambem casos de asthma que não serão referidos aqui.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA PUBLICAÇÃO MENSAL

Cytologia dos Lochios Normaes^(*)
pelo

Dr. E. Lindenberg Porto Rocha

Assistente Chefe do Laboratorio da Clinica Obstetrica da Faculdade
de Medicina do Rio de Janeiro.

ESTUDO CYTOLOGICO DO LOCHIO

O trabalho que ora apresentamos constituiria o assumpto de uma conferencia da série organizada pelo Professor Fernando Magalhães, na Maternidade da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A esse estudo, outra questão a elle intimamente relacionada «A acção bacteriolytica do lochio» deveria ser tambem tratada, si não em conjunto, ao menos de outra vez, dada a extensão de qualquer dellas, principalmente com o desejo de effectuarmos pesquisas originaes, com observações pormenorizadas, donde se tirassem deducções seguras, verificando-se, então as modificações que, porventura, pudessem ocorrer na cytologia e acção bacteriolytica do fluxo lochial, sob a influencia de diferentes factores, todos subordinados ás condições de vida em clima tropical.

Antes de entrarmos propriamente na parte essencial da questão, aquella de que constam os estudos pessoaes, que nos permitem tirar algumas conclusões, embora em forma de contribuição, pensamos, por conveniencia mesmo de exposição, ser de bôa norma fazer um resumo de tudo quanto se refere ao corrimento lochial.

Definição: — *Lochio* — palavra de origem grega λοχία — significando parto, ou λοχεῖος, que se relaciona ao parto,

^(*) Trabalho efectuado na Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina, sob a direcção do Prof. Fernando Magalhães

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

MEZES DE JULHO E AGOSTO DE 1929

Partos naturaes e a termo	142
,, prewaturos	7
Forceps	9
Versões	2
Cesarianas	6
Aborto fetal	4

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	376
,, antigas	94

Movimento do Laboratorio :

Urina	{	Quantitativo	3
		Qualitativo	4
		Microscopico	4
Sangue	{	Cultura microbiana	2
		Dosagem de uréa	2
		Dosagem de chlurureto	1
Pesquisa de treponema pallidum			1
Liquido cephalo raqueano	{	Dosagem de albumina	1
		Cytologia	1
		R. de Wassermann	1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA PUBLICAÇÃO MENSAL

EXOMPHALIA

TRABALHO DA CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO
DE JANEIRO = PROF. DR. F. MAGALHÃES

X CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA
(30 de Junho a 7 de Julho de 1929)

PELO

Dr. A. R. de Oliveira Motta

Assistente efectivo e livre-docente de clinica obstetrica da Faculdade
de Medicina do Rio de Janeiro.

O caso que venho apresentar ao Congresso merece essa honra, porque não é muito frequente, e encerra um ensinamento no que respeita á sua evolução e tratamento. Trata-se de um feto nascido com uma falta na formação da parede abdominal, cuja historia procurarei resumir, fazendo em seguida algumas considerações oportunas. No dia 20 de Abril de 1929 entrou para a Clinica Obstetrica da Faculdade (Maternidade das Laranjeiras) a Snra. Carlota B., de 25 annos, branca, casada, portugueza e ocupada em serviços domesticos, a qual teve no registo da Clinica o n. 26.641. É multipara, tendo tido já 2 partos. — O primeiro parto foi a termo e necessitou uma intervenção instrumental, que se suppõe ter sido applicação de forceps; o segundo foi prematuro de sete meses, nascendo morto o feto. Está gravida pela terceira vez.

Primeiras regras aos 19 annos, sem complicações; e as outras foram sempre irregulares quanto á época e duração. Teve a ultima regra em 13 de Agosto de 1928. Dos antecedentes hereditarios se colhe apenas que os paes da paciente já são mortos e de causas ignoradas; que teve oito irmãos, dos quaes um falleceu na gripe de 1918. Nos antecedentes pathologicos ha o sarampo e a coqueluche. O exame feito na paciente quando entrou na Clinica, permitiu assignalar o seguinte: Mammas bem desenvolvidas, turgidas, mas pendentes; areola secundaria, tuberculos de Montgomery.

Pneumonia durante a gravidez. Parto indolor.^(*)

PELO

PROF. VICTOR DO AMARAL

da Faculdade de Medicina do Paraná.

Uma gestante entrada ultimamente na Maternidade do Paraná, me proporciona oportunidade de fazer referencia a um dos capítulos da minha these inaugural perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nos saudosos tempos de antanho (1884) — Influencia da prenhez sobre as molestias pulmonares.

Refiro-me a um caso de pneumonia ocorrido n'essa mulher ainda em estado de gestação.

Antes de narrar a sua historia clinica, eu vou fazer uma rápida digressão sobre a pneumonia em terreno gravidico e reciprocamente sobre a influencia que a phlegmasia pulmonar poderá exercer sobre a gravidez. E' um assumpto que muito interessa ao obstetra, por isso digno de nossa attenção.

Já Mauriceau, Grisolle, Bourgeois e Ricau haviam afirmado, baseados em numerosas observações, que a prenhez agrava enormemente o prognostico da pneumonia.

