

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	50\$000
" Registrado	30\$000		" Registrado	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—DR. SYLLA ORLANDINI MATTOS — A flora vaginal e sua importancia (trabalho de divulgação)	295
II—DR. OLAVO VILLAÇA — Sobre um caso de imperfuração de hymen	302
III—PEDRO SÁ — Chorioepitelioma (com Aschheim-Zondek positivo)	306
IV—DRA. CARMEN ESCOBAR PIRES — Estatística da 1. ^a Clinica de Mulheres da Santa Casa de São Paulo (Anno de 1932)	310
V— <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	322
VI — ANALYSES	
JOSUE A. BERUTI, JUAN LEON E JORGE DIADOURIAU — Efectos de la rotura artificial precoz de la bolsa de las aguas y de la medicación anti-espasmodica en las anomalias funcionales del periodo dilatante. — JUAN LEON — Dos casos de síndrome de Schickelé consecutivos a la rotura artificial precoz de la bolsa de las aguas. — JOSUE A. BERUTI E JUAN LEON — Retracción uterina en partos medicos. PROF. DR. ALMEIDA CUNHA — Lições de microbiologia. — JORGE SANT'ANNA	329
VII — BIBLIOGRAPHIA	
The Chinese Medical Journal — Fevereiro 1932.	
Gyn. et Obst. — Março 1933.	
Presse Medicale n. 15, 1933.	
VIII — SOCIEDADES MEDICAS	
Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro	338
IX — NOTAS THERAPEUTICAS	
Considerações sobre alguns pontos do tratamento das infecções puerperaes pelos colloidaes	339
O OVARIOLIPOL nas irregularidades menstruaes	340
CRINOCAL injectavel	341
Petite Revue — O. L.R.	342

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
Registrado	30\$000		Registrado	40\$000
para Estudantes	20\$000			

Numero avulso : 3\$000

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

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

SUMMARIO

I — DR. JOSÉ MENDONÇA — Dois casos de teratologia (com 2 gravuras)	343
II — DR. ODETTO SANDOVAL DE CARVALHO — A infecção uterina não contra-indica a cesareana (com 2 graphicos)	350
III — <i>Revista de Revistas Allemães</i> — JORGE SANT'ANNA.	357
IV — ANALYSES	
J. C. LLAMES MASSINI — Inversión uterina completa com prolapso total. — VEIT-STOECKEL — Handb der Gynäkologie. — JORGE SANT'ANNA.	362
V — SOCIEDADES MEDICAS	
DR. VIRGILIO AGUIAR — Hydrorrhéa peritoneal — (Centro Medico Cearense, sessão de 7-7-33).	364
VI — BIBLIOGRAPHIA	
Surg. gyn. and. Obst. — junho 1933	370
Am. Journ. of Obst. and gyn. — Junho 1933	371
» » » » » — Abril 1933.	372
» » » » » — Junho 1933.	372
Chinese Med. Journ., vol. 46 — Fev. 1932	373
» » » » » — « » 	374
» » » » » — « » 	374
Archivo f. gyn., vol. 125, n.º 3	374
Rev. fran. gyn. et Obst. — Fevereiro 1933	375
» » » » » — Janeiro 1933	375
VII — NOTAS THERAPEUTICAS	
LUCAS MACHADO — Sobre a orastina em obstetricia	377
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	380

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
" Registrado	30\$000		" Registrado	40\$000
" para Estudantes	20\$000			

Numero avulso : 3\$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas 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 — DR. CARLOS WERNECK — Hydrorréa peritoneal ?	419
II — DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA — Vulvo vaginite blenorragica infantil (Conferencia promovida pela Associação dos Docentes Livres da Universidade do Rio de Janeiro e feita no Hospital Pró-Matre, em Setembro de 1933	425
III — <i>Revista de Revistas Allemães</i> — DR. JORGE SANT'ANNA	437
IV — NOTICIA	
Revista Urologica de São Paulo	443
V — ANALYSES	
DOMINGO E. V. ESQUIVEL — "Nueva técnica del forceps en las posteriores" — JORGE SANT'ANNA	444
VI — BIBLIOGRAPHIA	
Conferencias da Docencia Livre	448
O diagnostico biologico da gravidez pela prova de Aschheim Zondeck	448
O parto artificial sob raquianesthesia nas cardiacas	448
Em torno do processo de Delmas	449
Sobre mama supranumeraria	449
Transfusão de sangue	449
Prophylaxia e therapeutica da peritonite aguda e do ileus paralyticus pela pratica colloidal introduzida no peritoneo	450
Considerazione e ricerche per una alimentazione vaginale durante a gravidanza	450
Ricerche sulla pressione colloido-osmotica del sangue nella stato gravidico e puerperale	451
VII — SANTA CASA	
Relatorio do Ambulatorio n.º 5	452
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	454

ANALYSES

Domingo E. V. Esquivel — "Nueva técnica del fórceps en las posiciones posteriores" Separata de «El Dia Medico» Año V, n. 47 — 1933.

O A. inicia o trabalho accentuando o perigo das lesões maternas e fetaes na applicação do forceps alto e em especial nas posições posteriores e transversas da cabeça.

Recommenda por isso a expectação consciente do parto sempre que se deparam taes posições.

Todavia, ha situações que impõem a terminação do parto. Neste caso, prefere o forceps de Kielland cujas vantagens são apreciadas em confronto com os inconvenientes de outros instrumentos, especialmente com o de Tarnier.

Discorre como iniciou o seu tirocinio com o f. de Kielland e os resultados bons que progressivamente veiu accumulando com a sua applicação. Chegou então a fundamentar uma technica propria para o seu emprego nas posições referidas.

Esta technica cuja descripção é o objecto do trabalho, resume-se no seguinte :

Na apresentação de vertice em direita posterior, presentes as condições necessarias á applicação do forceps, sobrevindo a indicação de terminar o parto, procede-se : a mão esquerda, em supinação maxima, é introduzida na excavação pelvica á esquerda, de modo que a face palmar dos dedos venha entrar em contacto com a porção lateral direita da cabeça, o polegar procura alcançar a região parietal opposta; apprehendida assim a cabeça, procura-se rodal-a, de sorte a chegar em orientação transversa; obtida a transformação de direita posterior em transversa, toma-se o ramo esquerdo do f. com a mão direita; a mão esquerda introduzida desde o começo servirá de guia para colocar a colher; esta colher deverá contornar o occiput e transferir-se adiante, para se adaptar á região parieto-malar esquerda do feto, deslizando entre a cabeça e o arco pubico — grande transladação a Mme. Lachapele; terminada a collocação desta colher, ella deve se ajustar a região parieto-malar esquerda e encontrar-se na extremidade do I diametro obliquo; a cabeça terá, progredido de transversa á direita an-

terior, na rotação iniciada; sem retirar a mão guia que orientou e conduziu a primeira colher — colher anterior — introduz-se a 2.ª colher, colher posterior, que deve ser introduzida na cavidade sacro-iliaca direita; a introdução desta segunda colher



Fig. 1 — Mão esquerda em supinação forçada, face palmar voltada para o lado direito.

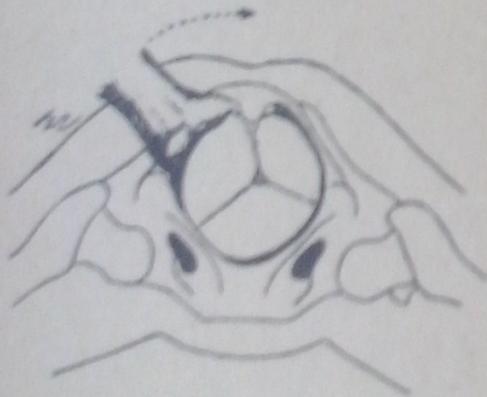


Fig. 2 — Procura-se efetuar a rotação para transversem.

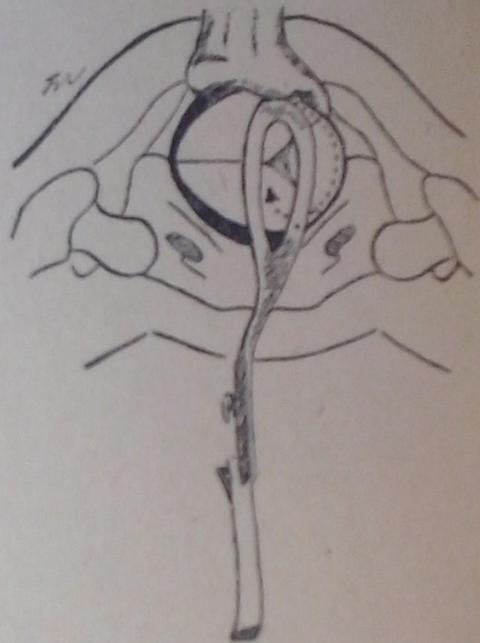


Fig. 3 — Ramo esquerdo empunhado pela mão direita, a colher deverá ser depois de introduzida transferida para diante.

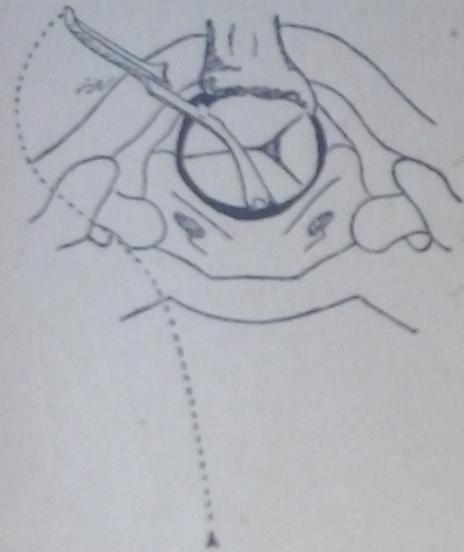


Fig. 4 — Posição do ramo esquerdo, uma vez collocada a colher em seu lugar.

é orientada pela mesma mão esquerda, que foi guia desde o início da aplicação e accionada, no cabo, pela mão direita do operador. Ao articular o forceps, a cabeça deverá estar em orientação direita anterior. Os tempos subsequentes são os usuais em todo o forceps. Conclue o A.: « De uma assentada, suavemente, sem

nenhum esforço transforma-se a posição posterior em anterior, fazendo uma pegada ideal, bi-parieto-malar, seguindo-se a extração isenta das grandes pressões inevitáveis na rotação forçada com o forceps já applicado ».

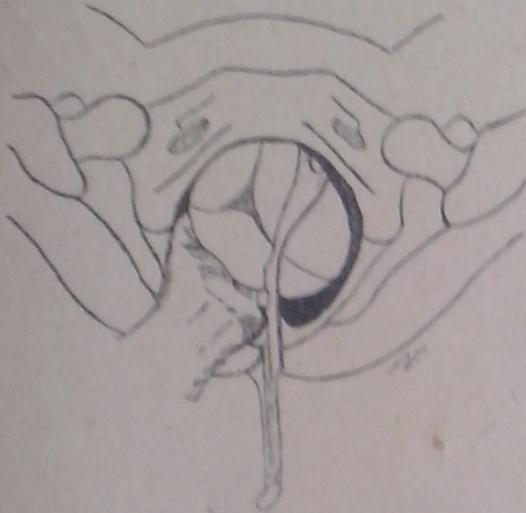


Fig. 5 — A cabeça progride em rotação, a colher do forceps ficará na extremidade anterior do I oblíquo e applicada á região parieto-malar do feto.

