

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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  
Registrado... 50\$000  
Para estudantes... 30\$000

EXTERIOR — Porte simples 50\$000  
Registrado... 60\$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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — Novo caso de enfisema sub-cutaneo durante o parto, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta Barbosa . . . . .	151
II — Primeiros resultados do diagnóstico radiológico da placentação baixa pelo método de Ude, Weum e Urner, por Jorge de Rezende . . . . .	156
III — Oncologia clinica, pelo Dr. Reynato Sodré Borges . . . . .	171
IV — Bacia assimetrica — Desencadeamento prematuro do trabalho, pelo Dr. A. Lôbo Sobral . . . . .	175
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
V — Torsão de anexo portador de quisto dermoide do ovario, com seu destacamento e parasitação do tumor no epiploon, por Henrique Machado Horta . . . . .	186
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
VI — Enfisema subcutaneo cervico toracico, por Djair Brindeiro	192
VII — Monstros cefalotoracópagos monosimetricos, pelo Dr. Edesio Paes Barreto . . . . .	195
VIII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	200
IX — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	203
X — BIBLIOGRAFIA . . . . .	206
Annali di Ost. e Gin., ano LXXX, ns. 6 e 7, junho e julho de 1941.	
XI — SOCIEDADES MÉDICAS . . . . .	209
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil.	
XII — NOTAS TERAPEUTICAS . . . . .	212
A piritoterapia na queratite parenquimatosa, por E. O. Kramer.	
XIII — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	213

## IV

## BACIA ASSIMETRICA

Desencadeamento medicamentoso  
prematuro do trabalho

PELO

**DR. A. LÔBO SOBRAL**Do Serviço de Ginecologia e d'Obste-  
tricia do Hospital S. Francisco de Assis,  
a cargo do Dr. Armando Aguinaga.

Varias razões levaram-nos a publicar a interessante obser-  
vação desta paciente.

O vicio pelvico pouco frequente é bastante instrutivo sob  
o ponto de vista obstetrico e mesmo em razão de sua raridade  
mereceu um estudo muito completo por parte dos autores. De-  
mais esta parturiente já havia feito a sua prova por ocasião do  
parto anterior que malgrado a expectação levou-a á mesa de  
operações. Deixa sentir ainda, com certa segurança, que o de-  
sencadeamento medicamentoso prematuro do trabalho, alem de fa-  
cilmente conseguido, parece ter evitado uma cezareana iterativa,  
cujos riscos sabemos maiores e que nunca poderíamos avaliar  
o resultado. Quanto á criança, que tivemos ocasião de rever  
estes dias, está perfeitamente bem e nunca anteriormente, apresen-  
tou qualquer manifestação patologica que pudessemos atribuir a  
um possivel trauma obstetrico.

## OBSERVAÇÃO

Clotilde M. A., de 26 anos de idade, é admitida ao Serviço  
do Dr. Aguinaga, no 8º mês de uma gestação normal.

Sua marcha, claudicante, revela um visivel encurtamento do  
membro inferior esquerdo (menor 5 cms.) resquicio de uma co-  
xalgia contemporanea á «espanhola» que contraiu aos 5 anos de  
idade. Corroborá a suposição de ter sido o acidente da infancia  
uma coxalgia, a presença de duas cicatrizes á altura da articula-  
ção coxo-femural esquerda perfeitamente manifestas nas fotografias  
que acompanham este artigo.

A inspeção do abdome revelou de importante, a existencia  
de uma cicatriz pubo-umbelical por cesareana praticada em no-  
vembro de 1936 na Maternidade do Hospital Hahnemaniano e que  
soubemos graças a gentileza de seus dirigentes ter sido a mesma  
motivada pelo vicio pelvico que logo estudaremos. A sequencia  
operatoria foi simples, salvo pequeno abcesso de parede que se  
formou e logo evoluiu para a cura. O recém-nato obtido, a  
termo, teve alta com sua mãe em perfeita saude.

A palpação, reconhece a perfeita integridade da cicatriz operatoria e ademais, descobre um feto em posição longitudinal, apresentação cefalica, movel acima do estreito superior; dorso á direita.

Ausculta: Q. I. D.: 140 batimentos,

Pelvimetria externa: BE.: — 23 BC.: — 23,5 BT.: — 27 SPE.: — 16,5.

Lozango de Michaelis: Assimétrico (vêr figuras 1 e 2).

Ao toque: Promontorio, acessível; conj. vera: 7,5.

Arco anterior: Assimétrico.

Arco posterior: A' direita, seio sacroiliaco mais profundo; menor diametro sacro-cotiloideo de Velpeau.

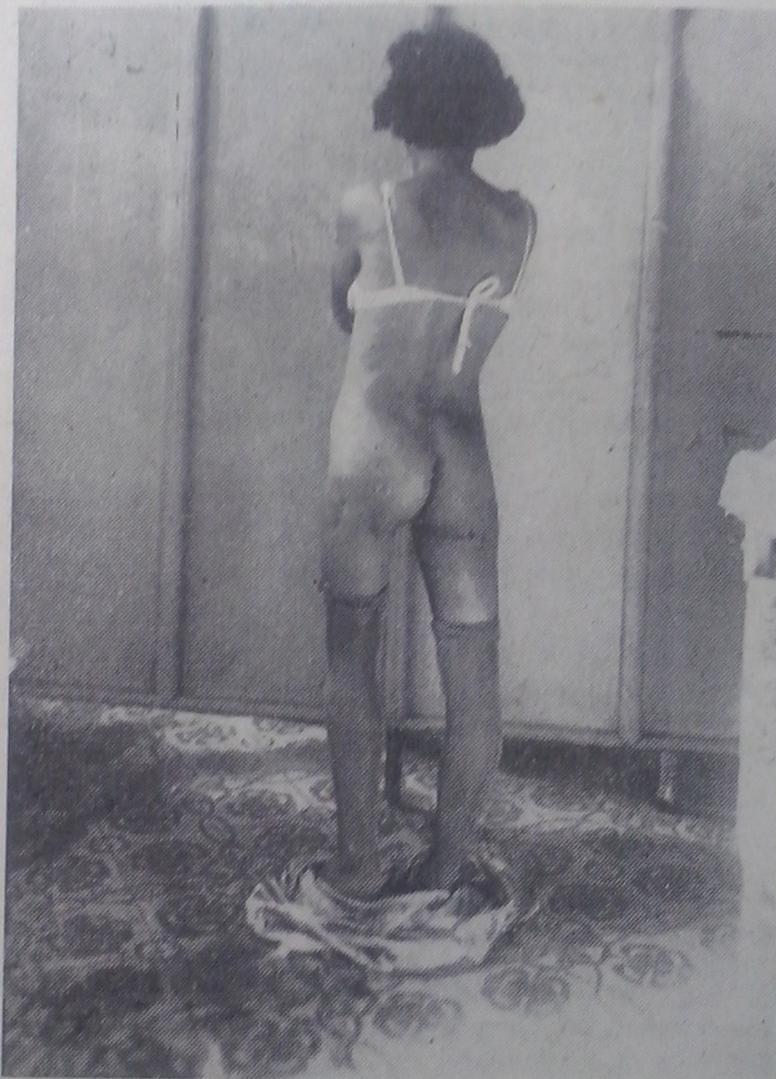


Fig. 1.

Arcada subpubiana: em angulo fechado.

Palpar mensurador: (prova artificial de insinuação): Positiva.

Relação pelvi-cefalica: Proporcional.

De posse destes dados, mormente do que nos forneceu a «prova artificial de insinuação», pensamos em desencadear prematuramente o parto por processo medicamentoso. Para isto consul-

lamos ao nosso chefe, Dr. Aguinaga, que após examinar a paciente concordou com o nosso intento.

Então, preparamos a gestante com uma lavagem intestinal e logo procedemos ao desencadeamento do parto por um processo que podemos esquematizar do seguinte modo:

Dia 15-8-936

Às 12.30': Injeção intramuscular de 5000 U.I. de Benzoginestril.

Às 13.00': Uma capsula de 0,50 de Quinino.

Às 15.00': Repetimos a injeção de 5.000 U.I. de foliculina.

Às 17.00': Novamente qq.

Dia 16-8-936.

Às 12.30': Ingestão de outra capsula de qq.

Às 15.30': Primeira injeção de 1/2 unidade de post-hipofise dissolvida em 1 cc. de sôro fisiologico. Pouco após a pratica da injeção de post-hipofise apa-

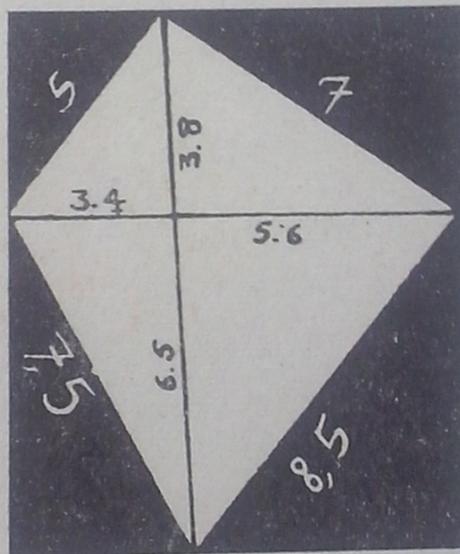


Fig. 2.

receram as primeiras contrações uterinas, ritmadas porem um tanto hipotônicas.

Às 19.30': Aplicamos nova injeção de 1/2 unidade de post-hipofise dissolvida em sôro e juntamente administramos uma empôla de Spasmalgine. Aí, as contrações modificaram seus caracteres: tornaram-se frequentes e mais energicas. Nesse tempo, fizemos o primeiro toque e constatamos o colo dilatado para 3 centímetros, cabeça alta e bolso d'agua integro.

Às 24.00': Praticamos novo toque e verificamos que só progredira a dilatação que atingia 4 centímetros.

Aos 00.45': do dia seguinte, em face de um certo grau de hipertonia e hipersístolia uterina, resolvemos fazer nova injeção de Spasmalgine, que pela mesma

razão foi repetida às 19.00. Logo após, normalização das contrações.

Às 20.00': Rutura artificial das membranas o que trouxe um consideravel aumento da contratilidade uterina, facilmente corrigida com outra empôla de Spasmalgine.

Às 22:00': o cólo terminou a sua dilatação e a cabeça se insinuou em O. I. E. P.

Às 23.55': a parturiente expulsou um fêto prematuro, do 8º mês, bem conformado, pesando 2.700 grs. e que chorou ao nascer.

Delivramento: A moda Baudelocque pesando a placenta que era normal, 750,0 grs. .

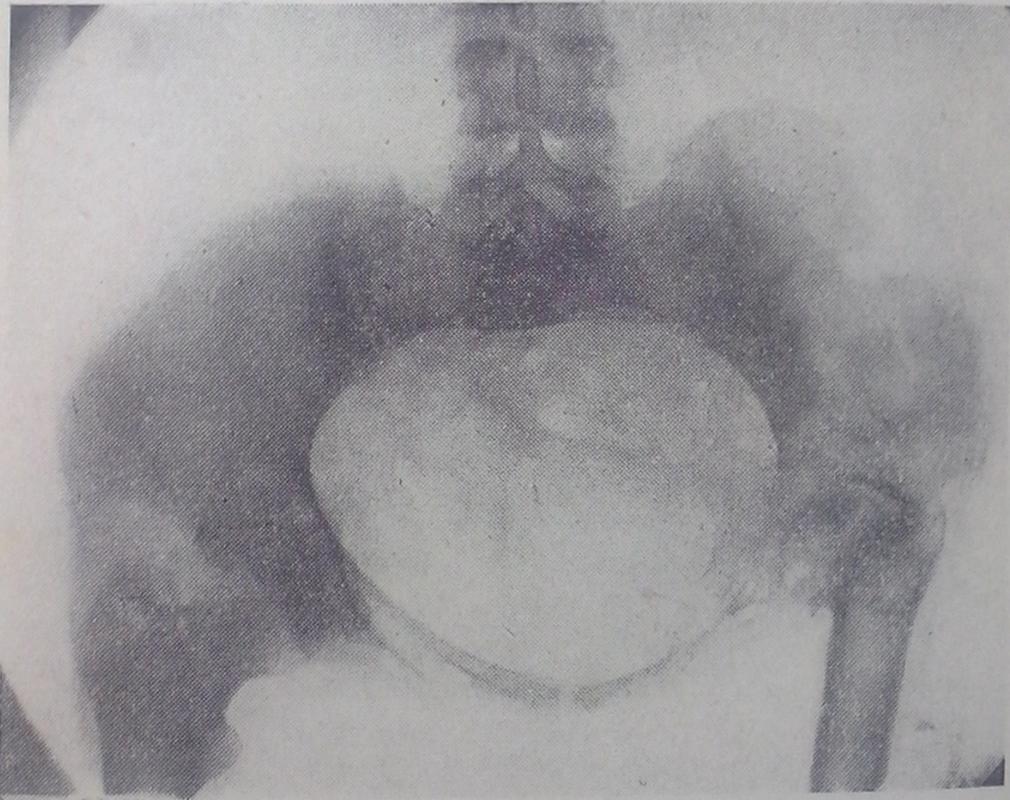


Fig. 3.

A sequencia foi absolutamente simples para a mãe e para o recém-nato que deixaram o serviço em 27-8-936.

Denota este caso, com relativa clareza, a oportunidade de nossa intervenção assim como a benignidade do processo escolhido para termina-lo.

No entanto, si considerarmos o que dizem certos autores, temos de concordar que a tarefa de escolher este ou aquele caminho para a resolução do caso em apreço, é sobremodo ardua, não deixando raras vezes ao obstetra uma duvida assás difficil de dispersar.

Grelle por exemplo, do estudo meticoloso de 170 casos de néo e nati-mortalidade, conclue que a maioria dependia de lesões vasculares poli-viscerais, portanto lesões generalizadas e não como se supunha outrora localizadas nos órgãos intracranianos. Pro-



Fig. 4.

põe por isto a criação de um síndrome que denomina de síndrome hemorragia do recém-nato. Admite que tal sucede quando estão em jogo fatores predisponentes como a fragilidade vascular provavelmente constitucional e determinantes quando representadas

pelo mecanismo hidro-dinamico habitual do trabalho. Tudo isto seria agravado, como é facil concluir, por uma pelvis de capacidade diminuida, viciada portanto. Assim tambem, o feto prematuro do 7º mês estaria mais frequentemente exposto a este tipo de lesões, já que normalmente só se desenvolve a tunica media vascular por volta do 8º mês da vida intra-uterina.

Parece mesmo, segundo Studdifford e Salter, que o tecido conjuntivo das estruturas de sustentação e dos vasos sanguineos do prematuro têm a sua resistencia tanto menor quanto maior o grau de prematuridade. Daí estes autores condenarem a indução ao parto prematuro em presença de partos moles resistentes com o fim de trazer um feto pequeno atravez uma pelvis estreitada.

Contudo, temos de convir que a pressão sofrida pelo objeto do parto no seu trajeto atravez a fileira genital, decresce proporcionalmente á diminuição do seu volume. Por isto, julgamos em grande parte compensada a vulnerabilidade vascular do prematuro.

Porem, para o parteiro, não constituirá o unico objeto de suas cogitações a qualidade do recém-nato a obter, mas tambem como e quando obte-lo.

### ESCOLHA DO PROCESSO

Os velhos processos como a sonda de Krause, balão dilatador e outros, ainda que em uso na atualidade, perdem terreno para os mais recentes, tal como para o chamado «desencadeamento medicamentoso do trabalho».

Este seria a nosso vêr o unico fisiologico e capaz de evitar intervenções diretas sempre traumatizantes e por isto, de um certo modo, infectantes. Daí Daléas considera-lo um precioso recurso terapeutico devendo ser tentado com grande esperança de sucesso toda vez que se desejar esvasiar um utero cujo colo estiver fechado. Para Estienny seria o que melhor imitaria o processo natural do desencadeamento do parto.

Todo o dito, portanto a natureza fisiologica do processo, é sobejamente apoiado pelas interessantes experiencias de Knaus e von Arvay na Alemanha, que trouxeram á luz, pelo menos em parte, as verdadeiras causas do desencadeamento do parto.

Para Gonnet e Dauvergne no entanto, nem sempre o resultado de pratica deste método seria seguida de uma resposta feliz, como testemunham as duas observações que apresentam.

Em uma, a dose de 120 unidades de post-hipofise foi insuficiente para desencadear o trabalho que só se iniciou espontaneamente um mês após. Em outro, 16 unidades provocaram violentas contrações uterinas que fizeram os autores temerem a rutura do órgão e atribuírem ao trabalho cataclismico o acidente grave que foi a hemorragia meningéa apresentada pelo recém-nato. Rhen-ter, em discussão, lembra com justeza, que as doses empregadas pelos autores foram sensivelmente diferentes das habituais, isto é, deveriam ser menores e repartidas.

Demais, a associação com os sais de quinino, não os empregando sinão em jejum, favoreceria os resultados.

Acha este mesmo autor após o estudo minucioso de 100 casos, que os vícios pelvicos de grau medio e que a seu ver possam ser considerados como compativeis com um parto espontaneo de uma criança que pese ao menos 2.500 grs., não deveriam implicar forçosamente á expectativa e ao recurso da prova do trabalho.

Tambem assim a natureza o faz, como se póde dar conta pela grande incidencia do parto prematuro nas bacias viciadas, em numero nitidamente superior ao que sucede nas pacientes cujas pelvis são normais. E si é certo que «quo natura vergit, eo ducendum», preferimos postar-nos a seu lado e agirmos sempre que pudermos, conforme nos ensina. E assim foi para o caso de nossa paciente.

#### ESCOLHA DO «MOMENTO UTIL»

A impressão clinico-obstetrica, colhida conforme já dissemos da classica manobra de Pinard-Muller, orientada segundo os ensinamentos de Voron, constituiu o elemento primordial para julgarmos da praticabilidade do desencadeamento e outrossim, do *momento util*.

Em que consiste esta manobra aconselhada por Voron?: Sem anestesia pratica-se um toque obstetrico. A mão livre, que palpa, ou a de um auxiliar, apoiada fortemente, seja sobre o fundo uterino, seja sobre a cabeça fetal, procura leva-la atravez o estreito superior e insinua-la na excavação por uma circunferencia vizinha da circunferencia maxima. Si esta manobra, bastante simples, fôr positiva, poderemos falar com grande probabilidade de acerto que se acha ausente uma desproporção mecanica pelvicefalica.

No que diz respeito ao vicio pelvico da nossa paciente, só o estudamos radiologicamente «á posteriori» (\*). Trata-se, como

(\*) As radiografias foram gentilmente executadas pelo Dr. Reynato Sodré Borges, a quem muito agradecemos.

se póde dar conta pelas figuras, de uma bacia tipicamente coxalgica, achatada do lado são e atrofiada do lado doente.

E' interessante notar na fotografia (fig. 1) a atitude, habitual da paciente, principalmente em relação ao membro inferior esquerdo que se encontra em semi-flexão, rotação externa e ligeira abdução. Portanto, uma atitude viciosa que é compensada pela torsão geral da bacia e pelas curvaturas scolioticas raqueanas e sacras (figuras 1, 3 e 4). E' frizante a assimetria do lozango de Michaelis que está representada graficamente no desenho junto (fig. 2).

Resumindo, encontramos:

Radiograficamente:

- 1) — Assimetria geral da pelvis.
- 2) — Atrofia dos ossos iliacos do lado doente.
- 3) — Destruição da cabeça do fémur e anquilose da articulação coxo-femural.
- 4) — Redução do diametro sacro-cotiloideo de Velpeau do lado são.
- 5) — Achatamento visível do lado não afetado, á par da direção sensivelmente retilinea desta hemipelvis.
- 6) — Grande projeção do isquion para o interior da excavação.
- 7) — Desvio das vertebrae lombares e sacras.

Radiopelvimetricamente:

Conjugata vera .....	9,2	cmts.
Transverso .....	11,6	„
1º Obliquo .....	10,3	„
2º „ .....	11,0	„

O mecanismo do parto foi o que habitualmente se encontra nesta variedade, isto é, aproveitamento do pequeno obliquo (no caso, 1º obliquo) para gozar de uma maior distancia sacro-cotiloidea (lado atrofiado).

Assim, a cabeça se insinuou em O.I.E.P. e desprendeuse em O.P.

Vemos pois, que o nosso caso seria um dos que se poderia catalogar justamente, como um caso feliz e que fatalmente nos inspira ao desejo de proceder assim, sempre que nos deparemos com um caso analogo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) — *Aburel, M. E.* — Le déclenchement du travail par injections intra-amniotiques du sérum salé hypertonique. X<sup>o</sup> Congresso de Obst. e Gyn. Rev. Gynec. et Obst. de Paris. 1937 — pg. 398.
- 2) — *Arvay von, A.* — Die Bedeutung des Hypophysenvorderlappen — und Follikelhormons während der Schwangerschaft und für den Geburtsbeginn. Endokrinologie, t. XIV. n.º 4, 934. Ext. Gynec. et Obst. de Paris.
- 3) — *Baron, F.* — Bassin d'assymétrie violente; consequence d'un traumatisme de la première enfance. Bul. Soc. et Obst. de Paris. 1939, pg. 75.
- 4) — *Daléas, P.* — Accouchements et avortements provoqués par méthodes médicamenteuses. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1936, pg. 189.
- 5) — *Davéo* — Hémorragie par placenta praevia marginal, déclanchée par la méthode d'accouchement médical provoqué: césarienne. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1939, pg. 78.
- 6) — *Estienny* — L'accouchement «déclanché» à terme. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1936, pg. 286.
- 7) — *Fulconis* — De l'accouchement prématuré provoqué. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1936, pg. 588.
- 8) — *Gernez, L.* — A propos du déclenchement médicamenteux du travail au voisinage du terme. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1938, pg. 372.
- 9) — *Gonnet et Dauvergne* — De l'inconstance d'action de la méthode médicamenteuse dans l'accouchement provoqué. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1936, pg. 76.
- 10) — *Grelle, F. C.* — O traumatismo obstetrico sob o ponto de vista neuro-psiquiatrico. O Hospital. 1936, pg. 1.315.
- 11) — *Grelle, F. C.* — Lesões vasculares poli-viscerais do recém-nato — O Hospital. 1937, pg. 699.
- 12) — *Hauch, M. E.* — Rev. Gyn. et Obst. de Paris. 1937, pg. 366. X<sup>o</sup> Congresso de Obst. e Gynec.
- 13) — *King, E. L.* — What is meant by the term «Test of Labor»? Amer. J. of Obstetric and Gynecology. 1938, pg. 482.
- 14) — *Knaus, H.* — Ueber die Ursachen der Geburtsauslösung. Medizinische Klinik, t. XXX, n. 50, 14 dez. 1934. Ext. Gyn. et Obst.
- 15) — *Labhardt* — Le declenchement du travail par l'hormone folliculaire. Gyn. et Obst., t. 40 1939, pg. 258.
- 16) — *Nicholson, J. E.* — The induction of labor. Americ. J. of Obst. and Gyn. 1938, pg. 721.
- 17) — *Pinto, A.* — Accion de la foliculina y testosterona en el trabajo de parto. Bol. de la Soc. de Obst. y Gyn. de Buenos Aires 1938, pg. 418.
- 18) — *Rhenter* — De la rareté actuelle des indications chirurgicales posées par le viciations pelviennes. Gyn. et Obst. t. 40, 1939, pg. 231.
- 19) — *Rhenter, Bucher e Chastel* — Réflexions sur l'épreuve du travail. Gyn. et Obst. 1937, pg. 5.

- 20) — *Sala S. L.* — La estrechez pelviana. El Dia Medico. Anno X, pg. 425.
- 21) — *Sala, S. L.* — Diagnostico de la estrechez pelviana. El dia Medico. Anno X, pg. 456.
- 22) — *Sala, S. L.* — Mecanismo, evolución, pronostico y tratamiento del parto en la estrechez pelviana. El Dia Medico, Anno X, pg. 481.
- 23) — *Studdiford and Salter* — The relation of labor to intracranial injury in the premature infant. Amer. J. of Obstet. and Gynec. 1938, pg. 215.
- 24) — *Vaz de Mello* — Debeis e prematuros. O Hospital. 1938, pg. 887.
- 25) — *Verdeuil* — Déclenchement médical du travail à 8e mois. Bul. Soc. Gyn. et Obst. de Paris. 1936, pg. 460.



# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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 — Disjunção traumática da sínfise pubiana durante a gestação, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta Barbosa . . . . .	217
II — Difteria genital feminiua (observação de dois casos), pelo Dr. Henrique Duék . . . . .	228
III — "Missed abortion", pelo Dr. João Peres . . . . .	236
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
IV — Diverticulo da uretra feminina (trabalho realizado no serviço do Prof. Lucas Machado), pelo Dr. J. Bolivar Drummond	242
V — A «Prostigmine» no retardamento menstrual e no diagnóstico diferencial com a gravidez incipiente, pelo Dr. Nelson Ziviani . . . . .	248
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
VI — Fibroma da parede abdominal, pelo Dr. Victor Maron . . . . .	254
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	262
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	267
IX — BIBLIOGRAFIA . . . . .	273
Annali di Ost. e Gin., ano LXXX, ns. 6 e 7, junho e julho de 1941.	
X — ANALISES . . . . .	278
M. M. Fabião — «Endocrinologia Sexual Feminina» — F. Briquet & Cia., Rio — 1942.	
XI — SOCIEDADES MÉDICAS . . . . .	279
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil.	
XII — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	285

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 476  
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 — CÓRDOBA

## ASSINATURA ANUAL:

BRASIL: Porte simples.. Cr \$ 40,00		EXTERIOR: Porte simples Cr \$ 50,00
Registrado . . . . > 50,00		Registrado.. > 60,00
Para estudantes > 30,00		

Numero avulso: Cr \$ 5,00

## 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 duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês 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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — Tuberculose genito-pelviperitonial (casos clinicos e documentação histopatologica), pelo Dr. João Pereira de Camargo	289
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	333
II — Hyperemesis gravidarum, pelo Dr. Daniel Ribeiro . . . . .	334
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	341
III — Considerações sobre a varicocele pelvica, pelo Dr. Galdino da Silveira Magalhães Ribeiro . . . . .	342
IV — BIBLIOGRAFIA . . . . .	345
Annali di Ost. e Gin., ano LXXX, ns. 6 e 7, junho e julho de 1941; O Hospital, vol. 21, ns. 3 e 5, março e maio de 1942; Brasil Foliclinico, vol. V, junho de 1942.	
V — NOTICIAS . . . . .	353
Homenagens aos doutores Synesio Rangel Pestana e José Ayres Netto.	
VI — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	354

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 476  
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 — CÓRDOBA

## ASSINATURA ANUAL:

BRASIL: Porte simples.. Cr\$ 40,00		EXTERIOR: Porte simples Cr\$ 50,00
Registrado . . . . . > 50,00		Registrado.. > 60,00
Para estudantes > 30,00		

Numero avulso: Cr\$ 5,00

## 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 duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês 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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — A gestação e o parto na primipara de mais de 40 anos, pelo Dr. Ramon Echevarria . . . . .	357
II — Molluseum pendulum (fibroma vulvar pediculado), pelo Dr. Luis Aguirre Horta-Barbosa . . . . .	361
III — Eritroblastosis neonatorum (comunicação de um caso à Sociedade de Ginecologia e Obstetricia), pelo Dr. Maia Bitencourt . . . . .	369
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
IV — Vaginite enfizematosa, pelo Dr. Lucas M. Machado . . . . .	379
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
V — Anti-concepção e anomalia fetal, pelo Dr. J. Adeodato Filho . . . . .	380
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	391
VII — Anti-concepção e anomalia fetal, pelo Dr. J. Adeodato Filho . . . . .	392
VIII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	396
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	402
VIII — SOCIEDADES MEDICAS . . . . .	406
IX — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	409

## I

Instituto de Maternidade e Assistencia Social «Prof. Ubaldo Fernandez»,  
do Hospital T. de Alvear, Buenos Aires. — Diretor: Prof. MANUEL LUIS PÉREZ.

# A Gestação e o Parto na primipara de mais de 40 anos<sup>(\*)</sup>

PELO

**DR. RAMON ECHEVARRIA**

Livre docente de Clinica Obstetrica  
Chefe de clinica: Secção de Obstetricia.

Desde remota epoca o problema da primiparidade tardia tem merecido a atenção dos tocólogos. Dele se ocuparam numerosos autores estrangeiros estudando a evolução e o prognostico do parto nas mulheres que começam a apresentar sinais de desgaste na sua constituição fisica.

Entre nós trouxeram tambem contribuições ao estudo do tema *J. A. Beruti, M. L. Pérez, E. Bottioli e R. Bernasconi*.

Embora em epocas diversas fossem contraditorias as opiniões, hoje ha uniformidade de juizo no que se refere à evolução e ao prognostico do parto. A inercia uterina, dependente da depreciação da fibra contratil, por um lado, a menor elasticidade dos tecidos moles que formam o canal genital, por outro lado, protraíriam a evolução do parto. A maior fixidade do coccix seria outro impedimento à passagem do feto. Essa mesma deficiencia da contração uterina seria tambem causa de distocia na dequitadura.

Si ajuntarmos ainda que as desordens durante a gestação são maiores, parecendo incidir nela com maior frequencia as toxicoses gravidicas, teremos razões suficientes para reservar o prognostico tanto materno como fetal na primiparidade idosa.

E' objeto do presente trabalho examinar a evolução da gravidez, do parto e do sobreparto em uma centena de primigestas maiores de 40 anos.

De 1912 a 1941 inclusive, seja durante 30 anos, registraram-se no I. M. «Prof. U. Fernandez» um total de 29.710 partos, entre os quais se incluem 98 correspondentes a primiparas com

(\*) Artigo especialmente remetido para esta «Revista», traduzido do original espanhol pelo nosso Redator Secretario.

