ANO XXXV — TOMO I — JUNHO — 1941 N.º 6

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Timbiras 834
BELO HORISONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL			EXTERIOR		
	Porte simples	40$000		Porte simples	50$000
	Registrado	50$000		Registrado	60$000
	Para estudantes	30$000			

Numero avulso: 5$000

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

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

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumídos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMMARIO

Pag

I — Sobre a apoplexia útero-plancentária, pelo Dr. Jorge de Rezende 377

II — Situação transversa fetal no 8.° mês de gestação duma primípara idosa. Parto normal a termo. (Versão por manobras externas - apresentação de nádegas. — Versão expontanea - apresentação cefálica), pelo Dr. Ismar Pinto Nogueira 385

III — Rutura de útero post-cesarea classica, pelo Dr. W. Pinheiro 394

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 401

IV — Normas gerais de conduta cirurgica no hermafrodismo. (Um caso de ginandroide com clitoris-penis), pelos Drs. Homero Vianna de Paula e Geraldo Vianna de Paula . . 402

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 415

V — Quisto intra-ligamentar e parturição normal, pelo Dr. J. Adeodato Filho 416

VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 423

VII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 427

VIII — Revista de Revistas em Lingua Espanhola. pelo Dr. Mario Schiller de Souza 431

IX — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende 433

X — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico : Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 436

XI — SOCIEDADES MEDICAS 438
Academia Nacional de Medicina, Discursos dos Drs. Claudio Goulart de Andrade e Dr. Edgard Braga.

XII — NOTAS TERAPEUTICAS 450

XIII — Petite Revue — A. R. O. M. 451

I

Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina
Prof. FERNANDO MAGALHÃES

Sobre a apoplexia útero-placentária (*)

PELO

DR. JORGE DE REZENDE
Assistente da Clínica. Docente da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia.

Snr. Presidente, Meus Senhores:

O caso cujo relato pretendo fazer-vos, se não é ocorrencia das mais comuns, não merece tampouco ser descrito como raridade.

Trata-se de uma apoplexia útero-placentaria, e, como vereis, a seguir, o interesse dessa comunicação reside em alguns pontos da terapêutica empregada.

Vejamos a observação:

Papeleta n.º 40.342, da Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina. (26-III-1941).

E.B., IIgésta, Ipara, 25 anos, branca, viuva, natural do Estado do Rio, com instrução primaria.

Antecedentes hereditarios: — Sem importância. A genitora teve 2 filhos nati-mortos, e 1 neo-morto.

Antecedentes pessoais: — Menarca aos 13 anos, 4 dias, fluxo abundante, com cólicas. Regras posteriores irregulares; oligomenorréia, amenorréias.

Antecedentes Obstétricos: — 1 parto anterior, prenhez de termo, com puerperio apirético.

Historia da Gravidez Atual: — Desde a gestação anterior, há 6 anos passados, não mais esteve menstruada. Tem percebido os movimentos fetais, desde época que não sabe precisar. Não fez quaisquer exames ou tratamentos. Conta que se lhe edemaciaram os membros inferiores, há 1 mês.

Refere que às 9 horas de 26-III-1941, (data de seu ingresso na Clínica), perdeu regular quantidade de sangue, começando depois a sentir dôres no baixo-ventre, o que a levou a procurar internar-se.

ESTADO ATUAL: — Paciente brevilinea, de altura mediana, grandemente edemaciada, anasarquica, extrema palidez, (tegumento), e com as mucosas visiveis descoradas.

(*) Comunicação á Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil. (Sessão de 12-V-1941).

Temp.: 35°5; Pulso: 60; Tensão arterial: Mx. 19, Mn. 6.

O exame dos diversos aparelhos e sistemas apenas evidenciou hiperfonése da 2ª bulha, no fóco aórtico.

Mamas: — com os sinais da gravidez.

Ventre: — Edemaciado, volumoso, tenso. Estrías.

Útero: — Consistencia aumentada, hipertônico, endurecido. Ovoide, mediano.

Féto: — Situação longitudinal, apresentação cefálica. Batimentos fetais inaudiveis.

Genitália externa: — Aspeto normal.

Entrou para a sala de partos, às 10 horas de 26-III-1941, tendo apresentado as primeiras dôres às 9 horas desse mesmo dia.

O exame, procedido pelo interno de plantão, informou:

Contrações fortes, frequentes e dolorosas: *ao tóque*: cólo em apagamento, permeavel a 1 dêdo; apresentação cefálica, cabeça não insinuada, movel, na área do estreito superior. Não foi percebida a bolsa de aguas. Pequena perda de sangue. Ausculta fetal negativa.

1/2 hora depois, (às 10,30), — a paciente recomeça a perder sangue, regular quantidade, — informa o interno, e com coagulos. Hipertonía acentuada.

Tendo ciência do caso, aconselhei um tamponamento cerrado e a aplicação de morfina, com o que a paciente melhorou, e adormeceu.

Examinei-a às 10 horas desse mesmo dia, estando consignado na papeleta o seguinte:

«*Temp.:* 38°2; *Pulso*: 120, cheio. *Tensão:* Mx. 17, Mn. 9.

Paciente muito anemiáda, edemas acentuados da face, ventre e membros. A urina, colhida por cateterismo, evidenciou albuminuria maciça. (Grau IV, escla de *Mayo*). Escôa-se sangue escuro, xaropôso, pela genitália externa.

Ao tóque, o cólo estava grosso ainda, permeavel a 3 cms. Apresentação cefálica, alta, móvel. Tócam-se diretamente as membranas, tensas, sem formação de bolsa das aguas.

Metrosistoles pouco frequêntes, hiposistolicas, hipertônicas, Trata-se, à meu ver, de um D.P.P. com provavel A.U.P.».

Operei-a imediatamente, por via abdominal, sob anestesía geral pelo éter, ouvido o professor Magalhães que concorda com a indicação.

Laparotomía mediana infra-umbelical. Encontrou-se uma grande quantidade de líquido citríno na cavidade abdominal, (cêrca de 3 litros).

Pratiquei uma operação cesareana à maneira de Kerr modificada, (incisão arciforme, de cavo superior); tendo o útero reagido bem à prova da sutura e à injeção do extráto pituitário posterior, foi conservado. Fechamento do ventre, sem drenagem.

A dequitadura foi procedida durante o áto operatório. A placenta que se encontrava quasi totalmente descolada, pesava 550,0 e os coagulos retroplacentarios, 450,0.

O recemnascido, natimorto, tinha 42 cms. de comp., e pesava 1.700 grms. As suas outras medidas eram: OF:9,5 OM:11,5 BP:8,5 MB:9 BA:9 Circunferencias: OF-31 OM-34 SOB-28.

Durante o áto operatorio a paciente recebeu injeções de sôro glicosado, tonicardiacos e medicação contra o colapso periferico que se instalou.

O *post-operatorio, decorreu* satisfatoriamente, tendo sido administrada uma preparação que continha ergonovina, *per os*, e durante os 4 primeiros dias.

Retirada dos agrafes ao 7º dia. C.P.P.

Alta do Serviço ao 11º dia, em ótimas condições, com regressão completa dos edemas.

Na intenção de verificar a presença dos hormônios coriônicos (prolans), fiz os seguintes testes:

ao 1º dia do post-operatório:	R. Friedman — R. III.
„ 3º „ „ „ „	: „ „ „ „
„ 5º „ „ „ „	: R. Aschheim-Zondek, com diluições, segundo o esquema original, — positiva, com 0,cc005, correspondendo a 200.000 unidades por litro.
„ 9º „ „ „ „	: R. Friedman, positiva — R. III. R. Clauberg, — positiva.
„ 11º „ „ „ „	: R. Friedman, — R.I. R. Clauberg, — negativa.

Em trabalho feito em 1938 (1), de colaboração com Iwan Figueiredo, tive oportunidade de referir-me a alguns aspetos da patogenía e da terapêutica da apoplexia útero-placentaria, ao qual reporto os interessados.

Nessa publicação fizemos uma revisão da literatura e uma atualização de conceitos. Não desejo repisar os mesmos pontos e permita-se-me apenas, agora, insistir sobre certos detalhes, alguns já aludidos naquele artigo e outros que comentamos aqui pela primeira vez.

A A.U.P., *abruptio placentae ecchymotica*, tem como carater evidente a infiltração sanguinea da viscera, que se apre-

(*) Rezende, J. e Figueiredo, I. — «Alguns aspêtos da patogenia e da terapêutica da Apoplexia Utero-Placentaria». — Rev. de Gin. e d'Obst., t. I. 6:625-666, Junho, 1938.

senta vermelha ou salpicada de petéquias. Como a propria expressão parece significar, há na *apoplexia* subitaneidade da infiltração sanguinea, sem trombóse ou embolia vasculáres, o que a distingue dos infartos viscerais. Nesses, a irreversibilidade das lesões acarreta a asfixia e a morte de todo ou de parte do orgão atingido; na apoplexia, a cura é possivel e a circulação pode se restaelecer.

No livro de Grégoire e Couvelaire, — (*Apopléxies viscérales*, Masson, 1937), — tenta-se o unicismo etiologico de todas as apoplexias viscerais, dado o seu caráter anatomo-patologico comum e a identidade dos sintomas iniciais. Mais tarde, e consecutivamente aos acidentes de parada da circulação, cada orgão lesado apresentaria uma síntomatologia particular, secundária, no entanto.

Sobre a patogenia da A.U.P. têm pouco interesse atualmente as concepções mais ou menos simplistas dos antigos (brevidade do cordão, traumatismos, torsões, endometrites).

Hoje o problema está em saber-se:

a) quais os pontos de contato com as apoplexias obtidas experimentalmente por choques de intolerancia;
b) que substancias agiriam como *sensibilisantes*, e qual a imediatamente determinadora do choque de intolerancia;
c) onde a fonte provavel: óvo, placenta ou organismo materno?

O fator capital do síndroma é a infiltração hemorrágica. Placenta em bife batido ou *placenta traffé* de Pinard, hemorragia entre a placenta e o útero, hemorragia difusa, sem topografia sistematica, extendendo-se às trompas, aos ovarios, aos ligamentos largos, ao peritoneo. E' o grande complexo da apoplexia genital de A. Couvelaire.

A tése de Portes dá conta no protocolo de 27 autopsias, de fócos hemorragicos afastados da esféra genital (meninges, mucósa gástrica, suprarrenais, endocárdio, figado, rins, etc.).

Não é raro que a suspensão sanguinea comprometa o óvo, e já se constataram desde a ascite sanguinolenta até uma apoplexia uterina em miniatura.

No caso que venho de vos relatar, a extensão das sufusões sanguineas quasi não conhecia limites, e até no peritoneo parietal era extremamente nitida.

Muito se tem escrito sobre a analise microscopica das lesões; queremos aqui apenas resaltar a discreção das lesões vasculares, sempre minimas. Ausentes a trombose, a embolia, a endarterite ou a endoflebite.

Couvelaire já o presentira. A A.U.P. mais se assemelha a uma púrpura confluente do que a verdadeiros infartos (Portes).

Grosso modo, pois, as apoplexias uterinas seriam, quanto à sua patogenia:

1) de origem materna
2) de origem ovular
3) de origem endócrina.

O ultimo grupo, está atualmente em ordem do dia, pois demonstrou-se a ação tóxica dos extratos placentarios, devida à histamina e aos lipoides, exercendo-se sobre o poder coagulante do sangue, sobre os fenomenos de hemolise, sobre o pH do sangue e a pressão arterial.

Schönfeld procurando o veneno-causa da eclampsia, poude extrair da placenta pulverizada e previamente despojada de sangue:

a) um veneno convulsivante, termolabil, de natureza fermentativa;
b) uma substancia capaz de provocar contrações;
c) um veneno de ação sobre a trombina;
d) uma substancia tóxica, lipoídica, que produz degenerações hepatorenais e endoteliais.

Konrad Heim, que estudou pormenorizadamente as causas da A.U.P. acentúa que um disturbio hormonal está forçadamente em jogo, pois encontrou com grande frequência, nos exames histologicos, a persistência de corpos amarelos gravidicos volumosos, no fim da prenhez, quando intercorreu habitualmente o acidente.

Poderá porem um hormonio desencadear a crise de intolerancia?

A resposta afirmativa impõe-se atualmente.

A estrona, a progesterona e as gonadotrofinas têm ação bem conhecida sobre o trato genital e Zondek demonstrou que a estrona em dóses maciças e prolongadas, determina na coelha, além da hiperemia visceral e do miometrio, sufusões hemorragicas extra-vicerais.

Watrin e Courrier aludem a apoplexias genitais de origem endocrina; Grégoire e Couvelaire obtiveram-nas em animais não gravidos e previamente sensibilizados com hormônios hipofisários.

Konrad Heim, partindo dos achados histologicos a que venho de aludir, em pacientes com A.U.P., realizou dosagens do prolan urinario e do sanguineo, encontrando cifras muito elevadas, — na urina, 500.000 U.R. de prolan A e 330.000 U.R. de prolan B, — no sangue, 125.000 U.R. de prolan A, acreditando que as taxas de prolan B possam ser mais altas.

Em algumas de nossas pacientes, e na que constitue o motivo dessa comunicação, as dosagens por nós efetuadas confirmam as asserções de Heim.

As suas comprovações permitiram a K. Heim expandir original concepção patogenica para determinadas fórmas de toxemia que êle denomina *gestóses dishormonais*. Partindo das demonstrações de Anselmino, Hoffmann e Van Smith, confirmadoras de ser o prolan, produzido em quantidades excessivas nos casos de toxicoses gravidicas, tambem de origem placentaria, Heim considera o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e a eclampsia, gestoses de nomes diferentes mas da mesma naturesa.

Na hiperemése e em outros disturbios toxemicos dos primeiros meses foi verificado um fórte aumento da eliminação de prolan, sendo possivel que o crescimento do teôr hormonal no sangue se compense por eliminação imediata para a urina ou para o liquor.

E, se a hiperprolanuria persiste, o organismo se defende contra a inundação hormonal, abolindo as conexões com a placenta, séde da produção excessiva. (Móla → abôrto habitual; D.P.P.N.I. → A.U.P.).

Na A.U.P., porem, deveremos recriminar apenas o corpo amarelo grávidico cuja função ao fim da gravidez é tão discreta, ou acusar sómente a placenta e a hipofise? Serão de origem fetal os hormônios, dado que a placenta é a êles permeavel, como já ficou provado?

A placenta ficará sempre em jôgo, mas uma resposta satisfatoria ainda não poude ser enunciada.

Para Dieckmann (1) as mulheres acometidas de A.U.P. podem ser diferenciadas em: toxemicas, hipertensas ou portadoras de afecções vasculares, e aquelas que não apresentam manifestações gestósicas. No primeiro grupo, muitos casos estão associados a hipertensões persistentes, — iniciadas ou intensificadas pelo estado de gravidez —, de preferência a decorrerem de uma eclampsia ou de verdadeiro estado pré-eclamptico. Nas pacientes não toxemicas, a A.U.P. estaria associada às condições locais do útero (sub-involução devida à multiparidade, infeção, heterotopias, discinésias). A hemoglobina e o conteúdo proteico do sôro sanguineo são inversamente proporcionais às hemorragias. Se é grande a baixa dessas substancias, a morte pode sobrevir como resultado da anoxemia tissular, da imperfeição do metabolismo da agua e da eletrolise. A fibrina pode se reduzir a uma concentração sanguinea predisponente às hemorragias das mucosas.

Quanto à função renal, deficiente e agravada habitualmente, volta ao normal meses depois; as provas funcionais, porém, não assinalam a presença da nefrite crônica.

(*) «Blood Chemistry and Renal Function in Abruptio Placentae», Am. J. of Obst. and Gyn., 31;734-739, Maio, 1936.

As suas comprovações permitiram a K. Heim expandir original concepção patogenica para determinadas fórmas de toxemia que êle denomina *gestóses dishormonais*. Partindo das demonstrações de Anselmino, Hoffmann e Van Smith, confirmadoras de ser o prolan, produzido em quantidades excessivas nos casos de toxicoses gravidicas, tambem de origem placentaria, Heim considera o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e a eclampsia, gestoses de nomes diferentes mas da mesma naturesa.

Na hiperemése e em outros disturbios toxemicos dos primeiros meses foi verificado um fórte aumento da eliminação de prolan, sendo possivel que o crescimento do teôr hormonal no sangue se compense por eliminação imediata para a urina ou para o liquor.

E, se a hiperprolanuria persiste, o organismo se defende contra a inundação hormonal, abolindo as conexões com a placenta, séde da produção excessiva. (Móla → abôrto habitual; D.P.P.N.I. → A.U.P.).

Na A.U.P., porem, deveremos recriminar apenas o corpo amarelo grávidico cuja função ao fim da gravidez é tão discreta, ou acusar sómente a placenta e a hipofise? Serão de origem fetal os hormônios, dado que a placenta é a êles permeavel, como já ficou provado?

A placenta ficará sempre em jôgo, mas uma resposta satisfatoria ainda não poude ser enunciada.

Para Dieckmann (1) as mulheres acometidas de A.U.P. podem ser diferenciadas em: toxemicas, hipertensas ou portadoras de afecções vasculares, e aquelas que não apresentam manifestações gestósicas. No primeiro grupo, muitos casos estão associados a hipertensões persistentes, — iniciadas ou intensificadas pelo estado de gravidez —, de preferência a decorrerem de uma eclampsia ou de verdadeiro estado pré-eclamptico. Nas pacientes não toxemicas, a A.U.P. estaria associada às condições locais do útero (sub-involução devida à multiparidade, infeção, heterotopias, discinésias). A hemoglobina e o conteúdo proteico do sôro sanguineo são inversamente proporcionais às hemorragias. Se é grande a baixa dessas substancias, a morte pode sobrevir como resultado da anoxemia tissular, da imperfeição do metabolismo da agua e da eletrolise. A fibrina pode se reduzir a uma concentração sanguinea predisponente às hemorragias das mucosas.

Quanto à função renal, deficiente e agravada habitualmente, volta ao normal meses depois; as provas funcionais, porém, não assinalam a presença da nefrite crônica.

(*) «Blood Chemistry and Renal Function in Abruptio Placentae», Am. J. of Obst. and Gyn., 31:734-739, Maio, 1936.

Acha Dieckmann que a profilaxia ou o tratamento dos fenômenos associados deva residir na administração imediata e continua de liquidos por via parenteral ou nas transfusões sanguineas.

Seria justo aconselhar sistematicamente a exerése do orgão apoplético, quando não é êle a fonte dos disturbios? Seguramente essa extirpação seria indicada nos casos de verdadeiros infartos uterinos, com lesões vasculares patentes, em que as perturbações circulatorias são definitivas. Mas, quando vemos as sequências sintomatologicas não variarem em função das lesões uterinas, haver casos mortais mesmo com fócos hemorragicos discretos e tratados precocemente com a ablação do orgão, não nos parece logico admitir diretriz terapêutica única, consubstanciada no que se tem querido erigir em dogma: apoplexia = histerectomía.

Fazendo-se uma revisão bibliografica, verifica-se que não lavra acôrdo completo sobre o tratamento da A.U.P.

Alguns preconizam tratamento obstétrico, abstencionista, os átos tocúrgicos somente encontrando indicação para encurtar o periodo expulsivo, demasiadamente longo ou penôso, e com metrosistoles precarias.

Essa tendência para repelir o áto cirurgico, dado que êle não satisfaz, pois os sintomas tóxicos não são influenciados nitidamente por sua interferência, foi bem exposta em 1937, no Congresso dos Ginecólogos de Lingua Francesa, por Wey Meersch e Snõck, e pelos dois Couvelaire (Alexandre e Roger).

Nota-se que muitos americanos são tambem conservadores na terapêutica, (Heffernan (1), Irving (2), Morse (3), Holmes (4), entre outros); fóra dos Estados Unidos, De Snoo, na Holanda, é partidário dos mesmos pontos de vista.

Pode-se sintetizar o tratamento conservador em:

1) — tratamento do chóque: Levantamento do estado geral, aquecimento, cardiotônicos, sôros; eventualmente, transfusão de sangue; morfina, para combater a hipertonía dolorosa;
2) — rotúra das membranas, o mais rápidamente possivel, seguida de injeções de fatôr hipofisário ocitócico;
3) — abreviação do periodo expulsivo, forceps, pinça de couro cabeludo de Willett, com tração permanente;
4) — em alguns casos, colocação da «*spanish windlass*», torniquête espanhol, ou da faixa de Beck.
5) — a operação cesareana é reservada para indicações es-

(1) New Eng. Med. J., 214:370-78, Fevereiro, 1936.
(2) Intern. Abstr. Surg., 67:56-64, 1938, *In* — Surg. Gyn. Obst., Julho, 1938.
(3) Rhode Isl. M. J., 21:177-179, Dezembro, 1938.
(4) Am. J. of Surg., 48:61-100, Abril, 1940.

peciais, de exceção, como féto vivo, complicações supervenientes, vício pélvico, diáteses hemorragicas, etc.;

6) — em casos de deslocamentos parciais, tentativas de terapêutica hormonal têm sido feitas. Falls usa a progesterona para aclamar o útero e Shute emprega a vitamina E.

Os alemãis, com Konrad Heim à frente, fazem a apologia do tratamento cirurgico como o unico que permite um diagnostico perfeito.

A nossa orientação nesse caso, como em outros, foi a da Escola Obstétrica Brasileira do professor F. Magalhães, que é pelo tratamento cirúrgico, pois na A.U.P., acidente grave, ha mistér empregar-se terapêutica energica e pronta, cuja eficacia decorre da exatidão diagnostica.

Substituimos, porém, a exerese sistematica da matriz apopletica, preferindo submetê-la ao teste da sutura e do ocitocico, que traçarão o rumo a ser palmilhado: simples operação cesareana, quando válida a função da miocelula; histerectomia sub total se o útero não se contrái ou se contrái mal.

Vem à pêlo citar o reparo dos Couvelaire: até agora a terapêutica cirúrgica em que se fundavam tão grandes esperanças, desde 1911, têm-se revelado algumas vezes impotente; os outros procedimentos terapêuticos, contudo, mostraram-se ainda mais improficuos.

O tratamento atual da A.U.P., será modificado um dia, no meu entender, quando se encontrar o meio de jugular «esse drama vascular quasi sempre imprevisivel da gestação», que surge nos terrenos predispostos, como os acidentes de chóque ou de intolerancia.

Parece-me tambem que deva ser repudiada uma diretriz terapêutica rigida, a aplicar-se em todas as oportunidades: sempre o tratamento conservador, conduzindo ou esperando a parturição «*per via naturalis*», ou, de maneira sistematica, a laparotomia. Há um conjunto de circunstancias, a serem joeiradas pelo tocólogo, que De Lee expõe com a perspicacia de sempre, e tão incisivamente, que não me furto à transcrição (1):

«There is such a thing as obstetric sagacity, One might call it intuition, and it is the better part of the foundation of the art of obstetrics. The other part is the science of obstetrics. Why in two cases, which to the average man seem identical, the real obstetrician will deliver one by section and the other from below is not always clear. The decision is compounded of experience, scientific study of the case, the published expeciences of others, the environment, the pacient, the executive ability of the one on whom the decision rests and only perhaps on *just because*».

(*) *In* — Year Book, 1936, pg. 240, como comentário ao artigo de Fruhinsholz e Petroff.

ANO XXXV — TOMO II — JULHO — 1941 N.º 1

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Timbiras 834
BELO HORISONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

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 originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMMARIO

Pag

I — Alongamento edematoso do lábio anterior do colo — tipo Rouvier — durante o trabalho do parto, pelo Dr. Ismar Pinto Nogueira 3

II — Perfuração do utero e rutura do intestino delgado, pelo Dr. P. Barata Ribeiro 13

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 19

III — Novo caso de angiomatose cervical, pelos Drs. Lucas M. Machado e Moacir A. Junqueira 20

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AÒ AMAZONAS) 25

IV — Aborto septico e anemia perniciosiforme, pelo Dr. Domingos F. Machado 26

V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 39

VI — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 42

VII — Revista de Revistas em Lingua Francesa, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros 47

VIII — Revista de Revistas Russas, pela Sra. Fanny Frug 49

IX — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 54

X — ANALYSES 56
J. Ferreira de Camargo — «Gynecologia Moderna»
Dr. Luiz Aguirre Horta Barbosa — «Obstetricia Pratica».

XI — SOCIEDADES MEDICAS 57
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil — Ata da 2.ª sessão ordinaria de 12 de Maio de 1941.

XII — Petite Revue — A. R. O. M. 61

ANO XXXV — TOMO II — AGOSTO — 1941 — Nº 2

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Timbiras 834
BELO HORISONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL — Porte simples	40$000	EXTERIOR — Porte simples	50$ 00
Registrado	50$000	Registrado	60$000
Para estudantes	30$000		

Numero avulso: 5$000

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

SUMARIO

Pag

I — Gravidez e cancer do colo do utero, pelo Prof. Claudio Goulart de Andrade 65

II — Operação de Ody no traumatismo craniano do recem-nascido, pelo Dr. Luiz Alfredo Corrêa da Costa 80

III — Interrupção da gravidez pelo método de Aburel, pelo Dr. Guilherme Penteado 90

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 93

IV — Carcinoma do ovario e esquistosomose, pelos Drs. Jayme E. F. Werneck e Moacyr Abreu Junqueira 94

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 103

V — Cirurgia sincronizada sem instrumentadora, pelo Dr. J. Adeodato Filho 104

VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 111

VII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 118

VIII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 124

IX — BIBLIOGRAFIA 126
Publicações Médicas, Junho e Julho de 1938; Arquivos Riograndenses de Medicina, Julho de 1940, Medicina-Cirurgia-Farmacia, Setembro de 1940; São Paulo Médico, Fevereiro de 1941.

X — ANALISES 128
El Ateneo (Buenos Aires), 1941; Edições Melhoramentos, 1941.

XI — SOCIEDADES MEDICAS 131
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil — Ata da 3.ª sessão ordinaria de 27 de Junho de 1941.
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil, sessão extraordinaria em homenagem á Embaixada Universitaria Argentina.
Academia Nacional de Medicina.

XII — Petite Revue — A. R. O. M. 137

ANO XXXV — TOMO II — SETEMBRO — 1941 N.º 3

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Timbiras 834
BELO HORISONTE

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

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 originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — A condução do parto (novos conceitos e nova nomenclatura), pelo Prof. Dr. Josué Beruti 141

II — Dez anos de assistência social na Clínica Obstétrica e Ginecológica Eliseo Cariton, pelo Prof. Josué A. Beruti e Drs. Domingo A. Ledesma e Maria E. Burano 153

III — Operação cesareana extra-peritoneal por artificio — Técnica pessoal — A propósito de 21 novas observações. Pelo Dr. Juan Leon 161

IV — Gravidez e cancer do colo do útero, pelo Prof. Claudio Goulart de Andrade 168

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 177

V — Cancer do colo do útero, pelo Dr. Lucas M. Machado . . 178

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 197

VI — Ausencia unilateral dos anexos, pelo Dr. J. Adeodato Filho 198

VII — NOTICIAS 205

VIII — NOTAS TERAPEUTICAS 206

IX — Petite Revue — A. R. O. M. 207

III

Operação cesareana extra-peritoneal por artifício — Técnica pessoal

A propósito de 21 novas observações (*)

(Com projeção de um filme cinematográfico)

PELO

DR. JUAN LEON
Professor adjunto de Clínica Obstétrica da
Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires

Gesto inequivoco de amizade e fruto da requintada cortezia que é apanagio dos colegas desta terra, — é o que constitue para mim o gentilissimo convite da «Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil», uma das mais prestigiosas do grande país que a Embaixada Universitaria Argentina, visita neste momento.

E', por certo, temerario, destacar nomes nesta sabia Instituição, pois seria mistér aludir a todos os que nela estão congregados, a começar pelos membros da mesa Diretora, seu erudito Presidente Prof. *A. R. de Oliveira Motta*, seu dinamico vice-Presidente Dr. *Jorge Sant'Anna*, assim como o Prof. *Claudio Goulart de Andrade*, tão apreciado entre nós e a quem agradeço os amabilissimos conceitos, os professores *J. Camargo, Jorge de Rezende* e tantos outros.

Cingir-me-ei pois, em expressar minha emocionada admiração pelo grande mestre, pelo talentoso mestre cuja vida constitue um exemplo de dedicação continua e abnegada á investigação cientifica, ao ensino, á direção de uma Escola, e a um sem numero de obras de assistencia e proteção á maternidade. Trata-se de uma das glorias mais puras do Brasil, cujos altos meritos, reconhecidos dentro e fóra de suas fronteiras já receberam a consagração devida, e que, apezar do já feito e em

(*) Comunicação feita perante a Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil, Rio de Janeiro, em sessão especiál para a Embaixada Universitária Argentina, em 16 de Julho de 1941. Traduzido pelo dr. Jorge de Rezende.

tantos anos de trabalho intenso, ainda produzirá grandes frutos para seus discipulos, para a Sociedade, para sua Patria: o professor *Fernando Magalhães*.

Expressando meu profundo respeito por esta ilustre personalidade, permita-se-me extender, por seu intermedio, minha modesta, mas sincera homenagem aos colegas desta Sociedade e aos medicos brasileiros em geral.

——

A segunda circunstancia, que me é grata, reside em poder externar breves considerações sobre um processo pessoal de operação cesareana extra-peritoneal, por artificio, o qual possue alguma analogia com a tecnica utilizada, faz muitos anos, pelo prof. Magalhães.

Em outra publicação já referi que, na operação cesareana corporal, Magalhães rodeava a matriz de uma compressa de borracha a qual graças á sua elasticidade, adaptava-se ao orgão depois de seu esvasiamento e retração.