Essa influencia nefasta se traduz pela maior intensidade dos phenomenos geraes, exagero da febre, cyanose muitas vezes contrastando com a pouca amplidão das lesões verificadas pelo exame esthetoscopico, dyspnéa intensa, devida em grande parte ao embaraço mecanico levado ao jogo do diafragma pelo orgão gestador, e enfraquecimento rapido do coração, tão sobrecarregado pela coexistencia da pneumonia e da prenhez.

A gravidade do prognostico é tanto maior quanto mais avançada é a prenhez, tendo Flatté verificado que nos seis primeiros mezes a mortandade média era de 27 %, ao passo que nos tres ultimos mezes da gestação ella se elevava a 37 %.

A pneumonia tambem, a maior parte das vezes, interrompe a gravidez, tanto mais quanto esta se acha mais adian-

(*) Communicação apresentada á Sociedade de Medicina do Paraná, em 4 — Set. — 1929.

tada. O aborto e sobretudo o parto prematuro, decorrentes da pneumococcia, ainda mais aggravam o seu prognostico, conforme a affirmativa de Boli, Ribemont, etc.

Na minha clinica, se me recordo de alguns casos de cura observados na primeira metade da gravidez, ocorrem-me á memoria dous insuccessos no ultimo trimestre da gestação, um dos quaes, no arrabalde do Portão, em que eu e o Prof. João Cândido luctamos infructiferamente contra a queda do coração, verdadeira asystolia, de uma puerpera, multipara, após um parto prematuro, ao oitavo mez.

Para Vinay a mortalidade materna eleva-se a 68 %, quando ha interrupção da prenhez, sendo apenas de 14 % quando a gestação vale a termo.

A influencia da pneumonia sobre o feto é tambem funesta, calculando Cathala sómente em um terço os que nascem vivos, isso mesmo debeis e na eminencia de uma infecção pneumococcica.

O caso de que nos ocupamos teve um desenlace feliz, tanto para a mãe, como para o feto, talvez devido á circunstancia de se tratar de uma mulher joven, primigesta, sem nenhum antecedente morbido, como vereis.

Mesmo assim, fiz um prognostico reservado; pois um organismo, com o seu metabolismo abalado pela modificações gravidicas e minado pela infecção pneumococcica, é um campo de menor resistencia para essa verdadeira conflagração, que constitue o parto.

Pondo um remate ás explanações que tão syntheticamente estou fazendo, passo a me ocupar do caso concreto a que venho me referindo e que tive occasião de mostrar detidamente em aula aos meus alumnos de Clinica Obstetrica.

Trata-se de Dalila de O., brasileira, natural do Rio de Janeiro, de côr morena, com 19 annos, residente n'esta Capital, que entrou para a Maternidade no dia 8 de Agosto, julgando-se em estado adiantado de gravidez, como resa a respectiva papeleta, confeccionada pelo doutorando Julio Moreira.

Anamnese: — é primigesta; sua primeira menstruação ocorreu aos 15 annos, normal em relação á quantidade e duração, mas irregular quanto á periodicidade; sua ultima menstruação, diz lhe parecer ter sido em fins de Novembro, embora não affirme com certeza, d'onde a data provavel do parto em fim de Agosto.

Seu aspecto geral é bom, sua altura 1m 67. Funcção digestiva e circulatoria boas, sem edemas.

O exame obstetrico nada revelou de anormal, inclusive a pelvimetria. Apresentação cephalica insinuada, um feto vivo, batimentos fetaes no quadrante inferior esquerdo.

No dia 9 de Agosto permaneceu no leito, apresentando symptomas de gripe, de que aliás se achavam affectadas algumas de suas companheiras.

No dia 10 sobreveio-lhe um violento calafrio, subindo a temperatura a 39,8 e o pulso a 112 por minuto. Por occasião de minha visita, encontrei a paciente com dyspnéa, ofegancia, face ligeiramente cyanotica, tosse com expectoração de escarros sanguinolentos e pontada na região thoracica posterior esquerda. Pela percussão e auscultação constatei os signaes pathognomonicos de pneumonia lobar.

Denunciei á parteira directora e suas auxiliares a gravidade do caso de pneumonia em gestante, que já me havia proporcionado mais de uma decepção, afim de que estivessem vigilantes para attenderem ao primeiro signal de alarma, que de um momento para outro poderia se desencadear.

Prescrevi uma poção com digitalis, acetato de ammonea, benzoato de sodio, etc., e ordenei a applicação de ventosas na séde da pontada, que molestava a doente.

Pelo interrogatorio da gestante e pela inspecção e palpação verificava-se não haver repercussão alguma para o lado do orgão gestador.

Não obstante recommendei á enfermeira para ficar de atalaia, fazendo-lhe ver o risco que havia de se manifestar, de um momento para outro, prematuramente, o trabalho do parto.

Nos dias subsequentes a phlegmasia pulmonar proseguiu sem modificação em sua marcha cyclica, tendo a temperatura axilar permanecido em 39,5 mais ou menos, com ligeiras remissões matinaes, até á madrugada do dia 14 de Agosto, em que se manifestou a crise favoravel, entrando a enferma em sonno reparador.

Ao romper da aurora desse dia, acordando a paciente, sem sentir dôr alguma, percebeu que algo sahia de seus órgãos genitais; pelo que chamou a enfermeira. Esta, com grande surpresa, verificou que o acto da parturição estava bem adiantado, já com o desprendimento da cabeça do feto, que foi seguido imediatamente do corpo, seguindo-se vinte minutos depois o delivramento, ainda sem dôr e pouco derramamento sanguíneo. Houve ruptura do perineo de 2.º gráo, que foi suturado com dous pontos de catgut.

