ANNO XXV Rio de Janeiro, Agosto de 1931 Nº 8

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

Symphysiotomia parcial, sub-cutanea (*)

PELO

Prof. Enrico Zarate

(Buenos Aires)

—

Snr. Presidente, Snrs. Academicos, Senhores.

E' para mim uma grande honra vir occupar uma cadeira desta douta Academia, da qual faço parte, como recordou o Snr. Presidente, ha vinte e cinco annos. E' tambem para mim motivo de grande satisfação poder assomar á tribuna de uma sociedade scientifica de um paiz irmão, tão querido para mim e de que não sei o que mais admirar, si o esplendor da sua natureza ou a gentileza e alta illustração dos seus filhos.

Quero occupar-me, o mais resumidamente possivel, para não fatigar demasiado a attenção dos collegas, de um thema que representa como que uma filha predilecta minha. Refiro-me á symphysiotomia parcial. E como se trata de uma filha predilecta, farei o possivel para que esta conferencia não seja muito longa e fastidiosa. Porque estou aqui nas mesmas condicções dos paes que têm uma só filha e se derramam em considerações interminaveis, fatigantes, acreditando ser ella uma perfeição.

Vou fallar, não como um orador, um literato, ou um sabio, que não o sou; mas, apenas, como um jornaleiro da sciencia, que tem a experiencia de trinta e seis annos de exercicio da medicina e vinte e oito annos de magisterio na clinica obstetrica.

Passarei, pois, ao meu thema predilecto — a symphysiotomia parcial, tratando, unicamente, nessa conferencia, da estatistica

(*) Conferencia realizada na Academia Nacional de Medicina na sessão de 23-7-31, tachygraphada especialmente para esta «Revista» e corrigida pelo Autor.

Forceps alto (*)

PELO

Dr. Rolindo (Octacilio)

Assistente e Chefe de Clinica da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina

---

Fui encarregado de fazer aqui a defeza do forceps alto, isto é, da applicação desse instrumento na cabeça retida no estreito superior da bacia.

O pequeno trabalho que fiz tem dois defeitos iniciaes, representados pela orientação obrigatoria do assumpto e pela sua condensação em 10 paginas. Afora essas duas restricções, que não deixam de ser um embaraço, ha os vicios inherentes á capacidade do autor, para quem a sociedade deve dispensar um pouco de sua bôa vontade. Na verdade, não me constrange tanto, ter que aconselhar na pratica obstetrica, o chamado forceps alto, porque, sinceramente, estou convencido da sua irrecusavel indicação em determinadas circumstancias, por certo, menos frequentes hoje do que ha 20 ou 30 annos passados.

Entre os proprios adversarios do forceps alto ha excepções para admittil-o, e eu entendo que a defeza da applicação do forceps no estreito superior da bacia não significa dilatar ao exagero suas indicações, senão precisal-as e restringil-as ao limite das suas bôas consequencias. E estas, se contam em todas as escolas, em todos os paizes, mais ou menos numerosas, porém sufficientemente precisas para não permittir que o forceps alto seja banido da pratica obstetrica.

E se assim não fosse, no momento em que a cirurgia obstetrica, cujo maximo representante é a cesariana na multiplicidade de suas technicas, tanto progride, não se comprehenderia que profissionaes do valor de *Demelin*, *Kjelland*, *Zlamas Massine* e, bem recentemente *Zweifel* viessem preconisar ins-

---

(1) Comm. lida perante a Sociedade de Gynecologia e Obst. do Brasil.

trumentaes e technicas novas para apanhar e extrahir a cabeça fetal no estreito superior. O forceps ideal para o estreito superior ainda não appareceu, mas a verdade é que os que existem, resolvem, muitas vezes com acerto e até brilhantismo, casos obstetricos que sem elles seriam entregues á cesariana, ás pelvitomias, á embryotomia.

Um dos factores que desprestigiam o forceps alto e ensombram suas estatisticas é o abuso que delle fazem profissionaes apenas curiosos da arte, pois a sua technica requer uma capacidade especialisada. E se o forceps pode e deve estar nas mãos de qualquer pratico em obstetricia, a indicação e a technica da applicação do forceps no estreito superior, deve ser reservada aos iniciados, aos praticos de verdade que sommam aos conhecimentos scientificos e especialisados do assumpto, o habito dessas operações.

Entende-se por forceps alto ou pegada alta de forceps, aquella que é executada nas apresentações cephalicas não insinuadas, isto é, em que a grande circumferencia da apresentação não *transpoz* o estreito superior.

Assim devem ser passiveis de bôa justificação, apenas as apresentações cephalicas que estejam amoldadas ou fixas no estreito superior, em attitudes desfavoraveis ou defeituosas de accommodação; como certo gráo de deflexão, o asynclitismo anterior ou posterior mais ou menos accentuado, desde que não haja desproporção real cephalo pelvica, nem irredutibilidade cephalica por fallencia plastica e nem nenhum obstaculo no conducto pelvico genital, não importando as causas, que retenham assim a apresentação durante o trabalho de parto.

E' para esses casos que o tocodynamometro deveria ser sempre lembrado para que a força empregada não compromettesse inutilmente a vida do feto e permittisse o recurso de outra intervenção mais propicia.

O conceito de uma operação vale pelos seus effeitos verificados, pela observação e pela pratica, apezar de muita vez, não corresponder exatamente no ponto de vista theorico.

Assim o emprego do forceps alto sempre *atypico*, por não ser possivel satisfazer rigorosamente todas as exigencias, e, no entanto perfeitamente viavel desde que obedeça ás regras intelligentes da prudencia.

A introducção dos ramos do forceps deve ser feita cuidadosamente de forma a não alterar a accommodação, que representa verdadeiro recurso da natureza; pois uma vez modificada poderá alterar a sua indicação.

A regra de aprehender a cabeça pelo diametro bi-parietal, soffre, no estreito superior, um grande embaraço pela difficuldade da collocação do ramo anterior do forceps sob a symphise pubica, sabido como é, que no vicio pelvico o polo cephalico se orienta em transverso. Afora o forceps de Kjelland cuja

reversão do primeiro ramo pode leval-o sobre o parietal anterior, com os outros instrumentos a pegada tem de ser sempre obliqua em relação ao diametro bi-parietal, isto é, fronto mastoidea.

Ha annos que o Prof. Zlames Massini de Buenos-Ayres, apresentou uma nova technica intitulada a pegada ideal invertida e flexora, que diverge de todas as demais.

Elle a considera como a unica correta sobre o ponto de vista da apresentação, da pelvis e do mechanismo de parto; deixando assim transparecer a sua opinião extremista, e impossivel por se tratar de uma operação obstetrica traspelviana sempre atypica no ponto de vista da apresentação e principalmente da pelvis e do mechanismo do parto.

A escolha do instrumento varia com a preferencia e os habitos do profissional, mas deve recahir no forceps que offereça elementos para uma solida pegada, conservando a liberdade dos movimentos da cabeça, e uma bôa tracção.

Deve-se escolher entre os modelos que se propõem como bons para o estreito superior, aquelle que reune maior numero de condições favoraveis á complexidade da operação.

Usam alguns profissionaes, forceps cruzados como o celebre Tarnier, Simpson Barnes e ultimamente o de Kjelland; outros o de ramos parallelos como o de Demelin.

Considerando que os forceps cruzados são como verdadeiras pinças que estabelecem uma unidade com a cabeça fetal e impedem assim a movimentação passiva, atravez do desfiladeiro pelvico, obrigam a progressão sempre em uma posição fixa, vê-se que elles contrariam inteiramente a mechanica physiologica do parto; o polo cephalico é arrastado, assim, num sentido unico, mantendo as mesmas relações de superficies com a pelvis; não satisfazendo bem ás pegadas asymetricas, pois, para que os ramos do forceps sejam articulados torna-se necessario que as extremidades das colheres se achem no mesmo nivel e não podem desse modo como em certos casos é preciso, ultrapassar o meridiano da pegada.

O forceps de Kjelland apezar de sua articulação ser corrediça, tem na technica da collocação da colher anterior de consequencias muitas vezes desastrosas, o fundamento de criticas severas.

O forceps de Demelin é o unico que melhores condições reune, por ser de ramos parallelos exercendo função de verdadeiras alavancas, é longa e attinge bem o objecto, são diminutas as suas curvaturas, têm tractores moveis e independentes nas extremidades de cada colher, e faz actuar a força acima do meridiano de pegada e permitte a immobilisação inter coclear franca do polo cephalico.

Hoje em dia nenhum especialista que tenha de fazer uma applicação de forceps no estreito superior, escolherá por exemplo, o instrumento curto de Simpson.

Na França os tratados de partos ainda recommendam o forceps de Tarnier; entre nós, as preferencias quasi que ficam exclusivas ao Demelin ou ao Kjelland.

Brindeau et Lantuéjoul dizem que o Demelin é por certo o melhor instrumento que nós possuimos actualmente para aprehender e conduzir uma cabeça retida no estreito superior, e essa é tambem a opinião do Prof. Fernando Magalhães. Se para extrahir a cabeça insinuada na escavação qualquer forceps serve com tanto que o operador conheça a sua technica, quando se trata do polo cephalico, retido no extreito superior, a ecolha do instrumento apropriado é tão importante como o conhecimento das regras da sua applicação.

A mais legitima indicação do forceps alto, vem da retenção da cabeça no estreito superior independente do embaraço osseo, ou da angustia pelvica.

Em qualquer caso, entretanto, a technica da operação é a mesma com a variante nos detalhes impostos pelos casos concretos e pelo instrumento escolhido.

Os meus ouvintes são todos profissionaes especialisados no assumpto e seria impertinencia tomar-lhes o tempo com a descripção da technica operatoria.

Quer a pegada seja no sentido antero posterior da bacia ou sobre o bi-parietal do feto, como nas posições transversas se pode fazer com o forceps de Kjelland; quer seja obliqua para a bacia e fronto mastoidea para o feto, segundo occorre com o Demelin, o acto operatorio é sempre difficil, os perigos de lesões maternas e fetaes sempre maiores no forceps alto do que no baixo. Varnier e Farabeuf, reeditando o seu livro fizeram seguir o titulo forceps no estreito superior — da expressiva lembrança = *sempre perigoso.*

Bar ja dizia que a applicação do forceps se torna cada vez mais difficil e perigosa á proporção que sobe do estreito inferior para o superior da bacia. Mas nem isso, nem as lesões feto-maternaes, que são a maior parte das vezes funcção de indicações e technicas imprecisas, são motivos para se banir do capitulo das operações obstetricas o forceps alto.