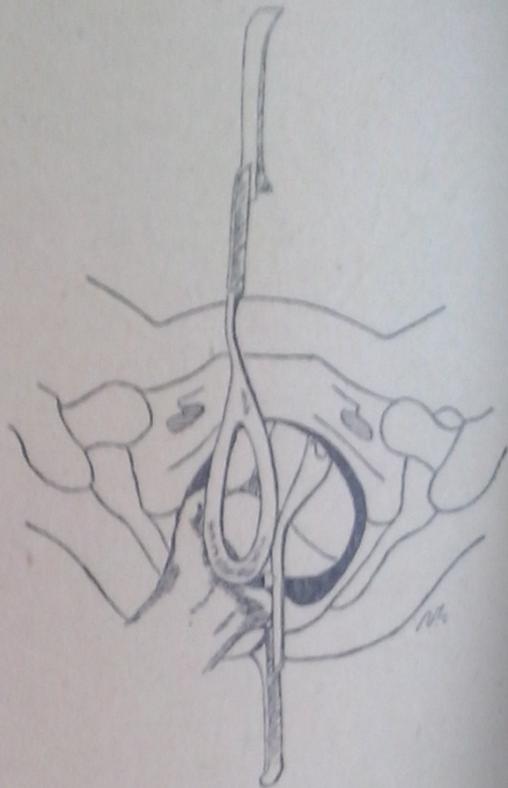


Fig. 6 — Sem retirar a mão guia coloca-se a 2.ª colher, ramo direito empunhado pela mão direita.

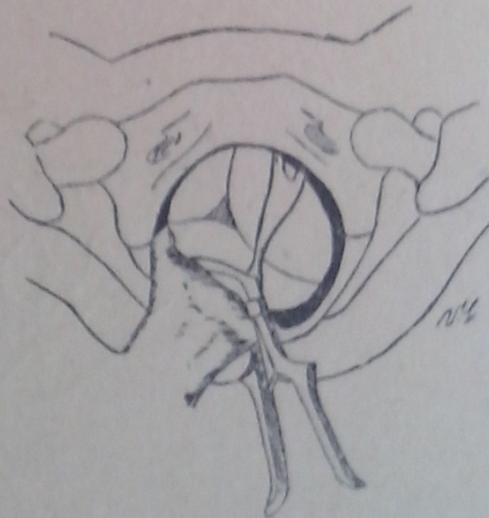


Fig. 7 — O forceps está bem collocado e articulado, a cabeça orientou-se em direita anterior.

Em se tratando de uma esquerda posterior, o procedimento é analogo mudando-se como é obvio a mão guia que será a direita, devendo ser applicada em primeiro lugar a colher esquerda (ramo direito).

Nas transversas, não se obtendo a rotação para diante, procede-se analogamente.

Com esta technica simples e precisa, diz o A. resolvemos um dos grandes problemas obstetricos, esperando que os collegas a utilizem na pratica diaria e possam assim evitar os graves traumatismos não só maternos como fetaes, proprios das applicações de forceps nas posições posteriores.

Sumariando o trabalho em apreço e reproduzindo integralmente as suas ilustrações, divulgamos entre os nossos leitores uma pratica theoreticamente bôa. Não queremos deixar sem advertencia todavia a ponderação que deverá presidir a decisão de um forceps alto. Esta operação constitue uma das mais arriscadas de toda a obstetricia, sobretudo no ambiente domiciliar, desprovido das instalações e auxiliares technicos complementares. Conduz muita vez o pratico, menos avisado, a situações das mais embaraçosas pela extensão de eventuaes lesões exigentes de reparações minuciosas e dificeis de fazer sem ambiente e auxiliares adequados.

JORGE SANT'ANNA

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
" Registrado	30\$000		" Registrado	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 — OCTAVIO DE SOUZA — Syphilis e gestação (Conceito do problema clinico)	455
II — TAVARES DE SOUZA — Quarta molestia venerea (syndroma-genito-ano-rectal)	470
III — <i>Revista de Revistas Allemães</i> — DR. JORGE SANT'ANNA.	478

IV — ANALYSES

FERNANDO MAGALHÃES — Obstetricia forense. — OLIVEIRA MOTTA	484
--	-----

V — BIBLIOGRAPHIA

Revista Urologica de São Paulo — Anno I — Fasc. I	485
Gyn. et Obst. — Maio 1933	485
Gyn. et Obst. — Maio 1933	486
Gyn. et Obst. — Julho 1933	487
Bol. Soc. Obst. y Gyn. — Buenos Aires, n. 6, 1933.	487
Gyn. et Obst. — 1932, n. 3-4	488
Bol. Soc. Obst. y Gyn. — Buenos Aires, n. 4, 1933	488
Bull. Soc. Obst. et Gyn. — Paris, 1933, n. 4	489
Anali di Ostetricia e Ginecologia n. 8—1933	490

REVISTA

DE

GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

ANNO XXVI

Completa o seu XXVI anniversario a "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia". É facto auspicioso esse, sobretudo, se considerarmos as dificuldades de toda a sorte que entravam a actividade humana, na quadra calamitosa que atravessamos. Assim é que, melhoramentos e reformas já planejados e estudados com o fim de augmentar o valor scientifico e material desta "Revista" só poderão ser postos em pratica de accordo com as oportunidades. Queremos, entretanto, desde já assegurar aos nossos amigos, collegas, collaboradores e annunciantes, que o nosso proposito de melhorar e de progredir na publicação da "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia" é uma preocupação incessante e vencedora. A acolhida que a "Revista" vae tendo nos meios interessados é um consolo para as canceiras dos que nella trabalham e é tambem uma forte esperança para o porvir.

Rememorando em poucas linhas mais um anniversario da "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia" cumpre-nos, e com satisfação o fazemos, apresentar sinceros agradecimentos aos nossos leitores, aos collegas que nos enviam a sua preciosa collaboração, aos nossos annunciantes.

Citar o editor é uma praxe; mas aqui, a "Litho-Typographia Fluminense Ltda." é lembrada com verdadeira justiça. Confiamos no intenso amor ao trabalho que não mede sacrificios, dos que mourejam na "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia", para poder assegurar que a unica revista de obstetricia e de gynecologia que ha no Brasil continuará a ser um centro de estudos e divulgações scientificas.

E' na recomposição do utero que De Lee salienta as suas modificações — sutura segmentaria em tres planos por meio de chuleios continuos a cat-gut, sendo que a ultima camada, por elle denominada «overlapping» é a garantia — diz elle, não só do bom fechamento uterino, como tambem obstaculo da passagem do conteúdo septico lochial atravez da brecha operatoria.

Recomposição do peritoneo vesico-uterino e reconstituição da parede abdominal, por planos, sem drenagem. Consoante o seu methodo, De Lee, de collaboração com seus assistentes, publicou extenso trabalho referente á cesarea segmentaria, denominada por elle de laparotrachelotomia, no American Journal of Obst. and Gynecology, Dezembro de 1930, incluindo uma estatistica de 718 casos operados em seu Serviço, sendo 91 operações iterativas, das quaes 82 eram operadas pela 2.^a vez, 8 pela 3.^a e 1 pela 4.^a vez.

Nesse elevado numero de casos, houve apenas 9 casos fataes, o que corresponde a uma percentagem igual a 1,2.

Nas operações iterativas, notou sempre adherencias que, com certa facilidade, podiam ser removidas : estas ou eram epiploicas ou com o peritoneo parietal, ao passo que, em referencia á cesarea classica, dada a séde da incisão operatoria, sobre o corpo uterino, são tão communs as intimas adherencias deste com as alças intestinaes.

Annota em seu trabalho, a solidez da cicatriz, pois todos os casos foram postos a prova do trabalho de parto, sem que houvesse occorrido uma só ruptura.

Max Wetterwald em 101 casos operados pelo methodo segmentario, encontrou 1 caso de ruptura, que, reunido aos 9 casos citados na litteratura obstetrica, num total de 3.600 cesareas segmentarias, consigna 0,28 0/0, ao passo que Holland dá uma percentagem de ruptura de 4 0/0, em suas estatisticas referentes ao methodo classico.

A solidez da cicatriz uterina é a resultante da séde em que é praticada : na cesarea segmentaria é praticada na zona passiva ao abrigo das contracções do musculo uterino.

Já tivemos occasião de verificar a solidez cicatricial em varios casos operados na Clinica Obstetrica. Até Dezembro de 1931, no serviço da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina, foram operados, 94 casos, dos quaes 6 foram fataes. Destes 6 casos, 1 foi por myocardite, 5 restantes foram imputados a infecção. É preciso que se diga desde logo que a precaria assistencia obstetrica ministrada ao nosso povo, é o maior factor da infecção.

Cumpre notar que muitos dos casos soccorridos na Clinica Obstetrica já surgem após assistencia domiciliaria deficiente, em que se ensaiou o parto, havendo inobservancia dos mais

comezinhos preceitos de asepsia, mesmo em mãos de profissionaes não affeitos aos cuidados da especialidade.

Outro problema que tem preocupado a attenção do parteiro no momento em que se propõe a praticar a cesarea, é o emprego da anesthesia, de modo a restringir ao minimo os seus effeitos toxicos.

Rucker, citado por De Lee, estudou o effeito dos anesthe-sicos sobre a contracção uterina e concluiu que o chloroformio e o ether são os que mais diminuem a força contractural do orgão gestante, vindo em seguida o protóxydo de azoto e o ethyleno.

Em os primeiros casos executados no serviço do Prof. Briquet empregou-se a anesthesia local pela escurocaina, e, em muitos outros casos, se utilisou a anesthesia geral pelo ether ou balsoformio.

Já de 1928 em deante vem sendo praticada a rachi-anes-thesia pelo facto della intensificar a retracção da musculatura uterina.

É de ver-se a energia com que se retrahem os feixes cir-culares do segmento inferior no decurso da cesarea segmentaria, diz o *Prof. Briquet*, em seu tratado de Obstetricia Operatoria, recentemente publicado.

A energica retractilidade da camada media ou plexiforme produz a eversão dos bordos da ferida operatoria, cuja sutura dest'arte é facilitada. Produz a rachi-anesthesia silencio abdo-minal perfeito, que ajuda a execução do acto operatorio.

O seu coefficiente toxico minimo permite o seu emprego em doentes com lesões renaes, hepaticas, pulmonares, e cardiacas, mesmo descompensadas.

As contraindicações da rachi-anesthesia referem-se ás hy-potensas e com lesões do systema nervoso.

Numa serie bastante elevada de rache-anesthesias praticadas com grande exito, no decurso das cesareas, houve 1 caso fatal, a despeito de se ter observado rigorosamente a technica da punccão racheana como de praxe.

Este obito só podiamos explicar por uma idiosyncrasia da paciente pela cocaina.

Quando se pratica a recomposição do peritoneo vesico-uterino, deve-se observar a perfeita hemóstase segmentaria. Um pequeno vaso que permaneça sangrando pode occasionar hematoma retroperitoneal responsavel muitas vezes pelos surtos febris no decurso pós operatorio.

No intuito de obviar taes inconvenientes, o prof. Briquet aconselha pequeno descolamento do peritoneo visceral e, em seguida, abertura no sentido transversal do segmento inferior, 2 cms. abaixo do annel de Bandl.

É a chamada incisão transversa de Munro-Kerr, que deve ser feita com ligeira concavidade voltada para cima.

Em nada altera a extracção fetal e a recomposição segmentaria deve ser feita em tres planos, sem nos esquecermos que a ultima deve recobrir as duas primeiras.

Indicações. — As finalidades therapeuticas attribuidas a cesarea corporal estão actualmente no dominio da cesarea segmentaria.

Essas indicações são oriundas das condições maternas ou fetaes. As *indicações maternas* são as que se referem ás condições *anatomicas*: — angustias pelvicas, dystocias do collo uterino frequentes em primiparas edosas com collo rijo ou edemaciado; *physiologicas*: — dystocias inherentes á contractilidade uterina — retractilidade exagerada do anel de Bandl e distensão exagerada do segmento inferior, uterino, na immnencia de ruptura; aos tumores prévios, cystos volumosos do ovario, myomas uterinos; e affecções ovulares, taes como a placentação baixa.

As *indicações fetaes* dizem respeito á procidencia funicular; feto volumoso, vicios de attitudes incompativeis com o parto normal, tal como acontece nas apresentações deflectidas fronte, mento-posteriores e bregmaticas.