Pela manhã, quando fiz a minha visita, fui scientificado do facto, encontrando a paciente respirando livremente, com a temperatura de 35,9 e 82 pulsações por minuto.

O feto de sexo feminino, vivo, sem signal algum de traumatismo, pesava 3 kilos.

Interrogando a paciente, declarou não ter sentido absolutamente dôr alguma por occasião do parto e se julgar curada pelo bem estar que experimentava.

Pelos signaes estethacusticos verifiquei a resolução completa da pneumonia.

A pressão arterial, tomada pelo meu assistente, Dr. Victor do Amaral Filho, pelo apparelho Vaquez-Lauby, foi Mx. 7 e Mn. 3. Receiando asthenia do coração, ordenei uma injecção de oleo camphorado.

Na visita da tarde verifiquei tendencia do coração a baquear. Ordenei então, que fizessem de tres em tres horas, mais ou menos injecções da cafeina, oleo camphorado, digaleno e esparteina.

Nos tres dias subsequentes, a doente passou bem, tendo-se feito por precauão apenas uma injecção diaria de um tonicardiaco.

No quarto dia da convalescença da pneumonia e quarto dia do posparto, a enferma se sentiu bem e repetio em presença dos alumnos que o seu parto foi absolutamente indolor.

A sua temperatura era 36,7, seu pulso 98, sua pressão arterial Mx 10 e Mn 6.

O inicio da secreção mamaria é que estava retardado, pois ainda não se notava indicio algum da subida do leite, tendo, por isso, se levado o seu filho a mamar nas puerperas vizinhas de seu leito.

A involução do utero se fez normalmente, sem accidente algum no posparto.

A função da glandula mamaria só se instaurou no 6.^o dia, fornecendo leite sufficiente para a criança, que vae se nutrindo bem.

A paciente continuou ainda sob vigilancia até se considerar ao abrigo de qualquer recidiva.

Na terminação feliz do caso presente, ocorreu o phemoneno anormal do parto sem dôr, raramente constatado na literatura obstetrica, sendo por mim observado pela primeira vez, em minha pratica de perto de meio seculo. E' uma anomalia, independente por certo da phlegmasia pulmonar occorrente, para a qual não encontro explicação.

Trata-se naturalmente de uma constituição especialissima, de embotamento de sensibilidade, n'uma rapariga de aspecto normal, physionomia intelligente, sem estigma algum neuropathia, que affirma nunca ter ficado doente.



RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE SETEMBRO DE 1929

Partos naturaes e a termo	94
Abortos fetaes	2
Forceps	4
Versão	1
Fétos nati mortos	9

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	104
,, antigas	14

Movimento do Laboratorio :

Urina	{ Quantitativo	3
		27
		3

Sangue	{ Dosagem de uréa	1
		1
		1
		1

Fezes : Pesquisa de ovos e parasitas	1
Lochias : Pesquisa bactereologica	1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

*Ao eminent e mestre Professor Fernando Magalhães,
a quem devemos a sugestão desta apagada contribuição.*

Significação clínica do quadro esphygmographico na infecção puerperal

Trabalho documentado com 108 casos e apresentado ao 10º Congresso Brasileiro
de Medicina (30 de Junho a 7 de Julho de 1929)

PELO

Dr. Francisco de Carvalho Azevedo

Assistente das clínicas obstétrica e ginecologica do Hospital Pro-Matre
e da Santa Casa. Adjuncto do serviço cirúrgico
da Beneficencia Portugueza

Nunca é redundância respigar sobre assumpto conhecido e trivial quando este apresenta algum interesse prático. É o caso da infecção puerperal sobre a qual muito se tem escrito e muito ha ainda que escrever. Poucos problemas teem desafiado tão aguçadamente o tino clínico dos maiores obstetras que aquelles referentes ao puerperio infectado.

A significação clínica do quadro thermo-esphygmographico na infecção puerperal é de grande valor quer sob o ponto de vista do diagnóstico, quer sob o do prognóstico ou da terapêutica. Gonzalez o definiu como sendo o «protocollo panorámico de la marcha clínica del proceso». Realmente: a simples e rápida inspecção da curva thermo-esphygmographica de uma infectada, nos mostra pelas oscilações da temperatura e do pulso a copia fiel da evolução do processo, a marcha para a cura ou o desfalecimento do organismo, orientando-nos sobre as normas terapêuticas. Assim se aquilata a importância do registo diário e meticoloso da temperatura e do pulso das puerperas infectadas ou não infectadas, pois é elle que dará principalmente no meio dos outros symptomas uma orientação segura sobre o caso.