ANNO XXV Rio de Janeiro, Setembro de 1931 Nº 9

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

Hernias pelvicas (*)

(a proposito de um caso de elytrocele)

PELO

DR. A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Assistente e Livre-Docente da cadeira de Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro. Membro da Academia Nacional de Medicina e da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

No transcurso da minha pratica gynecologica tenho lidado e operado muitos prolapsos utero-vaginaes, muitos colpoceles sem compartecipação do utero, e, só uma vez, verifiquei a symptomatologia e a evolução clinica de um caso de hernia pelvica, vaginal posterior. A raridade da lesão e o pouco que ha escripto sobre ella, me pareceram justificado motivo para dar publicidade ao caso que observei.

Senhora brasileira, branca, de 42 annos, registada sob o n. 873 (archivo do meu consult.) foi examinada pela primeira vez em 31 de Março de 1925.

Antecedentes hereditarios sem interesse. Dos antecedentes physiologicos ha o seguinte: Primeiras regras aos 14 annos, sem nenhum incidente; as outras regras acompanhadas de colicas, durando menos de dois dias, escassas tambem pela quantidade. Isso foi assim até alguns mezes atraz, quando a menstruação passou a ser mais abundante, tambem com colicas, e durando, frequentemente, de uma epocha á seguinte. No momento da consulta tem ainda regras que duram ha 2 mezes. Só teve 1 parto normal, com filho vivo, ha 19 annos. No que respeita aos antecedentes pathologicos, póde-se apurar que a doente é hyperthyroidiana, e faz tratamento nesse sentido; teve uma infecção

(*) Communicação feita á Academia Nacional de Medicina.

ANNO XXV — OUTUBRO — 1931 — NUM. 10

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
" Registrada .. .. .. *30$000*
" para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
" Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Valor da bolsa de aguas na marcha do parto — DR. ARMANDO AGUINAGA 401
II — Tres casos de Symphyseotomia de Zarate — DR. ERNESTO PARANHOS 406
III — Em torno de um caso de intoxicação gravidica — DR. SYLVIO SERTÃ 417
IV — Nota prévia: Forceps obstetrico de cabo amovivel, original Torreão Rôxo — A REDACÇÃO 422
V — Um caso de "Struma Ovarico"— DR. GASTÃO SAMPAIO . 423
VI — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 427

VII — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Obstetricia e Gynecologia no Brasil—Sessão de 5/9/931 432

VIII — ANALYSES

Prof. Henzi Pouci: Prurit vulvaire — OLIVEIRA MOTTA . . 435

IX — BIBLIOGRAPHIA

La Prensa Medica Argentina — No. 9, Agosto, 1931 . . 437
Rev. Med. Latino-Americana — No. 189, Junho de 1931 . . 437
M. M. Fabião — 1931 438
La Gynecologie — Março, 1931 439
La Gynecologie — Fevereiro, 1931 440
Amer. Jor. of Obst. — Julho, 1931 . . . . . 441, 443

X — Notas Therapeuticas 444

Petite Revue 447

ANNO XXV Rio de Janeiro, Outubro de 1931 Nº 10

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

I

Valor da bolsa de aguas na marcha do parto

PELO
DR. ARMANDO AGUINAGA
Chefe do Serviço de Gynecologia e Obstetricia do Hospital de S. Francisco de Assis

Os estudos da escola de Strasburgo, magistralmente dirigidos pelo notavel homem de sciencia que foi Schickelé, sobre contracção uterina e dilatação do collo, vinham prendendo a minha attenção, sobretudo os de Kreis a respeito do papel da bolsa de aguas cuja primeira communicação data de Fevereiro de 1925.

O que n'ella se continha estava de accordo com alguns factos que observava e por isso comecei a attentar para as suas ponderações, observei algum tempo, puz em pratica os seus conselhos quando pareceu-me haver indicação e trago á vossa apreciação alguns resultados.

Todos os livros repetem as mesmas cousas a respeito do assumpto, isto é, que compete á bolsa de aguas a dilatação do collo. Kreis pensa que não só não tem valor como dilatador, mas que ás vezes serve de obstaculo á evolução normal do parto. São suas as seguintes indicações para ruptura artificial da bolsa de aguas:

a) que a mulher esteja em trabalho;

b) que as contracções uterinas sejam regulares e normaes quanto á intensidade. Caso contrario procura regularisal-as por medicação estimulante ou calmante conforme a necessidade, sendo permittida a ruptura no caso de insuccesso d'essas;

c) que o collo esteja apagado nas primiparas e reduzido á pequena orla e permeavel a um ou dois dedos, nas multiparas.

Em bacia normal, cabeça não insinuada sem dystocia, quando a insinuação não progride. Em bacia relativamente estreita as mesmas indicações desde que o estado da relação pelvi-cephalica permitta prever a possibilidade de insinuação. Deve-se perfurar durante uma contracção uterina, com um instrumento fino, junto á reborda anterior do orificio externo, afim de que o liquido saia lentamente.

Quem de nós não viu trabalho de evolução lenta, cabeça alta e movel acima do estreito superior, a fibra uterina ir perdendo a efficiencia, e afinal a ruptura da bolsa de aguas ser seguida de contracções energicas, terminando-se o parto rapidamente ?

Outras vezes uma ruptura prematura de bolsa de aguas nos preoccupa na previsão de um parto complicado e entretanto, observamos, ao contrario disso, evolução excellente. Um dos nossos casos parece-nos particularmente interessante nesse sentido.

Tratava-se de uma primigesta de 34 annos, em quem havia feito diversas myomectomias no decurso do quarto mez da gestação, reclamadas pela necrobiose de um nucleo. No termo da gestação, sou informado de que, bruscamente havia perdido grande quantidade de agua, sem que houvesse sentido a menor dor. Removida para Casa de Saude examino-a na manhã seguinte; encontro collo fechado, cabeça na area do estreito superior. A enfermeira informa-me que continua a perder agua; féto em boas condições. Aconselho repouso absoluto e aguardo os acontecimentos, esperando entretanto qualquer anomalia. Assim se passam justamente 48 horas quando o trabalho se inicia bruscamente. Evolução rapida e a paciente dá á luz um féto de 3400 grs. em 6 horas apenas. A idade da paciente, o estado do musculo uterino e a falta de bolsa de agua nos permittiram pensar em difficuldades, entretanto deu-se o contrario. O resultado da ruptura artificial da bolsa de aguas em diversos casos foi tambem favoravel; desses trazemos cinco que nos pareceram mais interessantes:

M. C. G. A. — 29 annos. Secundipara, 1.º parto a forceps: Inicio do trabalho ás 15 horas de 3-5, dores muito fracas e espaçadas; ás 20 horas as contracções começam energicas e frequentes. A's 21 e meia, como pelo palpar sentisse cabeça alta, pratico o tocar e encontro uma dilatação de cinco cents., cabeça alta mal flexionada, não se adaptando ao collo; féto bem. Rompo a bolsa de aguas e resolvo esperar. As dores intensas e frequentes, conseguem acommodar a cabeça que desce e a paciente dá á luz um féto vivo de 4000 grs. ás 24 hs. e 45 m.

Como vimos após a ruptura da bolsa, houve aconiodação, descida e todo o resto do parto em 3 horas e 15 minutos.

E. A. S. — 22 annos, secundipara, 1.º parto a forceps, féto morto. Entra em trabalho ás 4 horas de 13-4; toco ás 10 horas: cabeça alta, bolsa de aguas volumosa, dilatação para 4 cents., collo grosso. A's 15 horas novo exame: contracções muito energicas, dilatação para

5 cents., collo mais fino, bolsa de agua grande, cabeça alta. Rompo-a; á contracção energica que se segue auxiliada por pequena expressão insinua a cabeça. O parto se dá ás 16 horas e 20 minutos — féto vivo de 4.000 grs.

Após a ruptura da bolsa de agua deu-se a insinuação, descida e expulsão em 1 hora e 20 minutos.

D. G. — 38 annos, tercipara. 1.º parto forceps; 2.º natural. Inicio do trabalho ás 15 horas de 7-6. Contracções muito fracas e espaçadas; mais frequentes ás 17 horas. Sou chamado ás 24 horas quando já se repetem cada 3 minutos; examino ás 24 e meia horas e encontro: apresentação cephalica alta; collo dilatado para 3 cents., bolsa de aguas um pouco saliente. Rompo a bolsa de aguas e aguardo uma contracção ainda, que apezar de energica não faz a cabeça descer. Qual não é entretanto a minha surpresa quando vejo a paciente entrar em expulsão e dar á luz um féto de 3.600 grs. á 1 hora e 40 minutos, de 8-6. Houve portanto accommodação descida e expulsão em 1 hora e 10 minutos.

Merece lembrar ainda que, nesse periodo foi incluida a dilatação que de 3 cents. passou a completa e que houve necessidade de moldagem da cabeça.

M. P. F. — 22 annos, 3.ª gestação. Os dois primeiros partos a forceps fétos mortos. Bacia obliqua em consequencia de paralysia infantil do membro inferior direito. Conjugata diagonalis 11 cents.; vera 9,5.

Inicio do trabalho ás 8 horas de 30-6-931. Contracções fracas e espaçadas. Recommenda-se ao Interno de plantão não tocar a paciente. A's 15 horas as dores se accentuam e tornam-se mais frequentes. Conforme as instrucções sou avisado; examino a paciente ás 19,30': cabeça na area do estreito superior pouca desproporção, tive a impressão de provavel adaptação; bolsa de aguas integra e grande collo dilatado para 5 cents. fino; contracções frequentes, mas não energicas. Rompo a bolsa de aguas e mando fazer 1/4 de c. c. de pituitrina ás 19,40'. A' primeira contracção a cabeça não atravèssa o estreito superior mas deu-me a impressão que progrediu. As contracções repetem-se e a paciente dá á luz um féto vivo de 3.400 grs. ás 20,30'. Guardei a impressão de que a energia das contracções logo aproveitadas para moldar a cabeça á bacia, apressaram este parto que se daria sem isso, mas gastando mais tempo, si o utero tivesse de executar esse trabalho já com as fibras mais exgottadas por algum tempo de contracção para a dilatação.