A hemóstase e a rapidez da cesarea segmentaria permitem solucionar favoravelmente numerosos casos dystocicos.

Em taes casos, o parteiro que comprehende os perigos da via baixa para a mãe e para o feto, não deve privar-se da cesarea, quando consulta as respectivas condições.

Voltemos as nossas vistas para as graves lesões do aparelho genital no decurso de applicações de forcipe, versões etc. Taes são as lacerações da vagina, do collo uterino, que, muitas vezes, se podem propagar ao segmento inferior e até mesmo ser fataes; lesões soffridas pelo feto que chegam a produzir rupturas do aparelho contencor, vemos pois as razões comprobatórias da grande efficacia da cesarea segmentaria.

A indicação, que constitue talvez privilegio do methodo corporal é a que diz respeito ao descolamento prematuro da placenta normalmente inserida. Esta entidade requer do parteiro extracção mais rapida possivel do producto conceptual e, até nas grandes suffusões sanguineas no myometrio, pode demandar a hysterectomia subtotal.

Num periodo de 4 annos, foram operados na Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina até dezembro de 1931, 94 casos, observando-se a technica de De Lee, tendo ocorrido 5 obitos, imputados todos á infecção; — 2 por peritonite, pacientes operadas em boas condições, bolsa das aguas intactas; 2 por peritonite, operadas após 30 horas da ruptura da bolsa e 1 por septicemia.

Referindo-se á *infecção intrapartum*, diz o Prof. Briquet (Obstetricia Operatoria, pag. 18): muito favorece o seu surto

o parto protelado com bolsa intacta, por tempo excedente a 60 horas e a ruptura precoce que date de mais de 20 horas. Aponta ainda os trabalhos de Seitz e Wallard, que avaliam em 50 % os casos de infecção intrapartum, caracterizados por *deciduite extraamnica* inicial por effeito da infiltração microbiana no tecido chorio-decidual.

Taes occurrencias que independem da technica operatoria, não annullam os magnificos resultados da cesarea segmentaria.

Em 94 casos operados na Clinica Obstetrica, 35 parturientes tinham estenose pelvica; 30 foram operadas em virtude de desproporção feto pelvica complicada de insufficiente dilatação cervical, e em muitas havia ainda soffrimento fetal; 14 casos devidos á placenta baixa; 2 eclampsias com menos de 4 ataques tendo sido salvos ambos os fetos; 2 operadas por procidencias funicular e soffrimento fetal intenso, que fatalmente teriam succumbido em manobras extractivas por via baixa: 2 casos em que a esterilização se impunha por condições eugenicas; apresentação pelvica, em que o feto, de volume excessivo e com soffrimento acentuado, não teria certo resistido ao parto por via baixa; 4 apresentações deflectidas em mento-posteriores; 3 casos de iminencia de ruptura uterina em pacientes, em cuja assistencia domiciliar se fez uso intempestivo de ocitocico; e 1 de feto volumoso.

Nesse cunjuncto apreciavel de 94 casos de cesarea segmentaria, onde se observaram indicações isoladas ou conjugadas, podemos ajuizar da excelencia da cesarea segmentaria sobre as demais.

Attentem-se aos conselhos do mestre da escola paulista; o exito operatorio está condicionado á capacidade technica do parteiro e aos recursos materiaes de que dispõe, e avaliem-se um sem numero de casos que podem ser beneficiados pelo emprego da cesarea segmentaria transperitoneal.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietário 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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL				
BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
„ Registrado	30\$000		„ Registrado	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 — DR. MANUEL LUIS PÉREZ — Perturbações physico-chimicas e neuro-endocrinas na etiopathogenia das gestoses	53
II — DR. ODETTO SANDOVAL DE CARVALHO — Tratamento moderno, racional e scientifico da placenta previa	67
III — DR. GERALDO V. DE AZEVEDO — Do valor da insulina no tratamento das metrorrhagias de causa ovariana e em particular da metropathia hemorrhagica (Réplica ás “Annotações” do Dr. M. Fabião, publicadas na “Rev. de Gyn. e d'Obstetricia”, 1933, n. 1, pag. 16	74
IV — <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	79
V — BIBLIOGRAPHIA	
Rev. Med. Lat. Amer., n.º 204 — Set., 1932. — Jour. Méd. de Bordeaux, n.º 26 — 1932. — La Prensa Med. Arg., n.º 15 — Outub., 1932. — Rev. Med. del Rosario, n. 2.º — Nov., 1932. Rev. fran. Gyn. et Obst. — Nov., 1932. — Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Out., 1932.	
VI — NOTAS THERAPEUTICAS	
Endocrinologia — Numerosos symptomas de pequenas e mal definidas insufficiencias, segundo o DR. LEOPOLD LEVI	90
A Agomensina “Ciba” na insufficiencia ovariana, pelo DR. ALBERTO SANTIAGO	91
Fortossan “Ciba” na pediatria, pelo DR. OSWALDO BIGHETTI	91
Dismenorréa e perturbações nervosas (observação). pelo DR. ABE-LARDO ACCETA	92
Amenorrhéa com perturbações neuro-mentaes, pelo DR. I. COSTA RODRIGUES	92
VII — Resumo do movimento do Ambulatorio n.º 5 (Gynecologia), da Santa Casa de Misericórdia, a cargo do DR. MIGUEL FEITOSA, no periodo de 2 de Julho de 1931 a 2 de Julho de 1932	93
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	96

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
" Registrado	30\$000		Registrado	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 — DR. ANTONIO PRUDENTE — Pre-cancer vulvar.	97
II — VIRGILIO COSTA — Algumas considerações sobre os gêmeos.	114
III — <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	121
IV — NOTICIAS	
DR. EUGENIO MASSON DA FONSECA (Necrologio do)	128
Ortographia	129
V — BIBLIOGRAPHIA	
Gyn. et Obst. Outubro, 1932. — Rev. fran. Gyn. et Obst., Novembro, 1932. — Gyn. et Obst., Outubro, 1932.	131
VI — NOTAS THERAPEUTICAS	
Um caso de cystite rebelde, pelo DR. SYLVIO MARQUES	134
Observação	134
Pituchinol	135
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	136

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
" Registrado	30\$000		Registrado	40\$000
" para Estudantes	20\$000			

Numero avulso: 3\$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas 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 — DR. DANIEL A. ROJAS — Nova manobra para desprendimento directo dos hombros na deflexão dos braços	137
II — PROF. AUGUSTO BRANDÃO — Da permeabilidade do collo nos casos de aborto	151
III — DR. LUCAS MACHADO — Relatorio dos serviços da 2. ^a clinica obstetrica na Santa Casa de Bello Horizonte, referente ao anno de 1932	153
IV — <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	161

V — NOTICIAS

PROF. SYLVIO MAYA (Necrologio)	168
--	-----

VI — BIBLIOGRAPHIA

- Am. Jor. of Obst. — Agosto, 1932.
 Am. Jor. of Obst. — Agosto, 1932.
 Bull. Soc. Obst. Paris — Outubro, 1932.
 An. di Obst. e Gyn. — Novembro, 1932.
 Am. Journ. of Obst. and Gyn. — Setembro, 1932.
 Am. Journ. of Obst. and Gyn. — Agosto, 1932.
 Am. Journ. of Obst. and Gyn. — Novembro, 1932.
 Am. Journ. of Obst. and Gyn. — Novembro, 1932.
 Am. Journ. of Obst. and Gyn. — Janeiro, 1933.
 Rev. da Ass. Paul. de Med., vol. 1, n. 6 — Setembro a Dezembro, 1932.

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

O tratamento da coqueluche pela vaccina de alta concentração (Quintovacin)	179
Therapeutica causal do arthritismo	179
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	180

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
Registrado	30\$000		Registrado	40\$000
para Estudantes	20\$000			

Numero avulso: 3\$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas 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 — DR. JOSÉ MEDINA — Tumor de Krukenberg	181
II — TAVARES DE SOUZA — Granuloma venereo (quinta molestia venerea)	190
III — <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	197

IV — ANALYSES

DR. M. M. FABIÃO — Hemorrhagias da mulher — O. RODRIGUES LIMA	203
---	-----

V — BIBLIOGRAPHIA

R. Sud-Americana de endocrinologia, immunologia e quimoterapia, ns. 2 e 3 de 1933.
Am. Jor. of Obst. — Setembro, 1932.
Gyn. et Obst. — Dezembro, 1932.
Gyn. et Obst. — Dezembro, 1932.

VI — NOTAS THERAPEUTICAS

Manual de Dermatologia do Prof. Max Joseph, Berlim	209
Digalene "Roche" — A respeito da therapeutica digitalica	209
A Coramina "Ciba" em altas doses	210
Nova orientação da therapeutica antiluetica	211
<i>Petite Revue</i> — O. R. L.	213

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 ÀS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	25\$000		EXTERIOR — Porte simples	30\$000
„ Registrado	30\$000		„ Registrado	40\$000
„ para Estudantes	20\$000			

Numero avulso : 2\$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. Assig-
nantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

I — DR. ODETTO SANDOVAL DE CARVALHO — Cesareana e não embryotomia com o fêto vivo	215
II — DR. EDGARD MOSS — Sobre um caso de prenhez a termo e ruptura uterina contemporizada, fêto em franca decomposição. Cura	221
III — JOSE' DAUSTER (doutorando) — Diathermia e processos annexiaes	225
IV — <i>Revista de Revistas Allemãs</i> — JORGE SANT'ANNA	229

V — NOTICIAS

Homenagem ao Dr. A. R. de Oliveira Motta, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pinhal (Estado de São Paulo)	236
Sociedade de Medicina de Pernambuco	237
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Nictheroy	237
Livros allemãs de medicina traduzidos em hespanhol	238

VI — BIBLIOGRAPHIA

Bol. Soc. Obst. y Gyn., Buenos Aires, 1932, n. 16.
Bol. Soc. Obst. y Gyn., Buenos Aires, 1932, n. 14.
Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Janeiro, 1933.
Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Fevereiro, 1933.
Gyn. et Obst., 1933, ns. 5-6.

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

A transfusina na obstetricia	243
A proposito do Ovariolipol, pelo Dr. Torreão Roxo	243
Infeção puerperal	244
A Digaléne na pratica gynecologica, pelo Dr. H. V. Klein	245
<i>Petite Revue</i> — O. L. R.	246

Cesareana e não embryotomia com o feto vivo

PELO

DR. ODETTO SANDOVAL DE CARVALHO

Medico da Santa Casa de Pirajuhy

“L'Embryotomie sur l'enfant
vivant a vecu”.

DINARD

“Não ha indicação para a mu-
tilação de um feto vivo a não ser
o pensamento carunchoso do par-
teiro”.

FERNANDO MAGALHÃES

E' inacreditavel que na epoca actual, em pleno dominio da cirurgia obstetrica triumphal e libertadora, ainda ha quem pense em perfurar o feto vivo. Por isso mesmo, não é fóra de proposito toda e qualquer condemnação contra essa pratica tão aggressiva, quanto deshumana e ascientifica.

A embryotomia do feto vivo é uma operação que, tendo ainda raros proselytos, sempre teve oppositores, desde os primordios da arte, pois que, destruindo uma das vidas, não podia deixar de repugnar a inumeros parteiros, uns por convicção scientifica, outros por crença religiosa.

Com o advento da éra antiseptica, com os triumphos cada vez mais patentes do parto abdominal, a mutilação do feto vivo, hoje em dia, não representa outra cousa senão um acto criminoso, de requintada crueldade, contra o qual não ha defesa plauzivel ou justificacão consciente. O medico não tem o direito de sacrificar a vida de quem quer que seja; falta-lhe autoridade moral, juridica e scientifica para tal. Não se póde admittir, tão pouco, o argumento da superioridade da vida materna sobre a fetal, argumento este que visa justificar o sacrificio desta em suppostos beneficios daquella. A gradação de superioridade, neste praticular, é antipathica e injusta, pois o direito de existencia, tanto materno quanto fetal, é sagrado, não comporta privilegios, é de uma absoluta e sacrosanta egualdade.