Assim, no diagnóstico a febre sempre prevaleceu como symptomma primacial mesmo na era pre-pasteuriana, em que

Movimento do Hospital Pro Matre em 1929

(3.º Trimestre)

Pessoas existentes nas enfermarias:	Julho	Agosto	Setembro
Na enfermaria de gestantes.....	20	17	
» » puerperas	18	22	15
» » isolamento	6	5	22
» » gynecologia	14	9	8
Nos quartos particulares	3	2	9
Total.....	61	55	56

Entraram:	Julho	Agosto	Setembro
Para o serviço de obstetricia	81	89	
» » gynecologia	21	12	83
» » isolamento	5	3	13
Total.....	107	104	101

Sahiram:	Julho	Agosto	Setembro
Do serviço de gestantes.....	3	5	
» » puerperas	69	75	81
Gynecologia :			
A pedido.....	4	2	4
Operadas	6	12	13
Radium	5	9	6
Do serviço de isolamento.....	6	2	4
Total	93	105	111

Nasceram:	Julho	Agosto	Setembro
Masculinos	41	37	36
Femininos	26	35	43
Natimortos	5	7	5
Abortos	1	5	4
Total	73	83	88

Sahiram recemnatos:	Julho	Agosto	Setembro
Masculinos	42	30	38
Femininos.....	21	31	39
Natimortos.....	5	7	5
Fallecidos	1	4	0
Abortos.....	1	5	4
Total	70	77	86

Operações:	Julho	Agosto	Setembro
Obstetricas.....	7	10	6
Gynecologicas	11	8	6
Cirurgia Geral.....	0	0	0
Total	18	18	12
Obitos fetaes	1	4	0
Obitos de adultos	3	2	0
Total	4	6	0

Consultorio Obstetricia:	Julho	Agosto	Setembro
Matriculas no Ambulatorio.....	249	206	168

TOTAES: (3.º trimestre de 1929)

Entraram	312		Sahiram	309
Nasceram				
Masculinos	114		Natimortos	17
Femininos	104		Abortos	10
Sahiram				
Masculinos	110		Fallecidos	5
Femininos	91		Abortos	10
Natimortos	17			233
Operações:				
Obstetricas	23		Gynecologicas	25
			Cirurgia Geral	0

Consultorio de obstetricia — Matriculas no trimestre : 628.

Obitos de adultos : 5 — Obitos de neonatos : 5 — Total : 10.

Coeffic. natimortalidade : 7,79 %

Coeffic. neonatimortalidade : 2,22 % — Coeffic. mortalidade adultos : 1,6 %

Rio, Outubro de 1929.

ARNO FERNANDO ARNT, medico residente.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA PUBLICAÇÃO MENSAL

Traumatismo psychico e gestação^(*)

PELO

Dr. Clodis Corrêa da Costa

Livre Docente de Clinica Obstetrica, Assistente do Hospital Pro-Matre.

Ao fazer inquerito sobre as causas de mortinatalidade no Rio de Janeiro, tive occasião de surprehender algumas occurrencias que, pela sua repetição, me impressionaram vivamente, e desde logo se me germinou a idéa de escrever alguma cousa a respeito, tão logo me offerecesse occasião adequada.

Quero me referir á influencia psychica sobre a evolução da gravidez, á acção de traumatismos nesta esphera — susto, medo, emoções deprimentes — como factores de interrupção gravídica e morte do feto.

Bem sei que vou trilhar caminho incerto, perigoso, cheio de ciladas, atravez de cujo labirintho facil é o transvio do viandante — tal é o complicado determinismo da interrupção gravídica —, mas forçoso é a arrancada tão grande a seducção do desconhecido.

O inquerito por nós realizado foi simplesmente clinico, dada a impossibilidade de recursos de laboratorio em mães de familia, em domicilio, cheias de afazeres, muitas vezes com prole numerosa; e além disso os casos não eram poucos, sommam no total duzentas observações.

A falta de concurso do laboratorio difficulta ainda mais a interpretação de algumas occurrencias, embora se procurasse pelo estudo minucioso dos casos aproveitar de todos os indícios que a clinica fornece. O presente trabalho representa, pois,

^(*) Trabalho apresentado ao X Congresso Brasileiro de Medicina, em Junho de 1929.

Cesariana e Embryotomia^(*)

PELO

Dr. Oliveira Mello

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

O despretencioso trabalho que apresento, reduz-se apenas a ligeiros commentarios em torno de um caso clínico que tivemos de resolver, eu e o distinto amigo e collega Dr. Moura Ver-gueiro, em dia de plantão nosso no Serviço de Clínica Obste-trica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Delle guardámos sempre viva memoria, pela difficuldade que nos offereceu, obrigando-nos a agir de um modo especial, mas felizmente bem sucedido.

Passemos em seguida a expôr a observação para melhor conhecimento do caso.

OBSERVAÇÃO

Papeleta n. 23.564 — 7 de Dezembro de 1926 C. C., 32 annos, branca, portugueza, casada, secundigesta e secundipara.

Primeiro parto e puerperio normaes. Na evolução da prenhez nada de importante lhe despertou a attenção.

Menarcha aos 17 annos, fluxo durante 4 dias com colicas, menstruações posteriores irregulares e igualmente dolorosas. Pae morto de causa que ignora. Mãe viva e forte.

Molestias anteriores — escrofulas e variola.

Foi feita a Reacção de Wassermann, mas o resultado não chegou ao nosso conhecimento.

EXAME

A paciente entrou para a sala de partos a 1/2 hora do dia 7 de Dezembro de 1926. Exame — Constituição bôa, estatura me-diana e esqueleto apparentemente normal.

Ventre regular, parede flacida, utero apresentando seu maior diametro no sentido transversal.

^(*) Memoria apresentada ao X Congresso Medico Brasileiro, em Julho de 1929.

Ausculta negativa para os batimentos fetaes — Não se fez a pelvimetria. Pela palpação verifica-se uma apresentação cormica, dorso anterior, cabeça à esquerda.