O. M. C. — 16 annos — primigesta — no decurso do 8.º mez. Entra para o serviço em inicio de trabalho de parto ás 8,30 de 9-7-931. A's 9 horas de 10-7 o interno de plantão verifica: collo grosso dilatado para 3 dedos, bolsa de aguas integra; apresentação cephalica. Contracções pouco efficientes. A's 24 horas dá-se 250 c. c. de soro glycosado, a paciente é examinada pelo Dr. Sertã que verifica ter a cabeça descido para a excavação porém estar o collo nas mesmas condicções. Informando-me, aconselho a romper a bolsa de aguas, o que é feito á 1 hora de 11-7. Em seguida as contracções se intensificam e 20' após a paciente dava á luz um féto vivo.

Não quero me alongar mais em observações, que demorariam esta exposição sem vantagem pratica. Não tenho ainda observação sufficiente para um juizo definitivo, penso mesmo que o assumpto deve ficar sómente entre os da especialidade porque a pratica intempestiva e abusiva póde trazer gravames; mas o

que venho observando até certo ponto está em desaccordo com o que leio na maioria dos classicos como já disse, razão pela qual resolvi trazer o assumpto á vossa apreciação.

Demelin no seu Manuel de l'Accoucheur diz que: «a causa do apagamento e dilatação, a que é sufficiente por si só e com exclusão mesmo das potencias accessorias, é a contracção uterina». Mas, é elle mesmo que escreve mais adiante «não se deve romper artificialmente as membranas senão com a dilatação completa».

A tendencia maior actualmente é para admittir que a dilatação seja devida á acção das fibras longitudinaes sobre as circulares, arregaçando a porção inferior do utero (Schickelé, Bindschaldler, Kreis, Demelin) sobre o seu conteúdo, despindo o féto de sua veste uterina como diz Metzger. Kreis em favor desse modo de ver cita o facto bastante eloquente aliás, de dois casos de apresentação transversa em multiparas, com ruptura prematura de bolsa de agua e bacia vasia, sem insinuação da espadua, nas quaes a dilatação progrediu até o tamanho de palma de mão, sómente pela acção de boas contracções. Nos casos em que ha maior quantidade de liquido attribue a falta de insinuação da cabeça a uma onda liquida, consequencia á contra pressão inferior.

Para Bindschaldler a falta de progressão da cabeça é, por sua vez, a causa de contracções espasmodicas do utero que se modificam após a ruptura artificial das membranas. Não segui esse criterio ainda nas apresentações de nadegas, receio que isso difficulte manobras por ventura necessarias, entretanto, dentre as observações de La Haye ha uma n'essas condições.

Nos casos de vicios pelvicos, a ruptura é praticada o mais cedo possivel na Clinica de Strasburgo.

Penso que estudando bem o caso, por um palpar mensurador, avaliando-se o gráo de desproporção e depois de calcular a capacidade de moldagem da cabeça, é essa pratica razoavel, pois de outro modo haver-se-ha de contar com uma fibra já exgottada para accommodar a cabeça, o que só se inicia depois de um trabalho de dilatação ás vezes longo, quando se conserva a bolsa de aguas.

«Para encurtar a duração do trabalho nos casos de dystocia presumida relativa, quando se póde esperar que as proporções da cabeça e da bacia permittam afinal a insinuação é preciso obter o mais breve possivel o contacto da cabeça com a bacia e por isso romper a bolsa de aguas» diz Kreis. Num caso dessa natureza foi excellente o resultado por nós obtido.

Com referencia á ruptura das membranas poder augmentar o numero das intervenções obstetricas, La Haye dá a seguinte estatistica:

1928 — total dos partos — 1380.
» » das rupturas de membranas 270.
Em 1110 partos sem ruptura:
52 intervenções ou sejam 4,68 %.
Em 270 partos com ruptura:
11 intervenções ou sejam 4,07 %.

1929 — total dos partos — 1274.
» » das rupturas artificiaes 491.
Em 783 partos sem ruptura:
42 intervenções, isto é, 5,36 %.
Em 491 partos com ruptura artificial:
16 intervenções = 3,26 %.

No que respeita á acção prejudicial sobre o féto diz La Haye que não se observa, pois a perda de liquido é muito pequena na segunda ou terceira contracção a apresentação se fixa, impedindo a sahida de liquido.

Em 1928, em 1110 partos sem ruptura houve 1,44 % de mortalidade fetal e em 270 partos com ruptura 1,85 %.

Em 1929, em 783 partos sem ruptura 1,4 % e em 491 partos com ruptura 1,02 % de mortalidade fetal.

Admitte-se que a ruptura da bolsa de agua facilite a infecção permittindo a subida de germens da vagina; Kreis já combateu esse modo de ver no C. de F. P. em 1923 e La Haye dá a seguinte estatistica:

Partos com ruptura: — 783.
Morbidade de origem genital 83 ou 10,6 %. Desses casos, 2 mortaes.
Partos com ruptura: — 491.
Morbidade de origem genital 52 ou 10,6 %. Nenhuma morte.

Repito, para terminar, estou em observação, não permitti ainda que isso fosse feito em meu serviço pelos internos de plantão, mas acho interessante rever o valor da bolsa de aguas, ou si se deve continuar a repetir «n'y touchez pas» ou si a sua destruição poderá ser benefica á parturiente, em dadas occasiões.

ANNO XXV — NOVEMBRO — 1931 — NUM. 11

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. 25$000
" Registrado .. .. .. 30$000
" para Estudantes .. .. 20$000

EXTERIOR — Porte simples .. .. 30$000
" Registrado .. .. 40$000

Numero avulso: 3$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Forceps alto — Forceps obstetrico de cabo amovivel, modelo original Torreão Roxo — DR. TORREÃO ROXO. . 449
II — Missed abortion — DR. JORGE ROMERO . . . 454

III — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 469

IV — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Obstetricia e Gynecologia no Brasil—Sessão de 7/11/931 476

V — ANALYSES

Jorge Sant'Anna e Leonel Gonzaga: Escola de Mães, Saude de Filhos — OLIVEIRA MOTTA 478

VI — BIBLIOGRAPHIA

Gynécologie et Obstétrique — Agosto, 1931 . . . . 479, 480
Amer. Jor. of Obst. — Agosto, 1931 480
Bul. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Maio, 1931 . . . . 481, 482
Japan Journ. of Obstetrics and Gynecology 483

VII — Notas Therapeuticas 484

Petite Revue 486

AVISO IMPORTANTE

Apparecendo nesta redacção reclamações de collegas que pagaram suas assignaturas a Adhemar Pinto de Campos, individuo que se diz representante desta ***Revista*** e de outros jornaes medicos, tendo viajado por São Paulo, Minas e Bahia, avisamos aos nossos assignantes que, além do nosso Gerente Sr. BRENO DE MATTOS, nenhuma outra pessoa terá autorização para cobrar assignaturas da "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia," salvo apresentando uma carta de identidade com retrato rubricado pelo nosso director.

ANNO XXV Rio de Janeiro, Novembro de 1931 Nº 11

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

I

FORCEPS ALTO

Forceps obstetrico de cabo amovivel
modelo original "Torreão Roxo"

PELO

DR. TORREÃO ROXO

Critica

O forceps alto não perdeu de todo, o interesse em cirurgia obstetrica.

No parto *possivel*, transpelviano, reclamada a indicação do forceps no estreito superior, a intervenção operatoria seria de consequencias iguaes ás do uso habitual do mesmo instrumento, na pequena bacia e tambem, menos grave do que as das operações pelvitomicas e cezarianas abdominaes. Verifica-se na pratica, porém, o contrario disso, porque nenhum forceps conseguiu alcançar em conjuncto, todos os requisitos exigidos delle, na execução do acto cirurgico, no dito estreito, quando a cabeça fetal ainda não transpoz a entrada da pequena bacia.

E' verdade que todos os forceps podem apprehender a cabeça fetal — de parietal a parietal, no estreito superior da bacia, mas embaraçam, impossibilitam a insinuação daquella: — porque não permittem o asynclitismo do ovoide, phenomeno reductor deste, muitas vezes necessario; nem tambem que a bossa pariental posterior, entre na concavidade do sacro pela descida ultima da bossa parietal anterior, mechanismo este mais frequentemente observado, para se completar a insinuação da cabeça fetal.

O ramo posterior do forceps apprehensor, constituindo uma ponte metallica entre o estreito referido e o soalho da bacia, converte esta de ossea e viva, em uma bacia de ferro.

O recurso seguido tem sido ou fazer a pegada obliqua — imperfeita — fronto-mastoidea ou a fronto-occipital; inseguras estas e ambas tão traumatisantes ao extremo, para o féto e partes maternas, que se chegou a contraindicar o forceps alto.

Todos os forceps conhecidos até então, os mais modernos delles, não fogem á rubrica de máos instrumentos — improprios para as extracções na entrada da pequena bacia.

Procurei obter um instrumento capaz de satisfazer, conjunctamente, as condições exigidas para a sua applicação alta.

Apresento-o á sabia opinião dos parteiros.

Descripção

Duas colheres estreitas, fenestradas, com curvaturas cephalicas giram uma sobre a outra, por meio de um travessão collocado na extremidade de um cabo unico, opposta esta, á outra que mantem as colheres referidas.

Dispositivo facil, na articulação destas, dá ampliação ao espaço intracochleario, conforme as exigencias do ovoide cephalico — volume, asymetria, etc. — no acto de sua apprehensão.

Um parafuso-fixador — tambem na referida extremidade do dito cabo, abaixo do travessão mencionado, fixa aquelle ás colheres, em cujos bicos estão as fendas por onde passam os laços tractores.