Não se póde admittir a embryotomia sobre o vivo nem mesmo nos casos de vida fetal periclitante, como reclamam alguns. O compromettimento vital do feto não é uma causa nem uma justificativa para a intervenção destruidora. Uma

vida que periclita hoje póde exuberar amanhã em flores de robustez, de euphoria, de triumphos e de glorias. Não se póde, em sã consciencia, dogmaticamente, sentenciar o irremediavel de uma existencia que ás vezes a simples mudança de meios, a transição do mundo interior para o exterior, da vida subsidiaria para a vida autonoma, são o bastante, o mais que sufficiente para augmentar as suas probabilidades vitaes. Além do mais não dispomos de meios precisos para julgar, com justeza, do gráo de vitalidade fetal «in utero».

Causa decepção o facto de um livro como o de Bar, publicado sob a direcção de Brindeau, em sua ultima edição, livro consagrado, de manuseio obrigatorio dos nossos profissionaes, representando uma escola de tradicção e de autoridade incontestes e, por isso mesmo, de uma responsabilidade manifesta, ainda admittir a possibilidade da perfuração do feto vivo, ainda mais, do feto «normalmente constituido». «Le medecin peut être amené à sacrifier un foetus normalement constitué, mais ces cas sont rares». (Pags. 192 do 4.º volume da obra de Bar, edição de 1926).

O medico que sacrifica uma creança normalmente constituida pratica simplesmente um crime hediondo e injustificavel e como criminoso, que premedita e executa o crime, deve ser punido severamente pelas leis do Codigo Penal.

Os «casos raros» de sacrificio fetal não existem, felizmente, para a escola brasileira. A infecção cavitaria declarada, indicadora da embryotomia em determinadas clinicas, não constitue excepção á inviolabilidade da vida fetal para a nossa escola, pois Magalhães não se detem deante do pulso elevado, da elevada temperatura, da infecção cavitaria franca, praticando, desde ha muito, com maestria inexcedivel e com brilhantes resultados o talho cesareo, apesar de todos os pesares.

Com o prof. Magalhães e a sua escola a cesareana não perde nunca a oportunidade.

A campanha mais gloriosa contra a pratica criminosa de sacrificar a vida fetal deve-se ao genio creador de Pinard, o apostolo da obstetricia conservadora, pertencendo-lhe a sentença que é hoje um dogma de todo parteiro digno, honesto e consciente: «L'embryotomie sur l'enfant vivant a vecu».

No Brasil essa campanha meritoria não podia ter deixado de pertencer á honestissima consciencia obstetrica de Magalhães. As suas magistraes licções sobre o assumpto calaram profundamente no espirito dos seus discipulos e admiradores.

Não obstante o vigor, a sinceridade, o altruismo dessas campanhas, este ou aquelle, esquecidos da bôa doutrina, ainda se lembram com saudades dos processos sanguinarios dos Deish, dos Mittelhauser, dos Osborn.

E a embryotomia, além do mais, nem sempre resolve a situação, mesmo unilateral, parcial, unicamente maternal, pois

casos ha que embora a cabeça esmagada, triturada, o parto transpeltiano nem assim se processa, nem assim é possível. Para não mencionar casos estranhos basta citar o chamado « Caso da Maternidade » com que o prof. Magalhães abre a serie das licções do seu livro Licções de Clinica Obstetrica, caso esse que é uma reliquia de ensinamentos.

Enganam-se aquelles que julgam que o esmagamento da cabeça fetal é o sufficiente para a resolução das dystocias transpeltianas. Elaboram em erro os que pensam que a embryotomia, sacrificando o feto, garante a sobrevida materna. E as hemorragias do delivramento, e os choques obstetricos, e as infecções do puerperio, não matam? Aquí mesmo sabemos de obitos maternos seguidos á embryotomia, oriundos de infecção puerperal.

A embryotomia não sómente não resolve todos os obstaculos transpelticos como não preserva a parturiente dos accidentes e perigos do post-partum. Os que praticam a embryotomia com estes objectivos, com estas finalidades, fiam-se em premissa duplamente falsa. Não ha intervenções obstetricas que não tenham o seu passivo lethal — o forceps, a versão, etc. — e nem por isso deixam de ser opportunamente praticadas, e nem por isso alguém se lembra de abandonal-as.

Não procede, portanto, o temor de certos collegas pelo parto abdominal. No emtanto, esses mesmos collegas não temem os toques vaginaes repetidos, no mais das vezes sem antisepsia rigorosa, erigindo em methodo a extracção manual da placenta, conducta essa condemnada pelos maioraes da arte, taes os perigos d'ahi decorrentes para a parturiente ou puerpera, perigos tão evidentes e temidos que innumeradas clinicas especializadas unicamente permitem o toque rectal, evitando, terminantemente, toda e qualquer manipulação vaginal. D'ahi o valor do signal de Unterberger para se avaliar a marcha do trabalho de parto, signal que pelo seu alcance preventivo bem póde chamar-se — signal prophylactico de Unterberger ou signal prophylactico do trabalho.

As intervenções transpeltianas, todas ellas, inicialmente já arcam com os perigos do transito polluido. Por isso mesmo a embryotomia concorre com 10 % de mortalidade materna, segundo assevera o prof. Magalhães em suas Licções de Clinica Obstetrica, o que bem demonstra que a intervenção mutiladora, ao contrario do que muitos collegas pensam, tem um indice lethal simplesmente respeitavel, superior ao da cesareana, intervenção esta que só póde ser temida e menosprezada pelos timidos, que são os seus condemnadores theoreticos.

A embryotomia em feto vivo, sobre ser anti-scientifica, como toda intervenção obstetrica destruidora, anti-juridica e anti-theologica, repugna aos nossos sentimentos de humanidade. O parteiro que hodiernamente perfurar o feto vivo, das duas uma :

ou pratica um acto illicito, criminoso, ou então dá prova cathégorica, insophismavel, absoluta, dos seus poucos recursos profissionaes. E o que não se comprehende e o que não se póde e nem se deve admittir é que a creança — pobre victima indefesa! — seja sacrificada em holocausto á ignorancia profissional. Ignorancia prejudicial, porque é uma ignorancia criminosa.

Vamos, na observação abaixo, tratar de um caso de parto cesareo, que deu vida a uma robusta creança, de mais de 4 kilos de peso, contra a qual já havia sido evocada a embriyotomia.

A., branca, brasileira, casada, de 18 annos de idade, secundipara. Primeiro filho natimorto, de parto espontaneo, mas essencialmente penoso, durante o trabalho 5 dias.

Exame: mulher edemaciada, verdadeira anasarca, prenhez a termo, pulso radial batendo 110 vezes por minuto e temperatura normal. Situação do feto longitudinal, apresentação cephalica, ausculta positiva, 130 ruidos cardiacos fetaes por minuto. Ruptura da bolsa d'agua ás 8 horas de 5/5/932. Contrações uterinas validas e regulares. Collo completamente dilatado, apresentação alta, movel, acima do estreito superior.

Pelvimetria $\left\{ \begin{array}{l} BC = 24 \\ BE = 22 \\ SPE = 17,5 \end{array} \right.$

Diagnostic: prenhez a termo, feto vivo, bacia chata e provavel desproporção entre objecto e trajecto.

Expectação, por não existir motivo algum, de ordem materna ou fetal, que indicasse uma intervenção. Tres horas depois deste primeiro exame a situação continuava a mesma, sem modificação alguma, pelo que continuava a expectação. Cinco horas depois do segundo exame a cabeça fetal apenas se adaptara ao estreito superior, em posição O. I. T. D., flexionada. As contrações uterinas continuavam validas e regulares. Batimentos cardiacos fetaes 143 por minuto. Canção materno evidente. Pulso radial batendo 130 vezes por minuto e 37,3 de temperatura axilar. O palpar mensurador lobrigara tratar-se de feto grande. A desproporção pelve-cephalica accentuada era incompativel com o parto transpelviano. Indicamos, então, de nossa parte, a operação cesareana, pois a parturiente estava sob a assistencia de distinctissimo collega. A cesareana, entretanto, continuava a ser tida pelos nossos collegas locais como uma intervenção seria, de prognostico temido, apesar de não a terem praticado ainda, parecer esse naturalmente influenciado pelos tempos que já vão longe, quando a intervenção tinha o desfavor de uma porcentagem lethal assustadora. Contra-gosto nosso, acquiescendo manifesta vontade desse prezado collega que por todos os meios procurava subtrahir o caso á cesareana, tentámos uma applicação do Kielland. Foram nossas palavras: achamos difficil uma applicação do K. no caso presente, cabeça apenas adaptada ao estreito superior. Mesmo que consigamos applical-o as tracções, com toda probabilidade, serão infructiferas. Dito e feito. Kielland articulado, depois de uma applicação mais facil do que esperavamos, as tracções, firmes, foram inuteis, motivo porque não mais insistimos, pois somos um respeitador absoluto do *non vis sed arte*. Indicamos, com convicção robustecida, de uma vez por todas, a cesareana, intervenção perfeitamente adequada ao caso. Foi, então, que a idéa de perfuração do feto vivo foi aventada e exposta com fervor.

Formados na escola conservadora de Magalhães, onde as duas vidas — materna e fetal — são postas em plano de igualdade, protegendo-se a mãe ao mesmo tempo que não se desampara o filho, não podíamos, como discípulos dessa escola, concordar com a pratica criminosa de sacrificar um innocente, quanto mais de concorrermos com a nossa parcella material e moral para a consumação de um acto de requintada crueldade. Essa firmeza de resolução deu em resultado a acceitação do parto abdominal, por nós praticado, já quasi pelas 23 horas de 5/5/932, de accordo com a technica de Krönig, caso que, ao lado de outros, será commentado em artigo opportuno.

O parto abdominal nos deu um feto vivo, do sexo feminino, bastante desenvolvido, como bem mostra a

Fetometria : BP = 10 BT = 9 OF = 12 OM = 14 BA = 10.
BC = 9 Circumferencia cephalica 36 Comprimento 52 Peso 4.070 Ks.

Clinica do Dr. Odetto S. de Carvalho — Pirajuhy.



A pequena Maria Cesaria, que esteve por um triz para ser esmagada pelo basiotripo matador, aos 5 1/2 mezes de idade e com 6,200 Ks.

A bôa e sã doutrina, por nós esposada com convicção, salvou-lhe a existencia innocente e promissora, quasi sossobrada antes mesmo de vir á tona da realidade.

Eis ahi uma creança bem desenvolvida, bem constituida, de uma robustez invejavel, pesando mais de 4 kilos, pertencendo, portanto, á cathegoria dos « fetos gigantes », cheia de vida, contra a qual houve, em dado momento, a ameaça tetrica de um mortifero basiotribo, que não exerceu o seu fadario sanguinario, porque, para bem estar dessa innocentinha, as razões superiores da obstetricia conservadora sobrepuzeram-se aos criminosos designios da embryotomia feticida.

Além de todas as razões contrarias á embryotomia, de ordem moral, juridica, scientifica e theologica, ainda havia uma de ordem social: tratava-se de um casal sem filhos, motivo que pede attenção do parteiro, motivo ponderavel, que em muitas clinicas fortalece a indicação da operação libertadora, mesmo em condições julgadas desfavoraveis.

O feto « in utero », não podendo defender-se das aggressões exteriores, tem no parteiro consciencioso o seu unico e natural defensor. E' incrivel que o parteiro passe de defensor natural e unico de um innocente para converter-se em seu gratuito algoz.