40 anos ou mais de idade. Vale dizer que a incidencia de primiparas quarentonas orçou em 0,32%. A maioria destas mulheres se achavam entre 40 a 45 anos de idade, duas completaram 46, uma 48 e outra 49 anos de idade.

Antes de analisar a evolução da gestação do parto e do sobreparto das nossas observadas, adiantamos que apenas 46 gestantes ingressaram durante a gestação, as restantes entraram durante o parto e apenas uma delas durante o secundamento. Daí decorre que a gestante nem sempre pode ser observada e anotada como fôra para desejar. Entre as 98 mulheres registrámos 30 (30,61%) gestoses, incluindo nesta denominação o prurido, a albuminuria, edemas, a hipertensão e a eclampsia. Esta ultima doença observou-se cinco vezes (5,12%), indices estes que se apresentam muito elevados quando comparados aos das gestantes mais jovens.

A estreitesa pelvica foi reconhecida em 8 mulheres (8,16%) cifra que se nivela com as percentagens habituais. Só em uma delas o vicio pelvico obrigou a operação cesareana, as restantes tiveram parto pelas vias naturais. O mioma uterino foi registrado 4 vezes (4,08%) incidencia elevada; não constituiu em caso algum tumor prévio.

Outras anomalias e enfermidades ovulares foram observadas durante a gestação: hidranio 1 caso (1,02%), metrorragia por inserção baixa da placenta 1 caso (1,02%). Como acidentes durante a gestação foram anotados: desprendimento prematuro de normo-placenta 1 (1,02%); morte do feto durante a gravidez 2 (2,04%) — 1 caso por lues, 1 caso por nefropatia. Foram notados durante a gravidez: cardiopatias 10 casos (10,20%); sífilis 10 casos (10,20%); litíase biliar 2 casos (2,04%); pielite 2 casos (2,04%). O parto ocorreu no termo da gestação em 78 casos; houve 20 prematuros (20,40%). Dos prematuros 8 eram de 8 1/2 meses, 3 de 8 meses e 9 de menos de 7 1/2 meses de gestação. Não parece que se deva atribuir à primiparidade o parto prematuro. Nestes casos, as parturientes quasi sempre apresentavam, complicando a gestação, enfermidades das especies referidas.

A apresentação foi cefalica em 94 casos (95,91%), pelvica em 4 casos (4,08%), indices que se enquadram nas percentagens normais. O mesmo podemos dizer com relação à posição nas apresentações cefalicas.

A rotura prematura das membranas é frequente: 34 casos (34,69%); menos frequentes é a rotura precoce: 31 vezes (31,63%) e ainda menos frequente a rotura oportuna: 21 vezes (21,42%); em 12 casos a ocasião da rotura das membranas não era conhecida.

Por notável coincidência as duas mulheres mais idosas tiveram parto de curta duração: uma de 49 anos teve parto espontâneo com 4 horas de trabalho — 3 horas para o período de dilatação e 1 hora para o período expulsivo — rotura oportuna da bolsa de águas, feto vivo com 3.100 grs. de peso, sem lesões vulvo-perineais; outra de 48 anos teve um parto espontâneo em 8 horas e 15 minutos (7,45 horas de período de dilatação e 0,30 horas de período expulsivo), rotura prematura da bolsa de águas, nascendo um feto vivo com 3.900 grs. de peso, sem lesões vulvo-perineais. Apesar destes casos excepcionais, podemos dizer que a duração do parto espontâneo estava aumentada. Assim é que das 98 parturientes apenas 10 tiveram parto com trabalho de duração menor de 10 horas (10,20%) e em 27, esse prazo foi de 10 a 20 horas; ou sejam 37 partos espontâneos com duração menor de 20 horas, isto é, em 26,73% do total dos partos. Em 42 casos, 42,85% das vezes, o parto foi prolongado e a sua duração variou de 20 a 70 horas, terminando a maioria com intervenções obstétricas e apenas 14 partos foram espontâneos. A causa da protelação do parto dependeu quasi sempre da inércia uterina combinada com a resistência das partes moles do canal — vagina, vulva ou perineo. Deve-se consignar ainda que o alongamento do parto se fez não só em relação com o período de dilatação como com o período expulsivo. A inércia uterina foi muito frequente. A insuficiência do poder contrátil do útero foi consignada 51 vezes (52,04%). A inércia primitiva foi observada em 30 casos e a secundária em 21 casos e, então, quasi sempre consecutiva à resistência do canal mole (colo, vagina, perineo etc.). A terminação do parto foi espontânea em 54 casos (55,10%) embora mais de metade destes fosse a custa de previa episiotomia ou de roturas vulvo-perineais.

Os partos restantes 44 (44,89%) terminaram artificialmente do modo seguinte: 28 forcipes no soalho pélvico ou na excavação e 4 forcipes altos, somando 32 forcipes ou sejam 32,68%. Estas extrações a forcipe foram quasi sempre acompanhadas de debriamentos perineo-vaginais e outras vezes de dilatação manual ou cirúrgica do colo.

A versão interna foi praticada 3 vezes (3,06%), a cesarea abdominal 4 vezes (4,08%), a cesarea vaginal 2 vezes (2,04%), a grande extração pélvica 1 vez (1,02%) e a embriotomia em feto morto 2 vezes (2,04%). As causas que exigiram tantas operações foram: a inércia uterina isolada 3 vezes (3,06%); a inércia

uterina associada a resistencia das partes moles 15 vezes (15,30%); a inercia uterina concorrente com a resistencia das partes moles e o sofrimento fetal 16 vezes (16,32%); o sofrimento fetal por si isoladamente 7 vezes (7,14%); a eclampsia 2 vezes (2,04%) e as cardiopatias 2 vezes (2,04%).

Durante a dequitação verifica-se novamente a incidencia da inercia 5 vezes (5,10%), uma vez unica determinando hemorragia. Em todos estes casos interveiu o delivramento manual. A infeção puerperal sucedeu em 20 casos: 20,48%, distribuidos da seguinte maneira: 15 endometrites, 2 infeções mamarias, 1 flebite, 1 peritonite e 1 supuração da parede. Na sequencia do parto sobreveiu 1 vez trombose vulvar e uma psicose. A mortalidade materna foi de cinco casos (5,10%) pelas seguintes causas e sempre no decurso do sobreparto: 2 por eclampsia, 1 por embolia, 1 por peritonite puerperal 1 e por assistolia.

A mortalidade fetal alcançou 24 casos (24,48%) pelas seguintes causas: 7 por intoxicações gravidicas ou gestoses 7 por traumatismo obstetrico, 4 por sífilis, 4 por debilidade congenita, 1 por sincope materna e 1 por descolamento de normo-placenta. De referencia ao peso fetal podemos dizer que o termo medio dos nossos observados encontrava-se dentro dos limites normais. A maior incidencia de varões nos partos de primiparas idosas assinalada por outros autores é manifesta na nossa estatistica. Nos 98 partos o sexo está anotado em 96 casos. Entre eles encontram-se 60 varões e 36 mulheres. Vale dizer que o sexo masculino teve representação em 62,50% dos casos.

Examinados estas indices, conclue-se que a evolução do estado puerperal na primipara quarentona tem as seguintes particularidades: a intoxicação gravidica é muito mais frequente como provavel resultado de maior labilidade dos órgãos nobres; o parto evolue muito mais lentamente por motivo da inercia uterina e da resistencia maior do canal genital à progressão fetal; observam-se tambem maior numero de distocias no secundamento pela mesma inercia uterina. Por estas razões multiplicam-se as intervenções obstetricas e cirurgicas. Com isso cresce a morbidade materna e a frequencia da mortalidade fetal.

Em conclusão deduz-se: a vigilancia médica durante a gestação deve ser muito mais severa, as medidas de prevenção higienica mais rigorosamente atendidas.

*R*

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — No XXXVI ano . . . . .	3
II — Enfisema sub-cutaneo durante o parto, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta-Barbosa . . . . .	4
III — Tumores da 'mama (contribuição á luta anti-cancerosa), pelo Dr. Reynato Sodré Borges . . . . .	11
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
	31
IV — Carcinoma do coto vaginal, 29 anos após histerectomia total, pelo Dr. Lucas M. Machado . . . . .	32
V — Ceco movel ou ceco pendulo ? — pelos Drs. Diogenes Magalhães da Silveira e Euclides G. Freitas . . . . .	37
VI — Erratas . . . . .	40
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
	41
VII — Distocia da força (tentativa de esquematização didática), pelo Dr. J. Adeodato Filho . . . . .	42
VIII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	63
IX — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico : Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil . . . . .	67
X — ANALISES . . . . .	70
. Anales del Instituto de Maternidad y Assistencia Social "Prof. U. Fernandez". — II vol., 1940, Buenos Aires, Dir.: Prof. Dr. Manuel Luiz Perez.	
XI — Petite Revue — A. R. O. M. . . . .	71

## II

Enfisema sub-cutaneo durante o parto<sup>(\*)</sup>

PELO

**DR. LUIZ AGUIRRE HORTA-BARBOSA**

Livre docente de Clínica Obstétrica e de Clínica Ginecológica e Assistente da Maternidade Escola da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Assistente da Maternidade do Hospital de S. João Batista da Lagôa. Professor do Curso de Enfermagem Obstétrica.

O enfisema subcutaneo que surge durante o parto já é conhecido desde longa data mas não é, de maneira alguma, ocorrência comum, a sua observação desperta sempre interesse.

A observação que transcrevo abaixo, resumida, refere-se a um caso desse acidente que pude observar na Maternidade Escola da Clinica Obstetrica da Faculdade Nacional de Medicina (Prof. Fernando Magalhães).

Papeleta 40.379 de 2-4-1941 (17 hs. 20 m.)

A. G. 23 anos, solteira, parda natural do E. do Rio, analfabeta.

*Ant. hereditarios:* — Pais vivos e sadios.

*Ant. pessoais:* — Coqueluche, sarampo, gripe de 1918. Menarca aos 17 anos, durando a primeira menstruação 3 dias. Regras seguintes normais, do tipo 30/3. Uma gestação anterior terminada por aborto provocado pela ingestão de bebida alcoólica, no 1º mês. Última menstruação em 21-7-40. Primeiros movimentos fetais em novembro. Teve náuseas e vômitos nos primeiros meses da gestação. Ultimamente apareceram edemas. Observou regime alimentar acloretado. Fez tratamento antiluetico no Hospital Miguel Couto, não sabendo informar si teve reações sorológicas positivas.

Estado ao ser admitida: — Brevilinea, boa nutrição, edemas discretos nos membros inferiores. Esqueleto normal. Temperatura 36,2, pulso 88. Pressão arterial 10,5 x 6,5 (V. L.). Pelve normal. Feto vivo com 140 batimentos por minuto, em apresentação cefalica dorso a esquerda. Gestação a termo, tendo o parto se iniciado em residência desde às 3 horas. Ruptura espontanea da bolsa das 8 horas. Contrações de média intensidade e frequência, dolorosas. O toque vaginal revelou: colo apagado, dilatado para 1 dedo, cabeça adaptada ao estreito superior.

(\*) Comunicação feita à Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil na sessão de 12 de Maio de 1941.

*Evolução do parto:*

*As 21 horas:* contrações dilatadoras, fortes e ritimadas. Cabeça fixa no estreito superior em O.I.E.P. Colo dilatado para 1 dedo, de bordas finas. Fêto vivo com 144 batimentos fortes e ritimados.

*As 8 horas de 3-4-41:* contrações frequentes e muito dolorosas. A paciente faz esforços expulsivos. Colo dilatado para 3 dedos de bordas dilatáveis mas apresenta dois pontos resistentes no labio direito. A cabeça continua no estreito superior havendo pequena bossa serosanguinea.

*As 10 horas:* contrações do tipo expulsivo muito dolorosas porém pouco eficientes. Utero hipertónico. Fêto com 150 batimentos. Colo dilatado para 4 dedos de bordas grossas e rijas. Cabeça insinuada em O.I.E.P. mal fletida. Pressão arterial: 12 x 8 (V. L.). Foi indicado pelo Prof. Fernando Magalhães a seguinte terapêutica: sangria de 400 grs., 1 amp. de Spasmalgine e lavagem retal a 40° em dupla corrente.

*As 12 horas:* as contrações, após a medicação acima indicada, tornaram-se menos dolorosas e de maior efeito útil. A paciente faz violentos esforços expulsivos. Fêto com 142 batimentos. Pressão arterial 11 x 7 1/2.

*As 13 horas e 1/2:* continuam os violentos esforços expulsivos, queixando-se a paciente de dor na face esquerda do pescoço próximo à mandíbula, sendo notado nesta ocasião que o seu rosto está tumefeito. Pelo exame local o interno de serviço percebeu crepitação subcutânea o que lhe permitiu diagnosticar, com segurança, a existencia de ar sob a pele, avisando-me incontinentemente. O exame local revelou propagação do enfisema pelas regiões vizinhas ao ponto do seu aparecimento estendendo-se, agora, para baixo para as regiões supra, infrahioidéas, parte superior do tórax, inclusive mamas e para cima invadindo o rosto, parte posterior do pescoço, sendo poupados o nariz e as orelhas. A linha de inserção dos cabelos era o limite superior da infiltração aérea.

*As 14 horas:* Antes que fosse possível fazer qualquer coisa a paciente dá a luz, espontaneamente, um fêto vivo em O.P. em ótimas condições de vitalidade. Não houve rutura perineal.

*Os dados referentes ao recém-nascido são os seguintes:* sexo masculino, cor parda:

Diametros cefálicos: BP 9 SOB 9.5 OF 11 OM 13

Circunferências: OF 34 OM 39 SOB 31

Wassermann no cordão umbilical negativo.

*Evolução do puerperio:* A paciente foi observada diariamente decorrendo o puerperio dentro da fórmula eussemica. O enfisema diminuiu gradativamente e, ao ter alta a paciente no 7° dia, á pedido, restava ainda pequena infiltração aérea nas regiões submaxilares. A temperatura máxima observada foi de 37° no 2° dia e o pulso variou entre 62 e 80.

Descrito o caso em suas linhas gerais passo agora ás considerações que êle suscita.

O enfisema subcutâneo durante o parto tem duas origens absolutamente distintas, ou é consequente ás rupturas do útero,

colo e vagina, com penetração do ar por essas lesões traumáticas até o ligamento largo (Berkeley e Bonney), ou independe de lesões dos órgãos genitais e é originário do aparelho respiratório. No primeiro caso o enfisema é de localização inicialmente subumbilical e no segundo de localização alta, toraco-cervico-facial. E' bem verdade que o enfisema, seja de que origem fôr, pôde se generalizar á toda a camada subcutanea nos casos graves (Depaul, Delasalle), mas a observação do seu ponto de origem é de grande valor diagnostico.



Fig. 1 — Fotografia da paciente feita no dia seguinte ao parto. Nota-se ainda nitidamente a deformação do rosto pelo enfisema.

Não falarei aqui dos casos de enfisema consequentes aos processos infecciosos puerperais, do tipo da gangrena gazosa, porque não se enquadram no titulo deste trabalho. Deixarei, também, de lado, daqui por diante, o enfisema consequente ás rupturas uterinas e do trajeto do parto, não só porque esta variedade é de extrema raridade, como também porque é de menor interesse etiopatogenico.

A literatura sobre o enfisema subcutaneo alto é escassissima. Sabe-se que Depaul observou-o na sua localização cervical. A

primeira observação bem documentada data de 1898 quando O. Scheffelaar Klots publicou um caso. Em 1907 M. Neu fez um estudo crítico dos casos ocorridos até então. No mesmo ano em Nova York G. W. Kosmak publica seu importante trabalho denominado «Subcutaneous Emphysema in Labor», no qual reuniu 77 casos colhidos na literatura mundial entre 1791 e 1907. Além desses trabalhos originais ainda encontrei, na literatura que pude consultar, os casos relatados por Venedig Viana na Ginecologia em 1907, o de Fabre e Trillat de 1908, o de H. Gilbert de 1913, o de Cumington e Willet de 1913, Brindeau cita as observações de Roche, Macé e Nicaise. Mais recentemente encontrei os casos de K. Riediger de 1922 relatado no Zentralblatt für Gynäkologie e o de Giuseppe Nicora, o ultimo de que tive conhecimento, aparecido na La Ginecologia de Maio de 1940.

Todos os autores que observaram casos de enfisema subcutâneo durante o parto bem como os tratadistas que se referem a esta entidade morbida, estão de acordo sobre as suas origens.

Para que o ar, que circula livremente do meio exterior até a intimidade dos alveolos pulmonares, possa surgir debaixo da pele é necessario uma lesão, minima que seja, em qualquer parte da arvore respiratoria, é preciso que haja ruptura dos alveolos, fissura dos bronquios ou da traquéa. Desta opinião geral compartilham De Lee, que observou 3 casos, Bum, Berkeley e Bonney, Brindeau, Maygrier e Schwab e Marcel Metger.

A origem alveolar é a mais frequente. O ar, aumentando subitamente de pressão dentro dos alveolos, no momento dos esforços expulsivos do parto, rompe o tenue epitelio de revestimento, passa para debaixo da pleura, abre caminho pelo mediastino e infiltra o tecido celular subcutaneo do pescoço e rosto.

Evidentemente há causas que predispõem a esta ruptura alveolar e, em primeiro lugar vem a tuberculose e o enfisema pulmonar facilitaria a ruptura alveolar porque são frequentes as adherencias pleurais, principalmente nos apices pulmonares.

Além dessa causa alveolar do enfisema intraparto há a possibilidade da ruptura dos bronquios e da traquéa, devido a um esforço violento e quiçá a uma lesão preexistente, tuberculosa ou não.

A lesão direta do parenquima pulmonar por fratura de costela seria outra causa capaz de permitir a formação de um enfisema subcutaneo.

O trabalho de parto demorado ou distocico, mormente nas primiparas, exigindo um esforço redobrado da parturiente é importante fator, que somado á miopragia pulmonar condicionaria a ruptura e o enfisema consequente.

A descrição dos sintomas do enfisema subcutaneo intra-parto de origem respiratoria é uniforme em todos os autores consultados. Há sempre dôr toracica acentuada, perturbação mais ou menos notavel da respiração na sua profundidade e ritmo e, em alguns casos, sinais de choque, febre, disfagia, dificuldade de falar, quando o enfisema é intenso no assoalho da boca, etc.

A evolução do acidente, na maioria dos casos, é benigna, dependendo, é claro, da localização da rutura e da causa predisponente que lhe deu origem.

O tratamento imediato consiste em suprimir os esforços expulsivos da parturiente para que não se agrave a lesão. Será, pois, indicado a terminação do parto a forceps, versão, extração, embriotomia ou cesareana, conforme o caso.

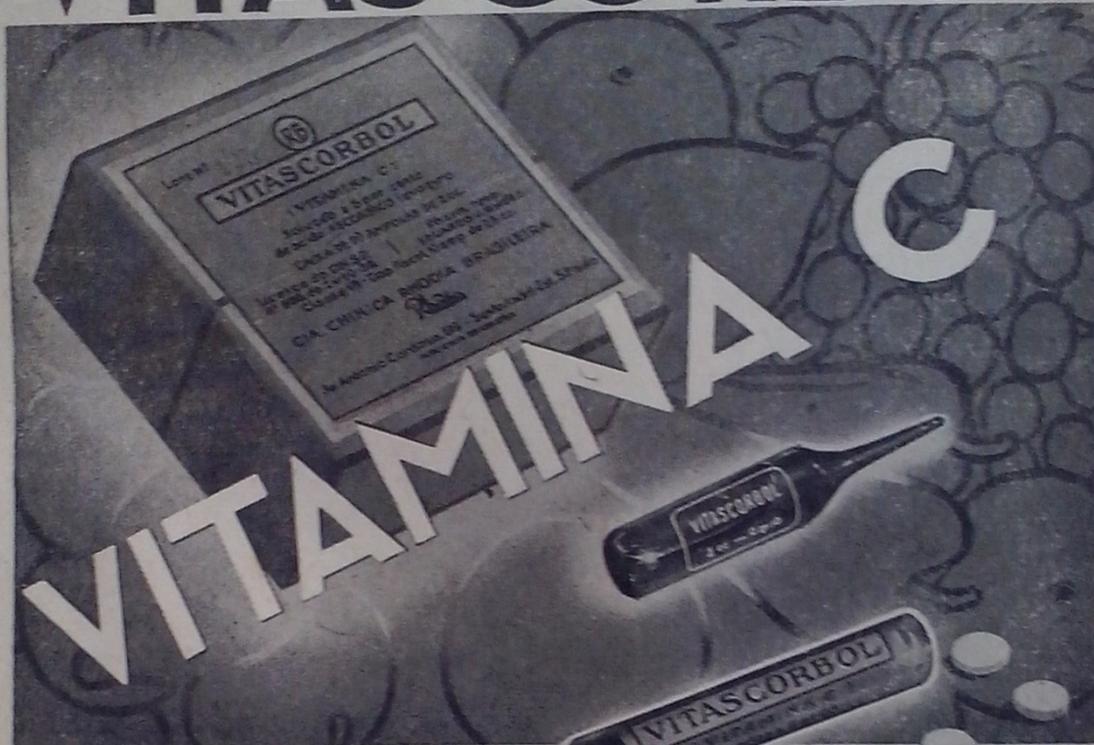
O tratamento post parto do enfisema é sintomatico, tendo como base o maximo do repouso do aparelho respiratorio, evitando a doente falar, tossir, espirrar etc. Em geral, afastada a causa que deu origem ao aparecimento do acidente, (o esforço violento), o enfisema regride espontaneamente, em alguns dias, sem deixar sequelas.

Voltando ao caso observado por mim e resumido no inicio deste trabalho vê-se que nenhuma dessas etiologias geralmente indicadas como responsaveis pelo acidente podem ser aceitas. O interrogatorio minucioso não revelou antecedentes tuberculosos na familia da paciente. O exame clinico cardio pulmonar foi negativo, tambem nada acusando de anormal. A radiografia do torace (figura 2) revelou campos pulmonares claros, ausencia de lesão pleuro pulmonar e tambem inexistencia de fratura de costela. A paciente não acusou nem por ocasião do acidente nem depois nenhum disturbio respiratorio, ou choque, dôr no pescoço, ou torace. Houve, assim, ausencia completa dos sintomas que estão presentes quando a etiologia é a geralmente aceita pelos que observaram casos de enfisema no parto. Não foram notados tambem sintomas de lesão da traquéa ou bronquios, a palpação do pescoço era indolor e não havia disfagia.

A palpação cuidadosa do enfisema permitiu localizar os seus limites inferiores mais ou menos numa linha circular passando pelos sulcos infra-mamarios. Seus limites superiores eram demarcados pela implantação dos cabelos. Estendia-se, pois, o enfisema da metade superior do torace á cabeça, não tendo poupado as mamas mas sim os braços, nariz, orelhas e couro cabeludo. As regiões em que êle era mais acentuado eram as supraclaviculares, as submaxilares e as palpebras inferiores e superiores.

Diante da impossibilidade de catalogar o enfisema, que apresentava a paciente observada por mim, dentro do quadro etiologico classico, procurei um mecanismo que explicasse, com logica, o acidente. Tendo assistido grande parte do longo pe-

# VITASCORBOL



Com o uso das frutas e verduras

- ignorância da dosagem
- assimilação incompleta da Vitamina C

Com o emprego do VITASCORBOL

- dosagem precisa
- integral assimilação da Vitamina C

Escorbuto e estados preescorbúticos - Diáteses hemorrágicas - Vômitos gravídicos - Distrofias ósseas ou dentárias - Maléstias infecciosas em geral - Estados alérgicos - Úlceras gástricas e intestinais - Afecções catarrais das vias respiratórias - Afecções dermatológicas

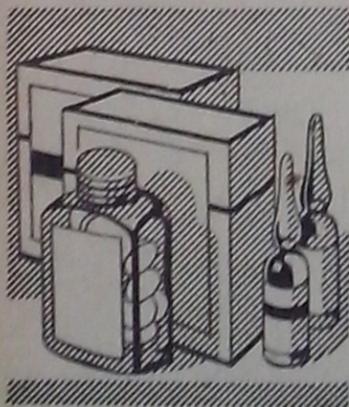
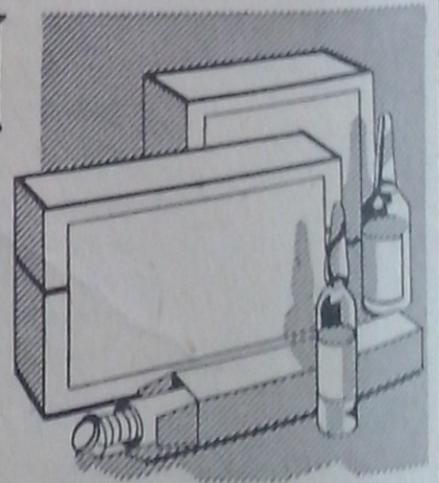
Tubo de 20 e vidro de 1000 comprimidos a 0gr.05  
 Solução a 5% - Caixas de 10 e 100 ampôlas de 1 e 2 cc.  
 Solução a 10% - Caixas de 3 e 25 ampôlas de 5 cc.

CORRESPONDÊNCIA: *Rhoia* C. POSTAL 2916 - S. PAULO

**VITAMINAS  
SYNTHETICAS  
ROCHE**

**REDOXON**

VITAMINA C



**BENERVA**

VITAMINA B1

riodo expulsivo, periodo este que se prolongou em virtude de se tratar de uma occipito posterior, desde pelo menos ás 8 horas até ás 14 horas, pude observar que, ao fazer os esforços de expulsão, a paciente fechava a boca cerrando fortemente os labios ficando com as bochechas muito distendidas como si soprasse um instrumento. Ora não é este, absolutamente, o processo habitual de reter o ar nos pulmões para pôr em jogo o

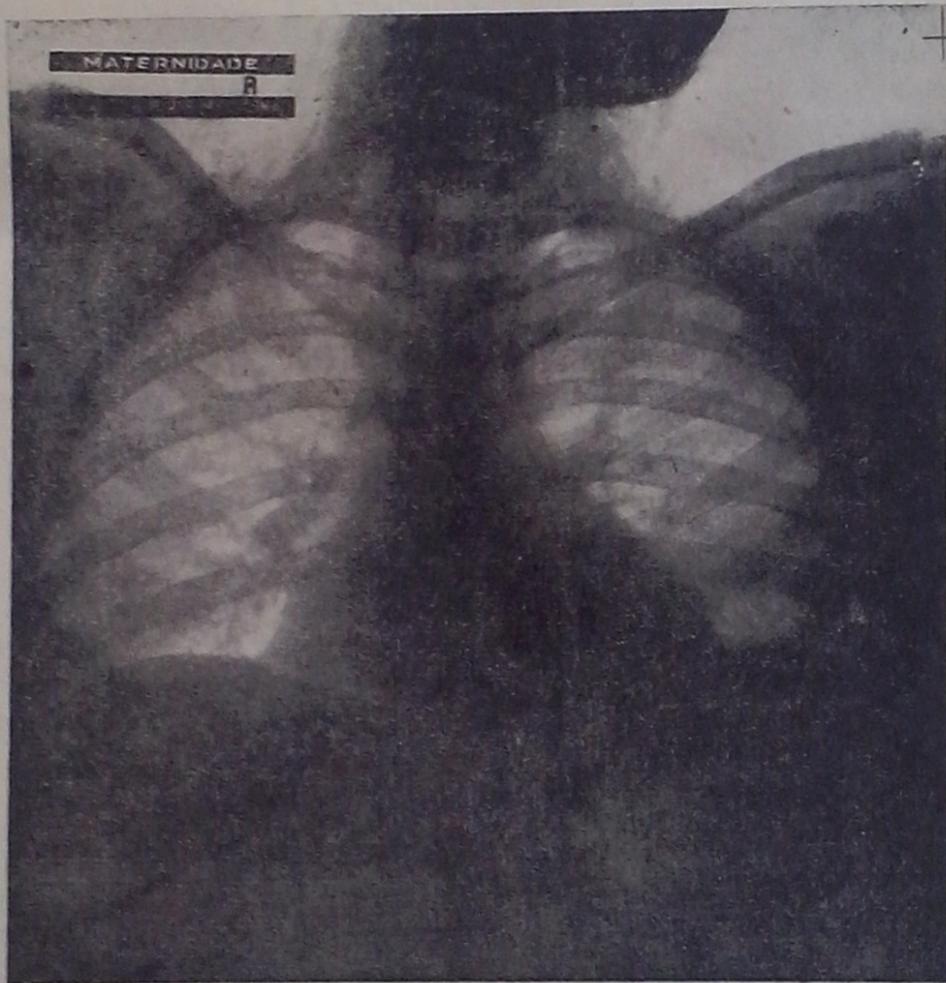


Fig. 2 — Radiografia do torace da paciente. Notam-se os campos pulmonares de permeabilidade normal, ausencia de fraturas de costelas. Nas fossas supraclaviculares e base do pescoço observa-se a imagem típica de enfisema.

diafragma e a musculatura abdominal. Comumente o que se observa é o fechamento da glote ficando a boca, o faringe e portanto, os seios cranio faciais livres da tensão aerea. O aumento da tensão intrabucal permitiu a passagem do ar através do canal de Sténon da glandula parotida esquerda e, por ruptura do parenquima glandular para o tecido celular frouxo subcutaneo da loja parotida.

