

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES :

| | |
|--|--|
| Estados da Bahia e Sergipe : | Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Parahyba do Norte : |
| Dr. OTTO NEUBURGER | SPENCER, HARTMANN & CIA. |
| Rua Ruy Barbosa, 6-A—Caixa Postal, 371 | Rua do Rangel, 54-1.º — Caixa Postal, 568 |
| SÃO SALVADOR — Est. da Bahia | RECIFE — Est. de Pernambuco |

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-------------------------------|---------|--|----------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

| | |
|--|----|
| I — Mais um caso de "Sarcoma Bothryoide", pelo Dr. José Medina | 3 |
| II — Novos rumos da Operação Cesareana, pelo Prof. Octavio de Souza | 11 |
| III — Dois casos de anomalias conjugadas do cordão umbilical, pelo Dr. Virgilio de Aguiar | 21 |
| IV — Semiologia da consistencia uterina, durante a gravidez, o parto e o puerperio, pelo Dr. Murillo de Barros | 27 |
| <i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i> | |
| | 35 |
| V — Rythmo cardio-fetal, pelo Dr. Affonso Henriques Furtado | 36 |
| VI — Bolso d'agua dystocico, pelo Dr. Abel Moura.. | 40 |
| VII — Revista de Revistas Allemãs, pelo Dr. Jorge Sant'Anna | 45 |
| VIII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil | 49 |
| IX — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso | 52 |
| X — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza | 55 |
| XI — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende | 57 |
| XII — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros | 61 |
| XIII — ANALYSES | 66 |
| XIV — NOTICIAS | 69 |
| XV — Notas Therapeuticas | 71 |
| XVI — Petite Revue — A. R. O. M. | 74 |

IODEFIS Preparado com Iodopeptidios Abiuréticos
 amps. de 2 cc. contendo 10 centigrs. de iodo
 Via intramuscular ou endovenosa



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES :

Estados da Bahia e Sergipe :
Dr. OTTO NEUBURGER
Rua Ruy Barbosa, 6-A—Caixa Postal, 371
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte :
SPENCER, HARTMANN & CIA.
Rua do Rangel, 54-1.º — Caixa Postal, 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--|------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. . . . | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples . . . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS :

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

II

Novos rumos da Operação Cesareana

PELO

PROF. OCTAVIO DE SOUZA

Cathedratico de Clinica Obstetrica da Faculdade Fluminense de Medicina.

Conferencia realizada em 27 de Maio de 1937 no
Hospital Estacio de Sá, serviço do Prof. Castro de Araujo.

Meus Senhores:

Num requinte de gentileza dignificante, o eminente prof. Castro Araujo, deu-me a incumbencia de vos dirigir a palavra, no seu sector de trabalho proficuo e efficiente, que é o seu serviço no Hospital Estacio de Sá.

Não era possivel uma recusa. Sem fallar na grande honra, que se me concedia, considero, como já disse uma vez, precipuo dever de professor, collaborar, sempre que possivel de qualquer modo, para diffundir o Ensino. Seria, de minha parte imperdoavel, que professor e docente em Escolas Fluminense de Medicina, não dêsse acquiescencia a um proposito tão util, como esse, em bôa hora adoptado pelo prof. Castro Araujo. São as doutrinas que se espalham, são as idéas, que se focalisam, são os pontos de vista pessoases, que se conhecem, é a critica que se estabelece serenamente e com o que lucram os que ouvem e têm desejo de aprender. Por isso mesmo, escolhi, propositadamente, o assumpto, «Novos rumos da Operação Cesareana», thema de grande interesse e actualidade, porque, sem duvida, registra um dos progressos da Obstetricia do nosso tempo.

No meu caso, aliás, a escolha se impunha. A cesareana sempre me seduziu. Vim, como sabeis, dos tempos, em que no Rio de Janeiro os parteiros, orientados na «tradição ou na rotina», dedicavam-se quasi exclusivamente á pratica das operações chamadas obstetricias. Só por excepção usava-se a cesareana. Vim dessa época e pude apreciar seus resultados, nem sempre de molde a estimular os que como eu, procuravam ver na arte obstetrica o proposito da salvação de suas vidas. Depois trabalhei intensamente na época da renovação da Obstetricia no nosso meio. Acompanhei os progressos e collaborei, modestamente embora, na orientação dada á Obstetricia pelo prof. Fernando Magalhães. Presenciei a acção do referido professor, responsavel como elle mesmo o diz, por ter mudado inteiramente as directrizes no tratamento do parto difficultoso.

Posso assim fallar de cadeira, em thema que é de meu conhecimento e de minha predilecção, já agora, com a experiencia de vinte e cinco annos de pratica da especialidade. Em todo o caso, meus amigos, não dispenso e mesmo requeiro benevolencia ao auditorio, e certo de obtel-a, entro no assumpto, com a calma e a serenidade necessarias.

Recordo, de inicio, que longo tempo se levou para que entrasse na pratica corrente, o emprego da cesareana. O receio da peritonite tolhia, via de regra, a actividade do cirurgião. A intervenção não tinha, de certo, bôa fama. Só referindo o seculo XIX, sabe-se quanto eram desanimadores seus resultados. As cifras eram apavorantes. O grande Baudelocque em 10 casos, só conseguira uma cura. Böer em 14 mulheres registrava 13 mortes! Mesmo em 1855, Scanzoni calculava ainda em 60% o coefficiente de mortalidade e em 1858, Meyer, colligindo dados dos principaes paizes da Europa e da America do Norte em 1.605 operações praticadas, achava 54%! Tanto que o americano Harris em 1883, que por sua vez encontrára o elevado coefficiente de 58%, para os casos operados na America do Norte, clamava pela vantagem da operação precoce por ser mais isenta de perigos. A éra de Pasteur, porém, modificára a face das cousas. Em 1887, o coefficiente cahia a 28% (Credé), em 1888 a 26% (Caruso) para o que certamente contribuiara o aperfeiçoamento e regulamentação da sutura uterina pelo methodo de Säger. No começo do seculo actual, a mortalidade baixa a 4% compulsados os casos das clinicas allemães, (*) e pouco depois, ainda se torna maior chegando a menos de 1%, num grupo de intervenções feitas por Leopold. E' certo, que se consideravam aqui os resultados da chamada cesareana oportuna, nos moldes traçados por Veit e corporificados na affirmativa de Bar: «pertencem ao dominio da cesareana só os casos puros, onde os riscos de infecção parecem nullos». Mas, essa orientação tolhia ainda o ambito de acção do especialista, que se via forçado nos casos de parto longo, com bolso de agua roto na infecção cavitaria, ou a usar os meios obstetricos muitas vezes mortiferos para o fêto e mesmo perigosos para a mulher ou a recorrer á mutilação, fazendo a hysterectomia após a cesareana. Nesses ultimos quarenta annos, entretanto, a questão tomou novos rumos. Surgiram não só as technicas corporaes de artificio, como ainda as extra-peritoniaes, e transperitoneaes segmentares, que diminuiam de muito os perigos da contaminação do acto cirurgico. Tanto que ainda mais baixou o coefficiente de mortalidade, tornado em muitas estatisticas, praticamente inexistente, principalmente quando os casos eram puros. Isso levou os praticos a empregar a operação nos casos de parto já iniciado. Usando-se o methodo transperitonal se-

(*) — Esses dados foram colhidos no trabalho notavel do Prof. Fernando Magalhães: «A cesareana abdominal».

gmentar, que teve logo o apoio de grande maioria dos clinicos, não houve motivo de arrependimento. A actuação sobre o peritonio baixo, a peritonização praticamente possível e perfeita, o não haver contacto com as alças intestinaes, que nem são vistas durante o acto cirurgico, a possibilidade de se drenar o peritoneo, de modo mais conveniente, muito contribuíram para os successos, impondo a confiança no processo, mesmo para os casos fugindo aos moldes estabelecidos anteriormente. Assim, ha talvez mais de quinze annos começou-se a admittir em toda a parte, a cesareana conservadora, mesmo tardia. Passou a ser o preceito adoptado na grande maioria das clinicas, muitas das quaes hoje só usam o parto cesareo, despresando as pubiotomias e symphiseotomias, como acontece nos grandes centros de Berlim, dirigidos por Stœkel e Wagner (*). Nós no Brasil, por nossa vez, não nos discuidamos do assumpto e já em 1912 Vieira Souto e pouco depois o prof. Fernando Magalhães, enfrentando resolutamente o problema, admittiam a pratica da cesareana tardia em seus serviços. Magalhães tornou-se, mesmo, o grande animador da ideia, propondo artificio da technica para tornar praticamente possível seu objectivo, quando ainda adoptava o methodo corporal. Dahi não voltou mais atraz do proposito de ampliar a esphera de acção da cesareana. Foi que, quando começou a ser pratica corrente o methodo segmentar, se teve a noção da grande melhoria do prognostico. Apezar da não escolha dos casos, muito dos quaes com toques repetidos, longo trabalho, ovo aberto, mesmo infecção local, começo de infecção geral, era pequeno o coefferiente lethal. Succediam-se, como aliás nas outras clinicas, as séries felizes, sem dissabores para os responsaveis, que podiam, após a intervenção ficar tranquillos esperando o successo. Eu testemunhei esses factos e quando passei á actuação como principal responsavel, não tive hesitações em continuar o mesmo systema, do que aliás, não me arrependo. Nos casos clinicos do serviço da Faculdade Fluminense de Medicina e nos da clinica privada, que sommados aos que tinha operado até 1933 na Maternidade da Faculdade do Rio de Janeiro e no Hospital Pró-Matre attingiu a cifra apreciavel de 64, observei successos materno-fetaes na sua grande maioria. Posso dizer, assim, confirmando, aliás, o conceito geral que o problema terapeutico dos partos difficultosos toma hoje um aspecto mais favoravel para sua solução, porque os praticos dispõem de um recurso de grande alcance. A possibilidade da cesareana tardia collocou realmente muito mais á vontade os clinicos parteiros. E foi por isso que a cesareana poudé tomar novos rumos e está hoje em dia entre os grandes progressos da Obstetricia contemporanea. Mas collocando, agora, no ponto de vista pratico, o problema das in-

(*) — Informação prestada por Dionisio Caravia, medico argentino (Viagem de estudos, publicada na «Semana Medica Argentina», 1937).

dicações não se poderá fugir d'aquillo que eu chamo as indicações de regra ou habituaes e as indicações de excepção. Começemos pelas primeiras que, como se sabe, se resumem nos vicios pelvicos. Ninguem pensa de outro modo em face do vicio pelvico pronunciado: as bacias abaixo de 8,5 de conjugata vera, indicam a cesareana, porque é praticamente impossivel a passagem por ellas de um fêto a termo. Pelo que, nesses casos, pode-se indical-a no começo do trabalho, presentes a resistencia da mulher e favoraveis as condições locais do utero. Mas o problema muda de aspecto, quando se cogita dos vicios chamados relativos, constituídos pelos casos de bacia de dimensões approximadas do normal. Nesses, até o parto espontaneo é possivel, sem fallar na solução favoravel pelos meios propriamente obstetricos, o forceps, a versão, as operações ampliadoras. Em 1916, procurei verificar no archivo da Maternidade a percentagem de partos expontaneos nos casos de vicio pelvico relativo. As conclusões foram publicadas em trabalho apresentado ao Congresso Medico de S. Paulo e por elles obtinham-se proporções de 90,8%, 57,5% e 33%, conforme o gráo de vicio pelvico. Cumpre notar, porém, que os fêtos em grande numero não eram a termo. Não são assim praticamente livres de critica os meus dados, porque eu mesmo, reconhecia ser necessario e até imprescindivel apurar a condição fetal.

De facto, o tecnico não se póde limitar á simples avaliação da bacia para decidir o problema do prognostico. Clinicamente o que interessa é a desproporção fêto-pelvica relativa em certos casos, isto é, podendo existir ou deixar de existir, e ficando condicionada ao volume do fêto, ou mais precisamente á ossificação prematura dos ossos da abobada craneana, daquelle, quando fôr de craneo a apresentação. Considerando o problema, assim, pelos seus dois aspectos, fêto e bacia, precisamos contar com os meios propedeuticos. Francamente, porém, nutro pouco entusiasmo pela precisão mathematica dos methodos fetometricos e pelvimetricos, comprehendidos nesses mesmos os que dependem do Raio X.