Medicos em geral, parteiros em particular, lembrai-vos que « l'embryotomie sur l'enfant vivant a vecu! »

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
" Registrado	30\$000		" Registrado	40\$000
" para Estudantes	20\$000			

Numero avulso : 3\$000

Não se restituem originaes. — Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas 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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

- I — DR. JORGE SANT'ANNA — Em torno de uma cesareana segmentaria 247
- II — DR. LUCAS M. MACHADO — Kysto do ovario e oclusão intestinal aguda 262
- III — DR. SYLVIO MIRAGLIA — Um caso de inversão completa, chronica, do utero 273
- IV — DR. PAULO MENICUCCI — Cesariana praticada em gestante quasi á termo, accommettida de paralyasia ascendente aguda ou syndroma de Landry 277

V — NOTICIAS

- Academia Nacional de Medicina 280

VI — BIBLIOGRAPHIA

- Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris — Janeiro, 1933.
Rev. fran. Gyn. et Obst. — Abril, 1933.
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Dezembro, 1932.
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Janeiro, 1933.
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Fevereiro, 1933.
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Fevereiro, 1933.
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Março, 1933.

VII — NOTAS THERAPEUTICAS

- Therapeutica das molestias rheumaticas, pelo Dr. Georg Zachariae 292
- Syphilis do estomago e o Iodobisman, pelo Dr. Firmino Nardelli 292
- Petite Revue — O. L. R. 293

Em torno de uma cesareana segmentaria ⁽¹⁾

POR

JORGE SANT'ANNA

W. A. S. brasileira, com 17 annos de idade, internada em trabalho de parto, na C. S. Dr. Eiras, em 10 de Fevereiro de 1933, sob os cuidados da parteira — Mme. Villafañe.

ANAMNESE — Menarcha aos 11 annos de idade, com fluxo por 8 dias, muitas colicas. Menstruações subseqüentes irregulares, tendo havido um anno de completa amenorrhéa. Posteriormente reinstallaram-se as regras, sempre irregulares no cyclo e no numero de dias. Casou-se aos 16 annos, engravidando 3 mezes depois.

Durante a gestação esteve sob minha fiscalização.

PRIMEIRO EXAME (24 Out. 32): Estatura mediana, esqueleto normal, muculatura de medio desenvolvimento, tecido adiposo abundante; apparelhos organicos sem anomalia. Apresentava esternalgia e tibialgia.

Ventre: constituição da parede bastante adiposa, firme, circumferencia 95 cms. Altura do fundo uterino: 18 cms. Pelvimetria externa: 24, 27, 32, 22; Michaelis: 9x10. Bulhas fetaes pouco audiveis no q. i. d. Urinas: precipitação de phosphatos.

DIAGNOSTICO: — gravidez topica no VI mez, lues III.

TRATAMENTO: — injeções intramusculares de Bi.

Epoca provavel do parto: 6 Fev. 33 (Naegéle), 16.II.33 (K. Oginó).

EXAMES POSTERIORES: em 27 de Dez. e 12 de Jan. sem particularidade digna de nota. As urinas foram examinadas em 28.XII, em 5.I, em 12.I, 24.I, 31.I, e 2.II, nunca apresentaram albumina.

TRABALHO DE PARTO: iniciou-se na madrugada de 9.II, com dores pouco intensas, tendo sido transferida para a Casa de Saude em 10.II sob os cuidados profissionaes de Mme. Villafañe. Na vigencia da parteira foram praticados 3 toques, segundo a technica.

(1) Communicação ao Collegio Brasileiro de Cirurgiões em 19-6-33.

Nota da Redacção — Deixa de ser publicado neste numero a secção "Revista de Revistas Allemãs" por absoluta falta de espaço. O nosso collaborador Dr. Jorge Sant'Anna preenche porém esta lacuna com um interessante artigo original.

Examino-a pela primeira vez depois de começado o trabalho de parto em 11 - II ás 12 horas : cabeça apoiada no estreito superior, com pequeno segmento na excavação, mobilizavel, revestida de membranas, sem formação de bolso de aguas. Collo ainda não completamente apagado, orificio externo permeavel a 2 dedos. A paciente informa haver perdido aguas desde ás 22 horas de 10 - II. As contracções uterinas são pouco energicas e muito espaçadas. De 11 para 12 a parturiente teve raras contracções e dormiu por longos prazos.

A 12 pela manhã prescrevi a administração de pituitrina P. D. diluida ao decimo, injectada sub-cutaneamente de 2 em 2 horas : as injeccões foram feitas ás 13, 15, 18 e 20 horas. As contracções se repetiram a partir da 2.^a injeccão, com intervallos de 10 a 15 m., eram de intensidade moderada. A's 22 horas suspenderam-se novamente.

12-II : A parturiente dormiu á noite a partir das 23 horas de hontem. Utero em situação mediana, cabeça applicada ao estreito superior, anel de contracção cerca de 8 cms., acima da symphyse. F. M. = q. i. d. com bulhas regulares em rythmo e intensidade, batendo 140 vezes p. m.

2.^o exame interno : collo ainda não apagado, dilatado para 2 dedos, orla espessa em todo o contorno de cerca de 4 cms. de largura, cabeça mobilizavel.

Prescrevi a « Solvochina » em injeccões intramusculares que foram praticadas ás 10, h 55 — 12, h 55 e 14, h 55. Cerca de 40 m. após a última injeccão recomeça o utero a contrahir-se pouco energeticamente e com largos intervallos.

Ás 20 horas : F. M. = q. i. d., boas bulhas em numero de 160 p. m.

O utero encontra-se mais retrahido em torno ao feto, a paciente accusa peso permanente no baixo ventre e dores nas cadeiras. Recomendando á Parteira assidua vigilancia do coração fetal.

Ás 12,30 : bulhas fetaes bem rythmadas, batendo 144 v. por m.

Ás 13,45 : o coração fetal continua bom. Procedo ao 3.^o exame interno : collo apagado no hemicirculo anterior, o posterior conservava-se espesso, dilatação para 3 dedos; cabeça mobilizavel, recoberta de membranas applicadas de encontro ao craneo, sem bolso de aguas. O palpar bi-manual revela não haver desproporção alguma entre o polo fetal apresentado e as dimensões da bacia, baixando o craneo com a pressão da mão externa no interior da excavação para voltar a situação anterior cessada a pressão, tal como acontecia após ás contracções.

Estabeleço por diante a escuta do coração fetal de 1/2 em 1/2 hora. Ás 15,30 contavam-se 152 bulhas p. m. O pulso materno era de 88 e a temperatura de 36,0,9. Ás 17,30 o coração do feto batia 144 v. por m. com bom rythmo e boa tonalidade. Ás 18,45 horas fez-se uma injeccão de pituitrina ao decimo. Retomam um pouco as contracções do utero que se retrae ainda mais sobre o feto. Ás 20,30 o coração fetal batia 140 v. por m., tendo as bulhas tonalidade mais apagada. Foi administrada uma injeccão intramuscular de « cardiazol ». Não se repete a pituitrina. Ás 22 horas o coração fetal bate 120 v. por m., accentua-se o abafamento das bulhas e o rythmo torna-se irregular.

Pratiquei então o 4.^o exame interno que forneceu os mesmos elementos como no ultimo praticado (13,45 h.). Estando estacionario o parto cerca de 50 horas e havendo evidente soffrimento do feto, resolvo terminal-o artificialmente. Optei pela cesareana abdominal segmentaria em vista da elevada situação da cabeça — 2.^o plano de Hodge e da suspeita de anomalia do cordão. Emquanto se ultimavam os preparativos para intervenção, mandei fazer uma injeccão de cafeina, visando estimular o coração fetal.

A anesthesia geral pelo ether iniciada ás 23, h 40 foi conduzida pelo Dr. Natalicio de Farias.

Incisão mediana infra-umbilical ás 24, h 10. Nessa ocasião foi praticada uma injeção sub-cutanea de pituitrina, dose integral. O feto foi extrahido ás 24, h 15 em apnéa, perdendo meconio e em estado de asphyxia azul. Feita a desobstrucção das vias aerias superiores que foi trabalhosa e esteve a cargo da Parteira, o feto respirou, chorando pouco depois.

Foram auxiliares da operação os Drs. Mario Schiller de Souza e Leonel Miranda. Segui a technica de Kroenig. A cabeça estava orientada em O. E. P. A linha facial foi facilmente trazida á coincidência da incisão segmentaria. A extracção foi feita com o pequeno forceps de Naeglele. Logo que flectida e exteriorizada a cabeça, notei obstaculo impeditivo da extracção. Uma dupla circular do cordão estava tensa em torno do pescoço. Collocação de duas pinças hemostaticas e secção de um golpe de tesoura das duas alças. A extracção proseguiu então facilmente.

O liquido amnico extravassado logo após a retirada do feto veio accentuadamente tincto de meconio.

A dequitação foi realizada immediatamente por expressão através da parede abdominal. O utero retraiu-se rapidamente. As membranas não sahiram completamente com a placenta, tendo sido retiradas porções restantes na cavidade uterina a poder de compressas adequadamente utilizadas. Terminada a dequitação, foi feita uma injeção intramuscular de « Gynergen ».

A incisão uterina foi estrictamente segmentaria, longitudinal e mediana. Não houve esgarçadura das extremidades. A reparação foi meticulosamente feita em 3 planos musculo-musculares, ficando a sutura inteiramente estanque. O peritoneo vesico-uterino incisado no sentido transversal foi repostado no lugar e chuleiado completamente, recobrando a sutura uterina.

A cavidade geral do abdomen foi préviamente protegida contra a invasão do liquido amnico com grandes compressas tafulhadas apertadamente entre a parede do ventre e o utero, em todo o contorno do orgão.

A doente esteve durante todo o acto cirurgico em decubito ligeiramente inclinado para o lado dos pés, de modo a facilitar o escoamento do liquido para fora do ventre.

Feita a retirada dos coagulos e liquido estagnados no concavo vesico uterino, praticou-se uma primeira limpeza com ether sulfurico puro. Retiradas as grandes compressas de barragem abdominal, foi novamente empregado o ether para toilette final.

Nesta ocasião o operador e auxiliares trocaram as luvas, recebendo novo material para a sutura da parede do ventre. O fechamento foi completo e feito em 3 planos.

A placenta de conformação oval media 17 x 19 cms., o cordão inseria-se nella excentricamente, a face materna apresentava varios pontos esbranquiçados de degeneração regressiva. As membranas enrodilhadas na circumferencia da placenta não estavam completas. Durante a dequitação romperam-se e foram posteriormente retiradas em retalhos, como já referi.

O cordão umbilical compunha-se dos seguintes segmentos: 1 proximal á placenta com 23 cms., duas porções intermediarias respectivamente com 10 e 18 cms., calculando-se em 3 cms., o côto fetal, ter-se-á o comprimento total de 54 cms.

O feto feminino (Ruth) pesava 3,800 grs., tinha 51 cms. de comprimento e apresentava os seguintes diâmetros cephalicos: B. P. = 9, F. O. = 12, S. M. O. = 13, S. M. B. = 11, S. O. B. = 9; grande circumferencia = 35, pequena circumferencia = 32,5 cms. A circumferencia do pescoço fetal media 17 cms.

Descontando dos 54 cms., comprimento real do cordão, $2 \times 17 = 34$ cms., equivalente a dupla volta em torno do pescoço, restariam 20 cms. que ainda estariam diminuídos de pelo menos 10 cms., distancia presumida do anel umbilical ao pescoço do feto. A extensão util do cordão estaria desse modo reduzida a 10 cms., entre a placenta e o pescoço.

Admittindo que a extensibilidade dos elementos funiculares e dos tecidos connexos permittisse um suprimento de 30 %, teriamos ainda assim, da placenta altamente inserida ao pescoço fetal, um funiculo apenas de 13 cms., evidentemente capaz de occasionar a dystocia descripta.

SEQUENCIA : —Dia 14 : a noite foi agitada e insomne, pela manhã o coração era tachycardico, batendo o pulso radial 120 v. por m., de rythmo regular e boa plenitude. Foram administrados analepticos e providenciada a rehydratação da doente — soro glycosado sub-cutaneo por 2 vezes (250 c.c. cada vez).