Prenhez a termo — Feto morto.

Primeiras dôres ás 10 horas de 4 de Dezembro de 1926.

Ruptura da bolsa d'água no dia 5 ás 2 horas da madrugada.

Temperatura 38,5 — Pulso 80.

O toque vaginal feito pelo Interno Antonio Teixeira de Carvalho revelou: collo quasi completamente dilatado, bolsa d'água róta, procedencia de braço na vagina, apresentação cormica.

Pela vagina escôa-se pequena quantidade de líquido ligeiramente amarellado, de odôr anormal; contracções fortes.

Chamados pelo Interno comparecemos ao serviço eu e o Dr. Moura Vergueiro. A's 2 horas examinei então a paciente encontrando:

Temperatura 38,8 — Pulso 80.

Além dos factos observados pelo Interno verifiquei mais: Bacia normal — Posição do feto: A. I. E. dorso anterior. Ante-braço e mão direitos pendentes na vagina. Forte retracção do anel de Bandl.

Resolvemos intervir imediatamente pela embryotomia cervical. A's 2 1/2 anestesiada profundamente a paciente verificámos eu e o Dr. Vergueiro que o anel de Bandl se mantinha irredutivel resistindo á narcose prolongada.

Participando o ocorrido ao Prof. Fernando Magalhães ficou de liberado realizar a cesariana baixa.

Descrição do acto operatório: — Rachianesthesia pela analgina e em seguida ether.

Cuidados de asepsia e antisepsia habituais.

Incisão mediana do ventre comprendendo pelle, aponeurose e peritonio na distancia da cicatriz umbelical ao pubis — Collocação de compressas isolando o segmento inferior, afastador de Gosset e valvula supra pubiana de Doyen — Incisão da prega vesico uterina, descollamento da bexiga e descoberta do segmento inferior que é incisado longitudinalmente. Retirada do feto o que se fez com grande dificuldade sendo preciso seccionar o segmento inferior até acima do anel de retracção e retirar o feto fragmentado pela amputação de um braço e resecção da espadua e de uma parte do thorax correspondente até alcançar o pescoço quando então se conseguiu segurar-o pela cabeça — Houve tentativas infructiferas para retirar o feto pelos pés e pela cabeça.

Retirada da placenta, sutura do segmento inferior em 2 planos, rebatimento da bexiga e sutura do peritoneo vesical cobrindo bem a sutura segmentar, sutura do ventre em 3 planos.

Perda sanguínea, mínima. Durante a intervenção a paciente recebeu injecções de óleo camphorado, cafeína, sôro glycosado e pituitrina na veia. — Drenagem uterina pelo Mouchotte.

O período post-operatorio manteve-se febril até o 9.º dia com a temperatura máxima de 38,8 e dahi em deante ficou apyretica.

O ventre sempre flácido e o dreno foi retirado no 6.º dia.

Manifestou-se então um abcesso de parede o qual, uma vez cicatrizado permitiu à paciente abandonasse a clínica em optimas condições.

Nota: — Essa observação feita pelo Interno, apresentava-se falha em alguns pontos, facto natural devido à sua pouca experiência, pelo que tive de completá-la.

COMMENTARIOS

I A Dystocia

Da leitura dessa observação, se deprehende bem tratar-se de um caso de apresentação cormica, com feto morto, em que a retracção do anel de Bandl veiu ensombrar o prognostico.

Apresentação cormica, dystocia annular, feto morto e volumoso, trabalho longo, (88 horas) hyperthermia e cheiro fétido (infecção).

Tal se apresentava o quadro.

Era uma série de dystocias accrescidas, aliás, umas consequencias de outras.

Todos os autores concordam em accusar a apresentação de espáduas como causadora de retracções annulares.

Utero enxuto e collado fortemente ao feto, justamente num momento em que mais necessário se tornava, movimental-o.

E' preciso referir que quando a paciente chegou ao serviço, já o feto succumbira á essa série de obstaculos que se desencadearam sobre elle.

Ao tentar a embryotomia pelviana verificámos logo a sua impraticabilidade devido á permanencia do anel que não cedeu nem a uma profunda e demorada anesthesia.

Pelo exame manual, notava-se nitidamente uma cerrada constricção e a laparotomia mais tarde veiu evidenciar ainda uma segunda cintura mais alto collocada.

A inclemencia da contractura e o seu caracter impeditivo são os phenomenos mais interessantes da dystocia.

Não são muito frequentes essas retracções renitentes; ellas já foram mesmo negadas, embora dezenas de autores de credito as tenham encontrado e relatado em seus trabalhos.

São de Fernando Magalhães as seguintes considerações:

«Acredito que o accidente entre nós, não está bem estudado, pelo menos, quando veiu a discussão publica, a propósito de um caso onde toda a sua symptomatologia tinha exhibição franca, duvidou-se da possibilidade de uma das suas manifestações».

«Não é apenas por parte dos menos graduados na arte que se nota a pouca attenção á dystocia annular. Ostensivamente opiniões que sustentam a fama de ponderosas, já se apresentaram em modo de ataque, contra a possibilidade da dystocia annular irreductivel. Já houve quem affirmasse ser impossível após a basiotripsia ou qualquer operação mutiladôra, ficar o feto preso dentro do utero»....