Zárate, tambem na histerotomia classica, recobria o globo uterino exteriorizado e todo o campo operatorio, de um grande lençol de pano, que era incisado ao mesmo tempo que o utero.

Mas, é justo reconhecer, não foi destes artificios que partimos nós. Palmilhamos, com efeito, um caminho tortuoso, para chegar a adotar os mesmos principios á operação cesareana segmentaria moderna.

Efetivamente, em 1935 tivemos oportunidade de aplicar varias vezes a tecnica de Michon original. Para reforçar o isolamento da cavidade, decidimos recobrir as folhas unidas da serosa com *Cufferdam*, o que motivou uma comunicação nossa sob o titulo «Modificação pessoal á tecnica de Michon» (1).

Ocorreu-nos, ulteriormente que, ao invés de unir ambas as folhas, conseguia-se resultado identico *fixando simplesmente o Cufferdam ás folhas do peritoneo visceral, ligeiramente descoladas.*

Pouco há de comum este modo de agir, com a tecnica de Michon, e não me parece justo considera-lo como uma sua modificação. Permito-me formular a reclamação... em nome de todos os que aconselharam o isolamento com compressas de borracha, e tambem no meu proprio.

Não me deterei em detalhar a tecnica da intervenção proposta, mormente porque vosso digno Presidente, o prof. Oliveira Motta, deu-me a honra de dizer que já a conheceis.

Peço desculpas em recordar que tendo apresentado a esse respeito uma 1.ª comunicação em Montevidéo, por ocasião das Jornadas Obstetrico-Ginecologicas Rio Platenses (2), comentei no

ano seguinte, na revista francesa «Gynécologie et Obstétrique», as doze primeiras observações colhidas (3), e divulguei-a nas Sociedades da especialidade de Paris (4) e de Lyon (5), no serviço do prof. Voron desta ultima cidade, assim como no «Queen Charlotte's Maternity Hospital» de Londres e no «Sloane Hospital for Women», sob a direção do prof. Watson, em Nova York, sempre exibindo um filme cinematografico. C. Mc. Intosh Marshall (6) de Liverpool, descreveu-a em seu recente livro sobre as operações cesareanas abdominais, e Fr. B. Otero (7) a resumiu em um interessante estudo das tecnicas mais usuais de operação cesareana para os casos de assepsia ovular duvidosa.

A operação foi realizada em nosso país por alguns obstétras destacados: prof. Daniel A. Rojas, Drs. Ricardo L. Gavioli (de Lomas), Luiz F. Palazzo (de Mendoza), etc. No Chile, a partir de 1936, empregaram-na varias vezes, o prof. Juan A. Puga Mendiburu, na catedra oficial do prof. Monckeberg, bem como o Dr. H. Sanhuerza Donoso, os quais a ela se referiram reiteradas vezes (8-10), tendo ulteriormente, o primeiro dos nomeados, ideado uma interessante tecnica original, com a mesma finalidade, e caracterizada pela elevação do fundo de saco peritoneal inferior. Lisongeou-me tambem a noticia de que até principios de 1939, se tinham valido do nosso processo, por 3 vezes, na Clinica Baudeloque, Paris, reduto da operação de Portes, tendo-me informado o Dr. Lepage (11), chefe de clinica do prof. Couvelaire: «j'en ai obtenu toute satisfaction du fait de la protection peritoneale», embora lastimando que as compressas não resistissem á esterilização pelo calôr sêco, como é praticada na França.

Limitar-me-ei a mostrar as compressas de *Cufferdam* que utilizamos na Clinica «Eliseo Canton», as quais, antes de ser incisado o musculo uterino, são fixadas ao peritoneo visceral ligeiramente descolado. Para esse fim, recorremos á pinça ideiada pelo nosso colega Dr. Barbet, ou, mais simplesmente, a uma pinça de Péan na linha mediana e uma ou duas pinças em T de cada lado. Nunca deparamos com dificuldades para a esterilização das compressas, desde que não seja essa repetida varias vezes, caso em que o *Cufferdam* perde a flexibilidade.

Mais explicito que as minhas palavras será o filme cinematografico que, em seguida, terei o prazer de apresentar-vos, e ilustra uma intervenção realizada com o referido processo pelo prof. Daniel A. Rojas, em seu serviço do Hospital Pirovano.

Tratando-se de uma parturiente cuja placenta tinha inserção na face anterior do segmento inferior, o sangue derramou-se abundantemente, durante o áto operatorio; misturado ao liquido ânico, acumulou-se no campo, sem que, no entanto, fizesse

irrupção na cavidade peritoneal, como é verificado pelo fáto de que as compressas comuns de gaze, colocadas em derredor do utero, foram retiradas completamente secas e brancas, ao termino da operação.

Assinale-se que, por se tratar de um caso puro, no qual se praticou esta tecnica com facilidade demonstrativa, o operador não trocou as luvas após a retirada das compressas impermeabilizadas, tempo esse absolutamente indispensavel quando o liquido ânico está contaminado.

——

Para realizar os metodos extra-peritoneais por artificio, que exigem conduta muito mais cuidadosa que as operações cesareanas transperitoneais comuns, é indispensavel que se esteja convicto de sua utilidade.

E nós, pessoalmente, o estamos.

Acreditamos firmemente que, assim como nas guerras os assaltos em massa são os unicos que desmoronam as grandes linhas de defesa, tambem os riscos de uma peritonite privativa são tanto maiores quanto a abundancia do liquido septico que se derrama na grande cavidade. Admitimos que os artificios não logrem sempre um isolamento perfeito. Mas a serosa abdominal, sobretudo a pelviana, defende-se bem de uma quantidade relativamente moderada de germens.

Nos casos impuros, a operação cesareana segmentaria realizada com a devida proteção satisfaz muito mais ao espirito, no nosso entender, que a de Krönig, a de Opitz e todas aquelas em que o ventre se inunda de liquido septico, tornando-se, á miude, dificil evitar o manuseio das alças intestinais e do grande epiploon.

——

Para terminar, farei uma resumida referencia ás observações recolhidas com esta tecnica na Clinica Obstetrica e Ginecologica «Eliseo Canton», dirigida pelo prof. Josué A. Beruti.

Ajuntamos ás 12 observações que serviram de base a nossa publicação de 1936, e ás 8 descritas no trabalho apresentado ao 3º Congresso Argentino de Obstetricia e Ginecologia de 1937 (12), outras 21, que são ineditas — (H. Cl. 1859 e 1937 do ano de 1937; 17, 306, 743, 856, 914, 1097, 1357, 1558 e 1665 do ano de 1938; 1126, 1192, 1285 e 1457 do ano de 1939; 611, 612, 934, 1728 e 1767 do ano de 1940; 586 do ano de 1941).

A' semelhança de nossas series anteriores, esta é caracterizada por serem todos os casos impuros ou infectados, perten-

cendo 10 ao grupo II e 11 ao grupo III (classificação de Sureau). As parturientes, que em geral apresentavam distocias complexas, foram operadas, na realidade, ao cabo de um longo trabalho e decorridas muitas horas da rotura das membranas, algumas com liquido ânico fétido e temperatura elevada.

Por 14 vezes praticou-se a *incisão arciforme* do segmento; nas restantes, a *longitudinal*.

Quatro mulheres já haviam sido cesareanadas anteriormente; algures, já fizemos considerações sobre estas *cesareanas segmentarias extra-peritoneais por artificio, iterativas*. (13)

Tres papeletas registam que o *isolamento*, durante o ato operatorio, foi francamente deficiente; em 9, está assinalado que foi excelente; nos restantes, satisfatorio, isto é, apenas uma moderada quantidade de sangue e de liquido ânico logrou infiltrar-se nos angulos da ferida e molhou levemente as compressas de gaze colocadas á essa altura.

A anestesia *raquiana* foi empregada em 18 casos (6 vezes combinada com éter, no final da intervenção); a *etérea*, em 2, e a *local* em 1 (tambem com a adição do éter).

Por 6 vezes foi colocado um *Mickulicz intraperitoneal*.

Todos os fétos nasceram vivos, com exceção de 2, que não foram reanimados; um outro, faleceu ao 7º dia.

O *post-operatorio* foi apiretico em 3 mulheres, sub-febril em 8 e febril em 10.

Tendo-se em conta somente as mulheres não drenadas, verifica-se que a *ferida abdominal* supurou apenas em 2, notando-se serosidade ou formação de ligeiros hematomas em outras 3.

Faleceram 3 operadas: uma (1192/39) de peritonite; outra (1728/40), ao 18º dia, das consequencias de sua intoxicação gravidica (eclampsia, edema vulvar gigante); a terceira, (1357/38) de uma congestão pulmonar.

——

Encarando o conjunto das 41 observações recolhidas até agora, registamos 3 fetos nascidos mortos ou com apnéa intensa da qual não sairam (7,3%), aos que é necessario somar outros 3 (7,3%) que sucumbiram nos dias subsequentes, por complicações originadas nas vias respiratorias, e atribuidas a um trabalho muito prolongado.

Embora seja certo que a excessiva demora na realização da operação possa ter influido na elevada *mortalidade* e *neo-mortinatalidade*, tenhamos presente que esse é o tributo que usualmente pagamos quando pretendemos salvaguardar a vida materna.

cendo 10 ao grupo II e 11 ao grupo III (classificação de Sureau). As parturientes, que em geral apresentavam distocias complexas, foram operadas, na realidade, ao cabo de um longo trabalho e decorridas muitas horas da rotura das membranas, algumas com liquido ânico fétido e temperatura elevada.

Por 14 vezes praticou-se a *incisão arciforme* do segmento; nas restantes, a *longitudinal*.

Quatro mulheres já haviam sido cesareanadas anteriormente; algures, já fizemos considerações sobre estas *cesareanas segmentarias extra-peritoneais por artificio, iterativas*. (13)

Tres papeletas registam que o *isolamento*, durante o ato operatorio, foi francamente deficiente; em 9, está assinalado que foi excelente; nos restantes, satisfatorio, isto é, apenas uma moderada quantidade de sangue e de liquido ânico logrou infiltrar-se nos angulos da ferida e molhou levemente as compressas de gaze colocadas á essa altura.

A anestesia *raquiana* foi empregada em 18 casos (6 vezes combinada com éter, no final da intervenção); a *etérea*, em 2, e a *local* em 1 (tambem com a adição do éter).

Por 6 vezes foi colocado um *Mickulicz intraperitoneal*.

Todos os fétos nasceram vivos, com exceção de 2, que não foram reanimados; um outro, faleceu ao 7º dia.

O *post-operatorio* foi apiretico em 3 mulheres, sub-febril em 8 e febril em 10.

Tendo-se em conta somente as mulheres não drenadas, verifica-se que a *ferida abdominal* supurou apenas em 2, notando-se serosidade ou formação de ligeiros hematomas em outras 3.

Faleceram 3 operadas: uma (1192/39) de peritonite; outra (1728/40), ao 18º dia, das consequencias de sua intoxicação gravidica (eclampsia, edema vulvar gigante); a terceira, (1357/38) de uma congestão pulmonar.

——

Encarando o conjunto das 41 observações recolhidas até agora, registamos 3 fetos nascidos mortos ou com apnéa intensa da qual não sairam (7,3%), aos que é necessario somar outros 3 (7,3 %) que sucumbiram nos dias subsequentes, por complicações originadas nas vias respiratorias, e atribuidas a um trabalho muito prolongado.

Embora seja certo que a excessiva demora na realização da operação possa ter influido na elevada *mortalidade* e *néo-mortinatalidade*, tenhamos presente que esse é o tributo que usualmente pagamos quando pretendemos salvaguardar a vida materna.

Cinco são as operadas que faleceram, o que determina uma *mortalidade materna* não expurgada de 10,2 %, cifra muito alta, de certo, porem na realidade satisfatoria, se tivermos em conta a sombria porcentagem de casos impuros e francamente infectados que assoberba nossa estatistica, conforme já referimos. De outro lado, embora a maioria das pacientes falecidas não tenha podido ser necropsiada, por exigencias das familias, assinale-se que apenas 2 morreram de peritonite; uma, de anemia aguda por placenta prévia, uma hora depois da intervenção; outra, dos postumos da eclampsia, e a ultima de complicação das vias respiratorias.

——

Surgirá de nossas cifras a prova incontroversa da legitimidade desse genero de proteção da cavidade peritoneal, na operação cesareana tardia? E' obvio que não pretendemos resolver tão dificil problema, com base em experiencia ainda escassa.

Pelo sistema das cartolinas quadriculadas que sugerimos, foi possivel estabelecer, rapidamente, algumas das multiplas correlações que o material recolhido nos ofereceu.

Comprova-se, inicialmente, que num total de 12 mulheres nas quais a proteção foi qualificada de otima, faleceram 2; a primeira, (H. Cl. 360/36), foi a que deixou de existir por anemia aguda uma hora depois da intervenção; a segunda, — que tinha apresentado eclampsia — morreu ao 18º dia, sendo licito admitir que, *em nenhum dos casos onde a proteção foi excelente, produziu-se a tão temida contaminação primitiva da serosa.*

Por outra parte, das 7 mãis com proteção duvidosa ou francamente deficiente, sucumbiram 2, das quais uma unica de peritonite; das 5 restantes, que sobreviveram, uma constituia um caso puro, 3 pertenciam ao grupo II e 1 ao grupo III.

Estes fatos, encarados com toda a serenidade, são certamente alentadores, mesmo que as ultimas observações aludidas mostrem que, com frequencia, o artificio adotado é inutil, podendo as doentes passar sem êle.

Outro fato que confirma nossa impressão otimista, é que das 11 mulheres drenadas com *Mickulicz* intraperitoneal, a unica falecida, e de peritonite, foi aquela na qual o isolamento não teve sucesso; enquanto nas 3, em que a cavidade peritoneal tinha sido esplendidamente protegida, a evolução foi bôa, apezar de 2 delas pertencerem ao grupo III.

Os distintos colegas da Clinica «Eliseo Canton», Drs. S. Sala e R. A. Ferrari (14) salientaram precisamente as vantagens

da associação da operação cesareana extra-peritoneal por artificio e do *Mickulicz* intra-peritoneal; embora este pareça constituir a negação das qualidades daquela, o certo é que os melhores resultados obtidos naquela clinica, para os casos impuros, de acordo com o minucioso estudo a que nos referimos, foram aqueles onde se observou essa norma de agir.

Destas rapidas considerações conclue-se que: — se bem seja dificil chegar a conclusões categoricas sobre o valor dos artificios defensivos da operação cesareana tardia —, não há motivos que nos impeçam de perseverar no esforço que se vem realizando afim de evitar a infecção primitiva do peritonio nessas circunstancias.

Nesse sentido, continuamos a acreditar que as tentativas efetuadas com as compressas impermeabilizadas e presas ao peritoneo visceral, — que o prof. *Beruti* sempre animou —, ofereceram resultados que, longe de serem brilhantes, são porem satisfatorios. Podemos repetir, esse *modus operandi* parece oferecer vantagens apreciaveis sobre as tecnicas extra-peritoneais por artificio comuns, graças á singeleza de sua execução, e sem que a barreira oposta aos germens seja ilusoria.

(Projeta-se o filme cinematografico).

BIBLIOGRAFIA

1) — *León, J.* — A propósito de las cesáreas cérvicosegmentarias extraperitoneales por artificio. Agregado personal a la técnica de Michon. Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. Aires, p. 10-26; 30; 148-166.

2) — *León, J.* — Nueva cesárea istmocervical extraperitoneal por artificio. (Con fijación de compresas impermeabilizadas al peritoneo visceral). Arch. Urug. de Med., Cir. y Espec., t. VIII, nº 1, p. 29.

3) — *León, J.* — Protection de la cavité péritonéale au cours de la césarienne segmentaire au moyen de compresses imperméabilisées fixées au péritoine visceral. Gyn. et. Obst., 1936 t. II, p. 428.

4) — *León, J.* — Technique personnelle de césarienne segmentaire avec protection de la cavité péritonéale au moyen de compresses imperméabilisées fixées au péritoine visceral. Disertación, con proyección, 1937. Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1937, p. 149.

5) — *León, J.* — La cesarienne segmentaire extrapéritonéale par artifice en Argentine. Com. a la Soc. de Obst. y Gin. de Lyon, mayo 3 de 1937. Bull Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1937 p. 509.

6) — *Marshall, C. McIntosch* — Caesarean section. Lower segment operation — Baltimore, 1939 (p. 105).

7) — *Otero, Fr. B.* — Las técnicas más usuales de cesáreas para los casos de asepsia ovular dudosa. Anales del Inst. de Mat. y Asist. Soc. Prof. U. Fernandez — 1º Vol., p. 121.

8) — *Puga. M. J. A.* — Cesarea arciforme extraperitoneal por artificio. Técnica de Michon, modificada por el Dr. Juan Léon. Bol. Soc. Chilena de Obst. y Gin., 1936, p. 25.
9) — *Sanhuerza Donoso. H.* y *Puga, M. J. A.* — Histerotomias abdominales extraperitoneales por artificio. Bol. Chil. de Obst. y Gin., 1937, V. III, p. 428.
10) — *Puga, M. J. A.* — Cesáreas abdominales extraperitoneals por la elevatión del fondo de saco peritoneal inferior. Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. Aires, 1940, p. 604.
11) — *Lepage, F.* — Correspondencia personal, Abril 1 de 1939.
12) — *León, J.* — Cesáreas abdominales efectuadas en la Clínica «Eliseo Cantón durante los últimos seis años. «Actas y Trabajos» del Tercer Congr. Arg. de Obst. y Gin., t. I, p. 466.
13) — *León, J.* — Cesárea segmentaria iterada tardia. Problemas que suscita la presencia de fuertes adherencias útero-parietales. Bol. Soc. Obst. y Gin. Bs. Aires, 1938, p. 347.
14) — *Sala, S. L.* y *Ferrari, R. A.* — El drenaje de Mickulicz en la cesárea del caso impuro. Conf. de Méd. del Hosp. Ramos Mejia, Oct. 31 de 1940.

IV

GRAVIDEZ E CANCER DO COLO DO UTERO

PELO

PROF. CLAUDIO GOULART DE ANDRADE

Catedrático de clínica ginecológica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

(Continuação do número de agosto).

CAPITULO III

AÇÃO ONCOGENICA DA GRAVIDEZ — CONCLUSÕES

Era um velho conceito de patologia, que grangeara varias simpatias, o presuposto de que a gravidez influenciasse desfavoravelmente o desenvolvimento dos tumores e em especial o do carcinoma cervical. Esta doutrina chegou aos nossos dias e ainda recentemente Döderlein (1924), Commandeur (1927) e Davis (1937) repetem a acertiva. Ora, coube a Mayer atacar decididamente semelhante ponto de vista, baseando-se no estudo clinico do problema, que o conduziu a um conceito inteiramente antagonico: — a gravidez não só seria incapaz de incentivar desfavoravelmente a evolução do carcinoma cervical, como pelo contrario, manifestaria

ANO XXXV — TOMO II — OUTUBRO — 1941 N.º 4

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Rua Padre Rolim, 666
Belo Horizonte

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL			EXTERIOR		
	Porte simples	40$000		Porte simples	50$000
	Registrado	50$000		Registrado	60$000
	Para estudantes	30$000			

Numero avulso: 5$000

NOTAS:

Não se restituem originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

SUMÁRIO

Pág.

I — Gravidez e cancer do colo do útero (conclusão), pelo Professor Claudio Goulart de Andrade 211

II — Nossa experiência sobre o teste cutâneo de Falls-Freda-Cohen, para o diagnóstico da prenhez, pelos Drs. Jorge de Rezende e Felicio A. Martins Pinheiro 220

III — Cesareana iterativa numa secundipara com apresentação pelvica incompleta (estudo sobre as indicações da cesareana nas apresentações pelvicas), pelo Dr. Ismar Pinto Nogueira 225

IV — Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (relatorio dos serviços prestados no Ambulatório de Ginecologia — ambulatório n. 5), pelo Dr. Miguel Feitosa 237

V — Clínica Obstétrica do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira (estatística do movimento do serviço de 1930 a 1940), pelo Dr Waldemar do Prado Leite 239

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 243

VI — Gravidez precoce, pelo Dr. Afonso Henriques Furtado . . 244

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 255

VII — A propósito do exame pré-natal, pelo Dr. Domingos F. Machado 256

VIII — Análises, pelo Dr. J. Adeodato Filho 267

IX — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 268

X — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso 272

XI — Revista de Revistas em Lingua Espanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza 276

XII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 278

XIII — SOCIEDADES MEDICAS 280

XIV — NOTICIAS 282

XV — Petite Revue — A. R. O. M. 283

III

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Francisco de Assis
Chefe: Dr. ARMANDO AGUINAGA

Cesareana iterativa numa secundipara com apresentação pélvica incompleta

(Estudo sobre as indicações da cesareana nas apresentações pélvicas)

PELO

DR. ISMAR PINTO NOGUEIRA
Adjunto do Serviço
Membro da Sociedade Brasileira de Ginecologia

OBSERVAÇÃO CLINICA

Entrada: 80.389. *Data da entrada:* 14-10-1939. *Registro da enfermaria:* 8.986. *Data da saida:* 16-11-1939. *Saida:* 9.024.

Identificação: R. G. C., branca, brasileira, 31 anos de idade, casada, residente à rua Alberto Nepomuceno n. 32, Olaria.

Antecedentes familiares: Pais vivos e com saúde. Nega tuberculose na familia. Nascida a termo de parto normal. Sarampo na infância.

Historia genital: Menarca aos 16 anos.

Menstruações posteriores — normais em periodicidade, duração e sensibilidade. Dôres antes do escoamento menstrual.

Casamento aos 23 anos.

Multigesta. Partos: 1 a termo — intervenção cesareana. O feto faleceu em seguida. Ignora qual era a apresentação. Abortos: 1 embrionário do 4.º para o 5.º mês. Puerpérios: apiréticos. Não acusa corrimento.

História da gestação atual: Últimas regras em 13-1-1939. Parto provavel: 23-10-1939. Primeiros movimentos fetais no 4.º mês. Acusou náuseas e vômitos nos dois primeiros meses.

Exame geral e dos aparelhos:

Aspeto geral — bom. Musculatura: regularmente desenvolvida. Esqueleto: normal. Temperatura axilar: 36,8.

Mamas: aumentadas de volume, com areola secundaria, pigmentada e colostro à expressão. Ausência de edemas e varizes.

O exame dos aparelhos nada revelou de anormal. Pressão arterial Mx. 15 e Mn. 9 (Vaquez-Laubry).

Evolução do trabalho de parto:

A parturiente acusou as primeiras contrações dolorosas às 10 horas de 14-10-1939. Apesar de pouco intensas produziram o rompimento da bolsa dagua às 15 horas.

Ás 22 horas as contrações tornaram-se mais frequentes e dolorosas e assim se mantiveram até a madrugada de 15-10-1940.

Ás 6 horas ingressou a paciente no nosso serviço. Exame do abdome — aumentado de volume e globoso. O fundo do útero está desviado para direita. Pela palpação verificamos o dorso à direita e pequenas partes à esquerda. Polo cefálico no Q.S.D. Escuta: foco audivel no Q.S.D., próximo à cicatriz umbelical, com 150 batimentos por minuto, bem ritmados.

Pelvimetria externa: S.P.E. 18, B.E.: 20, B.C.: 24 e B.T. 30.

Losangulo de Michaelis: 11 x 10.

Toque vaginal: colo grosso, amolecido e com O.E. permeável a um dedo. Promontorio inatingivel. Arcada sub-pubiana normal. Seios sacro-iliacos: impalpáveis. Sacro: normal. Sínfise pubiana: imbibição gravidica. Relação feto-pelvica: bôa.

Ás 9 horas a parturiente foi examinada pelo Dr. Ismar que confirmou o toque anterior.

Ás 14,10', examinamos novamente e constatamos uma progressão na dilatação do colo (2 dedos). A apresentação que era uma pélvica incompleta em S.I.D.A., adaptara-se ao estreito superior da bacia. Injetamos *1 ampoula de spasmalgine* e 250 cc. de sôro glicosado intramuscular.

Ás 16 horas as contrações eram espaçadas. Mandamos injetar mais 250 cc. de sôro glicosado. Ligeira melhoria nas contrações que se tornaram ritmadas.

Ás 21,30' examinamos a paciente e encontramos o colo edemaciado no lábio posterior. As contrações retornaram à irregularidade anterior: espaçadas e pouco intensas. Os batimentos fetais continuavam bem audíveis e ritmados.

Ás 22,40' — 250 cc. de sôro glicosado e 1 ampoula de *spasmalgine*.

Ás 23,15' — *nova ampoula de spasmalgine*.

Ás 3 horas de 16-10: 250 cc. de sôro glicosado. As contrações permaneciam muito distanciadas e fracas.

Ás 6 horas, novo toque vaginal revelou: dilatação para 4 dedos, aumento do edema do lábio posterior, polo podálico alto e móvel.

Ás 11 horas, como os batimentos fetais se tornassem arritmicos e em virtude do trabalho de parto sem progressão, foi indicada a operação cesareana com a aprovação do chefe do serviço. A paciente foi para a sala de operações nas seguintes condições:

Trabalho de parto: 49 horas.

Bolsa d'agua rôta: há 44 horas.

Número de toques no serviço: 5.

T. A.: 37,2.

Pulso radial: 120 batimentos por minuto.

Excursões respiratórias: 28 por minuto.

Tensão arterial: Mx.: 12 e Mn.: 8 (Ap. Vaquez-Laubry). (a) Interno Agenor.

Operação:

Cesareana supra sinfisária, transperitoneal, retro-vesical e cérvico segmentar.

Drenagem: Mikulicz.

Nome da paciente: R. G. C.

Operador: Dr. Ismar Pinto Nogueira.

Assistente. Agenor Faria

Anestesista: O cirurgião

Anestesia: Raqui-analgina: 0,08 — 16-10-1939.

Incisão pubo umbelical ligeiramente desviada para esquerda, no alto, na altura do umbigo. A incisão circunscreve a primitiva que é reparada nos extremos por 2 pinças de Faure. Hemostasia dos vasos do tecido celular sub-cutâneo. Abertura cuidadosa da aponevrose que se encontra muito espessada. Abertura do peritônio entre pinças. Este tempo demora pois o cirurgião precisa libertar e ligar várias aderências epiplóicas. Isola o útero com o auxilio de 3 compressas intestinais, repara a bexiga com uma pinça em coração que traciona para o alto e descola com uma gaze montada a zona do segmento inferior de aderências peritoneais frouxas. Pinça o perítôneo vésico-uterino, traciona-o para o alto e incisa-o com uma tesoura reta. Descola a seguir o peritôneo da face anterior do segmento inferior e face posterior da bexiga. Incisão vertical do segmento que é prolongada com o auxilio duma tesoura reta. Aflora aos bordos da incisão uma das nádegas do feto que é tracionada, dando-se o desprendimento do restante do corpo fetal e da cabeça, com o auxilio da manobra de Mauriceau. Descolamento manual da placenta. Iodagem da cavidade uterina. Repara os bordos da brecha uterina e pratica uma sutura corrida de baixo para o alto com o auxilio dum fio de catgut 2. Esta sutura é de dificil realização, demorando bastante, pois, com trabalho, afronta os bordos inferiores que correspondem à zona do colo. Recobrindo esta sutura realiza outra musculo-musculosa, sepultando a primeira. Em consequencia das condições da doente — trabalho de parto prolongado, bolsa dagua rota há 44 horas e temperatura axilar de 37,6, resolve drenar a doente com um saco de Mikulicz recheiado por 2 mechas de gaze e colocado no fundo de saco vésico-uterino; abrangendo tambem parte da zona dos paramétrios na sua porção superior. Retira as 3 compressas intestinais que isolaram o útero respectivamente em cima e nos lados. Sutura o peritoneo com um chuleio de catgut 1 até o limite superior do Mikulicz, interrompendo-o neste ponto. Sutura corrida da aponevrose com catgut 2 até o limite superior da drenagem.

Em baixo e atraz da bexiga, aproxima a aponevrose e os músculos piramidais com pontos separados de catgut 2. Agrafes de Michel na pele. Curativo oclusivo com gaze e algodão. Enfaixamento do ventre.

A anestesia agiu a contento. A paciente sai da sala em bôas condições.

Recem-nato.

Sebastião — sem vicios de conformação e sem lesões externas

Pêso: 2.700 grs.

S.O.B.: 9, S.O.F.: 10, O.F.: 11, S.M.: 12,5, S.M.B.: 9, B.P.: 8,5, B. Temp.: 7, B.F.: 6,5 e B.A.: 10 e B.T.: 11.

Sequência:

O puerpério transcorreu normalmente. O máximo de temperatura axilar foi verificada no 3º dia, quando atingiu a 38º. Fez a seguinte medicação nos 5 primeiros dias: sôro glicosado intramuscular 500 cc., insulina 10 unidades, sôro cloretado hipertônico endovenoso 20 cc., bolsa de gêlo permanente sôbre o ventre e posição de Fowler. Retirou o recheio de Mikulicz no 5º dia e o saco no 7º. Os curativos foram executados diariamente. A paciente sentou-se no 28º dia de post-operatório e levantou-se no 30º. Teve alta, curada, em 16-11-1940, 31º dia após a intervenção cirúrgica. (a) Dr. Irmar Pinto Nogueira.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORBILIDADE E MORTALIDADE NO PARTO PELVICO

Materna — A morbilidade materna está na dependencia de complicações infecciosas, traumaticas e do post-parto.

As complicações infecciosas são consequentes:

1) — ao parto prolongado que obriga realizar um maior numero de exames.
2) — á rutura prematura das membranas, frequente nas primiparas e preferentemente nas idosas.
3) — á necessidade de certas intervenções obstetricas como o abaixamento profilatico ou curativo do pé, a grande extração, o abaixamento de braços levantados e a manobra de Champetier de Ribes.