Volvidas as primeiras 24 horas após a intervenção, o equilibrio geral foi se fazendo progressiva e rapidamente. (Vide quadro thermo-esphygmographico.)

Desde a tarde de 14 foram administrados liquidos per os em pequenas porções.

De 15 para 16 a operada dormiu somnos regulares sem recurso a hypnoticos.

Pela tarde de 16 a paciente acusou colicas intestinaes, estando o ventre tympanico. Após pequena lavagem intestinal com soro hypertonico, houve exoneração regular de fezes e gases.

A amamentação foi iniciada desde 15 pela manhã.

A 17 a paciente tomou um purgativo oleoso em vista do estado tympanico do ventre.

De 16 para 17 a operada não dormiu bem, accusando dôr de cabeça e calafrios. Reconhece-se o seio esquerdo engorgitado e doloroso, o direito turgido e indolente ; apoiadura intensa com estaganação no seio esquerdo. Applica-se o aparelho de Buys. O estado geral e local melhoram rapidamente.

A 18 a mamilla esquerda mostra-se fendida. A amamentação passou a ser feita desse lado com recurso ao bico protector intermediario.

Dahi por diante mãe e filha se adaptam, correndo a amamentação sem obstaculos.

Os pontos de sutura são retirados a 20, havendo cicatrização normal p. p., apenas pelo trajecto do ponto de crina de sustentação inferior surde liquido sero-gorduroso — fusão de tecido cellula sub-cutaneo.

Esta fusão gordurosa foi drenada secundariamente e reteve a puerpera internada até o dia 1 de Março; 16 dias após a intervenção retiram-se mãe e filha em boas condições, estando a criança em excellent estado de desenvolvimento e nutrição.

*

* *

DAS INDICAÇÕES EM GERAL

A estatistica geral allemã de cesareanas, organizada, estudada e criticada por Winter, em 1928, poz em evidencia a expansão acima de qualquer expectativa dessa operação.

Diz-nos Winter: «emquanto a cesareana ha vinte annos atraz tinha apenas 3 ou 4 indicações indiscutivelmente reconhecidas, foi ella realizada no anno de 1928 sob 63 indicações diver-

CASA DE SAUDE
 Dr. Girap
 PROPRIETARIO DR. W. SCHILLER
 Telef. 6 - 2404
 Rua Marquez de Olinda
 BOTAFUDD
 Bondes da Humayth e Leblon
 RIO DE JANEIRO

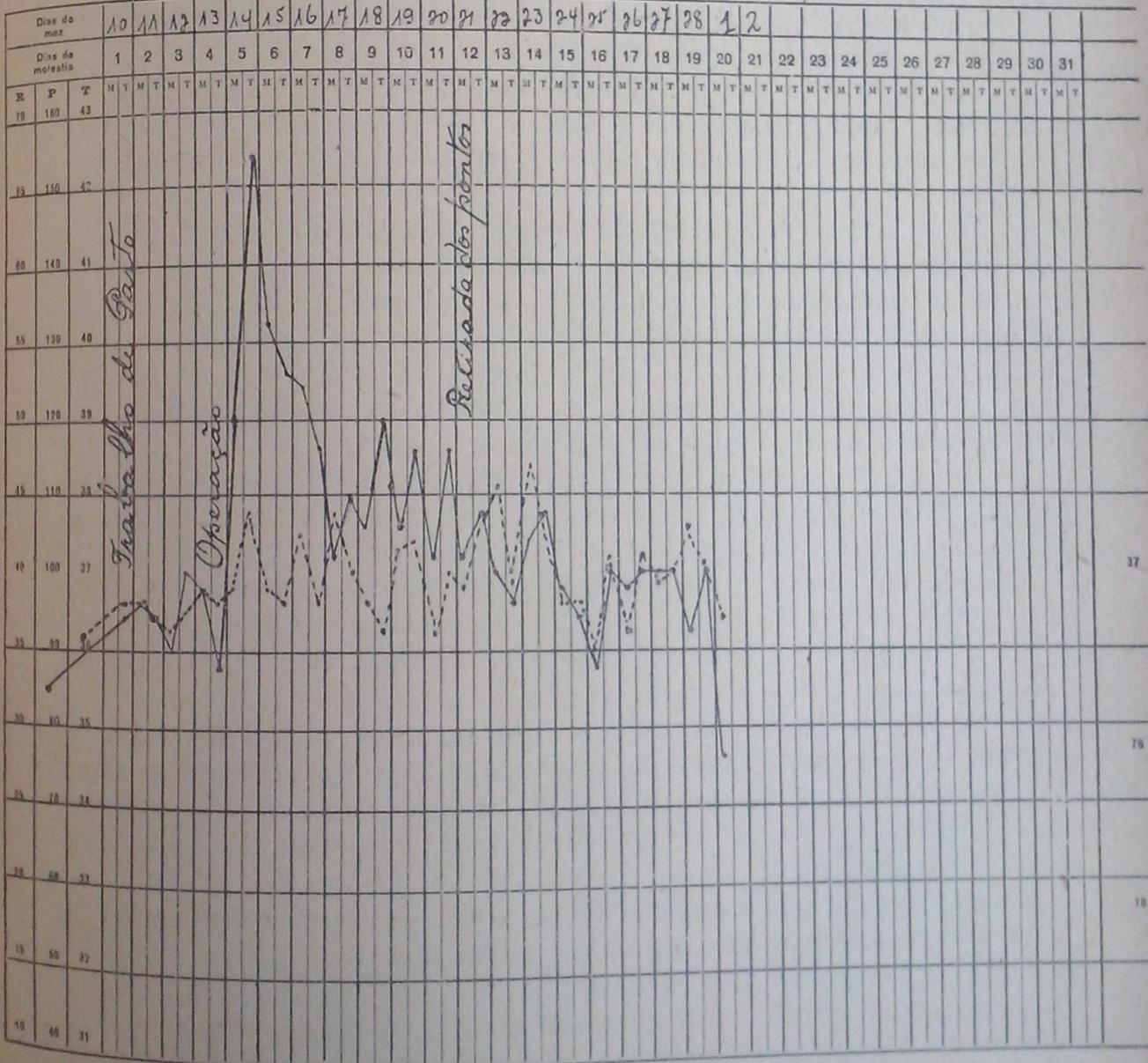
QUADRO PNEUMO-SPHYGMO-TERMGRAPHICO

Nome W. A. J.

Assistido pelo Dr. Jorge de Sant'Anna

IX

Mez de Fevereiro Março



T = Temperatura * (traço encarnado) P = Pulso x (traço roxo) R = Respiração * (traço verde)

sas, muitas das quaes lamentavelmente sem fundamento scientifico (hydrocephalia com bacia normal, hydramnio, morte do feto em partos anteriores, ventre pendulo em multipara, morte da mãe e da avó da progenitora no primeiro parto! entre outras).»

De outro lado os resultados em outras indicações foram tão brilhantes que a operação casareana adquiriu sem duvida alguma direitos preferenciaes em muitos dos casos outr'ora tributarios dos methodos vaginaes.

Além dessa razão, a diversidade dos pontos de vista dos numerosos autores encontrados na literactura da especie justifica uma revisão attenta e severa dos fundamentos basicos, na fixação das indicações.

A orientação neste ponto é realmente tão variada como em nenhuma outra operação obstetrica.

Accresce não ser a operação isenta de perigos que, por sua natureza, podem acarretar a morte. Dahi a evidente necessidade de se precisar o dominio da intervenção tão promissora quanto efficaz.

Winter, possuidor de larga experiencia clinica e rica erudição na especie, tomou a si este estudo.

Na orientação do problema se defrontam de um lado os compendios e tratadistas da especialidade todos omissoes ou deficientes no assumpto; de outra parte, os trabalhos publicados em revistas de gynecologia e obstetricia avolumaram-se nos ultimos dez annos como verdadeira avalanche.

Winter, retirado da cathedra de Koenigsberg, propoz-se ao intenso trabalho de revisão e critica dessa moderna literatura, no apuro da questão. D'ahi resultou o precioso livro: "Die Indikationen zum abdominellen Kaiserschnitt", cuja leitura será hoje imperativa a todo especialista moderno.

E' depois da leitura desse livro que, em traços largos, passo a expor o problema.

O estudo de Winter baseia-se na analyse de 30 mil operações cesareanas, realizadas principalmente nos ultimos 5 annos e cujos informes foram por elle colhidos através de questionarios dirigidos ás principaes Clinicas e Hospitaes da Allemanha e do estrangeiro.

Nesta estatistica encontram-se todas as indicações geraes a serem attendidas para esta operação, havendo o A. recolhido ainda na literatura algumas indicações clinicas individualizadas.

As indicações foram agrupadas em 23 rubricas que apenas citarei: I no vicio pelvico, II na eclampsia e pre-eclampsia, III na placenta previa, IV no descollamento prematuro da placenta normalmente inserida, V em doencas internas da gestante ou da parturiente, VI na apresentação cormica, VII na apresentação podalica, VIII na apresentação de face, IX na apresentação de frente, X no asynclitismo posterior, XI na apre-

sentação directa alta, XII na imminencia de ruptura uterina e na profixação do utero, XIII na primiparidade de mulher idosa, XIV nos tumores genitales, XV nas doenças da vagina e da cervice, XVI nas doenças da vulva, XVII na febre intra partum, XVIII na inercia secundaria e parada do trabalho, XIX na procidencia do cordão ou do braço, XX na asphyxia intrauterina, XXI na hypermaturidade fetal, XXII no desejo expresso de um filho vivo, XXIII na mulher moribunda ou no cadaver.

WINTER em capitulos successivos estuda com superior espirito de critica, firmado tambem em abundante documentação, as indicações referentes a cada um dos grupos enunciados. Não acompanharemos aqui por miúdo este interessante trabalho, pois que importaria em excessiva minucia.

A orientação geral, sim, é imprescindivel para fixar as indicações.

1.º — A primeira questão geral a esclarecer é a da indicação precoce ou tardia.

Winter considera indicação tardia aquella que se assenta quando a evolução do trabalho de parto demonstrou a impossibilidade do transito espontaneo transpelvico, ou quando é estabelecida em vista de um soffrimento materno ou fetal surgido em adiantado trabalho de parto.

Em opposição, a operação é precoce quando a indicação é firmada cedo, desde o inicio do trabalho, na previsão fundada da inviabilidade transpelvica.

Martius chamou-a então cesareana prophylactica.

Si a expectação garante no vicio pelvico ou na eclampsia grave maior justeza na indicação, é todavia certo que só a grande experiencia permite ao parteiro em cada caso assentar a indicação precoce ou seja a que se firma no inicio do trabalho, prevendo uma complicação séria irremovivel sem a operação prophylactica.

A indicação tardia seria preferivel, si o prognostico materno não ficasse com ella aggravado pelos perigos inherentes á propria expectação.

O maior risco da cesareana provem da peritonite consequente á dehiscencia da sutura uterina no utero infectado.

Emquanto estão integras as membranas ovulares, os germen não sobem até a zona segmentaria. O prognostico é por isso favoravel, sendo no termo da gravidez, antes ou logo no inicio do trabalho, quasi que absolutamente seguro.

Winter em 14 casos operados assim, logo no inicio das dores, teve mortalidade nulla.

Lunz, de Munich, em 47 operações precoces teve 44 sequencias inteiramente brancas e apenas 3 com pequenas desordens.

A estatística de Winter indica como cifras maiores da letalidade na operação precoce 2,7 % no vicio cardiaco e 2,3 % na eclampsia, enquanto que a mortalidade materna attinge a 30,5 % na operação tardia, reclamada pela inercia secundaria ou pela parada do trabalho.

E' uniforme a observação em reconhecer na cesareana tardia perigos crescentes, dependentes da infecção.

A difficuldade está em prever exactamente a impraticabilidade do parto transpelveico cedo bastante para fugir aos riscos da operação tardia.