Tenho para mim, com toda a franqueza, que as pelvimetrias, mesmo auxiliada pela pelvigraphia, pódem chegar a dar uma medida mais ou menos exacta da pelve, mas não dizem se naquelle caso ou naquelle momento o parto é para forceps, para cesareana ou si deve esperal-o espontaneamente. Do mesmo modo não se póde ter em grande conta a cephalometria de Perret ou o calculo de Ahlfeld, sujeitos na sua technica ás contingencias humanas e ás condições mais ou menos favoraveis do caso clinico. Além de tudo, sabe-se que o parto é movimento para accommodação e não raro, a contracção uterina condiciona o fêto á propulsão pelo canal pelvi-genital, desde que se verifique cavalgamento dos ossos craneanos (reducção directa) ou movimentos accentuados de flexão e asinclitismo (reducção indirecta). Equi-

valencia de diâmetros pelvicos e fetaes, pois, mesmo ligeira inferioridade daquelles sobre estes, a cujo conhecimento se teria chegado, por esses meios de semiologia referidos, não dizem assim, desde logo pela espontaneidade do parto, e muito menos justificam, sem mais aquella, intervenções por via alta. Tanto vale por dizer, que o parteiro em sã consciencia, não *póde dispensar a prova do tempo no parto*, que é o que se chama, em clinica obstetrica, a *prova do trabalho*. O conceito, porém, dessa prova, ou melhor o modo de orientá-la, tem variado segundo os clinicos. Uns esperam simplesmente o parto durante certo tempo — 6 horas (Kreis), — 12 horas (Winter), no fim dos quaes intervêm pela cesareana, si não se dêr a penetração. Outros esperam a ruptura espontanea do bolso d'agua, o progresso da dilatação, usam manobras, impressão manual, operando si, apesar disso, e sob a influencia de boas contracções, não se conseguir a penetração. A escola de Strassburgo considera terminada a prova do trabalho, quando passaram o estreito superior os maiores diâmetros cephalicos. No serviço de Brindeau (Odagesco) a conducta consiste em romper as membranas, quando a cabeça permanece extra-pelvica, estando a dilatação completa ou para palma de mão. Si há penetração espera-se o parto espontaneo ou extrae-se pelo forceps, si houver soffrimento. Mas si não ha descida, não se perde tempo em escolher qualquer intervenção, forceps ou versão ou symphyseotomia, faz-se logo a cesareana segmentar.

Procedo mais ou menos como Keller. Levo tão longe quanto possivel a prova, dando conta do estado das contracções uterinas (qualidade, duração, intensidade e intervallo); uso spasalgina, si verifico hypertonias; vigio o eixo uterino, corrigindo-o por faixas, si fôr preciso, observo a sequencia da dilatação; aguardo o parto, si verifico boas contracções, boa phase de rendimento e progresso; si após tres a quatro dedos de dilatação o pólo cephalico continúa extra-pelvico, rompo o bolso d'agua, para ver si se obtem uma aposição daquelle sobre o estreito superior; nesse momento, preciso melhor o diagnostico da posição, e como consequencia, lanço mão de manobras para corrigil-a, si fôr mistér.

Assim fica a paciente, como disse, certo tempo; mas não se póde precisamente dizer quanto. Nem as 6 horas de Kreis, nem as 12 horas de Winter. (*) Não me parece rasoavel, aliás, a unidade hora, para calculo de eficiencia do parto, porque no praso de uma hora, podem apparecer numerosas contracções, e no praso de 6, o numero dellas pode ser inferior. Hoje regula-se a questão, fazendo quando possivel a numeração das dôres, cousa

(*) — No archivo do meu pequeno serviço na Faculdade Fluminense de Medicina estão registrados casos em que a espera tem variado desde 9 horas e meia até 38, 40, 49 e mesmo mais. Dois foram operados após 80 horas de trabalho!

que para se realizar, precisa uma observação attenta do parto. (1) Mas quanto á espera, é preferivel fazer depender tudo das condições da mulher (estafa) e da resistencia fetal, ao soffrimento, o que se observa sem grande difficuldade. Si terminar o tempo da espera, nas condições descriptas, quando se vê que o feto e principalmente a mulher não estão mais em condições de continuar resistindo, intervenho e logo pela *cesareana*, á moda de Brindeau, si não se tiver dado a penetração, não perdendo tempo em tentativas, que no minimo seriam improficuas, quando não funestas.

E' certo que a manobra de Hoffmeier ou o palpar mensurador, facilitam o prognostico e dizem da conducta. Não os dispenso tambem, nos casos de duvida. O problema tem menos vulto na cesareana iterativa. Faço sem duvida a espera do trabalho, mas a experiencia anterior torna a apreciação muito mais facilitada. Vi, realmente, casos de parto espontaneo após cesareana, um dos quaes relatei á Academia de Medicina. Mas não se tratava de vicio pelvico; a indicação anterior o fôra por desproporção, dependente de feto desenvolvido. No vicio pelvico propriamente, é difficil obter-se a espontaneidade, salvo si o feto é prematuro, mas nesse caso chega-se a diagnostico, sem grande difficuldade e pode-se estabelecer então a directriz de acção.

De resto, a espera no parto, após cesareana, é mais ou menos tranquilla, segundo meu testemunho. Nunca vi ruptura de utero, confirmando, aliás, o conceito geral, já corporificado nos interessantes trabalhos de Wetterwald, que aprecia a insignificante percentagem dos casos daquela natureza. Em compensação, a difficuldade ás vezes cresce, quando o tecnico tem de decidir sobre a permanencia do utero, na pratica da cesareana. Muitas vezes, as condições do caso o tornam hesitante na deliberação. Todavia, tenho por bôa, a orientação que não decide só por condições prévias do caso clinico, como temperatura, pulso elevado, toques numerosos, mesmo fisometria. A meu ver, o estado de reacção uterina ao ocitocico e as condições da friabilidade da parede, impedindo a sutura, representam meios mais praticos para decisão. (2) Mas, é tempo de passar ás *indicações de excepção*, que outros chamam de indicações fóra do vicio pelvico.

A mais importante é a placenta de inserção segmentar ou *placenta prévia*. Como se sabe, o problema foi posto e resolvido por esse modo ha quasi 30 annos, quando Sellheim e Krönig publicaram a primeira estatistica, a qual justamente coincidia com o impulso dado ao methodo segmentar. Desde então, espalhou-

(1) — Emprego tambem a posição de Walcher-Crouzat, mas escolho os casos, limitando-a aos de polo cephalico movel; porque naquelles em que ha tendencia á penetração, polo apposto sobre o estreito superior, a citada posição seria talvez um mal, desfazendo a accommodação já realizada pela natureza.

(2) — Operei o anno passado no serviço da Faculdade Fluminense de Medicina um caso com fisometria e conservei o utero, mediante essa orientação. Não tive motivo de arrependimento (papeleta n. 217).

se a indicação. Hoje, a cesareana é um meio adoptado em todas as clinicas por esse motivo. Assim, aliás, deve ser. A solução perfeita do caso, isto é, a hemostase definitiva, só se conseguirá a preço do esvaziamento uterino, o qual, por sua vez, só com a cesareana póde ser conseguido rapidamente. Por isso, nos casos em que a hemorragia não permittir espera, a conducta não deve sêr outra. Sem duvida, justifica-se muitas vezes o emprego dos methodos obstetricos, mas não se julgue esse emprego dependente da forma anatomo-clinica da placenta, mas principalmente de condições de resistencia da paciente, consequentes ao sangue perdido. Será preciso apurar bem o que se passa, na symptomatologia, para conclusão do prognostico e decisão da therapeutica, contando-se sempre, em todo o caso, que a cesareana apresenta, pelo menos, as vantagens de se obter um fêto vivo, de se resolver rapidamente o caso, de exercer, como diz Von Rooy com toda a razão, o tratamento causal e emfim de se apreciar as condições do orgão para julgar da necessidade de se proceder a hysterectomia.

Realmente, é preciso encarar, tambem, como faz bem salientar Nubiola, um factor toxico na placenta prévia, isto é, a concomitancia de apoplexia gravidica, a qual, como se sabe, só por si, indica a intervenção, sob pena de perda da mulher por hemorragia secundaria. Afinal, as estatisticas comparativas de Keller reconhecem superioridade no emprego da cesareana, (4 a 5% de mortalidade), quando são 18 a 20% para os methodos obstetricos. Todavia, não commungo com o exclusivismo de Ballard, indicando a intervenção, desde que o diagnostico se confirme. Casos ha de applicação dos methodos obstetricos. De lado, o balão, o Braxton-Hicks, o parto mesmo metodicamente rapido, os quaes não preconizo, estou convencido que o antigo methodo de Puzos, com a vigilancia constante da paciente, o emprego do calcio e a possivel acceleração do parto, com pequenos estímulos pelo extracto hypophysario, nas dóses hoje estandarizadas, permittem uma contemporisação, a qual, sem duvida, condicionada ao criterio do profissional, constitue mesmo solução feliz para certos casos clinicos. Em summa, a cesareana, e é agora o que propriamente interessa no assumpto dessa conferencia, se indica: a) quando se tocar placenta no orificio interno do collo; b) quando se tiverem verificado hemorragias violentas durante a prenhez ou no inicio do parto; c) quando, embora pequenas, foram repetidas as hemorragias, de modo a crear para a paciente, um estado de anemia secundaria grave; d) quando, afinal, numa palavra, o clinico compreender, não permittirem as condições da mulher, a delonga do parto espontaneo, embora condicionado aos processos de hemastose provisoria, a qual constitue a razão de ser dos methodos chamados obstetricos, usados hoje.

Todavia, não julgo a *eclampsia*, como alguns, feliz indicação para cesareana. Passou o tempo da therapeutica activa da eclampsia, aliás, já condemnada desde 1889 (Halbertmann). As

estatísticas eram desfavoráveis. Numeros que orçavam em 30% de mortalidade, como os da estatística de Küstner, ou mesmo mais 32,5 (Niverman) ou ainda 34% na clinica Tarnier, em que se emprega a cesareana. Demais, o tratamento de Stroganoff conseguiu reduzir de muito a mortalidade materna. Segundo o seu recentissimo trabalho (1), 2046 casos tratados assim, em Leningrad e Moscou, deram apenas 3,4% de obitos. De resto, nos serviços em que era possível o confronto, como o de Lichtenstein, tem-se para o tratamento activo 28,5% e para o espectante apenas 5,2%.

Prefiro continuar seguindo as directrizes da escola do prof. Fernando Magalhães, onde sempre verifiquei as vantagens da therapeutica expectante, e isso desde 1912. Tanto que no meu pequeno serviço da Faculdade Fluminense de Medicina, não emprego a therapeutica activa.

A *forma hemorragica da toxhemia gravidica*, ou mesmo o descolamento prematuro placentar simples, porém, estão noutra sentido. Impõe-se o esvaziamento uterino para salvar as duas vidas, e só a cesareana se presta vantajosamente a esse objectivo. Mesmo porque, não raro o descolamento se complica de apoplexia uterina a qual justifica, até a extirpação do orgão. Como fazem sentir Couvelaire, Portes, Boero, os americanos, os alemães e tantos outros, é preciso muita vez, a visão nitida das lesões, para se julgar da conservação ou retirada do orgão e só a laparotomia pôde responder a essa necessidade. Imperiosa, já se vê, quando se conjugam os phenomenos de hemorragia cavitaria e de toxhemia. Levei á Academia ha pouco, um caso dessa natureza, do meu serviço de Nictheroy, em que só consegui salvar as duas vidas pela prestesa com que agi. (2) Desejo ainda salientar uma indicação interessante da cesareana, que pode ser collocada ao numero das grandes indicações, passadas até agora em revista. E' a *dystocia annular irreductivel*. O factio clinico é conhecido; quasi sempre é consequencia do trabalho longo, improductivo. O utero se apresenta cerrado contra o fêto, impossibilitando o seu progresso no canal pelve-genital. Muita vez, essa é uma dystocia acrescida á dystocia por desproporção, conjugada com ella e della consequente pela exaustão uterina em face do obstaculo intransponivel da pelve. Mas pôde apparecer pura, como oriunda do parto mal conduzido inicialmente com o emprego repetido do oxitocico. Conheço alguns exemplos desse genero.

Deve-se saliental-os, chamando attenção dos praticos para elles. Muitas vezes a dystocia pôde ceder ao emprego dos sedativos anti-espasmodicos, a spasmalgina tão divulgada, mórmente

(1) — Stroganoff e Darcdovith — Tratamento prophylactico de eclampsia e ruptura prematura das membranas (Gynecologie et Obstetrique — Março, 1937).