Manejo

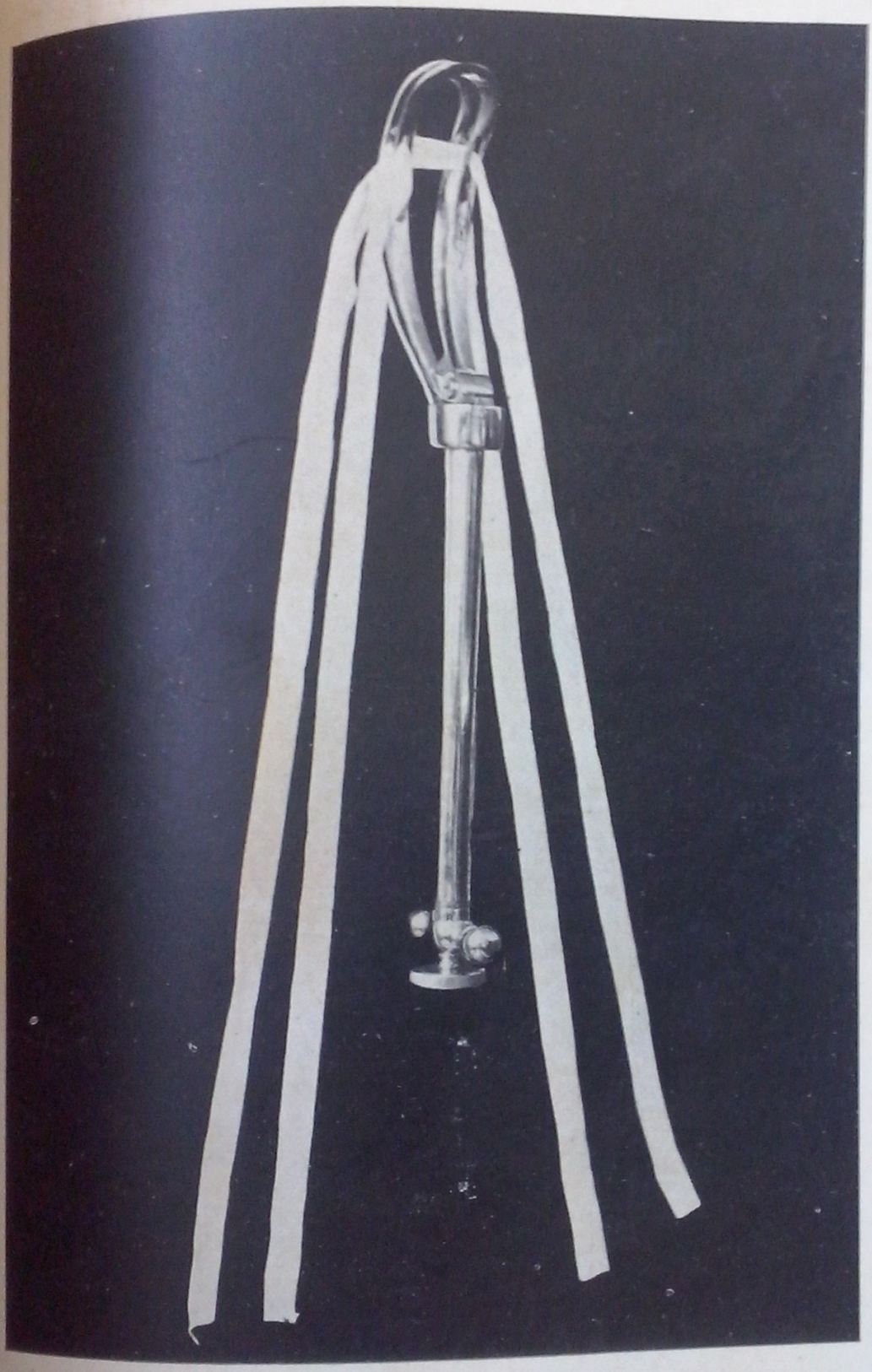
Armar os laços — Nastros de linho são enfiados da face pelviana á cephalica das colheres, como no forceps de Démelin.

2 condições:

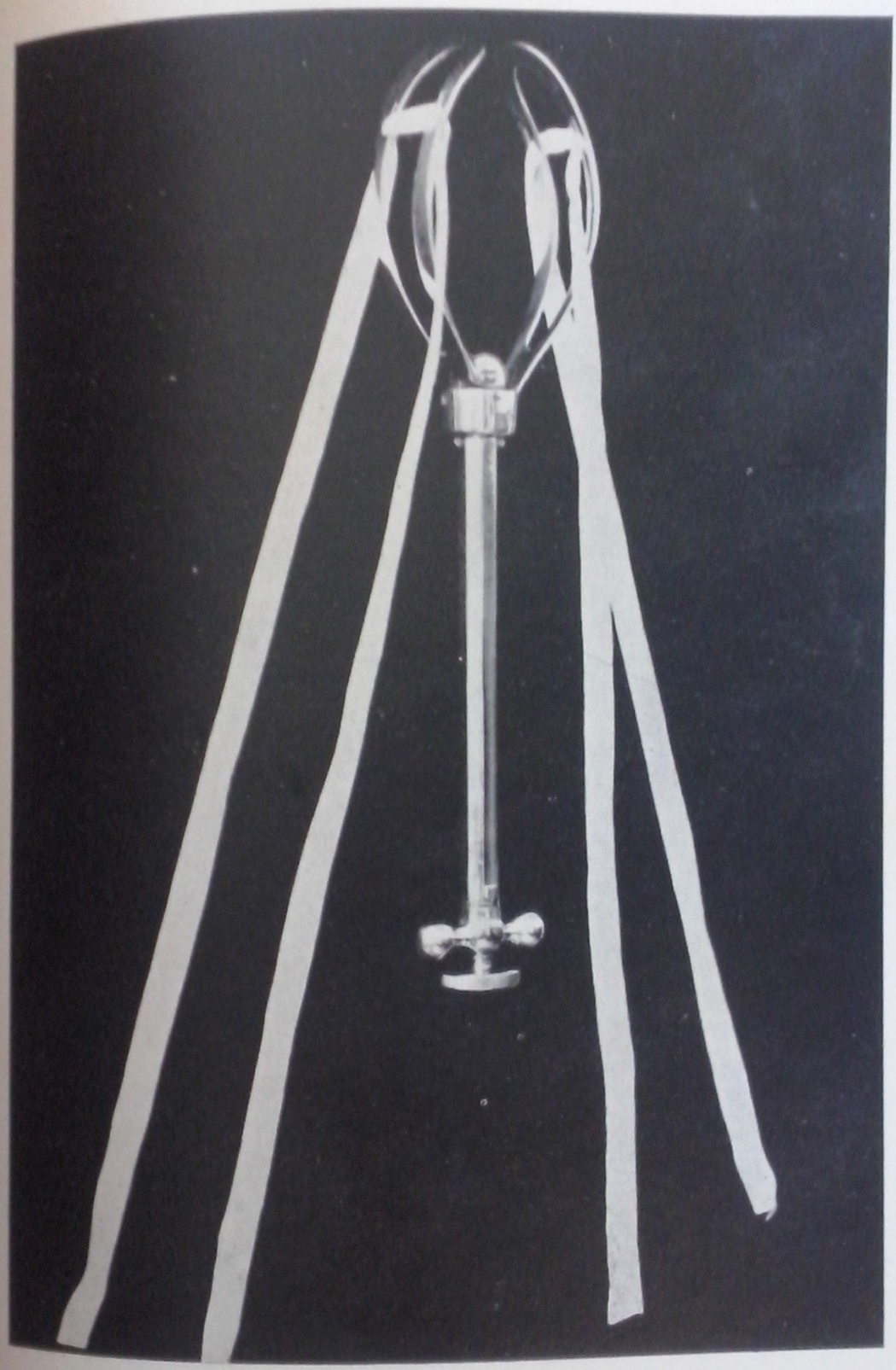
1.ª — Occiput á direita — A mão direita do operador mantem o cabo do forceps com as colheres sobrepostas.

Todas as extremidades dos laços tractores ficam á esquerda do operador, excepto a extremidade direita, pendente da colher fixa, a qual permanece deste mesmo lado. A mão esquerda do operador leva e guia as colheres sobrepostas, como o ramo posterior, em qualquer applicação alta de forceps. As duas colheres ficam atraz do parietal posterior do feto.