Para esclarecer esta minha hipótese era necessário um exame direto da glandula por especialista e, talvez, cateterismo do orifício do canal, injeção de contraste, etc. Estava providenciando para isso quando examinando com cuidado a cavidade bucal da paciente, aliaz em pessimas condições higienicas, com varios dentes cariados, consegui fazer surgir bolhas de ar e saliva da face interna da bochecha esquerda, no ponto correspondente ao orifício externo do canal de excreção glandular, ao fazer expressão do tecido enfisematoso em direção do canal da glandula. Repetida a manobra no lado oposto foi negativa tanto para o canal de Sténon como para os de Wharton e Rivinus das glandulas sub-maxilares e sublinguais.\*

Achei desnecessario qualquer outro exame dado a evidencia do fato e, tambem, por me ter convencido que nenhum outro exame seria mais conclusivo.

Procurei na literatura obstetrica algum caso semelhante e só encontrei uma referencia de Brindeau sobre a possibilidade, muito rara, do enfisema ter como ponto de partida um ferimento na mucosa bucal, o que, entretanto, na minha observada não evidenciei.

Devo ao colega Dr. José do Amaral o obsequio de ter-me apontado no tratado de Patologia Médica de Brugsch, referencias a um enfisema cronico das parotidas, proprio dos sopradores de vidro. Esta lesão descrita por Scheir se dá em consequencia da penetração de ar nos canais de Sténon. Nesse tipo de enfisema cronico o ar não passa das finas ramificações dos canais de Sténon mas, em muitos casos, como diz Scheir podem produzir-se ruturas dos canais salivares com penetração de ar nos enfisemas da face que incapacita, para o trabalho, os sopradores de vidro.

Creio poder sem grande dificuldade, assemelhar o acidente agudo observado na minha parturiente com o que foi visto por Scheir nos sopradores de vidro, em forma cronica. A palavra de Brindeau considerando possivel, porém muito rara, a penetração do ar por ferimento da mucosa bucal demonstra que em certos casos a tensão do ar dentro da boca é suficientemente grande para que êle procure se escapar pelos pertuitos nela existentes.

Ao fazer a comunicação deste caso na Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil o Professor Clovis Corrêa da Costa disse ter observado, há muitos anos, um caso de enfisema subcutaneo no parto não tendo na ocasião, podido precisar a origem da lesão e que considerava original e bastante viavel a hipótese por mim aventada.

A absoluta ausencia de sintomas alarmantes na minha doente corroborou perfeitamente a origem extrapulmonar da lesão causadora do enfisema.

Considerando as vias salivares capazes de serem vetoras do ar encontrado no plano subcutâneo levanto a hipótese de existir, com relativa frequência, o enfisema, pelo menos localizado no assoalho da boca, nos partos laboriosos de certas primíparas.

Deixo, pois, aos colegas que praticam a especialidade, mormente áqueles que labutam em meios de poucos recursos, nos quais não são raros os partos muito prolongados, a verificação da exatidão desta minha proposição.

#### BIBLIOGRAFIA

- Brugsch* — Tratado de patologia médica.  
*Bum, E.* — Tratado de Obstetricia — Ed. Espanhola.  
*Berkeley e Bonney* — Obstetricia de Urgencia — Ed. Espanhola.  
*Corrêa da Costa, Clovis* — Relato verbal na Soc. de Obst. e Gin. do Bras.  
*De Lee* — Principles and Practice of Obstetrics. Fifth edition, pag. 816.  
*Frank, Robert F.* — Gynecological and Obstetrical Pathology, vol. XII, pag. 437, in Gynecological and Obstetrical Monographs.  
*Kosmak, G. W.* — Subcutaneous Emphysema in Labor Bull. Lying-in Hosp. N. Y. — Vol. 3, n.º 4, Marsh, 1907.  
*Maygrier, Ch et Schwab, A.* — Précis d'Obstétrique 1909, pag. 909.  
*Metzger, M.* — L'accoucheur moderne, 1936, pag. 550.  
*Nicora, Giuseppe* — Enfisema mediastínico e sottocutâneo in parto — La Ginecologia, Maio, 1940 — Ano VI, pag. 297.  
*Riediger, K.* — Beitrag zum Emphysema subcutaneum parturientium — Zentralblatt für Gynäkologie, 48:1910, 1922.

### III

## TUMORES DA MAMA (\*) (Contribuição à luta anti-cancerosa)

PELO

**DR. REYNATO SODRE' BORGES**

Assistente da Faculdade Nacional de Medicina (U. B.).  
 Radiologista encarregado do Centro de Tumores, do  
 Sanatorio São Geraldo.

As tumorações da mama constituem um dos principais capítulos da oncologia. Dessas tumorações, as de natureza maligna ou cancerosas, ocupam sobretudo a atenção dos especialistas, não só pela gravidade prognóstica como pela terapeutica mutiladora a que obrigam, dado os nossos conhecimentos atuais.

(\*) Comunicação apresentada à Sociedade de Ginecologia e Obstetricia do Brasil na 7.ª reunião ordinária realizada em 10 de Setembro de 1941.

## VII

# DISTOCIA DA FORÇA

(Tentativa de esquematização didática)

PELO

**J. ADEODATO FILHO**

Livre docente da Faculdade de Medicina.  
Ginecologista-obstetra do Instituto dos  
Bancarios. Prof. da Escola de Puericul-  
tura "Raimundo Magalhães" (Bahia).

A questão da Distocia da Força tem se apresentado aos estudiosos da Obstetricia como um dos assuntos mais momentosos. Tem-se a impressão que o maior numero de partos anormais, no momento atual, são devidos ao ritmo funcional uterino. Será isto devido simplesmente porque as atenções estão mais voltadas neste sentido? E' possível. Porem há outra explicação cabível. E' fora de duvida que, a medida da evolução social, a especie humana vai apresentando cada vez maior labilidade nervosa, especialmente no terreno do sistema nervoso de vida vegetativa, precisamente o que tem maior interferencia na função parturitiva. E' esta mesma labilidade a responsável por um sem numero de outros disturbios, mesmo fóra da gestação e do parto, como sejam prisão de ventre, etc.

No estado atual dos conhecimentos, procurando-se diminuir ao minimo possível o numero de intervenções obstetricas, um perfeito conhecimento dos disturbios da força é questão imprescindível para uma bôa assistencia obstetrica. Quantas e quantas intervenções desastrosas não poderiam ser evitadas si os conhecimentos desta natureza estivessem mais vivos á memoria dos obstetras e das parteiras de pouco tirocinio?! Qualquer conduta menos precavida no inicio de uma anomalia da força pode complicar de momento a momento o caso clinico até um desfecho desastrado. Todo o obstetra bem avisado e de cultura teorica e pratica satisfatorias sabe disto. Porem infelizmente a arte obstetrica nem sempre é exercida por pessoas assim habilitadas. E a distocia da força surge quasi sempre insidiosamente sem a menor apparencia de gravidade, o que retarda a ação dos mais competentes, geralmente só chamados quando as possibilidades de correção funcional são nulas ou quasi nulas. Daí a necessidade de maior divulgação destes conhecimentos.

A fisiologia normal e patologica do utero gravido ainda não está suficientemente estudada e o seu estudo ainda apre-



## Excelente antisético e profilático para a higiene íntima feminina

**Composição:** Oxiquinoleino-sulfato de potássio, Aceto-tartarato de alumínio, Sulfocarbolato de zinco, Acido bórico, veículo de pomada hidrosolúvel (Patente alemã).

**Propriedades:** Ação absolutamente segura e eficaz. Termo-estável. Boas propriedades adesivas aos órgãos em que se aplica. Dosagem fácil. Boa solubilidade do preparado, constituído de soluções aquosas. Ausência de efeitos tóxicos secundários, mesmo após uso prolongado.

**Modo de usar:** A pomada é introduzida na vagina e dissolve-se na humidade vaginal, produzindo assim, o efeito anti-bacterial curativo e desodorante.

Depositarios exclusivos:

**HANS MOLINARI & COMP., RIO, Caixa Postal 833**

## DISENDOCRINIAS FEMININAS

### Luteo-Ovarina

Drágeas, gôtas e empôlas  
Extrato total de ovários  
e corpos amarelos

— Suplência Hormonal na insuficiência ovariana da puberdade e das idades adulta e crítica.

### Luteo-Mamma

Drágeas e empôlas  
Extrato de ovários + corpos amarelos + glândula mamária

— Descongestionante uterino, Frenador nas hiper e poli-menorréas. Hipogalactia. Clorose.

### Horgyn

Drágeas e empôlas  
Extrato de ovário total + lóbo antero-hipofisário

— Estimulante e supletivo hormonal na insuficiência ovariana em qualquer manifestação.

### Ovário-Thiroidina

Drágeas, gôtas e empôlas  
Extrato de ovário total + glândula tireoide

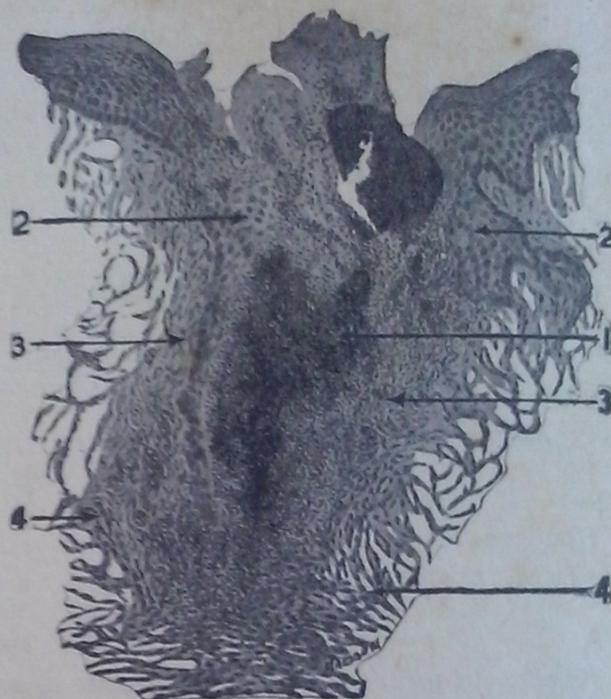
— Insuficiência tireo-ovariana, psico-neuroses. Obesidade. Náuseas e vômitos da gravidez.



LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO

Caixa Postal 163 — RIO

Feridas  
acidentais



Secção através a ferida em tratamento.

1. Celulas mortas e detritos.
2. Epitelio em regeneração.
3. Tecido conectivo em regeneração.
4. Novos capilares que brotam.

A combinação da glicerina com iodo ou acido borico é considerada por muitos médicos como ideal para aplicar sobre as feridas.

Provavelmente ha poucos produtos nos quais esta combinação de ingredientes é tão bem proporcionado, e que póde preencher o seu *desideratum* tão satisfatoriamente como a

*Antiphlogistine*

que é bacteriostatica, descongestiva e suavizante da dor.

Amostra sob pedido

The Denver Chemical Manufacturing Company  
163 Varick Street . . . . . Nova York

SCHILLING, HILLIER & CIA, LTDA.  
Rua Theophilo Ottoni, 44 - Rio de Janeiro

ANTIPHLOGISTINE é fabricada no Brazil

sentam muitas incognitas carecendo de solução. Entretanto o progresso dos estudos destes ultimos anos tem trazido muita luz sobre o assunto, conhecimentos estes capazes de fornecer resultados apreciaveis.

Todos os centros de cultura obstetrica têm dedicado atenção ao assunto. Entretanto este talvez seja o capitulo da obstetricia mais difficil de ser ensinado. As diversas anomalias do funcionamento muscular do utero tão frequentemente se entrelaçam que difficilmente se as pode descrever em separado. O estudo de todas as particularidades se acha tão entremeiado de incognitas que qualquer estudo neste sentido se torna vacilante. Os melhores estudos feitos sobre o assunto, não são bastante didaticos porque orientados no sentido de defeza de pontos de vista pessoal. Daí a necessidade de revisão deste capitulo da clinica obstetrica, com objetivo puramente didatico. Neste ponto de vista é preciso antes de mais nada uma perfeita esquematização, embora saibamos que na realidade as coisas não se passam com tanta simplicidade. Tambem, com a mesma preocupação, fugirei, neste

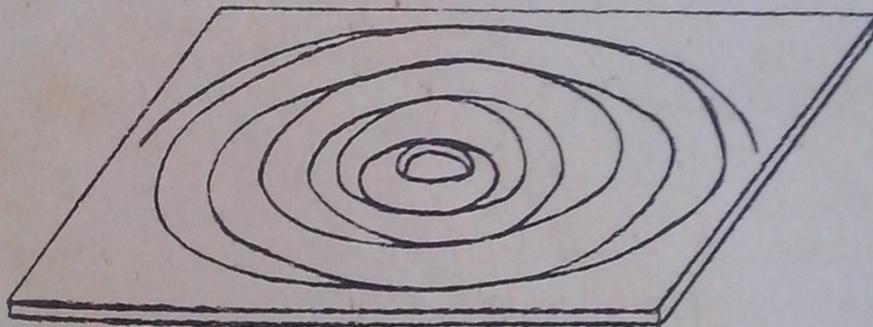


Fig. 1.

estudo, sempre que possivel, das citações bibliograficas e das discussões sobre pontos ainda obscuros.

Este estudo começará forçosamente por uma revisão da estrutura muscular e nervosa do utero, seguindo-se algumas noções sobre a fisiologia do musculo em geral e do musculo uterino em particular, para enfim entrar no tema principal.

#### ESTRUTURA MUSCULAR E NERVOSA DO UTERO

A disposição anatomica das fibras musculares do utero tem sido objeto de estudos detalhados desde muito tempo, na ansia da compreensão de certos fenomenos de seu funcionamento. Descrições mais ou menos complicadas têm sido feitas, sem contudo trazer uma elucidación completa. Durante muito tempo aceitou-se a descrição de fibras longitudinais e fibras circula-

res, arrumadas por camadas. Outros estudiosos, referindo-se especialmente á camada media, achavam que a orientação das fibras era de tal modo intrincada que fugia a qualquer descrição.

Os estudos de Gorttler trouxeram uma melhor compreensão do assunto porque orientados no sentido de obter uma «correlação da forma com a função», como salienta o Prof. Briquet. Segundo aquele autor, as fibras musculares que compõem o miometrio têm todas as disposições espiralada e se entrecruzam de fóra para dentro e de cima para baixo, conforme o esquema junto. (fig. 1). Por outro lado, tendo-se em mira a origem embriologica do utero,

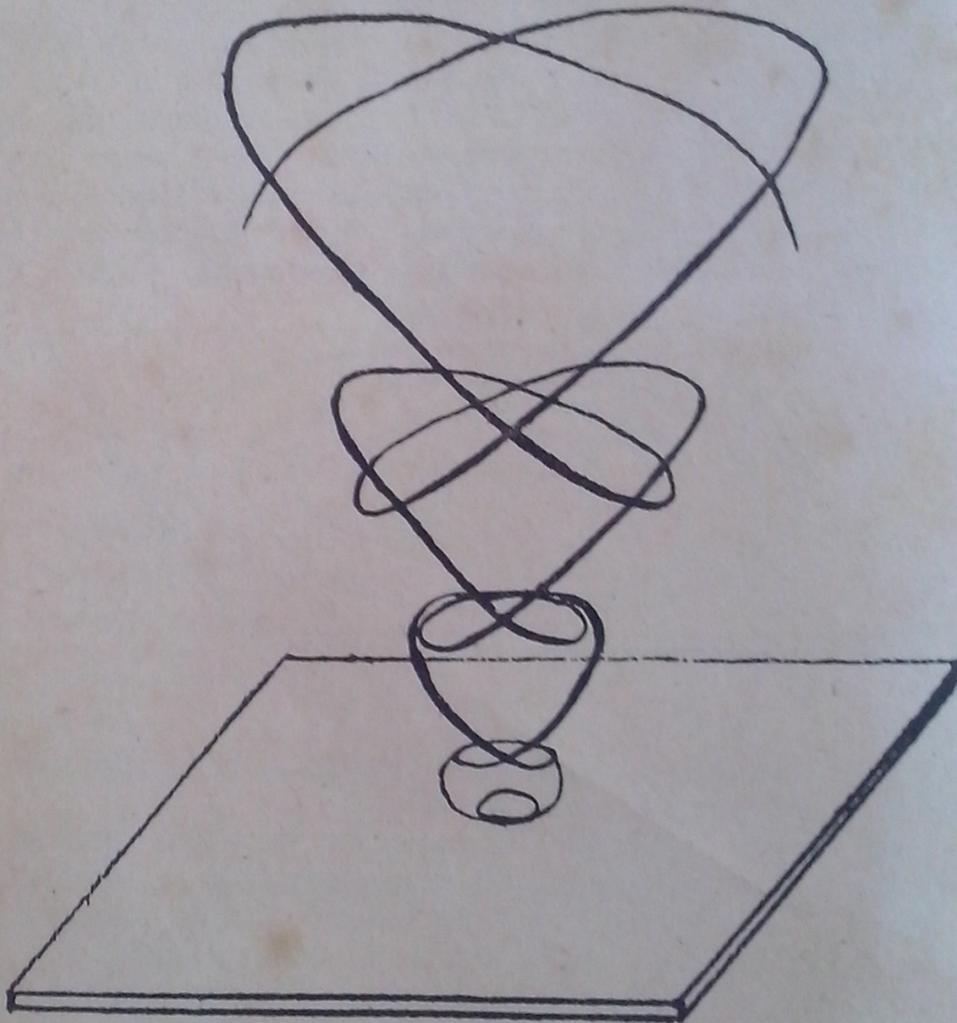


Fig. 1 A.

que, como se sabe, resulta da junção das porções inferiores dos condutos de Muller, pode-se facilmente compreender que o cruzamento das fibras é maior na linha mediana, para deante e para traz, onde formam verdadeiros rafes. (fig. 2).

Outra conclusão dos modernos estudos da estrutura do utero é a averiguação da existencia de fibras musculares no colo, o que os antigos autores não conheciam.

No desenvolvimento do periodo gestacional, as espirais musculares se estiram, como mostra o esquema. Este estiramento não sendo sempre uniforme, acontece, vez por outra, haver maior acumulo de fibras, aproximadamente circulares, em determinados sitios, formando os chamados aneis de contração. Estes aneis são mais encontrados nos limites superior (anel de Bandl) e inferior do segmento inferior do utero.

Os estudos de Demelin e sua escola estabeleceram uma divisão do utero gravido em 4 segmentos superpostos: superior, medio, inferior e colo. Esta divisão, que não é puramente arbitraria, didatica, tem certo interesse clinico. O segmento superior vai do fundo do orgão até a altura dos ligamentos redondos, onde começa o segundo; o limite inferior desta, embora não muito preciso, vai aproximadamente até o limite descolavel

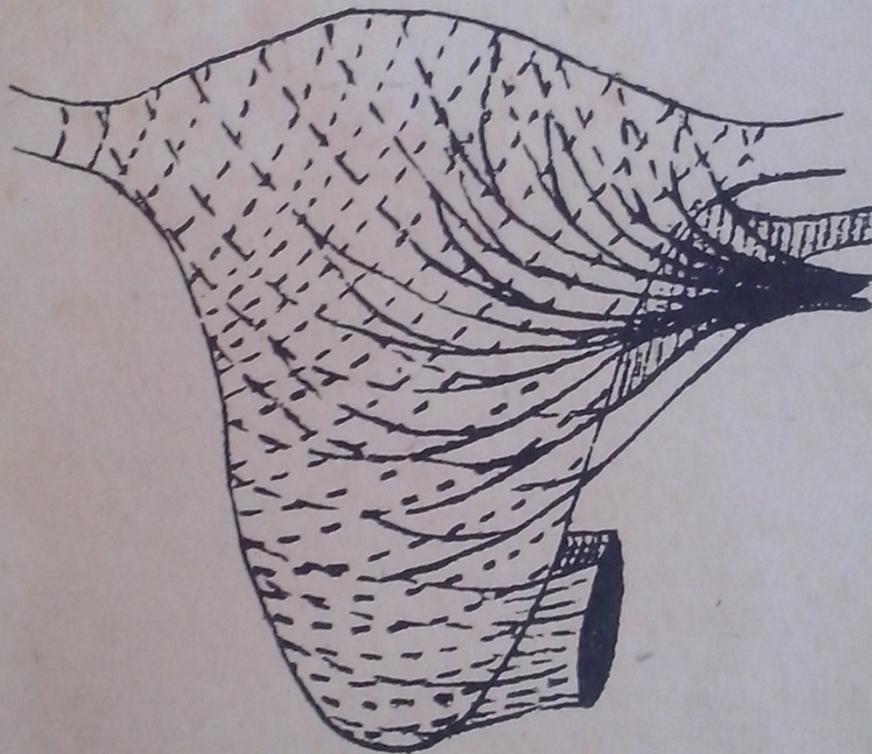


Fig. 1 B.

do peritoneo da parede uterina; o segmento inferior vai daí até o orificio interno do colo. O segmento superior, embora de grande espessura, teria pequeno poder contratil; o medio, mais espesso de todos e mais rico em sarcoplasma, o que redundaria em dizer de maior poder de contração; o inferior, formado às custas da distensão do istmo no ultimo trimestre da gestação, apresenta espessura bem menor que os precedentes na época do termo, sendo as suas fibras bem menos ricas em sarcoplasma, representando papel mais ou menos passivo no ato do parto e ficando flacido após êle. Quanto ao colo, a escola de Demelin

fala apenas em raras fibras musculares, sem nenhum valor contrátil. Este ponto de vista, porém, não é mais aceito hoje em dia; a escola de Estrasburgo tem demonstrado quão frequentes são os espasmos do colo e sua grande importância clínica.

A musculatura uterina, de fibras lisas, apresenta no fim da gravidez, além da hipertrofia e da hiperplasia já bem conhecidas, uma serie de transformações estruturais outras (maturação) de sorte a apresentar, na época do termo, uma estriação transversal que lhe dá uma fisionomia propria, que o coloca, segundo Demelin, entre o musculo lizo comum e o musculo cardiaco. Do ponto de vista funcional, entretanto, o musculo uterino se acha mais proximo do musculo lizo.

A questão da inervação uterina apresenta mais complexidade ainda, especialmente quanto á sua interpretação clínica. Os nervos do orgão em relação com centros cerebro-espinhais (2º,

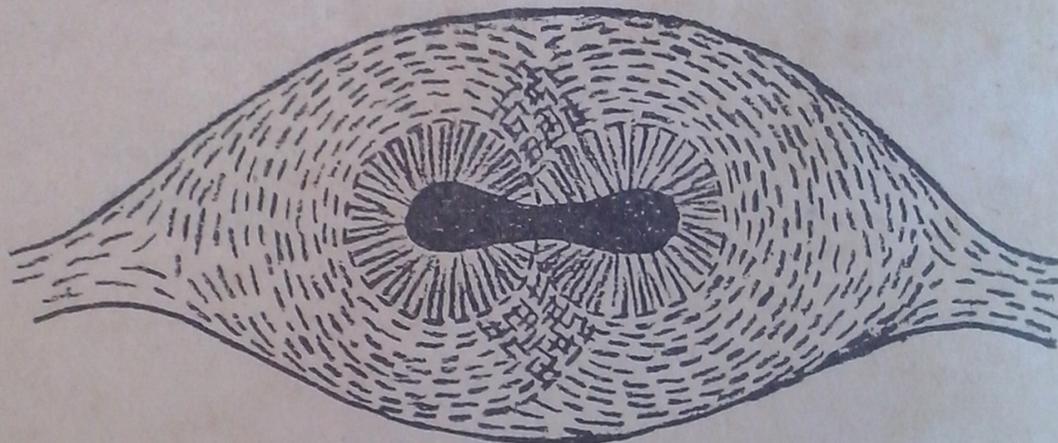


Fig. 2.

3º e 4º pares sacrais) e com o sistema simpatico, por intermedio principalmente do grande plexo uterino; sem que tenha sido suficientemente provado, parece existirem tambem na parede uterina ganglios e nervos vegetativos independentes. As diversas fibras, quer oriundas do simpatico, quer do sistema cerebro-espinhal, se entrelaçam em plexos consideravelmente intrincados, a ponto de se não poder interpretar esta distribuição do ponto de vista funcional. Até o momento só se tem como mais ou menos certo é que os nervos de origem medular é que se encarregam da sensibilidade ao orgão e que os nervos vegetativos, animados pelos ganglios da região, cujo principal é o de Frankenhauser, presidem a motilidade. A prova disto está em que as doentes com secção medular ou as mulheres nas quais se faz anestesia raquiana parem sem dór, sem que haja qualquer alteração do trabalho uterino. Acredita-se, entretanto, que no

sistema nervoso cerebro-espinhal haja algum centro que presida o trabalho do órgão. Esta suspeita vem do fato das emoções ou sugestões (presença do médico ou dos estudantes na sala de parto) poderem alterar as contrações parturitivas. Isto, alias, não me parece particularidade do utero, desde que o mesmo fenomeno se passa com outros órgãos e funções vegetativas (estomago, bexiga, etc.). O Dr. Onofre Araujo cita um fato curioso, aliás si não me engano já observado por outros, que demonstra cabalmente como a motilidade uterina se pode fazer independente de qualquer centro nervoso distante. Na Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, tendo sido feita uma histerectomia em utero gravido, por fibromatose, os presentes á sala viram o órgão, depois de retirado, entrar em contração, o colo se dilatar e o ovo inteiro ser expellido. Este fato é bastante expressivo, porque uma simples retração muscular post-mortem não seria capaz de promover a dilatação de um colo uterino e a completa expulsão de um ovo. O mesmo fenomeno já tem sido observado por outros autores em animais de laboratorio.

#### FISIOLOGIA DO MUSCULO UTERINO NO TRABALHO DE PARTO

Antes de entrarmos no estudo da fisiologia especial do musculo uterino, convem fazermos um estudo sucinto da fisiologia do musculo em geral, lembrando-lhe algumas propriedades vitais.

Como se sabe, a propriedade mais caracteristica do musculo é a *contratilidade*. A contratilidade é a propriedade que têm os musculos de encurtar o seu comprimento, o que aumenta sua espessura. A contração muscular se faz sob influencia nervosa; nos musculos estriados o estímulo nervoso vem do sistema cerebro-espinhal, geralmente sob o influxo da vontade; no musculo liso, ao contrario, normalmente a ordem motora parte do sistema vegetativo, podendo, entretanto, sofrer a influencia das emoções, como falamos acima (Ex. incontinência urinaria, diarréa, paralização ou ativação do trabalho de parto, etc., motivados por emoção).

A contratilidade do musculo liso, além de mais fraca e mais lenta, se manifesta ainda com umas tantas carateristicas que merecem tambem lembradas. Em primeiro lugar o *ritmo*. A contração aparece com intervalos mais ou menos regulares e persiste tambem um tempo mais ou menos uniforme. O intervalo pode ser encurtado e o tempo de demora aumentado, ou vice-versa, porém sempre gradativamente e sem prejuizo total do ritmo.

O *peristaltismo* é outra propriedade específica do musculo liso; as ondas de contração se sucedem umas ás outras, normalmente no sentido da saída do órgão. Enquanto se propaga uma onda peristáltica, as zonas musculares que lhe ficam imediatamente abaixo ficam relaxadas até que chegue a sua vez de se contrair. No fenomeno do peristaltismo há um ponto que convem frizar. A excitação de um determinado ponto da mucosa de um órgão ôco promove a contração dos aneis musculares que lhe ficam imediatamente acima e o relaxamento dos que ficam abaixo. Como esta excitação geralmente provem das substancias ou corpos extranhos que se encontram no interior destes órgãos, a contração superior tem tendencia a impelir esta substancia para baixo. O fenomeno se continúa assim em territorio cada vez mais baixo. Daí a propagação da onda peristáltica. Sabe-se que a contração dos musculos lisos se faz sob o influxo do para-simpatico.

No que se refere ao utero parturitivo, o fenomeno do peristaltismo não está completamente provado na especie humana, mas sim em animais inferiores. Convem traze-lo, porém, sempre em mente porque deste geito talvez se possam explicar certos fenomenos patológicos da parturição. No que se refere ás trompas, creio já ser fora de duvidas o aspeto peristáltico de suas contrações, mesmo na especie humana. Ora, sabendo-se a identidade de origem embriologica entre um e outro órgão, fica-se inclinado a aceitar o peristaltismo do musculo uterino parturiente, embora com feição um pouco diversa. Mais adiante terei oportunidade de voltar a tratar do assunto.

Outra propriedade fisiologica do musculo é a *irritabilidade*. Esta propriedade se caracteriza pelo fato de determinados agentes fisicos, quimicos, mecanicos ou fisiologicos serem capazes de despertar a contração. Não me demorarei no estudo desta propriedade porque, no que se refere ao utero, pouca ou nenhuma diferença há dos demais.

A *elasticidade* é a propriedade que tem o musculo, como de resto grande numero de tecidos organicos, de se deixar distender, voltando depois por si mesmo ao comprimento primitivo. A elasticidade compõe-se, portanto, de duas propriedades suplementares: a *distensibilidade* e a *retratilidade*. A retratilidade é fenomeno independente da contratilidade, porquanto se verifica tambem em corpos inanimados, como, por exemplo, a borracha.

De todas as propriedades fisiologicas do musculo, a mais difícil de ser definida e mesmo compreendida é a *tonicidade*. Intermediaria entre a retratilidade e a contratilidade, a tonicidade aproxima-se mais desta ultima propriedade, constituindo, mesmo, como que uma contratilidade complementar e permanente. Está sob a dependencia da atividade nervosa, tanto assim que

# VITACÊ é uma vitamina C natural associada ao calcio, ao fosforo e a hormônios



VITACÊ *granulado*

VITACÊ *injetavel*

LABORATORIO PLASMORGAN LTDA.  
RUA DR. PINTO FERAZ, 710 — SÃO PAULO

Lembramos aos srs. MEDICOS a vantagem dos

## COMPRIMIDOS DE BILIDRENO

Faceis de tomar e de efeito surpreendente nas molestias do FIGADO.