As complicações traumaticas são devidas ás lesões das partes moles que não sofreram a distensão preparatoria do polo cefalico, razão porque se torna bem indicada a episiotomia.

As complicações do post-parto consistem na atonia uterina, observada em 7% dos partos pelvicos, no encarceramento e encastoamento da placenta.

A morbilidade é sempre maior nas primiparas do que nas multiparas.

A mortalidade materna no parto pelvico não é mais elevada do que a da apresentação cefalica; corresponde, segundo Vaudescal, a 0,20 a 0,25% e foi nula numa estatistica de 402 casos, levantada por Laffont e Fulconis, na Algeria.

Fetal — A mortalidade fetal tem aproximadamente as seguintes cifras:

global — 12%
primiparas — 16%
multiparas — 5 a 8%.

Depende a mortalidade fetal do volume, da variedade da apresentação, da primiparidade e das intervenções obstetricas.

a) — Volume — De acordo com os dados de Vaudescal a mortalidade dos fetos a termo é de 8,7% enquanto que a dos prematuros é de 6,7%.

b) — Variedade.

PRIMIPARAS { Completas — 31%
Incompletas — 68,2%

MULTIPARAS { Completas — 44%
Incompletas — 55%

(Vaudescal).

c) — Primiparidade. E' fator importante pois as más apresentações pelvicas são mais frequentes nas primiparas em virtude da maior duração do trabalho de parto que tem um longo periodo expulsivo, da menor elasticidade das partes moles e da rutura precoce da bolsa dagua.

Segundo os estudos de Laffont e Fulconis, em 100 primiparas houve 66 casos de m. fetal e em 100 multiparas houve 44 casos de m. fetal.

d) — Natureza das intervenções.

1) — Grande extração:

20,9% — primiparas
16,7% — multiparas

2) — Abaixamento do pé — 28 a 29% — primiparas. (Estatistica do Hospital de Brooklyn — New York — citada por Lautuejoul).

3) — Grande extração — 57 casos — 17 mortes.

4) — Champetier de Ribes — 13 casos — 7 mortes (Segundo os dados de Yvonne Poulain na Clinica Tarnier — periodo de 1923-1926).

A morbilidade fetal depende de acidentes imediatos e tardios.

Os imediatos são devidos á asfixia e ás lesões traumaticas.

Asfixia — Pode ser produzida:

a) — pela compressão do cordão, procidente ou não. A procidencia do cordão tem a seguinte frequencia no parto pelvico:

nuliparas — 60%
multiparas — 38%

b) — pela aspiração de liquido aniotico.

c) — pela rutura prematura do bolso dagua que favorece a retração uterina sobre o feto com prejuizo da circulação placentar.

d) — pela demora da extração de um feto volumoso.

LESÕES TRAUMATICAS

a) — Hemorragia meningeia

1) devida ao maior afluxo sanguineo para o cranio fetal durante a extração trazendo a hipertensão e rutura da pia mater.

2) consequente á rutura da tenda do cerebelo pela modelagem excessiva que sofre o cranio fetal ao transpor o estreito superior (Hauch e Meyer).

b) — Lesões osseas.

1) deslocamentos do atlas, axis e maxilar inferior.

2) fraturas do cranio, clavicula, humero, femur e bacia

c) — Lesões musculares: rutura do esternocleidomastoideu

d) — Lesões nervosas: rutura do plexus braquial.

O acidente tardio é a broncopneumonia, originada pela deglutição do liquido aniotico e pelo resfriamento do feto durante as manobras de reanimação.

Há ainda a considerar, na apresentação pelvica, a existencia de certas deformidades fetais de natureza plastica, que se processam durante a gravidez e que ora resultam da propria apresentação de nadegas, ora na má acomodação do feto ao utero. São as seguintes: assimetria facial com achatamento do angulo do maxilar, ausencia de paralelismo das arcadas dentarias, atrofia do ouvido externo, paralisia facial e depressões no torax consequente á pressão dos pés, nas pelvicas incompletas.

AS INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESAREANA NO PARTO PELVICO

HISTORICO E EVOLUÇÃO

Quem tiver acompanhado este assunto, pelas publicações da escola obstetrica francesa, verá que o mesmo evoluiu progressivamente, pois, em seguida a observações isoladas, foram publicados trabalhos de conjunto e lições doutrinarias.

Laffont e Fulconis publicaram em 1933 um caso de operação cesareana em apresentação pelvica simples, numa primipara de 26 anos, com bacia geralmente estreitada e 26 horas de trabalho de parto, estando o colo dilatado para uma pequena palma de mão. Aproveitaram a oportunidade e descreveram os casos de parto pelvico em que a cesareana está indicada.

Voron e Brochier em 1934 relataram um caso de parto pelvico que terminou por uma cesareana. As caracteristicas do caso eram as seguintes: primipara 26 anos, bacia normal, rutura precoce da bolsa dagua, contrações muito aproximadas necessitando 1 empola de spasmalgine após 12 horas de trabalho de parto. A dilatação era apenas de 2 cms. Após 20 horas de trabalho de parto o colo mantivera-se rigido e as tentativas de dilatação digital aumentaram o diametro do colo apenas de 1/2 cm. A dilatação permanecera estacionaria após 8 horas, a apresentação era movel em S.I.D.A. e a criança estava em bôas condições. As contrações uterinas reapareceram novamente com curtos intervalos. Acharam então oportuno ultimar o parto e pensaram em duas condutas a seguir — a 1.ª o abaixamento do pé e a 2.ª o parto cesareo.

A primeira era de prognostico mau para o feto que apresentava grande volume e a passagem da cabeça derradeira, atravez dum colo incompletamente dilatado, além de dificil, poderia trazer os riscos maternos da rutura do colo e do segmento inferior. Opinaram então pela via alta pois a mãe estava apiretica e o feto não sofreria traumatismo. A intervenção foi coroada de êxito imediato e remoto tendo nascido uma criança de 4,450 grs.

Asseveraram ser o primeiro caso de operação cesareana em apresentação pelvica relatado no ambiente lionês.

Nos comentarios que fizeram sobre a indicação da cesareana recordaram que Autefage, de Lille, publicara em 1931 um caso semelhante em parturiente de bacia estreitada e de peso fetal não assinalado. Extranharam que Keller considerasse como raridade as indicações da cesarea no parto pelvico e que Brindeau e Lantuejoul não assinalassem a sua indicação.

Em 1935 Anderodias e Pery publicaram na «Gyn. et Obst.» um trabalho sobre as indicações da cesareana baixa no parto pelvico, que seriam as seguintes:

a) estreitamento pelvico — após uma revisão das terapeuticas anteriores tendentes a solucionar a distocia ossea, como a versão e as pelvitomias, concluiram pela superioridade da cesarea repetindo uma feliz expressão de Schikelé: «o pelvitomista fará cada vez menos pelvitomias e cada vez mais cesareanas baixas».

b) anomalias da contração uterina — contrações irregulares e espasmodicas, dilatação estacionaria do colo com sofrimento fetal e edema do colo.

c) tumores, malformações uterinas e distocia das partes moles. Assim os tumores prævia que não ascendem durante o parto, a atresia das partes moles e as malformações uterinas.

d) os grandes fetos — são realmente os grandes fetos os que apresentam um maior coeficiente de letalidade pelos multiplos acidentes que sofrem numa extração penosa.

Um caracteristico importante é que estes fetos são frequentes nas apresentações recidivantes de nadegas.

e) primiparidade idosa — fator distocico pela má contração uterina, rutura precoce das membranas, lenta dilatação e rijeza das partes moles.

A primiparidade idosa traz ainda, pelo fator moral, a indicação mais positiva do parto cesareo quando se trata duma parturiente na vizinhança da menopausa e com poucas possibilidades de gestações futuras. A indicação é absoluta quando a parturiente tem mais de 40 anos.

A estatistica dos autores, comportando os casos operados de 1929 a 1935 nas maternidades de Bordeaux e Pellegrin, é particularmente feliz. Em 21 casos a mortalidade fetal e materna foi nula. Duas flebites apenas.

Das 21 operadas, 15 eram primiparas.

Brindeau e Lautuejoul, em novembro de 1935, publicaram um trabalho sobre as indicações da cesareana baixa no parto pelvico e analisaram as indicações traçadas anteriormeunte por Anderodias e Pery.

Estudando os 8 ultimos casos de operação cesareana em parto pelvico, realizados na Clinica Tarnier, dividiram-nos em 2 grupos: 1.º — 3 casos:

a) bacia estreitada e sofrimento fetal
b) cardiopatia mal compensada e grande criança numa primipara de tecidos resistentes.
c) fibroma prævia.

Estas anomalias predominaram sobre a apresentação pelvica na indicação do parto cesareo.

2.º — 5 casos. Neste grupo os motivos que determinaram a indicação operatoria foram os seguintes: contrações irregulares, bolsa dagua rôta há muito tempo, dilatação do colo processando-se lentamente ou permanecendo estacionaria, apresentação elevada, elevada, sofrimento fetal nos casos de contrações uterinas insuficientes.

Ao analisarem as indicações dos dois parteiros de Bordeaux, consideraram como fazendo parte das indicações gerais de cesareana: a distocia ossea, disproporção feto pelvica, as malformações uterinas e os tumores prævia, pois, as mesmas circunstancias verificam-se nas apresentações cefalicas.

A relação entre os diametros pelvicos e fetais assim como a prova do trabalho é mais dificil de ser julgada nas apresentações pelvicas do que nas cefalicas. Quanto ao tumor prævia o problema é o mesmo — resta saber apenas se o tumor, no trabalho de parto, ascenderá ou não. As duas importantes indicações são realmente a primiparidade e má contratibilidade uterina. Estas duas indicações apresentam tambem correlações imediatas, pois a primiparidade acarreta, muitas vezes, a insuficiencia do motor uterino.

Aconselham vigiar o curso do trabalho de parto prestando atenção ás anormalidades que surgirem: rutura precoce da bolsa dagua, dilatação dificil, contrações irregulares e apresentação alta. O valor fisiologico do utero será considerado e certos elementos esclarecedores serão pesquizados, tais como: a idade da parturiente, fases de amenorréia, anomalia uterina, presença de nucleos fibromatosos, oligoanios e primiparidade.

As indicações da cesarea resultariam, em grande parte, dum máo trabalho de parto consequente a um máo utero e assim concluem: «Dans les indications de césarienne, le chapître le plus interessant à preciser est celui des indications pour anomalies de la contraction utérine. Ce sont ces anomalies que nous paraissent la cause principale du pronostic reservé de la presentation du siège chez la primipare».

Com relação á anomalia de situação do utero, não deve ser olvidado o sugestivo caso de Balard duma cesareana em apresentação pelvica, numa multipara de 34 anos, cujo passado obstetrico era dos mais decepcionantes.

1.ª gestação — aborto de 2 meses;
2.ª gestação — apresentação pelvica a termo, feto morto durante o parto;
3.ª gestação — feto morto durante o parto;
4.ª gestação — aborto no 5.º mês;
5.ª gestação — parto prematuro de 7 meses, criança morta;
6.ª gestação — criança morta;
7.ª gestação — apresentação pelvica a termo, criança morta.

Nos partos pelvicos havia as seguintes particularidades: as crianças não eram volumosas, a pelvis e o tronco eram expulsos normalmente porém a cabeça saia com dificuldade. As crianças eram belas.

Balard verificou que a bacia era normal e o promontorio inatingivel. As reações sorologicas de lues realizadas eram negativas. Como a bacia fosse normal e diante do passado obstetrico da parturiente, suspeitou duma malformação uterina, dificil de ser reconhecida, pois o ventre era volumoso, com altura uterina de 43 cms. e predominancia do diametro transverso.

A apresentação pelvica manteve-se irredutivel e como a parturiente desejasse um filho vivo, o parteiro não teve duvida em executar uma cesarea corporal no inicio do trabalho de parto. Ao exteriorizar o utero verificou que o mesmo estava anormalmente inclinado para a esquerda e torcido 90° sobre seu eixo. Distorceu-o e incisou-o na linha media. A operação foi rapida e terminou em 12 minutos. A criança pesou 3.400 grs. e a sequencia operatoria foi apiretica.

Pierre Lautuejoul estudou em 1936, numa das lições da Clinica Tarnier, a questão do parto pelvico na primipara traçando as linhas de conduta descritas a seguir:

1.º) — Caso simples em que o parto transcorre normalmente e o parteiro limita-se á sua espera e vigilancia. Neste caso poderão ser empregadas algumas medidas tendentes a facilitar o desprendimento, como a dilatação prefetal por um balão ou mesmo pelo punho e a episiotomia.

2.º) — A dilatação completa do colo é atingida mais ou menos lentamente; as contrações, a principio regulares, tornam-se fracas e a apresentação pouco progride. Neste caso está indicada a terminação do parto pela grande extração, observando-se estas medidas tecnicas:

a) usar a anestesia por inhalação proscrevendo-se a raquianestesia afim de evitar a retração na zona do segmento inferior.

b) completar a dilatação do colo para impedir as ruturas do mesmo e do segmento inferior, bem como o levantamento dos braços neste nivel.

c) realizar a grande extração com um auxiliar fazendo a expressão abdominal para manter o feto fletido e evitar que os braços se elevem.

d) executar a episiotomia profilatica.

d) aplicar o forceps em cabeça derradeira quando sua libertação fôr dificil pela manobra de Mauriceau.

Muitas vezes a cabeça pode se defletir e neste caso a aplicação do forceps, em vez de ser feita com o corpo do feto levado para baixo, será realizada com o feto levado para cima.

3.º — O trabalho de parto transcorre muito irregularmente: a dilatação está incompleta, há edema do colo, as contrações ineficazes não fazem progredir o parto, a bolsa dagua está rôta há muito tempo e a nadega mantem-se muito elevada. Nesta eventualidade 3 condutas poderão ser observadas:

1) — A primeira consiste em injetar um antiespasmodico e aguardar que o motor uterino, após o descanso reparador, traga a dilatação completa e permita, desta maneira, a realização duma grande extração. Esta conduta tem o inconveniente de aumentar a duração do parto com os riscos da morte fetal e da infecção aniotica.

2) — A segunda é a manobra do abaixamento profilatico do pé (Mantel-Pinard). A finalidade desta manobra é fazer progredir a dilatação pois as contrações uterinas são despertadas pela pressão da nadega sobre o colo. Tem entretanto grandes inconvenientes pois é uma manobra feticida não só pelos movimentos respiratorios que desperta no feto, como pela facilidade da procidencia do cordão. Será empregada somente quando a vida fetal estiver muito comprometida.

3) — A terceira é a terminação do parto pela cesareana baixa. A indicação da cesareana é assim uma resultante da deficiencia do motor uterino. Fora desta indicação há as classicas, como a desproporção feto pelvica, os tumores prævia e primiparidade idosa. O fator moral será levado em conta como sucede no caso duma parturiente que, tendo tido o 1.º filho morto num parto pelvico, repete a mesma apresentação na segunda prenhez e tem um máo trabalho de parto.

O Dr. Armindo de Oliveira Sarmento publicou em 1939, nos Anais Brasileiros de Ginecologia, um criterioso estudo sobre a apresentação pelvica em primiparas, com o material da Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Instituto Hahnemaniano. A frequencia dos partos pelvicos atingiu a 72 em 3.362 casos. Os casos estudados foram em numero de 32. Quando se inferiu aos casos operatorios acentuou o seguinte: «nem sempre a indicação surgiu por causa materna, mesmo quando nos poderiamos julgar ante um caso de primiparidade tardia»; julga, assim, que se fosse feito um estudo apurado das indicações fetais, talvez diminuisse o fator atribuido á primiparidade.

COMENTARIOS SOBRE O CASO APRESENTADO

No caso que relatamos atraz, a indicação da intervenção cirurgica resultou do sofrimento fetal numa apresentação pelvica (S.I.D.A.) com trabalho de parto prolongado (49 horas).

As caracteristicas deste parto foram as seguintes:

a) contrações uterinas de pouca intensidade e de ritmo irregular.
b) dilatação maxima do colo para 4 dedos com edema do labio posterior.
c) pelvis normal.
d) apresentação pelvica alta.
e) feto de reduzido volume (2.700 grs.).

A paciente foi operada nas seguintes condições:

a) 49 horas de trabalho de parto.
b) 44 horas de bolsa dagua rôta.
c) temperatura axilar de 37,2 e pulso radial com 120 batimentos por minuto.
d) 5 toques vaginais realizados no serviço.

A indicação deste caso aproximou-se, em certos pontos, do 3º item do grupo 3, da classificação de Lantuejoul. A parturiente não era uma primipara porém não tivera um parto transpelvico de feto a termo. A primeira gestação, a termo, terminou numa cesareana, falecendo o feto em seguida; a segunda redundou num aborto embrionario e a terceira, novamente a termo e com o feto em apresentação pelvica incompleta, teve como desenlace o parto cesareo, em virtude do máo funcionamento do motor uterino.

BIBLIOGRAFIA

1) — Césarienne pour présentation du siége a repétition chez une grande multipare a fâcheux antecedents obstétricaux. — Balard - P. Soc. de Med. et Chir. de Bordeaux. Sessão 12-5-1922. C. R. in Gas. hebd. des. S. Med. de Bordeaux. n. 30 — 23-7-1922. pag. 353. Analyse Gyn. et Obst. T. VIII. 1923, n. 6, pag. 591
2) — Primarité: présentation du siège; anomalie utérine; preeclampsie; albuminurie massive brusque; césarienne corporéale; guérison. — Brette.
Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris 7-6-1937. — Bull. de la Soc. d'Obstétrique. T. 26, 1937, n. 6, pag. 435 - 437.
3) — Présentation du siège chez une primipare à bassin suffisant; gros enfant, césarienne basse. — Brochier — Voron et.
Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon. 5-2-1934. — Bull. de la Soc. d'Obst. T. XXIII. 1934. n. 4, pag. 286 - 288.
4) — Difficultés au cours d'une césarienne iterative; Mikulicz-guérison. — Bucher — Bansilon et.
Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon. 24-5-1936. — Bull de la Soc. d'Obst. T. 25. 1936, n. 9, pag. 727.
5) — A propos d'une opération césarienne pour présentation du siège. — Fulconis — Laffont et.
Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger — 11-2-1933. — Bull. de la Soc. d'Obst. T. XXII. 1933, n. 6, pag. 492 - 493.
6) — A propos de trois cas de césarienne supra symphysaire pour présentation du siège. — Garés. E. Laffont et A.

Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger. 9-12-1936. — Bull. de la Soc. d'Obst. T. 26, 1937, n. 6, pag. 484 - 485.

7) — A propos de 57 cas d'accouchement par le siège. — Jahier. Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger. 13-2-1937. — Bull .de la Soc. d'Obst. T. 26, 1937, n. 8, pag. 615 - 622.

8) — Les indications de la césarienne basse dans la présentation du siège. — Lantuéjoul — Brideau et. Gyn. et Obst. T. 32, n. 5, Novembro 1935, pag. 385 - 389.

9) — Considerations sur la présentation du siège chez la primipare. Lantuéjoul — Pierre. Leçons du jeudi soir a la Clinique Tarnier. 13.º ano, 1936. pag. 85 - 98.

10) — Les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège. — Pery — G. Anderodias et Gabriel. Gyn. et Obst. T. 32, n. 2, agosto 1935 — pag. 108 - 115.

11) — Apresentação pélvica em primíparas (Considerações sôbre 32 casos). — Sarmento — Dr. Armindo de Oliveira. An. Bras. de Gyn. Abril de 1939. pag. 280 - 292.

12) — Accouchement spontané chez une parturiente ayant subi une césarienne corporeale pour une présentation du siège. — Schebat. Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger. 9-12-1933. — Bull. de la Soc. d'Obst. T. 23, n. 3, 1934, pag. 202 - 203.

13) — Le pronostic de l'accouchement par le siège. — Vandescal — R. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. 7º ano, 1930. pag. 178 - 192.

IV

Santa Casa da Misericordia do Rio de Janeiro

Relatorio dos serviços prestados no Ambulatorio de Ginecologia (Ambulatorio n. 15)

Ano compromissal de 2 de Julho de 1940 a 2 de Julho de 1941

PELO

DR. MIGUEL FEITOSA

Chefe de Serviço

MATRICULADAS . . . 1121

Brasileiras	1020	Estrangeiras	101

Estado civil		**Côr**	
Solteiras	206	Brancas	686
Casadas.	796	Pardas	255
Viuvas	119	Pretas	180

ANO XXXV — TOMO II — NOVEMBRO — 1941 N.º 5

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Rua Padre Rolim, 666
Belo Horizonte

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

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 originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — Valor clinico do teste de Soskin, Wachtel e Hechter; pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa 287

II — Cistos da vagina, pelo Dr. Jorio Salgado 294

III — Tumor celular da granulosa bi-lateral, implantado na parede de cystoma papilar; metastase muscular. Pelo Dr. Paschoal L. Froldi 308

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 317

IV — Eclampsia, pelo Dr. Daniel Ribeiro 318

V — Vulvo vaginite gonococica na infancia, pelo Dr. Fausto Musacchio 323

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 333

VI — Rutura de prenhês intersticial (a respeito de dois casos), pelos Drs. Alberico Camara e José Pandolfi 334

VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 345

VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso 350

IX — Revista de Revistas em Lingua Espanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza 354

X — SOCIEDADES MEDICAS 355
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil. — Atas das 5.ª e 7.ª sessões realizadas em 12 de setembro e 10 de outubro de 1941, respetivamente

XI — NOTAS TERAPEUTICAS 361
Foliculina intravenosa e reumatismo, pelo Dr. Paulo de Oliveira — Uberaba

XII — Petite Revue — A. R. O. M. 363

IV

ECLAMPSIA

PELO

DR. DANIEL RIBEIRO
Ex-Interno da 1.ª Clínica Obstétrica
Médico-Residente da Casa de Saude S. Lucas

Procuramos estudar com numeros esta gestose. Para isso usamos os arquivos da 1ª e 2ª clinica obstetrica da Santa Casa de Belo Horizonte. Computamos os casos ocorridos de 1931 até hoje. Foram registrados 110 casos. Faltam entretanto destes, 6 observações.

Nosso estudo refere-se á:

a) idade da paciente;
b) côr;
c) data, incluindo ano, mês e estação;
d) existencia de edema;
e) idade da gravidez;
f) se a gravidez era simples ou multipla;
g) albuminuria;
h) numero de acessos;
i) o diagnostico, isto é, qual a variedade de eclampsia;
j) o tipo de parto, se expontaneo ou operatorio;
k) se o feto estava vivo ou morto;
l) temperatura;
m) pulso;
n) pressão arterial;
o) se primipara ou multipara;
p) tratamento;
q) qual foi para a mãi e para o feto, o tipo de alta, isto é, se curada ou falecida.

Idade:

16 anos - 6 casos	17 anos - 6 casos	18 anos - 8 casos	19 anos - 8 casos
20 „ - 9 „	21 „ - 10 „	22 „ - 11 „	23 „ - 8 „
24 „ - 6 „	25 „ - 5 „	26 „ - 6 „	27 „ - 2 „
28 „ - 2 „	29 „ - 1 „	30 „ - 2 „	31 „ - 1 „
32 „ - 3 „	34 „ - 4 „	35 „ - 2 „	36 „ - 1 „
37 „ - 1 „	38 „ - 1 „	39 „ - 1 „	

Côr: brancas — 36 pretas — 27 mestiças — 24 morenas — 17

Data:

janeiro — 4 fevereiro — 10 março — 10 abril — 6 maio — 10
junho — 4 julho — 10 agosto — 8 setembro — 8 outubro — 12
novembro — 11 dezembro — 11.

Edema — Não há referencia á ausencia de edema em nenhuma das pacientes.

Idade da gravidez — Foram registrados 58 casos á termo, 26 casos com 8 meses, 15 casos com 7 meses, 4 casos com 6 meses e um caso com 4/5 meses.

Gravidez simples ou multipla — A gravidez era simples em 98 casos, multipla em 8.

Albuminuria — Em um unico caso não houve albuminuria. Nos demais casos esteve presente desde traços até 20 gramas por litro que foi o maximo registrado. A dosagem foi feita raramente enquanto que a simples pesquiza foi feita em um grande numero de casos mas não em todos.

Numero de acessos — Este foi um dos dados em que houve grande falha no registro. Naquelas papeletas que pudemos consultar encontramos um caso com 60 acessos, um outro com 42, os demais com um numero menor predominando entre 3 e 7.

Diagnostico:

Intraparto — 38 casos
anteparto — 32 casos
postparto — 22 casos.

Em 11 casos ela se iniciou antes do parto prolongando-se durante este. Em um caso ela se iniciou durante o parto prolongando-se após este.

Tipo de parto — O parto foi expontaneo em 79 casos. Os demais operatorios, assim distribuidos:

forceps — 18 vezes
cesarea — 4 „
craniotomia — 2 „
basiotripsia — 1 vez

O feto estava vivo ou morto — O diagnostico de feto vivo foi feito 60 vezes, de feto morto 40 vezes, houve duvida em 4 casos.

Temperatura — Na generalidade dos casos ela esteve entre 37 e 37,5°. Merecem destaque um caso com 37,5; outro com 42° e um terceiro com 39.

Pulso — O pulso foi muito variavel.

Pressão arterial — A pressão maxima esteve acima de 20, 13 vezes. O maior numero registrado, 25. Entre 19 e 20, 7 vezes. Entre 18 e 19, 12 vezes. Entre 17 e 18, 10 vezes. Entre 16 e 17, 10 vezes. Entre 15 e 16, 9 vezes. Em 19 casos esteve abaixo de 15. Em algumas doentes não houve registro da pressão. A pressão minima acompanhou quasi sempre a maxima, havendo discordancia em um certo numero de casos.

Primipara ou multipara:

primiparas — 73 secundiparas — 5 multiparas — 26

Tratamento — Não nos referimos aqui áquela terapeutica coadjuvante de um estado geral muitas vezes grave, e, sim da que denominaremos impropriamente causal, soubessemos nós, a causa da eclampsia!

a) sangria — foi feita 75 vezes. Na quasi generalidade dos casos foi de mais de 400 cc. Num caso foi a unica terapeutica.
b) a morfina e cloral associados como terapeutica exclusiva, foi realizada em 14 casos;
c) morfina, cloral e sangria — 68 vezes;
d) morfina, cloral e sulfato de magnesio — 8 vezes;
e) morfina, cloral, sangria e sulfato de magnesio — vezes;
f) morfina, cloral, sangria e evipan — 1 vez;
g) sem terapeutica especial — 5 casos.

Tipo de alta

Para o feto: curados — 54
falecidos — 50

Para a mãi: curadas — 92
falecidas — 11
melhorada — 1

COMENTARIOS

Uma analise do quadro referente á idade mostra que os maiores numeros estão entre 18 e 23 anos. Isto se explica por estar nesta idade compreendido o maior numero de uniões de qualquer especie entre homem e mulher. Como veremos a incidencia de eclampsia na primeira gestação é o comum.

Quanto á côr, a maior ocorrencia foi em brancas. Não sabemos explicar um tal fato. Devemos lembrar que o menor numero de internações na nossa clinica indigente, não é de brancos.

No referente á data temos que isoladamente foi em outubro que ocorreram mais casos. Em relação ao ano o aumento foi crecente de ano para ano, o que se explica por um aumento de população trazendo como consequencia um maior numero de internações. Na primavera houve um maior numero de casos coincidindo com a verificação de outros autores.

Os resultados relativos ao mês da gravidez mostram um numero tanto maior, quanto mais adeantada se acha a gravidez. Tivemos um unico caso do 4/5 mez. Nesta época é mais comum eclampsia e mola que mesmo eclampsia e gravidez.

A gestose apareceu em 8 casos de gravidez gemelar. O numero de gravidez gemelar durante os dez anos em que fizemos este estudo foi de 151. Internaram-se nas duas clinicas neste intervalo, cerca de 10216 pacientes. Destas como dissemos, 110 tiveram eclampsia. Se compararmos a relação de eclampsia com a gravidez gemelar e eclampsia em gravidez simples veremos que na primeira a concomitancia é muito mais frequente. Este é alias um fato verificado de longa data.

A albuminuria é um achado constante nos casos de eclampsia. Sua ausencia perturba muitas vezes o diagnostico. Num dos nossos casos ela esteve ausente. Manteve-se apezar disto o diagnostico, pelos outros sinais evidentes no caso. Em relação á uma taxa elevada indicando um máo prognostico, pelo menos naquela em que a dosagem revelou 20 gramas o desfecho foi favoravel.

O numero de acessos, elemento util ao prognostico, foi pela sua falha no registro dos nossos casos, de pouca valia. Podemos dizer entretanto que os maiores numeros registrados, 60 e 42, terminaram o primeiro pela cura, o segundo infelizmente, fatal.

Quanto ao diagnostico da variedade de eclampsia não estamos, pelos nossos resultados muito em acordo com os classicos. Estes dão para a variedade mais comum, a intra-parto, 80%. Para a ante-parto, 25% e para a post-parto, 15%. Os nossos numero ficam em torno de 38 para a primeira, 32 para a segunda e 22 para a ultima.

Quanto ao tipo de parto vimos que foram operadas 25. Destas, faleceram 5. Das não operadas, em 79 faleceram 6. Pode parecer a primeira vista, que a não intervenção tenha influencia favoravel no prognostico. Alguns autores, chamam mesmo a atenção para isso. Acreditamos ser mais comum uma indicação materna para uma intervenção em caso de eclampsia que fetal. Alem disso, as operadas são via de regra, as que apresentam um peior estado geral. A questão de eclampsia e cesarea, há modernamente uma certa resistencia ao seu emprego. No nosso caso foi executada quatro vezes, com um obito. Numa delas a indicação não foi propriamente a eclampsia. Havia sus-

peita, que não se confirmou, de concomitancia de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida.