Neste ponto só a grande experiencia clinica e a criteriosa ponderação permitem a justa medida.

2.º — Indicação materna ou indicação fetal.

Ha indicações que só visam salvar a vida materna — Indicações maternas. Pertencem a este grupo o vicio pelvico grave com c. v. de 6 cms. ou menos, a eclampsia grave, certos casos de placenta prévia, o descollamento prematuro da placenta normalmente inserida, estados cardiacos ou renaes descompensados etc.

Em taes casos, é o interesse materno que impõe a intervenção, muito embora com ella se resguarde a vida de numerosos fetos.

As indicações fetaes puras referem-se á hypermaturidade, á procidencia do cordão, á asphyxia intra-uterina, ao desejo manifestado de um filho vivo quando a intervenção vaginal não o possa seguramente attender.

A indicação fetal pura deve ser attendida na cesareana ao termo da gestação ou no começo do trabalho, estando integras as membranas ou, após ás primeiras contracções, presumindo-se o canal genital isento de infecção.

E' differente a attitude no parto adiantado, quando por ex. a asphyxia ameaça o feto, não se podendo mais contar com a ausencia de germens no interior do utero. Nestes casos, a mortalidade materna foi em 91 casos de Winter de 4,3 % e subiu ainda a 6,4 % na procidencia do cordão.

Em opposição as indicações unilateraes — maternas ou fetaes — surgem mais frequentemente as indicações por complicações que simultaneamente ameaçam mãe e filho.

Pertencem a este grupo a maioria dos vicios pelvicos, muitos casos de eclampsia e placenta prévia, as anomalias de apresentação, os obstaculos das partes molles.

A experiencia de Winter põe em evidencia a utilidade da cesareana para a vida fetal.

Do exame da mortalidade fetal decorre que 5.1 % dos fetos mortos, após a operação, tiveram obito por causas independentes da intervenção.

Todo o feto em plena vitalidade antes da operação nasce vivo. Dörfler em 418 cesareanas não perdeu sequer um feto. A vantagem do talho cesareo em favor do feto é flagrante quando se comparam os seus resultados com os das operações transpêlvicas.

A superioridade resalta em plena evidencia confrontando os resultados da cesareana separadamente com o das operações vaginaes concorrentes, taes como forceps alto = 26,5 % de mortalidade fetal, versão e extracção no vicio pelvico = 24 %, extracções complicadas = 19 %.

A versão prophylactica no vicio pelvico com a mortalidade fetal de 20 %, está hoje inteiramente substituida pela cesareana, cuja mortalidade materna, em canal puro, é menor de 1 %.

Winter conclue: a vida materna não deve ser exposta a perigo de morte com o escopo de se obter um feto vivo. A indicação puramente fetal não deve prevalecer em face de grave risco para a mulher.

3.º — Indicação no utero infectado. As infecções post-cesareanas resultam da infecção directa do peritoneo durante o acto cirurgico ou de uma contaminação posterior, consequente á dehiscencia do utero infectado. O primeiro modo de contaminação é excepcional na technica moderna de protecção aséptica. Muito maior significação na pathogenia da infecção peritonial ou pelvi-cellular tem a invasão secundaria dos germens, contidos inicialmente no utero infectado.

O exame systematico da flora uterina revela todas as etapas: desde a esterilidade completa até a presença de germens virulentos. Estes prejudicando a cicatrização do talho uterino, ganham o peritoneo ou o tecido cellular pelvico e podem acarretar graves perigos. A infecção que obscurece o prognostico das cesareanizadas provem pois da cavidade uterina.

As pesquisas de Harris e de Brown informam que a invasão da cavidade uterina pelos germens dos segmentos genitales mais baixos é um facto até seis horas volvidas após a ruptura das membranas.

Os toques repetidos, a movimentação da parturiente, o transporte della aceleram essa invasão.

A observação ensina, entretanto, que nem a presença dos germens no liquido amnico, nem a febre consequente á infecção desse liquido são obrigatoriamente seguidas de infecção no sobreparto. Isto é, em um grande numero de casos a sequencia puerperal é branca não obstante a invasão amnica pelos germens.

O facto decorre da avirulencia dos germens ou das boas condições de defeza local e geral da parturiente.

Nestas condições, é obvia a insegurança do prognostico quando a operação se realiza em um utero provavelmente infectado.

E' pois curial antes de fixar as indicações operatorias distinguir os casos de bom prognostico daquelles que comportam sequencia possivelmente má.

Basear a triagem dos casos no exame bacteriologico é praticamente inexequivel. No canal genital tem sido encontrados os germens mais diversos: estreptococcus hemolyticos e anhemolyticos, estaphylococcus, pneumococcus, B. coli, etc.; de outro lado, não possuimos até agora elementos seguros para avaliar a virulencia dos germens, nem a resistencia do terreno á infecção.

Accresce que na grande maioria dos casos não haveria materialmente tempo para esperar o resultado do exame bacteriologico.

Em conclusão: só os elementos clinicos poderão servir á triagem dos casos.

Winter estabeleceu a seguinte divisão:

- I — "Casos puros" as membranas estão integras ou rotas ha menos de 6 horas, não houve manipulações vaginaes, quanto muito um toque feito segundo as regras.
- II — "Casos impuros", aquelles nos quaes os toques foram repetidos sobretudo por mãos inexpertas, nos quaes houve enchumaço vaginal ou membranas rotas ha longo prazo, todavia mantendo-se a temperatura a menos de 38.º.
- III — "Casos infectados" a temperatura subiu a mais de 38.º, havendo outros signaes de infecção geral ou local, como por ex: fetidez do liquido amnico.
- IV — "Casos iterativamente manipulados em tentativas operatorias vaginaes infructiferas, com ou sem febre".

Esta divisão foi estabelecida por Winter após o exame de um grande archivo clinico, procedente de varios autores. Analysando os resultados dos casos sob esta triagem verificou elle o seguinte:

Casos do grupo I = prognostico bom.

Casos do grupo II = em geral bom prognostico, desde que não haja elemento anamnestico que induza a admittir uma infecção latente. Entre esses elementos tem importante significação o enchumaço vaginal na placenta prévia; os toques reiterados por mãos inidoneas.

Schroeder não vê na duração do parto, nem no tempo decorrido após a ruptura das membranas elemento certo para baseiar o prognostico. Esta convicção resultou da analyse feita por este autor em 98 casos da sua Clinica, sem poder notar diferenças apreciaveis em relação a esse factor.

Casos do grupo III = bem distinctos dos do grupo II, a infecção do ovo é manifesta e a sua propagação ao peritoneo provavel.

Todavia a infecção mesmo nestas condições pôde não proseguir. Influirão como factores importantes no sentido favoravel: a avirulencia do germen, a defeza prompta do peritoneo e a technica do operador.

Neste grupo, os resultados são muito variaveis e diversos as opiniões dos autores.

Nestas condições, a mortalidade materna oscilla entre 6,7 % a 27 % e Winter desaconselha a operação cesareana abdominal, recommendando os methodos vaginaes embora com menor probabilidade de bom exito para os fetos.

Stoeckel affirma: "A febre é uma contraindicação na cesareana segmentaria transperitoneal".

Winter adduz "a despeito das valiosas contribuições de Küstner, Nurnberger e Holtermann não se pôde ainda reconhecer na cesareana segmentaria extraperitoneal vantagem no prognostico dos casos deste grupo".

Uma decisão geral para os casos deste grupo não é possível fixar: o operador prudente não fará uma cesareana abdominal na vigencia da febre, salvaguardará assim a vida materna embora perdendo um ou outro feto.

E' possível esperar para os casos do grupo III maiores esclarecimentos com a continuação da observação.

No grupo IV o prognostico é tenebroso.

A operação deve ser deliberadamente rejeitada.

Na estatistica de Winter em 12 casos deste grupo morreram 8 mulheres = 66 %; Holland em 107 casos, apurou 27 % de mortalidade materna.

As reiteradas manipulações augmentam o numero de germen introduzidos no canal genital e os conduzem á cavidade uterina.

Accresce como factor propicio ao augmento da virulencia infectuosa as aggressões e lesões das partes molles maternas, decorrentes das tentativas operatorias infructiferas. Junte-se a isso o facto de serem taes tentativas tambem aggressivas para o feto.

Nestes casos as tentativas consistiram em applicações baldadas do forceps alto, por vezes no vicio pelvico ou em manobras de versão e extracção podalica, praticadas com technica deficiente á domicilio.

O perigo da infecção mortal cresce com o lapso de tempo interposto entre a tentativa operatoria improficua e o momento da realização do talho cesareo.

Não obstante, nas grandes estatisticas, apura-se um ou outro caso bem terminado; a mortalidade materna é todavia assombrosa.

Winter condemna formalmente a intervenção abdominal nos casos deste grupo.

DYSTOCIA POR BREVIDADE FUNICULAR

O cordão umbilical tem em media 50 a 60 cms. de comprimento (Sardy Gardiner, Fog).

Ha casos de completa ausencia de cordão umbilical. A brevidade funicular pode ser absoluta ou relativa. Relativamente curto é o cordão que tendo comprimento normal se acha praticamente encurtado pela existencia de uma ou varias circulares, enlaçando o feto, quasi sempre ao nivel do pescoço.

Até o limite de 20 cms. a brevidade do cordão influe pouco no decurso da gravidez e do parto.

Bleibtreu considera necessario um minimo funicular de 20 cms. na placenta alta e 15 cms. na placenta baixa para ser possivel o parto sem accidente. Todavia ha registro de casos com cordão de 6, de 7 e 10.1/2 cms. de comprimento nos quaes a gravidez e o parto decorreram normalmente. O facto se explica pelo supprimento de factores eventuaes como sejam o abaixamento do utero, a extensibilidade, do funiculo. Factores estes que conjunctamente pódem permittir uma addição suplementar de 30 %, accrescida á medida verificada na haste funicular.

Não ha registro de cifras uniformes para conhecer-se da frequencia desta dystocia. As publicações existentes consignam casos isolados.

Per citado por Baish em 4.000 partos encontrou 4 vezes complicações dependentes da brevidade do cordão. Sardy examinando o seu archivo determinou a cifra de 0,06 % para incidencia desta complicação. Entretanto as publicações relativas aos accidentes causados pela curta extensão do funiculo são relativamente numerosas. Está quasi sempre em jogo a brevidade relativa. O cordão enlaça o feto de modo diverso e por isso se encurta. O typo mais grave é o da alça passada em torno ao thorax e a uma das espaduas. O enlaçamento é então fixo e a diminuição do comprimento util, enorme.

Durante a gestação o grande encurtamento póde chegar a impedir o fechamento do anel umbilical, determinando serios defeitos de conformação: ventre fendido, e ventratio, exenteratio etc.

O parto prematuro e a morte do feto succedem a miude.

E' durante o trabalho de parto que sobrevêm mais comumente as desordens. Chegado o periodo expulsivo, o progresso do feto acarreta a tracção do funiculo que repuxa a placenta. Com essa excitação as contracções se exacerbam adquirindo grande violencia, podendo alcançar o estado contraccional ou produzir-se uma inflexão parcial da parede uterina ao nivel da inserção placentaria, séde da mais intensa dôr.

A cabeça não se insinua a despeito da intensidade das dôres, conservando-se ao nivel ou acima do estreito superior.

Nos intervallos das contracções a cabeça, que se abaixa durante a sua vigencia, retoma a situação anterior.

Estirado o cordão a certo gráo, o cyclo circulatorio se interrompe e o feto morre em asphyxia.

O descollamento prematuro da placenta, a ruptura do cordão, a inversão do utero são possiveis complicações.

O diagnostico da brevidade do cordão passa muitas vezes despercebido. Outras vezes é apenas suspeitado. Os signaes clinicos consistem nas contracções em caimbras (tetaniformes) sobretudo quando bem localizadas em certo ponto da parede uterina, no retorno do polo apresentado nas entrepausas das dores, nas alterações das bulhas cardiacas fetaes e nas hemorragias.