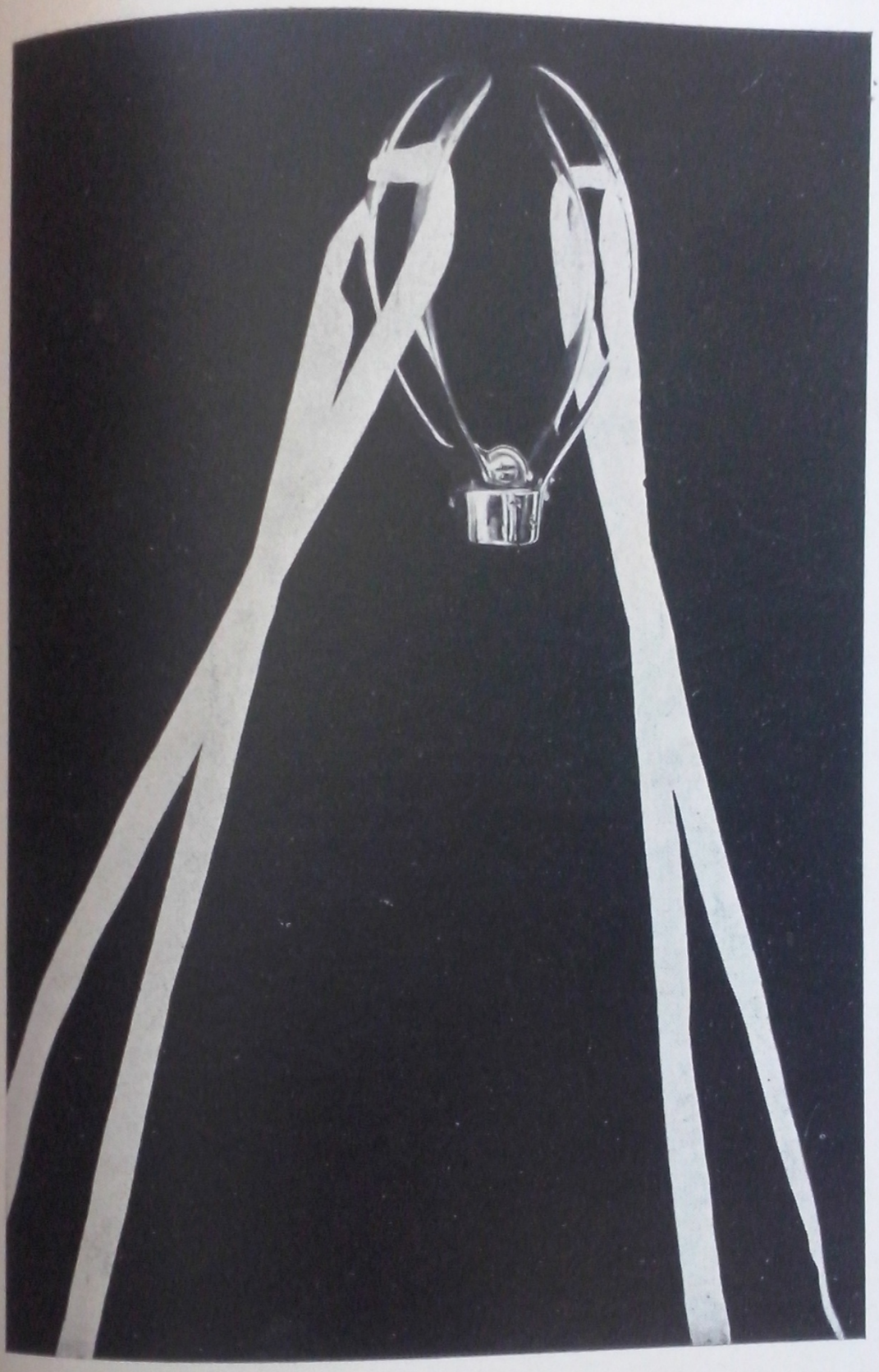
A simples pressão, sobre uma mola na articulação das colheres, solta a colher movel que gira, por meio do travessão do cabo, circumdando o occiput e guiada pela mão do operador, vae ficar adiante do parietal anterior, diametralmente opposta á colher fixa que ficou atraz do parietal posterior do feto. Retira-se o cabo, destorcendo o fixador.



1º — Applicação.



2º — Apprehensão.



3º — Extracção.

Extracção — Por meio dos laços como no forceps de Démelin, acompanhando a evolução da cabeça.

2.ª — Occiput á esquerda — A mão esquerda do operador mantem o cabo do forceps e á direita guia as manobras internas.

Retirar o cabo e extracção da cabeça, como ficou dito. O dispositivo das extremidades dos laços, como é intuitivo, é o contrario do descripto. A mesma manobra da colher movel que deve circumdar o occiput até attingir o parietal anterior do feto.

O forceps alto nas apresentações de face é raro, pela possivel transformação dellas na variedade mento-sacra ou na apresentação de fronte.

Quando acceitavel naquellas condições, a colher movel do forceps gira sobre o mento, correspondente este, ao occiput nas apresentações de vertice.

Resumo — O forceps é introduzido como o ramo posterior nas pegadas altas. A rotação da colher movel se faz no sentido da situação do occiput que ella deve circumdar, Retirar o cabo e fazer as tracções, rectificando pelo tocar o progresso do parto.

Theoria

Apprehende o forceps, a cabeça fetal em pegada ideal de parietal a parietal — no estreito superior da bacia. (o).

A cabeça e as colheres do forceps applicadas sobre aquella, removido o cabo das mesmas colheres, são um movel só.

A impulsão por tractores moveis que actuam acima do centro de figura deste movel (vis-à-tergo) não o impede de se accomodar no canal pelviano e descer por este, de accordo com a mechanica racional do parto possivel, por esta via.

A acção da força exerce-se sobre o polo superior do movel, deixando livre o seu polo inferior.

O biparietal é o menor diametro da cabeça fetal, é o seu conjugata considerada a sua configuração como a de uma ellipse.

Por sua vez o estreito superior da bacia viva presta-se comparal-o com essa figura.

Para que a primeira das duas ellipses possa passar dentro da segunda é preciso que os seus conjugatas e os seus grandes diametros se juxtaponham e se correspondam. O exame do parteiro póde avaliar satisfactoriamente a possibilidade desse facto e, tambem a do parto vaginal.

(o) — A ap. de fronte-permanente-pathologica, comporta outras indicações.

Applicado o forceps é movimentado, por effeito da tracção sobre os laços, o movel — cabeça e colheres que a apprehendem, sem o cabo destas. A armação metallica das colheres, reduzindo, por compressão moderada, o biparietal da cabeça fetal no momento da tracção impulsora, sobre o polo superior della, situada esta na grande excavação da bacia, é factor que beneficia a sua insinuação, no estreito abdominal. O asynclitismo do movel, acto de redução, de adaptação delle póde ser obtido artificialmente por tracção isolada de um dos laços tractores: — a exercida, p. exemplo, sobre o posterior faz descer a bossa parietal correspondente abaixo do promontorio e, fixado este laço, a tracção sobre o anterior consegue descer a bossa parietal anterior retardada e levar de recuo a posterior para a concavidade do saccro. Fez-se por este modo, mais frequentemente verificado, a insinuação do referido objecto, de diametro transverso mais reduzido pela inclinação daquelle, atravéz do conjugata vera do estreito alto, a qual era possivel, mas não se fizera, até então, expontaneamente.

As colheres, apprehensoras da cabeça, não prejudicam, não estorvam e sim, facilitam essa manobra: — porque aquellas não têm cabo e acompanham a cabeça em todos os seus movimentos como se fossem partes de um objecto unico.

Descendo o movel em direcção á cavidade pequena da pelves (Pelvis minor) em obediencia á dynamica do parto, auxiliado pela tracção conjuncta dos dous laços, o seu grande diametro é orientado no sentido de um dos diametros obliquos do estreito superior — diametros praticaveis (obliqua prima ou obliqua secunda) ou do transverso nas pelves amplas. Para attingir tal fim o movel é reduzido em seu grande diametro por effeito de flexão delle (occiput) ou deflexão do mesmo (face) ao maximo e é deformado conforme o que lhe obriga o trajecto pelvico em cada apresentação cephalica intrapartum.

Por sua vez, as colheres estreitas applicadas na cabeça fetal não embaraçam as deformações plasticas desta, occurrentes mesmo no parto normal e expontaneo como factor de moldagem della ao canal da parturição: — porque é minima a superficie de applicação das colheres referidas, sobre a cabeça apprehendida, em relação ao resto de sua superficie e, além disso, as deformações mencionadas fazem-se sentir mais accentuadas, sobre os polos de cabeça, livres da acção das colheres.

Por tracção igual sobre os laços, chega o movel referido (cabeça e colheres) ao orificio inferior osseo da bacia e força o coccyx em retropulsão, augmentando o conjugata deste estreito que lhe permittirá passagem. Vencendo aos poucos a força impulsora a resistencia da bacia muscular, o movel é impelido á uma rotação intracavitaria do modo mais favoravel

para sua adaptação ás condições da porção terminal do canal, o que orienta o seu grande diametro já reduzido, no sentido antero-posterior da fenda pubo-coccygiana, por onde o mesmo é desprendido, em deflexão ou flexão, de accordo com a mechanica peculiar á apresentação cephalica em evolução e ás exigencias do trajecto que aquella percorreu.

Não ha tracção axial (vis-á-fronte); não ha cabo tractor e, por isso, a cabeça apprehendida e impulsionada por tracção dos laços extractores flexiveis (vis-à-tergo) de acção acima do centro de figura della, é livre e obedece á sua trajectoria intra-pelviana.

O Original — Torreão Roxo, não é instrumento de força como não o são os forceps destinados ao estreito superior.

Sua funcção obstetrica verifica-se acertadamente, nas applicações altas. Nas resistencias do soalho da bacia, nas dystocias baixas que exijam o emprego da força *maior*, a qualquer forceps de ramos cruzados ou parallelos cede elle, a preferencia.



Asthma — **Solução de HARTMANN, medicação phospho-arseniada. Não contem ioduretos, nem bromuretos, nem adrenalina Usa-se uma colher de sopa em água assucarada 3 vezes ao dia para adultos.**

ANNO XXV — DEZEMBRO — 1931 — NUM. 12

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE
ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
" Registrado .. .. .. *30$000*
" para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
" Registrado .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Ácerca do tratamento das bartholinites chronicas — DR. CARLOS WERNECK 487
II — Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida — DR. AFFONSO HENRIQUES FURTADO . . . 497
III — Curetagem uterina — DR. JOÃO PERES . . . 503
IV — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 508

V — NECROLOGIO

† Dr. Arthur de Carvalho Azevedo — DR. FERNANDO MAGALHÃES 516

VI — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil—Sessão de 28/11/31 518

V — ANALYSES

EDUARDO MEIRELLES — Das doenças infecciosas das creanças — GASTON COTTE — Les troubles fonctionels de l'appareil génital de la femme — OLIVEIRA MOTTA . . . 519

VI — BIBLIOGRAPHIA

Bul. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Junho, 1931. . . . 522
Amer. Jor. of Obst. — Agosto, 1931 522
Gyn. si Obst. — Julho, 1931 423
Gynécologie et Obstétrique — Abril, 1931 524

VII — Notas Therapeuticas 525

Petite Revue 526

AVISO IMPORTANTE

Apparecendo nesta redacção reclamações de collegas que pagaram suas assignaturas a Adhemar Pinto de Campos, individuo que se diz representante desta *Revista* e de outros jornaes medicos, tendo viajado por São Paulo, Minas e Bahia, avisamos aos nossos assignantes que, além do nosso Gerente Sr BRENO DE MATTOS, nenhuma outra pessoa terá autorização para cobrar assignaturas da «Revista de Gynecologia e d'Obstetricia», salvo apresentando uma carta de identidade com retrato rubricado pelo nosso director.