«Os criticos não conheciam casos semelhantes como os de Vallois, Demelin, Bocquel, Chamberlain; Brunings, em certo caso, applicou o forceps improficuamente, não alcançou fazer a versão, tentou sem proveito a craneoclasia, appealou em vão para o gancho e terminou pela cesariana — Lafourcade e Laguenauer tiveram observações semelhantes. Turenne cita uma basiotripsia sem resultado. E se os criticos tivessem lido o assunto, saberiam que o primeiro caso de dystocia annular bem registrada, o de Baltzell, em 1821, terminou pela morte sem se esvaziar o utero apesar de todas as tentativas de forceps ou versão».

«Ella existe com uma dificuldade nova, attributo do trabalho adeantado, especie de esforço levado ao auge pelo orgão que não consegue desembaraçar-se do seu conteúdo; complica commumente o parto estorvado, juntando-se á dystocia pelvica e á dystocia fetal; surge quando a obliquidade ou a projecção do utero desviam a força; e acaba por enclausurar o feto, em todo ou em parte, obstando a sua progressão, ameaçando sua vida, perturbando seriamente o prognostico materno. Além de dystocia anumerada, ella é conhecida como dystocia primitiva, o que se comprehende, porque a retracção annular é, antes de tudo, a prova do esforço do musculo levado á fadiga e á intoxicação».

Esse era o nosso caso: retracção irredictivel, extracção pelviana impossível.

A ameaça séria de uma ruptura uterina contraindicava de modo formal a intervenção mutiladôra transpelviana, por outro lado, as condições da parturiente, com 88 horas de trabalho e cuja temperatura ascendia a $38^{\circ}8$ pediam uma solução prompta e satisfactoria.

II Indicação operatoria

Pensámos então na operação cesariana segmentar, introduzida no Brasil pelo nosso eminentíssimo chefe Professor Fernando Magalhães.

Não era ousadia nossa.

Operação corrente nos serviços do mestre, praticada por todos os seus assistentes, mesmo em casos tardios e impuros, estavamos habituados a vê-la triumphar completamente com raras exceções, após periodos post-operatorios mais ou menos silenciosos.

Creemos não errar, affirmando que pelo parto transpelviano a ruptura seria inevitável.

«Mais do que a dystocia dura, isto é, a dystocia pelvica, a dystocia do annel, porque se esconde ou não é descoberta,

impõe embaraços á accão embaraços á accão profissional em condições de inferioridade que são as condições da ignorância. E como o habito é terminar o parto por via transpelviana, insiste-se na intervenção capaz de provocar e de reforçar o acidente, terminando a resistencia céga no desastre clínico».

«Notam-se estas particularidades para evitar que desde logo se pense na gravidade maior do accidente, que se exhibe, nitido e temeroso, na sua forma irredictivel, quando o annel contractural mantem-se renitente, ameaçando a integridade do orgão com a symptomatologia da ruptura proxima. Para tal emergencia só a operação cesariana. E' extremamente perigoso o parto transpelviano» — Fernando Magalhães.

Nos casos de retracção, a distensão do segmento inferior chega ao ponto de resistencia maxima e dahi a ameaça.

«A possibilidade da ruptura é a preocupação maior quando se trata de praticar a operação transpelviana.

Se é possível a ruptura expontaneamente, mais ainda o será quando forçado e manipulado o orgão» — Fernando Magalhães.

Optando pois pelo parto abdominal, alentavamos a esperança de lutar contra as difficuldades em campo aberto, com todas as superioridades, de transito, de meios e de garantias. Ainda recentemente, Fernando Magalhães, no n. 13 da «Clinica Obstetrica» publicou uma bella estatística em que se destacam 124 casos tardios ou impuros com 5 mortes maternas ou 4,0 3 % — Dentre essas 58, foram operadas com febre.

Diz Fernando Magalhães:

«Em caso algum encontra-se mais perfeita indicação do parto cesareo do que na dystocia annular irredictivel».

«As vantagens do parto abdominal na dystocia annular começam a se impôr».

E relembra o preclaro Professor as palavras de Leopold Mayer num recente Congresso de Obstetricia e Gynecologia.

C'est une complication presque sûrement mortelle au foetus et qui peut amener pour la mère les plus grands dangers, si elle n'est pas reconnue a temps et bien soignée».

Resta apenas a objecção da morte fétal.

O fêto fallecera, meia partida estava perdida, se bem que independente de culpa nossa, mas era preciso ganhar a outra metade.

Impunha-se portanto, pesar bem os perigos a que se ia submeter a paciente, cuja vida era a unica a salvar e por isso mesmo, mais preciosa. Entre a operação encoberta, com manipulação cavitaria demorada e violenta, como o exigem as intervenções mutiladóras, nas condições já expostas de secura e contractura, e a operação ampla, descoberta, offerecendo cam-

po seguro e livre á manipulação, cercada de todas as garantias de execução e protecção, optámos pela ultima. Accresce que ella offerecia além disso, um passado brilhante que nos augmentava a esperança, felizmente confirmada.

Não é pequena a série de parteiros illustres que fizeram cesariana com feto morto, em casos de annel de Bandl.

Fernando Magalhães cita casos de Brunings, Lafourcade, Lagueauer, Andrews, e Maxwell, Sinntamby, em que após aplicações de forceps, versões, craniotomias, basiotripsias e aplicações de gancho, só a cesariana pôde resolver a conjuntura.