(2) — Boletim n. 5 de 1936 (pag- 945 — Sessão de 26 de Novembro).

depois dos trabalhos da Escola de Strassburgo, Schikelé, Kreis, Brüger, Keler, ou mesmo a combinação pantopon-cafeina, que foi uma das grandes idéas do prof. Fernando Magalhães, datando já de 1915. Mas ás vezes o obstaculo não é só pelo espasmo e si o é, esse não cede ao emprego do remedio. A memoria de Turenne, de ha 23 annos, está documentada com casos muito instructivos nesse sentido, e eu pude reunir 18 na memoria com que ingressei á Academia de Medicina. (1919) O facto interessante, que culmina, é justamente que a questão fetal é secundaria, nesse sentido que *mesmo morto* a intervenção tem sua perfeita indicação.

As grandes tragedias clinicas são oriundas de uma falsa interpretação. E' que morto o fêto, fazem-se insistentemente intervenções mutiladoras, e não raro, violentas, que ou não trazem o fêto, ou se o extrahem, é a preço de lesões graves do utero. Não faltam documentos, como bem mostra em seu trabalho sobre operação cesareana, o prof. Fernando Magalhães. Um já antigo, de 1821, de Baltzell que terminou pela morte sem esvasiar o utero, tentado o forceps e a versão e ainda outros dos nossos dias de Andrew e Maxwell, Lintanhy, (1909), White, que só terminaram bem, porque se recorreu ao parto cirurgico.

A causa de maior gravidade está, quando o anel impeditivo se acha sob o pescoço do fêto. E' o seu desconhecimento que gera as grandes tragedias clinicas, quando o pratico, quer supplantar pela força o obstaculo, que cede, mas o preço da ruptura, como facilmente se compreende.

Deve-se ter bem em vista, a figura clinica da dystocia, para se proceder á operação, sem perda de tempo. Já hoje não se tentam mais os recursos da divulsão do anel (Budin), que Veit e Meyer condemnavam, ainda quando o methodo cirurgico não offerencia a tranquillidade e a confiança, que hoje desfructa. A dystocia annullar, irreductivel, impõe, assim, como indicação, o parto cirurgico. Já vae longe o tempo. E teremos ainda de passar em revista outras tantas indicações, embóra de menor importancia pela raridade com que se apresentam. Os *tumores prævia*, impeditivos do parto, a *fixação operatoria anterior do orgão*, sobretudo si é da parede uterina e não ligamentar, mesmo a *atresia da vagina*, de que vi já dous casos, um dos quaes em consequencia de queimaduras, podem realmente indicar a intervenção, ainda na dependencia do lado materno. Mas o lado fetal por si mesmo, póde tambem indicar a intervenção, o que nem por isso é menos interessante, porquanto ha a necessidade da escolha do caso, uma vez que é possivel admittir igualmente o parto por via vaginal.

A *apresentação córmica ou de espadua*, para a qual a versão é operação de escolha, póde justificar a cesareana, quando a espadua está encravada e a retracção uterina se verifica.

E' essa no caso, que commanda mais a intervenção muito

mais garantidora da vida fetal, do que a outra, mormente si o caso é de primipara com partes molles, rijas e resistentes, que embaraçam a extracção.

No mesmo ponto de vista podem indicar a cesareana as *apresentações de nadega*, quando o feto é volumoso e a mulher é primipara, e as *apresentações deflectidas*, face ou principalmente frente. A proposito dessas ultimas, creio pouco em manobras e, si passou o tempo de se praticar a versão, dada á retracção uterina, é preferivel, no caso de frente ou de face encravadas, usar a intervenção, que tem 99 % de probabilidades de dar um feto vivo, o que com o forceps se dará em proporção diametralmente opposta.

Como se sabe, na face é a variedade posterior que, dificultando a descida por encravamento, impede o parto. Deve-se, porém, ter bastante criterio na escolha da intervenção, porque muitas vezes, como se sabe, o parto nesses casos póde vir a ser espontaneo. E' preciso que se veja nitido o quadro da dystocia pura, da desorientação fetal, agravada com a dystocia uterina, consequente do parto demorado e inutil. Uma palavra sobre a *procidencia do cordão* e tenho, ao que penso, passado em revista as indicações da cesareana. Realmente as probabilidades de feto morto, são numerosas nesse caso. O fracasso da tentativa de redução é frequente. Mesmo assim a indicação é de excepção, justificada principalmente quando ha a contar, com a concomitancia de outras dystocias. Como dystocia pura, eu a justificaria talvez, só, si houvesse, o desejo manifesto de se ter um feto vivo, para efeitos de herança, por exemplo (viuvez no decurso da gestação).

Já agora, enfim, resulta dessa exposição, quaes os *novos rumos* traçados pela cesareana, e quanto se ampliaram suas indicações, certamente porque foi possivel, com o emprego do methodo segmentar, afastar os perigos que d'antes tanto preocupavam os parteiros.

Tanto que Hirsch (*) preconisa e prevê uma nova directriz da Obstetricia pela applicação precoce da operação, transformados os partos até aqui antisepticos e vaginaes, no parto aseptico e abdominal. Seriam evitados por ella, diz elle, os partos longos, laboriosos, as infecções, a febre do trabalho, as procidencias, as rupturas de utero; seriam abolidas ainda a pratica dos methodos obstetricos, o parto prematuro, o forceps alto, a versão, a symphyseotomia, os quaes, igualmente, contribuíram para aquelles accidentes.

Seria a era abdominal em sua plenitude, abolido o tocar, só adoptado o exame externo, combinado com a observação clinica e meticulosa do trabalho. Ficaria, enfim, a via vaginal, só para os casos excepçionaes, em que surgisse o perigo já no

(*) — Zentralblatt für Gynäkologie, 1927.

instante da expulsão fetal, quando seria tarde demais para apelar para a cesareana. Podemos, senhores, chegar a tanto, e concordar com esse ponto de vista? Acho que não. Si são incontestáveis as grandes vantagens que a operação deve dar, quanto ao fêto, salvando vidas periclitantes, e mesmo quanto á mulher, permittindo intervir em qualquer momento do parto, para evitar um perigo iminente, reconheçamos, com sinceridade, que a intervenção tambem comporta perigos reaes, que nos coagem a só indical-a em casos absolutamente estrictos.

Seria, penso eu, lamentavel a ampliação dessas indicações, como querem alguns, a qual redundaria em riscos mais ou menos inuteis. Fiquemos pois, na *justa medida*, conservando para as intervenções puramente obstetricas, as indicações que até agora as tem justificado.

E fiquemos tambem nessas grandes linhas geraes, traçadas para a operação cesareana, evitando a amplitude dessas indicações, o que talvez concorresse para admittir as grandes vantagens, que estamos habituados a obter, com essa bella operação!

III

Dois casos de anomalias conjugadas do cordão umbilical

PELO

DR. VIRGILIO DE AGUIAR
(CEARÁ)

1.^a observação: — No dia 8 de Outubro de 1936, á tarde, fui chamado para attender a uma mulher em trabalho de parto, que já datava de 3 dias. Examinando-a verifiquei: gravidez de termo, apresentação cephalica, collo completamente dilatado, bolsa rota (havia 3 dias, sem perda liquida fóra do commum), cabeça no estreito inferior em occiput-pubiana, contracções uterinas espaçadas e fracas, feto vivo. A parturiente de bôa estatura e constituição, brasileira, branca, casada, de 34 annos, achava-se exgotada por longo e improficuo trabalho. Relatou ter tido menarcha aos 15 annos, com regularidade de tempo e fluxo, ter sempre gosado bôa saude, ter tido já 4 filhos todos de termo e com partos naturaes. Suas passadas gestações foram normaes. Devido ao meio nada favoravel em que se encontrava (na cama sobre esteira de junco e farraparia, si bem que lavada) internei-a na Casa de Saude «Dr. Cesar Cals» e após usuaes preceitos pré-operatorios appliquei o torqueps (Simpson). Extraida a cabeça com tracções de certa intensidade, pelo que pensei em circular no pescoço, com o dedo fui verificar esta anomalia e a encontrei em uma simples volta, mui apertada, de grosso funiculo pulsatil; e então querendo afrouxal-o,

R

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES :

| | |
|--|--|
| Estados da Bahia e Sergipe : | Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Parahyba do Norte : |
| Dr. OTTO NEUBURGER | SPENCER, HARTMANN & CIA. |
| Rua Ruy Barbosa, 6-A — Caixa Postal, 371 | Rua do Rangel, 54-1.º — Caixa Postal, 568 |
| SÃO SALVADOR — Est. da Bahia | RECIFE — Est. de Pernambuco |

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-------------------------------|---------|--|----------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES :

| | |
|--|--|
| Estados da Bahia e Sergipe : | Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Parahyba do Norte : |
| Dr. OTTO NEUBURGER | SPENCER, HARTMANN & CIA. |
| Rua Ruy Barbosa, 6-A—Caixa Postal, 371 | Rua do Rangel, 54-1.º — Caixa Postal, 568 |
| SÃO SALVADOR — Est. da Bahia | RECIFE — Est. de Pernambuco |

Estado de Minas Geraes:

Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

| | | | | |
|----------------------------|---------|--|--------------------------|---------|
| BRASIL — Porte simples.... | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples.. | 50\$000 |
| .. Registrado | 50\$000 | | .. Registrado.... | 60\$000 |
| .. Para Estudantes.. | 30\$000 | | | |

Numero avulso: 5\$000

NOTAS :

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

| | | |
|--------|---|-----|
| | Necrologio — Dr. Ernesto Crissiuma Filho, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta | 353 |
| I — | A infecção puerperal (Actualização de conceitos), pelos Drs. Jorge de Rezende e Ivan Figueiredo | 357 |
| | <i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i> | 385 |
| II — | Eclampsia e seu tratamento pelo metodo de Stroganoff, pelo Dr. Affonso Henriques Furtado | 386 |
| | <i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i> | 413 |
| III — | Obstetrica Social, especialmente na Bahia, pelo Dr. Adeodato Filho | 414 |
| IV — | Revista de Revistas Allemãs, pelo Dr. Jorge Sant'Anna | 428 |
| V — | Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil | 434 |
| VI — | Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende | 438 |
| VII — | Analyses | 441 |
| VIII — | Sociedades Medicas | 442 |
| IX — | Noticias | 444 |
| X — | Petite Revue — A. R. O. M. | 445 |
| | Indice do 2.º semestre de 1938. | |



Nas convalescenças :

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral — Remineralizador — Reconstituente — Estimulante

Medicação seriada

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Auxiliares de Redacção : J. Amaral, Horta Barbosa, Maia Bittencourt
e Jorge de Rezende.

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--|--------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. . . . | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

R/

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-------------------------------|---------|--|----------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

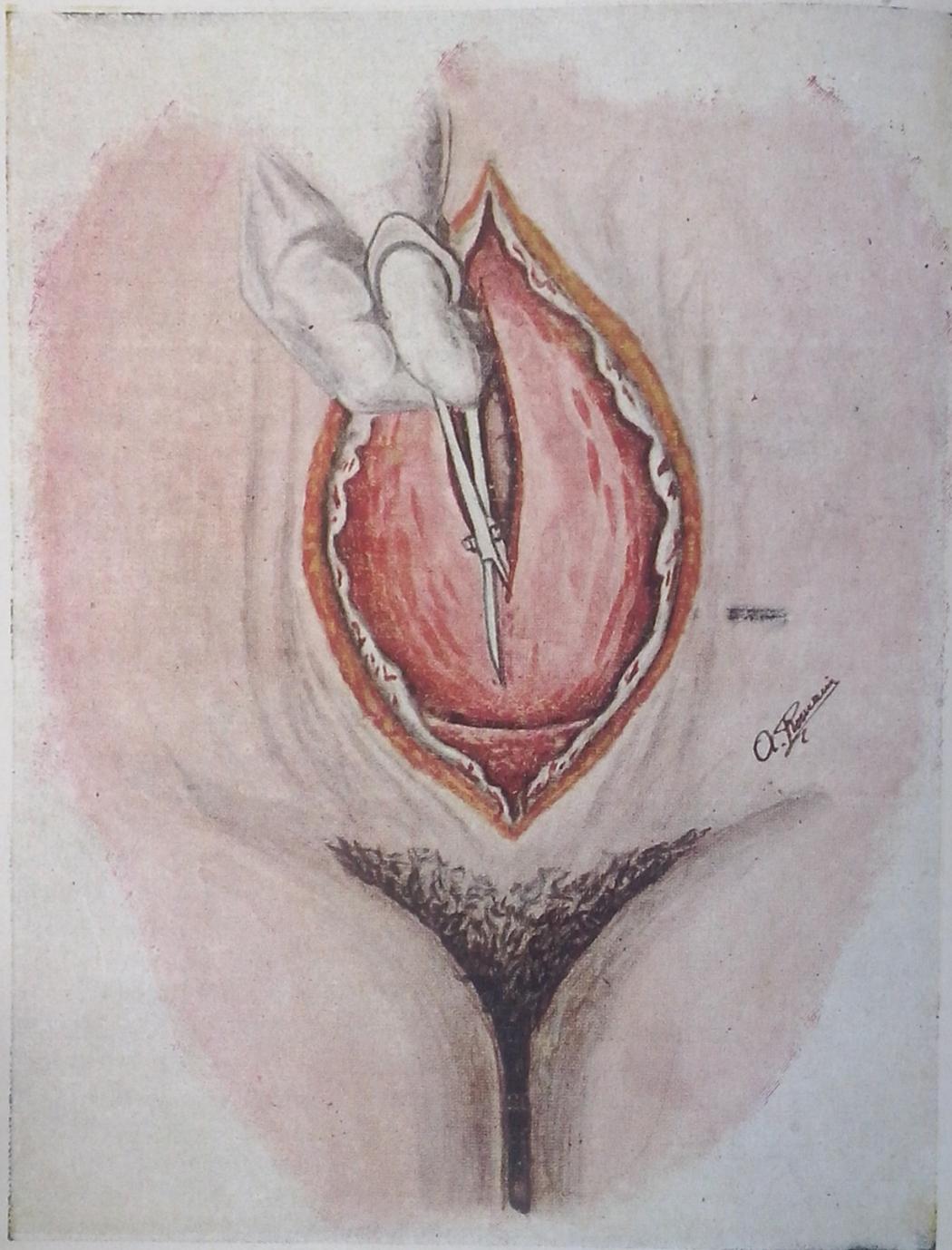
Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