PEPTONA — MAGNESIO — BOLDINA

Produto do Lab. Anchieta — S. Paulo, Rua Vitoria n. 650

Representantes no Rio de Janeiro: B. Mattos & Cia. — Rua S. José, 66



**CONSTELAÇÃO "B"**  
**BAPTISTA**  
**COMPLEXO - TOTAL - B**

**INSTITUTO BRASILEIRO DE VITAMINAS**  
**Pedro Baldassarri & Irmãos**

**CONSULTOR CIENTIFICO: DR. VICENTE BAPTISTA**  
**TECNICO-CHEFE: DR. WALTER HARTWICH**

**RUA MARIA PAULA Nº 124**  
**CAIXA POSTAL, 847 - SÃO PAULO**

**FILIAL NO RIO DE JANEIRO**  
**RUA CONCEIÇÃO Nº 80-A**

os musculos separados de suas conexões nervosas, perdem o tonus habitual. As experiencias de fisiologia têm demonstrado que é o simpatico verdadeiro quem a preside.

O musculo tambem é dotado de *sensibilidade*. Ora esta sensibilidade provem dos tecidos que o revestem (peritoneo, mucosa) ora do proprio musculo. A contração normal é indolor, porém ultrapassado certo limite de intensidade, torna-se sensivel e até mesmo dolorosa (caimbra dos musculos estriados; colicas dos órgãos ôcos). Quanto ao utero, durante a gravidez existem contrações normalmente insensíveis; no trabalho de parto, porém, alcançando grande intensidade, elas se tornam dolorosas. Sabe-se que no começo de sua fase de energia crescente a contração é indolôr; só depois de ultrapassado certo limite, começa a ser sentida pela paciente, sendo tanto mais intensa a dôr quanto mais forte é a contração. Como todas as sensações, tambem a dôr muscular tem grande margem de variabilidade, de paciente a paciente. Só assim se explicam as grandes variações de tolerancia individual á dôr do parto.

Por fim quero fazer alguns comentarios sobre o *cansaço* muscular. Sabe-se que o trabalho do musculo gera produtos de catabolismo, cujo principal é o acido latico, que desprendidos em quantidade que não possa ser prontamente eliminadas, acabam por intoxicar a fibra, cujo rendimento diminue ou cessa de todo até que estas substancias sejam eliminadas. O musculo cansado fica com o tonus elevado e a força da contração diminue. Uma excitação localizada de um musculo cansado pode gerar o que se chama de contração idio-muscular. Esta contração que se não propaga ao resto do musculo, fica localizada no ponto da excitação, um pouco acima e um pouco abaixo e pode demorar muito tempo.

Revistas em sintese estas propriedades do tecido muscular, especialmente do musculo liso, podemos compreender melhor os fenomenos do trabalho muscular do utero parturiente. Sabe-se que a contração uterina é *ritmica*, como o trabalho de outros órgãos ôcos (bexiga, intestinos). Ela é *intermitente*, isto é, passado o periodo de contração, há um intervalo de repouso. Este intervalo é de importancia capital para o metabolismo muscular do órgão, pois que se sabe que, durante a contração, a circulação sanguinea fica consideravelmente diminuida, prejudicando assim as trocas metabolicas indispensaveis á continuação do trabalho.

A contração uterina do parto é *dolorosa*. Entretanto a dôr só aparece depois que a intensidade da contração ultrapassou certo limite. Já na gravidez o órgão apresenta contrações de vez em quando; estas contrações são, porém, indolores, porque pouco intensas.

- 5º — A diminuição moderada do pulso fetal, depois da dôr;
- 6º — A aceleração moderada do pulso materno, durante a dôr;

### DISTOCIA DA FORÇA

A) *Por má orientação da força* — Uma das condições para que o trabalho de parto seja suficientemente rendoso é que a força resultante do trabalho muscular uterino atue precisamente na direção do trajeto a percorrer pelo fêto. A contração dos ligamentos redondos no trabalho de parto, assim como a tonicidade da parede do ventre, são bastantes, nos casos comuns, para garantir a coincidência das linhas da força e do trajeto. As inclinações exageradas, para os lados ou para a frente (ventre pendulo), não podendo ser corrigidas pelos fatores referidos, levam o pólo inferior do ovo a um contato exagerado com as paredes pelvicas, com desperdício da força, tanto maior quanto mais acentuada fôr a inclinação.

A terapeutica para esta modalidade de distocia da força salta aos olhos — é a correção da posição anormal. Na maior parte das vezes uma simples manobra manual é suficiente, incumbindo-se então os ligamentos de manter o órgão em posição correta. Caso esta manobra por si só não dê resultado, o que se verifica com mais frequencia na inclinação anterior (ventre pendulo), o enfaixamento da paciente se faz necessario; no caso da inclinação lateral, pôr-se-á um coxim de algodão do lado da inclinação.

Uma cliente minha, achando-se proxima do termo da preñez, começou a sentir uma dôr forte do lado direito do baixo ventre, que se foi acentuando rapidamente, á ponto de simular, á primeira vista, uma crise de apendicite aguda. Na falta de outros elementos para este diagnostico, e tendo verificado a inclinação exagerada do utero para o outro lado, fui levado instintivamente a corrigir esta posição anomala, o que resultou no desaparecimento imediato da dôr e no aparecimento de trabalho de parto rapido, normal, com expulsão dentro de poucas horas. Aquela dôr violenta era assim explicada pelo esforço tenaz do ligamento redondo em corrigir a posição distocica. Este caso excepcionalmente tipico serve bem para maior compreensão do assunto.

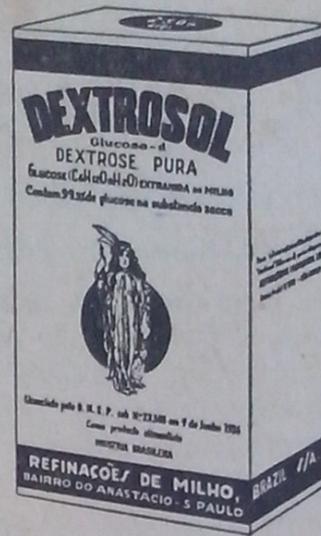
B) *Por deficiencia da força*. Sinonimia: Inercia uterina; Hiposistolia (Demelin).

Esta modalidade da distocia da força pode surgir logo no inicio do trabalho (inercia primitiva ou hiposistolia primitiva) ou já depois de algum tempo de trabalho normal (inercia

# DEXTROSOL

(Glucose-d)

COMBATE A ACIDOSE, A  
TOXEMIA GRAVIDICA E OS  
VOMITOS INCOERCIVEIS



**REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.**

Caixa 2972  
São Paulo

Caixa 3421  
Rio de Janeiro

# METROGYNOL

(DRAGEAS)

## FÓRMULA

Foliculina — (1.000—U. I.) . . . . .	0,0001
Vitamina E (10—U. Pacini Linn) . . . . .	0,0010
Vitamina A (1.000—U. I.) . . . . .	0,0066
Hipofise total em pó . . . . .	0,0300
Ovario total em pó . . . . .	0,1000
Suprarrenal total em pó . . . . .	0,0500
Peptonato de ferro . . . . .	0,0500
Excipiente — q. s. p. . . . .	0,60

## INDICAÇÕES:

**Amenorréa — Dismenorréa**  
Insuficiências ovarianas

São Paulo  
Laboratorio Plasmorgan Ltda.  
Rua Dr. Pinto Ferraz, 710

Rio de Janeiro  
B. Mattos & Cia.  
Rua S. José, 66 — sobr.

# Coloidal-Ergosterin

Extracto de oleo de figado de bacalhau — Ergesterina irradiada — Morruato de calcio — Gelatina purissima — Sôro fisiologico fenolisado q. s. p.

Caixa com 6 ampoulas de 1 cc.

## INDICAÇÕES:

Convalescenças em geral — Asthenias — Gravidez — Aleitamento — Fraturas osseas — Rachitismo — Pleurizes serofibrinosos — Dentição demorada.

# Cuprobenzila

Extracto de oleo de figado de Halibut (Vitamina A) — Calcio e Cobre (em combinação organica) — Ergosterina irradiada (Vitamina D) — Camphora — Cynamato de benzila e oleos essenciaes.

Caixa com 10 ampoulas 2 cc.

## INDICAÇÕES:

Afecções do aparelho respiratorio — Convalescença de molestias infeciosas — Em todos os casos em que se necessite de uma intensa e rapida remineralisação do organismo.

## Produtos do Laboratorio Selliem

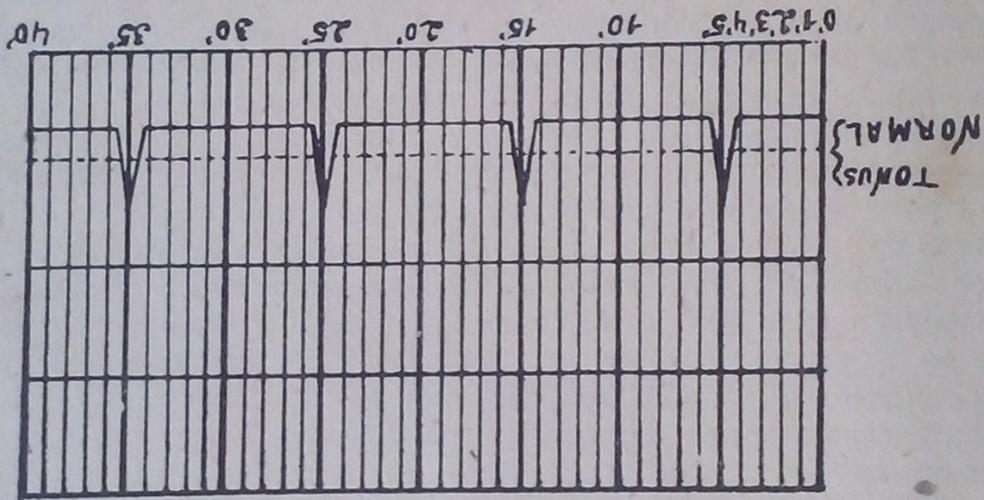
Rua da Liberdade, 688/702  
São Paulo

Rua S. Pedro, 104  
Rio de Janeiro

ao primeiro fator; desproporção cefalo-pelvica (estreitamento pelvico, hidro-cefalia) ou outra qualquer causa que impeça o encaixamento da cabeça e, consequentemente, a excitação dos ganglios de Frankenhause, quanto ao segundo fator. Num e noutro casos, admite-se tambem uma má disposição congenita.

A chamada inercia uterina primitiva pode se corrigir por si mesma e, em condições favoraveis, o parto pode proseguir, embora mais lento e ir a termo feliz sem necessidade de medicacão alguma. Outras vezes a simples correção de causa provocadora da inercia é bastante para que as contrações se normalizem, haja a vista a rotura do saco nos casos de hidranios, etc. Afastadas estas causas e não havendo razões que impeçam o parto por via natural, a contração poderá ser estimulada por meios medicamentosos. Destes o mais corrente e mais innocuo parece ser a quina em doses pequenas e fracionadas. Grande numero de vezes duas e tres doses de 20 a 25 centigrs. são suficientes.

Fig. 4.



A distocia por deficiencia da força pode surgir sempre que aparece um ou ambos dos fatores seguintes: falta de poder contratil da fibra muscular ou deficiencia de excitação nervosa. Exemplos: parto prematuro, especialmente quando provocado (imaturidade da fibra), hidranios, agudo ou cronico (distensibilidade exagerada), fibromatose uterina, primiparidade idosa, etc., quanto

contrações. A parturiente permanece calma, geralmente bem disposta, sem nada se queixar, especialmente nos intervalos das contrações. As dores tambem permanecem pouco intensas, pelo fato da contração ultrapassar pouco o limite da contração (potonia). (fig. 4) As dores tambem permanecem pouco intensas, com intervalos geralmente longos, durante os quais o tonus permanece mais baixo do que o normal (hipotonia). Ela se caracteriza por secundaria ou hiposistolia secundaria). Ela se caracteriza por

Si se deseja medicação mais energica, pode-se lançar mão da pituitrina, ou melhor da orastina. O manejo deste medicamento, especialmente quando o cólo ainda esteja fechado, requer muito mais cautela, devendo mesmo ser vedado ás parteiras. Empregado, entretanto, na dose de 2,1/2 a 3 U., sendo bem posta a indicação, não ha grandes riscos, especialmente si se dispõe de todos os recursos para uma intervenção urgente.

Este é o tipo da inercia uterina verdadeira.

Há porém uma falsa inercia uterina, motivada por cansaço ou por discinesia funcional. Nos capitulos correspondentes, estudaremos com mais detalhes. No momento quero apenas chamar a atenção para a grande importancia do diagnostico diferencial, ás vezes dificil, porém sempre de grande importancia, principalmente si se quer lançar mão de ocitocico. Na inercia verdadeira o emprego do ocitocico é indicado e, muitas vezes, heroico; na falsa inercia é, na maior parte das vezes, desastroso.

Para o diagnostico, o que caracteriza precisamente a inercia verdadeira é a falta de tonicidade da musculatura uterina nos intervalos das contrações, ausencia de dôr de cadeiras e de espasmos circulares do cólo. A inercia verdadeira mais comumente é primitiva. Na secundaria, especialmente quando surge após um tempo mais ou menos longo de trabalho, normal ou exagerado, é preciso pensar na hiposistolia com hipertonia resultante do cansaço. Insisto nesta diferenciação porque neste ultimo caso a terapeutica será justamente antagonica, como veremos adiante.

C) *Por excesso de força.*—O que caracteriza esta modalidade da distocia da força é a existencia de contrações muito violentas. Os demais caracteres do trabalho uterino permanecem normais; apenas o tonus fica um pouco elevado nos intervalos das contrações (fig. 5)D. As dôres são muito fortes, porém, nos intervalos a parturiente de nada se queixa.

Si há uma bôa proporção cefalo-pelvica, o parto será rapido de mais, o que expõe a roturas e lacerações extensas de todo o canal mole. Ao contrario, havendo desproporção entre cabeça fetal e bacia materna ou outro qualquer obstaculo mecanico os perigos da distocia são bem maiores. As contrações muito violentas distendem demasiadamente o segmento inferior do utero e o levam á rutura, si a terapeutica não é aplicada a tempo.

Na eventualidade do obstaculo mecanico a paciente sofre muito com as dôres intensas do trabalho, especialmente porque a cabeça não progride, porém nos intervalos, embora curtos, todo o sofrimento cessa. Persistindo este estado de coisas, começa a surgir a eminencia de rotura, o que é facilmente reconhecivel por quem já presenciou, uma vez que seja, quadro semelhante. E' a chamada «síndrome de Bandl-Frommel». As dôres crescem

de momento a momento; a doente se impacienta, sua, grita no momento da dôr. Ao exame, nota-se facilmente o segmento inferior distendido, apresentando finura extrema. O anel de contração, geralmente formado entre os segmentos inferior e medio (anel de Bandl), aparece alto, proximo do umbigo ou mesmo acima dele, nos casos extremos. Os ligamentos redondos são distendidos, desenhando-se atravez da parede do ventre.

Não havendo obstaculo mecanico ao trajeto fetal, a terapeutica da distocia por excesso da força cinge-se ao emprego de sedativo ou hipnotico, em doses proporcionais ao caso. A morfina ou o sedol são os mais correntemente usados antes da dilatação completa. Estando a dilatação bastante adeantada ou já completa, a medicação mais adequada e que goza de mais larga aceitação parece ser o emprego de algumas baforadas de

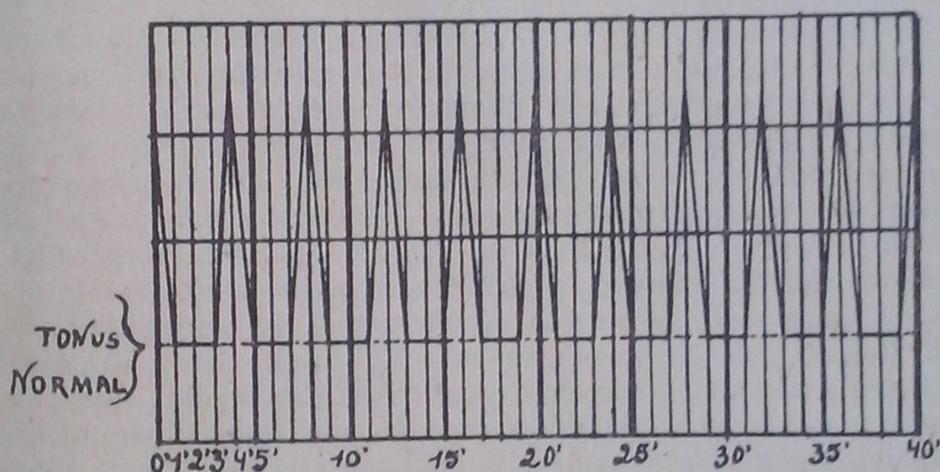


Fig. 5.

anestesico (cloroformio, eter, balsoformio, etc.) no inicio de cada contração. Sabe-se que os gazes anestésicos não paralizam de todo o trabalho contraccional do utero, porém, a pratica demonstrá seu efeito benéfico sobre as contrações exageradas, além de impedir as contrações reflexas da parede abdominal, que geralmente se acrescem ás do musculo uterino, aumentando-lhes o risco, portanto.

Desafortunadamente, porém, a distocia por excesso da força mais comumente surge como reação a um obstaculo mecanico, expondo, assim, á rotura do segmento inferior. Nestes casos, então, o uso do sedativo deve ser seguido imediatamente da terapeutica adequada á distocia primaria.

D) *Por discinesia funcional.* — Revendo a fisiologia da musculatura uterina, tive oportunidade de mostrar a similitude do trabalho muscular deste com o de outros órgãos cavitarios. Falei, tambem em linhas gerais sobre as idéias da Escola de Strasburgo

a respeito da dilatação do colo. Esta escola sugeriu, por outro lado, a existencia de uma inervação independente para o cólo e para o corpo do órgão, agindo sinergicamente no trabalho de parto. A inervação do corpo agindo como excitadora da contração, a do cólo agiria como inibidora. Razões diversas poderiam inverter ou perturbar este mecanismo, dificultando assim o trabalho de parto. Seria um fenomeno semelhante ao do anti-peristaltismo.

Interpretada deste ou daquele modo, o certo é que hoje ninguem mais contesta a existencia de uma modalidade de distocia da força, caracterizada essencialmente por contração espasmodica do cólo, inutilizando total ou parcialmente o trabalho util da musculatura do corpo. Esta modalidade de distocia da força é incontestavelmente a mais frequente, embora nem sempre com aspecto bastante tipico, sendo conhecida como «distocia de Schickelé».

Todas as causas de excitabilidade exagerada do cólo, são capazes de promover esta distocia (ex. cervicites crônicas, toques intracervicais, tentativas de dilatação forçada, etc.). Entretanto, segundo a escola de Estrasburgo, a razão mais frequente reside nos defeitos de formação da bolsa das aguas, como sejam: resistencia anormal das membranas, aderencias do pólo inferior do ovo, exagero da tensão do liquido (resultante de uma má acomodação da cabeça ao estreito superior), etc.

Clinicamente a distocia de Schickelé se apresenta, nos casos tipicos com as seguintes características: dôres de cadeiras, especialmente nos intervalos das contrações; cólo apresentando um verdadeiro anel da contração, mesmo quando desmanchado, o que os antigos atribuiam a rigidez fibrosa; periodo de dilatação lento ou totalmente paralizado, mesmo si existem boas contrações corporais, o que inquieta sobremodo a parturiente. As contrações do corpo poderão ser bastante intensas, porém na maior parte das vezes são desordenadas. Grande numero de vezes, talvez mesmo a maioria, estas contrações são insuficientes ou mesmo quasi nulas, podendo simular o quadro da inercia verdadeira; as dôres de cadeiras e o anel rigido do cólo, características principais da distocia de Schickelé, são os melhores elementos para um diagnostico diferencial. Chamo a atenção para este possivel erro diagnostico, porque a terapeutica é completamente diversa num e noutro casos, talvez mesmo antagonica.

A distocia de Schickelé, nos casos mais favoráveis, pode se resolver por si mesma, ás custas de um sofrimento intenso da parturiente. E' esta, sem duvida, a explicação para os tão frequentes partos lentos e fatigantes que se arrastam por longas horas de martirio, sem que uma desproporção cefalo-pelvica justifique a demora. Frequentemente, porém, o quadro se agrava de momento a momento e, si a terapeutica adequada não chega

a tempo, surge o esgotamento das forças da paciente, sofrimento fetal, etc., com indicação de intervenção extratora, geralmente em más condições, particularmente por falta de dilatação cervical, podendo resultar em verdadeiro desastre. Infelizmente não é raro este quadro desairoso na obstetricia contemporanea.

A terapeutica da distocia que estou estudando consta essencialmente da rotura do saco das aguas e o emprego de um antiespasmódico. Dos antiespasmódicos o mais empregado tem sido, até aqui, a espasmalgina, formula preparada pela Casa Roche por indicação de Kreis, da escola de Estrasburgo, e em cuja composição entram o Atrinal (composto atropinico), Papaverina e Pantopon.

A questão da rotura do saco das aguas foi um ponto muito discutido destas novas idéias, em vista do papel saliente que lhe era atribuido até então no mecanismo da dilatação cervical. A pratica, porém, foi aos poucos demonstrando sua quasi inutilidade neste sentido e a frequencia de casos em que é perturbadora do mecanismo. Outro argumento, e este um pouco mais razoavel, contra a rotura do saco se basea no papel protetor das membranas contra a entrada de germens na cavidade uterina. Ainda este argumento não tem valor absoluto, desde quando sabe-se hoje que com membranas ou sem membranas há a possibilidade de entrada de germens, especialmente nos partos demorados. Inegavelmente a rotura do saco facilita a penetração de germens, porém desde que esta rotura visa uma marcha mais rapida do trabalho, está claro que o inconveniente fica bem compensado. E' preciso tambem salientar que após a rotura, a paciente deve estar sob uma vigilancia mais de perto para que se possa intervir logo que surja alguma indicação. A vitalidade fetal certamente diminue, o que tem servido de argumento contra a rotura da bolsa.

Dos argumentos que acabo de passar em revista, deve-se concluir: 1º, que a rotura da bolsa das aguas só deve ser praticada por médico especializado; 2º, em ambiente onde possa intervir a qualquer momento em que surja indicação; 3º, por fim, quando o trabalho de parto já tenha avançado o bastante para que não faça receber um rebate falso, salvo já se vê, nos casos de parto provocado.

O uso da espasmalgina ou de outro antiespasmódico do mesmo tipo, oferece menores preocupações. O seu efeito cresce de valor com a rotura do saco, sendo, sem isto, de efeito duvidoso. A espasmalgina é muito bem tolerada pelas parturientes, usando-se 1 ampôla de hora em hora, tendo-se aconselhado até 4, 5 e mais injeções quando pareça necessario. Não costumo atingir doses tão elevadas; só tenho feito até 3 injeções, sem que até aqui tenha verificado qualquer acidente. Ultimamente

têm aparecido outros medicamentos recomendados para o mesmo fim, como sejam o Eupaco, o Octinum, a Dolantina, etc., com os quais não tenho experiencia neste sentido.

O emprego do antiespasmodico, fazendo desaparecer o espasmo do cólo e corrigido, por conseguinte, a discinesia funcional, age normalmente ativando as contrações corporais. Vez por outra, entretanto, o trabalho paraliza ou diminue de intensidade durante algum tempo, para voltar depois com contrações melhores e mais uteis.

Impressionados pela extraordinaria frequencia da distocia de Schickelé, a escola de Estrasburgo aconselha a rotura do saco e o uso da espasmalgina sistematicamente em todo o trabalho de parto—o que ficou conhecido por «parto médico». Esta pratica sistematica tem sido posta sob reserva, porém o emprego do «parto médico» nos casos de distocia de Schickelé mais ou menos tipicos tem sido adotado quasi universalmente.

Não quero terminar este capitulo, sem fazer referencias ao tratamento profilatico, tambem propugnado por aquela escola francesa, o que tambem ainda não foi universalmente aceito. Esta profilaxia consiste essencialmente, além da correção de toda a condição que possa concorrer, direta ou indiretamente, para uma maior excitabilidade do cólo (posições anormais do fêto, etc.), no emprego da espalmagina sob a forma de supositorios, quando apareçam dôres de cadeiras no fim da gravidez e, mais recentemente, no emprego do regimen sem sal (R.S.S.) no ultimo mês. Esta ultima pratica, que tem sido muito discutida nestes ultimos tempos, me tem dado resultados bastantes sugestivos em alguns casos, embora tenha falhado em outros (em menor numero, é verdade).

E) *Por hipertonia.*—A distocia por hipertonia é geralmente secundaria. Tem duas causas principais: o cansaço e a infecção, ambas apanagios dos partos demorados. Possivelmente estas duas causas são facilitadas por terreno apropriado, no que se refere á disposição nervosa e muscular. Sempre que o tonus ultrapassa certo limite, as contrações se tornam fracas, porque a circulação sanguinea do musculo não se fazendo bem, o metabolismo da fibra fica comprometido e ela se intoxica de mais a mais pelos proprios produtos estabelecidos ou pelas toxinas microbianas, gerando, assim, um circulo vicioso.

Nos traçados histerograficos, o quadro da hipertonia se apresenta por uma linha do tonus muito alta, frequentemente acima da linha da dôr, e o acme das contrações mais baixo que o normal (fig. 6). Si o quadro se agrava, estas duas linhas se aproximam de mais a mais e o traçado, de sinuoso torna-se cada vez mais réto até ficar totalmente orizental, bastante alto. (fi-

gura 7). E' o «utero lénhoso», o «tetano uterino», a «contratura permanente».

Clinicamente o quadro da hipertonia se manifesta por um endurecimento exagerado nos intervalos das contrações, que, chegado a certo limite, permanecem dolorosos, tanto mais quanto



Fig. 6.

maior fôr a hipertonia. Então a paciente geme constantemente, se inquieta e o parto não progride.

Nos casos mais favoráveis a hipertonia pode se resolver por si mesma. As contrações paralizadas (inercia secundaria)

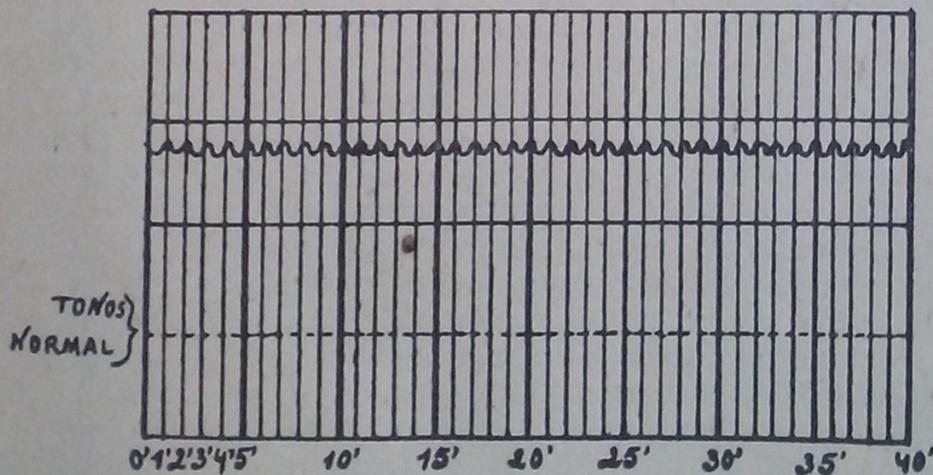


Fig. 7.

antes da contratura permanente permite que o metabolismo se refaça lentamente, até completa renovação dos produtos metabólicos e, si não está em causa a infecção, depois de algum tempo de repouso, o órgão retoma sua atividade primitiva. Nou-

tros casos, porém, principalmente quando a infecção existe, como causa principal ou adjuvante, o quadro tende a se agravar de momento a momento. A perturbação circulatória compromete também a atividade fetal e, si uma intervenção obstétrica, apropriada ao caso, não vem por termo a esta situação, o feto acaba por morrer e... a mulher o acompanha. Instalada a hipertonia, si o saco das aguas está rôto, a cavidade vasia de liquido, as paredes uterinas tendem a se retrair sobre os contornos fetais (distocia de retração) o que constitue uma complicação ainda mais grave, porque qualquer intervenção por via baixa fica impossibilitada.

Como disse de começo, a distocia por hipertonia é ás mais das veses uma distocia secundaria, frequentemente acrescentada a outra distocia de natureza identica ou diversa. Sendo assim, uma bôa assistencia ao parto só por si constitue a melhor profilaxia da hipertonia. A distocia de Schickelé frequentemente se complica de hipertonia, quando não tratada a tempo; instituida a terapeutica pelo parto médico, geralmente tudo se normaliza prontamente. Frequentemente a simples rotura do saco é sufficiente para que desapareça uma hipertonia que se anuncia.

O quadro clinico já constituido, tem como terapeutica logica, imediata e, algumas vezes, unica, antes que outras complicações entrem em cena (retração, sofrimento fetal, etc.), o emprego do sedativo-hipnotico, cujo tipo mais aceito é o sedol. Este medicamento promove geralmente uma parada do trabalho, condicionando um repouso da musculatura do órgão, facilitando a circulação, com pronta melhora do metabolismo da fibra muscular e, indiretamente, facilitando a hematose fetal. Está claro que os demais elementos perturbadores do parto, causas ou efeito da hipertonia, deverão ter sua terapeutica adequada.

F) *Distocia de retração*. — Nos estados mais adeantados da distocia da força, a irritabilidade uterina exaltada e o cansaço muscular se manifestam exclusivamente por uma hipertonia, si o saco das aguas está inteiro. Nestas condições, as pressões musculares distribuem-se regularmente por toda a massa do liquido aniotico e o ovo mantem sua forma regularmente ovoide. Mas si o saco está rôto e, especialmente não havendo uma perfeita adaptação da cabeça ao estreito superior, o que permite a constante saída do liquido, as paredes uterinas têm tendencia a se insinuar entre as saliencias do contorno fetal, constituindo-se a chamada «distocia de retração». As retrações podem ser parciais (distocia de Demelin) ou totais (distocia de Scanzoni).