A polaciuria interposta ás contracções tem sido apontada como característica e decorre da intromissão da bexiga entre a cabeça elevada e o esqueleto pelvico.

Todos esses signaes são contingentes e pouco expressivos para fixar sempre a attenção do obstetra. O tratamento é variavel e terá que ser subordinado ás condições presentes em cada caso.

*

* *

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO

(no caso apresentado)

O decurso do trabalho de parto nos primeiros dias não permittia a suspeita da dystocia funicular. Era um parto protelado, iniciado nas primeiras horas do dia 10, com contracções distanciadas e pouco intensas, em uma joven de bacia ampla, feto em apresentação cephalica I, sem nenhum indicio de desproporção feto-pelvica, não permittindo outro diagnostico que o de "máo rythmo da contracção uterina".

O estimulo repetido do occytocico fraccionado só afinal desencadeou o soffrimento fetal, evidenciado nos caracteres das bulhas cardiacas. A falta de insinuação da cabeça, excluida desde logo qualquer desproporção feto-pelvica, só ao termo de demorada expectação levantou a suspeita da anomalia funicular, uma vez que tambem podia ser levada á conta da precaria contracção uterina.

Reconhecida por fim a existencia de uma causa impeditiva do progresso do parto e manifesto o soffrimento do feto, cumpria evidentemente terminar o parto artificialmente.

Qual a intervenção adequada?

Incompleta a dilatação do colo e elevada a situação da cabeça, tratando-se além disso de uma primipara, o forceps estava longe de ser uma operação tentadora. O forceps seria

nestas condições lesivo para a mulher e perigoso para o feto, mesmo independente da ideia de anomalia do cordão.

Com a suspeita de cordão curto, a applicação dos forceps ficou absolutamente fóra de cogitação.

A versão no estado de utero enxuto e retrahido, seria uma temeridade pelos riscos inherentes só a estas condições.

Excluidas as intervenções transpêlvicas, o recurso restante era a via abdominal. Para o feto não havia a menor duvida, era a intervenção de escolha.

E para a mulher? O parto transcorria no 4.º dia. As membranas estavam rotas, porém em ponto elevado de modo que recobriam completamente o polo apresentado e resguardavam relativamente a cavidade ovular contra o acesso dos germens. Si o numero de toques fóra de sete, comtudo foram todos feitos segundo a arte: asepsia methodica, curta demora na manipulação vaginal sempre dirigida a um escopo determinado.

Nestas condições si o caso não podia ser rigorosamente incluído no grupo dos "casos puros" — I grupo de Winter, todavia também não se enquadrava ainda nas estipulações do grupo II.

Era um caso "quasi puro" que só não se encaixava no I grupo pelo prazo longo da abertura das membranas e pela repetição dos toques.

Sabido que os casos nitidos do II grupo permitem ainda bom prognostico materno, é obvio que o nosso, melhor situado do que aquelles, nos autorizava a esperar bom resultado na operação transperitoneal em vista.

Portanto a indicação indiscutível a favor do feto não encontrava objecção no interesse materno, mas ao contrario era também esta a solução mais favoravel para a mulher.

Pensando assim pratiquei a operação, cuja sequencia branca para mãe e filha, deu-me a satisfação esperada.

*

* *

RESUMO

- I — Parto protelado em primipara joven, com boa bacia, feto em apresentação cephálica I, nenhuma desproporção feto-pelvica.
- II — Ruptura alta das membranas volvidas 24 horas de trabalho de parto, cabeça sempre revestida completamente pelas mesmas, sem formação de bolso de aguas.
- III — Emprego methodico, vigilante e fraccionado de occytocico: pituitrina diluída ao decimo, "Solvochina".
- IV — Suspeita de anomalia do cordão umbilical.

- V — Sofrimento fetal : bulhas características.
- VI — Sete exames internos no curso de 4 dias, praticados sempre segundo a technica : pela parteira diplomada e pelo operador.
- VII — Ausencia de febre, pulso da parturiente normal.
- VIII — Cesareana segmentaria transperitoneal. Sequencia branca para mãe e filha.

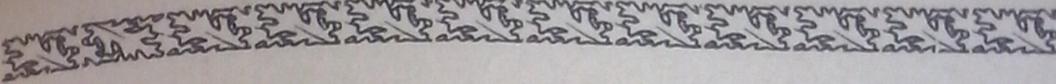
*
* *
*

BIBLIOGRAPHIA

- I — Georg Winter "Die Indikationen zum abdominellen Kaiserschnitt" F. Enke, Stuttgart — 1931.
- II — Walter Benthin "Der abdominelle Kaiserschnitt" in Halban-Seitz Vol. VIII, Tomo 2.º, pag. 341 e seguintes.
- III — H. R. Schmidt "Pathologie der Decidua, der Eihäute und der Nabelschnur" in Halban-Seitz, Vol. VI, Tomo 2.º pags. 641 e seguintes.
- IV — Anderodias et Mahon "Césarienne basse pour dystocie par brièveté absolue du cordon, dans un bassin légèrement retréci" in B. S. d'Obstetrique et de Gynécologie, n.º 3, 1933, pags. 291 a 292.

Asthma —

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



IV

Cesariana praticada em gestante quasi á termo,
accommettida de paralytia ascendente aguda
ou syndroma de Landry.

PELO

DR. PAULO MENICUCCI

(Cirurgião da Santa Casa de Lavras)

O estudo que me suggeriu o caso que vou narrar neste pequeno trabalho, se bem que não tenha relações muito intimas com a obstetricia e seja um dos raros capitulos da neurologia, desses que raramente surgem á observação do clinico, desafiando-lhe a argucia e zombando de seus recursos therapeuticos, tornou-se agora tão interessante para a obstetricia como para a neurologia e de tal modo curioso, que entendi do meu dever pedir agazalho nas paginas da "Revista de Gynecologia e d'Obstetricia" para leval-o ao conhecimento dos estudiosos e integral-o no vasto acervo das letras patrias.

A' primeira vista banal, traz entretanto o assumpto no seu bojo temas de grande alcance scientifico e desperta na mente dos verdadeiros profissionaes da medicina e da cirurgia, seja qual fôr o ramo destas sciencias a que se dediquem, a necessidade de jamais se desprezarem os conhecimentos geraes e basicos da medicina, sem graves prejuizos para o exercicio da profissão.

Como na physica não se pode comprehender a materia separada da força e esta da materia, como na biología não se pode comprehender o estudo da physiologia sem o previo conhecimento da anatomia, não se pode separar o orgão de suas funções, assim tambem a obstetricia, a gynecologia, a cirurgia etc. não se podem divorciar da medicina interna. Continua-se a afirmar que para ser um bom parteiro, um bom cirurgião, um bom oculista, etc., antes de tudo é necessario que o pro-

fissional seja um bom medico e tenha o seu espirito enriquecido com os conhecimentos basicos e essenciaes das sciencias medicas.

Deixando de lado as considerações de ordem theorica, vou passar ao caso clinico que tive a oportunidade de observar e estudar.

Na enfermaria geral de mulheres da Santa Casa de Misericordia de Lavras, no dia 18 de Novembro de 1932, foi internada uma doente de cor preta, com 25 annos de idade, residente neste municipio. No nono mez de gravidez, a paciente, sentindo-se mal ha dois dias, verificou que estava febril. Com ligeiros calefrios, sobrevieram-lhe dores vagas pelo corpo e grande prostração. No segundo dia de molestia verificou que não se podia manter de pé porque os seus pés e pernas não tinham forças para sustentar-lhe o corpo. Não tendo recursos para se tratar pediu que a levassem para o hospital, para onde foi carregada.

Examinando-a, já no terceiro dia de molestia, verifiquei que a paciente estava grávida de nove mezes, feto vivo, apresentação de vertice, em posição occipto-illiaca esquerda anterior, collo fechado e não apagado, integra a bolsa d'aguas, sem nenhuma contracção uterina. Os movimentos do feto já eram lentos e a auscultação do coração fetal denotavam o inicio de soffrimento, naturalmente causado por defeito de nutrição. O exame das urinas revelou ausencia de albumina e de glicose. Durante a gestação, segundo informações colhidas, não apresentou nenhuma perturbação urinaria. O pulso era rapido: 120 pulsações por minuto. Apresentava ligeira dyspnea queixando-se de ansiedade e mal estar. A temperatura se mantinha a 39 graus e era continua, sem remissões. As bulhas cardiacas apagadas, deixavam suspeitar a existencia de um processo agudo de myocárdio, ou um grave comprometimento do systema de inervação cardiaca. A paralyisia que em dois dias havia subido dos pés ao quadril, agora, numa marcha rapida de ascensão, tomara o tronco e os membros superiores. A doente falava e raciocinava perfeitamente bem.

Um ponto sobre o qual quero chamar a atenção dos estudiosos é o seguinte e que torna o meu caso original: — havia completa ausencia das sensibilidades thermicas e dolorosas. Tanto assim foi que a doente, operada duas horas depois deste primeiro exame, não necessitou de emprego de anestesico. Quando a paciente foi conduzida para a sala de operações, já a paralyisia acommettera o pescoço e a cabeça. Todos os reflexos ausentes, a paralyisia era inteiramente flacida. Ainda não se notavam perturbações esphynccterianas. Não foi feita a punção lombar porque o caso exigia a maxima urgencia na execução do plano cirurgico. Terminado o exame, o diagnostico que me acudiu á mente foi o de paralyisia ascendente aguda, tambem chamada syndroma de Landry. Uma das varias modalidades de myelite ou myelo-nevrite aguda, a syndroma de Landry se caracteriza pela extrema gravidade e pela elevada porcentagem de mortes.

Accordes estão todos os neurologistas neste particular e ainda ultimamente, no "Brasil Medico", o illustrado professor Aloysio de Castro, em brilhante trabalho, deixa bem patente o prognostico sombrio de semelhante entidade morbida. Quanto mais rapida a evolução das paralyisias, tanto mais graves os casos, sobrevivendo a morte, sempre ou quasi sempre, por perturbações bulbares.

A minha doente, ainda no terceiro dia de molestia, já apresentava signaes de comprometimento dos centros bulbares. Julgando a morte proxima da infeliz gestante, que devia esperar de semelhante caso e qual o lucro que a sciencia poderia tirar em semelhante emergencia? Ou o parteiro, tomando o lugar do clinico, ficaria de braços cruzados,

assistindo impassível estinguirem-se duas vidas, ou teria de agir rapidamente para ao menos tentar a salvação de uma dellas. Achei que devia tentar a cesariana para extrahir o feto ainda vivo e sem traumatismos. Sem delongas, feitos os primeiros preparativos, na mesa de operações, auxiliado pelos Doutores Alvaro de Carvalho, Lourenço Menicucci Filho e Jacintho Scorza, pratiquei na paciente uma cesariana alta. Verificando mais uma vez que havia completa e absoluta anesthesia, levei a cabo a operação sem emprego de anesthesicos.

Não ha duvida que a minha observação não traz novidades para as sciencias medicas. A operação cesariana em todas as suas modalidades é hoje correntemente praticada e fartamente conhecida. Por sua vez a syndroma de Landry, embora seja relativamente rara e não estejam elucidadas a sua etyologia e pathogenia, encontra-se descripta em todos os tratados de neuropathologia.

A face interessante do caso é sem duvida a coincidencia da syndroma de Landry em uma mulher grávida quasi a termo, que me obrigou a agir com a maxima urgencia, com o fim de salvar tão somente o feto.

Um ponto para o qual chamo a attenção dos neuropathologistas é o seguinte: — Ausencia completa da sensibilidade num caso de paralytia ascendente aguda de Landry.

A doente falleceu no dia seguinte ao da operação, em colapso cardiaco, pela rapida progressão da molestia e o feto escapou e até hoje ainda não apresentou nenhum symptoma de molestia do systema nervoso, tendo já cinco mezes de idade.

Lavras, 8 de Maio de 1933.