calcadora do polo cephalico fetal, empregada por outros, o forceps applicado, na maioria das vezes, com a concavidade pelviana voltada para a pube, mas por outros, ao contrario, voltada



Altura da incisão uterina, no methodo que preconisamos, para a naturalisação do desprendimento fetal no parto abdominal.

A thesoura, aberta, representa um erro de observação do desenhista.

para a pube a concavidade do instrumento, na péga occipital ou não, demonstram, eloquentemente, a diversidade de meios usados por este ou aquelle profissional, na extracção fetal. Não ha

unanimidade de vistas, pelo contrario, uma diversidade patente, chocante, deste ou daquelle parteiro, no modo de extrahir o feto atravez da brecha uterina. Porque? Simplesmente por isto: ne-



Completada a incisão uterina o indicador do operador vae-se introduzir na virilha fetal. A' maneira de gancho, introduzido na virilha, o indicador traciona e o desprendimento se effectua com facilidade.

nhum dos processos satisfaz plenamente. Abundancia, em therapeuticamente, é signal de miseria, pontificava o inolvidavel mestre Miguel Couto. Nada mais exacto, nada mais veridico. Hou-

vesse um unico methodo, rapido, simples, efficaz, inoffensivo, um unico methodo bom, emfim, para a extracção fetal no parto abdominal e esse methodo seria fatalmente empregado por todos os profissionaes. De modo que, na laparotrachelotomia, o unico ponto ou phase da intervenção que, no nosso desvalioso entender, está sujeito á critica, é o da extracção do feto. Na nossa fraca opinião a extracção fetal é, actualmente, o ponto capital da cesareana baixa. Deve, assim pensamos, merecer dos nossos maiores a maxima attenção e carinho.

Não pretendemos, de fôrma alguma, resolver tão magno problema, ou melhor, simplificar apenas o desprendimento fetal no parto cesareo, ou, pelo menos, uniformisar a maneira de agir dos parteiros, nesse particular. No emtanto, ousamos apresentar á apreciação dos nossos illustres collegas e bem amados companheiros de turma o modo que temos nos conduzido, ultimamente, na extracção fetal, proveniente da cesareana. Antes de mais nada confessamos que só podemos apresentar dois casos nos quaes foi usado o processo da *extracção fetal naturalisada*. A clinica de uma pequena cidade do interior de S. Paulo não nos permite expor um numero comprovador da excellencia do methodo que seguimos nesses dois casos e esperamos seguir, ulteriormente, em outros que por ventura vierem ter ás nossas mãos. Senão natural, no nosso despretençioso processo a extracção do feto póde, sem favor, ser denominada de *naturalisada*. De facto, dispensa a mão intra-vaginal de um auxiliar, no recalque do polo cephalico fetal, não lança mão do reviramento, intra-uterino, da cabeça fetal e nem complica e retarda o transcurso de uma operação simples, com a intervenção de outras operações, como se dá com o emprego da alavanca ou até mesmo da applicação inesthetica e antipathica de uma verdadeira e aberrante pegada de forceps extra-genital. Obtem-se a *naturalisação da extracção fetal*, no parto cesareo, do seguinte modo: aberto o peritoneo parietal e calafetada a grande cavidade, mediante compressas e campos esterelizados, pratica-se, como no processo de Krönig, a incisão transversa da prega vesico-uterina, afastando-se os dois retalhos e tendo-se o cuidado de despregar, o mais possivel, até o seu ponto de inserção firme, o retalho superior. Feito isto, com o futuro trajecto da incisão, mais, bem mais mediano que inferior, incisa-se a matriz, o mais alto que for possivel, dentro, porém, da superficie a ser coberta pelo retalho superiormente desenseriado e afastado. A incisão, como se vê, não é extrictamente baixa, cervico-segmentar, tal como nos methodos typicos da cesareana baixa. A incisão é mais, bem mais mediana que inferior. Não deixa, por sua vez, de ser genuinamente segmentar, dentro da concepção de Hofmeir e Benkiser, que dão para o limite superior do segmento inferior justamente a linha de inserção intima do peritoneo ao utero. Incisão de 12 centimetros, mais ou menos, de extensão, longitudinalmente, iniciada logo após o ponto de in-

serção firme do peritoneo á matriz, a bisturi, numa punção, continuada depois a thesoura, então guiada pelos dedos médio e indicador esquerdos, interpostos entre o feto e parede interna do utero. Concomitantemente á incisão uterina uma applicação de pituitrina, endovenosa, por um auxiliar. O utero se contráe immediatamente. O segmento superior, o corpo do utero, se adapta, intimamente, como a luva á mão, á pelve fetal, fortemente contracturado, e o que se vê, então, é a tendencia manifesta da nadega fetal se herniar pelo angulo superior da incisão, quando não se hernia mesmo, de uma vez. Com um dedo á ilharga fetal, num pequeno auxilio, dá-se o desprendimento da nadega, que naturalmente principiára a se herniar. Foram tal a simplicidade e a facilidade da extracção fetal, obtidas dessa maneira, nos dois casos em que o processo foi applicado, que nos animamos a trazel-o ao conhecimento dos nossos distinguidos collegas de turma, nesta magnifica reunião de amizade e de camaradagem. A tendencia do desprendimento natural, no methodo que acabamos de descrever, encanta e surprehende quem o pratica.

Pelo menos assim succedera comnosco nos dois casos que passamos a relatar, succintamente:

1.ª Observação — Senhora A. D., de 38 annos de idade, grande multipara, residente no municipio de Pirajuhy. Ultima menstruação aos 5 de Novembro. Hemorrhagia vaginal á noite de 23 de Julho, continuada no dia seguinte, 24, dando em resultado a visita medica. O toque obstetrico revelou: collo dilatado para 2 dedos, completamente obturado pela placenta e fundos de sacco vagihaes tomados.

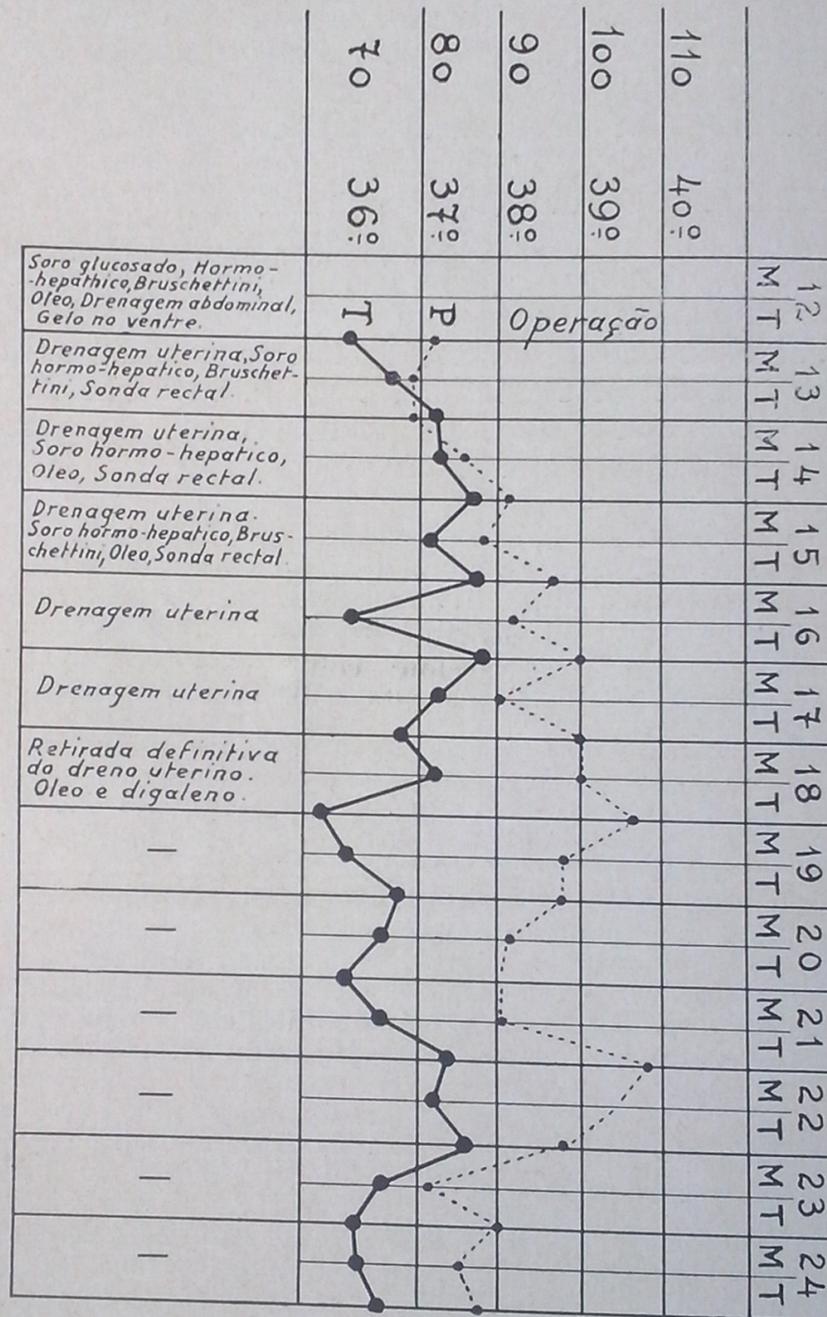
Exame externo: Fundo do utero a 6 dedos acima da cicatriz umbelical, situação longitudinal e apresentação cephalica. Ausculta posiliva nos quadrantes inferiores. Pelvimetria: BE = 24, BC = 27 e SPE = 18. Pulso batendo 95 vezes por minuto e temperatura axillar de 37,9. DIAGNOSTICO: prenhez proxima do 9.º mez, placenta prévia e feto vivo. THERAPEUTICA: Declarado o trabalho de parto, resolveu-se solucionar o caso pela cesareana. Tamponamento vaginal cerrado, com gaze iodoformada. Tentativa frusta de rachianesthesia, pelo que é dada anesthesia geral, encarregando-se da mesma o distincto collega Dr. Jorge Meirelles da Rocha. Catheterismo vesical, *toilette* vaginal, asepsia e antisepsia habituaes ás Vaparo-trachelotomías. Ligeira posição de Trendelenburgo. Inicia-se o acto operatorio com a assistencia do presado collega Dr. Oswaldo Alves de Moraes. ACTO OPERATORIO: Incisão infra-umbellical. Peritoneo parietal aberto, é isolada a grande cavidade. Colloca-se o afastador abdominal e augmenta-se a incisão até attingir á cicatriz umbellical, pois os vasos de néo-formação, numa abundancia extraordinaria, ressaltavam á superficie da face antero-inferior do utero, e convinha, á medida do possivel, afastar a incisão uterina da região rubra.