ANNO XXV — JANEIRO — 1931 — NUM. 1

FACULDADE DE RIO DE JANEIRO

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS
TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE
ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. 25$000
" Registrada .. .. .. 30$000
" para Estudantes .. .. 20$000

EXTERIOR — Porte simples .. .. 30$000
" Registrada .. .. 40$000

Numero avulso: 3$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I—Anno XXV 1
II—Varizes pelvianas. Entidade clinica e tratamento (com 3 estampas) — Dr. WALDEMAR PAIXÃO 2
III—Bouba ? Syphilis ?— Dr. TAVARES DE SOUZA . . 9
IV—Em torno do forceps de Kjelland (Addendum à l'article "Autour du forceps de Kjelland) — Dr. LANTUÉJOUL . . 12
V—*Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 13

VI — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia — Cesareana sob anesthesia local 22

VII — NOTICIAS

Primeiro Congresso hispano-portuguez de Obstetricia e Gynecologia 25
† Professor J. Adeodato 27

VIII—ANALYSES

Prophylaxia e therapeutica da peritonite aguda e do "illeus paraliticus" pelo Dr. Osear I. A. Bruno — OLIVEIRA MOTTA . 28
Tratado de Gynecologia de Veit-Stœkel — JORGE SANT'ANNA . 29

IX — BIBLIOGRAPHIA

"Petites Cliniques" de La Presse Médicale — No. 50, 21 Junho, 1930 30
" " " " " — No. 54, 5 Julho, 1930 31
La Presse Médicale — No. 58, Julho de 1930 . . . 32
La Presse Médicale — No. 60, Julho de 1930 . . . 32
La Presse Médicale — No. 60, Julho de 1930 . . . 33
Japanese Journal of Obstetrics and Gynecology — Outubro, 1930 . 33

X — NOTAS THERAPEUTICAS

Therapeutica de affecções gynecologicas 35
Therapeutica das affecões gynecologicas por corpos espumantes . 35
Petite Revue 36

Em torno do forceps de Kjelland (*)

Addendum à l'article "Autour du forceps de Kjelland" du Dr. Odetto Sandoval de Carvalho

(Rev. de Gyn. et d'Obst. — No. 9, Set. de 1930)

par le Docteur LANTUÉJOUL

Nous avons publié nos observations sur le forceps de Kjelland dans deux mémoires: Gynecologie et Obstetrique, 1925, I, page 199 et 1927, I, page 404. De courtes notes sur ce forceps, ont paru dans le quatrième tome de la Pratique des Accouchements (Dans ce tome, une erreur de légende a été faite pour la figure 55).

Nous avons eu l'honneur, ultérieurement, de voir Monsieur Kjelland, à la clinique Tarnier. Il a devant nous fait une application de son forceps, très élégante d'ailleurs. Nous avons devant lui fait, à notre tour, une demonstration avec le forceps Démelin. Nos deux façons d'envisager la technique de l'application de forceps semblent peu conciliables.

Avec le forceps de Kjelland, l'opérateur fait une prise solide et tire sans manoeuvrer, la tête foetale devant faire elle-même spontanément tous les mouvements nécessaires pour éviter les obstacles rencontrés. Pour nous, au contraire, une prise solide ayant été faite, l'opérateur doit manoeuvrer constamment pour mettre à chaque instant la tête foetale dans la situation qui parait la meilleure, c'est à dire dans l''attitude qui permettra la progression en exigeant le minimun de force. A chaque instant, l'opérateur doit pouvoir, à l'aide du forceps, modifier le degrée de flexion, de rotation, d'inclinaison de la tête. Nous avons l'impression qu'en corrigeant les erreurs de mécanisme et en guidant la tête à travers la filière pelvi-génitale, nous réduisons le traumatisme obstétrical. L'extraction est plus lente, moins brillante, mais moins dangereuse, à notre avis. Notre seul but est d'employer le moins de force possible. Le forceps qui nous semble le meilleur est celui qui permet le plus aisément les manoeuvres.

(*) Com o titulo acima o Dr. Odetto Sandoval de Carvalho (Pirajuhy) publicou no n. 9 (Setembro de 1930) da *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia* um excellente trabalho que teve a sua repercussão transatlantica, expressa na nota enviada pelo Dr. Lantuéjoul, que damos em seguida no original.

Na indicaçao bibliographica do Dr. Lantuéjoul: *Gynecologie et Obstetrique*, 1925, I, page 199 e 1927, I, pagé 404, — o n.º I significa semestre. Assim: 1925 I, corresponde a 1925 tomo VI, e 1927 I, a 1927 tomo XV. — *Nota da Redacção.*

ANNO XXV Rio de Janeiro, Fevereiro de 1931 Nº 2

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

Complicações em torno de um caso de placenta prévia central

PELO

Dr. Lucas M. Machado

Livre-Docente e Assistente de Gynecologia da Faculdade de Medicina.
Chefe da 2a. enfermaria de Obstetricia da Maternidade
"Hilda Brandão" de Bello Horizonte.

Senhora A., de 30 annos de edade, casada, mineira, reside em Bello Horizonte, mas ultimamente achava-se em Pirapóra.

A. P. — Gozou sempre bôa saude, nunca tendo soffrido molestia seria. Teve 7 gestações, das quaes 3 terminaram normalmente com partos a termo, 2 ábortos sem complicações, 1 parto prematuro e uma ultima levada a termo e cujo parto constitue motivo da presente observação.

M. A. — Achava-se temporariamente em Pirapóra quando, nos ultimos dias de uma gestação transcorrida sem nenhum accidente, resolveu embarcar para Bello Horizonte, afim de dar á luz junto de sua familia, fazendo uma viagem de cerca de 13 horas por via ferrea. No dia da sua chegada, em 23 de abril p. p., acordou pela madrugada inteiramente banhada em sangue, sem saber a que attribuir tal accidente. O meu distincto collega e assistente Dr. Aristides Duarte, chamado para attender o caso, fez o diagnostico de placenta prévia central, fazendo remover immediatamente a doente para a Maternidade, onde ás 7 horas da manhã encontrámos o seguinte: *A.* extremamente pallida, coberta de suores, conjunctivas descoradas, pulso filifórme, amaurose anemica. Apezar do tamponamento vaginal, a hemorrhagia proseguia forte, com pequenas interrupções. O toque revelava collo ainda grosso, com dilatação apenas para dois dedos. O feto achava-se em situação longitudinal. Não eram ouvidos batimentos do coração

ANNO XXV MARÇO — 1931 NUM. 3

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador : A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente : BRENO DE MATTOS
TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE
ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
„ Registrada .. .. .. *30$000*
„ para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
„ Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Resultado do tratamento do cancer do collo uterino (Trabalho da 8ª Enfermaria do Hospital São Francisco de Assis — Drs. A. AGUINAGA e S. SERTÃ 75

II — Effeitos do hormonio follicular dado por via buccal (com 6 estampas) W. SCHŒLLER, M. DOHRN e W. HOHLWEG . 83

III — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 94

IV — NOTICIAS

Hospital São Francisco de Assis — Inauguração da Maternidade — JORGE SANT'ANNA 99

V — ANALYSES

W. Liepman: Clinica Gynecologica.—Dr. Pedro Ayres Netto: Anesthesia geral pelo protoxydo de azoto — JORGE SANT'ANNA . 101

VI — BIBLIOGRAPHIA

La Presse Médicale — No. 71 — 1930 . . . 106
La Presse Médicale — No. 93 — 1930 . . . 107
La Presse Médicale — No. 98 — 1930 . . . 107
Gynecologie si Obstetrica — No. 3-4 — Dezembro 1930 . 108
Journal de Med. de Bordeaux — No. 20 — 1930 . . 109
Gynecologie si Obstetrica — No. 3-4 — Dezembro 1930 . 109
Rev. Española de Obst. y Ginec. — No. 179 — 1930 . . 110
Gynecologie si Obstetrica — No. 3-4 — Dezembro 1930 . 111

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

Therapeutica das metrites por corpos espumantes . . . 112
Novos pontos de vista sobre a questão da impotencia . . 113

Petite Revue 114

ANNO XXV ABRIL — 1931 NUM. 4

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
„ Registrada .. .. .. *30$000*
„ para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
„ Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I—Sarcoma da mamma em virgem de 15 annos — Dr. DIDIMO NAPOLEÃO (Uberaba) 115

II — Repouso e Vaccinação (contribuição ao estudo da vaccinação nas infecções genitaes da mulher) — Dr. L. J. DE LIMA E SILVA 118

III — Assistencia Obstetrica Domiciliar (A. O. D.) — Dr. CLOVIS CORREA DA COSTA 132

IV—*Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 145

V — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia — J. S. A. 153
Academia Nacional de Medicina — O. M. 155

VI — BIBLIOGRAPHIA

Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique — Janeiro, 1931 . 157
Revue Belge des Sciences Médicales — No. 3, 1930. . . . 158
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique — Janeiro, 1931 . 159
La Prensa Medica Argentina — No. 17, 20 — XI — 1930 . . 159

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

Um caso de Psychose 160
Sanervina 160
As stomosinas em oto-rhino-loryngologia 161
Influencia das vitaminas sobre a composição chimica do leite humano 161
Laboratorios Alberia 161

Petite Revue 162

ANNO XXV MAIO — 1931 NUM. 5

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	*25$000*	EXTERIOR — Porte simples	*30$000*
" Registrada	*30$000*	" Registrada	*40$000*
" para Estudantes	*20$000*		

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Alongamento edematoso do collo (trabalho do Hospital Pro-Matre) — Dr. CLOVIS CORRÊA DA COSTA . . 163
II — Um caso de "Hematometra"— Dr. DIDIMO NAPOLEÃO . 175
III — Um caso de septico-pyohemia puerperal — Dr. LUIS DE MELLO MOTTA 178
IV — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 189

V — NOTICIAS

† Dr. Jayme Silvado — OLIVEIRA MOTTA 197

VI — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia, sessão de 14—4—931 — Consequencias tardias da Symphyseotomia de Zarate (replica ao Prof. Fernando de Magalhães)— Dr. MAURITY SANTOS . 199