As retrações parciais, por sua vez, ora se apresentam em forma circular ora semi-circular. Umas e outras podem se apresentar em diversas alturas da parede, sendo que, porém, as primeiras se apresentam com muito mais frequencia nos limites entre

o segmento medio e o inferior, formando um anel classicamente conhecido como anel de Bandl (fig. 8), afortunadamente o mais facil de ser diagnosticado. Os defeitos da atitude fetal intrauterina, tornando o ovoide menos regular, com saliencias mais ou menos ponteagudas, têm grande influencia no aparecimento ou no agravamento das diversas modalidades da distocia de retração, porque, irritando localmente a parede muscular cansada e hipertônica, vão despertar as chamadas contrações idio-musculares, isto

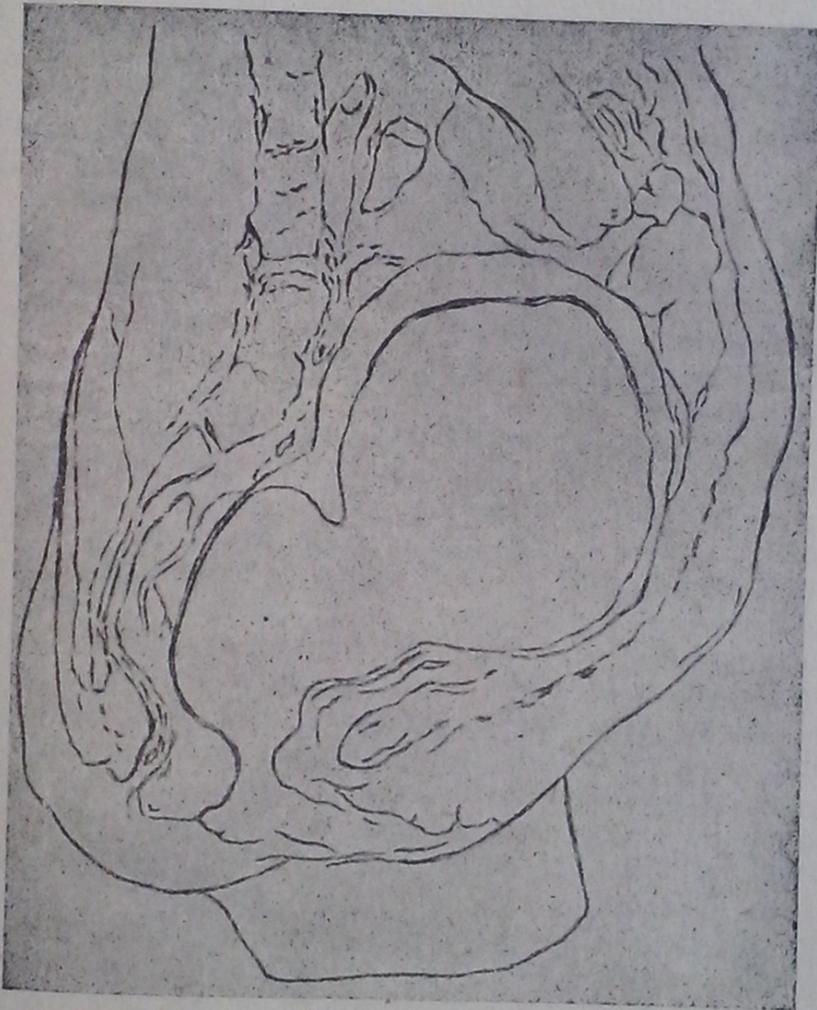


Fig. 8.

é, contrações espasmodicas demoradas acima e abaixo do ponto de irritação muscular, creando assim obstaculo ao processo do movel da parturição.

Clinicamente as distocias de retração nem sempre são facilmente reconhecíveis. Entretanto elas podem e devem ser sempre suspeitadas e pesquisadas em todo o caso de hipertonia com saco rôto, especialmente quando concorra atitude fetal anomala.

As retrações parciais podem se resolver por si mesmas si o cansaço muscular não é muito grave e si a atitude fetal corrige ou melhora; o parto, então, pode se processar naturalmente. Na maior parte das vezes, porém, as causas da distocia persistindo, o caso tende a se agravar de momento a momento, até alcançar o período mais avançado que é a retração total (distocia de Scanzoni). (fig. ). Nesta altura quasi sempre o feto já morreu ou sua vida está em grave risco por asfixia. As dificuldades circulatorias da musculatura uterina se agravam com o contato direto e constante com as partes fetais, onde se formam zonas de es-  
quemia e de edema, e sequente necrose nos casos avançados. A infecção aniotica, até aí latente ou já em curso, encontra agora campo propicio a sua propagação á parede e a morte materna e fetal é o desfecho certo si uma intervenção (cesariana, seguida ou não de histerectomia, ou histerectomia em bloco), de resto tambem muito grave, porque em pessimas condições, não vem imediatamente em socorro.

A terapeutica da distocia de retração em começo é essencialmente a terapeutica da distocia primitiva. Como geralmente ela só aparece em periodo avançado do trabalho, mesmo com dilatação incompleta, na maior parte das vezes surge tambem a necessidade de extração fetal. Si as demais condições o permitem e si as retrações não são muito grandes, há a possibilidade de ser aproveitada a via baixa, contanto que seja utilizada a anestesia geral, com a qual se pode contar para certo relaxamento dos aneis de contração. E' preciso ter, porém, sempre em mira que, a despeito de uma anestesia bem profunda, estes aneis costumam a ceder, especialmente o anel de Bandl. Só quem já tentou uma manobra intrauterina em tais circunstancias, transpondo o anel de contração é capaz de avaliar um grande numero de resistencias encontradas no curso de uma aplicação de forceps, sem que haja desproporção cefalo-pelvica. Nestes casos uma anestesia um pouco mais profunda ou uma certa espera valem mais que a violencia na extração.

E' preciso acentuar para nunca ser esquecido, que a anestesia raquiiana é formalmente contraindicada para as intervenções na distocia de retração, porque tem o poder de aumentar o grau de retração das paredes do orgão.

Nos casos mais avançados, a cesariana é a solução unica, mesmo estando o feto morto, porque nem mesmo com uma embriotomia é possivel a extração fetal sem expôr a graves roturas de parede, de resto já um tanto friavel, neste estado da distocia. A cesariana será ou não seguida de histerectomia, a depender do grau de infiltração edematosa da parede e da infecção aniotica. Esta intervenção mutiladora é uma garantia contra uma infecção que geralmente toma aspecto grave, dadas as

condições propícias á invasão microbiana, que facilmente se generaliza. Nos casos em que seja conservado o órgão é preciso toda a atenção para o puerperio, mesmo que a infecção não se tenha ainda manifestado e todos os cuidados anti-infecciosos devem ser tidos.

\* \* \*

Ao terminar este estudo resumido e conjunto das distocias da força, é preciso lembrar que as distocias desta natureza, geralmente se anunciam no começo do trabalho de parto, por distúrbios da contração, motivados por uma disposição congenita da mulher ou por anomalias ou distocias de outra natureza; de qualquer forma uma assistência bem conduzida, por profissional habilitado e que traga em dia a questão, consegue, si não corrigir de todo o funcionamento muscular do órgão parturiente, pelo menos evitar que a distocia ganhe proporções maiores chegando á sua maxima feição que é a distocia de Scanzoni, geralmente de uma gravidade bastante apreciavel.

O estudo das distocias da força apresenta ainda, como disse nas primeiras linhas deste trabalho, grande numero de incognitas e pontos obscuros, quer do ponto de vista teorico, quer pratico, porém os conhecimentos adquiridos até aqui são bastantes para resolver a maior parte dos casos clinicos, sendo para isto necessaria muita atenção á marcha do trabalho, mesmo quando êle pareça de inicio o mais normal possivel.

Com o estudo que acabo de fazer, não pretendo ter resolvido o problema da distocia da força, nem tive a intenção de fazer critica sobre os estudos feitos até aqui ou apresentar idéia nova sobre o assunto. Apenas, encarando o assunto por um prisma individual, tentei expôr o que consegui aprender, tornando-o acessivel áqueles que conhecem menos do que eu... e que, de certo, não são muitos.

## VIII

### Resenha de Trabalhos sobre Pediatria

PELOS

Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos

JORGE BEATO NÚÑEZ — «Forma cutânea de la avitaminosis A. - Por no transformación de la carotina en vitamina A» (Forma cutânea da avitaminose A - Pela não transformação da carotena em vitamina A). — In: Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría, tomo XIII, n. 6, pag. 285, 1941. Habana.

Não é somente a alimentação deficiente de vitamina A que acarreta o quadro tão conhecido desta avitaminose. Ele também pode surgir em outras circunstancias. Assim, mesmo na vigência

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — Cistos da vagina, pelo Dr. Licinio Hoepfner Dutra . . . . .	75
II — Infecção puerperal e infecções intercorrentes, pelo Dr. Nelson Caparelli . . . . .	105
III — Dois casos teratológicos, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge . . . . .	109
IV — Versão espontânea, pelo Dr. Henrique Duek . . . . .	113
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . . 119	
V — Sobre um caso de apoplexia utero-placentaria no 4.º mês de gestação, pelo Dr. Henrique Machado Horta . . . . .	120
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . . 125	
VI — Sobre uma rara malformação uterina, pelo Dr. Orlando Galvão . . . . .	126
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	132
VIII — Revista de Revistas em Lingua Francesa, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros . . . . .	137
IX — NOTAS TERAPEUTICAS . . . . .	147
X — Petite Revue — A. R. O. M. . . . .	148

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — A foliculina na terapêutica, pelo Dr. M. M. Fabião . . . . .	147
II — Tratamento cirurgico das mastites e para-mastites puerperais, pelo Dr. Benedicto P. M. Tolosa . . . . .	157
III — Mais um caso de "Dicephalus Diauchenus Tribraehius", por Jorge de Rezende . . . . .	174
IV — NOTAS CLINICAS . . . . .	185
Parto quintuplo, pelo Dr. Messias I. Camargo Filho.	
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	189
V — Relatorio dos serviços da segunda clinica obstetrica da Santa Casa de Misericordia de Belo Horizonte, pelo Dr. Argêu Murta . . . . .	190
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	199
VI — Nova técnica para ligadura das hipogastricas nos canceres cervicais inoperaveis, pelo Dr. Alberico Camara . . . . .	200
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	204
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	208
IX — Revista de Revistas em Lingua Espanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza . . . . .	214
X — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil . . . . .	217
XI — SOCIEDADES MEDICAS . . . . .	220
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niteroi, Sociedade Medica de Petropolis, Fundação Policlinica e Maternidade de Campos, Associação Medica do Paraná, Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba, Associação Piauiense de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna.	
XII — Petite Revue — A. R. O. M. . . . .	223

- a) *a indicação*: — Decidimos, sem vacilação, seguir a via alta, uma vez constatada a presença da síndrome de BANDL-FROMMEL-PINARD, irreduzível, por nos parecer que a operação cesareana abdominal seria a melhor salvaguarda da vida materna, naquela contingência.

Essa orientação que poderá sofrer críticas, — (trata-se de um caso impuro, grau IV da classificação de Winter, e o feto já estava morto) —, nós a defendemos em nossa Memória sobre a operação cesareana.

- b) Outro ponto interessante a frizar, é a comparação do presente caso, com o outro já aludido e também por nós assistido.

Naquele, malformação idêntica, é resolvida espontaneamente, por parturição normal, o que se deve talvez a um início de maceração fetal que se vinha instalando. Nesse, a presença do anel de *Bandl*, transmuda, da observação a fisionomia clínica, barra-lhe a resolução transpélvica de obices intransponíveis e força o recurso laparotômico.

Terminando, agradeço e assinalo a colaboração que a este trabalho trouxeram, os Drs. Maia Bittencourt e Moacyr Ramos, no auxílio valioso que deram ao ato cirúrgico, e o Dr. Cândido de Oliveira, a cujos préstimos e competência devo o subsídio anatomo-patológico que apresento.

IV

## NOTAS CLINICAS

### PARTO QUINTUPLA

PELO

DR. MESSIAS I. CAMARGO FILHO

LIMEIRA — ESTADO DE S. PAULO

A. B., branca, brasileira, casada, com 28 anos de idade, dedicando-se a trabalhos agrícolas. Altura 1,48, peso 42 kilos.

*Antecedentes familiares*: — Não apresenta no seu histórico algo que nos interesse, a não ser o fator hereditário relativo à paridade. Sua avó materna, por duas vezes, teve partos gêmeos, o mesmo se verificando com sua tia (linha materna) que igualmente teve dois partos duplos; mãe, partos simples, 7 filhos vivos, com saúde, negando a existência de abortos.

*Antecedentes pessoais:* — Processou-se normalmente a infância, nada havendo a relatar. Menarca aos 16 anos; menstruações normais, 4 dias, sem cólicas. Gozou sempre boa saúde.

*Exame geral:* — Trata-se duma multipara, de constituição mesostenica, normotipo. Exoftalmia acentuada; bócio á direita e no istmo da tireoide. Ausencia de infartamentos ganglionares. Arcabouço ósseo perfeito, pâncreo adiposo escasso. Musculatura normal, sistema piloso escasso, com distribuição peculiar ao sexo. Tibialgia e esternalgia ausentes. Ausencia de manchas e cicatrizes.

*Exame especial:* — Para o lado dos diferentes órgãos e aparelhos nada verificámos de anormal. Pressão arterial: 15 x 8.

*Exame obstetrico:* — a) Casada há 7 anos, tendo tido 4 partos:

1º parto — normal; 9 mezes depois de casada; criança sexo feminino.

2º parto — normal; 12 mezes depois; criança sexo feminino.

3º parto — 4 anos depois: parto gemelar (duas meninas).

4º parto — 15 mezes depois; quintuplo.

Nega abortos.

A não ser no parto quintuplo, que sobreveio uma infecção, que cedeu em poucos dias, os demais puerperios foram normais.

#### B) Inspeção:

- a) Cabeça: Ausencia de cloasma ou mascara gravídica, bem como do sinal de Halban. Palidez acentuada da face.
- b) Pescoço: Aumento de volume da glandula tireoide á direita e no istmo.
- c) Seios dolorosos e aumentados de volume. Pigmentação pronunciada. Tuberculos Montgomery desenvolvidos.
- d) Abdomen: Ventre muito grande; sinal de Depaul. Linha alva pigmentada.
- e) Membros inferiores: edemas.
- f) No aparelho genital externo notamos igualmente edemas.

Pelvimetria normal.

Diametro	Bandelocque	20	cms.
„	B.E.	25	„
„	B.C.	28	„
„	Bi isquiatico	15	„

#### C) Palpação:

Esse processo de exame não nos forneceu indicações precisas quanto ás posições fetais. Verificámos uma escava incompletamente ocupada, dando a impressão de um corpo de pequeno vo-

lume e movel. O palpar bem como os demais meios semioticos foi cuidadosamente praticado; prevenção natural, pois em 21 de agosto de 1941, assistimos na parturiente, parto duplo. Pudemos constatar com facilidade, que o fundo do utero atingia o apendice xifoide, e que o mesmo, se achava enormemente distendido.

C) Ausculta:

Verificamos varios focos de escuta e zonas de permeio silenciosas.

### PARTO QUINTUPLO

Em 10 de novembro p.p. fomos chamados ás 11 horas da noite para ver a referida parturiente, a 15 quilometros de Li-



meira. Residencia pobre, sem luz e sem conforto, obrigando-nos a sugerir uma serie de providencias para intervir á luz escassa de uma lamparina. Distancia, estradas, chuvas e mesmo o estado da parturiente, tornavam impossivel a remoção para o hospital. A sua ultima menstruação fora em 12 de abril, portanto há 7 mezes. A parturiente entrara em trabalho ás 3 horas da tarde, tendo sido examinada por nós apenas ás 11 horas da noite. Nessas 8 horas, o utero se exgotara, nada se podendo esperar da capacidade ou expontaniedade do parto. As dôres que, á principio eram fortes, segundo informe da paciente, sucedendo-se regularmente, foram cada vez mais diminuindo: as ultimas contrações, pequenas e curtas, se processavam cada 5 minutos. Quando

examinámos a parturiente, já não apresentava dôr alguma. Edemas genitais. Pelo exame interno, verificámos dilatação completa, penetrando com facilidade a palma da mão. Bolsa dagua integra, muito resistente. Procedemos a rotura artificial das membranas escoando-se uma quantidade regular de liquido amniotico. A apresentação era alta e, como não surgissem contrações que favorecessem a expulsão fetal, fomos obrigados a proceder á versão, manobra aliás facil, dadas as pequenas dimensões fetais. Extraído o primeiro feto, verificamos a necessidade de abreviar o maximo possivel o parto, em consequencia da hemorragia causada por pequeno descolamento. A rotura da segunda bolsa foi praticada, como nos demais casos, artificialmente. Fizemos a extração do segundo feto, manobra facil pois os pés apresentaram-se logo. O ventre continuava muito volumoso e, pela palpação, verificamos partes fetais. Introduzindo cuidadosamente a palma da mão verificamos uma terceira bolsa. Rompemo-la com presteza em consequencia da hemorragia não ter cessado. Depois da extração do terceiro feto, cessou a hemorragia, mas o ventre continuava volumoso e o palpar denotava ainda partes fetais. Constatamos, pelo exame interno, a presença de outra bolsa de agua, a qual, rompida, permitiu a extração do quarto féto. Finalmente, a quinta bolsa foi rota e o feto retirado pelos pés. Pequena hemorragia, acusando a parturiente sensação de mal estar. Verificámos atonia do utero, que se mostrava flacido e depois cheio de sangue. Emergem da vulva 5 cordões, já pinçados. O delivramento devia ser operado no menor espaço de tempo. Preferimos o processo de Credé, ao de Ahlfeld, mais indicado no caso, pelo estado da paciente. Assim, sem recorrer aos outros processos ou extração manual, uma placenta foi retirada. Não foi difficil a extração da segunda pelo mesmo processo. Fizemos, incontinente, applicações de pituitrina, ergotina e cardiotonicos. O utero se contraíra expulsando coagulos retidos, cessando por completo a hemorragia.

O exame das placentas nos ofereceu as seguintes particularidades. Em ambas, as membranas foram examinadas e os retalhos, no ponto da rotura, se reajustavam. As placentas não apresentavam falta de tecido, havendo continuidade na sua superficie. Na primeira, constatamos tres camadas amnio-coriais distintas; era, portanto, tri-amnica, com tres fetos do sexo masculino.

A segunda placenta era bi-amnica, com uma criança do sexo masculino e outra feminino. A do sexo feminino, a menor das cinco, viveu durante 20 horas. A sobrevivencia variou de 8 a 20 horas. Todas bem conformadas, oscilando o peso entre 750 e 1,200 mais ou menos.

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — NECROLOGIO . . . . .	227
Dr. Edmundo Berchon des Essarts.	
II — Cistos da vagina, pelo Dr. Licínio Hoepfner Dutra . . . . .	229
III — Estenose do colo do utero, por José Gallucci . . . . .	261
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	273
IV — Estatística do Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Belo Horizonte, referente ao ano de 1941; pelo Dr. Lucas Monteiro Machado . . . . .	274
V — Maternidade Therezinha de Jesus, pelo Dr. J. Dirceu de Andrade . . . . .	280
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	281
VI — Fibromioma primitivo do ligamente largo direito, por Djair Brindeiro . . . . .	282
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	286
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	290
IX — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematolo- gia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil . . . . .	296
X — SOCIEDADES MEDICAS. . . . .	297
Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.	
XI — NOTAS TERAPEUTICAS . . . . .	198
Tratamento conservador das perturbações hepaticas resi- duais post-operatorias apos intervenções no aparelho biliar, pelo Dr. Th. Fuhl.	
XII — Petite Revue — A. R. O. M. . . . .	299

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — Diagnostico das malformações fetais in-utero, pelos Drs. Jorge de Rezende e Reynato Sodré Borges . . . . .	303
II — Tumor previo e gravidez a termo (breves comentarios em torno de um caso), pelo Dr. Maia Bittencourt . . . . .	315
III — Perturbações humorais no post-operatorio, na radiumterapia, etc. — Conclusões terapeuticas. Pelo Dr. Salles Soares . . . . .	323
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
339	
IV — Estudo clínico e biológico de um caso de cardio-epitelioma do utero, pelos Docente-livre Lucas M. Machado e Dr. Aulo Pinto Viegas. . . . .	340
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
359	
V — Polipo gigante do utero ou mioma — parasita da parede posterior da vagina, pelo Dr. Alicio Peltier de Queiroz . . . . .	360
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	366
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	369
VII — BIBLIOGRAFIA . . . . .	374
Anais da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna, Bahia, 1940; Revista Medica Municipal, Rio, janeiro de 1942.	
IX — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	377

# 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 - 2º — Sala 4  
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:  
LUIZ M. RODRIGUES  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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.

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I -- Em torno da cesarea abdominal, pelo Dr. Jorge Sant'Anna	381
II -- Placenta acreta parcial, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge . . .	417
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	421
III -- Tecido mamário axilar provocando disturbios sensitivos no braço, pelo Dr. Carlos Vieira . . . . .	422
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	427
IV -- Cesarea segmentar por vicio pelvico num caso infectado, pelo Dr. Domingos F. Machado . . . . .	428
V -- Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	437
VI -- Revista de Revistas em Lingua Espanhola pelo Dr. Mario Schiller de Souza . . . . .	442
VII -- NOTICIAS . . . . .	445
VIII -- NOTAS TERAPEUTICAS . . . . .	447
Distrofia e displasia extremas em gêmeos recém-nascidos, tratados com foliculina, pelo Dr. Angelo Bittencourt.	
IX -- PETITE REVUE -- A.R.O.M. . . . .	451

# Em torno da cesarea abdominal (\*)

PELO

DR. JORGE SANT'ANNA

I

## DEFINIÇÃO, SINONIMIA. ÉTIMO

*Cesarea abdominal* ou *Operação cesareana* é a operação que consiste em incisar o ventre e o utero para extrair o feto.

Há varios tipos de cesarea abdominal:

1º — a cesarea corporal ou classica, hoje reservada a restritas indicações;

2º — a cesarea extraperitoneal, em grande desfavor atualmente;

3º — a cesarea segmentaria, baixa, suprasinfisaria, transperitoneal, metodo que é o preferido da grande maioria dos tocólogos atuais.

Além desses tipos propriamente ditos há varios métodos especiais de cesarea entre os quais o de PORRO, o de GOTT-SCHALK-PORTES, os de SELLHEIM, MICHON, JEANNIN-MERGER e semelhantes, uns antigos outros mais recentes, imaginados para obviar os riscos da operação no utero infetado,

A sinonimia é rica. Merecem ser lembradas as denominações mais usadas: *Operação cesareana*, *parto csareo*, *histerotomia*, *metrotomia*, *laparo-histerotomia*, *ovotomia abdominal*, *tomotócia*, *celio-histerotomia*, *histerotomotócia*.

RAMIZ GALVÃO recomenda como vernacula a forma — *tomotócia*. (1)

*Étimo* — A palavra cesarea deriva do verbo *caedere* — cortar: *ab utero caeso* — *PLINIUS* (2). A designação «operação cesareana» seria pois uma tautologia. Outros pensam ser a palavra relacionada ao nascimento de Julio Cesar, imperador romano. Esta versão é pouco verosimil. Na verdade, a cesarea era operação que inicialmente só se praticava nas mulheres recém-mortas ou moribundas.

(\*) Trabalho apresentado à Academia Nacional de Medicina para concorrer à vaga na secção de cirurgia especializada, em 8 de abril de 1942.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.º — RAMIZ GALVÃO — Vocabulário, 1909.
- 2.º — W. STOECKEL — Lehrb. der Geburtshilfe, 1930.
- 3.º — PLINIUS — Historia Natural 1, VIII e IX in.
- 4.º — JORGE DE REZENDE — Contribuição ao Estudo da Operação ccsareana abdominal, 1941.

## II

## RESUMO HISTORICO

A. DOEDERLEIN inicia o seu capítulo acerca das pelviotomias com o seguinte conceito: «Só quem conhece a evolução historica das operações obstetricas pode apreciar-lhes o justo valor» (1). De fato, sendo a cesarea uma das operações mais remotamente conhecidas a nenhuma outra se ajusta melhor o conceito do conhecido tocólogo.

A mitologia greco-romana, os manuscritos persas e assirios, os papiros egipcios a ela se referem. Costuma-se dividir o historico da cesareana em 5 periodos.

1 — o da era mitológica, incluindo as operações praticadas até 1500;

2 — o dos velhos métodos até 1876;

3 — o periodo dominado por PORRO — 1876-1881;

4 — o periodo moderno da cesarea classica: 1882-1906;

5 — o periodo atual, com o amplo desenvolvimento da cesarea segmentaria, de 1907 até os dias de hoje.

*I. Periodo*

## DA ÉRA MITOLOGICA ÀS OPERAÇÕES PRATICADAS ATÉ 1500

A mitologia grega e a romana contém varias referencias a partos cesareos. Teriam assim nacido DIONISIO (Bacco), filho de ZEUS e de SEMELE, lançada às chamas, e operada por HERMES (Mercurio) que o extraiu do ventre materno e o incluiu na coxa de ZEUS (Jupiter), até que atingisse à maturidade.

ASKLEPIOS (*Esculapio*) filho de APOLO e de CORONIS teria sido retirado do ventre de CORONIS justificada por APOLO que, arrependido no ultimo momento da sua severidade, quiz ainda salvar-lhe a vida e não o conseguindo, salvou apenas o

proprio filho. Este, levado ao monte PELIO foi confiado ao centauro CHIRONE que o educou e instruiu tambem na arte medica.

Além destas fábulas nas quais claramente se reconhece a operação cesareana, há o mito do parto de ATENAS. METIS, mãe de ATENAS teria sido amada por Jupiter. Chegando à visinhança do parto, ordenou JUPITER a HEFAISTOS que lhe abrisse o craneo com o seu martelo. Cumprida a ordem, nasceu ATENAS que se apresentou armada e brandindo a lança.

SIEBOLD cita um trecho de Virgilio do qual se deduz que LICHAS nasceu pela seção do ventre de sua mãe moribunda e foi consagrado a APOLO porque este o salvou com o ferro.

Os antigos egípcios devem ter conhecido e mesmo praticado a operação, em vista do largo tirocinio anatomico que tinham adquirido no costume dos embalsamamentos.

Os HEBREUS devem ter tambem praticado a operação na mulher recém-morta. Os israelitas parece terem-na praticado mesmo na mulher viva. Como o TALMUD atribuia ao ferro uma ação irritante e nociva, serviam-se nessas operações de instrumentos de osso. (2)

Por outro lado, a experiencia mais remota dos povos antigos consignava que morta a mãe, o filho podia ainda sobreviver. Assim o demonstravam os filhos retirados das femeas gravidas de animais sacrificados em oferenda nos altares ou os que provinham de mulheres gestantes, acidentadas ou mortas em guerra, dando oportunidade de salvar as novas vidas.

Desse modo, veio se incorporando ao espirito dos povos mais antigos a operação cesareana que começou sendo praticada nas gravidas recém-mortas, muito antes — 774 a. C. da sua prescrição na lei de NUMA POMPILO (3) *A Lex Regia* — 715 a 673 a. C. — determinava: «*Negat lex regia mulierem quae praegnans mortua sit humari, antequam partus ei excidatur: qui contra fecerit, spem animantis cum grvida peremisse videtur.*»

(Proibe a lei regia o sepultamento da mulher que tenha morrido grvida antes de se lhe extrair o filho; quem proceder contrariamente abandonará com a gestante a esperança de uma nova vida).

A Igreja Catolica desde muito adotou o preceito contido na lei de NUMA POMPILO, aproveitando-o para realizar o batismo do infante. O Papa PAULO V aprova o ritual do «De Batismo» que BENEDICTO XIV confirma:

«*Si mater praegnans mortua fuerit, fetus quamprimum causa extrahatur, ac si vivos fuerit baptisatur; si fuerit mortuus et baptisari non potuerit, in loco-sacro sepeliri non debet.*»

O mesmo papa BENEDICTO XIV, posteriormente, em documento eclesiástico, autorizava os bispos a praticar a operação na mulher falecida em estado de gestação:

*«Si mulier gravida decedat, potest Episcopus injungere, ut per sectionem caesaream extrahatur ex utero infans, qui forte vivus reputatur, ut baptismo conferatur».*

Entre os nascidos pelo parto cesareo, considerados filhos felizardos e cognominados «caesares» ou «caesones» aponta PLINIO (23-79 d.C.), SCIPIÃO, o Africano. MANLIUS teria também nascido de parto cesareo. PLINIO considerava JULIO CESAR como «primum caesarem». Esta afirmação é contestada por ZONARA, escritor bizantino do século XI. SIEBOLD observa que AURELIA, mãe de CESAR ainda vivia ao tempo das guerras galicas. Informa BAYLE que AURELIA dedicou-se à educação do filho e só veio a falecer depois que este partiu para o combate aos gaulezes. (2)

Outras personalidades destacadas são apontadas como caesares. SIEBOLD refere-se a BURCARD, abade em San Gall — o Ingenitus (ano 959). Da mesma forma teriam nascido GEBHARD, conde de Bragança, mais tarde bispo de Constança (ano 980); ROBERTO II, da Escóssia, depois EDUARDO VI da Inglaterra; SAUCTIUS rei de Navarra, ANDREAS DORIA entre outros. No século VI o médico grego PAULUS DE MÉRIDA praticou na Espanha uma cesarea (530 a 560). HEUSINGER (1846) pensa que teria sido não propriamente uma operação cesareana, mas sim uma laparotomia para solucionar uma gravidez extra-uterina

Depois disso, encontra-se no século XIII BERNHARD VON GORDON recomendando a cesarea na mulher morta.