Os autores registram uma mortalidade infantil em torno de 50% nos casos de eclampsia. De acordo com os nossos achados.

A temperatura, se elevada, é tida como elemento util ao prognostico nesta toxemia. Encontramos esta coincidencia pelo menos em um caso, que terminou com a morte, onde a temperatura registrada foi de 42°. Não encontramos o quadro termico de 4 das doentes falecidas.

Uma pressão maxima acima de 20 mm. de Hg., é outro elemento considerado como de máo prognostico. Nos casos que terminaram pela morte tivemos os seguintes numeros — 24, 23, 21, 18, 14. Não encontramos o registro da pressão em 5. Quanto a um aumento da minima maior, em relação á maxima, mais util como elemento de valor diagnostico nos casos de toxemias hipertensivas, pudemos observa-lo em 11 casos. Convem mencionar um deles em que a diferença foi apenas de 1 mm. de Hg.

Um pulso acima de 120, é outro elemento util ao prognostico na eclampsia. Nossos resultados mostram que das falecidas o pulso foi incontavel em 4, esteve acima de 120 em 3, (160, 140, 120) e foi de 97 num outro caso. Não conseguimos este registro de duas das pacientes falecidas.

A questão de primiparidade e multiparidade e eclampsia, nossos resultados coincidem com os de outros autores.

O tratamento. O metodo de Stroganoff, associado á sangria, constituiu a regra geral. O sulfato de magnesio, se bem que empregado em poucos casos, tem-se mostrado de grande valia. Num dos casos, muito rebelde, foi feita uma ampôla de evipan, segundo a tecnica comum da narcose cirurgica, não tendo após isto se repetido os acessos.

Quanto ao tipo de alta para a mãi e para o feto temos que, se no caso dos fetos os nossos resultados acompanham os de outros autores; no caso da mãi, para alegria nossa é muito melhor. Enquanto que os autores registram uma mortalidade materna de 20 a 25%, encontramos em torno de 10%.

O que poderia melhorar o prognostico da eclampsia, uma assistencia obstetrica constante desde os primordios da gravidez, está entre nós, pelo menos na classe indigente, longe do que vamos conseguir. Julgamos como elemento util, o racionamento alimentar pelo menos qualitativo, que esta classe menos favorecida está sujeita em virtude duma menor renda.

ANO XXXV — TOMO II — DEZEMBRO — 1941 N.º 6

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:
LUIZ M. RODRIGUES
Rua Padre Rolim, 666
Belo Horizonte

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

Estados de Pernambuco e Paraíba do Norte:
I. BAPTISTA DE OLIVEIRA
Rua da Imperatriz, 58 — 1.º
RECIFE — PERNAMBUCO

Para assinaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSINATURA ANUAL:

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 originais.

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

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados 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 atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

Pág.

I — Acerca da inutilidade da ligadura placentaria, pelo Dr. Jorge de Rezende 367

II — Estudo anatomo-clinico das hidatides de Morgagni (a proposito de um caso de cistos volumosos das hidatides), pelos Drs. W. de Souza Rudge e Domingos Delascio . . . 375

SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS 399

III — Contribuição estatística ao estudo do tumor de Krukenberg (serviço de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa local), pelo Dr. J. Fonseca Soares 400

IV — Um caso de gravidez precoce com himen integro não complacente (aspeto médico-legal), pelo Dr. Octavio Guimarães 409

SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 417

V — Uretero-sigmoidostomia à maneira de Coffey III em uma fístula vesico-vaginal, pelo Dr. Gilson Machado 418

VI — ANALISES 421
Jorge de Rezende — Contribuição ao Estudo da Operação Cesareana Abdominal (ed.: A Casa do Livro, Ltda., Rio, 1941; Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, julho-agosto de 1941; Separata do "O Hospital", outubro de 1941; Separata da Revista Argentina de Anestesia e Analgesia, 1940; Anaes da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna, 1940.

VII — NOTAS TERAPEUTICAS 427
Premio Oscar de Souza.

VIII — Petite Revue — A. R. O. M. 429

REFERENCIAS

1º — Peham-Amreich. Gynecologia operatoria. 1940.

2º — Detalhe de tecnica na operação de Coffey III. Gerson Rodrigues do Lago. O Hospital. Nº 4. 1939.

3º — Fistulas urogenitais. A proposito da operação de Coffey-Mayo José Octaviano Neves. Rev. de Gin. e Obst. Março de 1940.

4º — Bilateral transplantation of the uretheres of the female. Virgil S. Counceller. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Fev. 1937.

5º — Erfahrungen mit der Implantation der Ureteren in das Rektum nach Coffey-Mayo. Nürnberger L. Z. f. Gynük. Março, 1938.

6º — Tratamento das fistulas vesico-vaginais incuraveis por anastomose dos ureteres com a alça sigmoide. Lauro Vanderley. Anais Brasileiros de Ginecologia. Dez. 1938.

7º — Traitement des fistules vesico-vaginales. André D. P. Gynéc. et Obst. Agosto, 1937.

8º — Utero-sigmoidostomia. Contribuição experimental. Tese para concurso. Dr. João Alfredo. Recife, 1940.

9º — An experimental Study of uretero intestinal Implantation. Henry Weyrauch and Frank Hinman. Sur. Gynec. and Obs. Fevereiro, 1940.

Por absoluta falta de espaço deixamos de publicar neste numero as secções de resumos de Revistas e bibliografias, pelo que pedimos desculpas aos nossos colaboradores e leitores.

(Nota da Redação).

VI

ANÁLISES

JORGE DE REZENDE — «Contribuição ao Estudo da Operação Cesareana Abdominal». — Ed.: A Casa do Livro, Ltda. — Rio, 1941.

A operação cesareana é uma das mais remotamente conhecidas em toda a cirurgia.

A sua evolução historica representa um dos mais edificantes capitulos da obstetricia.

Em torno do parto cesareo ainda se enquadram, entretanto, questões abertas merecedoras da atenção dos tocologos.

Jorge de Rezende, jovem e estudioso mestre em obstetricia, apresenta-nos um livro de leitura agradavel e proveitosa.

Estuda a cesarea abdominal na sua definição, sinonimia,

etimo; sua evolução historica; sua evolução no Brasil; o conceito do caso puro, suspeito, impuro e infetado; os varios metodos da cesarea abdominal; a tecnica de escolha; porque prefiro as incisões arciformes; as ampliações e restrições na indicação; cuidados preoperatorios, a anestesia e os hipnoticos; o operador e seus auxiliares; a minha casuistica.

A materia está exposta com clareza, bem ilustrada, bem distribuida. O A. serviu-se de larga bibliografia estrangeira e nacional, atestando o seu apurado gosto pelas letras medicas.

O depoimento clinico, já expressivo, sobe a 114 casos e evidencia a sua confiança na operação para cuja indicação não reconhece limites na infecção do ovo.

E' um prazer ler e meditar as suas paginas, tal o seu entusiasmo pela arte do parto cirurgico.

Jorge de Rezende, dicipulo do grande Mestre Fernando Magalhães, é fiel a sua Escola de origem. Não reconhece limites na puluição do ovo para assentar a indicação operatoria. Todavia na sua «Introdução» declara:

> «Sente-se que o problema da operação cesareana impura está ainda por ser solvido integralmente. A mortalidade e a morbidez dos post-operatorios das cesareanizadas continuam importantes».

Eis aí uma grande verdade a sombreiar o prognostico do parto abdominal. A sequencia cirurgica será boa, si boa foi a conduta da assistencia obstetrica, desde o inicio do parto.

Atendida a boa assepcia, não multiplicados os toques, não praticadas operações vaginais infrutiferas, pode-se contar com um bom prognostico.

Daí a confiança de Doerfler, entre tantos outros, que relata uma serie de 186 casos com zero obito e uma segunda serie de 206 casos com 4 obitos, dos quais só uma atribuivel á operação.

A indicação tardia, após parto de prova, só é boa si boa a assistencia obstetrica desde o inicio.

O parto cesareo nos casos do grupo III e IV de Winter tem mortalidade materna que chegou a 60% em uma das series coligidas por este autor. Para êle os casos do grupo III e IV devem ser, quanto possivel, excluidos da indicação operatoria. Rezende considera Winter um «ortodoxo». Prefere a cesarea com indicação universal, onde vivo o feto.

Sob esta orientação o seu indice global de mortalidade depurada é ainda bom: 7 obitos em 112 operações = 6,25%.

Por coincidencia, entretanto, frequente nas series de pequenas cifras, os seus indices parciais contrariam o conceito da gravidade nos casos impuros: no grupo III com 16 casos, zero obito materno e 6,2% de mortalidade fetal; no grupo IV com 4 casos, zero obito materno e 25% de mortalidade fetal. Em contraste, no grupo II com 90 casos teve 10% de obitos maternos e fetais.

Quero dizer nos grupos III e IV, de pequenas cifras, não houve obito materno, emquanto que no grupo II, com maior numero de casos (90) os indices de mortalidade materna e fetal foram relativamente altos.

Isto em nada diminue o valor do trabalho em apreço. Põe em relevo a sinceridade do A. e realça os ensinamentos a colher.

A operação cesareana, a despeito dos enormes progressos da tecnica e da virtuosidade do operador, ainda teve 10% de mortalidade materna e fetal, como operação oportuna, após observação de prova suficiente.

O problema do prognostico da cesarea é ainda mais evidente em face de series de grandes cifras, tal como recolheu Winter, em 1929.

E' de supor que o material clinico posterior, revisto e estudado atualmente, volvidos 10 anos da publicação de Winter (Indikationen zum Abdominellen Kaiserschnitt — Ferd. Enke Stuttgart — 1931) permita novas vistas sobre o prognostico da cesarea.

Tenho para mim que a tecnica da cesarea intrabdominal segmentaria, com incisão arqueada do segmento, proteção meticulosa da cavidade abdominal, sem exteriorização do utero, com eventual recurso ao aspirador eletrico para recolher rapidamente os liquidos septicos, mudança de material cirurgico após a sutura em 2 planos do musculo e o chuleio peritoneal vesico-uterino, representam pontos de aperfeiçoamento tecnico que, em conjunto, dificilmente poderão ser ultrapassados.

O prognostico ficará então na dependencia da pureza do caso. A largura da indicação se subordinará ao criterio individual e a experiencia tocologica do operador.

Considero o livro de Jorge de Rezende um excelente livro. O seu merito encontrará no apreço da classe medica uma justa consagração do esforço realizado.

JORGE SANT'ANNA.

ANNO XXXV — TOMO I — JANEIRO — 1941 N.º 1

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.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

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 despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

Pag

Mais um anniversario 3

I — Prenhez abdominal no ultimo mez, com syndromo de occlusão intestinal, pelos Drs. Antonio Vieira Marcondes e Geraldo V. de Azevedo 4

II — Em torno de alguns casos de monstruosidades fetaes, pelos Drs. Sylla O. Mattos e Francisco Labate 16

III — Hormonios e glandula mammaria, pelo Dr. Sylvio Oliveira de Barros 42

SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES 49

IV — Carcinoma do corpo do utero, desenvolvido após castração radiologica por myoma, pelo Dr. Lucas M. Machado . . 50

SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 61

V — Fibro-myoma e gravidez, pelo Dr. J. Adeodato Filho . . 62

VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 74

VII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 78

VIII — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza 81

IX — Revista de Revistas Russas, pela Sra. Fanny Frug 85

X — SOCIEDADES MEDICAS 90
Sociedade de Gynecologia e d'Obstetricia do Brasil.

XI — Petite Revue — A. R. O. M. 91

ANNO XXXV — TOMO I — FEVEREIRO — 1941 N.º 2

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile 19, 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
LIVRARIA MEDICA HISPANO-AMERICANA - R. da Imperatriz, 58-1.º
RECIFE — Estado de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

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 despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

Pag

I — Conceito do feto a termo, pelo Dr. Clovis Corrêa da Costa 95

II — Gravidez ectopica — lithopedio, pelo Dr. Daneluzzi . . . 101

III — Parto prematuro de gravidez gemellar bi-vitellina e bi-amniotica, complicado de placenta prévia, pelos Drs. Murillo Queiroz de Barros e Rubens Souza Nilo 107

SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES 115

IV — Tres casos de inversão chronica do utero, pelo Dr Affonso Silviano Brandão 116

V — Sobre um caso de "Fibroma pediculado da franja tubaria" ou "Tumor inapparente", pelo Dr. José Botafogo 120

SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 127

VI — Inversão uterina com placenta accreta, pelo Dr. Cesar Cals 128

VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 133

VIII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 137

IX — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza 140

X — Revista de Revistas Russas, pela Sra. Fanny Frug 142

XI — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 144

XII — BIBLIOGRAPHIA 147
American Journal of Obstetrics and Gynecology, Fevereiro de 1940; Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia, fasciculo I, Recife, 1940; Revista Medica de Pernambuco, Setembro de 1940; Brasil Cirurgico, Novembro de 1940.

XIII — SOCIEDADES MEDICAS 153
Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil.

XIV — Petite Revue — A. R. O. M. 155

III

Maternidade-Escola da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

Parto prematuro de gravidez gemellar bi-vitellina e bi-amniotica, complicado de placenta prévia

PELOS Drs.

MURILLO QUEIROZ DE BARROS

e

RUBENS SOUZA NILO

Assistentes do serviço

A presente observação diz respeito a uma eventualidade clinica, bem pouco frequente, e que, pelas suas caracteristicas, escapa ás therapeuticas classicas, requerendo por isso mesmo uma analyse do caso, afim de resolvel-o satisfactoriamente, pesando cuidadosamente, as duas circunstancias: placenta previa e gemelaridade, com as multiplas variedades, que estas duas contingencias clinicas podem apresentar. Procurando documentos acerca da associação clinica em apreço, encontramos apenas duas observações de casos semelhantes, porém não identicos. A primeira dellas está inserida nos «Archives de Gynécologie et Tocologie de 1878». Refere-se ella a uma multipara, gravida no 9.º mez, que entrou no hospital com violenta hemorrhagia. Ao exame foi verificada ser uma gravidez dupla, estando ambos os fetos vivos, em apresentação cephalica. O collo se achava completamente dilatado e occupado totalmente por uma massa placentaria. Foi resolvida a intervenção por via baixa, consistindo esta em versão por manobras internas e extracção. Ao introduzir a mão para apprehensão do pé do 1.º feto, o autor fez quasi o descollamento total da placenta baixa. Quando extrahiu o feto, verificou que este pertencia a outra placenta, a qual ficava no fundo do utero, normalmente inserida. Foi retirado então o 2.º feto, logo após a dequitadura manual da 1ª placenta. A 2.ª placenta, normalmente inserida, foi retirada artificialmente. Diz o autor que as vidas se salvaram. O segundo caso está publicado no «American Journal of Obstetrics and Gynecology, May, 1933». Refere-se a uma placenta marginal, dando hemorrhagia, sem dôres, no termo de uma gestação gemellar. Diagnosticado placenta marginal, foi feita a operação

cesareana, com exito, a qual mostrou a presença de dois saccos amnioticos, dos quaes um delles estava collocado posteriormente, no fundo do utero. O outro era marginal, do lado direito. Os fetos eram de sexo differente e nasceram vivos, chorando immediatamente após a extracção. Sómente estas duas observações foram encontradas, quer na litteratura sobre placenta prévia, quer na de partos gemellares. Nos dois casos observados a conducta clinica foi diversa: o primeiro caso, resolvido por via baixa e o segundo por intervenção cesareana. Isto se explica: o primeiro teve lugar em uma epocha, em que a unica solução, admittida naquella contingencia, era a intervenção por via baixa e portanto qualquer discussão, em torno da therapeutica adoptada, torna-se ociosa. Resta-nos apenas dizer que, se uma occorrencia daquella ordem se verificasse em nossos dias, a conducta de escolha teria sido a intervenção por via alta. O segundo caso, já nos nossos dias, foi resolvido dentro do maior rigor scientifico, pela intervenção cesareana.

Resta-nos a analyse do caso clinico, occorrido em nossas mãos, o qual passamos a relatar:

Em 17-1-1941, deu entrada na Maternidade das Laranjeiras a seguinte paciente:

J. S., parda, brasileira, casada, domestica, com 38 annos de idade, multipara.

Antecedentes familiares: Sem importancia. Não ha casos de partos multiplos.

Antecedentes pessoaes: a) *physiologicos*: Menarcha aos 15 annos, em quantidade regular, durando tres dias, acompanhada de colicas e vertigens. As menstruações posteriores, do typo 3/30, em quantidade normal, com colicas, que precedem e acompanham o fluxo.

b) *pathologicos:* Sarampo, na infancia. Nega passado morbido em adulto.

c) *obstetricos:* Oito partos a termo, expontaneos e um parto prematuro. Puerperios normaes.

Historico da gravidez actual: Ultima menstruação de 24 a 26 de Junho de 1940, com os caracteristicos habituaes. Teve enjôos e vomitos até o terceiro mez. Primeiros movimentos fetaes sentidos em Outubro. Não frequentou serviço algum prénatal.

Anamnese: Refere que ás 19,30 horas de hoje, estando em sua residencia, occupada em serviços domesticos, sentiu, subitamente, «alguma cousa quente», que lhe escorria pelas pernas e verificou, surprehendida, que grande quantidade de sangue, proveniente das vias genitaes, descia pelos membros inferiores.

Alarmada, chamou a Assistencia do Prompto Soccorro, que a removeu para o nosso serviço, onde deu entrada ás 20 horas do mesmo dia.

Exame geral: Paciente parda, hyperesthenica, panniculo adiposo bem desenvolvido. Edema dos membros inferiores. Pulso, batendo 104 vezes por minuto, cheio e rythmado. Temperatura 37°. Pressão arterial Mx. 19,5, Mn. 9,5.

Exame dos orgãos internos: Apparelho circulatorio: Tachycardia moderada. Hyperphonese do 2.° tom aortico. *Apparelho digestivo:* Apettite normal, dentes mal conservados. Constipação frequente. *Apparelho respiratorio:* Nada revelou de anormal. *Apparelho urinario:* Albumina presente na urina, retirada por catheterismo.

Exame obstetrico: Ventre com panniculo adiposo abundante e musculatura flacida estrias abundantes, hyperpigmentação da linha alva. *Utero* cordiforme em latero desvio direito, situação longitudinal, com tonus augmentado. Fundo a 29 cms. da symphise pubiana. As contracções são frequentes, demoradas, fortes e medianamente dolorosas. *Feto:* Palpava-se bem um feto pequeno, em apresentação pelvica, com o polo cephalico no corno direito do utero; tinha-se a impressão de que havia outro polo cephalico, proximo ao que estava no corno direito uterino. *Auscultа:* Por mais cuidadosa e pacientemente feita, revela-se sempre negativa.

A inspecção dos orgãos genitaes externos não mostrava signaes de hemorrhagia, visto como após ter sido feita a asepsia de praxe, na occasião da entrada da paciente, não houvera outra perda sanguinea.

Toque: Affastados os grandes labios, que apresentavam uma coloração arroxeada, normal, notava-se a presença de um bolso daguas muito tenso. Pela introducção dos dedos, sentia-se sua forma piriforme, que se escapava de um collo de bordos finos, dilatados para quatro dedos e facilmente dilataveis.

Ao exame mais attento, notava-se que o collo estava occupado, em quasi sua totalidade, por uma massa esponjosa, sangrante ao toque, que só deixava um pequeno espaço do lado direito, por onde se insinuava o bolso daguas. (Fig. N.° 1).

Foi diagnosticada placenta baixa, acompanhada provavelmente de prenhez gemellar. Fizemos a ruptura artificial do bolso daguas, ao que se seguiu hemorrhagia violenta, que entretanto cedeu, espontaneamente, dentro de alguns instantes. A paciente de espaço a espaço, entre uma e outra contracção, apresentava hemorrhagia em regular quantidade.

Foi communicado o caso ao assistente de plantão, que compareceu á Maternidade e que, mais tarde, realizou novo exame. Este revelou a mesma situação descripta acima. Sómente a pressão arterial havia baixado para Mx. 15 e Mn. 9.

Novo toque praticado ás 21 horas e meia revellou a seguinte situação: Collo de bordos finos, dilatados para palma de mão, occupado, totalmente, pela massa placentar, podendo-se verificar com cuidado haver um espaço entre ella e o collo uterino, do lado direito. Foi resolvida a intervenção por via baixa, que se desenrolou da seguinte maneira, ás 22 horas.

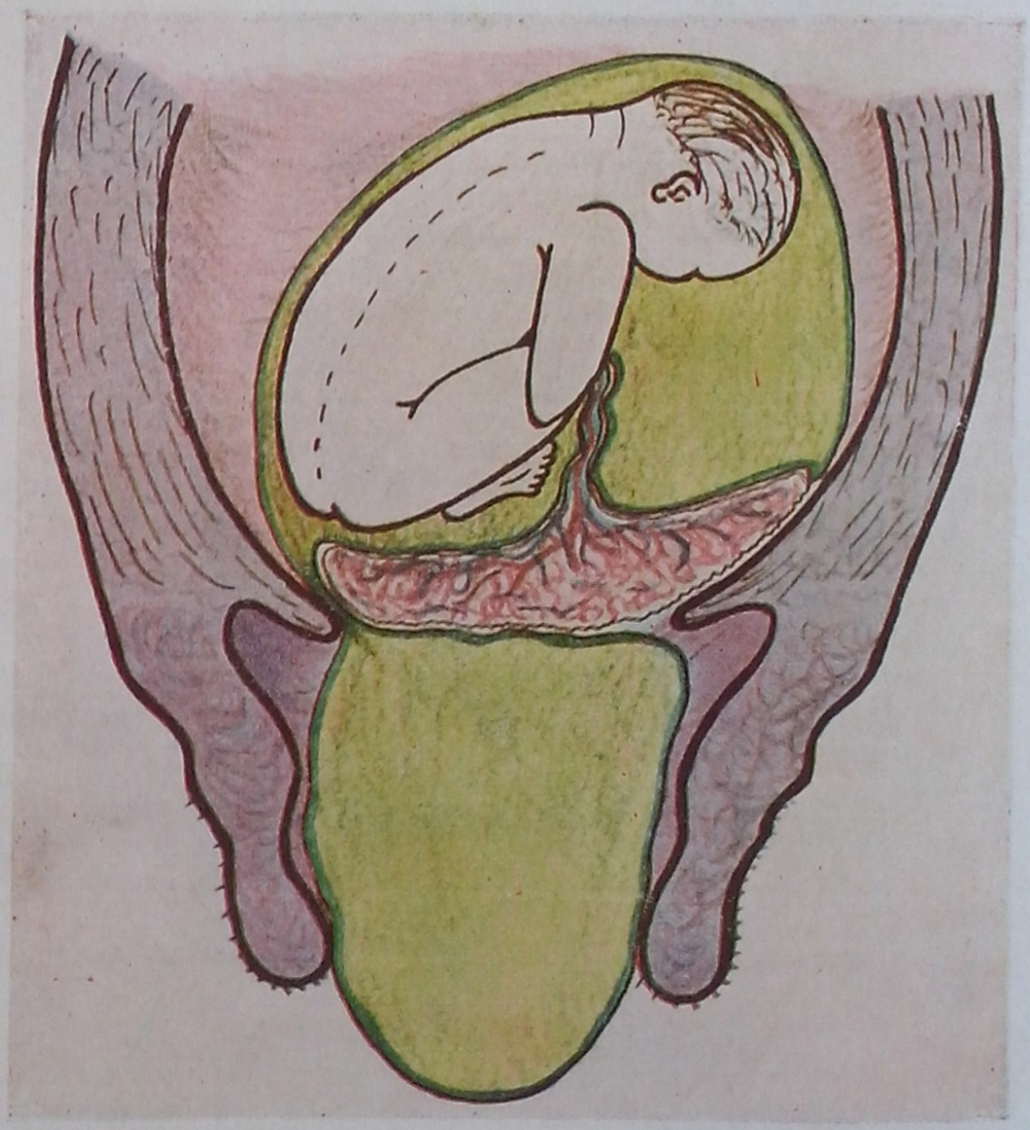

Fig. 1 — Nota-se no schema o bolso d'agua que se insinuou entre o bordo placentar e a parede uterina, fazendo saliencia na vagina. Só está figurado neste schema o 1.º feto.

Operador: Dr. Murillo Queiroz de Barros.
Auxiliar: Dr. Rubens Sousa Nilo.
Anesthesista: Interno, Orlando Ometto.
Anesthesia: Ether, quantidade 100 grs. Sem accidentes.
Tempo de duração: 15'.

Exame da Paciente: Pulso: 110, cheio e rythmado. Temperatura: 36,8. Pressão arterial: Mx. 14,5 — Mn. 8,5.

Fig. 2 — Schema da situação dos dois fetos, mostrando-se as duas placentas, uma baixa e outra normalmente inserida.

Descripção do acto operatorio: Após os cuidados habituaes de asepsia e antisepsia, e depois do catheterismo vesical, foi iniciada a intervenção. Introduzida a mão direita, no lado di-

reito do orificio cervical, entre o bordo placentar e a mucosa do collo uterino, foi apprehendido o pé anterior do feto, que se encontrava em S.I.D.A., sendo logo trazido á vulva com a maior facilidade. Feita a extracção do tronco, espaduas e cabeça derradeira com a mesma facilidade. Era um feto prematuro, do sexo feminino e se achava morto. Ligado o cordão para facilidade das manobras, foi procedida a dequitadura manual da placenta baixa, o que foi realizado com grande facilidade. A hemorrhagia moderada que se processara cessou por completo. O toque intra-uterino revellou o outro bolso daguas integro, que foi rôto, artificialmente, dando sahida á quantidade regular de liquido amniotico. Após isto, verificamos a presença de um segundo feto em apresentação cephalica, com dorso á direita. Foi apprehendido o pé anterior, no caso o pé esquerdo, e feita a versão, seguida da extracção facil e rapida. Ligado o cordão, vimos tratar-se de um feto prematuro, vivo, do sexo masculino. Fizemos a extracção manual da 2ª placenta, sem difficuldade. Ella estava inserida no fundo uterino em sua parede anterior. Ao terminar a intervenção, a paciente foi drenada prophylacticamente com o dreno Mouchotte-Oliveira Motta, N.º 21, longo. O estado da paciente no termino da intervenção, que durou 10 minutos, se manteve identico ao do inicio da mesma.

Os dois fetos, com as respectivas placentas, apresentavam as seguintes dimensões:

1.º feto: Côr: parda. Sexo: feminino. Comp.: 38 cms. Peso: 850 grs. Morto.

Diametros: O.F.: 8 O.M.: 10 S.O.B.: 7 B.P.: 7 M.B.: 8,5 B.A.: 7,5

Circunferencias: O.F.: 25 cms. O.M.: 26 cms. O.B.: 23 cms.

Forma da cabeça: quasi espherica.

Placenta: Forma: discoide. Peso: 300 grs. Membranas: completa.

Cordão umbellical: Comp.: 55 cms. Inserção: excentrico.

2.º feto: Côr: parda. Sexo: masculino. Comp. 36 cms. Peso: 850 grs. Vivo.

Diametros: O.F.: 8. O.M.: 10. S.O.B.: 7,5. B.P.: 7. M.B.: 9,5 B.A.: 8.

Circumferencias: O.F.: 25 cms. O.M.: 27 cms. S.O.B. 24 cms.

Forma de cabeça: quasi espherica.

Placenta: Forma: discoide. Peso: 300 grs. Membranas completas.

Cordão umbellical: Compr.: 55 cms. Inserção central.

Teve 6 horas de sobrevida, apezar dos cuidados que tivemos.

Considerações: Tratava-se de uma grande multipara, com hypertensão e outros symptomas de toxemia gravidica, que apre-

sentou no 6.º mez e meio de gestação uma hemorrhagia, a qual verificamos ser por placenta previa. O exame clinico fazia suspeitar tambem uma prenhez gemellar. Apresentavam-se para a resolução terapeutica duas eventualidades: placenta previa e prenhez gemellar.

Analysemos a primeira: Modernamente na quasi totalidade dos casos, a occorrencia de placentação baixa é resolvida pela cesareana. No caso presente, o que nos fez preferir a via baixa, foram as seguintes considerações:

1.ª) Estado toxemico da paciente, com hypertensão, permittindo e até requerendo uma espoliação sanguinea.

2.ª) A prematuridade, que tornando precarias as condições de viabilidade do feto, não justificava uma therapeutica, cuja indicação precipua é justamente a protecção do feto. Acresce que não conseguimos ouvir batimentos fetaes.

3.ª) A multiparidade, que no caso presente permittia grande rapidez e simplicidade das manobras pelas condições particularmente favoraveis do trajecto.

4.ª) A especie de placentação baixa, que permittia uma passagem entre o bordo placentar e a parede uterina, sem necessitar atravessarmos a placenta, o que sempre acarreta uma hemorrhagia importante.

5.ª) Já não se tratar de um caso puro. Vemos assim, que pela existencia da placenta previa, estava justificada a escolha therapeutica. Neste caso a placenta previa era acrescida de uma prenhez gemellar. No caso analysado, porém, a gemellaridade não trazia um agravamento consideravel, o que se verificaria numa outra circumstancia, em que aquellas duas eventualidades clinicas se aliassem, numa primipara, por exemplo, ou numa parturiente, cuja hemorrhagia a houvesse debilitado muito, em que a gemellaridade, com as possiveis difficuldades e demora, que podem apresentar parto transpelvico, contribuiria, decisivamente, para o abandono da solução por via baixa. No caso presente, os fetos prematuros, de dimensões exiguas e viabilidade muito problematica, cujos batimentos não eram ouvidos, numa grande multipara, não havia maior temor para uma operação de grande extracção e versão. A evolução do caso veiu corroborar felizmente o acerto de nosso raciocinio clinico.