Incisão transversal da prega vesico-uterina. Dificuldade manifesta da desinserção dos retalhos, tanto superior como inferior, intimamente adherentes aqui e alli, tendo os vasos néo-formados tirados a facilidade dessa desinserção, como é de habito nos casos normaes. Desinseridos, foram afastados, o inferior conjuntamente com a bexiga, então protegidos pela valvula abdominal. Estando o segmento inferior em distensão relativa e no intuito de evitar-se

em parte, a zona de implantação placentaria, a incisão do utero, por isso, foi mais mediana que inferior. Concomitante á incisão uterina era praticada uma injeccão, endovenosa, de pituitrina, pelo Dr. Jorge Meirelles da Rocha. Contração immediata do utero. Ruptura artificial do bolso d'agua. Introduzido o indicador esquerdo á bocca fetal, viramos a face do feto para a brecha uterina e, com a mão direita, á maneira de cunha, tentámos o desprendimento

Julho de 1932

Curva thermo-sphygmographica da 1.^a observação.



da cabeça. Dificuldade de extracção manual e ruptura do angulo inferior da incisão uterina, de 1 centimetro, mais ou menos, de extensão. Iamos appellar para o forceps, para o desprendimento da cabeça, quando o utero, contrahindo-se, energicamente, quasi herniou a região glutea esquerda do feto. Aproveitámos, então, a tendencia natural desse desprendimento e, mediante auxilio de um dedo á ilharga fetal, elle se deu, com presteza e facilidade. Podemos

dizer, sem rebuços, que, no caso, o desprendimento fetal foi obra exclusiva do ocytócico, da energica contracção uterina, de mãos dadas com a incisão relativamente alta do órgão. Reconstrucção dos diversos planos e drenagem uterina prophylactica, de accordo com os ensinamentos auferidos nos serviços hospitalares do nosso muito amado mestre Prof. Fernando Magalhães. Fetometria: BP = 9, BT = 8, OF = 12, OM = 13, BA = 11, Circunferencia cephalica 35, comprimento 49 e peso 2,950 ks. Puerperio nas melhores condições possiveis, como mostram os graphics aqui inclusos. Alta á mãe e ao filho.

2.^a Observação — Senhora P. M. C., de 31 annos de idade, secundigesta e primipara. Prenhez a termo, ventre tenso, fundo do utero nas proximidades do concavo epigastrico, situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á direita, pequenas partes á esquerda e auscultação positiva nos quadrantes inferiores. Temperatura e pulso normaes. Batimentos cardiacos fetaes idem. Contracções uterinas invalidas. Pelvimetria: BE = 21,5, BC = 23,5 e SPE = 17, cifras que orientavam para o diagnostico de bacia regular e geralmente estreita e achatada.

Exame interno: collo completamente dilatado, cabeça fixa no estreito superior, com enorme bossa, em T. D., e ligeiro asynclitismo posterior. Suturas e fontanellas amplas. Depois de 43,30 horas de expectação resolvemos intervir (*). Fracassada uma tentativa de *forceps de prova* apelamos, então, para a operação libertadora.

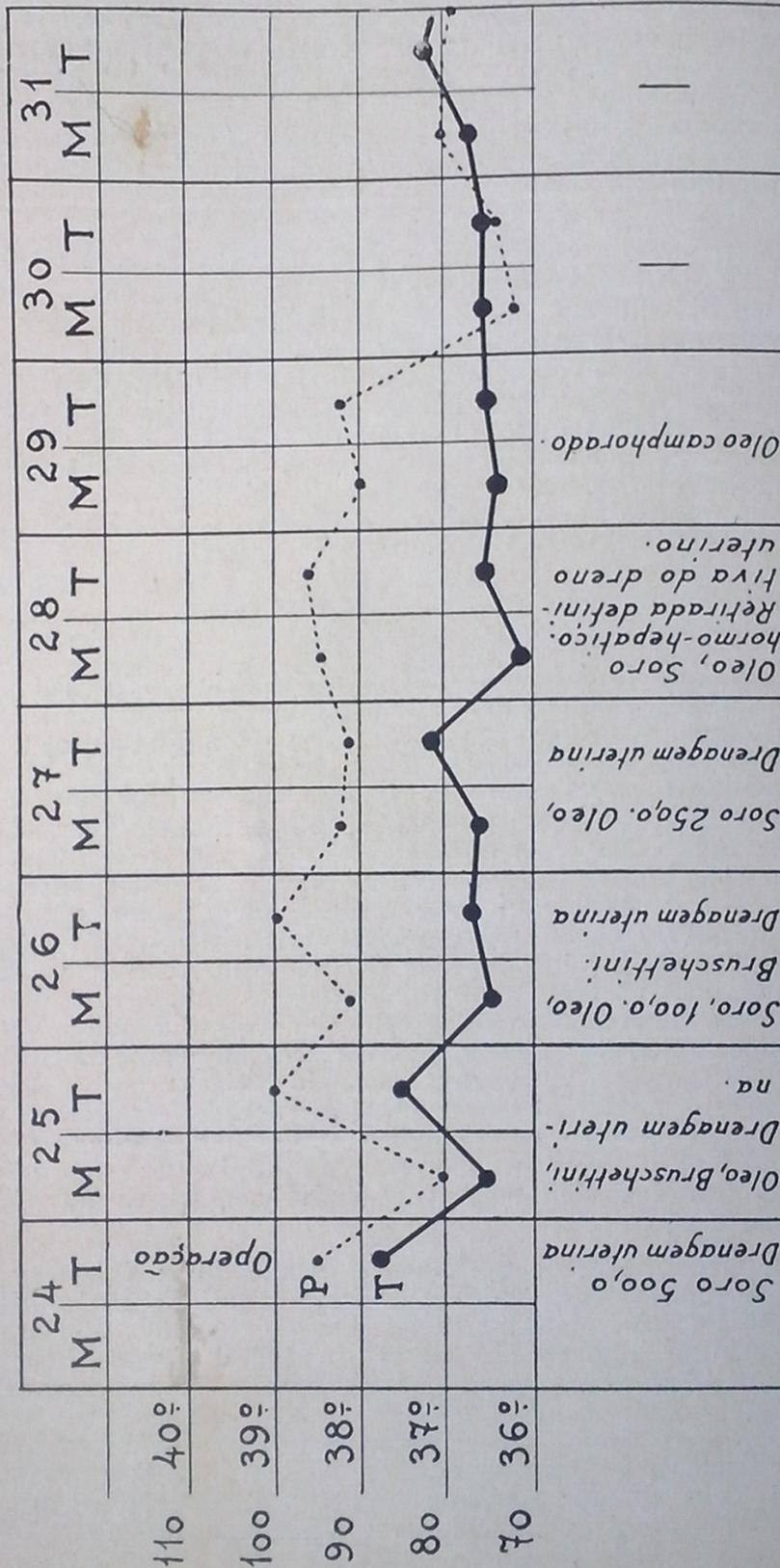
Acto operatorio iniciado com a assistencia do presado collega Dr. João Carvalho de Aguiar Junior. Aberto o peritoneo parietal verificámos que a bexiga occupava uma situação anomala, attingindo uma altura consideravel, dois dedos transversos abaixo da cicatriz umbilical. Augmento da incisão da parede ventral para dois dedos acima do umbigo. Incisão do peritoneo visceral, transversalmente, logo acima da prega vesico-uterina. Descollamento do retalho inferior, pacientemente, numa larga extensão, pois a bexiga, altamente situada, roubava o espaço proprio da hysterotomia. Protecção da bexiga pela valvula abdominal. Apesar do largo descollamento do retalho inferior verificámos que o *reliquat* do conteudo vesical, perturbador, subtrahia espaço á futura incisão uterina. Por isso, descollamos o retalho superior, com extrema facilidade e em grande extensão. Em vista da situação anomala da bexiga e do *reliquat* do seu conteudo, que não deixava de perturbar, e dado á boa impressão deixada pela extracção fetal, pela nadega, obtida, occasionalmente, no primeiro caso, deliberamos, propositadamente, praticar o talho uterino alto, no intuito de conseguirmos a naturalisação do desprendimento, tal como acontecera na 1.^a observação.

Calafetada a grande cavidade e praticada a injeccção de pituitrina, endovenosamente, pelo prestimoso collega Dr. Jorge Meirelles da Rocha, incisamos o utero, immediatamente abaixo da inserção do retalho superior, a bisturi. A incisão vence logo a matriz, com grande surpresa nossa, tal a delgadez de sua parede, como que laminada, uma simples fita muscular, chegando-se mesmo a ferir o feto, occurencia que comnosco se deu pela primeira vez. Estava explicada a altura insolita da bexiga: distensão maxima do segmento inferior, facto que nos escapou á apreciação opportuna. Puncionando o utero, a bisturi, completamos a incisão a thesoura,

(*) Para mais detalhes consultar trabalho por nós publicado em «Biologia Medica», numero de Agosto de 1935.

incisão, mais, bem mais mediana que inferior. Angulo inferior da incisão em patente discordancia de nivel com a apresentação ce-

Junho de 1934.



Curva thermo-sphygmographica da 2.ª observação.

phalica. Terminada a incisão extrahimos o feto, pelas nadegas, em-pregando-se, para isso, como tractor, o indicador direito á ilharga

fetal. Desprendimento rápido e facil, tal qual no primeiro caso. Reconstrução dos diversos planos e drenagem prophylactica do utero. Fetometria: BP = 10, BT = 9, OF = 12, OM = 14, circumferencia cephalica 35, comprimento 50 e peso 3,200 ks. O feto teve o seu ferimento á altura da espadua esquerda, na extensão de 1 1/2 centimetro, interessando os tecidos superficiaes. Puerperio apyretico. Alta á mãe e ao filho em optimas condições.

Eis ahi, illustrados collegas e presados companheiros da saudosa jornada de 1926, o que denominamos de *naturalisação do desprendimento fetal no parto cesareo*. Apresentamos, apenas, dois casos comprovadores da excellencia do processo. *Experientia una experientia nulla*. Assim sendo, nada podemos concluir de definitivo sobre o alcance pratico do novo methodo. Nos dois casos que tivemos o prazer de apresentar á benevola apreciação dos nossos carissimos collegas, a extracção fetal foi de uma presteza só equivalente á sua simplicidade e efficacia. Só isto, e a intenção louvavel, talvez não alcançada, de concorrer para o aperfeiçoamento, cada vez maior, da cesareana, nos animaram a trazer a este magnifico conclave de collegas, esclarecidos e bemquistos, a nossa despretençiosa comunicação.

O processo é segmentar, segundo o preceito de Hofmeier, ou pelo menos usufrue da maior vantagem da cesareana baixa: a incisão uterina é totalmente recoberta pelo peritoneo vesico-uterino. São indispensaveis á naturalisação do desprendimento fetal, no parto cesareo:

- 1.º — Incisão, mais mediana que inferior, do utero.
- 2.º — Contração uterina energica.

Consegue-se o primeiro destes propositos descollando-se o retalho superior do peritoneo visceral, o mais alto que for possivel, até a sua inserção firme no utero. Immediatamente abaixo desta inserção firme do peritoneo inicia-se a incisão da matriz. A segunda condição, contração uterina vigorosa, obtem-se pelo extracto hypohysario, applicado endovenosamente, ou então, injectando-o no proprio musculo uterino.

Com o processo da naturalisação do desprendimento fetal, no parto abdominal, são evitados: a mão de um auxiliar, evidentemente suspeita, atravez da vagina, como recalçadora do polo cephalico; o uso da alavanca ou de um dos ramos do forceps, como tal, para o mesmo fim extractor; a presença, absurda e anti-esthetica, complicadora da simplicidade, que é o apanagio da intervenção libertadora, do forceps, numa authentica applicação, aberrante, porque extra-genital.

A extracção fetal nos processos segmentares usuaes é nitidamente inferior ás dos processos corporaes. Com o methodo que preconizamos, victorioso, ás cesareanas segmentares serão outorgadas a liberdade, independencia e presteza que caracterizam a cesareana classica. A' cesareana segmentar será, então, cabivel tambem o que é patrimonio, no mais das vezes, da cesareana

alta, na lapidar expressão de Magalhães: «operação que começa e que acaba». Com o processo proposto não haverá mais delonga, complicação ou successão de meios, muitas vezes empregados na consecução da extracção fetal, nos methodos segmentares. O processo proposto, uma vez viavel, dará á cesareana baixa integral independencia, pois não se socorrerá mais de intervenção alguma para completal-a.

.....

III

Serviço de Gynecologia da Cruz Vermelha Brasileira.
Chefe: Dr. A. R. de Oliveira Motta.