VII — BIBLIOGRAPHIA

Rev. Española de Obstetricia y Ginecologia, Janeiro 1931 — No. 181 204
Annali di Obstetricia e Ginecologia — Janeiro de 1931 . . 205
Annali di Obstetricia e Ginecologia — Janeiro de 1931 . . 204
Annali di Obstetricia e Gynecologia — Janeiro de 1931 . . 206

VIII — NOTAS THERAPEUTICAS

Os filtrados nas infecções puerperaes 207
Sobre o emprego do Tampo-Spuman e Spuman com Prot. de Prata 207
Experimentação do Tonico "Roche" em gynecologia . . 208
Salvarsanotherapia pelo via intramuscular 209

Petite Revue 210

ANNO XXV — JUNHO — 1931 — NUM. 6

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
" Registrada .. .. .. *30$000*
" para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
" Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Em torno de um caso de mola vesicular (communicação feita á Soc. de Obst. e Gyn.) — Dr. JORGE SANT'ANNA . 211
II — Tratamento do paludismo pela quinina nas mulheres gravidas — Dr. JOÃO PERES 221
III — Um caso de mola hydatiforme e chorio-carcinoma com metastase para o pulmão e para a vagina — D. CLAUDIO GOULART DE ANDRADE 229
IV — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 234

V — SOCIEDADES MEDICAS

Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil 238
Academia Nacional de Medicina 240

VI — BIBLIOGRAPHIA

Presse Médicale, 11 Fevrier, 1931 244
Rev. Española de Obstetricia y Ginecologia — Abril, 1931 . . 245
Rev. Española de Obstetricia y Ginecologia — Marzo, 1921 . . 246

Editorial 247

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

As lesões oculares iniciaes devidas á avitaminose A. . . 250
Therapeutica por corpos espumantes 251
Therapeutica medicamentosa de complicações broncho-pulmonares post-operatorias 251
Petite Revue 252

ANNO XXV JULHO — 1931 NUM. 7

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador : A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente : BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
" Registrada .. .. .. *30$000*
" para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
" Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Nota - Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — Conceito da pathogenia e da therapeutica das pyelites na gravidez — DR. ATHAYDE PEREIRA. . . . 253
II — Estatistica da 1ª clinica cirurgica de mulheres da Sta Casa de S. Paulo Anno de 1930 (serviço do Dr. Ayres Netto) DRA. CARMEN ESCOBAR PIRES . . 269
III — *Revista de Trabalhos Allemães* — Dr. JORGE SANT'ANNA . 284

IV — ANALYSES

Dr. Manuel Luis Peres — La Operación Cesarea Segmentaria Transperitoneal — JORGE SANT'ANNA 290

V — SOCIEDADES MEDICAS

Academia Nacional de Medicina — Sessão de 11 de Junho de 1931 297

VI BIBLIOGRAPHIA

La Prensa Medica Argentina — N. 35, 20 de Maio, 1931 . . 299
La Prensa Medica Argentina — N. 34, 10 de Maio, 1931 . . 300
Revista Española de Obstetricia y Ginecologia Abril, 1931 . 301, 302

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

O acido salycilico na therapeutica das inflamações gynecologicas . 307
Therapeutica das metrites e vaginites 308
Therapeutica da cervicite e metrite por corpos espumantes . . 309
Um caso de hemorrhagia post-partum 209
Petite Revue 310

ANALYSES

Dr. Manuel Luis Pérez. — **La Operacion Cesarea Segmentaria Transperitoneal.** — 1929. (These para concurso de professor titular de Clinica Obstetrica na Faculdade de Sciencias Medicas de Buenos - Aires).

O A. desenvolve o seu trabalho em torno de 142 observações recolhidas no archivo do Serviço dirigido pelo Prof. A. Peralta Ramos, realizadas de 1922 a 1929. O A. tomou parte em muitas dessas intervenções ora como operador, ora como auxiliar, sendo as outras realizadas pelo Director do Serviço ou pelos outros assistentes.

O primeiro capitulo occupa-se com a *technica, accidentes* e *complicações*. Na grande maioria dos casos a technica adoptada foi a de *Opitz* que é descripta pelo A. como padrão usual da Clinica: «posição de *Trendelenburg*, incisão mediana infra-umbilical, isolamento completo da cavidade abdominal com grandes compressas, incisão transversal do peritoneo visceral ao nivel da prega vesico - uterina, descollamento da bexiga com o peritoneo inferior em toda a altura do segmento, descollamento do retalho peritoneal superior até o limite da inserção firme no corpo uterino; o retalho inferior com a bexiga é mantido suspenso com uma valvula de *Doyen* ou de *Bresky*, de sorte a expor inteiramente o segmento uterino; secção do segmento no sentido longitudinal e na linha mediana, na extensão minima de 10 cms.; extracção do polo inferior do feto com o auxilio da alavanca de *Sellheim;* é excepcional o uso do forceps neste tempo; retirado o feto, as bordas da incisão do segmento são levantadas e approximadas com o intuito de restringir quanto possivel o extravasamento do conteúdo uterino; o delivramento espontaneo é preferido ou apressado pela expressão do fundo do utero, em combinação com a tracção exercida no cordão umbilical; o delivramento manual só foi empregado sob indicação de hemorrhagia ou de outra exigencia de terminação rapida; a sutura da brecha segmentaria é feita em dois planos — de todas as camadas no primeiro plano, só da muscular no segundo; segue-se a cuidadosa hemostasia do tecido cellular retro-vesical e a sutura do peritoneo visceral, borda a borda, em chuleio; retirada das compressas de isolamento; fechamento do abdomen em tres planos: seroso, aponeo-

rotico e cutaneo. Em um caso unico se fez drenagem com uma gaze, collocada sobre a sutura uterina ».

Como se vê a technica differe pouco da de Krönig: emquanto que nesta só se prepara o retalho peritoneal inferior, naquella tambem se destaca o superior para expor maior extensão do segmento e se evitar as rupturas, prolongando as incisões demasiado exiguas. Esta vantagem é especialmente apreciavel quando o segmento está ainda pouco distendido.

Tres foram os typos de anesthesia usada: geral, racheana e local. A narcose foi empregada 66 vezes, com diversas substancias: o ether (Ombredanne), o chloroformio, o protoxydo de azoto ou o ether-chloroformio. A anesthesia local foi utilizada cinco vezes, sob indicações especiaes: tuberculose, cardiopathias, com excellentes resultados.

A anesthesia racheana foi empregada nos casos restantes (67). A technica consistiu na diluição do anesthesico no *liquor*, seguida de introducção lenta por « barbotage », estando a paciente em posição sentada; a posição horizontal só era permittida após 5 minutos de terminada a injecção. O anesthesico mais usado foi a novocaina e algumas vezes a tutocaina, a escurocaina ou a sucrocaina. A dose foi em regra de 0,10 gr.

Houve um accidente por anesthesia bulbar que poude ser removido com injecções tonicas endovenosas e intracardiaca de adrenalina.

O A. se manifesta grande enthusiasta da anesthesia racheana, attribuindo-lhe as seguintes vantagens: maior tolerancia de dose e menor effeito toxico ulterior, menor frequencia de atonia uterina, menor incidencia de dilatação gastro-duodenal, « silencio abdominal », escassez do volume de sangue perdido pela incisão do segmento, ausencia de phenomenos de *schock*.

A incisão de *Pfannenstiel* foi empregada em nove casos com o fim de facilitar a secção do peritoneo parietal transversalmente e permittir a sutura das bordas correspondentes com as do peritoneo visceral, antes de abrir o segmento uterino. Pretendeu-se assim preencher, por um artificio, o principio de *Frank* e *Sellheim* da cesareana extra-peritoneal.

Esta pratica não foi conservada por ter creado certo embaraço ao acto cirurgico: tres vezes houve difficuldade em se encontrar o nivel vesico-uterino, duas vezes houve ruptura da bexiga durante o descollamento.

Embora taes contratempos tivessem sido sempre sanados, sem maiores consequencias, a pratica foi abandonada, voltando a Clinica á technica já descripta.

A extracção do feto produziu quatro vezes rupturas, prolongando a incisão para baixo ou para cima; de outras vezes, a pequena distensão do segmento obrigou a prolongar a incisão para o corpo uterino — incisão segmento-corporal. A alavanca de Sellheim, combinada com a expressão do fundo uterino cons-

tituiu a manobra empregada, na maioria das vezes, para a extracção; algumas vezes, foi empregado o forceps, após conveniente rotação da cabeça — face para diante. Com um ou com outro procedimento houve por vezes difficuldade na extracção, que culminou em um caso de apresentação de nadegas simples, muito insinuada.

Indicações — Constitue objecto do segundo capitulo o estudo das indicações attendidas. As angustias pelvicas absolutas (p. p. m. = 6 a 7 1/2 cms.) forneceram 10 casos. A intervenção foi em taes casos realizada logo no inicio do trabalho ou, quanto muito, ao termo de 12 horas, no encalço de obter uma regular distensão do segmento. A despeito desta precaução, por 2 vezes houve necessidade de prolongar a incisão segmentaria para o corpo uterino. A cesareana foi iterativa 15 vezes, tendo nestes casos sido resolvida depois de curta expectação. A desproporção feto-pelvica (p. p. m. até 9 1/2 cms.) foi o motivo operatorio em 14 casos. A observação do trabalho de parto, nestes casos, foi apenas mantida o tempo sufficiente para a formação do segmento uterino. Em 8 observações, o vicio pelvico coincidia com a apresentação podalica; nestas, estavam incluidas varias primiparas idosas. A intervenção foi resolvida apenas transcorridas algumas horas de trabalho. Nesta serie, o resultado feliz para o feto foi constante, em contraste com a mortalidade elevada dos fetos nas mesmas circumstancias quando o parto é transpelvico. Houve dois obitos maternos por endometrite que, uma vez, foi complicada pela pelvi-cellulite.

A serie mais volumosa de casos foi constituida pela angustia pelvica relativa (57 casos). Nesta serie a expectação foi maior. O soffrimento fetal foi a indicação cirurgica mais frequente — 13 vezes. As contingencias do parto de prova fizeram-se marcar nitidamente nos resultados observados: 4 puerperios sub-febris, 1 endometrite com pelvi-cellulite, 2 abcessos da parede abdominal e 1 peritonite puerperal, seguida de obito (parturiente com 23 horas de trabalho, 14 horas de membranas rotas, 37.° 8 de temperatura, 120 de pulso e 2 exames internos feitos na Clinica).