BIBLIOGRAPHIA PRINCIPAL

A. Abranovsky — Des divers formes du placenta dans les grossesses gemellaires et en particulier dans les biovulaires — Thèse de doctorat — 1910.

Apert — Les jumeaux — 1923.

J. Luiz Azevedo — O parto multiplo na Maternidade do Rio de Janeiro — These.

Burney — Placenta Previa With Twin Pregnancy — Am. Jor. of Obstetric and Gynecology — May, 933.

Budin — Sur une disposition particulaire des oeufs dans la Grossesse Gemellaire — Arch. Gyn. et Tocol. — 1882, Mai, — 286.

Budin — De la situation des oeufs et du foetus dans la grossesse gemellaire et des symptômes — Arch. de Gyn. et Tocol. — 1883, Mars, pg. 140.

V. Costa — Algumas considerações sobre os gemeos — Rev. Gyn. e Obst., 1933, N.º 3.

Bourienne — Grossesse Gemellaire — Hemorragie — Placenta Previa — Arch. Gyn. et Tocol. — 1878 — Juin, pg. 365.

Iberico Goncalves Fontes — Gestações Multiplas — These — 1914.

Miraldi — Contributo allo studio della gemeralitá — An. di Obst. e Gyn; 1933, n.º 2, pag. 239.

Pinard — De la Gestation Gemellaire — L'Obst., 1911, Sept. — pg. 820.

Rivière — Quelques cas interessants de grossesse gemellaires — Arch. Gyn et Tocol. 1888 — Juillet, pg. 400.

Ruiz — Os Gemeos — Rev. de Gyn. e Obst. — 1930, n.º 9, pg. 400.

ANNO XXXV — TOMO I — MARÇO — 1941 N.º 3

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
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile 19, 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
LIVRARIA MEDICA HISPANO - AMERICANA - R. da Imperatriz, 58-1º
RECIFE — Estado de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NIÇACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

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 despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

Pag

I — Breves considerações sobre um caso de nanismo e gravidez, pelo Dr. Jorge de Rezende 159

II — Ensaio de uma nova classificação dos partos, pelos Drs. Iwan de Oliveira Figueiredo e Léo Rodrigues Lima de Gouvêa 169

III — Tumor pelvico provocando falsas colicas nephriticas, pelo Dr. W. Pinheiro 182

SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES 187

IV — Em torno de um erro diagnostico em abdomen agudo, pelo Dr. Carlos Vieira 188

V — Maternidade Therezinha de Jesus de Juiz de Fóra — Relatorio do anno de 1940, pelo Dr. J. Dirceu de Andrade 197

SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 199

VI — Folliculina e Metabolismo (Hyperfolliculinemia e taxa de uréa sanguinea elevada), pelo Dr. Adeodato Filho 200

VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 206

VIII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 209

IX — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros 214

X — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 220

XI — ANALYSES 222
Dr. Edgard Braga — "O Sexto Sentido da Medicina",

XII — NOTICIAS 224

XIII — NOTAS THERAPEUTICAS 226
Neo-Krinotan. — Acerca da pharmacologia dos Iodetos de Bismutho.

XIV — Petite Revue — A. R. O. M. 227

II

Clinica Obstetrica da Escola de Medicina e Cirurgia

Serviço do Prof. Octavio Rodrigues Lima

Ensaio de uma nova classificação dos partos

PELOS Drs.

IWAN DE OLIVEIRA FIGUEIREDO
Livre-Docente de Clinica Obstetrica da E. M. C. Professor do Curso de Enfermagem Obstetrica. Chefe de Clinica da Maternidade do Hospital Carlos Chagas.

E

LÉO RODRIGUES LIMA DE GOUVÊA
Assistente da Clinica Obstetrica da E. M. C. Assistente da Clinica Obstetrica do Hospital Carlos Chagas.

Uma extranha passividade faz com que se acceite ainda, nos meios scientificos mundiaes, a antiga ordenação dos partos em — Normaes e Operatorios ou Artificiaes. Na realidade, essa divisão nunca preencheu as necessidades analyticas dos pesquizadores, visto que despresava a existencia inconteste de typos intermediarios, nem totalmente normaes, nem egualmente operatorios. Alem disso, a assistencia ao parto submetteu-se a novas orientações, tornando-se raro o processo em que só intervêm as forças naturaes, sem damno ou perigo para os organismos em equação.

Esse desvio da normalidade do parto, afferido sempre pelo «parto ideal» que suppomos tenha existido nas epochas primitivas da humanidade, tem sido estudado por varios autores, constituindo um dos assumptos da cogitação da physiologia comparada.

A civilização, que alterou o typo morphologico da especie humana, tende a tornar o esqueleto feminino cada vez mais fragil, menos apto aos conflictos bio-mechanicos do parto. A postura erecta alterou, por sua parte e essencialmente, a estatica e a dynamica da columna vertebral da mulher, produzindo a lordose lombar e o angulamento do promontorio, que tende a se oppor á introducção facil da apresentação e exige o tempo obrigatorio da rotação intra-pelvica, no curso do parto. As articulações e os musculos, com o habito de vida quasi sedentaria, não mais possuem aquella elasticidade que facilitava a passagem do movel. E o systhema nervoso, com a sua transforma-

ção admiravel, tornando mais sensivel o organismo, menos resistente aos choques e emoções, fazendo desenvolver-se o arcabouço craneano para conter os orgãos cada vez maiores, contribuiu evidentemente para que a physiologia do parto se alterasse.

Com relação ao desenvolvimento esqueletico, por exemplo, cremos não ser infundada a impressão de que a pelve feminina actual apresenta tendencia ao augmento dos diametros transversos, perdendo em altura. Considerando o indice geral da bacia, isto é, a relação entre a distancia dos pontos mais afastados das cristas illiacas (numerador), e a distancia de uma tuberosidade ischiatica ao ponto mais elevado da crista illiaca do mesmo lado (denominador), Broca verificou que, nas mulheres civilizadas, a primeira medida predominou sobre a segunda, ao contrario do que succedia nos outros animaes estudados.

Em	240	mulheres europeas	indice	136,9
Em	10	mulheres africanas	„	134,2
Em	10	mulheres da Oceania	„	129
Em	20	macacas anthropoides	„	105,6
Em	16	ruminantes	„	77,2
Em	12	carnivoros	„	68,1
Em	4	roedores	„	66,8
Em	4	kangurús	„	63
Em	2	desdentados	„	61,4

Topinard apresenta resultados analogos aos de Broca. Conclue affirmando que «— a pelve se alarga á medida que se caminha das raças negras para as européas.»

Este mesmo autor, estudando o indice antero-posterior do estreito superior, isto é, a relação entre o diametro antero-posterior e o transverso maximo do estreito superior, encontrou os seguintes resultados:

Mulheres europeas	indice	79
Mulheres africanas	„	91

Conclue: «— o diametro antero-posterior da bacia, em relação ao transverso, é menos desenvolvido nas raças européas do que nas negras.»

Synthetisando: — a pelve vae se achatando á medida que caminhamos, na escala zoologica, para a especie humana. Os animaes corredores apresentam pelve mais alongada; a macaca e a mulher apresentam pelve mais larga do que longa (ou alta). Na vacca a pelve é longa, ligeiramente encurvada. Nos ruminantes, é quasi horizontal. No porco e no carneiro, é alongada, mais estreita que na vacca, e quasi totalmente recta, no sentido horizontal. (Bourdelle).

Nos povos mais adeantados, biologicamente mais puros, a educação physica e as praticas hygienicas tendem a corrigir o

desvio da normalidade. Citaremos os Estados Unidos. Recentemente, Steele, Wing e Mc Lane, da Universidade de Cornell, estudaram radiologicamente, a pelve feminina, verificando a seguinte incidencia, em funcção da classificação de Caldwell, D'Esopo e Moloy:

Pelve typo gynecoide (normal)	62 %
Pelve typo androide (pelve masculina)	18,5 %
Pelve typo antropoide (pelve estreitada transversalmente)	11 %
Pelve typo platipeloide (achatada)	8,5 %

No Brasil, em que ainda não se definiu o typo ethnico, tal a mescla de elementos que contribuiram para o seu povoamento, seria interessante observar a morphologia da pelve feminina, e a incidencia da dystocia em funcção das caracteristicas architectonicas do canal pelvico.

No tocante ao cranio fetal, temos que levar em conta a herança dos caracteres adquiridos. E, pela evolução, sabemos que ha um nitido augmento do volume craniano na especie humana. Augmento de volume, diminuição da espessura da caixa craniana; modificação de sua forma e augmento de seu conteúdo. Stibbe, em seu livro «An introduction to physical anthropology», affirma: «— está estabelecido que, relativamente á face, o cranio humano é maior que o dos antropoides, tanto na largura quanto na altura, peso e capacidade; os indices da especie humana são mais elevados que os dos antropoides. O menor cranio humano (na idiotia microcephalica) tem capacidade para 1000 cc; o maior cranio de antropoide já conhecido, possue capacidade pouco superior a 500 cc. A capacidade média de um cranio de inglez, por exemplo, é de 1450 cc., sendo 50% maior que a de qualquer cranio de aborigene. E, como prova de augmento dessa capacidade em funcção do grau de civilização, mostra que a capacidade craniana de um australiano, é em média, de 1200 cc., contra 1450 cc. de um europeu.»

Broca apresenta comtudo, as seguintes médias de capacidade craniana:

	HOMENS	MULHERES
Parisiense contemporaneo	1559 cc.	1347 cc.
Idem, do seculo XII	1531 cc.	1320 cc.
Bascos	1564 cc.	1355 cc.
Chinezes e mongóes	1518 cc.	1383 cc.
Negros da Africa	1437 cc.	1251 cc.
Neo-caledomianos	1460 cc.	1330 cc.
Epocha dos Dolmens (Lozere)	1606 cc.	1507 cc.
Idem, idem (Grottes e Marne)	1534 cc.	1407 cc.

Presume-se que tenha sido a posição erecta adoptada pelo homem, a causa da alteração architectonica da pelve, condicção que, alliada ás demais já citadas, concorreu para a «enorme differença existente entre o parto na especie humana e o das es-

pecies inferiores», como diz Berutti. «Sob o ponto de vista cultural, ha além disso, outra série de factores que, em maior ou menor grau, intervêm nessa especie de inferioridade obstetrica humana, que Selheim qualificou como consequencia de uma cultura adquirida ás expensas da natureza, (Kultur auf koster des natur)», diz ainda o mestre portenho. E cita entre esses factores:

O desenvolvimento esqueletico contemporaneo.
A mescla inconveniente de certas raças.
A maternidade tardia.
A falta de preparação physica e psychica para a gravidez.
O trabalho inadequado ao organismo feminino.
A alimentação impropria, dos tempos actuaes.
A enorme sensibilidade nervosa das gerações actuaes.
A menor resistencia á dôr.
Os habitos sociaes e mundanos, destruidores do sentimento maternal.

Por esses e outros motivos, certo é que se verifica a «evidente inferioridade partal humana» de que nos fala Berutti, de tal sorte que uma verificação estatistica conscienciosa apontará fielmente a pequena incidencia dos partos absolutamente normaes, no sentido classico da palavra.

De inicio, o sentimento de solidariedade humana auxiliou a solução dessas complexidades, com os recursos que o empirismo proporcionava. E depois que passou a epocha das «experientes», quando o parto passou a ser assistido por elementos devidamente especializados para esse mister, a Sciencia não tem poupado esforços no sentido de combater os desvios do physiologismo, corrigindo-os com o artificio, numa primeira phase, e mais tarde, fazendo a prophylaxia das dystocias.

A rigor, não é de hoje que se observa uma classe de partos que não são nem totalmente normaes, nem tambem se enquadram entre os partos extractivos. No entanto, as estatisticas mundiaes continuaram a classifical-os como *normaes* e *operatorios,* silenciando sobre o termo intermediario, porque, nas classificações adoptadas, obedecendo aos canones classicos, estabelecia-se unicamente a existencia daquelles typos fundamentaes. Num exame retrospectivo da opinião de autores de renome, vemos que ha uma quasi unanimidade na acceitação desses grupos.

Susruta fallava em partos Eutocicos e Dystocicos (estes, por más posições fetaes, em numero de 8, ou por anomalias do feto).

Os Hypocraticos consideravam como *normaes* ou *naturaes,* os partos em que os fetos vinham em apresentação cephalica; como *contra-natureza,* aquelles em que existisse outra apresentação. Como operações obstetricas, consideravam as sucussões hypocraticas, a dilatação cervical, digital ou com sondas, a interrupção da prenhez por artificio, as expressões do utero, a

extracção manual da cabeça, a reposição de partes fetaes procidentes, a versão cephalica, as embryotomias, a tracção do cordão umbellical e a extracção manual da placenta.

Mauriceau, (1681) classificava os partos em *naturaes* (expulsão expontanea de feto a termo, em apresentação cephalica), e *contra-natureza,* (quando se faziam com o auxilio da mão do cirurgião, ou quando se procedia á (extracção do feto).

Baudelocque, (1815) dividia os partos em 3 grupos:

Naturaes — quando terminavam pelas forças naturaes.

Contra-natureza — quando exigiam o artificio, ou quando «se podia operar apenas com a mão».

Laboriosos — quando apenas exequiveis com instrumentos, ou quando o uso desses instrumentos fosse util.

Affirmava que dever-se-ia distinguir 4 especies de partos naturaes (em apresentação cephalica de vertex, em apresentação podalica, em apresentação de joelhos, em apresentação de nadegas). Insurgia-se contra o abuso da espectação: «As funcções do parteiro não se devem reduzir ás de simples espectador. A paciencia que se lhe recommenda como principal virtude, deve ter limites. O excesso de confiança nas possibilidades desconhecidas da natureza, que alguns louvam como uma especie de segurança, não é menos condemnavel que as manobras inconsideradas dos ignorantes, para quem a temeridade parece substituir o conhecimento».

Velpeau (1835) considerava partos *eutocicos* ou espontaneos e *dystocicos* ou difficeis. O parto dystocico seria causado por difficuldades accidentaes ou imprevistas, e essenciaes ou preexistentes. O nome de parto dystocico, empregado por Hypocrates, Sauvages, Desormaux, significaria o conjuncto de casos que exigem o soccorro da arte.

Capuron (1836) admitte 2 classes de partos: *natural* e *não natural,* sub-dividido este em *manual* e *mechanico* ou *instrumental.*

Naegele e Grenser (1869) dividem os partos em *naturaes* e *artificiaes,* adoptando ainda outro schema: Partos *physiologicos* ou *eutocicos,* quando se fazem naturalmente, sem prejuizo ou perigo para mãe e filho; e partos *viciosos* ou *dystocicos,* quando as forças naturaes não os podem terminar, ou quando se fazem com perigo e prejuizo para mãe, filho ou para ambos. Admittem ainda que possam ser *regulares* ou *irregulares, faceis* ou *difficeis, rapidos* ou *lentos.*

Smellie adopta a classificação de Baudelocque. Depaul — (1872) merece ser transcripto, pois foi dos que mais se preoccuparam com a classificação dos partos: «Os autores antigos estabeleceram numerosas classificações, de accordo com a maneira por que se effectua o parto. E' assim que vós encontrareis reproduzidas em Mauriceau, Peu, Portal, Levret, Solaires de Reignac, Baudelocque, as denominações de partos *naturaes, contra-natureza*

e *laboriosos;* entretanto taes divisões não correspondem, em todos esses autores, a factos perfeitamente identicos».

Para Mauriceau, quatro condições são exigidas num parto, para que se possa dizer verdadeiramente *natural:* 1.º, feto a termo; 2.º, que seja um parto rapido e sem accidente consideravel; 3.º, que o feto esteja vivo; 4.º, que o feto venha em boa situação e apresentação.

«Se alguma dessas 4 condicções faltar, o parto será *contra-natureza,* e tanto mais quanto maior o numero dessas circumstancias que nelle não se encontrarem. O parto *laborioso* é um parto trabalhoso, pelo qual a mãe e o feto, ainda que este venha em situação natural, não deixam — todos dois — de soffrer e de ser mais trabalhados que de ordinario. No parto *laborioso* a natureza sempre trabalha um pouco, sendo ajudada; mas no que é inteiramente *contra-natureza,* todos os esforços que possa fazer são vãos e inuteis, somente o cirurgião apto sendo capaz de a partejar, sem o que ella não deixaria de succumbir.»

Baudelocque tentou conservar as mesmas denominações porém com criterios mais rigorosos: Partos *naturaes, contra-natureza,* (auxilio manual), *laboriosos* (auxilio instrumental).

Millot dividia-os em partos *naturaes* propriamente ditos, *naturaes irregulares* e *artificiaes.*

Gardien classificava-os em *naturaes, mixtos* e *artificiaes,* subdividindo este ultimo grupo em *manuaes* e *instrumentaes.*

Burns era mais prolixo: partos *naturaes, prematuros, sobrenaturaes, demorados, instrumentaes, impossiveis* e *complicados.*

Velpeau dividiu os partos em *espontaneos* e *difficeis* ou *complicados.*

Depaul separava o parto fetal do delivramento: Admittia: partos *espontaneos, naturaes* ou *physiologicos, contra-natureza,* (entrando estes na dystocia) e *artificiaes.* O delivramento podia ser *espontaneo, natural* (tracção pelo cordão etc.) e *artificial.*

Já Cazeaux, em 1877, confunde novamente os termos *contra-natureza* e *artificial.*

Barnes, em 1886, agrupava-os em partos *espontaneos* (subdivididos em *faceis* ou *favoraveis,* e *difficeis* ou *laboriosos)* e *artificiaes.*

Auvard (1890) dá duas classificações: Partos *normaes, physiologicos* ou *eutocicos,* e *anormaes, pathologicos* ou *dystocicos;* e: Partos *espontaneos* e *artificiaes* (com intervenção). Jardine (1903) affirma que «é quasi impossivel definir o que se entende por parto *normal.* Devemos considerar como tal, quando, em apresentação de vertex, o feto é expulso pelas forças naturaes, dentro de 24 horas, sem que nada de prejudicial occorra». Considera as seguintes variantes: *Normal, laborioso, preternatural* ou *perigoso, complexo* ou *complicado,* e *Missed Labor.*

Puech (1909), no livro de Bar, Brindeau-Chambrelent, classifica os partos de varias maneiras, conforme o ponto de vista que encara: quanto ao modo de inicio: *espontaneo*, e *provocado;* quanto ao termino: *Natural* e *artificial.*

Cragin (1916) admitte dois grupos: *Normaes* e *anormaes.*

Piccoli (1923) divide os partos em *naturaes* e *artificiaes*, sub-dividindo estes em *manuaes* e *instrumentaes.* No tocante á sua evolução, admitte partos eutocicos ou *physiologicos*, e *dystocicos* ou *pathologicos.*

Recasens admitte duas classes: Os *partos normaes*, ou *eutocicos* ou *physiologicos*, em que ha expulsão espontanea, sem prejuizo ou perigo para mãe e filho, e *partos dystocicos*, ou *pathologicos*, nas condições oppostas.

De Lee (1936), adopta a divisão em partos *normaes* ou *eutocicos*, e *anormaes* ou *dystocicos.* Affirma, entretanto, logo adeante, que em verdade um parto normal, sem a menor irregularidade, é raro. Dessa maneira, prefere chamar de parto *normal* os partos espontaneos em que o medico não tem de interferir, dando-se a expulsão de feto e annexos — espontaneamente com sobrevida fetal e materna. Faz ver que os limites entre os termos eutocia e dystocia são muito confusos, certas complicações sendo tidas como verdadeiras dystocias para uns, emquanto outros não consideram como tal. (exemplo: parto de feto em apresentação de face, ou em apresentação pelvica, que De Lee considera pathologicas).

Mangeri (1937) acceita a divisão em partos *eutocicos, physiologicos* ou *naturaes* e *dystocicos, pathologicos* ou *perigosos.*

O conceito moderno tem de ser forçosamente diverso da opinião dos classicos. A assistencia ao parto evoluiu bastante. Antes do seculo 16, predominava a espectação, como methodo de conducta mais louvavel. Esperava-se que a natureza obrasse por si propria. Se falhavam os meios naturaes, então cabia o lugar ao artificio. Dahi — partos naturaes, contra natureza, laboriosos. Depois, a arte obstetrica progrediu sobremodo, com o inicio da assistencia medica aos partos. Aos poucos, a espectação exaggerada cedeu passo á espectação racional, e o intervencionismo *ultima ratio* foi substituido por um *intervencionismo opportuno.*

Os artificios ganharam terreno, menos para accelerar a marcha do parto que para corrigir os pequenos desvios do mesmo. Com o estudo da pathologia da gestação, das condições funccionaes do utero gravido, conhecidos os trabalhos de Kreis e da escola de Strasburg, uma nova orientação se abriu para a assistencia ao parto. Parallelamente, os progressos da Hormonologia, da Physiologia, da Therapeutica, dos methodos de exame clinico e de Laboratorio, concorreram decisivamente para o pro-

gresso da Obstetricia, em geral, e da condução dos partos, em particular. Já não se póde limitar o quadro das modalidades de parto em naturaes e artificiaes, tout court. Ha uma classe intermediaria, que foge ao conceito antigo tanto do que se dizia parto natural, como do que se chamava parto artificial. Ha artificios que se applicam á marcha de um parto, collaborando com o esforço natural do organismo parturiente. Não ha interferencia; ha auxilio. Não ha opposição; ha controle, orientação, ajuda.

Mauriceau, estatuia que o esforço materno só não entrava em conta nos por elle chamados «Partos totalmente contra-natureza». De nada adiantava o esforço natural. E mesmo que este persistisse, sem o soccorro do cirurgião haveria a debacle. O parto terminar-se-ia com damnos consideraveis para mãe e filho, ou não se terminaria. Os partos laboriosos, seriam, entretanto, aquelles em que, muito embora se observassem situação e apresentação naturaes, tanto o feto como a parturiente soffressem mais que nos partos naturaes; seriam partos mais laboriosos que de ordinario, mas a natureza concorreria para seu termino, comquanto fosse necessaria a ajuda do parteiro. «Nos partos contra-natureza, de nada valeria o esforço natural; sem o auxilio do cirurgião, a paciente succumbiria».

Mauriceau admittia, portanto, tres typos de parto: Naturaes, laboriosos e contra-natureza. Esse é, approximadamente, o conceito que advogamos.

Ha partos que se processam normalmente, sem accidentes, sem complicações, sem desvios de physiologismo. São espontaneos em seu inicio, em seu curso, em seu termo, na sua sequencia. São partos *espontaneos normaes*.

Ha partos que são espontaneos em seu inicio, em seu curso, em seu termo, mas que estão sujeitos a pequenas ou grandes complicações que acarretam perigo de vida materna, fetal, ou de ambos. Complicações em seu curso ou em sua sequencia. São partos *espontaneos complicados*. Entre essas complicações, citaremos as hemorrhagias do parto, o nascimento do feto em morte apparente, a nati-mortalidade, a neo-mortalidade, a morte materna intra ou post-partum, as rupturas perineaes, a morbidez puerperal, etc., etc.: verdadeiros desvios da normalidade do parto.

Ha partos em que o auxilio do profissional favorece a terminação espontanea. Ha collaboração entre parturiente e assistente, para a terminação favoravel de caso, com o minimo de desgaste de forças, de traumatismo obstetrico, de soffrimento physico e psychico. Dia a dia, esta classe de partos apresenta maior incidencia. E' o meio termo entre a espectação e o intervencionismo; é o que Berutti chama de *partos corrigidos*, e nós dizemos parto auxiliado, porque se trata menos de correcção

que de auxilio, orientação, cooperação. Auxilia-se um parto de varias maneiras. Desde seu deflagrar pode ser ajudado. (A provocação do parto é um auxilio ao seu deflagrar; sem a cumplicidade do organismo não ha meios que provoquem o parto). Ajudamos a dilatação do collo por differentes maneiras. Auxiliamos a permeabilidade do trajecto vaginal, do annel perineo-vulvar. A episiotomia é um auxilio á passagem do movel pelo trajecto vulvo-perineal exiguo e insufficiente. Moderando o excesso contractural do utero, com sedativos e anti-espasmodicos, ou abrandando a excitação psychica de uma parturiente, tanto como anesthesiando o perineo para obter sua distensão indolor, estamos auxiliando o parto. Assim procedemos quando utilisamos faixas correctoras dos desvios da força, ou quando tornamos mais energicas as contracções uterinas, ou quando collocamos a parturiente em posições que ampliem transitoriamente o canal osteo-pelvico.

A correcção da attitude, da inclinação exaggerada, da rotação defficiente do movel, as manobras singelas para facilitar o desprendimento do feto ou da placenta, são outras modalidades de *parto auxiliado*. Tambem consideramos auxilio ao parto a ruptura artificial das membranas, e, emfim, uma serie enorme de pequenos artificios que concorrem para a maior facilidade do parto, sem que haja, a rigor, um acto extractivo.

Por ultimo, temos os partos em que ha necessidade de extracção do feto ou de seus annexos, para salvaguarda de ambas as vidas, ou da vida restante. São partos que chamamos *operatorios extractivos*, em que, além dos perigos resultantes da intervenção, addicionam-se os que decorrem da anesthesia empregada. São actos complexos, em que vigora apenas a iniciativa do operador, abolidas que ficam as forças naturaes, quasi sempre, pela anesthesia effectuada.

Tanto os *partos auxiliados* como os *partos operatorios extractivos* podem apresentar as mesmas complicações na descripção dos *partos espontaneos complicados*.

Acreditamos que a divisão dos partos em taes grupos e a verificação da frequencia dessas complicações, forneçam um bom meio de avaliação da efficiencia de um serviço obstetrico. Com effeito, a tendencia da Obstetricia moderna é para a prevenção das dystocias, para a diminuição dos partos operatorios ou, melhor dito, para a mais opportuna e exacta indicação operatoria. Tomemos um exemplo: a adopção do parto medico de Kreis serviu para diminuir sobremodo a incidencia tocurgica, até mesmo em situações em que a maioria dos autores indicava a intervenção, como no descollamento normo-placentario toxemico. As episiotomias resolvem favoravelmente grande numero de casos que constituiriam para os antigos, indicação para applicação de um

forceps. Sendo assim, tomamos como base que o ideal será a maior incidencia dos partos espontaneos normaes e dos auxiliados, como resultantes de complexos cuidados durante a gravidez (com a boa sequencia dos exames e conselhos rotineiros, tratamento das alterações da saúde resultantes ou coincidentes com o estado de prenhez), da boa conducção do parto e da necessaria habilitação technica dos medicos e da enfermagem obstetrica, bem como da adaptação do ambiente em que se trabalha.

Um serviço que funcciona com perfeição terá que apresentar uma incidencia de *partos espontaneos normaes* ou dos *auxiliados* bem maior que a dos *operatorios extractivos.*

Variando em funcção do meio, temos de levar em conta os factores economicos, culturaes, e geographicos de cada zona, teremos de observar que, de accordo com a classificação que apresentamos, o augmento da efficiencia do serviço deverá se fazer notar pelo augmento das taxas percentuaes, em um primeiro tempo, dos *partos auxiliados,* para, em tempo ulterior, predominarem as taxas dos *partos espontaneos normaes.*

Somente com este intuito, o de estabelecer uma analyse inicial dos occorridos em nosso serviço, fizemos uma avaliação estatistica de 667 casos acompanhados em 1939 e nos primeiros mezes de 1940.

Ainda em attenção ás concausas citadas atraz, devemos frizar preliminarmente que:

a) — A Maternidade do Hospital Hahnemaniano é um estabelecimento hospitalar de recursos economicos escassos,- que vive ás expensas proprias.
b) — Sua lotação é apenas de 23 leitos.
c) — Recebe parturientes matriculadas ou não. E' um serviço aberto, portanto.
d) — Sua zona de influencia é vasta, recebendo casos obstetricos até do interior do Estado do Rio, num raio de acção superior a 150 kilometros.
e) — Recebe parturientes de possibilidades economicas restrictas, para não dizer miseraveis (grao de cultura, hygiene, alimentação, muito baixos, portanto).

RESULTADO DA ANALYSE

Em 667 partos analysados, encontramos:

Partos espontaneos *normaes* ..	228	ou sejam	34,2 %	
Partos espontaneos *complicados*.	151	ou sejam	22,6 %	
Total de *partos espontaneos* ...	279	ou sejam	56,8 %	.....
Total de *partos auxiliados*	250	ou sejam	37,5 %	.....
Total de *partos operatorios* ou *extractivos*	38	ou sejam	5,7 %	.....

Comparemos esta classificação com a que era adoptada anteriormente:

Partos normaes	625	ou sejam	93,7 %
Partos operatorios	42	ou sejam	6,3 %

(No rol dos partos Operatorios pela antiga classificação, entram 4 craniotomias, que figuram entre os Partos Auxiliados na classificação que propomos).

Desse confronto se verifica que a estatistica antiga não corresponde á situação real do serviço, a qual está longe de apresentar a perfeição dos 93,7% de partos normaes, pois, mesmo sommando os 34,2% de partos espontaneos normaes aos 22,6% de partos espontaneos complicados, obteremos somente 56,8% de partos espontaneos, taxa bem inferior ao resultado com a classificação antiga.

As vantagens que decorrem da interpretação dos dados fornecidos pela nova classificação são innumeras; todas as providencias devem ser tomadas, para a melhoria das condições de tratamento pré-natal das gestantes, bem como devem ser feitos inqueritos para apurar as condições hygienico-economicas e sociaes das mesmas. E não se poderá olvidar a parte technica, da assistencia ao parto, que deve ser aprimorada.