Em 1368 GUY DE CHAULIAC e ARGELATA (1423) propõem independentemente uma incisão longitudinal esquerda para o talho cesareo. ALESSANDRO BENEDETTI praticou a cesarea sob indicação de parteiras de 1460 a 1525. (2)

## II. Período

### CESAREA ANTIGA

E' muito provável que a cesarea na mulher viva se venha ensaiando a partir do ano 1500 d. C. E' dessa época o notável episódio de JACOB NUFER, o celebre castrador de porcos da Turgovina. ELISABETH ALESCHACH mulher de Jacob sofreu longo e penoso trabalho de parto, sem lograr o nascimento da criança. Na presença de parteiras e de conceituados litotomistas JACOB NUFER realiza a sua operação. Ele a realiza como costumava executar as suas castrações em porcas.

Abre o ventre de um golpe e dele retira o feto ileso. A fenda é suturada a moda veterinária. O resultado da operação foi feliz para a mãe e para o filho. ELISABETH teve depois um parto gemelar a que se seguiram 4 partos simples. O filho cesareo atingiu a idade de 77 anos. Não havendo na descrição desta operação referencia à incisão e posterior sutura do utero e tendo a mulher tido depois partos espontaneos a critica retrospectiva tende a considerar a operação como uma laparotomia por gravidez extra-uterina e não como verdadeira cesarea.

Atribue-se ao cirurgião italiano CHRISTOVÃO BAIN a autoria da primeira operação cesarea na mulher viva (1540). Este caso foi descrito por MARCELLUS DONATUS. A criança foi extraída morta. A mulher teve depois 4 outros partos pelas vias normais. Na mulher viva, com feliz successo para a criança, o primeiro caso documentado é o do cirurgião JEREMIAS TRAUTMANN, de Württemberg. O ato foi realizado em 21 de Abril de 1610. Tratava-se da mulher de um tanoeiro, portadora de hernia da parede do ventre com utero gravido. A comunicação foi feita por DANIEL SENNERT. A criança sobreviveu nove anos; a progenitora faleceu após 4 semanas da intervenção, por causa sem conexão com a ferida uterina, segundo o procolo da autopsia. (2)

Em 1545 CAROLUS STEPHANUS occupou-se miudamente com a cesarea no cadaver. Sua obra intitula-se «*De dissectione partium corporis*». A operação permitiu-lhe quasi sempre salvar os fetos vivos.

Obra de destaque que contribuiu largamente para a propaganda científica da operação cesareana foi a do cirurgião francês FRANÇOIS ROUSSET, editada em 1581. Intitulava-se: «*Traité nouveau de l'hysterotomotocie ou enfantement cesarien*». O A. recomenda a operação no vivo, traça as indicações e descreve a tequinica.

Não obstante o grande valor da obra de ROUSSET os seus contemporaneos não aceitaram a operação no vivo. AMBROISE PARE' (1510-1590), um destacado representante dos cirurgiões e tocólogos da época, recusa direito à cesarea na mulher viva. Do mesmo modo o seu discipulo JACQUES GUILLEMEAU (1550-1613), baseando-se em 5 casos infelizes para as mães.

Ainda mais tarde: MAURICEAU (1633-1709), PEU (1630-1707), de LA MOTTE (1665-1737) rebelavam-se contra a cesarea na mulher viva, tal o indice elevado da mortalidade materna. Os casos descritos por ROUSSET foram tidos como «*re- verie, caprice, ou imposture*». MAURICEAU só admitia a cesarea in vivo nos casos de successão ao trono: «*parce que le salut du public est préférable à celui d'un particulier.*»

De marcada influencia na aceitação da cesarea foram diversos trabalhos realizados no seculo XVIII. Merecem registro o de SIMON, a influencia de LEVRET (1703-1780), os trabalhos de LEBAS (1717-1797), DELEURY (1337-1780) e LAUVERJAT.

Na França, ainda, foi destacada a influencia de JEAN LOUIS BAUDELOQUE (1746-1810) eminente tocólogo em sua época e infenso por excelencia à embriotomia no feto vivo.

Estes fixaram as indicações operatorias e, em França, era reconhecido principalmente o vicio pelvico absoluto como justa indicação da cesarea.

A divulgação da cesarea na Alemanha foi sobretudo feita com os trabalhos de STEIN (1730-1803) de OSIANDER (1756-1822) e de HENKEL (1712-1799). Na Inglaterra a cesarea custou muito a ser introduzida. Os tocólogos britânicos afa-  
mados na época lhe eram infensos. SMELLIE (1697-1763) só a admitia como recurso excepcional no vicio pelvico de gráo elevado. HUNTER (1718-1783) considerava-a como operação mortal para as mãis e a recusava, levando em maior apreço a vida materna do que a dos fetos. Dominando este ponto de vista em Londres e suas adjacencias a cesarea no prazo de 39 anos só foi realizada 2 vezes.

Na Holanda a operação divulgou-se cedo. São conhecidas as obras de BOUDEWIJN RONNS «De morbis muliebribus» 1590 e a de VAN DER STERRE (1650-1691) que fez a sua publicação em 1682, ambas com largas referencias à cesarea e as suas indicações.

Na America a cesarea teve campo propicio. HARRIS (1872) assinala que os seus resultados eram melhores do que na Europa, especialmente do que na Inglaterra. A mortalidade materna apontada por HARRIS orçava na America em 52,30% contra 84% na Inglaterra.

KAISER, em Copenhagen, reuniu em 1840 a primeira grande estatística, somando 338 casos operados de 1750 a 1839. Este A., fazendo a epicritica desses casos, indica a mortalidade materna de 62% a 30% para os fetos.

Os perigos principais na época provinham da hemorragia, da incisão do utero que não era suturado ou o era inadequadamente e da peritonite setica por escoamento dos loquios para dentro do abdomen. Estas dificuldades tinham tristes consequências e implicavam na restrição das indicações da cesarea classica como operação acentuadamente perigosa para as mãis.

Porfiavam, então, os parteiros por crear um método que permitisse abandonar a creaneotomia, estando vivo o feto, no vicio pelvico. Este seria o ambito principal da cesarea, si não fosse o elevado indice da mortalidade materna. Visando contornar o

grande obice surgiram dois novos métodos: a sinfiseotomia (1777) e o parto prematuro artificial. Nem um nem outro desses métodos poude resolver a contento o problema. Defrontavam-se assim os resultados pouco propícios da cesarea, da sinfiseotomia e do parto prematuro artificial quando apareceu PORRO na Italia, em 1876.

### III Período: 1876-1881

#### ÊPOCA DE PORRO

Conhecidas como causas predominantes de morte na cesarea classica a hemorragia proveniente da incisão do utero, *incisão que na época não se devia suturar*, e a infecção do peritonio, sequente ao extravasamento de liquidos seticos para dentro do ventre, era logico que ocorresse como recurso adequado contra estes perigos a ideia da ablação do órgão de onde derivavam eles.

Foi a conclusão de EDUARDO PORRO, cirurgião em Pavia, praticando e propondo a amputação utero-ovarica no encaço de poupar a vida não só à mãe como ao filho.

A operação cesarea classica dessa época teve que ceder lugar à operação radical demolidora — *histerectomia* ou *amputatio utero-ovarica*, em salvaguarda da mulher. Este recurso mutilador tinha cabal justificativa na época. PORRO teve o grande merito de fundamentar cientificamente o seu método, realizando a primeira operação em 21 de Maio de 1876, na pessoa de Julia Cavalini. A paciente era raquitica de gráo elevado e tinha 25 anos de idade. O sucesso foi completo. A operação em resumo consistiu em abrir o ventre e o utero, retirar o feto, realizando em seguida a amputação utero-ovarica com previa passagem de fio metalico extraperitonealmente ao nivel do orificio interno da cervice, para garantir a hemostase do côto restante.

PORRO teve em CAVALINI, medico florentino, por coincidência de igual nome ao da sua primeira operada, um importante precursor. CAVALINI já em 1769 havia imaginado o metodo e o experimentara em femeas gravidas de animais, registrando a ecelencia dos resultados obtidos. Pouco mais tarde, no começo do seculo 19 o médico hamburguez G. MICHAELIS retomou a ideia e enunciou a pergunta «não seria conveniente após a cesarea retirar o utero para reduzir os perigos da operação?», (2)

Anos mais tarde o mesmo tema foi objeto de novos estudos experimentais de BLUENDELL (1825), de JESSER (1862), FOGLIATA (1875), entre outros.

STORER, em Boston, foi o primeiro a realizar a extirpação total do utero e ovarios após a cesarea. Tratava-se de uma mulher de 37 anos na qual um mioma previo, obstruente da pelve impedia o parto natural e a hemorragia sub-sequente à cesarea reclamou o recurso maximo. Todavia PORRO teve o merito de desenvolver cientificamente o método da remoção do utero higido, para prevenir os perigos mortais da hemorragia e da peritonite. As suas primeiras experiencias em animais vinham de 1874. À sua proposta amadurecida como método tipico seguiu-se a sua primeira operação de 1876.

O método de PORRO teve depois diversas modificações visando melhorar o tratamento do côto uterino, ponto fraco da tecnica inicial. HEGAR, SCHROEDER (1878), LITZMANN e outros. Nenhuma dessas modificações contudo alterou a essencia do método original. As propostas modificadoras mais amplas devem-se a BISCHOF (1879) e a BARDENHEUER (1881). Consistiram na hysterectomia total, ao invés da sub-total. VARNIER e DELBET em 1897 realizaram a hysterectomia com o utero fechado para evitar a propagação da infeção. Outros tiveram a mesma ideia na coincidência do utero gravido e neoplasico, ou, ainda para coibir a hemorragia por atonia.

Nesta direção operaram REYMOND (1913); LECOCCQ, RECASENS (1914) TOTH entre outros.

STOECKEL, descreve 3 métodos da cesarea de PORRO, diferentes nos seus tempos tecnicos.

A) — cesarea seguida de hysterectomia sub-total, conservando ou não os anexos, revestido o côto restante pelo peritonio dos ligamentos largos, sendo completo o fechamento do ventre;

B) — cesarea seguida de hysterectomia total;

C) — cesarea com exteriorização previa do utero, fechamento da parede até a visinhança do colo, sutura do peritonio e da aponeurose em dupla serzidura ao redor do segmento cervical. Nesta altura é aberto o utero e extraido o feto. A cervice é então circundada por tubo elastico e, acima dele, amputado o utero. Ligam-se os vasos visiveis do côto. A mucosa cervical é destruida a termo-cauterio. O colo restante é deixado aberto e fixado ao angulo inferior da incisão da parede do ventre. Na sequencia, necrosa o côto que se elimina parcialmente, a parte viva granula e cicatriza por segunda intenção.

Estes aperfeiçoamentos trouxeram aos resultados iniciais da operação de PORRO melhores cifras. O sucesso da operação na época foi enorme e merecido. A tecnica de PORRO eliminava com o utero os grandes perigos provenientes dele na cesarea classica. A mortalidade materna baixou de muito do que era.

TRUZZI em 1901 reuniu o acervo clinico da operação de PORRO nos 25 anos anteriores. Contavam-se 1097 operações repartidas entre a Italia (375), a Alemanha (218), a Austria (201), a França (83), a Inglaterra (61) e diversos paizes menores. A mortalidade global materna foi de 24,8%. Os fetos destes casos somavam 1108. Eram de termo e sobreviveram 769, eram prematuros 61, 71 nasceram asfixiados ou mortos. A mortalidade média dos fetos orçava por 22% (DOEDERLEIN).

Como era de esperar, não tardou que surgisse uma reação contra o sacrificio do utero e ovarios sãos. Por outro lado, a cesarea conservadora aperfeiçoava-se tecnicamente sob influencia de novos e valiosos fundamentos. A época dominada por PORRO foi brilhante e curta. A operação cesareana deveu-lhe um grande impulso. Esta época ficou indelevelmente marcada na historia da cesarea. O progresso dos conhecimentos medicos permitiu felizmente à cesarea conservadora novas e importantes aquisições.

#### *IV. Periodo Moderno*

(1882-1906)

Coincide este periodo com a época dos grandes progressos da medicina e das ciencias afins dos quais alguns teriam imediata applicação à cirurgia.

Assim é que em 1867 surge LISTER, o notavel cirurgião inglês, com o método antissetico de retumbante sucesso. Pouco depois, LUIS PASTEUR (1879) o genial creador do «contagio vivo» abre novos horizontes à patogenia da infecção. ROBERTO KOCH, na Alemanha, alarga os umbrais da microbiologia.

Já a introdução da narcose geral pelo cloroformio e pelo eter, desde 1846, vinha contribuindo para o desenvolvimento da cirurgia. Esta, por outro lado, se aperfeiçoava tambem nos meios de hemostase. As novas aquisições tiveram repercussão pronta na cirurgia do utero gravido. O sacrificio do utero e ovarios, contingencia da operação de PORRO, começou a ser encarado como mutilação importante e indesejavel. O valor da conservação da função genital feminina com a sua expressão menstrual e da capacidade reprodutora tornou-se evidente. A significação da função incretora dos ovarios vulgarizou-se, estimulando a orientação conservadora.

Por outro lado, não tardou que a observação reconhecesse que a antissepcia tão plena de sucesso na cirurgia «pura» não

dava os mesmos resultados na operação cesareana. Haveria outros fatores, ainda não bem compreendidos, com responsabilidade na alta mortalidade materna da cesarea conservadora.

A operação de PORRO contribuiu para demonstrar que em certas condições técnicas os resultados da cesarea melhoravam. Era natural que os pioneiros da época voltassem as vistas para outra direção, qual o aperfeiçoamento das suturas. As dificuldades deviam ser vencidas por uma técnica melhor. O ensaio da sutura do utero havia sido anteriormente feito por LEBAS (1769) (6). Não encontrara, todavia, continuadores este cirurgião francês. Ao contrario, o preceito de ROUSSET «suturis non egeant» era apoiado pelos tocólogos eminentes da época: LEVRET, BAUDELLOCQUE, GAZEAUX entre muitos.

Depois vieram outros que empregaram a sutura com bom exito: WIEFEL (1835), GODEFROY (1840), MALGAIGNE, DAVEY, HARRIS (1878) para só citar alguns (6).

De fato, porém, o problema só encontrou solução definitiva com F. A. KEHRER (1881) e M. SAENGER (1882). O primeiro trabalhando na Clinica Universitaria de Heidelberg e o segundo, na de Leipzig, conceberam e praticaram independentemente a nova técnica, quasi ao mesmo tempo. Este novo modo de operar veio permitir a volta à orientação obstetrica conservadora. As modificações propostas por KEHRER e SAENGER que divergiam um pouco nas minucias, obedeciam, porém, ao mesmo fundamento, qual o de realizar a sutura do utero em 2 planos superpostos, visando garantir a cicatrização por primeira intenção da incisão uterina. Desse modo, a sutura mais profunda musculo-muscular, impediria o acesso de liquidos séticos ao plano peritoneal que, prontamente cicatrizado, defenderia a cavidade geral do ventre do contagio uterino. O fechamento do ventre passou a ser completo. Este principio domina até hoje a técnica da cesarea abdominal.

SAENGER (1886) publicou um trabalho com 26 casos operados, resultando em 76% de curas. (2)

Era uma revolução na época, verdadeira inversão dos indices até então conhecidos. O numero das curadas agora correspondia quasi exatamente ao da mortalidade materna anterior. A cesarea conservadora, preterida pela de PORRO, estava rehabilitada e se alargava rapidamente além dos primeiros limites. Não seria mais adstrita às indicações absolutas, o seu dominio se estenderia não só em beneficio do filho como no materno.

Sob a nova tecnica as indicações passaram a ser admitidas com maior amplitude perante os casos «puros» e até diante dos «impuros». Desse modo, o desenvolvimento da cesarea poude

acompanhar os progressos já feitos pela cirurgia geral do abdomen.

A operação de PORRO teve um dominio de curta duração. Foi rapidamente substituída pela operação cesarea conservadora que permite assegurar não só as vidas em jogo, como preservar as importantes funções procreatoras da mulher. A tecnica de PORRO, modificada na histerectomia de segurança, é ainda hoje praticada por alguns como recurso supremo, nos casos de utero altamente infetado.

PORRO foi um grande estimulador da cesarea, KEHRER e SAENGER os reformadores da operação. A primeira operação representou importante papel na era da cirurgia pré-antissética, a segunda beneficiando das novas aquisições medicas, include-se na cirurgia dos tempos modernos, com o evento da assepcia. Estava reabilitada a operação cesarea conservadora.

#### V. Periodo

(DE 1907 A ÉPOCA ATUAL)

A tecnica cirurgica continuou a se aperfeiçoar com o advento propicio da era antissética e depois da era assética. A operação cesareana tinha que progredir. As condições especiais das suturas, as indicações exátas nos casos «puros» permitiam já à cesarea corporal resultados muito compensadores. Os casos «impuros», todavia, pediam novas adatações tequnicas. Assim, no empenho de defender a grande cavidade peritoneal das possiveis contaminações partidas do utero «impuro» a cesarea corporal perdeu terreno em favor da segmentária ou cervical.

*Cesarea suprasinfisária intraperitoneal* — As condições anatomicas da nova abertura do utero deviam permitir mais segurança na defesa do peritoneo contra o contagio. Chegava com F. FRANK (1907), de Colonia, a época da cesarea segmentária. FRANK creou com o «parto suprasinfisario» uma nova via de acesso ao utero. O fato constituiu um evento do maior interesse na evolução da cesarea. Foram precursores da ideia de FRANK: YOERG (1806), RIEGEN (1821) e PHYSICK.

PHYSICK havia proposto uma via extraperitoneal para o acesso à cervice, com o descolamento da bexiga e a incisão transversal da cervice. A sua proposta não encontrou na época imitadores. Coube assim a FRANK o merito de realizar e divulgar a cesarea suprasinfisaria. A suprasinfisaria de FRANK era, pelos seus caractéres, uma cesarea segmentaria intra-peritoneal com o artificio das suturas peritoneais applicadas previa-

mente à abertura do utero. Aberto o ventre transversalmente e logo acima da sinfise, era descolado o peritoneo vesico uterino. Este, incisado tambem no sentido transversal, era suturado nas bordas correspondentes visceral e parietal. Ficava, desse modo, excluida da cavidade abdominal uma larga porção do segmento inferior do utero. A sutura devia ser exata e estanque. Só então era aberto o utero transversalmente e, depois de esvasiado, devia ser saturado nos casos puros, ficando aberto e drenado nos casos infetados.

A ideia de FRANK deu grande impulso ao desenvolvimento da cesarea. Sucederam-lhe em curto praso os trabalhos anatomicos de ASCHOFF e de PANKOW. Pouco depois, os estudos de KROENIG (1908) e de SELLHEIM sobre o segmento uterino vieram dar novos fundamentos à cesarea suprasinfisaria. SELLHEIM, seguindo a ideia de FRANK estuda exatamente as relações creadas pelo trabalho de parto no deslize do peritoneo ao nivel da bexiga e do segmento uterino e depois fixa a seguinte tequinica para a cesarea cervical: enchimento da bexiga, incisão da parede do ventre a PFANNENSTIEL, seção transversal do peritoneo logo acima da bexiga, prolongada lateralmente até à vizinhança dos ligamentos redondos. Secionada a plica uterina transversalmente, descolava para cima o peritoneo parietal até o corpo uterino. Suturava, então, em dois planos superpostos as bordas correspondentes do peritoneo visceral e parietal. O peritoneo visceral pela borda inferior, agora excluido da cavidade geral do peritoneo, era descolado para baixo com a bexiga, de sorte a descobrir um largo segmento uterino. A cervice era incisada na linha média e no sentido longitudinal. Retirados o feto e as páreas, o utero era suturado.

SELLHEIM foi seguido por PFANNENSTIEL que denominou o método «cesarea cervical». Sob identicos fundamentos VEIT e FRANZ baseiaram as suas tequnicas.

KROENIG (1912), partindo do principio de que a questão do transito transperitoneal é menos importante do que a séde da incisão baixa, no istmo e na cervice, regiões de tecido passivo, delgado e rico de tecido conjuntivo facilitando a exata e completa peritonização, propoz nova tequinica que ainda hoje é uma das mais adotadas.

Seguem-se depois sistematizações de métodos, segundo preferencias individuais, que não alteram a essencia do método segmentario transperitoneal: OPITZ, STOECKEL entre outros. As modificações de ASCHNER (1928), (7 e 8) suturando os ligamentos redondos por diante da sutura uterina, de SZTEHLO (1929), (9) visando a mesma proteção na cesarea cervical, de BECK, (1929) (10) formando retalhos peritoneais na prega ve-

sico uterina para cobrir a incisão cervical demonstram o interesse dos varios pioneiros na defesa do peritoneo pela tequinica das suturas especiais.

*Cesarea extraperitoneal* — Os resultados retumbantes da cesarea suprasinfisaria intra peritoneal, tambem chamada transperitoneal, trouxeram a eminentes obstetras da época a ideia de obter ainda maiores vantagens com um método que além de cervical, fosse completamente extraperitoneal.

Assim, pouco depois da suprasinfisaria de FRANK, diversos pioneiros da obstetricia: LATZKO (1909) de Viena, KUESTNER (Breslau), BUMM (Berlin), DOEDERLEIN (Munich) orientaram-se, independentemente uns dos outros na porfia de crear um método inteiramente extraperitoneal. A tequinica resultante pode se resumir do modo seguinte: prévia repleção da bexiga, deixando o cateter fechado em permanencia; incisão transversal de PFANNENSTIEL (Latzko), ou mediana (Bumm), ou lateral (Kuestner, Doederlein); secionada a aponeurose, os musculos eram mantidos afastados; descolamento da bexiga e da plica vesico-peritoneal da esquerda para a direita; descoberta da parede anterior da cervice; esvaziamento da bexiga para mante-la fóra do campo com um afastador adequado; libertado suficientemente o segmento inferior era secionado para baixo inclusive a cervice. Retirada do feto. Dequitadura. Sutura do utero em 2 planos. Reposição e fixação da bexiga e da plica em seus logares. Fechamento da parede do ventre.

A ideia da cesarea extraperitoneal remontava todavia à época anterior. Já nos referimos, linhas atraz, aos ensaios de JOERG (1806), que propoz o método por êle denominado «gastroelitrotomia» ou «laparoeelitrotomia»; de RITGEN (1820) que tambem propoz uma modificação da gastroelitrotomia e ao de PHYSIK (1822).

Os primeiros autores referidos: LATZKO, BUMM, KUESTNER e DOEDERLEIN, atuando em época mais moderna e dando grande impulso ao desenvolvimento do método extraperitoneal, tornaram-se figuras de muito maior relevo na questão.

Cirurgiões norte-americanos mais recentes praticaram com entusiasmo a cesarea extraperitoneal. As dificuldades tequnicas da operação, alongando por vezes o ato operatorio, a ocorrencia frequente de lesões serias da bexiga e dos uretères, a facilidade da abertura de vasos calibrosos trazendo o campo cirurgico quasi sempre inundado de sangue, e, ainda, a frequencia com que o peritoneo era involuntariamente aberto, constituiram obices que relegaram o método, hoje, a um interesse puramente historico.

P. MUELLER, em 1878, realizou a exteriorização temporaria do utero antes de abri-lo, para evitar a incursão de li-

quidos séticos, fluentes do utero incisado para dentro da cavidade abdominal. Retirado o feto, e as pareas, feitas as suturas, o utero era reintegrado no seu logar.

ARTHUR MUELLER, em 1905, procedeu a exteriorização do utero nos casos impuros sob o mesmo principio. Mais modernamente ainda H. DOERFLER (11) grande cesareanista, põe o maior empenho na exteriorização sistematica do utero, antes de abri-lo, forrando por traz dele o ventre provisoriamente, com grandes campos de tecido quasi impermeavel aos liquidos. Esta pratica que visa impedir a incursão de liquidos uterinos séticos para dentro do ventre não logrou adoção vulgarizada nos dias atuais. Há outros meios de defender o peritoneo e nem sempre a exteriorização temporaria do volumoso utero cheio está ao abrigo de inconvenientes: acidentes circulatorios, choque, grande extensão de incisão entre outros.

SELLHEIM, em face do utero infetado, propoz um método especial que êle denominou «Fistula utero-parietal». O parto abdominal pela incisão do utero só era feito depois da sutura do peritoneo viceral ao parietal, limitando uma larga zona oval no sentido longitudinal. Devia, assim, ser impedido o afluxo de liquidos séticos na cavidade peritoneal. Esta era a tequinica nr. IV de SELLHEIM. Havia tres outras do mesmo autor.

PORTES-GOTTSCHALK — Em 1924 PORTES apresentou à Sociedade de Obstetricia e Gyn. de Paris uma modificação da cesarea classica com exteriorização demorada do utero puerperal. Eventrado o orgão, era praticada a sutura da incisão da parede do ventre até chegar ao contato do segmento baixo do utero, continuando a sutura igualmente estanque no contorno dele. Aberto, então, o utero eram retirados o feto e as pareas. Seguia-se a sutura da incisão uterina, permanecendo o orgão eventrado durante tres ou quatro semanas. Julgadas boas as condições de involução e de cicatrização uterinas, o orgão era reintegrado no abdomen, e a parede do ventre definitivamente cerrada. Esta operação, hoje em franco desuso fôra já em 1909 proposta no Congresso de Ginecologia em Berlim por GOTTSCHALK. O seu atual interesse é puramente historico.

KOUWER (1929) (12) repete o método anteriormente preconizado por LESTOCQUOY (1861) que correspondia na cesarea corporal ao que fôra proposto por SELLHEIM na cervical sob o nome de «fistula utero-parietal». O método de KOUWER fôra ideado como simplificação do de PORTES.

MICHON (1932) propoz para a proteção da cavidade geral do peritoneo do utero infetado um método de isolamento pela formação de retalhos do peritoneo viceral suturados às bordas do parietal na cesarea baixa (13 e 14).

MERGER (15 e 16) ideou um sistema sob o mesmo fundamento. Artificios diversos foram usados por A. C. BECK, PERALTA RAMOS e RAUL BELLO, (17) JUAN LEON (18 e 19) e tantos outros no afan de melhor executar a proteção peritoneal ao nível da incisão uterina ou de evitar a poluição do peritoneo no ato cirurgico.

Sirvam estas referencias para homenagear àqueles que porfiaram no esmero da tequinica cirurgica em favor da humanidade e sobretudo na defesa da mulher, no transe penoso e sublime da parturição.

## BIBLIOGRAFIA

1. — DOEDERLEIN, A. — «Die Kaiserschnitt operationen», in Hdb. d. Geb. Ergänzungsband, 334., 1917.
2. — ANDRIANAKOS, TRYPHON, K. — «Kaiserschnitt u. Pylotomie» (Johann Ambrosius Barth) Leipzig, 1939.
3. — BRIQUET, RAUL — «Obstetricia Normal», S. Paulo, 1939.
4. — BRINDEAU, A. et LANTUÉJOU, P. — «La Pratique de l'Art des Accouchements», vol. IV, 249, 1926.
5. — MAGALHÃES, FERNANDO — «Operação cesareana abdominal» in Rev. Gyn. e d'Obstet. XVII, nrs. 7 a 10, 1923.
6. — REZENDE, JORGE DE — «Contribuição ao estudo da operação cesareana abdominal», 1941.
7. — ACHNER, B. — «Eine neue Modifikation zur Technik des cervicalen Kaiserschnittes» in Zbl. Gyn. nr. 31, 1928.
8. — ACHNER, B. — «Eine weitere Modifikation des Kaiserschnittes nach Portes» in Zbl. Gyn. nr. 0, 1932.
9. — SZTEHLO, S. — «Eine neue Modifikation in der Technik des cervicalen Kaiserschnittes» in Zbl. Gyn. nr. 15, 939, 1929.
10. — BECK, A. C. — «Ueber eine bessere Deckungsmethode des Uterusschnittes bei cervical Sectio cesarea». Ref. in Zbl. Gyn., 1673, 1931.
11. — DOERFLER, HEINRICH — «Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt», Ed.: J. F. Lehmann, 1929.
12. — KOUWER, B. J. — «Operation cesarienne absolument extraperitoneale» Gyn. et Obst., XIX, 418, 1929.
13. — MICHON, L. — «Sur un point de technique de la cesarienne basse» in Gyn. et Obst., XXVI, 305, 1932.
14. — MICHON, L. — «Sur la technique et les suites de la cesarienne» in Bul. Sec. Obst. Paris, XXI, 225, 1932.
15. — MERGER, ROBERT — «La cesarienne tardive — Contr. a sa technique operatoire» in Gyn. et Obst. Paris, XXVIII, 575, 1933.
16. — MERGER, ROBERT — «La cesarienne tardive — Les indications des procedés operatoires» in Gyn. et Obst. XXVIII, 664, 1933.
17. — PERALTA RAMOS, A. e BELLÓ, R. — «L'operation cesarienne extraperitoneal par artifice» in Gyn. et Obst. XXXIII, 1531, 1936.
18. — LEON JUAN — «A proposito de las cesareas cervico-segmentarias por artificio» in Bol. Sec. Obst. Y Gin. de B. Aires. XIV, 10, 1935.
19. — LEON, JUAN — «Cesareas abdominais» Com. ao III C.A.O.G. B. Aires, 1937.
20. — ROJAS, DANIEL A. — «Técnica e evolução da operação cesarea suprasinfisaria» in Rev. Gyn. e d'Obst. 437, 1932.
21. — PÉREZ, MANUEL LUIZ — «La operacion Cesarea segmentaria transperitoneal», 1929.