A mortalidade fetal nos 13 casos, nos quaes a decisão para operar foi dada pelo soffrimento dos fetos, attingiu 23 %.

As anomalias da força uterina decidiram a intervenção em 7 casos: inercia completa — 1 vez, retracção discreta — 4 vezes, retracção uterina franca — 1 vez, retracção do anel de Bandl — 1 vez.

As mudanças de attitude na apresentação, durante o parto, originaram a decisão operatoria 5 vezes: a cabeça deflectiu-se dando logar a apresentação de fronte 4 vezes, uma vez succedeu uma apresentação cormica.

Destes casos um teve sequencia puerperal complicada — *phlegmatia alba dolens*, terminando entretanto pela cura.

A procidencia do cordão, verificada no curso do trabalho, motivou a intervenção urgente em dois casos, de resultados brilhantes tanto para a mulher como para o filho.

Em 30 observações a indicação cirurgica foi estabelecida após 12 á 78 horas de expectação, com precedencia de ruptura das membranas até de 51 horas. As bacias variaram desde a bacia chata e geralmente estreitada de 8 cms. até a pelve apenas justa, com fetos cujo peso attingiu uma vez 6 kilos. As complicações nesta serie foram frequentes: abcessos da parede, evoluindo até a fistula utero-parietal, curada afinal espontaneamente — 3 vezes; hematoma com dehiscencia da ferida cutanea no momento de retirar os pontos — 1; infecções endometricas 9 = 30 %; obitos — 2 (septicemia 1, peritonite 1). A mortalidade materna foi assim, nesta serie, de 6,6 %. A mortalidade fetal foi identica (6,6 %) = 2 obitos: 1 por hemorrhagia meningéa, 1 por asphyxia.

Em varias opportunidades, á angustia pelvica relativa sommaram-se outras circumstancias imperativas da operação: inserção viciosa da placenta, estado especial das partes molles, tumores previos, accessos eclampticos, que decidiram a intervenção.

Entre as indicações determinantes da intervenção, excluido o vicio pelvico, vem logo a seguir a inserção baixa da placenta. Houve 18 casos nesta serie: 7 placentas marginaes, 6 centro-parciaes e 5 centraes.

A inserção viciosa da placenta imprimiu ao acto cirurgico certas particularidades que o autor põe em destaque: a descoberta do segmento inferior foi por vezes complicada — 4 vezes houve necessidade de ligar veias notavelmente calibrosas para poder proseguir a operação em campo claro, 1 vez occorreu a ruptura da bexiga; o segmento uterino apresentou-se quasi sempre muito espesso e curto, obrigando a prolongar a incisão para cima; em 7 casos houve perda de sangue bastante consideravel ao incisar o segmento, perturbando o acto cirurgico; 8 vezes a placenta se inseria na porção posterior do segmento e 7 na porção anterior, obrigando nestas ao previo descollamento da placenta ou a sua incisão. O obstaculo creado pela inserção anterior da placenta foi sempre vencido. Em 2 occasiões as difficuldades decorrentes da anomalia de inserção foram accrescidas pela constituição diffusa da placenta. A extracção manual foi quasi constantemente necessaria — 14 vezes.

A retractibilidade uterina, observa o A., reflectiu nestes casos como nos demais a influencia do typo da anesthesia empregada: com a anesthesia racheana o utero retrahiu-se bem quasi sempre (70 %), com a anesthesia geral, mesmo com o uso previo do ocytoxico, a inercia da fibra foi registrada em 50 % dos casos. Uma vez houve necessidade de recorrer a hysterectomia, 24

horas após a primeira operação, no momento de ser retirado o tamponamento uterino.

Uma operada falleceu com anemia aguda por atonia uterina e hemorrhagia, antes que houvesse tempo de se empregar os recursos adequados. Houve, assim, 1 obito em 18 casos de placenta previa, ou sejam 5,5 %. A mortalidade fetal não expurgada foi de 11 %.

A transfusão sanguinea foi largamente utilizada, não só antes, como durante ou após o acto cirurgico.

As lesões cardiacas representaram a indicação cirurgica 4 vezes. Nestes casos foi sempre utilizada a anesthesia local por infiltração da parede. Só houve um obito materno (edema agudo do pulmão, durante o acto cirurgico).

A atresia cicatricial da vagina dictou a indicação operatoria 4 vezes: 2 vezes por si só e duas outras, coincidindo com o vicio pelvico. Os resultados foram sempre completos, para os fetos e para as mulheres.

A eclampsia constituiu indicação isolada duas vezes e 1 vez concorrendo com vicio pelvico.

Esta restricção operatoria na eclampsia é posta em destaque pelo A., admittindo a Clinica esta indicação somente em circumstancias especiaes.

A *abruptio placentae* foi motivo operatorio duas vezes: 1 vez em parturiente portadora de Bassedowismo frusto, com feto morto; outra vez, em parturiente de 7 horas, com canal genital pouco permeavel. Os resultados foram os melhores possiveis.

Os tumores previos constituiram a indicação em 3 casos: fibroma do segmento inferior 2 vezes, rim ectopico congenito 1 vez.

Como indicações excepcionaes houve as seguintes: 1 vez temor de ruptura uterina durante o parto, em mulher anteriormente operada por inversão uterina pelo processo de *Küstner—Duret;* 1 vez deficiencia da funcção renal, em mulher anteriormente nephretomizada e que havia chegado a trabalho de parto, no termo da gravidez.

Em um terceiro capitulo estuda o autor as indicações da segmentaria transperitoneal em face da questão referente á pureza do ovo.

O A. resalta que os trabalhos modernos ácerca da esterilidade do ovo informam que, 3 horas após a ruptura das membranas, 50 % dos liquidos amnicos encontram-se polluidos, sendo excepcional a pureza ovular vencida a decima hora, após a abertura da bolsa d'agua.

Por outro lado, examina as tentativas de determinação da virulencia dos germens, ainda não confirmadas de modo satisfactorio.

Passa depois em revista as cifras modernas de estatisticas de varios autores, entre os quaes as de *Murro Kern* e *Ecardely Holland* que, sobre 107 operações praticadas na Inglaterra nas quaes houve ensaios anteriores de extracção, apuraram á cifra de mortalidade materna de 27,1 % e 40 % de morbidade; as de *Winter* (1929) que, em condições semelhantes, apurou 66 % de mortalidade materna.

A exemplo de *Risacher*, adopta o A. a classificação de *Sureau* para ajuizar da influencia da infecção amnica com relação aos resultados operatorios da segmentaria.

Esta classificação estabelece os seguintes grupos:

1.º *Casos clinicamente puros* — Membranas integras. Ausencia de qualquer signal geral ou local de infecção. Sem toques ou com toques rigorosamente asepticos.

2.º *Casos duvidosos* — Ovo aberto. Ausencia de qualquer signal geral ou local de infecção. Toques asepticos, manobras uterinas igualmente asepticas.

3.º *Casos infectados* — Ovo aberto. Febre em torno de 38.º. Toques ou manobras internas suspeitos.

4.º *Casos seguramente infectados* — Ovo aberto. Febre, calafrio, tachycardia, máo estado geral, liquido amnico fetido ou physometra.

O A. entra a examinar o seu archivo sob essa norma. Ao 1.º grupo pertenciam 70 casos. Não houve morte materna attribuivel á infecção, a morbidade foi escassa — 6 casos de endometrite benigna e 13 mais accentuada = 27 %. Recorda que neste grupo estão incluidos 6 casos de placenta previa, cuja receptividade á infecção é conhecida.

Conclue a sua analyse neste grupo dizendo: «as horas de trabalho de parto não constituem factor importante para a decisão da hysterotomia, desde que as membranas ovulares estejam intactas».

Pertenciam ao 2.º grupo 68 casos. A mortalidade por sepsis foi nulla, em contraste com a morbidade que foi alta — 46,6 %.

Conclue: «A prova do parto com a integridade das membranas conduz a uma porcentagem de infecções localizadas semelhante a que offerece o parto normal; rotas as membranas eleva-se o risco da infecção á medida que decorre maior tempo. Não quer dizer que isso invalide o recurso da segmentaria,

sinão que se deva bem ponderar a possibilidade de operar em utero já infectado.».

O terceiro grupo contem apenas dois casos, ambos terminados pela morte «peritonite aguda».

O quarto grupo está representado por uma unica observação — obito por septicemia, no 20.º dia do sobreparto.

Reunindo em um grupo unico todas a hysterotomias segmentarias ou sejam as 142 observações, verifica o A. que a mortalidade materna por causas septicas foi de 2,1 %, emquanto que a morbidade da mesma origem orçou em 35,2 %. Compara estas cifras com as de outros autores modernos e as declara equivalentes ás melhores até agora publicadas.

O A. termina este capitulo com dois periodos que transcrevemos:

«Resulta do exame das estatisticas proprias e alheias que a cesareana segmentaria é menos carregada de mortalidade do que a hysterotomia corporal, não nos casos puros nos quaes as differenças são escassas, mas nos que soffreram a prova da expectação e sobretudo nos infectados.

Todavia, apezar do progresso, a operação cesareana segmentaria, transperitoneal paga um forte tributo á letalidade infectuosa operatoria, o que tem conduzido varios autores a tentativas de aperfeiçoamentos technicos e a outros a substituição por operações diversas, que julgam de melhores perspectivas».

O A. entra ainda em minucioso estudo da morbidade infectuosa. Estuda adiante as condições da cicatriz uterina, nos casos da operação iterativa.

Por fim, resume a mortalidade global que foi de 3,5 % para as mães, e 6,3 % para os fetos. Cifras que são muito boas, principalmente a primeira.

Pelo largo extracto que fizemos ao trabalho em apreço é facil ajuizar da excellencia delle e da Escola que representa. O seu autor, já bem conhecido em nosso meio, continua brilhantemente o renome do Prof. Dr. A. Peralta Ramos, eminente director do Instituto de Maternidade de Buenos Aires.

JORGE SANT'ANNA.