Um caso de Cysto Luteinico, com reacção de Aschheim-Zondek positiva, simulando Prenhez Ectopica

PELO

DR. JOSE' DO AMARAL SILVA
Assistente do Serviço

Fomos encarregados pelo Dr. Oliveira Motta de relatar a seguinte observação:

F. L., branca, 39 annos, allemã, domestica, casada, moradora á Avenida Mem de Sá, 175. *Antecedentes hereditarios*: Pae fallecido em consequencia de typho. Mãe viva e sadia. 3 irmãos vivos e fortes. Não informa se a mãe teve abortos. *Antecedentes pathologicos*: Sarampo na infancia. Grippe em 1914. Typho. *Antecedentes physiologicos*: Menarca aos 16 annos, durando 4 dias, com colicas, fluxo regular. As menstruações posteriores regulares, durando 4 dias, sem colicas após o casamento. No momento está perdendo sangue já ha 6 dias, com dôres fortes na fossa iliaca direita. *Antecedentes obstetricos*: Uma prenhez a termo, ha 10 annos, com parto natural; o puerperio foi physiologico.

Historia da doença actual: Procurou o serviço por sentir dores fortes no baixo ventre, principalmente na fossa iliaca direita. As regras que sempre vieram em epocas certas (28 em 28 dias), desta vez persistiram com aggravação das dores. Está casada pela segunda vez ha dois mezes. A doente affirma que não teve atrazo menstrual. No momento ainda perde um pouco de sangue. Tem tido febre.

Exame da doente: Temperatura 38. Pulso 110. A doente anda curvada, segurando o ventre com as mãos, tal as dores que sente. A palpação do abdomen é dolorosa principalmente no baixo ventre, predominando a dor na fossa iliaca direita. Não ha defesa muscular. A palpação renal mostra os rins nas suas lojas. Nas mamas ha alguns tuberculos de Montgomery e colostro escasso. Nada digno de nota nos aparelhos respiratorio, circulatorio, digestivo e urinario.

elles, em um caso. Os outros autores que estudaram este assumpto não se referem á reacção. Talvez por acharem que o exame clinico não deixasse margens a duvidas: quasi todos se reportavam a doentes em amenorrhéa, com tumor annexial e signaes secundarios de gravidez. A execução systematica da reacção nos casos suspeitos muito concorreria para elucidar a questão. Entrará o cysto luteinico nas causas de erro da reacção de Aschheim-Zondek? Si assim for ficaremos desarmados para affirmar com segurança a existencia de uma prenhez ectopica. Entretanto, como os casos de cystos luteinicos são raros e a prenhez ectopica muito mais frequente, é nella que devemos pensar em primeiro logar quando estivermos deante de uma reacção positiva. Mais vale operar um cysto luteinico, sugeito como todo cysto a accidentes, do que deixar evoluir uma prenhez ectopica. Qual será a explicação hormonal da reacção positiva? Virá isto em favor da origem hypophysaria, pelo menos no inicio da gravidez, dos hormonios gonadotropos? Só a observação ulterior poderá levantar as duvidas.

Referencias

Cotte — Kyste du corps jaune et amenorrhée. La gyn. 931, pag. 129. Ehrhardt und Kramann — Ueber eine Klinisch und hormonal durch Corpus-luteum-cyste vogetauschte Extrauteringravidital. Zent. f. Gyn. n. 45, 1936. Van Tongeren — Pseudo-gravidité par les kystes luteiniques. Gyn. et Obst., 1936, pg. 351. Clauberg — Las hormonas sexuales femininas. Thales Martins — Glandulas sexuaes e hypophyse anterior. 2.º Congresso de Obst. y Gin. Buenos-Aires. Thema: Insufficiencia ovariana, 1934.

IV

FORCEPS LEVE (*)

PELO

DR. ALMEIDA GOUVEIA

Docente-livre de Clinica Obstetrica. Professor da Faculdade de Medicina da Bahia, da Escola de Parteiras

Ou o parteiro prepara a gestante para que seu parto seja uma funcção como as outras; ou o parteiro tem o dever de corrigir os erros desta funcção. Ha, normalmente, uma dystócia natural do sólo pelvico.

Aos que se admirarem do tocologo dissertar sobre «Forceps Leve» sem mostrar á curiosidade um novo instrumento *mais leve*, feito de substancia pouco ponderavel, ferro ôco, papel ou ma-

(*) Trabalho que representa a recomposição de uma palestra na Sociedade de Medicina da Bahia, em Maio de 1935.

deira, pneumática; áquelles que se limitem a entender as questões scientificas atravez sómente do seu enunciado, logo me apresso a explicar-lhes que a designação «leve» qualifica apenas, aqui, a natureza especial da intervenção que geitosa e opportunamente feita, quasi ideal, bem merece a delicadeza do adjectivo. E não haverá critica á expressão «forceps leve», porquanto de duas maneiras na linguagem clinica se pode entender o termo *forceps*: ora o *instrumento* (f. longo, f. cruzado, etc.), ora a intervenção (f. alto, f. difficil, etc), etc. De modo que a expressão «Forceps Leve» significa: uma applicação perfeita de um bom forceps — instrumento em condições clinicas optimas e por indicação scientifico-social. E' pois um dos recursos technicos de que se póde valer o tocologo para a «Humanisação do parto».

JUSTIFICANDO...

Quem interessadamente, aprecie a totalidade dos phenomenos physio-mechanicos do parto e depois precise de uma formula synthetica para definil-a, de certo concluirá que o parto é uma funcção imperfeita e prejudicial á integridade biologica da mulher; que o parto é um grande esforço, sério traumatismo, desfazendo os beneficios auferidos pela mãe durante a gravidez.

Tão forte e evidente a *disparidade biologica entre gravidez e parto*, que aos olhos leigos ainda parece confirmar-se a sentença condemnatoria no Eden., *et cum dolories paries...* e «o filho será a tua dôr e despedaçará as tuas entranhas»... O grande esforço do parto queima as reservas accumuladas pela gravidez e o sério traumatismo derruba bruscamente a edificação histologica que a gravidez lentamente levantou. E o post-parto, phase de regressão e desmancho intenso, é a continuação desse abalo. Abalo geral, do organismo todo; e abalo especial e mais forte nas zonas tóxicas, nos terrenos da edificação gravidica. A actividade muscular uterina, progressiva e repetidamente augmentando-se para o successo mechanico da expulsão, faz trabalhar toda a musculatura geral estriada, que a reforça e ajuda; mais intensamente a da prensa abdominal visinha; e particularmente, a solidariedade do apoio dos membros. O órgão cardiaco tambem trabalha mais: tachycardia e mais pressão, soffre a influencia da distribuição desigual do sangue na rêde vascular que supporta um affluxo de sangue venoso nas regiões pelvicas particularmente. Grande depleção venosa geral. A physiomechanica respiratoria tambem se altera: tachypnéa, polypnéa, apnéa, dyspnéa finalmente; grande pressão intrapulmonar e na pequena arvore circulatoria. Predominancia de sangue venoso, mal oxygenado, carregado de elementos toxicos de origem metabolica e da queima do trabalho muscular.

Mais do que isso tudo, maior que esse esforço, destacam-se nas zonas tóxicas o prodigio da força uterina (o motor) con-

seguindo impellir ajustadamente através da pelve ossea e molle (canal) o corpo do feto (móvel) que vencerá pela força e algum geito a resistencia natural de suas paredes: é aqui que se trava a lucta prejudicial que, muito demorada, começa a comprometter as demais funcções, abala o organismo todo.

Lucta maior onde houver integridade biologica, hística ou funcional. Lucta maior nas primiparas, cujos tecidos pelviperineaes bem integros mais resistem a pressão do objecto (o movel, o feto) propellido pela força uterina, obrigando a esta a intensificar-se, repetir-se. Lucta demorada, donde poderão resultar traumatismos reciprocos, tanto para a resistencia (contusões e rupturas pelviperineaes) como para o objecto (compromettimentos craneo-meningo-encephalicos, os maiores responsaveis pelas cifras altas de mortalidade intraparto). Ha, normalmente, uma dystócia natural do sólo pelvico (*). Se o perineo consultasse apenas as necessidades physio-mechanicas da funcção do parto, de certo que o mesmo não teria essa tanta resistencia que exige um grande esforço muscular (uterino) para vence-la e com evidente traumatismo para ambas as partes contendoras, a apresentação fetal que tambem se contunde ao contundir o sólo pelvi-perineal. Esse duplo e reciproco traumatismo caracteriza a phase principal do trabalho de parto, a *expulsão*. Pois antes, ainda não começada a *lucta das forças contrárias* (pressão do objecto impellido pela força uterina contra a resistencia anterior do sólo pelvico), tudo se passa sem maiores alterações: dôres espaçadas e toleraveis, sensação vaga de peso; a paciente conserva o seu estado de consciencia; o feto supporta bem a acção do motor (musculatura uterina) sobre si; a apresentação ainda não se contunde contra as resistencias lateraes e anteriores do canal, tanto melhor se ainda está integra a bolsa das aguas. A' hora da expulsão porém, quando o movel vae desfilar pela parede posterior longa da bacia molle, tudo se transforma: a resistencia aqui é toda muscular (do diaphragma pelvi-perineal) dura — elastica mas retractil, activa portanto e a accommodação (geito) sósinha não a vence, ou melhor, só é a força maior que impulsione o objecto quem a transpõe. Então: maior força da musculatura uterina, maior a ajuda da prensa abdominal, maior a solidariedade e apoio de musculos dos membros, etc. Pressão mais forte sobre o sólo pelvico, real contusão de tecidos vivos e das terminações de nervos ahi tão numerosos. *Mais dôr*. E reflexamente mais contracções musculares, depois desordenadas, discinéticas. Começa a repercussão no organismo: o esforço cardiaco; a physiomechanica e a chimica respiratorias que se alteram; a intoxicação de origem muscular, a fadiga; alterações neuro-psychicas; etc., etc. Podem

(*) O estudo dos princípios acima foi feito em trabalho apresentado á Sociedade Medica dos Hospitaes de Bahia, em 5-8-34, sob o titulo «Forceps cruzado: pegada extractora ideal».

apparecer prejuizos para o feto: a apresentação quando contunde ou rompe a resistencia perineal tambem se contunde, pouco ou muito, resultando cephalo-hematomas ou lesões meningo-encephalicas mortaes ou graves para toda sobrevivencia. Do exaggero de um destes elementos, do exaggero da força ou da resistencia, se passa logo ao disturbio na marcha do trabalho, se chega á *dystocia* completamente constituida, transitoria ou definitiva. O que a maioria dos obstétricas chama *dystócia* já não é mais *dystócia*, é apenas o seu termino ou a sua consolidação: um acto natural, o parto, que se vae desviando é *dystócia* (parto difficil) mas se chega á completa insolubilidade será, digamos, *atócia*.

Infelizmente, a obstetricia classica com os seus technicos — *aparadeiras* — espera que a *dystócia* se constitúa para então desfaze-la, quando pela verdade da arte-ciencia não devia consentir nem que ella começasse!

(É deveras lamentavel que ainda hoje eu tenha motivos para continuar a campanha de rehabilitação da Obstetricia, aclarando-lhe bem os novos horizontes: prometto que não hei poupar esforços para expurga-la de mãos profissionaes, os eternos repetidores-machinas de velhos conceitos e decahidas ideias).

A «*Evolução da Assistencia ao Parto*», necessariamente esteve, por todo tempo, a depender da evolução dos conhecimentos sobre physio-mechanismo do parto. A' uma visada retrospectiva, vemos que no começo a assistencia ao parto, bem como quasi tudo da especialidade, se resumia á *expectação absoluta*, toda cheia de respeito divino, de invocações e preces ou supplicas aos *deuses poderosos e vingativos*... Depois intervenções mutiladoras, brutas, sobre fetos que morriam: atravez disso algo de util aprenderam para os fetos vivos. Muitas eras se passaram, indefinidas: lento o progresso, demasiado conservadores os profissionaes, sempre orientados pelas cousas da Biblia, que não evolúem... Outra éra, da *expectação meio consciente*, armando-se só para os casos extremos: ou com á versão, ou com o forceps (e mutiladores), a cesaria excepcionalmente. Afinal, quasi ou no seculo XX (!) começa a época da *intervenção consciente e opportuna* (versão, forceps e cesaria), e dahi — começa a existir realmente uma especialidade, a Obstétrica. Hoje, porém, quasi meio seculo decorrido, por tres grandes caminhos se desviaram os rumos da sciencia — arte obstetrica:

Primeiro, a ARTIFICIALISAÇÃO DO PARTO: o prurido de actividade (ha quem prefira chamar de conveniencia profissional), especialmente o *advento da césaria* pela cirurgia que entrou abusadamente como arte-auxiliar.