Estamos pois em bôa companhia, praticando uma operação que o mestre justifica assim:

«Tem-se na operação cesariana, a intervenção que não reconhece impecilhos no seu immediato exercicio. E' a operação que se executa em qualquer tempo e em qualquer momento; por isso é indicada quando fôr impossível o parto natural e inutil a intervenção transpelviana».

Execução

A execução justificava escolha e exhibiu suas vantagens.

Patenteou como a intervenção offerece a solução mais rápida e efficaz, aos maiores obstaculos e aos mais duros imprevistos.

A descripção do acto operatorio demonstra essa asserção. Aberto o segmento inferior por uma pequena incisão procuramos extrahir o feto, tomndo-lhe um dos pés, a maneira de uma versão.

A manobra foi infructifera, apezar do cuidado das tentativas. A retracção annular sobre o feto era tremenda, e o meio enxuto, ainda mais difficultava os movimentos.

Tentámos então attingir o polo cephalico e approximál-o da fenda operatoria, para aprehendê-lo com o forceps como nos casos communs. Em vão — A retracção lá estava como uma mão de ferro a nos impedir a marcha.

A dystocia molle estava entrincheirada acima da ferida operatoria.

Só quando prolongámos a nossa incisão até seccionar definitivamente o annel constrictor, pudemos executar de prompto uma resolução que nos pareceu a unica compativel com a emergencia,

Decidimos fazer uma especie de embryotomia abdominal. Amputámos o braço que se offerecia e reseccámos a espadua e grande porção do thorax fetal. Diminuido assim consideravelmente o volume pudemos então retirar o feto e terminar a ope-



ração sem accidentes. Apezar da incisão ter alcançado altura não commum nas operações de Krönig a peritonização pelo rebatimento da bexiga, fez-se em condições satisfactorias e o periodo post-operatorio apresentou apenas ligeira hyperthermia nos primeiros dias e uma suppuração de parede. A paciente teve alta, curada, em optimas condições.

Apresentando este caso a tão augusta e eminente assembléa, move-me apenas a idéa de tornál-o conhecido, porque me pareceu interessante, além do desejo de contribuir para ressaltar o grande valor da operação cesariana.

Examinando o exposto, não é difficult chegar ás seguintes conclusões:

1.^a — As apresentações viciosas e a demora do trabalho, são causas productoras de dystocias accrescidas, e entre essas a retracção do annel de Bandl irreductivel;

2.^a — A manipulação cavitaria só pôde aggravar a contractura;

3.^a — Quando a anesthesia profunda não fizer desapparecer o annel, o parto transpelviano, além de muitas vezes impossivel, é sempre perigosissimo pela ameaça de ruptura uterina;

4.^a — A operação cesariana é intervenção perfeitamente indicada nesses casos e a que os resolve com mais segurança;

5.^a — As condições de trabalho prolongado, hyperthermia e impureza não são impeditivas do parto abdominal;

6.^a — Quando o fêto estiver morto, e houver difficultade em retirá-lo, devido ao vicio de apresentação, excesso de volume ou contractura, a diminuição de volume (embryotomia abdominal) resolve a situação e não apresenta inconvenientes.



RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE OUTUBRO DE 1929

Partos naturaes e a termo	90
Forceps	5
Cesarianas	3
Versões e grande extracção	3
Aborto ovular	3
Aborto fetal	2

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	108
,, antigas	36

Movimento do Laboratorio :

Urina	{ Quantitativos	7
		12
		10
		2
Sangue	{ Pesq. de hematosoario de Laveran	1
		1
		1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

ANNO XXIII

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

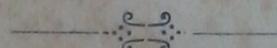
Começamos hoje mais um anno de publicação, satisfeitos com a marcha gradual e constante de progresso desta Revista, reflexo da cultura da especialidade da nossa Patria, a miude transcripta e citada no estrangeiro, elevando-a assim ainda mais.

De certo que, isolados, nada poderíamos fazer por melhores intenções que existissem no nosso espirito; sentimos porém que o apoio e a collaboração de todos os especialistas nacionaes cercam este periodico, que procurará sempre manter o titulo de tribuna livre e elevada que soube conquistar com sua vida já longa, seu caracter independente e seus esforços constantes.

A todos os que contribuem, moral e materialmente, para que esta Revista ainda se sinta capaz de prometter mais alguma melhoria no anno que se inicia, deixamos aqui os nossos agradecimentos pelo que já tem feito e nossa segurança do muito que ainda farão.

Em uma Revista a parte typographica, a feitura material, a regularidade de publicação, são factores essenciaes de sucesso e, se isso temos, cumpre que agradeçamos aos nossos editores e amigos, a "Litho-Typographia Fluminense" e ao pessoal que nella trabalha.

Como nota terminal: o aumento do numero de assignantes durante o anno passado forçou-nos ao aumento de tiragem.
E que assim continuemos.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

ESTUDO CLINICO

E INTERVENÇÃO CIRURGICA PRECOCE
NAS OCCULTAS LESÕES ENCEPHALO-CRANIANAS
DO RECEMNASCIDO (*)

PELO

DR. JOÃO PEREIRA DE CAMARGO

Livre-Docente, por concurso, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
Inspector Sanitario, por concurso, do Departamento Nacional de
Saude Publica. — Assistente da Pro-Matre.