Quadro das complicações occorridas nos partos analysados:

	Partos espontaneos	Partos auxiliados	Partos extractivos
Nati-mortalidade global	7 em 379, ou 1,8%	10 em 238, ou 3,9%	9 em 38, ou 23,7%
Nati-mortalidade reduzida (*)	2 em 374, ou 0,5%	3 em 248, ou 1,2%	6 em 35, ou 17,1 %
Asphyxia fetal, com reanimação	6 em 379, ou 1,6%	7 em 255, ou 2,7%	10 em 38, ou 26,3%
Neomortalidade	4 em 372, ou 1,1%	3 em 245, ou 1,2%	1 em 29, ou 3,6%
Morbidez puerperal	54 em 379, ou 14,3%	41 em 250, ou 16,4%	14 em 38, ou 16,8
Mortalidade materna	0 em 379.	1 em 250, ou 0,4%	3 em 38, ou 7,89%

(*) — Considera-se mortalidade reduzida, aquella em que se descontam os fetos entrados mortos.

Façamos uma comparação com os dados da antiga classificação:

	Partos normaes	Partos operatorios
Nati-mortalidade global	2,06 %	30,95 %
Nati-mortalidade reduzida	0,64 %	19,44 %
Reanimação fetal	2,06 %	24, 4 %
Neo-mortalidade	1,13 %	3,45 %
Morbidez puerperal	15, 2 %	33,33 %
Mortalidade materna	0,16 %	7,14 %

Em trabalho que futuramente publicaremos, serão estudadas as modalidades de parto, em funcção das caracteristicas morphologicas da pelve. Nosso intuito, com a apresentação deste trabalho, é estabelecer um quadro inicial, que sirva para futuros confrontos. Estimariamos que outros Serviços pudessem relatar igualmente, os dados que possuam em seus archivos.

Quadro geral dos 667 partos analysados, devidamente agrupados em nossa classificação

- **Numero de partos 667**
  - **Espontaneos 379**
    - Normaes (não complicados) - 228
    - Complicados - 151
      - De rupturas perineaes - 70
      - De morte aparente de féto - 6
      - De natimortalidade - 7
      - De morbidez puerperal - 65
      - De morte materna intra-partum - 0
      - De crises convulsivas intra-partum - 1
      - De hemorrhagias intra-partum - 0
      - De néo-mortalidade - 1
  - **Auxiliados 250**
    - No inicio - 0
      - Com desencadeamento do parto por
        - Meios medicos - 0
        - Meios tocurgicos - 0
    - No decurso 246
      - Orientando a força - 4
        - Com uso de faixas - 3 (-|- 4)
        - Com uso de posições - 1
      - Regulando o tono, as systoles e a dor - 19
        - Com sedativos - 6 (-|- 10)
        - Com ocitoccicos - 4 (-|- 2)
        - Com sangrias - 2 (-|- 7)
        - Com anesthesias - 7 sendo:
          - á la reine - 0
          - Leriche - 1
          - Henriet - 0
          - Perineal - 6
      - Ampliando o trajecto duro - 1
        - Com posições
          - de Walcher - 0
          - de Duncan - 1
        - Com pelvitmias simples
          - symphysiotomias - 0
          - pubotomias - 0
      - Ampliando o trajecto mole - 222
        - ruptura artificial das membranas - 217 (-|-11)
        - dilatação artificial do collo
          - manual - 0
          - instrumental - 0
        - episiotomias - 5 (-|- 2)
        - dilatação artif. da vagina
          - manual - 0
          - instrumental - 0
      - Modificando o objecto - 0
        - reducção das procedencias - 0 (-|- 1)
        - transformando a apresentação
          - versão externa - 0
          - Braxton-Hicks - 0
        - corrigindo a attitude
          - manobras de transformação da face em vertex - 0
          - idem, idem da fronte em vertex - 0
          - idem, idem de pelve simples em completa - 0
        - modificando a posição - Rotação manual da apresentação - 0
        - modificando a inclinação
          - correcção manual
          - idem instrumental
            - do asinclitismo - 0
        - diminuindo o volume fetal com embryotomias simples
          - Craniotomias - 3 (-|- 4)
          - Cleidotomias - 0
          - Thoracotomias - 0
          - Puncção abdominal - 0
    - No seu termino - 4
      - Auxiliando o desprendimento do feto - 4
        - Manobra de Kristeller - 3 (-|- 2)
        - Manobra de Ritgen - 0
        - Manobra de Mauriceau - 1
        - Manobra de Pajot - 0
        - Manobra de Pinard - 0
      - Auxiliando o desprendimento dos annexos fetaes - 0
        - Com uso de ocitoccicos - 0
        - Methodo de Gabastou - 0
        - Manobra de Credé - 0
        - Manobra de Dublin - 0
        - Outras manobras - 0
  - **Operatorios 38**
    - Do féto - 37
      - Forceps - 20
      - Grande extracção - 2
      - Versão seguida de grande extracção - 3
      - Embryotomias extractivas
        - Cranioclasia - 0
        - Basiotripsia - 2
        - Degola - 0
        - Evicceração - 0
      - Cesarianas - 10
      - Hysterectomias - 1
    - Dos annexos - 1
      - Delivramento manual - 1 (-|- 2)
      - Delivramento instrumental - 0

NOTA — Os numeros collocados entre parenthesis significam as vezes em que o procedimento occorreu concomittantemente com outra especie de auxilio ou intervenção, e que foram computados no grupo de auxilio ou operação mais importante.

BIBLIOGRAPHIA — LIVROS CONSULTADOS

1 — *F. Mauriceau* — «De mulierum praegnantium, parturientium et puerperarum morbis tractatus». MDCLXXXI, livro II, cap. I, pg. 134.

2 — *J. L. Baudelocque* — «L'art des accouchements», de 1815. Vol. I, pgs. 277, 301, 344.

3 — *O. Velpeau* — «Traité complet de l'art des accouchements», 1835, vol. 2, pg. 73.

4 — *I. Capuron* — «Curso theorico e pratico dos partos», 1836, pgs. 67 e 139.

5 — *Naegele* e *Greuser* — «Tratado de Obstetricia», 1869, pgs. 126, 142, 143 e 237.

6 — *J. H. Depaul* — «Leçons de Clinique Obstétricale» 1872, pg. 394.

7 — *P. Cazeaux* — «Tratado theorico e pratico de partos», 1877. Pgs. 260 e 261.

8 — *Barnes, R.* e *F.* — «Tratado theorico e pratico de Obstetricia medica e cirurgica», 1886, pg. 368.

9 — *A. Auvard* — «Tratado pratico de partos», 1890, pgs. 208 e 209.

10 — *R. Jardine* — «Clinica Obstetrica», 1903, pg. 125.

11 — *Tarnier-Budin* — «Tratado de arte dos partos», 1898.

12 — *Tarnier-Chautreuil* — «Tratado de partos», 1882.

13 — *Playfair* — «Partos, tratado theorico e pratico», 1879.

14 — *Boudin-Crouzat* — «Pratica de partos», 1891.

15 — *Budin-Demelin* — «Manual pratico de partos e da lactação», 1904, pg. 185.

16 — *Bar-Brindeau-Chambrelent* — «A pratica da arte dos partos», 1909, vol. 1, pg. 172.

17 — *E. B Cragin* — «Obstetricia», 1916, 1916, pgs. 204 e 206.

18 — *S. Piccoli* — «Manual de Obstetricia», 1923, pgs. 101 e 102.

19 — *V. Mangeri* — «Obstetricia para parteiras», 1937, pg. 263.

20 — *Bland* e *Montgomery* — «Obstetricia pratica», 1939, pgs. 368 e 500.

21 — *Farabœuf* e *Varnier* — «Introducção ao estudo clinico e pratico dos partos», 1923.

22 — *Morisani* — «Manual de operações obstetricas», 4.ª edição.

23 — *Olshausen* e *Veit* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1899.

24 — *Runge* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1899.

25 — *Hammerschlag* — «Lehrbuck der operationem geburtshilfe», 1910.

26 — *Varnier* — «A pratica dos partos, obstetricia diaria», 1900.

27 — *Schroeder* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1886.

28 — *Zweifel* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1903.

29 — *Spiegelberg-Wiener* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1891.

30 — *Baisch* — «Lehrbuck der geburtshilfe», 1926.

31 — *Leopold-Zweifel* — «Lehrbuch für hebammen», 1909.

32 — *Bumm* — «Grundriss zum studium der geburtshilfe», 1909.

33 — *Demelin-Devraigne* — «Manual do parteiro».

34 — *Cristalli* — «Manual de Obstetricia», 1922.

35 — *Doderlein* — «Tratado de Obstetricia», 1938.
36 — *Testut, L.* — «Tratado de anatomia humana», 1899.
37 — *Kehrer-V.* — «Zur phylogenie des Beckes», 1895.
38 — *Montani* e *Bourdelle* — «Anatomia regional dos animaes domesticos», 1917, pgs. 311-316.
39 — *P. Topinard* — «Elementos de anthropologia geral», 1885.
40 — *K. Steele, L. A. Winy,* e *C. Mc Lane* — «Avaliação clinica da estereoroentgenographia da pelve feminina», in Amer. Jour. Gyn. 35-938 a 948, Junho de 1939.
41 — *Galeno* — «Opera medica» (de usu partium), Livro III, pg. 128.
42 — *Halban-Seitz* — «Biologie und pathologie des Weibes», vol. 1, 1924.
43 — *E. B. Stibbe* — «An introduction to physical pathology», pg. 36-38.
44 — *J. A. Berutti* — «A conducção do parto» in Rev. Oral de Cienc. Med. 28-2-39, pgs. 57 a 64.
45 — *Recasens S.* — «Tratado de Obstetricia», pg. 266.
46 — *J. B. De Lee* — «Principios e pratica de Obstetricia», pgs. 122-123.
47 — *C. H Davis* — «Gynecologia e Obstetricia», vol. 1, cap. 1, pgs. 1 e 3, e cap. XV, pg. 4.
48 — *J. Berutti* — «Novos conceitos e novas nomenclaturas na Obstetricia actual», in Semana Medica, de 9-5-40, pgs. 1101 e 1110.

III

Tumor pelvico provocando falsas colicas nephreticas

PELO

DR. W. PINHEIRO

Cirurgião da Santa Casa e do Sanatorio Vicentina Aranha
São José dos Campos.

OBSERVAÇÃO

R. V. V., 24 annos, parda, casada — Rua Parahybuna — São José dos Campos — Ficha de consultorio nº 61, caderno 3º — 19-2-40.

Ficha operatoria nº 81 — 20-2-40.

Typo constitucional: mediolineo tendendo para a obesidade.

A. H., carecendo de importancia.

A. P., infancia sadia, anemia aos treze annos (sic). Menarcha aos quatorze annos, typo dysmenorrheico, $6 \times 30 + X$ dias; colicas intensas no primeiro dia. Casou-se aos 17 annos, engravidando

ANNO XXXV — TOMO I — ABRIL — 1941 N.º 4

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
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile 19, 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
LIVRARIA MEDICA HISPANO - AMERICANA - R. da Imperatriz, 58-1º
RECIFE — Estado de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

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 despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

Pag

Necrologio — Dr. Henrique Baptista 231

I — Myoma do collo do utero. Aspectos gyneco-tocologicos, pelos Drs. W. de Souza Rudge e Domingos Delascio . . 235

SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES 261

II — Dystocia por cancer do collo resolvido por cesareana e Wertheim, pelo Dr. Clovis Salgado. 262

III — Anesthesia local nas intervenções a forceps na excavação, pelo Dr. Herminio Ferreira Pinto 266

SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 277

IV — A pratica do forceps (kaleidoscopio), pelo Dr. Diogenes Vinhaes 278

V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 290

VI — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza 293

VII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil 296

VIII — ANALYSES 300
Sylla O. Mattos e Octaviano Alves de Lima Filho — A Thyroide em Gynecologia.
Oscar Blanchard — Importancia del Metodo Biologico en el Diagnostico de la Gonococcia Femenina.

IX — NOTICIAS 302
Programma do Curso de Endocrinologia Gynecologica na Santa Casa de Misericordia.

X — Petite Revue — A. R. O. M. 303

II

Um caso de dystocia por cancer do collo resolvido por cesareana e Wertheim

PELO

DR. CLOVIS SALGADO
Prof. de Clinica Gynecologica da Fac. de Medicina da U. de Minas Geraes

O objectivo desta publicação é tão somente relatar um um caso clinico que me parece digno de attenção, pela raridade e pelas circunstancias que o cercaram, na evolução e na resolução.

Um estudo de conjuncto do problema criado pela coexistencia de cancer do collo e gravidez acha-se bem exposto em um trabalho de Waldemar Paixão (Revista de Gynecologia e d'Obstetricia, t. II, 1939, p. 285), ao qual enviamos o leitor desejoso de instruir-se a respeito.

Eis a observação:

Ás 9 horas da manhã do dia 8-10-40, fui chamado ao Hospital de Gynecologia para examinar uma parturiente chegada, na véspera, do interior, e cujo trabalho de parto se prolongava anormalmente.

Encontrei uma paciente de 39 annos, branca, residente em Vespasiano. Mãe de 8 filhos, os quais nasceram de partos espontaneos. A gravidez actual vinha correndo normalmente, estando no 8.º mez (última regra a 22-1-40). Entrara em trabalho de parto no dia 5. Apesar de fortes dores e da applicação de duas empolas de pituitrina, o parto não se resolvera, passadas 42 horas, pelo que o médico assistente resolveu enviá-la a Bello Horizonte. Viajou horas de trem para aqui chegar. Mulher muito robusta, póde supportar tanto soffrimento e ainda apparentar tranquilidade no momento em que foi vista pela primeira vez.

O exame obstétrico mostrou: Feto vivo, em apresentação cephalica, O.I.E.A., cabeça móvel acima do estreito superior. Bolso d'agua roto. Collo dilatado para cerca de 3 dedos. Bordos do collo muito endurecidos e espessados (espessura approximada de 1 cm); a porção correspondente ao labio anterior do collo é mais grossa, mais dura e apresenta, além disso, certa irregularidade em sua superficie, offerecendo contraste com o labio posterior. Durante o exame, fortes contracções empurravam a ca-

«Foi usada a inclusão rápida em parafina (2 horas), tomando por base o methodo de Masson, em 4 horas.

1.º) — Fixação em liquido de Bouin, na estufa a 50° C, durante meia hora.

2.º) — Deshydratação em alcool absoluto, na estufa a 50° C, mudando-se 4 vezes o alcool, durante 20 minutos.

3.º) — Xylol á temperatura ambiente, mudando-se 2 vezes, durante 20 minutos.

4.º) — Banho de parafina a 50° C, mudando-se 2 vezes, durante meia hora.

5.º) — Incluir, cortar, corar e montar em 20 minutos.

«Nessa technica, a deshydratação, que é feita a quente, prejudica um pouco os tecidos, repercutindo na coloração, mas a não ser isso, o methodo de um modo geral é satisfactorio, dando cortes mais finos e susceptiveis de melhor coloração do que os obtidos por congelação».

Diagnostico microscopico: Carcinoma epidermoide de cellulas intermediarias.

A microphotographia que aqui reproduzo mostra como essa technica rapida fornece bons preparados. O corte em congelação fôra mais rapido, mas não dispunhamos, no momento, de gaz carbônico. Nessa eventualidade, a technica aqui usada poderá prestar relevantes serviços.

Com o diagnostico de cancer firmado, era mister intervir. O parto espontâneo não parecia possivel, além de extremamente arriscado para a vida do feto e da mãe; trabalho longo, ruptura do utero ou do collo, hemorrhagia e infecção. O feto devia ser retirado por cesareana. O cancer, se operavel, deve ser extirpado pela technica de Wertheim, immediatamente após a cesareana; se inoperavel, pratica-se a hysterectomia subtotal e manda-se irradiar o cancer pelo radium e depois raios X.

Voltamos a examinar a paciente por toque rectal. Os parametrios parecem livres. Acridito que a imbebição gravidica altere bastante o quadro habitual da invasão cancerosa do parametrio, mascarando-o. Isso explica a alta operabilidade que alcançam os canceres associados á gravidez (cerca de 80% dos casos da litteratura). No meu proprio caso, a impressão palpatoria não foi totalmente confirmada pelo acto operatorio; neste, pude verificar uma extensão maior do que a prevista.

A operação iniciou-se ás 12 horas, portanto, 3 horas após o primeiro exame. Sob a acção do Sedol, o utero se mantivera inerte todo esse tempo e o feto se encontrava vivo. Anesthesia

beça fetal contra o collo, momento em que se póde bem apreciar a resistencia deste á dilatação. O orificio externo mostra-se como um annel espesso e rijo.

Qual a causa disso?

A dureza e a irregularidade chamaram-me a attenção para a possibilidade do cancer. Tal diagnóstico comportaria uma conducta activa immediata e de grande gravidade para a mãe, motivo pelo qual se tornava imperioso firmá-lo com maior segurança. Imaginei praticar uma biópsia para exame histopathológico rápido.

Collocado o espéculo, não se vê nenhum tumor. Apenas se nota uma pequena vegetação, do tamanho de um grão de mi-

lho, fazendo saliencia no rebordo cervical, metade anterior. Essa pequena saliencia, quasi pediculada, foi facilmente colhida pela pinça de biópsia de Faure. Nada sangrava, nada ficou sangrando.

Fez-se uma injecção de Sedol, com o fim de suspender o trabalho de parto emquanto se procedesse ao exame histopathológico.

O fragmento colhido foi enviado ao laboratório de Anatomia Pathológica. O Dr. Moacyr Junqueira que procedeu ao exame, forneceu-nos as seguintes indicações sobre a technica empragada no preparo dos cortes:

pelo ether. Em 5 minutos o feto estava fóra do ventre. Mais 2 minutos e a incisão uterina estava fechada. Isso mostra que o facto de praticar-se a cesareana em quasi nada alonga o acto operatorio. Não ha adenopathias cancerosas palpaveis na pelve, a bexiga parece livre. Pode-se prosseguir na exerese. Ablação dos annexos para abrir campo. Ligadura das hypogastricas. E' um tempo que não executo habitualmente, contentando-me com a ligadura do tronco das uterinas, mas no caso em apreço era mister contar com a abundante vascularização gravidica. A ligadura das hypogastricas, em tais circumstancias, é certamente um auxilio e uma garantia. Dissecção dos ureteres, tempo relativamente facil. Somente na porção final do ureter direito, abaixo do cruzamento da uterina, a dissecção tornou-se penosa porque o canal se achava rodeado de tecido canceroso. Realiza-se uma boa exerese do parametrio posterior e da vagina. Hemostasia completa. Drenagem com gaze, pela vagina. Peritonização completa, a moda de Chaput. Ultimamente abandonei a drenagem systhematica á Mikulicz, recommendada por J. L. Faure e adoptatada pelo meu saudoso mestre Maurity Santos.

Não considerei totalmente satisfactoria a exerese parametrica do lado direito, pelo que deliberei fazer a radiumtherapia logo que possivel.

A operação durou 1 hora e 45 minutos; a doente foi para a cama em condicções mais favoraveis do que se pode imaginar, depois de uma luta tão demorada e penosa como a que acabava de sustentar. Foi logo praticada uma transfusão de 450 cc. sangue, com a serynga de Jubé, pelo S.T.S., com pleno exito. Administrou-se, larga manu, sôro physiologico, sôro glycosado, extracto hepatico e cardiotonicos.

Foram relativamente tranquillos os primeiros dias. Depois sobreveio um periodo febril, ligado á evolução séptica da ferida pelviana drenada. O dreno de gaze foi renovado ao 5º dia e supprimido ao 12º. Ao 9º dia foram retirados os pontos da incisão abdominal, que cicatrizou por primeira intenção.

A 29-10-40 foi a doente enviada ao Hospital do Radium, onde foram irradiados os tecidos envolventes da ferida do fundo da vagina. O Prof. Otto Cirne, que executou esse trabalho, forneceu-nos as seguintes caracteristicas da irradiação praticada: 50 mg de radium durante 24 horas. A 20-2-41, a doente foi revista em optimas condicções de saude geral, bastante corada. Fundo da vagina completamente cicatrizado.

A criança sobreviveu. A principio alimentada artificialmente, agora está recebendo duas mammadas ao seio materno. Vae se desenvolvendo normalmente.

III

Anesthesia local nas intervenções a forceps na excavação (*)

PELO

DR. HERMINIO FERREIRA PINTO
Docente livre de Clinica Obstetrica da U. M. G.
Chefe de clinica — assistente da Facufdade de Medicina (1.ª Clinica Obstetrica da Santa Casa.
Cirurgião do Prompto Soccorro de Bello Horizonte.

Venho trazer ao conhecimento dos collegas minha despretenciosa experiencia em assumpto de pratica diaria, qual seja a intervenção a forceps na excavação, mediante anesthesia local por infiltração dos ramos dos nervos pudendos.

Não se trata de uma novidade, pois sei de collegas que usam este processo e supponho que muitos outros tambem o façam. Mas, como ainda não tive ensejo de vêr um trabalho de systematização de technica, sobre o assumpto, julguei que seria de interesse divulgar o que venho fazendo desde ha algum tempo.

Antes de usar a technica que vou descrever, as operações com o forceps eu as praticava sempre sob narcose, a principio com o chloroformio e com o ether, e, mais recentemente, desde 1935, com o evipan-sodico. Este ultimo tem sido o anesthesico de uso rotineiro na Clinica em que trabalho — a I.ª Clinica Obstetrica da Santa Casa de Bello Horizonte, chefiada pelo Prof. Otto Cirne.

Considero o evipan, com o qual é bastante grande a nossa experiencia naquella Clinica, como um bom anesthesico. Tem sido empregado em cesareanas e em todas as intervenções por via baixa, com muito bons resultados. Sobre elle fez um excellente estúdo, fundamentado nos 71 primeiros casos da Clinica, o Prof. Cirne (Rev. Gyn. e Obst. — out. 937, pag. 324).

(*) Reproducção de uma communicação oral feita na 2.ª Quinzena Medica de Minas Geraes, reunida em Bello Horizonte, em Setembro de 1940.

Áquelles casos, numerosos outros podem ser juntados, até a presente data, pois continúa sendo o evipan o narcotico usual naquelle Serviço.

E' bem de ver que nos referimos a anesthesias, para intervenções obstetricas. Em relação á analgesia obstetrica, as-

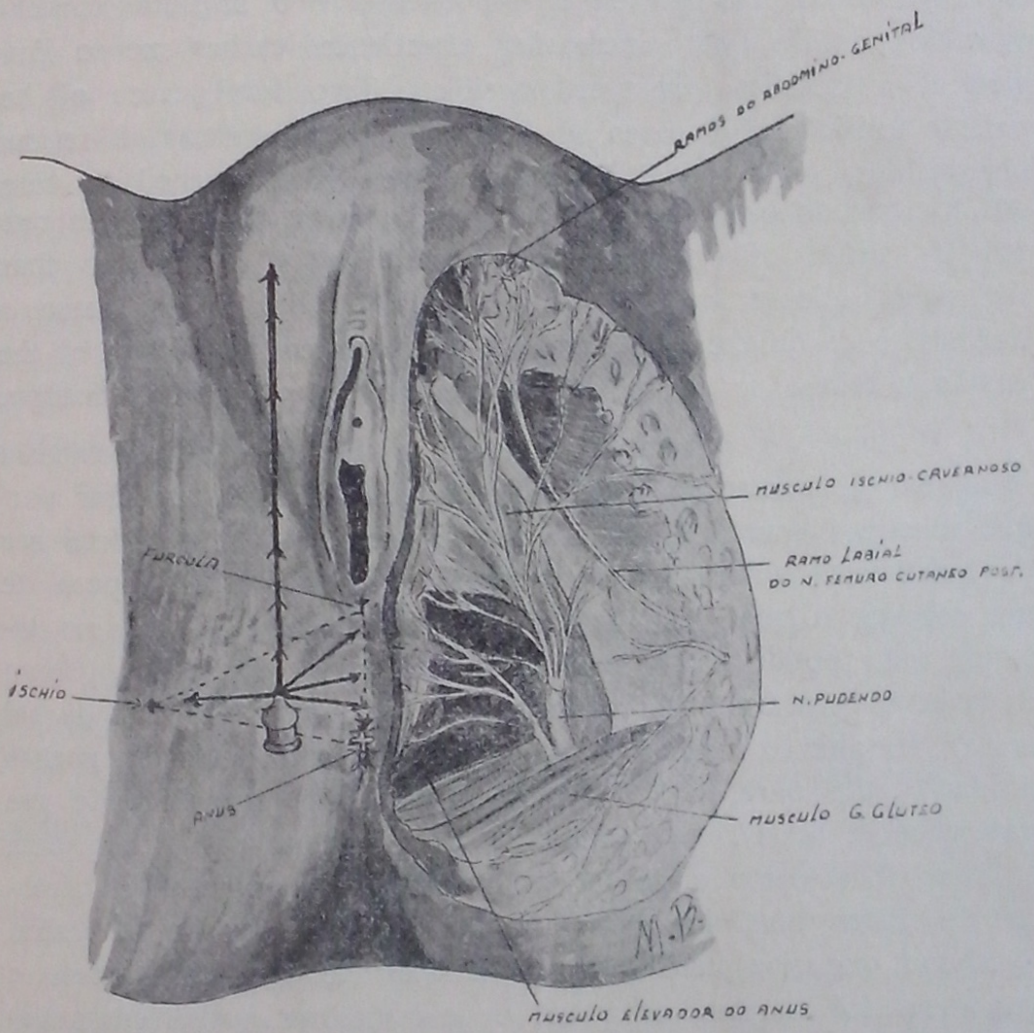

Figura copiada do livro de Peham e Amreich, modificada.
Desenho do Dr. Moacyr Bernardes.

sumpto que tem apaixonado os tocologos e servido de «leit-motiv» a calorosas discussões, é farta a mésse de publicações.

A analyse dos estudos que têm sido feitos acerca da influencia dos narcoticos sobre o feto, seja empregados como anesthesicos, seja como analgesicos, permitte concluir, em these, que todos elles, uns mais, outros menos, passam atravez da pla-

centa e podem perturbar a installação dos primeiros movimentos respiratorios após o nascimento. São expressivas, neste sentido, as cuidadosas observações feitas por Eastman, Irving e Berman, Shute e Davis, etc. Em verdade, os progressos realizados nesta questão, nos ultimos tempos, são enormes. Entretanto, quero crer que ainda não perdeu a opportunidade o seguinte conceito emittido por De Lee: «Increasing experience teaches me to limit general anesthetics wherever possible. Two fetal cases of hepatic cytolisis and 3 cases of icterus after chloroform, 8 serious pneumonias, and several bronchitis cases have warned to care, not to mention prolonged nausea and vomiting and the pain caused by them. These three discomforts often are worse than the pain relieved by the drug. Narcotic drugs also have a bad influence on the child, and I am convinced that many of the deaths ascribed to asphyxia are, in reality, anesthetic deaths».

Pratiquei a primeira extracção a forceps sob anesthesia local, em circumstancias especiaes, que julgo opportuno citar porque mostram uma situação em que o methodo foi e poderá ser de inestimavel valor (1.ª observação). Tratava-se da esposa de um collega, o qual, por imperiosas injuncções da clinica no interior, não poude estar presente na occasião do parto. Como a paciente recusára hospitalizar-se, em dado momento tive de resolver extrahir o feto a forceps, em domicilio, estando apenas ajudado pela parteira. No caso a minha responsabilidade era naturalmente maior, em virtude de estar ausente o marido. Sem auxiliar, sem tempo a perder, com o feto em sofrimento, occorreu-me fazer uma infiltração anesthesica do perineo e vulva. Confesso que tive uma dupla satisfação: ter-se salvo o feto e ver como foi simples, exequivel e sem maiores soffrimentos para a mulher, a intervenção.

TECHNICA

Posição obstetrica, em decubito dorsal, na mesa de operações ou na borda do leito. Antisepsia da vulva e da pelle do perineo e raizes das côxas com tintura de metaphen Abbott (na falta desta, solução de mercurio-chromo a 2%). Carrega-se

uma seringa de 20 cc. com solução de novocaina a 1%, com adrenalina de preferencia, munida de longa agulha fina (8 ou 10 cms.). Repara-se o centro de um triangulo formado pela furcula, anus e tuberosidade ischiatica, identificada esta pela palpação com o indicador da mão esquerda (V. fig.). Faz-se um botão cutaneo e, em seguida, dirige-se a ponta da agulha para fóra, para a face interna do ischion, em cuja proximidade se infiltram os grossos ramos do pudendo á sua sahida da fossa ischio-rectal (mais ou menos 7 cc. de sol. anesthesica). Recua-se a agulha e, sem retira-la, orienta-la para dentro, para o perineo, em varias incidencias, até o raphe mediano, do anus á furcula (mais ou menos 7 cc. da sol.). Em seguida, da furcula prosegue-se pelo grande labio, injectando «au fur et à mesure» (mais ou menos 7 cc.) até sua parte superior, onde são attingidos finos ramos do femuro-cutaneo e dos grande e pequeno abdomino-genitaes.

Repete-se do lado opposto a mesma technica e obtem-se, d'essa maneira, a anesthesia de toda a vulva e perineo anterior.

Seja lembrada, de passagem, a necessidade de verificar, por meio de aspiração, que a ponta da agulha não esteja na luz de um vaso.

Bastam, em geral, 40 a 50 cc. de solução anesthesica para ambos os lados.

Os segmentos profundos das paredes vaginaes e o collo têm uma sensibilidade embotada e não requerem anesthesia.

Para introducção das colheres, uso, ás vezes, apenas 2 dedos como guia. Apresento o ramo do forceps verticalmente, empunhado com a mão em pronação, e, ao fazer a espiral de Lachapelle, não dispenso a collaboração do pollegar da mão guia. A applicação é feita numa pausa das contracções.