Segundo, a NATURALISAÇÃO DO PARTO: reacção ao abuso dos artificios, mas que não chega a ser perfeita no entendimento desta funcção, o parto, que a propria Biologia quando interrogada não responde satisfactoriamente.

Terceiro, ao em vez de naturalisa-lo, fazer com que se termine naturalmente, entremos em socorro á natureza que ahí falla: preparemos a funcção, façamo-la sem dôr, sem esforço, sem traumatismo, com menos sangue perdido, com alegria e consciencia da mulher! Logo, á pratica dessas ideias chamo HUMANISAÇÃO DO PARTO: ou o parteiro prepara a gestante para que seu parto seja realmente uma funcção como as outras, ou o parteiro tem a obrigação de corrigir os erros desta funcção.

É aqui nesta concepção que entram o «Forceps Leve», o «Parto Medico Final» (1), o «Parto da pelve e o da Cabeça Ultima» (2), o «Parto da Tuberculosa pulmonar» (3), etc, etc.

Do que ficou debatido e combatido, apparece a necessidade de se ir em socorro á natureza, de ser evitado esse esforço final que caracteriza o parto.

Ha necessidade de ser substituido todo periodo expulsivo doloroso e fatigante: o periodo expulsivo de muitas primiparas e certas multiparas. Indicação de ordem scientifica, que aos olhos de outros parecerá com aspecto social, humano se o entendemos como cousa do sentimento... do sentimento que depois de *gasto e muito sentido* se transmuda para cousa real, obrigatoria, scientifica.

Dês que o prejuizo é evital e nasce da lucta entre a força e a resistencia, a solução consiste em afastar um dos contendores. *Ou substituir a força; ou afastar a resistencia.*

A *resistencia* poderá ser affastada ou diminuida pela anesthesia, geral ou regional, que a torna flacida e insensivel: ter-se-ha feito o que chamo «*Parto Medico Final*» ou seja uma anesthesia dos nervos pudendos internos e seus ramos e nervos adjacentes de modo que o soalho pelvico flacido e insensivel ficará adaptado á funcção do parto.

São bem conhecidas as expressões «Versão Prophylactica» e «Forceps Prophylactico», velhos conceitos rehabilitados para os nossos dias, respectivamente por Potter e De Lee. Forceps Prophylactico e Forceps Leve serão a mesma cousa?

— Um «forceps leve» quando se indica é para a *prophylaxia* de algum prejuizo, com obrigação porém de ser *leve*. Um «forceps prophylactico» realisando a *prophylaxia* do periodo expulsivo nem sempre consegue ou se preocupa com ser «leve». Porque o rendimento que nos dá o «forceps leve» é uma resolução integral do caso clinico, mas onde nem siquer consigam apparecer os pequeninos inconvenientes tão proprios do instrumento e frequentes nas intervenções communs.

Outro forceps — intervenção poderá ora em virtude de defeito do instrumento escolhido (espaço intra-cochlear exiguo, pro-

(1) Vide Rev. Med. Bahia de Abril de 1934 e 1.^a Semana Medica da Bahia de 1933.
 (2) Vide Rev. Med. Bahia de Agosto de 1933 e o Jornal dos Medicos de 5-4-634.
 (3) Vide Rev. Med. Bahia de Agosto de 1934.

nunciada curva pelvica, natureza do tractor, etc), ora por imperfeição do tecnico que applica o instrumento (tracção continua, compressão por apprehensão fixa ou falta de solidez) etc — poderá repercutir-se prejudicialmente seja sobre a mãe, seja sobre o feto. Mas o «forceps leve», não.

Requer todos os conhecimentos theoricos e clinicos sobre physiomechanica do trabalho de parto e especialmente do caso a resolver. Exige completa observancia dos principios technicos geraes de utilização do instrumento, bem como os applicados a este, ex: de sua construcção e acção (origem, direcção, acção, decomposição da força etc). «Qualquer forceps-intervenção em outra phase do trabalho pode ser leve, com tanto que sua applicação seja suave e delicada e os seus resultados bons, optimos. Um forceps que se indique por motivos de ordem pathologica individual (cardiopathia, tuberculose, eclampsia, neuropsychose, soffrimento fetal, etc. ou obstetrica) anomalias da força, apresentação dystocica, etc) tem antes e sempre a obrigação de ser leve. Nestes casos porém, attendida a importancia do motivo, de ordem pathologica, que ameaça á vida materna ou á fetal, ou a ambas frequentemente, perdoar-se-ha ao parteiro se acaso a intervenção, contrariando os principios technicos, resultar *pesada* (pequenas lesões maternas ou fetaes), pois o que vale mais é salvar as duas vidas. Mas ao «forceps leve» isso não se permite. Propondo-se a substituir certos periodos expulsivos, ha de ser tão perfeito ou melhor que o processo natural: só assim estará justificado e acceto. É preciso entender que o «forceps leve» não se propõe a substituir todos os periodos expulsivos, mas, como ficou esclarecido, somente quando esse periodo se mostra trabalhoso, exaustivo, penoso, naturalmente dystocico. É bom entender. E fazer avisar aos parteiros-intervencionistas utilitarios que forceps leve não é pratica systematica. Tem indicação seria, honesta, scientifica. Embora assumpto ainda na Tocologia Social está scientificamente fundamentado na Biotocologia, e para ser realizado exige o melhor conhecimento das regras e principios de applicação do forceps.

É certo e bem comprehensivel que numa cabeça média ou baixa, situação quando se indica o forceps leve, o instrumento prehensor não póde nem deve lesar as partes molles maternas, isto é, as paredes molles do canal do parto.

O tecnico perfeito sabe evita-las entre a face da colher do instrumento e a superficie da apresentação. Esta será apprehendida de tal modo que não ficará augmentada de volume ou em seus diametros, pois foi perfeita a collocação (*principio do contacto*) das colheres applicadas em bôa correlação a pelve (*principio da orientação*). No percurso do movel cephalo-instrumental, o tecnico fará ao mesmo seguir *livremente* a direcção respectiva pelo caminho da pelve (*linha de conducção ou direcção*): para isso, elle *respeitará os principios da pegada e da tracção*. Esses

mesmos principios (1), do *contacto* e da *orientação* (principios estáticos), da *pegada* e da *tracção* (p. dynamicos), enquanto protegem o canal do parto evitam a acção traumática do instrumento sobre a apresentação.

Pelo *principio do contacto*, toda superficie da face interna cochlear (curvatura cephalica) se adapta e estende por sobre a superficie cephalica, assegurando uma sólida apprehensão e com minimo traumatismo porque a pressão se espalha, e distribue em toda area de contacto; não haverá tambem augmento de volume do movel. Pelo *principio da orientação*, as colheres, que foram introduzidas e collocadas pelos espaços uteis, vasios comprehendidos entre a cabeça e a parede pelvica procuram orientar suas curvaturas com as da pelve, em bôa concordancia.

Estes principios estáticos garantem um minimo traumatismo sobre a cabeça fetal, que ainda pode ser nenhum se o tecnico diminuir o contacto das colheres sobre a cabeça desapproximando os cabos das colheres durante os intervallos da extracção; ou não os approximar demais enquanto traccione; e, ainda, melhor, não traccionar puxando o instrumento (forceps sem tractor) pelos cabos, mas sim proximo da articulação ou na articulação. Pelos principios dynamicos — *principio da pegada* (applicação ou inserção da força tractora acima do meridiano de pegada, no centro de mobilidade) continuado e respeitado pelo *principio da tracção* (liberdade de movimento ao movel cephalo-instrumental) — serão evitados ao mesmo tempo traumatismos sobre o canal do parto e compressão ao feto.

Destarte, o forceps para nos dar um rendimento que o torne digno da subtilidade da expressão *leve*, está a depender de um *tecnico moderno*, que é ao mesmo tempo internista — cirurgia e artista perfeito: raciocina antes e durante a intervenção, sabe conhecer o caso clinico escolhendo para este o instrumento melhor indicado e o applica segundo a technica ou geito mais adequado.

O forceps continua a ser apenas uma pinça, instrumento simples e sem acção propria: felizmente, ainda não conseguiu ser machina... máo grado a legião de parteiros-machinas que machinalmente o manejam...

O forceps não é uma machina capaz de agir e deliberar: não ha forceps intelligente. A inteligencia e a acção do forceps ficam no cerebro e nas mãos do parteiro.

O parto — talvez por que existe em favor da especie e não do individuo — é uma função dolorosa, um grande esforço,

um sério traumatismo contra o individuo, o que é desaccordo ao conceito de *normal* ou *natural*. Ou o parteiro prepara a gestante para que seu parto seja uma função como as outras, ou tem o dever de corrigi-la: á pratica dessas ideias chamo «*Humanização do Parto*». A gravidez normal é estado de vida optimo, melhor que o anterior de não gravidez, mas o parto-puerperio mesmo o mais normal é doloroso, temido, é uma duvida suspensa sobre a vida da mulher! (*).

V

Sobre o Hormonio Follicular

PELO

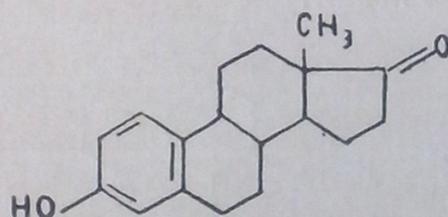
DR. BARBOSA QUENTAL

Assistente da 1.^a Cadeira de Clinica Medica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

A constituição chimica do hormonio do folliculo ovariano humano é até agora desconhecida. Nada se sabe mesmo quanto a unidade ou a possivel pluralidade hormonal do «liquor folliculi».

As *substancias estrogenicas*, isto é, aquellas que são capazes de produzir o *estro* nos roedores castrados, foram isoladas de outras fontes, principalmente das urinas gravidicas de mulher ou de egua.

Foram os trabalhos do jovem chimico de Göttingen, Bute-
nandt, que vieram esclarecer a natureza chimica dessas substancias dotadas de poder estrogenico. Este autor verificou que a micro-distillação desses compostos, em presença do zinco pulverizado, conduzia á obtenção de um hydrocarbureto da serie aromatica de formula bruta $C_{18}H_{24}$, ao qual corresponde a seguinte estrutura, formada por um systema de quatro anneis:



ESTRON

(Fig. I)

Este hydrocarbureto aromatico é o esqueleto, o nucleo de estrutura chimica das substancias que possuindo uma potencia

(*) Vide o meu trabalho «A dystócia natural do sólo pelvico», publicado na Revista Medica da Bahia, Abril de 1934.

P

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--|------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. . . . | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples . . . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

R/

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--|------------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. . . . | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples . . . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

- 15) — JOSE' de MENDONÇA — Gravidez extra-uterina (Ruptura tubaria) — Annaes das Jornadas Medicas do Est. do Rio de Janeiro — Apud Rev. Gyn. Obst. Brasil — 1936 — Dezembro — 949.
- 16) — COUVELAIRE — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires — These de Paris — 1901.
- 17) — BOURSIER et AUVRAY — Loco citato.
- 18) — OTTO FRANQUE' — In. Opitz — Tratado de Ginecologia — Ed. Esp. 2.º vol. 1928 — 450.
- 19) — W. WILLIAMS — Loco citato.
- 20) — LEITH MURRAY — Tubal gestation as seen by the gynecologist. An analytical study of certain aspects clinical and pathological, of a consecutive series of 146 cases — Proceedings of the Royal Society of Medicine — 1932 — Apud Gyn. Obst. Paris — 1935 — Janv. 67.
- 21) — ORLANDO GALVÃO — Sobre um caso de lithopedion — Diff. de diagnostic — Laparotomia Cura. — Rev. Med. da Bahia — n.º 6 — Junho 1936.
- 22) — ALBERTO CHUECO — Contribución al estudio de las indicaciones de la colpotomia de urgencia en el tratamiento de las gestaciones tubarias rotas, com inundación peritoneal — Indicaciones y Tecnicas quirurgicas par colpotomia — Buenos Ayres — 1933.
- 23) — VILLARD, RÉGAD et CONTAMIN — Du rôle des états endometrioides dans la pathogénie de la grossesse tubaire — Gyn. Obst. Paris 1936 — Avril — 305.

III

Da Assistencia ao Parto nas Maternidades (*)

PELO

DR. EDGARD BRAGA

Chefe de Clinica do Serviço de Hygiene Pré-Natal da Inspectoria de Hygiene e Assistencia á Infancia de São Paulo; da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina; da Pró-Matre Paulista e da Maternidade Santa Maria (Cruz Azul).