## III

## CESAREA NO BRASIL

A história da cesarea no Brasil pode-se contar com justiça dividindo-a, como fez JORGE DE REZENDE, em dois períodos. O primeiro marcado dos tempos iniciais a 1915, o segundo desta data aos dias de hoje.

A primeira cesarea praticada no Brasil é atribuída por alguns a JOSE' CORREIA PICANÇO, Barão de Goiana. Teria sido realizada pelo ano de 1822. Para PEDRO AFONSO DENYS a prioridade caberia a ALVES DE MOURA (44).

Em 1865 e 1866 foram realizadas duas outras por FEIJO' PAE, Barão de Sta. Izabel. FEIJO' JUNIOR foi o autor da terceira e da quarta operações, respectivamente em 1869 e 1876. FREITAS e PIRES operaram a quinta em 1876.

Em 1881, FEIJO' JUNIOR executa a sexta intervenção e esta seguida de amputação utero-ovarica, a primeira a ser realizada entre nós. (28). De 1881 a 1904 coligiu FERNANDO MAGALHÃES, apenas, cinco cerareanas no Rio de Janeiro. Depois começou a aumentar a casuística com a instalação e o funcionamento da «Maternidade do Rio de Janeiro» (Laranjeiras), fundada em 1900 por A. RODRIGUES LIMA e seus colaboradores: FURQUIM WERNECK, GONÇALVES PENNA, QUEIROZ BARROS, entre outros.

Em 1909, assisti à primeira cesarea abdominal, sendo estudante da 6a. série médica, na Maternidade das Laranjeiras. Realizou-a, com grande maestria e pericia, o Dr. CRISTOVÃO DE QUEIROZ BARROS, acatado e eficiente médico-interno do Serviço.

O ato foi assistido por muitos estudantes e médicos, alguns estranhos à Casa como eu, que fui avisado da rara oportunidade pelo meu colega de turma AUGUSTO DE LA ROQUE JUNIOR, a esse tempo interno residente. Relembrando o ato e a época, a operação feita teria seguido a tequinica da cesarea corporal clássica (SAENGER).

Fóra do Rio de Janeiro, aponta MAGALHÃES JOSETTI PAE no Rio Grande do Sul, que contára vários sucessos até 1900 (28). De 1915 por diante a época é inteiramente dominada por FERNANDO MAGALHÃES que dirigindo dois serviços de Maternidade no Rio de Janeiro: o da «Pró-Matre» e pouco depois o das «Laranjeiras», ocupava desde 1911 a cadeira oficial de Clinica Obstetrica. Em pouco tempo MAGALHÃES firmou escola brilhante e deu impulso singular à divulgação da cesareana no Brasil.

Disse o grande Mestre: «Devo ter sido eu o maior responsável pelo crescimento numerico moderno da operação cesareana, mas tendo de fazer o exame de consciencia, pesando a responsabilidade da minha ação, cada vez mais sinto a soberana verdade da ideia. Aumentaram consideravelmente as operações cesareanas no Rio de Janeiro, mas em compensação, quasi desapareceram as operações mutiladoras.»

Continua MAGALHÃES: «A noção histórica torna-se devéras interessante, entre nós tratando-se da cesareana tardia matéria ainda em litigio na Europa e aqui, talvez em favoravel julgamento definitivo. VIEIRA SOUTO tem no Brasil a prioridade da operação cesareana tardia, que levou a efeito em 1912. O parto abdominal tardio constitue o assunto capital na obstetricia moderna. Permitida a sua execução, em qualquer momento do trabalho de parto, é um recurso feliz que acompanha o prognostico em toda a sua plenitude, tolerando mesmo a prova da ineficacia das outras intervenções.»

SABINO SOUTO, dissertando sobre «A Obstetricia do futuro» prescreve a orientação audaciosa contida no brado «o parto será natural ou cesareo» que desencadeou um fremito de pavor nos arraiais da obstetricia clássica. Compreendido o brado como um surto de entusiasmo do jovem dicipulo, nêle se vislumbra claramente o vigor impulsionante do Mestre que empolgava.

Não tardaram a aparecer novos trabalhos, conferências e artigos do Chefe da escola e dos seus dicipulos, cada vez mais numerosos. MAGALHÃES estandartisava o método da tequinica corporal, isolada nos retangulos de borracha, comunicava sucessivamente os resultados mais volumosos e mais retumbantes, alargava as modificações, exigia a legitimidade da intervenção no utero «impuro» e até *infetado* ou *manipulado infrutiferamente, desde que vivo o feto*. Os dicipulos cooperavam e traziam as suas contribuições. CORRÉA DA COSTA percorreu sobre a «Cesarea post-mortem». Trouxe depois à lume os primeiros casos de cesareana segmentária, operados nos serviços sob a direção de MAGALHÃES. (11).

Estava iniciada a evolução da cesarea corporal, tão melhorada, na tecnica do Mestre, para a cesarea suprasinfisaria, segmentar, de KROENIG, cujos resultados nos primeiros 32 casos operados trouxeram justo entusiasmo aos progressistas colaboradores de MAGALHÃES. Este, apesar de ser grande entusiasta da cesarea clássica, por êle retocada e apurada, não

hesitou em adotar nos seus serviços a tequinica alienigena como real avanço que representava. Tal era o feitiço do Mestre. Pairava sempre no alto de elevados sentimentos. Buscava o aperfeiçoamento onde êle estivesse.

RODRIGUES LIMA, em 1926, retraçava a tequinica da cesareana segmentaria de KROENIG, tal como a Clinica a adotou (46). Em 1927, A. MORAES acrescentava à casuistica clinica o registro de 3 casos de cesareana intraperitoneal baixa e vulgarisava «a sua tequinica atual» (39, 40).

OCTAVIO DE SOUZA, em diversas publicações, manifestava o seu entusiasmo pela nova operação e apontava os «Novos rumos da operação cesareana» (56-61). ROLINDO em 1927 e 1936 publicava as suas contribuições (47, 48). Do mesmo modo GOULART DE ANDRADE nos dá a sua impressão sobre a «Operação de Portes» e realiza uma cesarea seguida de histerectomia por distocia anular em utero fibromatoso (17 e 18). PEREIRA DE CAMARGO disserta sobre «A oportunidade do esvaziamento do utero na toxemia gravidica» (8). M. De QUEIROZ BARROS contribue para aumentar o acervo clinico (43). Eram todos dicipulos que nessas épocas cooperaram ou ainda cooperam com o grande reformador.

Por outro lado, ouvem-se outras vozes. MENICUCCI em Minas (38), SANDOVAL DE CARVALHO (50 e 51) em São Paulo repercutem o éco da orientação nova nos rincões onde labutam. JOÃO DIAS TAVARES, na Baía, relatou em 1930 a valiosa contribuição da «Maternidade Climerio de Oliveira»: 47 operações cesareanas até 1930 (62). BRIQUET, R. em São Paulo dirige a cathedra sob a mesma moderna orientação, tal como nos informa o seu dicipulo ISMAEL CAMARGO (6 e 7).

Aqui, entre nós, A. AGUINAGA, chefiando o Serviço do Hospital S. Francisco de Assis propugna pela cesarea com larga indicação e publica em 1927 a sua primeira operação de Portes (1).

Em Belo Horizonte, LUCAS MACHADO, digno dicipulo e emerito continuador de HUGO WERNECK, progride na senda da cesarea segmentaria e nos fornece importantes e sinceras contribuições (20, 21, 22 e 23).

Nós mesmo, trabalhando exclusivamente com os recursos da Clinica Privada, publicamos diversas observações de casos resolvidos com pleno exito pela cesarea segmentaria. (52 e 53).

Recentemente a cesarea recebeu brilhante contribuição nacional. JORGE DE REZENDE, jovem e estudioso obstetra deu à publicidade «Contribuição ao Estudo da Operação Cesareana Abdominal» (44). Este trabalho, que mereceu a medalha de ouro do premio «Madame Durocher» desta Academia e teve ainda o

grande relevo de um honroso prefacio do Prof. FERNANDO DE MAGALHÃES, constitue a contribuição nacional de maior vulto dos últimos dez anos sobre o tema.

Sem querer ter a pretensão de haver esgotado a história atual da cesarea no Brasil, tão elevado é o número das publicações nacionais, penso haver deixado evidente o papel de especial relevo que nela representou FERNANDO MAGALHÃES, marcando nitidamente uma época na evolução da obstetricia no Brasil.

## BIBLIOGRAFIA

1. — AGUINAGA, A. — «Operação de Portes» in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, p. 2/9, 1927.
2. — ANDRADE, J. DIRCEU — «Sinfisiotomia Parcial de Zarate» in Rev. Gin. e d'Obst. XXIII, 3, p. 119, 127, 1929.
3. — BIVAR, CALDAS — «Cesareana e Feto morto» in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, 1, 61/65, 1927.
4. — BRIQUET, RAUL — «Obstetricia operatoria» C. Ed. N. São Paulo, 1932.
5. — CABRAL, E. — «Cesareana tardia e conservadora» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 10, 415/418, 1922.
6. — CAMARGO, ISMAEL — «Da cesareana transperitoneal segmentaria. Tese. S. Paulo, 1928.
7. — CAMARGO, ISMAEL — «A cesareana segmentaria na Clinica Obstetrica da F. M. de S. Paulo, in Rev. Gin. e d'Obst. XXVII, 11/15, 1933.
8. — CAMARGO, JOÃO P. de — «Da oportunidade do esvaziamento do utero na toxemia gravidica» in A Folha Medica, 5 de Agosto 1931.
9. — CORREA DA COSTA, C. — «Cesarea Post-mortem» in Rev. Gin. e d'Obst. XIX, p. 321, 1925.
10. — CORREA DA COSTA, C. — «A proposito da operação de Zarate» (Contradita ao Dr. Maurity Santos) in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 10 p. 477/479, 1928.
11. — CORREA DA COSTA, C. — «A operação cesareana tardia» (cesareana segmentar) in Rev. Gin. e d'Obst. XIX, p. 329, 1925.
12. — CORREA DA COSTA, C. — «Lições de Clinica Obstetrica» 2a. ed., 1938.
13. — COELHO, P. J. — «Gravidez e Fibroma — Operação cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, nr. 12, p. 479/481, 1927.
14. — CAVALCANTI, A. — «Um caso de operação cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst., nr. 8, p. 289/291, 1924.
15. — CAVALCANTI, A. — «Cesareana reclamada por placenta previa» in Rev. Gin. e d'Obst., nr. 10, 373/376, 1926.
16. — FIGUEIREDO, IVAN DE O. — «Estudo epicritico sobre 50 cesareanas efetuadas na Maternidade do H. Hahnemanniano» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 3 II, p. 173/181, 1937.
17. — GOULART ANDRADE, C. — «Distocia anular e fibromatose uterina — Operação cesareana — Histerectomia sub-total» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 6 p. 203/210, 1924.
18. — GOULART DE ANDRADE, C. — «Operação de Portes» in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, p. 31, 1927.

19. — HORTA, HENRIQUE M. — «Ruptura intra-partum de cicatriz de cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst. XXXII, II p. 242/247, 1938.
20. — MACHADO, LUCAS M. — «Complicações em torno de um caso de placenta previa» in Rev. Gin. e d'Obst. XXV, nr. 2, p. 37/41, 1931.
21. — MACHADO, LUCAS M. — «Operação cesareana sob anestesia local em cardiopatias graves» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 11, p. 586/592, 1934.
22. — MACHADO, LUCAS M. — «Fistulas vesico cervicais após cesareana segmentar» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 9, p. 471/477, 1935.
23. — MACHADO, LUCAS M. — «Em torno de 54 cesareanas segmentarias» in Rev. Gin. e d'Obst., nr. 6, I, p. 672/678, 1938.
24. — MAGALHÃES, FERNANDO — «Operação cesareana — Indicações e Técnica» Conf. em S. Paulo, 1938, in Rev. Gin. e d'Obst. XII, 238, 1918 e XIII, 108, 1919.
25. — MAGALHÃES, FERNANDA — «O abuso da operação cesareana» Contradita ao Dr. CARLOS P. DE SA' na Rev. Medico-cirurgica do Brasil, Out. 1917. In Rev. Gin. e d'Obst. XII, 31, 1918.
26. — MAGALHÃES, FERNANDO — «A operação cesareana abdominal» (Memoria premiada com medalha de ou na A. N. de Medicina) 1922.
27. — MAGALHÃES, FERNANDO — «A obstetricia no Brasil» 1a. Ed. Rio de Janeiro, 1922.
28. — MAGALHÃES FERNANDO — «A operação cesareana abdominal» in Rev. Gin. d'Obst. XVII, nrs. 7, 10, 1923.
29. — MAGALHÃES, FERNANDO — «Operação cesareana» in Clinica Obstetrica, nr. 18, p. 161, 1929.
30. — MAGALHÃES, FERNANDO — «A operação cesareana abdominal» in Clinica Obstetrica nrs. 12/16, 1929.
31. — MAGALHÃES, FERNANDO — «Porque não sou, sinfisiotomista» in Clinica Obstetrica, Março, 1932.
32. — MAGALHÃES, FERNANDO — «Sintese Obstetrica» 1a. Ed., 1933.
33. — MAGALHÃES, FERNANDO — «As cesareanas baixas» in Clinica obstetrica (Novas lições) p. 251, 1933.
34. — MAURITY SANTOS — «A defeza da sinfisiotomia de Zarate — suas vantagens, indicações e técnicas» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 9 415/439, 1928.
35. — MAURITY SANTOS e SALGADO, C. — «Sesareana sob anestesia local» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 1—22/24, 1931.
36. — MAURITY SANTOS — «Consequencias tardias da sinfisiotomia de Zarate» in Rev. Gin. e d'Obst. nr. 5 p. 199/203, 1931.
37. — MENDONÇA, JOSE' — «Um caso raro em patologia obstetrica: uma cesareana feita pela natureza» in Rev. Gin. e d'Obst., XXXII T. I, nr. 6, p. 667/668, 1938.
38. — MENICUCCI, PAULO — «Cesareana praticada em gestante quasi a termo acometida de paralisia ascendente ou síndrome de Landri» in Rev. Gin. e d'Obst., XXVII, nr. 7, 277/279, 1933.
39. — MORAES, A. — «Cesareana intra peritoneal baixa» in Rev. de Gin. e d'Obst. XXI, 2 p. 57/60, 1927.
40. — MORAES, A. — «A operação cesareana e sua tequinica atual» in «A Folha Médica», I, I, 1927.
41. — MORAES, A. — «A cicatriz uterina na operação cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, 8, p. 299/306, 1927.

42. — MORAES, A. — «Cesareana vaginal em toxemia gravidica» in Rev. Gin. e d'Obst., nr. 7, p. 268/276, 1927.
43. — QUEIROZ DE BARROS, M. — «Traumatismo na Infancia provocando uma anomalia pelvica. Cesareana a termo. Cura». In Rev. Gin. e d'Obst., XXX, II, nr. 1, 1938.
44. — REZENDE, JORGE DE — «Operação cesareana abdominal» 1941. (Memoria laureada pela A. N. M. Premio Madame Durocher — medalha de ouro).
45. — RODRIGUES LIMA, O. — «Distocia pelviana, blenorragia, operação cesareana classica». In Rev. Gin. e d'Obst. nr. 3 76/84, 1924.
46. — RODRIGUES LIMA, O. — «Tequinica da operação cesareana segmentar transperitoneal» in Rev. Gin. e d'Obst. XX, nr. 37/49, 1926.
47. — ROLINDO, OCTACILIO — «Ligeiras considerações sobre a cesareana segmentar transperitoneal», in Rev. Gin. e d'Obst. XXI, 5, 175/179, 1927.
48. — ROLINDO, OCTACILIO — «Operação casareana» in Rev. Gin. e d'Obst. XXX, p. 282/290, 1936.
49. — ROXO, TORREÃO — «Acerca da cesareana segmentaria», in Rev. Gin. e d'Obst., XXVI, 3, 151/152, 1932.
50. — SANDOVAL DE CARVALHO, O. — «Cesareana e não embriotomia com feto vivo». In Rev. de Gin. e d'Obst., XXVII, 215/221, 1933.
51. — SANDOVAL DE CARVALHO, O. — «A infecção uterina não contraindica a cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst., XXVII, nr. 9 350/356, 1933.
52. — SANT'ANNA, JORGE — «Distocia pelvica» (Cesareana transperitoneal de KROENIG) in A Folha Médica, nr. 24, 1925.
53. — SANT'ANNA, JORGE — «Em torno de uma cesareana segmentaria» in Rev. de Gin. e d'Obst. nr. 7, 247/261, 1933.
54. — SALES, MECENAS — «Cesareana em 3 casos de bacia geralmente estreitada» in Rev. Gin. e d'Obst. XXXI, II, nr. 6, 453/465, 1937.
55. — SILVA PEREIRA, P. — «Um caso de cesareana segmentar transperitoneal» in Rev. Gin. e d'Obst. XX, nr. 8, 292/295, 1926.
56. — SOUZA, OCTAVIO DE — «Placenta previa e operação cesareana baixa». In Rev. de Gin. e d'Obst. XIX, nr. 4, p. 131/141, 1925.
57. — SOUZA, OCTAVIO DE — «O problema da tequinica da cesareana transperitoneal segmentar». Com. a S. Gin. e d'Obst. do Brasil in Rev. Gin. e d'Obst., XXI, nr. 9, 371/373, 1927.
58. — SOUZA, OCTAVIO DE — «Tequinica de cesareanas» in Bol. Ac. N. Med. 99, nr. 3, p. 122, 1929.
59. — SOUZA, OCTAVIO DE — «Porque prefiro a cesareana segmentaria» conf. da Docencia Livre, Rio, 1932.
60. — SOUZA, OCTAVIO DE — «Indicações de exceção da operação cesareana» in Bol. Ac. N. Med., v. 108, 5/12-21, Julho 1937.
61. — SOUZA, OCTAVIO DE — «Novos rumos da operação cesareana» in Rev. Gin. e d'Obst. XXXI, II, p. 11/21, 1937.
62. — TAVARES, JOÃO DIAS — «Das operações cesareanas» These p. concurso, Bahia, 1930.
63. — VERISSIMO, CLARINDO — «A cesareana iterativa» in A Maternidade do Rio de Janeiro, n.º 8. C. Medico Brasileiro, p. 119/122, 1918.

## IV

DO CASO PURO AO CASO INFECTADO  
CESAREA PRECOCE — CESAREA TARDIA

O conceito do caso puro é facil de firmar: «caso não tocado ou tocado uma vez segundo a arte, estando integras as membranas ou abertas há menos de 6 horas.»

Nesta concepção que é a de WINTER e aceita mais ou menos assim por quasi todos, desde que surja uma indicação para terminar o parto por via alta a cesarea realizada é chamada «precoce». E' a que permite os mais belos indices nos resultados. Todavia, a cesarea «precoce» é atualmente a operação menos preconizada, pois que, o escopo maior da obstetricia moderna é alcançar o parto natural de feto vivo e, nestas condições, raramente se justificará uma cesarea «precoce». A indicação só ocorrerá, si no inicio ou logo antes do trabalho, um motivo evidente e indiscutivel a impuzer: o vicio pelvico cerrado com C. vera menor de 8 cms. ou uma doença materna geral e grave como a lesão cardiaca descompensada, uma doença pulmonar em evolução rapida etc.

Na grande maioria dos casos a indicação é posta após expectação mais ou menos prolongada. Nesta expectação o parteiro ajuiza da possibilidade do proseguimento do parto, chegando à expulsão normal ou compreende a falencia do mecanismo natural e apêla para o artificio. Si o transito pelviano está impedido ou difficil é a via alta abdominal que merece a preferencia, estando vivo o feto. Esta é a indicação dita «tardia» porque se estabelece só em época adiantada do trabalho, quando o esforço organico se manifesta inefficaz. A cesarea «tardia» representa, nesta concepção, uma das conquistas mais importantes da obstetricia atual.

Diversas gradações se podem então encontrar na gravidade do problema, subordinadas ao elemento infectuoso. As classificações propostas tem sido diferentemente fixadas pelos vários autores que só podem se basear em elementos clinicos, necessariamente sujeitos a interpretações individuais. Representam assim padrões traçados mais ou menos arbitrariamente. Há diversas classificações clinicas para ajuizar da «impureza» ou «infecção» do caso. Entre as mais conhecidas refiro as de JEANNIN (1926), SUREAU e a de WINTER (1929).

J. REZENDE, nesta altura, declara que dispendeu grande esforço de vontade para não propor tambem uma classificação, pois as que conhece são todas defeituosas e arbitrias.

Para nós, a de WINTER, que se escuda na epicrise de muitos milhares de casos, recolhidos em estatística geral das Clínicas Alemãs e Inglesas é uma das melhores (40). Este autor dividiu os casos que estudou em 4 grupos:

- I — *Casos puros*: não tocados ou apenas tocados uma vez e segundo a arte, estando integras as membranas ou rôtas há menos de 6 horas.
- II — *Casos suspeitos*: tocados por mãos idoneas, membranas rôtas há mais de 6 horas, tendo sido eventualmente tratados por operculização vaginal e apresentando temperatura menor de 38°.
- III — *Casos infectados*: temperatura acima de 38°, canal infectado, liquido amnico fétido.
- IV — *Casos gravemente infectados*: muito tocados, operados infrutiferamente por via vaginal, mesmo estando apireticos.»

WINTER examinou os resultados de numerosos operadores e concluiu o seu notavel estudo do modo seguinte:

«O prognostico nos casos do grupo I é ótimo, nos do grupo II ainda é muito bom. O tempo de trabalho e o prazo decorrido com membranas rôtas não tem uma grande importância no prognostico dos casos do grupo II desde que a anamnese não descubra a precedencia de toques imperitos. Os casos do grupo III destacam-se muito dos anteriores. A infecção é manifesta e a sua propagação ao peritoneo muito provavel. Os resultados diferentes dos vários operadores neste grupo dependem de circunstâncias ocasionais. De qualquer modo, em face de uma mortalidade materna ocilante entre 6,7% e 27% não é recomendavel a cesarea abdominal. Procure-se outra solução para o parto, mesmo com maiores riscos para a vida do feto. Os resultados dos casos do grupo IV são de tal modo sombrios que justificam a sua exclusão da indicação cesarea. Neste grupo a estatística geral alemã acusa a letalidade materna de 66% e a inglesa (HOLLAND) de 27%.»

O critério de WINTER, muito embora apoiado em estatísticas cuidadosamente coligidas e estudadas, não logrou universos trabalhos adiantados da cultura obstetrica e que transparece nos trabalhos mais recentes, versando a cirurgia obstetrica no caso impuro, é de que, vivo o feto e impedido ou dificultado o transitio transpelvico, a única operação recomendavel é a cesarea abdominal. E' ainda a intervenção que melhores probabilidades de salvaguarda reúne para a mãe e para o filho.

A questão entre nós há muito está dirigida nesta orientação, desde que F. MAGALHÃES firmou doutrina e conseguiu na sua casuística um índice de mortalidade materna, na cesarea tardia, de 4,03% e 2,4% para letalidade fetal. Estes indices, apurados só para o vicio pélvico, ficaram ainda reduzidos respectivamente a 3,1% e 2,4%. Com esses resultados excepcionais, pontificava MAGALHÃES:

«Tem-se na operação cesareana a operação que não reconhece impecilios no seu imediato exercicio. E' a operação que se executa em qualquer momento; por isso é indicada quando fôr impossivel o parto natural e inutil a intervenção transpelvica.»

E isto era na época da cesarea corporal, como decorre do seu trabalho publicado em 1922. Depois disso, a situação melhorou ainda com o advento da cesarea segmentaria que começou a ser introduzida nos serviços de F. MAGALHÃES por volta de 1924. Da primeira série de 32 casos nos informou CLOVIS CORRÊA, em 1925, que indica um único obito materno relacionado à causa bem explicada. (5).

Pouco depois o próprio F. MAGALHÃES nos diz da sua satisfação com as «Cesarianas Baixas» na «Clínica Obstetrica» (22). Não queremos dizer que a cesarea segmentaria haja resolvido de uma fôrma definitiva e satisfatoria o problema do parto cirurgico abdominal. Haja em vista o interesse ainda insatisfeito em torno do parto cirurgico no caso infectado.

*Orientação no caso infectado* — Não existe no momento atual uma conduta única, adotada por todos os especialistas no caso infectado. Isto não surpreende. Basta considerar a insegurança do prognostico no caso gravemente infectado, qualquer que seja o método escolhido.

Há sem duvida alguma muitos progressos tequnicos realizados nos ultimos anos, visando diminuir os perigos da contaminação peritoneal. Entre os aperfeiçoamentos de maior alcance está a preferencia hoje indiscutida pelas incisões baixas, cervico segmentarias, substituindo as incisões corporais do utero, seja qual fôr a sua localização.

Si é verdade que a incisão segmentaria não constitue absoluta novidade na tequnica da cesarea, pois F. A. KEHER já em 1881 a praticára e recomendava, não é menos exato que a sua generalização e aperfeiçoamento vieram se fazendo a partir de 1907 (FRANK). De 1912 em diante, a tequnica de KROENIG divulgou-se notavelmente, tal a ecelencia dos seus resultados. A maioria dos especialistas hoje em todos os centros ginecologicos adiantados se transferiu rapidamente para os métodos

segmentares. Esta preferencia se veiu estabelecendo pelo resultado apurado nas estatisticas de conjunto, como demonstrou WINTER no Congresso de Leipzig, em 1929 (40).

DANIEL ROJAS emerito relator do tema oficial «La cirurgia obstetrica en el caso impuro» no III C.A.O.G., 1937, cita estatisticas americanas mais modernas e conclue a favor dos métodos menos traumatizantes e, por isso, menos propicios ao progresso da infecção: *cesarea segmentaria intraperitoneal*. (33 e 34).

Os operadores dos últimos 20 anos porfiam em aperfeiçoar os métodos segmentares: seja visando a mais completa defesa da cavidade peritoneal durante o ato cirurgico, seja pelo apuro tecnico da sutura, revestida afinal com o peritoneo vesical.

Almejam assim, não só impedir a incursão perigosa de liquidos séticos dentro do abdomen no ato cirurgico, como alcançar uma cicatrização uterina *per primam*, condição importante para defeza peritoneal na sequencia da intervenção.

A incisão segmentaria preferida da maioria dos especialistas vinha sendo a longitudinal mediana, conforme os métodos de KROENIG, de OPITZ e de DE LEE. Mais recentemente, desde os importantes estudos de GOERTTLER (11) sobre a arquitetura do utero (1928), diversos operadores propugnam pelas vantagens da incisão segmentaria transversal — DOERFLER, (7) arqueada — FUCHS (9), GEPPERT (10), KRAUL (16), KERR, MARSCHALL (24), JUAN LEON (18, 19, 20) em trapdoor (alcapão), BAILEY ou em Y DRÜNER (in Marschall op. cit.).

Parece-me realmente que motivos anatomicos, fisiologicos e tecnicos (colocação das compressas isolantes de J. LEON por ex.) apoiam a preferencia pela incisão transversal arqueada. Entre nós J. DE REZENDE tem praticado e recomenda a incisão de MUNRO KERR (32) arqueada mas de cavo superior que, atendendo bem a arquitetura miometral da região, lhe tem dado plena satisfação nos 45 casos que assim talhou.

O preceito segundo o qual o caso infectado exige método especial de cesarea é defendido por alguns. Não há na literatura universal consenso ponderavel nesta direção. HENKEL (13) considerando:

«que a cesarea nos casos infectados só cabe quando não é possivel a terminação vaginal do parto ou quando a extração vaginal seria presumidamente muito dificil e de tal forma lesiva aos tecidos maternos que facilitaria o progresso da infecção sem nenhuma

garantia para a vida do feto; que, si a segmentaria transperitoneal é o melhor método nos casos asséticos, não há razão para não o considerar o melhor método por ecelencia e do contrario cumpre aperfeiçoá-lo.»

resolveu concientemente e em *ultima ratio* operar assim 8 casos gravemente infectados. Em 3 desses casos recorreu o A. a histerectomia de segurança: 1 vez reclamada por atonia e duas vezes, duvida ainda o A. da necessidade da mutilação realizada. Todas as operadas curaram.

Na ancia do aperfeiçoamento, em face dos perigos da infecção peritoneal, muitos operadores modernos propuzeram artificios ou tequnicas especiais: KOUWER, COOKE (4), MICHON (27 e 28), JEANNIN, MERGER, (25 e 26), BECK (1), DE LEE (6), JUAN LEON (18, 19, 20), PERALTA RAMOS e R. BELO (31). Todos estes autores contam bom numero de sucessos com as suas tequnicas, entretanto nenhuma delas se generalizou.

Modernamente procuram os parteiros orientar-se mais rapidamente no parto de próva, de modo a poderem intervir com mais segurança, utilizando um dos métodos da cesarea segmentaria intraperitoneal (12). Assim, desde que se tenha a direção do parto *ab initio* é possível obter melhores resultados sem aumentar o numero de cesareas nem o das histerectomias, elevando-se a proporção destas apenas nos casos recebidos em más condições da assistencia inicial.

De fato, é hoje preccito do melhor quilate a condução assética do parto, orientando-se o parteiro quanto possível pelo apuro do exame externo e reservando o toque para verificações determinadas, de preferencia, na imediata precedencia da intervenção a ser decidida (36).

A cesarea baixa conservadora representa um método terapeutico precioso na distocia de varios tipos. Sendo uma laparotomia, durante a qual se procede o esvaziamento da cavidade uterina, que não está mais assética, a cesarea não está isenta de casos letais. Mas em seu lugar só poderia haver recurso para uma intervenção obstetrica transpelvica quasi sempre feticida e sempre grave para a mulher. Deve-se pois reconhecer que a segurança permitida pela cesarea baixa com relação a peritonite não é tão completa como fôra para desejar e é, por isso, acrecida algumas vezes da histerectomia imediata na presunção de melhor exito.