Nas applicações em transversa baixa, feita a pega obliqua em relação á cabeça (fronto-mastoidéa), rodada a cabeça com o movimento de biella executado pelo cabo do instrumento, faço sempre o desprendimento em O. P. sem modificar a pega orientando a curvatura pelviana do apparelho para a eminencia ileo-pectinea do lado opposto. Em todos os casos, após a trans-

posição do estreito inferior pelas bossas parietaes, retiro as colheres e termino o desprendimento com a manobra de Ritgen.

Seria desejavel preceder a anesthesia local de uma medicação, injectavel de preferencia, de effeito rapido, de acção analgica, a qual traria uma indiscutivel collaboração na anesthesia. Entretanto, tenho sempre evitado o seu emprego, afim de não accarretar effeitos secundarios sobre o feto.

A substancia typica para o caso seria a morphina, ou outro alcaloide do opio, puro ou associado a outras substancias, mas os seus effeitos immediatos sobre o feto costumam ser nefastos. Foi, com effeito, o que verificaram Shute e Davis em acuradas observações e experiencias sobre 320 recemnascidos, durante o anno de 1932, na Maternidade de Chicago. Segundo estes estudos, a morphina passa ao feto em 2 ou 3 minutos e seus effeitos se observam durante um intervallo de até 6 horas, com um maximo de intensidade cerca de 3 1/2 horas após a injecção. O traumatismo do parto exalta a acção prejudicial da droga, de tal sorte que a menor incidencia de narcose fetal pela morphina foi observada no grupo das cesareanas (11 por cento de incidencia) emquanto que nos partos operatorios por via baixa, em geral precedidos por longo trabalho, a incidencia foi de 52 por cento. Shute e Davis concluem dizendo que «further research may produce a derivative of morphine, just as effective for the relief of maternal pain and less toxic to infants *in utero* as demonstrated immediately at birth.»

Já têm sido usadas, mais recentemente, outras substancias, entre as quaes o nembutal (pento-barbital sodico), com que, em 23 casos de sua clinica, o Prof. Arnaldo de Moraes obteve bons resultados analgesticos, sem effeitos secundarios nocivos ao feto.

Com o mesmo medicamento (pento-barbital) associado á escopolamina, Irving, Berman e Nelson têm abtido excellentes resultados, tanto do ponto de vista materno como fetal, de tal sorte que o methodo, segundo aquelles autores, tornou-se de uso rotineiro, standard, na Maternidade de Boston.

A minha satisfação com a anesthesia local para as operações com o forceps é, realmente, grande e espero, de futuro,

realizar observações com a associação — medicação analgesica + anesthesia local — e, quando dispuzer de um maior numero de observações, fazer o computo das percentagens de mortalidade e morbilidade fetal e materna, em comparação com os outros processos de anestesia.

OBSERVAÇÕES

1.º caso — O. F. R. (clinica particular), 28 annos, leucodermica, casada, natural do Rio de Janeiro. Primipara, secundogesta (1.ª gestação abortada no 3º mez). B. E. — 20. B. C. — 26; B. T. — 29; S.P.E. — 18. Evolução normal da gestação. Parto aos 6-XI-939, em domicilio. Cabeça insinuada em O.I.E.A. Trabalho de parto de 21 1/2 horas, com 3 1/2 horas de periodo expulsivo. A cabeça se detém após a rotação interna. Soffrimento fetal (bradycardia e irregularidade). Extracção a forceps, em O.P., após infiltração dos pudendos, do perineo e da vulva com novocaina a 1% (40 cc.). Desprendimento sem ruptura do perineo. Feto vivo (chorou logo), feminino, com 2.500 gr. e 52 cms. B.P. = 9. Dequitadura normal Puerperio apyretico. Alta, mãe e filha em bôas condições, a 15-XI-939.

2.º caso — L. A. D. (reg. n.º 8881), faiodermica, 28 annos, casada, affezares domesticos, natural de Contagem (Minas). Tercipara, cujos dois partos anteriores foram terminados na Clinica por cesareas baixas, em junho de 935 e dezembro de 936, em consequencia de desproporção pelvi-cephalica. B.E. — 23; B.C. — 26; B.T. — 28; S.P.E. — 18. Trabalho de parto tedioso, de mais ou menos 33 horas. Ao ser admittida, ás 10 horas de 14-VI-940, apresentava o collo apagado, com dois dedos de dilatação, cabeça fixa no estreito superior. Ás 18 horas um novo exame mostra dilatação quasi completa, cabeça insinuada em O.I.D.P., bolsa d'aguas rôta. Ás 22 horas, como não tivesse havido modificação na posição da cabeça, e já fosse demasiada a expectativa (4 horas) para um utero que soffrera duas cesareas, resolve-se intervir. Coração do feto, bem. Estado geral materno, bom, afóra a fadiga. Anesth. local (40 cc. novocaina a 1%). Extracção a forceps em O.I.D.P.: dupla pega a Fritsch-Scanzoni. Feto vivo, feminino, com 2.700 gr. e 49 cms. Pequena ruptura do collo, bilateral, reparada com 2 pontos de cada lado. Dequitadura normal. Puerperio sub-febril. Alta, bem, a 24-VI-1940.

3.º caso — C. A. C. (reg. 8834), 24 annos, xanthodermica, casada, serv. domesticos, natural de Santa Luzia (Minas). Primipara. B.E. — 20; B.C. — 24; B.T. — 29; S.P.E. — 18, Ruptura prematura das membranas 24 horas antes do inicio do trabalho. Admittida ás 7 horas de 4-VII-940. Exame ás 9 horas: temperatura 37º,4; pulso — 120 b.p.m.; contr. expulsivas fracas; coração fetal bem, embora haja abundante perda de meconio; collo dilatado; apresentação cephalica immobilizada em O.I.E.T. (transversa baixa). Trabalho de parto de 29 1/2 horas. Extr. a forceps ás 10 horas, sob anesthesia local: uma só pega, fronto-mastoidéa, rotação e desprendimento em O.P.. Feto vivo, masculino, com 3.500 gr. e 50 cms.. Pequena ruptura da parede vaginal, á esquerda, reparada com 3 pontos. Não se rompeu o perineo. Dequitadura a Credé, apoiado em orastina intra-venosa, uma hora após. Puerp. sub-febril. Alta, em bôas condições, a 18-VII-940.

4.º caso — M. G. (reg. 8647), 24 annos, leucodermica, solteira, serviços domesticos, natural de S. Gonçalo (Minas). Primipara. B.E. — 21; B.C. — 27; B.T. — 30. *S.P.E.* — *17*. Esteve sob assistencia, na Clinica, desde 29 fevereiro de 1940, com accentuada anemia e edemas dyscrasicos. Trabalho de parto de 20 horas, com apenas uma hora de periodo expulsivo, em que se manifestou fadiga materna, com dyspnéa, e soffrimento fetal (100 batimentos cardiacos). Extr. a forceps., em O.I.E.A., ás 23 horas de 12-VII-940, sob infiltração anesthesica local (40 cc. novoc. a 1%). Feto vivo, que chorou logo, feminino, com 2.860 gr. e 49 cms.. Pequena ruptura da parede vaginal e do perineo, reparada por colpo-perineorrhaphia. Dequitadura normal. Injecções cardiotonicas. Puerperio subfebril. Alta, bem, a 1-VIII-940.

5.º caso — M. G. S. (reg. 8988), 22 annos, leucodermica, casada, affazeres domesticos, natural de Conceição do Serro (Minas). Primipara, admittida com pneumonia lobar esquerda, prenhez a termo, a 10-8-940. Pelv. ext.: B.E. — 24; B.C. — 29; B.T. — 31; S.P.E. — 18. Inicio do trabalho ás 22 horas de 11. Exame ás 10 horas de 12: dilatação para 3 dedos; bolsa d'aguas integra; cabeça insinuada em O.I.D.P.; feto bem; contracções rythmadas. Ruptura expontanea da bolsa d'aguas ás 16 1/2 horas, á dilatação completa, entrando em periodo expulsivo. Após uma hora de esforços, começou a passar mal, com crises de cyanose. Anesthesia local (40 cc. de sol. novoc. a 1%). Extracção a forceps, em O.I.D.T.: uma só pega, fronto-mastoidéa. Termina-se a rotação e desprende-se em O.P., após episiotomia medio-lateral de Tarnier-De Lee. Episiorrhapia. Feto vivo, feminino, com 3.600 gr. e 50 cms. Dequitadura normal. A curva thermica cahiu no 2.º dia post-partum, normalizando-se. Alta a 22-VIII-940.

6.º caso — M. P. S. M. (clinica particular), 37 annos, leucodermica, casada, professora, natural de Bello Horizonte. Primipara de bôa compleição physica. Evol. normal da gestação. Internada na Casa de Saúde São Lucas (9-XII-940). Trabalho de parto de 15 1/2 horas. Periodo expulsivo de 3 1/2 horas, permanecendo a cabeça immobilizada em O.I.E.T. (transversa baixa), embora as contracções fossem energicas e acompanhadas de intensos esforços. Fadiga materna. Volumosas hemorrhoides procidentes. Anesthesia local (50 cc. sol. novocaina 1%). Extr. a forceps: uma só péga fronto-mastoidéa, em O.I.E.T., rotação e desprendimento em O.P., ás 21 1/2 horas. Pequena ruptura da parede vaginal posterior, sem lesão do perineo. Dois pontos de sutura. Dequitadura expontanea 20 minutos após. Feto vivo, masculino, com 3.470 gr. apresentando accentuada configuração da cabeça (dolichocephalo), o qual passou mal á noite ,com chôro e gritos espasmodicos, e pequenas crises convulsivas. Com sedativos — bromural, chloral e brometo de potassio — ao fim de 24 horas, estava restabelecido. Puerperio apyretico, apenas perturbado pelas hemorrhoides. Alta, mãe e filho bem, aos 22-XII-940.

7.º caso — S. A. O. (reg. 9216), 20 annos, melanodermica, casada, affazeres domesticos, natural de Ubá (Minas). Primipara. B.E. — 22; B.C. — 26; B.T. — 28; S.P.E. — 19,5, Admittida em trabalho, ás 7 horas de 12-XII-940. Inicio do trabalho ás 20 horas da vespera. Evolução lenta da dilatação (2 dedos ás 18 horas de 12). Ao iniciar-se o periodo expulsivo, na manhã de 13, sobrevieram ataques eclampticos (ao todo 3, até a extracção). Foi iniciado o Stronganoff. Pulso 110. Temp. 37º,8. Ás 6 horas, perfuração artificial das membranas e extracção a forceps, em O.I.D.P.; du-

pla péga a Fritsch-Scanzoni, sob anesthesia local (40 cc. novoc. a 1%). Episiotomia medio-lateral no desprendimento e episiorrhapia. Feto em morte apparente azul, reanimado com as manobras classicas. Peso 3.300 gr., 50 cms., sexo masculino. Dequitadura expontanea logo após. Duração do trabalho — 34 horas. Não teve outros ataques após o parto. Puerperio apyretico. Alta, bem, aos 23-XII-940.

8.º caso — C. A. O. (reg. 9527), 26 annos, faiodermica, solteira, serviços domesticos, natural de Bello Horizonte. Primipara. B.E. — 20; B.C. — 25; B. T. — 29; *S.P.E. — 17*, Parto aos 6-1-941, com 16 1/2 horas de trabalho, tendo havido ruptura precoce das membranas. Periodo expulsivo de 4 1/2 horas, com permanencia da cabeça immobilizada em O.I.E.T. (transversa baixa). Soffrimento fetal. Sob anesthesia local (40 cc. escurocaina 1%), applicação de forceps (Simpson), em péga fronto-mastoidéa, para O.I.E.T., rotação e desprendimento em O.P.. Episiotomia medio-lateral e episiorrhapia. Feto vivo, que chorou logo, feminino, pesando 2.800 gr. e medindo 46 cms.. Puerperio apyretico. Alta, bem, aos 16-I-1941.

9.º caso — Z. G. de A. F. (clinica particular), 22 annos, leucodermica, casada, affazeres domesticos, natural de Maceió (Alagôas). Secundipara. Evolução normal da gravidez. B.E. — 23; B.C. — 28; B.T. — 31. S.P.E. — 20. Parto a 8-I-941, em domicilio. No inicio do trabalho ás 14 horas, perdeu aguas (bolsa amnio-chorial). Ás 20 horas, dilatação completa, cabeça alta, em O.I.E.P. Ruptura artificial da bolsa d'aguas: a cabeça insinua-se em O.I.E.P., iniciando-se o periodo expulsivo ás 20 1/2 horas. Contracções muito fortes e frequentes. A cabeça desce e detêm-se no assoalho do perineo, embora as contracções continuassem cada vez mais energicas e se repetindo a pequenos intervalos (± 1 minuto). Os batimentos cardiacos do feto tornam-se lentos (100 batimentos). Injecção de cardiazol. Novo exame mostra que a cabeça rodára para traz, O.S., explicando-se, d'esse modo, a difficuldade no desprendimento. Anesthesia local: 30 cc. novocaina 1% (sinalgan) e extracção a forceps, no estreito inferior (O. S.). Desprendimento, mediante larga episiotomia medio-lateral. Episiorrhapia. Dequitadura expontanea 20 ms. depois. Foi extrahido um feto vivo, que chorou logo, após desobstrucção do cavum e algumas tracções da lingua antes de ser cortado o cordão. Peso — 4.000 grs.; compr. 54 cms.. Puerperio apyretico. Tomou 4 comprimidos de albucid *pro die*, e gynergeno (10 gottas 3 vezes ao dia), 5 dias. Cicatrização «per-primam» do perineo. Alta aos 16-I-1941.

10. caso — H. N. F. (Cl. particular), 30 annos, leucodermica, casada, affazeres domesticos, natural de Bello Horizonte. Primipara. Evolução normal da prenhez. B.E. — 23; B.C. — 27; B.T. — 28; *S.P.E. — 17 1/2*. Parto, em domicilio, aos 21-I-941. Inicio do trabalho ás 21 horas de 20. Perdeu aguas ás 5 horas, iniciando-se o período expulsivo ás 6 horas(?). Antes da minha chegada, ás 9 horas, foi feita uma injecção de orastina, pela parteira. Ás 11 horas a paciente se acha exhausta e notam-se signaes de soffrimento fetal (diminuição e irregularidade dos batimentos cardiacos). Anesthesia local (40 cc. novutox 1%). Extracção a forceps, em O.I.E.A., com desprendimento em O.P., após episitomia medio-lateral, ás 11 1/2 horas. Epísiorrhapia. Dequitadura normal 20 ms. após. Feto vivo, que chorou logo, feminino, 3.200 grs., 50 cms. Puerperio apyretico (tomou 20 comprimidos de albucid, 4 ao dia). Cicatrização «per primam». Alta a 28-I-941.

11.º caso — E. R. S. (reg. 9352), 36 annos, faiodermica, viuva,

serviços domesticos, natural de Bello Horizonte. Multipara (X para). B.E. — 22; B.C. — 24; B.T. — 28; *S.P.E.* — *17*. Parto aos 13-II-941. Admittdia na Clinica ás 8 horas, em periodo expulsivo, cabeça em O.I.D.P.. Ás 10 horas, injecção de slopart. As contracções se intensificam, mas, ás 10 1/2 surgem signaes de soffrimento fetal (bradycardia persistente) e o toque mostra que não houve progressão na expulsão, continuando a cabeça sem rodar. Applicação de forceps sob infiltração local de 40 cc. de novocaina a 1%. Pega dupla a Fritsch-Scanzoni. Na 1.ª pega só se consegue rodar a cabeça para transversa, embora a manobra tenha sido feita com a technica indispensavel do movimento em biella. Nova pega obliqua sobre a cabeça, para O.I.D.T., rotação e desprendimento em O.P.. Dequitadura normal. Foi extrahido um feto vivo, que chorou logo, feminino, com 3.000 gr. e 49 cms.. Trabalho de parto de 11 horas. Puerperio sub-febril. Alta, em bôas condicções, aos 21-II-941.

12.º caso — Z. B. (reg. 9374), 18 annos, melanodermica, solteira, serviços domesticos, natural de São João Evangelista (Minas). Primipara. B.E. — 22; B.C. — 24; B.T. — 27; *S.P.E.* — *17* — Parto aos 24-II-941. Início do trabalho ás 16 horas de 23. Deu entrada, na Clínica, ás 4 horas da manhã de 24. Ás 9 horas, estando completa a dilatação, rompem-se as membranas artificialmente: a cabeça, que estava apenas adaptada no estreito superior, insinua-se em O.I.E.P.. Ás 10 1/2 horas faz-se uma injecção de espasmalgina: as contracções melhoram de rythmo, a cabeça roda um pouco, immobilizando-se em transversa baixa. Á 13 horas, observam-se signaes de soffrimento fetal (bradycardia). Extracção a forceps, sob infiltração local de 40 cc. de novocaina a 1%: uma só péga, para O.I.E.T., rotação e desprendimento em O.P.. Pequena ruptura do perineo, reparada com 3 pontos de crina. Dequitadura normal. Feto masculino, que chorou logo, pesando 2.900 gr. e medindo 49 cms.. Puerperio apyretico. Alta aos 3-III-941.

13.º caso — L. A. A. (Cl. particular), 27 annos, leucodermica, casada, professora, natural de Pirapora (Minas). Primipara. B.E. — 22; B.C. — 25; B.T. — 28 1/2; *S.P.E.* — *16* 1/2. Parto aos 9-III-941, em domicilio. Inicio do trabalho ás 3 horas. Ruptura da bolsa d'agua ás 16 horas, á dilatação completa. Pela parteira fora feita uma injecção de pituitrina, antes da minha chegada ás 19 horas 45. Encontrou a parturiente muito fatigada, apresentando edema e cyanose dos genitaes externos, (estase de compressão), feto em apresentação cephalica em O.I.E.A., com grande bossa serosanguinea. Após 1/2 hora de observação do rythmo das contracções, que eram energicas e reiteradas, sem que houvesse tendencia da cabeça a rodar, começando os batimentos cardiacos do feto a se mostrarem irregulares e lentos, resolvo intervir. Anesthesia local (50 cc. de novutox a 1%). Extracção com o forceps Tarnier, em O.I.E.A., ás 20 horas e 45: feto vivo, que chorou logo, feminino, com 3.500 gr. Não se rompeu o perineo. Dequitadura expont. 15 ms. após. Puerperio sub-febril (tomou- albucid — 4 compr. ao dia, 5 dias). Alta, bem, a 19-III-941.

14.º caso — C. R. S. (reg. 9421), 20 annos, leucodermica, casada, affazeres domesticos, natural de Rio Acima (Minas). Primipara. B.E. — 24; B.C. — 27; B.T. — 29; S.P.E. — 18. Inicio do trabalho ás 23 horas de 14-III-941. Perdeu aguas ás 23 horas de 15. Foi feita na manhã de 16, uma tentativa de applicação de forceps em domicilio, a 40 Km. de Bello Horizonte, mas o profissional que a attendeu resolveu suspender a operação e

aconselhou a paciente a que viesse para esta Capital. Deu entrada na Clinica ás 15 horas, com 40 horas de trabalho, exhausta, sub-febril (37°,5). O feto estava vivo, mas em soffrimento: irregularidade e bradycardia, perda abundante de meconio. Cabeça encravada na excavação, em O.I.E.A.. Anesthesia local: 40 cc. novocaina. Extracção a forceps: rotação difficil e desprendimento em O.P. tambem difficil. Episiotomia medio-lateral e episiorrhaphia. Desquitadura expontanea 10 ms. após. Feto masculino, em asphyxia livida, facilmente reanimado, antes da secção do cordão. Peso — 3.100. Comprimento — 50 cms.. Puerperio sub-febril (tomou gynergeno, 10 gottas 3 vezes ao dia, 5 dias). Cicatr. do perineo, «per secundam». O recem-nascido teve forte ictericia. Alta, mãe e filho bem, aos 3-IV-941.

COMENTARIOS

Das 14 observações apresentadas, as 5 primeiras foram analysadas na communicação oral que fiz, sobre este assumpto, na 2.ª quinzena medica reunida em Bello Horizonte, em setembro de 1940.

Cinco casos pertencem a minha clinica particular e nove á I.ª Cl. Obst. da Santa Casa de Bello Horizonte.

Todas as crianças nasceram vivas, sendo que apenas duas apresentaram signaes de asphyxia livida, tendo sido facilmente reanimadas com o methodo de Laborde e a manobra de Prochowinick (casos 7° e 14°). Nestes casos havia grave toxicose materna em um (eclampsia) e excessiva duração do trabalho (40 horas) em outro.

Convem frizar que, além destes dois casos, houve signaes de asphyxia «intra-partum» (soffrimento fetal) em mais 9 casos.

Quero crêr que, não fôra a benignidade da anesthesia empregada, outros recem-nascidos, sob a acção de narcose, ter-se-iam apresentado em asphyxia, mormente os das observações 4.ª, 5.ª, em que o estado geral materno era máu (anemia grave de uma e pneumonia, de outra) e 6.ª, em que houve signaes de hemorrhagia intra-craneana por traumatismo do parto, felizmente sem consequencias.

A morbilidade materna, excluido o caso de pneumonia, se limitou a temperaturas sub-febris (entre 37° e 37°,8) em 6 casos.

Em 4 casos houve pequenas lacerações da vagina ou do perineo e em 6 casos fiz episiotomia medio-lateral de Tarnier-De Lee.

Nos casos particulares empreguei o forceps Tarnier (sem o tractor), do qual possúo um modelo pequeno, excellente. Na Clinica, usei ora o Simpson, ora o Werneck (typo Simpson, com os cabos fenestrados e, portanto, mais leves).

REFERENCIAS

Shute, E. and Davis, E. — The effect on the infant of morphine administered in labor — Surg. Gyn. and Obst. — 1933, vol. 57 — 727.

Eastman, N. J. — The rôle of anesthesia in the production of asphyxia neonatorum. A. J. of Obst. — 1936, vol. 31 — 563.

Irving, F. C., Berman, S. and Nelson, H. B. — The barbiturates and others hypnotics in labor. Snr. Gyn. and Obst. — 1937 — vol. 58 — I.

Otto Cirne — Anesthesia Obstetrica com evipan sodico por via endovenosa — Rev. Gyn. e Obst. — Outubro 1937.

Arnaldo de Moraes — Analgesia Obstetrica — An. Br. de Gin. — Vol. 10 — Agosto 1940.

Munro Kerr, J. M. — Operative Obstetrics — 1937 — 4.ª ed. — Baillière, Tindall and Cox.

De Lee, J. B. — The Principles and Practice of Obstetrics — 1933 — 6.ª ed. — W. B. Saunders Cº — pag. 973.

Peham, H, e Amreich, J. — Ginecologia Operatoria — 1940. Ed. Guanabara.

Thaler, H., in Halban e Seitz — Biologia e Patologia da Mulher — 1939 — T. IV — Ed.ª Guanabara.

IV

A pratica do forceps (*)
(Kaleidoscopio)

PELO

DR. DIOGENES VINHAES

O forceps é uma pinça, a que, segundo Démelin, o genio de Chambrelan levou seu maximo aperfeiçoamento: — «Le coup de génie qui illustra Chambrelan fut de démonter, de «désarticuler» sa pince afin d'en introduire séparément les branches». Isso foi em 1600. 3 seculos depois, ainda continuam as modificações em materia de articulação, não se chegando a um accordo: — articulação fixa e articulação movel, articulação em parafuso e articulação em encaixe, articulação no meio do forceps e articulação no extremo. Apenas uma descoberta segura ficou de pé: — a de Chambrelan. E' muito tempo para tão pouco progresso.

No Diccionario Mnemotechnico de Obstetricia, Faustino Trongé enumera, como indicações do forceps, situações clinicas interessantes: — «féto grande e féto pequeno, inercia uterina e excesso de contracção, ruptura uterina e resistencia das partes molles». E mais: — procidencia de um membro, coisa que deveria ser tratada com a manobra da reducção.

Enfileirando as indicações de forceps, no que tange á mulher, Raul Briquet insere a resistencia do perineu. Todo mundo sabe que esta resistencia deve ser vencida pela tesoura (episiotomia) e não com o forceps.

Hoffmeier, no tratado de Doderlein, no capitulo das indicações do forceps, graphou: — «Las indicaciones para la terminación del parto por medio del forceps, en realidad se pueden resumir en *una sola*. El forceps está indicado en los casos de debilidad absoluta o relativa de los dolores»...

Ora, as indicações, que dependem do feto, podem não depender das contracções. Assim, a definição, prendendo-se ao estado de dores, é limitada, porque fica no que diz respeito ao motor. A definição é: — o forceps está indicado, quando é necessario terminar o parto por via transpelvica, urgentemente.

(*) Lido na sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna em 2 de Março de 1941.

Cid Ferreira Jorge annuncia, num artigo na revista de Gyn. e Obst. (do Rio), que vae estudar as indicações e contraindicações do forceps. Quando se acaba de lêr o trabalho, verifica-se que o titulo está errado: — deveria ser: Condições e Technica.

Diogenes Vinhaes, estudando as indicações de forceps, diz da indicação prophylactica á De Lee que ella «pretende o meio de conseguir-se o humanissimo conselho — divinum opus sedare dolorem —, afiastando dos lares a maldição edenica». A ousadia da technica, procurando desnaturalizar o trabalho, ande de par com a ambição heretica de corrigir uma ordem divina.

Um registo importante: — relatando a questão do forceps prophylactico em casos de tuberculose pulmonar, disse Ricardo Scwarcz, no 3.º Congr. Arg. de Obst. y Gin.: — «Nuestra experiencia, agregada a la que extrajimos de las historias clinicas anteriores, demuestran con evidencia, que el parto espontaneo en la mujer tuberculosa, dió en esta Maternidad mejores resultados, que el forceps aplicado con fines profilacticos». Mais um argumento contra o forceps prophylactico que só não prejudicará á mulher resistente.

Uma indicação interessante do forceps — defesa do perineu — resalta do registo de Ribemont-Déssignes e Lépage: — discutindo a questão de saber-se si se extrae o forceps e depois a cabeça ou ambos juntos, referem os autores: — «D'autres préfèrent terminer l'opération, en laissant l'instrument en place: ils invoquent également l'utilité de ménager le périnée; tenant la tête avec l'instrument, ils peuvent plus facilement en régler la sortie». Conclusão: — si, presa no forceps, a cabeça pode ser melhor dirigida, deveriamos utilizar o forceps para regular o desprendimento.

Apreciando a questão do melhor instrumento e da melhor technica, conceitúa Lantuéjoul: — «il ne faut dire non plus que le meilleur forceps est celui auquel on est le plus habitué. Logiquement, il doit exister un forceps meilleur que les autres, par exemple un mode de traction préférable aux autres. La difficulté du problème, c'est que, entre les mains d'opérateurs avertis, les instruments les plus divers donnent des résultats qu'on peut considérer en général comme très bons». Só ha de logico, precisamente, o que Lantuéjoul não diz: — a affirmação de que o operador experimentado serve-se de qualquer forceps. Quanto ao mais, é pura illusão do parteiro francez. Sempre ha de haver a possibilidade de aperfeiçoamentos, porque a technica está na dependencia total do operador.

As difficuldades dum forceps bom estão sempre presentes ao espirito do parteiro. D'ahi que os livros devem focalizar os prestimos e desvalias dos varios modelos e das multiplas te-

chnicas, afim de que o parteiro *escolha*. Adaptando os conhecimentos sobre forceps, diz Juan B. Gonzalez: — «En quanto a la clase de forceps, nos referiremos al de Tarnier solamente, por dos razones: porque es el más difundido y porque cualquier otro se parece al de Tanier». Entretanto, estudando as mesmas coisas, diz Lantuéjoul: — «Le forceps de Demelin est tout à fait différent, au point de vue des principes de traction et de préhension, du forceps le plus communement employé, tout au moins à Paris le forceps de Tarnier». Differem ou parecem o Tarnier e o Demelin?

A eleição do forceps prende-se, forçosamente, ao gráo de compressão que elle exerce sobre a cabeça fetal. Elege, comtudo, Metzger o forceps de Tarnier, nas seguintes palavras: — «... sans nier les avantages des nombreux autres modèles, j'estime que l'on peut toujours terminer correctement avec le Tarnier...». Para escolha dum forceps, conclue Vicarelli: — «Analogamente risulterebbe per il forceps tedesco, che comprime la testa fetale *meno* del forcipe francese, ma *piu* del forcipe inglese». Sendo o forceps de typo francez o que mais comprime, em que se baseia a preferencia de Metzger?

A chamada applicação classica do forceps exige uma technica commumente empregada com o auxilio de certo numero de apparelhos. Variando, consoante as escolas, pequenas modificações em forceps, os recursos classicos interferem nas manobras atypicas e estas corrigem (ou procuram corrigir) as falhas do classicismo. Haverá, então, uma *applicação classica ou uma applicação facil?*»

A Obstetricia tem um grande cuidado com a vida fetal. Na applicação do forceps, esse cuidado augmenta, dia a dia, com os aperfeiçoamentos dos instrumentos, modificações de manobras, delicadeza de locação de colheres e moderação na tracção. E se exterioriza no conselho que manda o auxiliar segurar o ramo, em posição de joelhos. E' este o primeiro perdão que se pede ao feto.

O phenomeno do asynclitismo operatorio, na passagem pela fenda vulvar, domina, fortemente, a conducta do parteiro. Assim, Demelin e Dévraigne: — «Avec les doigts de la main droite, tenant l'occiput...», a outra mão retira-se uma bossa parietal os outros (Lantuéjoul, Demelin, Camargo) utilizam a manobra de Herbiniaux (um ramo do forceps); outros ainda (Maygrier e Schwaab) com o forceps articulado executando o duplo movimento de tracção e de alavanca combinados (manobra de Pajot). 3 manobras: — manual, instrumental com um ramo de forceps e instrumental com o forceps articulado. Todas 3 protegem o perineu, sob a condição de usar-se muita moderação. Que vale? As manobras, variaveis? Ou a moderação, constante?