Na actualidade, a gravidez não póde ser, principalmente para o obstetra que estuda e reflete, aquelle estado de enganadora euphoria ou bem estar.

Aliás, na antiguidade, Mauriceau, cujo cerebro illuminara todo um seculo, comparou a gestação «ao mar encapellado e traiçoeiro». Sabemos que esse conceito, em que pese a forma poetica em que foi vasado, permanece verdadeiro, maximé, depois que a bacteriologia, a biochimica e a endocrinologia, toma-

(*) Palestra realizada na Radio Diffusora, sob os auspicios da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 24 de Março de 1937.

ram, aos nossos olhos, fóros de cidade. Se, em apparencia, a gravidez se apresenta como certas arvores robustas, douradas de sol, para o pomicultor muita vêz, essa apparencia é illusoria e, não raro, por entre os galhos seivosos, a mão habituada ao trato do terreno, descobre aqui ou alli a enxertia damninha, o parasita voraz, o estygma de males que, pouca a pouca, se deixados ao abandono, acabarão por vencer toda aquella nobre pujança do fecundo vegetal. Ora, a obstetricia moderna, completa e complexa, enriquecida cada vez mais do apoio de outras sciencias, tendo perdido a velha capa de empyrismo que a caracterisava, á semelhança da mão proficiente do agricultor, planta, cultiva e procura colher o fruto humano, isento, tanto quanto possivel, de taras, defeitos e maleficios cuja reproducção constante, traria, ao cabo, o empobrecimento, na vida da sociedade, dos coefficients de robustez e intelligencia da especie.

Assim, no seculo, ella semeia a bôa palavra da educação do individuo, face aos problemas eugenicos; premune o caule, isto é, as fontes onde se plasma a herança, contra as infecções ambientes, e, valendo-se da arte em que repousa, desde a mais alta antiguidade, garante a safra, pela selecção consciente de methodos e de technica, salvando dest'arte, o fructo á sazão.

E', em synthese, tudo isto, a Obstetricia social. Se na verdade, o homem, por direito de conquista, sob a acção do livre arbitrio póde escolher a conducta que melhor convenha ás suas vicissitudes, do ponto de vista da collectividade, deverá submeter-se as bôas normas da sciencia numa continua adaptação, pois, em sendo unidade, a modo de um élo, na cadeia espiritual, terá por isso mesmo, de fundir a sua tempera com sabedoria para que não destoe, ou não enfraqueça o potencial commum.

Comprehende-se, já agora, a razão porque a medicina e a obstetricia social assumem tal importancia na vida dos povos. Entre nós, data de pouco tempo esse grande surto de renovação, entretanto, os resultados vão sendo promissores. O ensino eficiente em nossas faculdades medicas e o melhor nivel cultural das massas; o aperfeiçoamento das nossas condições sanitarias; o despertar, emfim, da propria consciencia individual; a campanha lealmente desenvolvida pela imprensa em pról da alphabetisação, vêm preparando as gerações para um futuro mais estavel. Pouco a pouco, os preconceitos nascidos da ignorancia das coisas vão sendo relegados, principalmente no que se relaciona com o problema da gestação. Ha mesmo um certo interesse collectivo em torno do assumpto, e até o legislador, expoente das nossas aspirações, procurou, redigindo a nova Carta Magna, garantir, premiar e salvaguardar a maternidade e a infancia. Infelizmente, porém, nem tudo se faz de um salto, e muita cousa ha ainda por fazer. As medidas, em bôa hora tomadas e cristalisadas em lei, ainda não puderam ser executadas. As nossas condições economicas, certo, não o permittiram e, talvez, por isso, apesar da bôa vantade dos

homens de sciencia, continuam altissimos os coefficients de mortalidade infantil e maternal! Dois grandes factores concorrem a meu ver, para isso: a *questão economica*, isto é, pobreza colectiva, (o que implica na falta de meios proprios e adequados; carencia de installações para hospitalisação da mulher grávida desvalida); a *ignorancia* da parte de uma grande maioria, (comprehendendo pessoas tambem da mais alta esphera) da necessidade de tratar e amparar a gestação — equiparando-a, no dizer de *Pinar*, a uma função do Estado. No serviço que venho dirigindo, em um dos nossos dispensarios, sob a esclarecida orientação da INSPECTORIA DE HYGIENE e ASSISTENCIA A' INFANCIA, pude colligir, em 8 annos de trabalho, dados que comprovam ditas observações. Estudando cerca de 18.000 fichas, observei o seguinte:

- 95% — mulheres grávidas cujo salario do marido attingia a menos de 500\$000;
(operarios, auxiliares do commercio)
- 60% — mulheres grávidas cujo salario do marido attingia a 900\$000;
(funcionarios publicos e militares)
- 15% — mulheres grávidas cujo salario do marido attingia a 1:000\$000;
(pequenos commerciantes e correctores).

Ora, entre esses, 85% das vezes, o parto se dera em condições precarias, assistidos por curiosas ou pessoas desentendidas, assistencia tôrpe, portanto. Apenas, 10%, foram acompanhados por parteiras diplomadas, e 5% nas maternidades, hospitaes e clinicas.

A percentagem de morbidade, entre essas criaturas attingira a 91,3% e a mortalidade entre as primeiras a 1,2%, o que é sem duvida, dolorosamente comprehensivel...

Ainda, entre as que foram assistidas por curiosas, a mortalidade infantil chegou á alta cifra de 9%. Parece incrivel, mas, os algarismos exprimem a verdade. Muitos desses partos se deram no interior do Estado, ou fóra de São Paulo, á mingua de qualquer recurso...

O mesmo já não foi observado com os partos assistidos por parteiras diplomadas. Em São Paulo, o numero dessas dignas profissionaes é já elevado, e, embora sem alarde, vão, na maioria das vezes, cumprindo conscienciosamente o seu dever, com raras excepções, num labor assiduo e nobilitante.

Emquanto, em outros lugares tem-se procurado amestrar «curiosas aparadeiras» nessa arte difficil, o que é um erro dos mais graves, pois, experiencia não é sciencia, entre nós, o ensino da arte é feito de modo differente, e as nossas autoridades não

fornecem licença senão áquellas portadoras de um diploma e que preenchem condições moraes e intellectuaes de accordo com a natureza da profissão.

Não vale repetir o que todos sabem com relação aos perigos decorrentes de uma assistencia precaria nesse transe difficil da vida feminina. A assistente «curiosa», á cabeceira da parturiente bem pode ser equiparada aquella deusa Lachesis, a fiar interminavelmente, a teia bamboleante e viscosa do infortunio e da morte...

Do exposto, vemos que sómente pequena percentagem procura as maternidades. Ora, entretanto, é nas maternidades que o parto offerece as maiores garantias. *Munro Keer*, um grande parteiro de Glasgow, em trabalho recente, estudando o problema, provou que a mortalidade e a morbidade materno-fetal só poderiam ser reduzidas se o trabalho de parto podesse ter sempre, ora uma assistencia directa, nas clinicas officiaes e maternidades, ora a assistencia de parteiras, a domicilio, sob o contrôle dessas mesmas clinicas o que é utopico, ou então, de medicos especialistas secundados por enfermeiras e parteiras convenientemente preparadas.

As intervenções obstetricas praticadas em casa, devem ser contraindicadas, segundo o proprio *Keer*, a menos que sejam de pouca monta.

Principalmente, se a parturiente é primeiriça, isto é, vae dar á luz pela primeira vez. As infecções rondam as portas das mulheres gravidas e, por isso, mesmo entre aquellas que vivem com bastante conforto e commodidade, sempre ha o perigo do contagio, pois, o orgão parturiente é ferida sangrenta e sem defesa. Tempo virá em que, só de raro em raro, o obstetra se aventurará a operar na residencia da paciente. E' preciso vencer a natural relutancia da familia e aconselhar á gestante, desde o inicio, maximé se esta apresenta anomalias mesmo pequenas, da bacia, ou disturbios na saude.

O internamento, nesses casos, nas maternidades, é dever que se impõe em beneficio da futura criança. O serviço actual, nas maternidades tende a um aperfeiçoamento correlato ás conquistas da sciencia. Ao lado da parte sentimental que sempre floriu, nessas instituições, deve predominar o rigorismo technico que ampara, orienta e garante as duas vidas.

Os relatorios do XXIV congresso da Sociedade Allemã de Gynecologia, em 1936, provam, com abundantes estatisticas essas asserções.

Para *Holtermann*, 3/4 da mortalidade materna, e mais da metade da mortalidade dos recém-nascidos são consequencias de tentativas frustadas de forceps applicados em domicilio. Em 10% desses casos, o parto se termina expontaneamente depois de transferida a paciente para as maternidades.

E' verdade que, muitas vezes, mesmo em parturientes hospitalizadas essas indicações nem sempre seguem o que preceitua a sciencia, mas, já se arreceia o profissional displicente na hora actual, de afoitezas extrenes, e uma arte mais consentanea com a sciencia e com a época de progresso que atravessamos, vem de surgir, com as novas gerações nutridas em bôa fonte.

Em São Paulo, pouco a pouco essas justas aspirações se concretizam.

Assiste-se, assim á evolução da mentalidade medica depois do advento da nossa faculdade de medicina. Ainda ha pouco, inaugurou-se uma instituição de molde a prehencher as exigencias da sciencia, da technica e da moral profissional. Della eu não fallaria se não constituísse, já, um grande patrimonio da cultura paulista. Orientada sob normas ideaes no tocante á construcções de hospitaes e maternidades, nas capitaes mais adeantadas do mundo, com o seu blóco obstetrico construido de maneira a prodigalizar á parturiente o necessario conforto e segurança, tanto do ponto de vista da arte, como no da prophylaxia da infecção puerperal, nada lhe faltou, mercê de Deus, nem mesmo esse quinhão de sentimento que tanto eleva o homem na vida social, pois, alli tambem ha lugar para o ventre pobre que desabrochou no desconsôlo de esperanças fugidias.

Essa instituição é a *Pró-Matre Paulista* — marco de progresso na historia da obstetricia de São Paulo e do Brasil, e que, ao lado de suas congeneres, no paiz, formará sempre, na vanguarda das realizações e conquistas scientificas do seculo, em pról da maternidade e da Infancia.

Keer (J. Muuro) — Domiciliary Service — «Maternal Mortality and Morbidity» — Edinburgh — 1933.

Keer (J. Muuro) — Institutional Service Hospital — Idem.

Turenne (Augusto) — Etica, Técnica y Assistencia Social Obstetrica — Montevideo, 1933.

Briquet (Raul) — Serviço Pré-Natal da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo: «S. Paulo na Conferencia Nacional de Protecção á Infancia — Imprensa Official do Estado — S. Paulo — 1933.

Briquet (Raul) — A obstetricia, suas falhas e aspirações. Lição inaugural — Gynecologia e Obstetricia n. 5 — Rio — 1927.

Strauss — La lutte contre la mortalité Infantile — A. Prinat — Paris VI — 1926.

Araujo (Onofre) — O Ensino da Enfermagem Obstetrica e a Protecção á Infancia. Pediatria Pratica — S. Paulo, Vol. VI — Dezembro, 1935.

Gonzaga (Octavio) — Assistencia á Infancia em S. Paulo. — Separata de Pediatria Pratica — Vol. IV — T. XV — 1933.

Hofstätter — Soziale Gynäkologie und Gehertshulle. (Mon. G. G. u. Gynäk. — Agosto — 1936.

Jewsbury (Reginald) Mother Craft. (ante natal and Post-Natal) — London. 1932.

P/

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--|--------------------------|---------|
| BRASIL—Porte simples. . . . | 40\$000 | | EXTERIOR—Porte simples . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

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

Secretario de Redacção : JORGE SANT'ANNA

Gerente : Breno de Mattos.

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO :

RUA DE S. JOSE', 66 -- RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES :

Estados da Bahia e Sergipe :
Dr. OTTO NEUBURGER
Rua Ruy Barbosa, 6-A — Caixa Postal, 371
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte :
SPENCER, HARTMANN & CIA.
Rua do Rangel, 54-1.º — Caixa Postal, 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

ASSIGNATURA ANNUAL

| | | | | |
|--------------------------------|---------|--|--------------------------------|---------|
| BRASIL — Porte simples | 40\$000 | | EXTERIOR — Porte simples . . . | 50\$000 |
| „ Registrado | 50\$000 | | „ Registrado | 60\$000 |
| „ Para Estudantes | 30\$000 | | | |

Numero avulso : 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

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 duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista, devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.