EXORDIO

Na descrição que vai linhas adiante, certamente não se encontrará um cunho palpítante de originalidade, muito menos de novidade integral, pois, conforme se verá pelo esboço historico, já Denis, 1826, Billard, 1828, Cruveilhier, 1829, Little, 1843, etc., isto é, já há um seculo, se interessavam esses autores pelas hemorragias intracranianas nos recemnascidos. Cirurgia nervosa exclusiva, alta e delicada cirurgia especializada, o problema se punha insolvel e indeciso aos olhos attonitos do obstetra, e indesejável ao cirurgião.

Viam-se e vêem-se centenas e milhares de fetos, após violentos traumatismos extractorios, ou bem conduzidas extrações manuaes ou instrumentaes, succumbirem immediata ou lentamente, em minutos, horas ou dias... Após intempestivas manobras de reanimação por vezes, prejudiciaes em certos casos pela conglomeração e arythmia de processos, e um tratamento medico palliativo, depara-se não raro uma revivescencia de sopro fetal bruxoleante, que se esvae aos poucos, pela até então insanável lesão morbida occulta. Ou o feto morre por lesões traumaticas graves e irreparaveis, ou elle sobrevive sem accidentes, ou sua sobrevida é precaria e elle succumbe em horas ou dias.

(*) Memoria original apresentada á Academia Nacional de Medicina para concorrer á vaga de membro titular da douta Corporação, na secção de Cirurgia Geral, e classificada em 1º logar.

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

MEZ DE DEZEMBRO DE 1928

Partos naturaes	77
Forceps	2
Cesariana abdominal	2
vaginal	2
Grande extracção	1
	1

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	132
" antigas	63

MEZ DE JANEIRO DE 1929

Partos naturaes	54
Forceps	5
Cesareanas	3

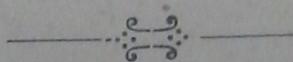
Movimento do ambulatorio :

Gestantes novas	125
" antigas	22

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{ quantitativos	2
		2
		2
Sangue	{ Dosagem de hemoglobina	1
		2
		1

DR. OCTACILIO ROLINDO.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

ORGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA DO BRASIL

ESTUDO CLINICO

E INTERVENÇÃO CIRURGICA PRECOCE
NAS OCCULTAS LESÕES ENCEPHALO-CRANIANAS
DO RECEMNASCIDO

PELO

DR. JOÃO PEREIRA DE CAMARGO

Livre-Docente, por concurso, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.
Inspector Sanitário, por concurso, do Departamento Nacional de
Saude Pública. — Assistente da Pro-Matre.

(CONTINUAÇÃO)

Ainda é possível fazer o diagnostico, pela semiologia nervosa, si é uma lesão meningeia, attingindo a pontos localizados da cortex ou a toda convexidade do cerebro, ou si se trata de hemorragia intraarachnoideia ou extraarachnoidiana ou piamateriana, ou total hemorragia meningeia, maxime da arteria meningeia media. Ainda, baseados nos dados semiologicos do sistema estriopallidario, do sistema thalamico e hypothalamico, etc., etc., é possível, procurando todos os dados para um descrimen clinico, apertar mais o diagnostico, e saber-se não só a séde, a localisação da lesão, como tambem a sua extensão. Bem como, pela gravidade dos signaes clinicos apresentados e pela sua expressão alarmante, saber-se, nas lesões infratentoriaes, si se trata de simples e pequena compressão, si esta é crescente e envolvente e fatal mesmo, abandonando-se ao acaso, ou si ella é passivel de uma reparação cirurgica, ou si a hemorragia da zona vital bulbo-ponto-cerebellar, já deixou de ser simplesmente compressiva, excitadora, para ser intersticial, destruidora e fatal, infensa á reparação cirurgica. Naturalmente, casos ha silenciosos, desconhecidos a um exame rapido, aquelle justamente do parteiro, que muito mais ou só se interessa pela parturiente e não presta a devida atenção ao nascituro (isto de modo geral). E esses casos desconhecidos, silenciosos, serão indiagnosticados em vivo? Alguns, naturalmente sel-o-ão, mas a maior parte será diagnosticada e tratada convenientemente e precocemente, si nós parteiros e cirurgiões prestassemos mais atenção aos recemnascidos, si

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

MEZ DE FEVEREIRO DE 1929

Partos naturaes	57
Forceps	1
Cesariana.	1
Abortos	2

Movimento do Ambulatorio :

Gestantes novas	124
» antigas	28

Movimento do Laboratorio :

Exames de urina	{ qualitativo	1
	{ quantitativo	1
	{ microscopico	1
Sangue ; cultura microbiana		1
Exame de fezes : pesquisa de parasitas		1

MEZ DE MARÇO DE 1929

Partos naturaes	66
Forceps	1
Abortos	1

Movimento do ambulatorio :

Gestantes novas	130
» antigas	23

Movimento do laboratorio :

Urina	{ quantitativo	2
	{ qualitativo	2
	{ microscopico	3
Sangue	{ Uréa dosagem	1
	{ Cultura microscopica	1
	{ Impaludismo	1
Escarro : Bacillo de Kock		1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

Instituto de Radiologia Radiodiagnóstico e Radiotherapia profunda e intensiva (8 M A-200 KV).

Dr. MANOEL DE ABREU - Com 8 annos de estudo nos Hospitaes de Paris.
 Avenida Rio Branco, 257 — 3º Andar. Palacete Lafont. — Tel. Central 442.