Para fazer uma bôa applicação do forceps, um immenso esforço tem realizado a Obstetricia, e que ficou evidente na Lei da homonymia antipoda do meridiano de pega. Entretanto, informam Berkeley e Bonney: — «En la aplicación del forceps, tal como la pratican la grande mayoria de medicos en Inglaterra, se introducen las ramas de modo que queden colocadas respectivamente em relación directa con una de las paredes laterales de la pelvis, independientemente de toda consideración sobre la posición de la cabeza del féto». Depois de explicações sobre o commum dos casos, concluem: — «Pero aun en el caso de que la cabeza quede detenida en el diametro transversal del estrecho superior, la mejor posición para las ramas del forceps es la mencionada». Dispondo duma articulação de parafuso, é este o melhor processo de realizar aquillo que os parteiros italianos chamam de «cefalotrissia mascherata».

Receioso de deslocar a cabeça, na applicação do ramo posterior, na posição transversa, pelo processo classico, aconselha Wallich: — «Es posible conducir a buen sitio la cuchara posterior, sin desplazar la cabeça procediendo del modo siguiente: — La mano derecha va tan lejos como sea necesario a reconocer la región parietomalar y asegurarse de que el orificio del cuello no constitue ningun obstáculo para introducción de la rama. Una vez hechas estas comprobaciones, hay desde enconces menos interés en dejar esta mano tan profundamente situada. Se puede, pues, para hacerle sitio retirar poco a poco la mano a medida que la cuchara penetra, como en un cateterismo, dirigido sin la menor fuerza». Perde, assim, a mão a sua funcção de guia, pois que á medida que entra a colher, sae a mão. A colher, portanto, vae locar-se sózinha. Wallich mesmo não tem grande confiança no recurso, pois que, em nota, accrescenta: — «Haciendo penetrar la rama así, nose comete mayor imprudencia que la se cometerá despues haciendo evolucionar tambien sin mano guia, la rama anterior, como enseña el procedimiento clasico». Si a imprudencia não é maior, é igual. Para que substituir uma imprudencia por outra?

Na introducção do ramo direito, em O.P., Manuel Luiz Perez, contrariando a licção de Pinard abraçada por Farabeuf-Varnier (absolutistas quanto ao numero de dedos e seu gráo de penetração), diz: — «No es indispensable poner aqui más de dos o tres dedos que, entre el coccis y el isquion derecho, lleguen hasta la región-frontal». Para ambos os ramos, Brindeau e Lantuéjoul dizem ser inutil enfiar toda a mão. Bastam o indice e o médio. Esclarecendo melhor a desnecessidade de toda a mão, Wallich e Lévy-Solal ensinam que ha perfeita segurança da locação da segunda colher, quando ella se articula com a primeira. Bastam

dois dedos. Simplificando mais ainda, diz Metzger: — «Les doigts de la main gauche écartent la vulve, la cuiller est glissée sur le dos des doigts». Poderiamos, em face disso, perguntar: — para que serve a mão guia?

Para a applicação, em O. P. Wallich e Lévy-Solal dizem, de referencia á sustentação da colher esquerda: — «La rama es confiada a un ayudante (inteligente y no celoso, decía Pajot), que debe sostenerla vigilando para que no sufra ningun desplazamiento». Para o mesmo fim, escreve Metzger: — «Inutile d'avoir un aide, la branche bien introduite tient toute seule». E' difficil, em materia de pratica operatoria, encontrar opiniões mais antagonicas. E' preciso ou não o auxiliar? Talvez um confie no zêlo da colher e o outro na bôa vontade do féto.

A locação da colher, em O.P., ou seja directa, depende, por falta de vista do espaço, dum movimento externo, ou seja, da movimentação do cabo. Ensinando isso, informa Clovis Corrêa: — «... por movimento de introducção e abaixamento vertical do cabo». E adiante: — «Estando a colher meio introduzida e o cabo abaixado até certo ponto, deixamos de empunhal-o como adaga e o tomamos por cima, como pá, completando a introducção e o abaixamento com ligeiro movimento de torção...». Farabeuf-Varnier: — «Alors, le crochet subissant un triple mouvement d'abaissement, de translation et de torsion, indiqué par la fléche courbe...». Berkeley e Bonney: — «Al introducir la cuchara, el operador deberá recordar y seguir la curva del conducto genital, cuyo movimiento se parece al de la introdución de un sable curvo dentro de su vaina». Perez: — «...lo que importa un triple movimiento que se ejecuta con el mango: de descenso, de lateralización (hacia el muslo derecho) y de rotación». Vicarelli: — «...per poi abbassarlo, imprimendogli un movimiento a spirale». Ribemont: — «... puis la main gauche, décrivant un grand mouvement de haut en bas et de gauche à droite, passe successivement par les positions I, II, III, IV de le figure 481 ...». Hoffmeier: — «... se coloca el mango en la región del pliegue de la ingle derecha de la madre». Camargo: — «...pega-se verticalmente pelo cabo o ramo esquerdo do forceps com a mão esquerda e introduz-se a colher do forceps entre os dedos e a cabeça fetal além das bossas parietaes até ás orelhas fetaes e depois para adaptar-se a colher na direcção do diametro occipito-mentoniano da da cabeça fetal, abaixa-se o cabo do forceps para tornal-o horizontal de vertical, qual o traçar-se um angulo recto...». E. Suzor. — «L'opérateur sai la branche gauche de la main gauche, il tient verticalement de telle sorte que le manche soit vertical... E ainda Farabeuf-Varnier: — «Pour ce faire, votre gauche qui tient le manche haut, un peu à droite du plan médian maternel, va, tout

en abaisant, l'incliner vers la gauche de la mère». O estudante, diante destes ensinamentos, não consegue aprender a figura geometrica desenhada pelo movimento de descida do cabo nem sabe donde parte o cabo, ou seja, si é da vertical, si é dum pouco á direita do plano mediano, si da dobra inguinal direita.

Os rigores da technica do forceps levam a exigencias quase ridiculas: — Metzger ensina: — «Vous tenez le manche du forceps légèrement, non pas à pleine main, mais *entre le pouce et l'index, vos autres doigts* embrassent le manche pour le maintenir, mais *ne le serrent pas*». Manuel Luiz Perez: — «Mientras el mango queda contenido en el hueco de la mano para que los dedos lo sujeten, el pulgar impossibilita que se deslice». Clovis Costa: — «Tomo em seguida como a um punhal, o ramo esquerdo etc. . . .». Vicarelli: — «La branca sinistra del forcipe sia impugnata (come s'impugna la spada) . . .». Stoeckel: — «El mango debe cogerse como una «pluma de escribir» y sostenerse tan ligeramente que parezca como si hubiera de deslizarse de la mano en cualquier momento». Mais coherente, Ribemont-Déssaignes offerece technicas para todos os gostos: — «Le manche peut être saisi de différentes manières: soit comme une plume à écrire; soit entre l'index, le pouce et le médius; soit à pleine main, le pouce au contact le crochet».

Mateo Carreras e Vital Aza, aconselhando o tocologo rural, dizem que este deve limitar-se, no que concerne ao forceps, «a los preceptos clasicos y les indicaciones indudables; y para ello convendrá tenga bien presentes ciertos detalles y circunstancias que posseen und relieve fundamental, y a cuyo olvido se deben muchos fracasos, perturbaciones y incidentes perfectamente evitables». Ficam, assim, privadas as mulheres que residirem no campo, dos beneficios que as manobras atypicas do forceps são chamadas a resolver.

Ensinando a tracção, Vicarelli adverte: — «No si faciano, per quanto é possibile, movimenti di lateralitá, perché trasformerebbero il forcipe in una potente leva di 1° genere, comprimente e le parti materne, e la testa fetale». Mas, não teme o referido parteiro aconselhar a espiral de Lachapelle e a dupla Manobra de Fritsch-Scanzoni.

Ensinando a applicação do forceps, diz Stoeckel que a mão guia deve cobrir toda a colher, para isso aconselhando a introducção de dois dedos. Quando a vulva e a vagina são muito amplas, os quatro ultimos. Chamando á protecção pela face palmar dos dedos de superficie conductora e estando o recurso na dependencia da amplitude vulvo-vaginal, ficam privadas as mulheres de máos tecidos, justamente aquellas que precisam de maior protecção das partes molles, anelasticas, mais passiveis de traumas.

Estudando a espiral de Lachapelle, Clovis Corrêa diz: — «a execução correcta do movimento de espiral não é facil; uma vez, porém, apanhado o truc, não se erra mais — é como andar em bicycleta, nadar etc., dos quais se conserva a memoria dos movimentos por toda a vida». E ensina a realização da manobra pelo recurso do «introduza-torça e abaixe» (movimento de introducção, torção e abaixamento do forceps que é unico, não se decompõe, faz-se simultaneamente). Para a realização da mesma manobra, ensina Juan B. Gonzalez: — «La 2ª rama, una vez introducida, queda desparalelizada: más adentro que la 1ª y con su ensamble en plano diferente. Para paralelizarla es necesario extraerla y rotarla al mismo tiempo (movimento em espira de Mme. Lachapelle) hasta que los elementos particulares se correspondan». Clovis tem razão: — o movimento de Lachapelle, como o de natação, é questão absolutamente pessoal. Elle não aprendeu a nadar com o professor de Gonzalez. Nem a nadar nem a fazer a manobra de Lachapelle.

Ainda da execução da manobra de Lachapelle, diz Magalhães: — «O movimento espiral de Lachapelle é um velho recurso divulgado, conhecido, mas geralmente mal comprehendido e mal executado... não se desenrola por iniciativa da colher, mas pelo giro largo do cabo, descrevendo um circulo tanto mais favoravel quanto mais amplo, pois que sendo grande o movimento do cabo, pequena será a translação da extremidade coclear, prevenindo-se desta forma a possivel lesão das partes molles». No 3º Cong. Arg. de Obst. y Gin., Domingo Ledesma, em face das difficuldades que observou, disse: — «Estos obstaculos son facilmente allanados, si la cuchara, en vez de progresar por la punta, siguiendo el movimento clasico de M. Lachapelle, lo hace progresando por su borde convexo, como un cortapapel que separase las hojas de un libro, no con su punta, sino con su filo». Sobra razão a Clovis Corrêa: — a execução tem algo de semelhante ao andar em bicycleta. O professor de Magalhães não foi o mesmo de Ledesma. Ambos se apertaram na execução da manobra e deram-lhe um cunho pessoal.

Na rotação intrapelvica, da cabeça, por mercê do artificio do forceps, uma figura geometrica commanda a technica: — a revolução duma superfie conica. Temem os chamados classicos os resultados da referida revolução, exigindo que a base seja sempre externa, ou melhor, seja realizada pelos cabos. A um largo movimento externo deve corresponder um pequeno movimento interno, ou seja, das colheres. Essas preoccupações desapparecem diante do forceps de Demelin: — a figura de rotação é um cylindro.

Estudando a terminação extractora das direitas posteriores, Magalhães opina: — «Sou favoravel á solução artificial das posteriores pela rotação para traz; reputo a rotação anterior pelo forceps uma manobra só aconselhavel quando facil, pois o menor embaraço exige força causadora de traumatismos maternos e fetaes». Apreciando o mesmo assumpto, Paul Bouquet conclue: — «Nous transformons par suite en O.S. toutes les occipito-postérieures». Temerosos dos perigos, esqueceram-se do que tanto devem conhecer: — a rotação manual intrapelvica (Tarnier, Loviot etc.).

Discutindo a possibilidade do Kielland, Clovis Corrêa diz: — «Nós não applicamos forceps no estreito superior, não pretendemos fazer o maior passar atravez do menor». Não é argumento. A cabeça pode estar elevada por outro motivo que não a desproporção pelve-cephalica.

Apreciando as difficuldades technicas na solução das cabeças encravadas, Arturo Kunz refere a licção de Clauberg que «propone suprimir el mecanismo distocico por otro nuevo, por decirlo así y que como tal ha de comenzar por encima del estrecho superior». Isso se faz por intermedio dum forceps. Applicado, rechassa-se a cabeça para cima do estreito superior, afim de fazer-se a insinuação em outro diametro. O interessante está, além do mais, no reparo de Kunz: — «El porque no lo sabemos, y en estos casos el el operador debe, como dice Clauberg, «guiar-se de acuerdo a las preferencias de la cabeza». Pobre feto! Encravado, sózinho, ao em vez de encontrar quem o oriente, terá de preferir, e já agora conduzindo um forceps. Este passou, então, de conductor a conduzido.

Llames Massini, aconselhando prudencia na locação das colheres na applicação alta, diz: — «... tratará de no movilizar la cabeza del féto al colocar las cucharas, esforzando-se en no destruir las vantajas de orientación, modelado y reducción obtenidas por el esfuerzo de la naturaleza». E' que Llames Massini não conhece (ou não acredita) a funcção conductora do feto, capaz de levar, segundo Clauberg, um forceps á cabeça, ao descer o desfiladeiro pelvico.

Apertado com as difficuldades de insinuar uma cabeça, com o forceps, Lantuéjoul resolve fixar o polo cephalico com o instrumento e fazer deslizar a bacia sobre a cabeça pelo jogo alternativo da posição de Crouzat-Walcher e Laborie-Duncan e vice-versa. E consegue a insinuação, apezar do tragico e do comico que a movimentação da technica deve comportar. Entretanto, Lantuéjoul não ficou contente com o exito total obtido e escreveu: — «Nous avons cependant regretté de ne pas avoir fait une césarienne quand l'engagement s'est montré difficile à ob-

tenir». O parteiro, ao em vez de alegrar-se com o parto transpelvicô (mais bonito), preferia o talho abdominal (mais impressionante).

Verificando que os cabos de forceps servem apenas para levar as colheres, Torreão Rôxo, valendo-se de tractores de panno collocados nos jumellos, inventou um modelo em que, terminada a funcção locatoria, o cabo é retirado: — degolla-se o forceps.

Do forceps de Tarnier, disseram Maygrier e Schwaab: — «Le forceps de Tarnier a été plusieurs fois modifié par son auteur, qui s'éfforçait, tout en lui conservant ses caractères fondamentaux, de lui imprimer une forme semblable que possible à celle du Levret, de façon à éviter aux médecins de grandes difficultés de maniement, en leur mettant entre les mains un instrument trop dissemblable de celui auquel ils étaint habitués». Era a influencia do uso do Levret. Estudando o forceps de Demelin, diz Miguel Rago: — «Estamos muy satisfechos de los buenos resultados obtenidos, más diriamos, entusiasmados de sus bondades, que hacen que empleemos cada vez menos el Tarnier, con el que hemos hecho todo nuestro aprendizaje, sintiendo por él un profundo respecto, reconociendo que marcó una etapa en el progreso de las intervenciones obstetricas en bien de las madres y de los niños». Entretanto, Suzor (Encyclopédie) julga: — «Dans certains cas, il semble preférable d'utiliser les instruments convergents (forceps de Demelin), dans d'autres le forceps de Tarnier reste le plus avantageux», e Metzger aprecia: — «Il (o Demelin) présente pourtant de nombreux avantages au D.S.; mais c'est peut-être demander beaucoup à un praticien que de connaitre la technique de deux forceps; j'estime d'ailleurs que, bien manié, le Tarnier permet une terminaison favorable dans tous le cas». E' que ainda não passou a phase do Tarnier, e a multiplicidade dos modelos leva Magalhães á conclusão de que «Com todos os seus aperfeiçoamentos, o forceps melhor imaginado e o melhor manejado é sempre um expediente, via de regra de bom resultado quando d'elle menos se precisa».

Do forceps de Tarnier, diz Perez: — «... sin que llegue a ser una pinza perfecta, es de los que mejor cumplen su cometido». D'elle, entretanto, falla, assim, Magalhães: — «... após tão prolongado apreço, chegou ao franco declinio». Diante dos nomes respeitaves que de maneira divergente, opinam, o pratico não saberá definir-se.

No 3º Congr. Arg. de Obst. e GGyn., Juan Gabastou, enthusiasmado com o Demelin n.º 8, escreveu: — «... un forceps, basado em teorias mecanicas e matematicas a todas as luces inquebrantables y en tal grado, que solo por inercia mental o estatismo se explica que su uso no haya adquirido hasta ahora la

difusion que merece». Não participam do mesmo enthusiasmo o proprio Demelin que ainda fez construir o n.º 9, e Suzor que mandou diminuir o tamanho da parte manual dos ramos. Mais sceptico, commenta Fernando Magalhães: — «No numero 9 do modelo de Demelin não ha vantagem no systhema de laços que vão ao solo e de novo sobem á mão do operador, manipulando indirectamente o tractor molle. Valeria este proposito de estender demasiadamente este laço tractor se fosse no intuito de affastar mais o profissional do caso. A technica seria instructiva; de facto, muitas vezes ha utilidade em collocar longe da paciente o parteiro offensivo».

Infantozzi, no 3º Congr. Arg. de Obst. e Gyn., diz: — «Talvez el forceps de Demelin n.º 8 sea el mejor instrumento que posseemos para resolver el caso en cuestion, pues su presa es buena, más segura y permitte que la cabeza se mueva, y por tanto las rotaciones se hacen con mayor facilidad». — Si toda a vantagem, a maior vantagem, está em permittir que a cabeça se mova, seria melhor não pegar a cabeça, pegando o feto em outro segmento. Por isso, talvez é que Kreis tenha dito: — «O Demelin é, frequentemente, muito debil e sua elegancia é, commumente, insufficiente, para luctar contra o obstaculo que retem a cabeça».

Apezar de residir na França, Demelin não sabia que as vigias, que adoptou, no seu forceps, e pelas quaes terão de passar os laços, eram de invenção de um francez: — foi Magalhães quem informou que o interventor é Saucerotte.

Para attender ao acertado conselho de Magalhães: — «... muitas vezes, ha utilidade em collocar longe da paciente o parteiro offensivo», em vez dos laços longos na tracção do Demelin, poderiamos lembrar o apparelho tractor de Pros. (fig. 93, pg. 100, do 4 vol. do Bar, Brindeau, Chambrelan).

Jaime Moragues Bernat diz do forceps de Kielland: — «... su difusion entre nosotros es limitada, pero su conocimiento y tecnica de aplicacion son utiles a todo aquel que cuida su manualidade obstetrica, aunque no lo aplique en la prática». Si a diffusão do conhecimento do Kielland, na Argentina, é limitada, e desde que não tem applicação pratica, é desnecessario o seu estudo. Possivelmente, os argentinos vão passando como si o Kielland não existisse. Resolvem os seus casos, com outros forceps.

Ainda a proposito do estudo do Kielland, aconselha Moragues Bernat: — «Al alumno y al pratico debería bastarles saber que existe y en que casos puede estar indicado». — Para que? Si não pode applicar um conhecimento, não deve um homem possuil-o. E mais: — a dystocia terá privilegios de meio e homem?

Continúa Moragues Bernat, ensinando a technica do Kielland: — «Las ramas no tienen nombre especial, qualquiera de ellas puede ser derecha o izquierda, anterior o posterior, segun las circunstancias». Revoga, assim, o parteiro, toda a disposição basica na mechanica do forceps. O que não é possivel. Todo forceps tem um ramo direito e outro esquerdo, porque a denominação advem da locação definitiva e regular, na pelve, e em virtude da construcção do instrumento que normalmente deve ficar de determinada maneira. Variam os recursos e trucs, para local-o bem, isto é, á esquerda e á direita.

João Pereira de Camargo, ensinando a collocação do ramo anterior do Kielland, escreve: — «A introducção do ramo é profunda até ao collo do forceps, parte afilada e cylindrica do forceps, mas *deve ser cuidadosa* para evitar desgarros e rupturas, que as ha e podem haver com introducção brusca do ramo; vira-se depois a manga e o cabo do forceps no sentido do botão do cabo do forceps de modo que, com essa rotação do cabo, a curvatura cephalica do forceps se adapta ao ovoide cephalico com a ligeira curvatura perineal olhando para o occipito do feto». Descrevendo a mesma technica, Mateo Carreras ensina: — «...el forceps debe quedar colocado como es clasico, y por tanto el borde concavo de sus cucharas debe mirar hacia el occipucio fetal...»; «...y así se sigue empujando con toda precaución hasta que se ha alcanzado la profundidad necessaria...». O pratico não sabe para que lado deve ficar voltado o forceps nem a profundidade a que penetra o instrumento.

Ao contrario de Moragues Bernat, Mateo Carreras classifica, com precisão, os ramos do Kielland. Diz elle: — «La articulación se hace mediante un dispositivo en forma de L acostada, y permite que las ramas se articulen, aun las cucharas a distinta altura o profundidad; dicho dispositivo está implantado en el mango de la rama izquierda».

Clovis Corrêa, estudando o movimento de reversão da colher anterior do Kielland, diz que o sentido da reversão da colher é o mesmo da cabeça, para attingir o pube: — si a posição é direita transversa, roda-se da direita da parturiente para a esquerda; si esquerda, da esquerda para a direita. Na realidade, é indifferente, quer se effectue a rotação para direita ou para a esquerda; desde que se esteja com o ramo adequado, a locação se faz certa. A reversão não comporta a preferencia citada. A exigencia não irá atrapalhar? Talvez fosse mais acertado dizer: — effectua-se a reversão pelo caminho mais facil.

Jaime Moragues Bernat, ensinando a collocação da segunda colher de Kielland, regista: — «La introdución de la segunda cu-

chara, con respecto a la primera, debe hacerse del lado que corresponda al *gancho articular,* sin descruzamiento, para lo cual se hará una consideración mental previa a esa introdución». Seria mais simples ao parteiro dizer: — sempre o ramo posterior deve ir por cima do cabo do anterior.

Estudando o Kielland, Magalhães escreve, censurando: — «A incoherencia do forceps de Kielland está no seu cabo de Naegele, com dois appendices juxta-articulares destinados á collocação dos dedos na tracção conjuncta sobre os cabos. Ora, a articulação de encaixe ou gotteira, é a segurança do escorregamento de um ramo sobre o outro, para attender ás pegadas asymetricas; assim, o escorregamento eleva ou abaixa o appendice, e não serve mais á collocação dos dedos incapazes de se adaptarem ao desnivelamento e por isso terão de recompor a symetria na tracção simultanea, deslocando o ramo mais penetrante». Para obviar este inconveniente, eu lembro a necessidade do parteiro se fazer acompanhar por pessôas que tivessem tido panaricios, nos dedos indicador e médio e, em consequencia disso, ficassem com um dos dedos em ancylose de flexão: — assim, ficaria mantida a asymetria da tracção com o jogo alternado das mãos deformadas. Para perfeita sequencia da asymetria: — figura cephalica deformada, figura intra-coclear deformada, apparelho de tracção deformado, dedos tractores deformados.

Definindo, na pratica do forceps, a preferencia por um forceps, ensina Magalhães: — «Na escolha do instrumento, não se encontrará um só obedecendo á integralidade de suas funcções. O forceps não deve ser uma actividade. Tem valor pela sua subordinação e risco pela sua imposição. Ou serve ou manda: servindo, tem que ser submisso; mandando, será usurpador». Fica, por isso mesmo, na dependencia do parteiro, sempre encontrando casos differentes e modificando, por força, a technica. Esta não encontrará sua solução, porque é evolutiva, sujeita á adaptação do artificio a leis naturaes, cuja interpretação abre caminhos a novas technicas, a novos recursos, a novos arranjos e a renovados methodos.

Tudo isso decorre dum registo simples, ensinado pela historia: já houve forceps de 3 ramos. Actualmente, Demelin, dos maiores conhecedores do assumpto, enthusiasma-se com o prestimo dum ramo só: elle preconiza a volta ao uso da alavanca: — «Une branche de forceps (D. 8) employée seule joue la rôle de l'ancien levier. A plusieurs reprises, j'ai conseillé d'y revenir. Elle est capable d'achever l'accouchement».

ANNO XXXV — TOMO I — MAIO — 1941 N.º 5

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

J. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile 19, 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco e Parahyba do Norte:
LIVRARIA MEDICA HISPANO - AMERICANA - R da Imperatriz, 58-1º
RECIFE — Estado de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio da Republica Argentina, dirigir-se a nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

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 despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

Pag

I — Myoma do collo do utero. Aspectos gyneco-tocologicos (conclusão), pelos Drs. W. de Souza Rudge e Domingos Delascio 307

II — Dystocia por desequilibrio volumetrico dos ovoides fetaes, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta Barbosa 330

SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES 333

III — Relatorio dos servicos da 2.ª enfermaria de clinica obstetrica da Santa Casa de Bello Horizonte, referente ao anno de 1940, pelo Dr. Argeu Murta 334

IV — Sobre a maior frequencia dos casos de inversão uterina no Brasil, pelo Dr. T. Jabur 344

SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) 349

V — Nova technica de esterilização tubaria (secção, duplo sepultamento e cruzamento dos côtos), pelo Dr. J. Adeodato Filho 350

VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos 355

VII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso 358

VIII — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros 361

IX — BIBLIOGRAPHIA 364
Revista Medico-Cirurgica do Brasil, Outubro de 1940; Sanatorio Clinico, Outubro de 1940; A Folha Medica, Janeiro de 1941; Medicina, Cirurgia e Farmacia, Fevereiro de 1941.

X — SOCIEDADES MEDICAS 367
Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil — Acta da 1.ª sessão ordinaria de 1941.

XI — NOTAS THERAPEUTICAS 368
Tratamento das ulceras gastro-duodenaes pela associação Histidina-Pepsina. — Indice de revistas medicas.

XII — Petite Revue — A. R. O. M. 373

II

Dystocia por desequilibrio volumetrico dos ovoides fetaes(*)

PELO

DR. LUIZ AGUIRRE HORTA BARBOSA

Livre Docente de Clinica Gynecologica e de Clinica Obstetrica e Assistente da Maternidade Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Assistente da Maternidade do Hospital de S. João Baptista da Lagôa. Professor do Curso de Enfermagem Obstetrica.

Desejo apresentar na presente nota prévia os primeiros resultados das observações que venho colhendo para provar que ha uma forma commum e bastante frequente de difficuldade de expulsão do feto decorrente do desequilibrio volumetrico entre a cabeça e o tronco.

O ponto de partida de minhas pesquizas é a frequencia da necessidade de auxiliar certos partos, por meio de forceps, ou mesmo da cesareana, quando pelo exame nada fazia suppor a necessidade de taes operações, nascendo, muitas vezes, fetos com a extremidade cephalica normal em volume e dimensões mas com o peso abaixo do normal, oscillando em torno de 2.600 a 2.900 grs. e comprimento comprehendido entre 47 e 50 centimetros, sendo o trajecto perfeitamente normal. A dystocia se extereoriza pela paralysação do trabalho, que exige o auxilio da arte.

A theoria com que procuro explicar tal dystocia é a seguinte:

O trabalho expulsivo do motor uterino evolue bem até que a cabeça attinge o assoalho perineal mas, dahi em deante, si bem que a contracção se mantenha não ha progressão porque o corpo do feto, pequeno, magro, hypotonico, curto, está dentro da parte passiva do utero — o segmento inferior, não podendo, portanto, receber a impulsão da parte contractil, que elle já abandonou e

(*) NOTA PREVIA — Lida na sessão da Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil de 5 de Março de 1941.

que se acha acima. Comparando-se grosseiramente, o facto descripto se assemelha ao mechanismo do delivramento que é na grande maioria dos casos expontaneo nas duas primeiras phases (descollamento e descida) mas não se completa, sinão raramente a expulsão porque a placenta cáe numa zona inerte, o segmento inferior collo e vagina.

Tal dystocia que ora ponho em destaque evidentemente não é grave mas muitas vezes é decepcionante porque attinge a vaidade do parteiro que se vê obrigado a intervir para extrahir fetos de volume e peso taes que pela logica deviam nascer naturalmente.

Observo tambem que essa dystocia é mais frequente com certos fetos prematuros, immaturos e debeis que nos maduros e que além disso, como consequencia, é mais frequente nas primiparas mas que nas mesmas condições é menos frequente quando o parto se dá pela extremidade pelviana parecendo, portanto, vir corroborar a opinião de que neste caso a força do utero se applica melhor sobre o maior polo, mais uniforme e mais resistente, que é justamente o cephalico, tornado propulsor. Sendo certa esta observação ha obediencia na collocação do ovo com a ponta mais fina para baixo, nestes casos especiaes a nadega, e tambem á superposição do cone de propulsão, que deve sobrepujar o de insinuação segundo Magalhães.

Pretendo continuar minhas pesquizas e colleccionar uma série de casos que constituam uma observação documentada, computando em todos elles as dimensões e os volumes dos ovoides fetaes e affastando, como é obvio todas as causas de erro decorrentes de outras dystocias.

O interesse clinico que parece existir no reconhecimento desta forma de dystocia reside nos seguintes pontos:

1.º — O parto prematuro ou immaturo evolue melhor quando se dá pela extremidade pelviana.

2.º — Não ha vantagem real para a evolução mechanica do parto em se praticar a versão externa prophylactica quando o feto é pequeno.

3.º — O parto pelvico dos fetos pequenos não deve ser temido.

4.º — Os ocytocicos são contraindicados nos partos cephalicos com fetos pequenos nos quaes o desequilibrio volumetricos dos ovoides estiver caracterizado, pois não ha dystocia da força.

5.º — A manobra de expressão do utero a Kristeller é indicada mas se deve levar em conta as serias difficuldades e o perigo para o feto e principalmente para o segmento inferior.

6.º — O forceps baixo de applicação facil e inoffensiva é a melhor solução.