A orientação da Escola Nacional, dirigida por F. MAGALHAES propugna pela cesarea «tardia» e segmentaria, não importa o gráo de impureza, desde que vivo o feto. Reserva a indicação da histerectomia de segurança para os casos nos quais o utero se revele em estado de desagregação miometrial, durante o ato cirúrgico. Os resultados apurados pelo Professor até agora são de molde a recomendar esta orientação.

## BIBLIOGRAFIA

1. — BECK, A. C. — «Ueber eine bessere Deckungsmethode des Uterusschnittes bei cervicaler Sectio cesarea», Ref. in Zbl. Gyn., 1931, 1673.
2. — BENTHIN, W. — In Lehrb. des oper. Geburtshilfe. Winter-Halban, 1934.
3. — BERUTI, JOSUE A. y LEON, JUAN — «La incision arciforme del segmento inferior en la cesarea abdominal» in Bol. Soc. Obst. y Gin. B. Aires, 1935, XIV, 770.
4. — COOKE, W. R. — «In Marschall, C. Mac. Intosh, Caesarean Section, 1939.
5. — CORREA DA COSTA, C. — «Operação cesareana tardia» in Rev. Gyn. e d'Obst. 1925, XIX, 329-337.
6. — DE LEE, J. B. — «Principles and Practice of Obstetrics», Philadelphia, 7th., Ed. 1938.
7. — DOERFLER, H. — «Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt, München, 1929.
8. — DUVERGES, CARLOS J. — «La cesarea seguida de exteriorizacion temporaria del utero». Ref. in Zbl. Gyn. 1930, 1560.
9. — FUCHS, H. — «Der Längs-, Quer- und Bogenschnitt bei der Sectio caesarea inferior in Zbl. Gyn. 1933, 2549.
10. — GEPPERT, F. — «Die Vorteile des cervicalen Querschnitts» in Zbl. Gyn. 1932, 2362.
11. — GOERTTLER — «Die Architektur der Muskelwand u. ihre funktionelle Bedeutung» in Fuchs.
12. — GINGLINGER ET TASSOVATZ — «Etude sur vingt-quatre années de césarienne basse conservatrice» in Gyn. et Obst. 1934, XXX, 15.
13. — HENKEL, MAX — «Kritische Betrachtungen zur Indikation u. Technik des Kaiserschnittes bei Fieber unter der Geburt» in Zbl. Gyn. 1935, 1267.
14. — HOLZBACH, ERNST — «Der Schräg-Kanal zur Behandlung infektionsverdächtiger Kaiserschnitte» in Zbl. Gyn. 1933, 1153.
15. — HOLTERMANN, C. — «Unsere Stellung zur extraperitonealen Schnittenbindung» in Arch. f. Gyn., 1931, 145, 566.
16. — KRAUL, LUDWIG — «Zur Technik des cervicalen Querschnittes bei Sectio caesares» in Zbl. f. Gyn. 1933, 410.
17. — KUSTNER, O. — «Disk. Zum. Vortrag Winter» in Arch. f. Gyn. 1929, 137, 842.
18. — LEON, JUAN — «A proposito de las cesareas cervico-segmentarias extraperitoneales por artificio» in Bol. Soc. Obst. y Gin. B. Aires, 1935, XIV, 10.

19. — LEON, JUAN — «Cesareas abdominales» Com. ao III C. A.O.G. Buenos Aires, 1937.
20. — LEON, JUAN — «Protection de la cavité peritoneale au cours de la cesarienne segmentaire etc.» In Gyn et Obst. 1936, XXXIV, 428.
21. — MAGALHÃES, F. — «A operação cesareana abdominal» in Rev. Gyn. e d'Obst. 1923, nr. 7-10, XVII.
22. — MAGALHÃES, F. — «As cesareanas baixas» in Clinica Obst. (Novas lições) 1933, 251.
23. — MAHON, R. — «Comment éviter les Suppurations de la Paroi Abdominale après cesarienne base etc. in Gyn. et Obst. 1933, XXVIII, 678.
24. — MARSCHALL, C. Mc. INTOSH — «Caesarean Section» Baltimore, 1939.
25. — MERGER, R. — «La césarienne tardive. Les indications des procédés opératoires» in Gyn. et Obst. 1933, XXVIII, 664.
26. — MERGER, R. — «La césarienne tardive» etc. in Gyn. et Obst. 1933, XXVIII, 575.
27. — MICHON, L. — «Sur un point de technique de la césarienne basse» in Gyn. et Obst. 1932, XXVI, 305.
28. — MICHON, L. — «Sur la technique et les suites de la césarienne» in Bul. Soc. Obst. Paris, 1932, XXI, 225.
29. — MONCKEBERG, C. y PUGA, J. — «La cirugía obstetrica en el caso impuro». III.C.A.O.G. B. Aires, 1937.
30. — NURNBERGER, L. — «Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt» in Arch. f. Gyn. 1930, 142, 106.
31. — PERALTA RAMOS, A. et BELLO, RAUL — «L'operation césarienne extraperitoneale par artifice etc.» in Gyn. et Obst. 1936, XXXIII, 531.
32. — REZENDE, JORGE DE — «Operação cesareana abdominal» 1941.
33. — ROJAS, DANIEL A. — «La cirugía obstetrica en el caso impuro» III C.A.O.G. Buenos Aires, 1937.
34. — ROJAS, DANIEL A. — Técnica e evolução da operação cesareana suprasinfisaria» in Rev. Gyn. e d'Obst. 1932, XXVI, 437.
35. — ROSSENBECK, H. — «Bedeutet die Technik der Schnittentbindung nach Doerfler eine Verbesserung der gebrauchlichen Schnittentbindungsverfahren» in Zbl. f. Gyn. 1936, nr. 36, 2119.
36. — SAT'ANNA, JORGE — «O toque durante o parto» X.º C. Brasileiro de Medicina» 1929.
37. — SEITZ, L. — «F. A. Kehler» in Msch. f. Geb. u. Gyn. 1937, 104, 257.
38. — SZTELHO, S. — «Ein auf Grund seltener indikation ausgeführter Kaiserschnitt» in Zbl. f. Gyn. 1933, 1287.
39. — TRILLAT ET DARGENT — «État de la cicatrice uterine consecutive à une césarienne basse» in Bul. Soc. Obst. et Gyn. 1933, XXII, 409.
40. — WINTER, G. — «Bericht über die allgemeine Kaiserschnittstatistik» in Arch. f. Gyn. 1929, 137, 795.

## V

## INDICAÇÕES

Quem percorrer pequena parte que seja da literatura universal, versando a cesareana nestes ultimos 10 anos, terá verificado como se ampliou o capitulo das indicações.

Não surpreende que tal aconteça, pois das 3 ou 4 indicações admitidas há 20 anos passados, coligiu WINTER (38, 40) na estatística organizada em 1928, 63 indicações diversas. E' certo que dessas muitas não subsistiram à luz da critica científica; outras foram até extravagantes e incompreensíveis: *morte do feto em partos anteriores, morte da mãe e da avó da parturiente no primeiro parto, hidrocefalia em bacia normal!...*

Entretanto, por outro lado, o progresso da terapeutica permitiu tais resultados que WINTER considerou justas as 23 indicações diversas, subordinadas à seguinte ordem:

- I. Vicio pelvico.
- II. Eclampsia e pré-eclampsia.
- III. Placenta prévia.
- IV. Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida.
- V. Doenças internas da gestante ou da parturiente.
- VI. Apresentação transversa.
- VII. Apresentação pelvica.
- VIII. Apresentação de face.
- IX. Apresentação de frente.
- X. Assinclitismo posterior.
- XI. Apresentação direta, alta.
- XII. Iminencia de ruptura uterina.
- XIII. Primiparidade tardia.
- XIV. Tumores genitais.
- XV. Afeções da vagina e da cervice.
- XVI. Afeções vulvares.
- XVII. Febre durante o parto.
- XVIII. Parada do trabalho e inercia uterina.
- XIX. Procidencia do cordão ou do braço.
- XX. Asfixia intrauterina.
- XXI. Hipermaturidade.
- XXII. Desejo de filho vivo.
- XXIII. Cesarea na mulher morta ou moribunda.

Não haveria interesse em esmiuçar aqui cada uma das indicações acima alinhadas. A materia está exhaustivamente exposta nas publicações de WINTER e outras mais recentes. Sobre

uma delas queremos todavia consignar a nossa apreciação, é logo a segunda mencionada:

«eclampsia e pré-eclampsia»

Tanto a eclampsia como os estados pré-eclampticos são indicações pouco propicias à solução pelo parto cesareo. Isto, não só porque o organismo materno altamente intoxicado, segundo é de regra em tais estados, constitue um máo terreno para toda intervenção cirurgica de vulto, como ainda porque os fetos costumam sofrer igualmente influencias deleterias pela agressão da toxicose materna, encontrando-se assim com a vitalidade diminuida ou anulada (fetos prematuros, debeis, ou mortos).

Alem disso, o tratamento médico prescrito por ZWEIFEL-STROGANOFF na eclampsia é para a mulher muito mais vantajoso. Uma contribuição de ZWEIFEL, já citada por MAGALHÃES (19), sobre 320 casos tratados pela sangria e STROGANOFF referia a mortalidade materna apenas de 8% e a fetal de 14%.

LICHTENSTEIN (18), comparando os resultados da terapeutica ativa com os da expectante, na Clinica de Leipzig, concluia pelo coeficiente de 28,5% de mortalidade para a primeira e 5,2% para a segunda. Dos operadores modernos destaca-se W. STOECKEL (34) como partidario da cesarea nesta indicação. A maioria dos especialistas porém se recusam a empregar os métodos cruentos no tratamento da eclampsia e preferem o tratamento médico seguido de extrações obstetricas de menor vulto.

F. MAGALHÃES tratando das indicações da cesareana abdominal (19) sintetisou-as expressivamente nos seguintes grupos:

- I. no parto desproporcionado,
- II. no parto embarçado,
- III. no parto invertido.

No primeiro grupo incluem-se o vicio pelvico e a desproporção feto-pelvica, no segundo estão as distocias cervicais e anulares e as apresentações insolúveis, no terceiro grupo a placenta previa central.

J. DE REZENDE, que tambem estudou as indicações da cesarea com ecelente supervisão, estabeleceu no final do seu capitulo um quadro esquematico onde cabem sinteticamente todas as indicações atuais da cesarea abdominal. Para terminar este capitulo passemos ao estudo da:

*Incidencia operatoria.* Na avaliação do rendimento pratico da cesarea em obstetricia, além de computarem a mortalidade materna e a fetal, preocupam-se os autores em verificar a incidencia da operação sobre o numero total dos partos.

Dois fatores influem predominantemente na diversidade da incidência da cesarea:

1—A qualidade do material clinico estudado que depende não só da maior ou menor frequencia do vicio pelvico, principal indicação da cesarea, variavel conforme a região, a raça etc. como ainda da densidade maior ou menor dos partos patológicos, afluindo a determinado Serviço, segundo disposições ou habitos locais.

2—A orientação doutrinaria adotada em cada Serviço para a solução das distocias que pode ser mais ou menos larga na indicação cirurgica. Os varios autores que tem versado a questão procuram na literatura da especie as estatisticas publicadas, analisam os seus elementos e comparam os dados para deduzirem afinal os valores medios, resultantes de avultadas cifras. Assim, pensam reduzir o mais possivel as causas de erro dos indices estatisticos.

Nesta orientação encontramos como trabalhos fundamentais e de maior vulto os de PREISSEKER (24, 25) publicado em 1932 e o de E. DE DONNO (8) de 1938.

PREISSEKER computou primeiro em tabela comparativa (Tabela III) os dados de cinco grandes estatisticas, constituindo o grupo das estatisticas mais antigas e abrangendo um total de 112.217 partos, entre os quais 1.581 cesareas abdominais, o que representa uma incidencia de 1,41%.

AUTORES	Numero de:		Vicio pelvico	Indicações:		
	partos	cesareas		Eclampsia	Placenta previa	Varia
E. Puppel . . . . .	9.216	152	88	14	17	13
F. C. Wille . . . . .	28.917	357	197,8*	7,9*	86*	63*
Lehoczky, Semmelweis . . . . .	26.931	128	105	1	9	14
J. R. Miller . . . . .	15.817	444	166	3,6*	37	93
J. W. L. Williams . . . . .	31.336	520	319	7,1*	7,7*	472*
Total . . . . .	112.217	1.581	875,8*	33,6*	79,3*	230,2*
Percentagem . . . . .	100%	1,41%	55,4%	2,1%	5%	14,6%

\* Indicam valores calculados por Preissecker.

Em uma tabela mais extensa (Tabela V), PREISSECKER junta para comparação dados de outras estatisticas mais modernas, incluindo o da II Clinica Gin. universitária de Viena, cujo material analisa. Desse modo, obteve um conjunto de 205.099 partos sobre os quais incidiram 6,308 ou seja a incidencia média de 3,08%.

**TABELA V**  
(PREISSECKER)

Estat. modernas e antigas	Numero de:		Vicio pelvico	Indicações:		
	partos	cesareas		Eclampsia e pré-eclampsia	Placenta previa	Varia
G. Winter . . .	30.000	5.832	2.259	745	86	742
E. Frey . . .	9.400	263	122	37	67	72
II Clin. Gyn. Viena . . .	53.472	632	474	14	72	72
Conj. das est. Tabela III . .	112.217	1.581	876	347	79	230
Est. Ingl. E. Holland . . .	205.099	4.197	3.372	231	208	386
Est. Ingl. sem E. Holland . . .	205.099	6.308	3.721	830	304	1.467
Est. Ingl. com E. Holland . . .		10.505	7.093	1.061	512	1.467
‰ sem E. Holland		100 ‰ = 6.308	59 ‰	13,2 ‰	4,8 ‰	17,2 ‰
‰ com E. Holland		100 ‰ = 10.505	67 ‰	10 ‰	4,9 ‰	13,4 ‰
Medias aritmeticas			2,25 ‰	11,6 ‰	4,85 ‰	15,3 ‰
‰ das cesareas sobre 205.099 =			6.308 =			
100 ‰			3,08 ‰			

O trabalho de E. DE DONNO, mais recente, constitue um estudo critico e estatistico sobre a cesarea abdominal muito importante. Reune o material de 15 grandes Clinicas, não só da Europa como do U.S.A., somando um total de 282.069 partos. Sobre esse total incidiram 4.265 cesareanas, o que fornece á média aritmetica de 2.62‰.

Na hora atual esses dois indices médios: 3.08‰ e 2.62‰ devem ser considerados, com a aproximação maior possivel da verdade, a incidencia da cesarea nos grandes Serviços Obstetricos, dirigidos sob bons fundamentos scientificos.

E' de lembrar todavia que tais cifras representam indices médios e que nos extremos da incidencia se encontram, na Tabela I de E. DE DONNO, o indice menor de 0,58‰ correspondente a I Clinica Gin. Univ. de Viena (Navratil — 1934) e o indice maior de 9,82‰, fornecido pela Escola de Mainz (Pupel — 1936). Tem-se assim uma orientação acerca da frequencia da cesarea nos grandes centros obstetricos universais. Si esmiuçarmos a incidencia nas diversas indicações da cesarea,

acompanhando as duas grandes estatísticas em apreço, teremos para cada cem cesareas os seguintes índices:

	V. pelvico	Eclampsia	P. previa	Varia
Preissecker	I	II	III	IV
(1932)	62,25 %	11,6 %	4,85 %	15,3 %
Donno	I	II	III	IV
(1938)	63,21 %	7,78 %	13,38 %	15,61 %

Verificam-se nas indicações do grupo I e IV índices de incidência muito próximos, em abono do justo critério que presidiu a organização das respectivas estatísticas.

As diferenças visíveis nos grupos II e III correspondem a modificações verificadas na evolução do critério nas respectivas indicações. De fato, as numerosas publicações dos últimos anos permitem ver o decréscimo progressivo das indicações na eclampsia, enquanto que aumenta o número dos adeptos da via alta na solução dos casos da rubrica III (placenta previa e descolamento da placenta normalmente inserida, conjuntamente).

O grupo IV não está especificado em toda a sua composição. Representa as indicações de toda a causa impediante do curso transpelvico: tumores prévios, estenoses genitais, dicinésias uterinas etc. ou exigentes da terminação rápida do parto — asfixia iminente do feto etc. cujo desdobramento viria prejudicar a apreciação do conjunto.

As indicações do grupo I a III são as chamadas indicações típicas da cesarea. No grupo IV estão incluídas as indicações de per si pouco frequentes e que, reunidas, têm valor maior do que as do grupo II.

Na grande maioria das publicações nacionais não se consegue ter informação acerca da incidência da cesarea sobre o número total de partos, realizados dentro de um determinado período de tempo.

Das publicações que pudemos rever, só a de IWAN DE O. FIGUEIREDO (11) apurou este índice sobre um total de 2.416 partos com 50 cesareanas, o que corresponde à incidência de 2,06%. Decompondo este índice para os anos de 1933 a 1937 separadamente, ano por ano, encontrou o A. respectivamente as seguintes cifras:

Em 1933: 1,3%,  
 em 1934: 2,6%,  
 em 1936: 2,5%,  
 e em 1937: 0,96%.

# TABELA I

## E. DE DONNO

AUTORES	CIDADE	Anos considerados	F O N T E	Numero de:		‰	Vicio pelvico	I n d i c a ç õ e s :		
				partos	cesareas			Eclampsia	Placenta previa	Varia
Preissecker . . .	Viena II Clin.	1909—28	Zbl. Gyn. 1932	53.472	632	1,18	75 ‰	2,2 ‰	11,8 ‰	11,8 ‰
Navratil . . . .	Viena I Clin.	1914—43	Zbl. Gyn. 1934	42.955	251	0,58	69,3 ‰	9,1 ‰	6,3 ‰	15,1 ‰
Frey . . . . .		1920—26	Zbl. Gyn. 1932	9.410	263	2,79	46,3 ‰	14 ‰	25,5 ‰	14 ‰
Bogdanovic . . .	Iugoslavia	? —34	Zbl. Gyn. 1936	45.410	554	1,22	49,1 ‰	19,8 ‰	14,4 ‰	16,6 ‰
Keller-Bohler . .	Francia	1920 - 31	Gyn. S. Gyn. 1935	16.918	180	1,06	74,4 ‰	0 ‰	4,4 ‰	21,1 ‰
Mohnhaupt . . .	Erfurt	1922—31	Zbl. Gyn. 1932	7.645	169	2,21	74,5 ‰	1,1 ‰	3,5 ‰	20,7 ‰
Feiner . . . . .	Brooklin N. Y.	1923—35	Am. J. Obst. 1936	23.000	347	1,50	59,3 ‰	6,0 ‰	9,2 ‰	25,3 ‰
Kessler-Uphof . .	Kiel	1922—32	Zbl. Gyn. 1933	11.246	363	3,22	61,5 ‰	1,3 ‰	16,8 ‰	10,4 ‰
Wolfring . . . .	Hamburgo	1924—36	Zbl. Gyn. 1937	2.492	109	4,53	76,1 ‰	7,3 ‰	11,0 ‰	5,5 ‰
Lunacek . . . . .	Ljubljana	1926—34	Zbl. Gyn. 1934	11.280	141	1,25	61,9 ‰	5,57 ‰	14,2 ‰	19,1 ‰
Vitali . . . . .	Milano	1927—35	Nangiag. An. 1936	27.295	222	0,81	63,9 ‰	3,1 ‰	26,5 ‰	6,3 ‰
Trettenero . . . .	Parma	1928—35	Rev. It. Gin. 1935	4.071	119	2,53	68,8 ‰	5,8 ‰	17,6 ‰	7,5 ‰
Puppel . . . . .	Mainz	1929—35	Arch. Gyn. 1936	14.070	400	9,82	62,2 ‰	8 ‰	17,7 ‰	12 ‰
Seeley . . . . .	Detroit	1930	A. J. Obst. 1932	14.836	203	1,36	48,2 ‰	7,8 ‰	9,3 ‰	34,4 ‰
E. de Donno . . .	Bari	1925—37	A. Obst. Gin. 1938	7.276	312	4,28	72,7 ‰	1,9 ‰	8,6 ‰	16,6 ‰
				282.069	4.265	1,51	63,21 ‰	7,78 ‰	13,38 ‰	15,61 ‰

Frequencia media = 1,51 ‰

Media aritmetica de frequencia = 2,62 ‰

Recorrendo nós ao prestimoso arquivo da «Maternidade Escola», conseguimos também elementos interessantes, que nos foram gentilmente confiados pelo seu ilustre Diretor — Prof. FERNANDO MAGALHÃES, por intermédio do seu operoso assistente Dr. J. AMARAL, aos quais consignamos aqui os melhores agradecimentos. Em 1937, sobre um total de 1.196 partos realizados na «Maternidade Escola» incidiram 27 cesareas — 2,25%; em 1938 sobre 1.458 partos: 38 cesareas — 2,68%; em 1939 sobre 1.331 partos: 19 cesareas — 1,42%; em 1940 sobre 1.150 partos: 34 cesareas — 2,95% e em 1941 sobre 1.297 partos realizados incidiram 26 cesareas — 2,46%.

Si totalizarmos os partos desses cinco anos: 1937 a 1941 inclusive, vamos encontrar a cifra de 6.432 partos sobre os quais incidiram 144 operações cesareanas, ou seja o índice médio de 2,23%.

Vê-se comparando os índices dos dois serviços nacionais referidos com as cifras anteriormente citadas por PREISSECKER e DONNO quão ajustados andam os mesmos ás médias indicadoras das boas normas que fundamentam o emprego da cesarea nos centros obstetricos de grande cultura.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — ANDERODIAS, LACOUTURE ET BOURSIER, R. — «Cesarienne et hysterectomie pour fibrome previa» in Bul. Soc. Obst. et Gyn., 1924, p. 603.
2. — BICKENBACH, W. — «Die Schnittentbindung in der Behandlung der Eclampsie u. Placenta previa» in Zbl. Gyn. 1937, 789.
3. — BOGDANOVIC, M. — «Die erweiterten Indikationen f. den Kaiserschnitt» in Zbl. Gyn. 1936, 357.
4. — BROUHA, M. — «Faut il reserver strictement l'operation cesarienne abdominale aux cas purs?» in Gyn. et Obst. 1920, II, 385.
5. — BROUHA, M. — «A propos des indications de la cesarienne basse» in Bul. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 420.
6. — BUFALINE, MAURILIO — «Taglio cesareo in peritonite purulenta difusa da appendicite», in Rev. Ital. di Gine. 1936, XIX, 241.
7. — COOKE HIRST, JOHN — «Kaiserschnitt als Operation der Wahl in schwierigen Geburtsfällen», Ref. in Zbl. Gyn. 1917, 753.
8. — DONNO, E. DE — «Il taglio cesareo nella Clinica di Bari» in An. Obst. e Gine. 1938, LX, 1361.
9. — DOERFLER, H. — «Der abdominelle Kaiserschnitt in Gegenwart u. Zukunft.» in Zbl. Gyn. 1935, 41, 2402.
10. — DURST, F. — «Der erweiterten Indikationen f. den Kaiserschnitt» in Zbl. Gyn. 1936, 357.
11. — FIGUEIREDO, I. de O. — «Op. cit. in Rev. Gin. e d'Obst. 1937, XXX, II, 137.
12. — GARIPUY — «Indication de l'operation cesarienne d'après la marche de l'accouchement à propos de deux cas de bassin re-trecie», in Bul. Soc. Obst. et Gyn. 1924, 562.

13. — GELLER, FR. CHR. — «Grössere Lebenssicherheit beim Kaiserschnitt» in Zbl. Gyn. 1935, 2409.
14. — GUSTAFSON, GERALD W. — «An eight year survey of cesarean sections at the William H. Coleman Hospital» in Surg. Gyn. a Obst. 1937, 64, 1035.
15. — JASCHKE, RUD. TH. V. — «Zur Frage der Methodik u. Indikationen der Schnittentbindung» in Msch. f. Geb. u. Gyn., 1936, 103, 198.
16. — KOLLER, O. — «20 Jahre transperitonealer cervicaler Schnittentbindung» in Zbl. Gyn. 1937, 832.
17. — KRÖHNERT, H. — «Indikation u. Verlauf der abdominalen Entbindungen an der Königsberger Univ. — Frauenklinik», in Zbl. Gyn. 1935, 1902.
18. — LICHTENSTEIN, apud F. MAGALHÄES — «Operação cesareana abdominal» in Rev. Gyn. e d'Obst. 1923, XVII, ars. 7, 10.
19. — MAGALHÄES, FERNANDO — «Operação cesareana — Indicações e técnica» in Rev. Gyn. e d'Obst. 1918, XII 238 e 1919, XIII, 108.
20. — MAGALHÄES, FERNANDO — «Sintese Obstetrica».
21. — PHERSON, MAC ROSS — «Ist der Kaiserschnitt zur Entbindung bei Steisslagen indiziert?» in Zbl. Gyn. 1917, 754.
22. — PONOMAREFF, A. — «Operation cesarienne an Russie 1756 — 1924» in Gyn. et Obst. 1928, XVIII.
23. — PORTES ET RISACHER — «A propos de la cesarienne transperitoneale basse», in Bul. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 274.
24. — PREISSECKER, ERNEST — «Die Kaiserschnittfrage — I Die Indikationen zur Sectio cesarea im statistischen Weltbild etc.» in Zbl. Gyn. 1932, 645.
25. — PREISSECKER, ERNEST — «Die Kaiserschnittfrage. II — Die Kaiserschnittstatistik der II Univ. Frauenklinik in Wien 1909—1928», in Zbl. Gyn. 1932, 1378.
26. — PUPPEL, E. — «Zur Klinik der Schnittentbindungen», in Zbl. Gyn. 1936, 1051.
27. — PUTZ, TH. — «Unsere Schnittentbindung» in Zbl. Gyn. 1935, 1279.
28. — REEB — «Indications particulieres etc.» in Bul. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 588.
29. — REUSCH, W. — «Zur Erweiterung des Indikationen des Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. 1917, 969.
30. — REZENDE, J. DE — «Operação cesareana abdominal» Rio. 1941.
31. — SCHUSTALLA, H. — «Ueber Indikationen, Operationsmethode u. Mortalität beim Kaiserschnitt an der Berliner Frauenklinik in den Jahren 1926 — 1933». Inaug. Dis. Berlin 1937. In Zbl. Gyn. 1938, 722.
32. — SKEEL A. J. and JORDAN, F. F. — «A consideration of cesarean section with a survey of 1047 cases in the Cleveland Registration area in five years» in Am. Jour. of Obst. and Gyn. 1932, XXIII, 2, 172.
33. — STEIN u. LEVENTHAL — «381 Kaiserschnitte in 10 Jahren am M. Reese Hospital (Chicago)» in Zbl. Gyn. 1936, 339.
34. — STOECKEL, W. — «Lehrb. der Geburtshilfe». Dritte Auflage G. Fischer, 1930, 193.
35. — TRESIDDER, A. G. — «Placenta previa u. Cesarea», Lancet 1916, in Zbl. Gyn. 1917, 851.

36. — TRETTENERO, MARIO — «Il Taglio Cesareo Nella Clinica di Parma dal 1928 al 1935» in Rev. Ital. di Gine. 1935, XVIII, 348.
37. — WEIBEL, W. — «Lehrb. der Frauenheilkunde I. Band: Geburtshilfe, 1937, Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien.
38. — WINTER, G. — «Bericht über die allgemeine Kaiserschnittstatistik» in Arch. f. Gyn. 1929, 137, 795.
39. — WINTER, G. — «Der abdominelle Kaiserschnitt in Gegenwart u. Zukunft», in Zbl. Gyn. 1935, 2402.
40. — WINTER, G. — «Die Indikationen zum Abdominellen Kaiserschnitt», F Enke, Stuttgart, 1931.

(Continúa no proximo numero)

II

## Placenta acreta parcial

PELO

**DR. CID FERREIRA JORGE**

Da Sociedade Brasileira de Ginecologia, Chefe da Clinica Obstetrica da Maternidade Cascadura e Chefe do S. A. O. D. do Dep. Puericultura.

Durante um periodo de quatro anos, de trabalho na Maternidade de Cascadura este é o segundo caso de placenta acreta verificado, num movimento medio de 3 partos por dia, ou sejam 2 casos em 4.380 partos. O primeiro caso foi publicado na Rev. Ginec. Obst. de Agosto de 1938, pelo então chefe de clinica Dr. Carneiro de Lacerda. Esta proporção difere muito das percentagens antigas publicadas; assim é que conhecemos a de Kraul, 1/20000, a de Blagodarow 1/16000, a de Brosin 1/10000, Polak 1/6000, Forster 1/7000, Klaston 1/14000 e outras, que mostram tambem a grande raridade dessa anomalia. A percentagem média obtida é de 1/14622. (R. Oliv. Morais, Rev. Gin. Obst. 1937, Setembro). Consultado o trabalho de F. Irving e A. T. Hertig (Surg. Gyn. and Obst. Fev. 1937) verificamos que esses autores estudaram 35203 pacientes, e acharam a percentagem de 1/1956, o que aliás muito se aproxima dos nossos dados, 1/2190. Acham eles que nem todos os casos de placenta acreta são trazidos á publicação, e por isso nas estatisticas antigas, pouco se os encontravam. Faz parte ainda de seus estudos que o grande numero de mortes, causados por hemorragia ou infecção post partum são devidos a extração manual da placenta, deduzindo que si os casos trazidos á literatura, mostram uma relação de 9 para 7, entre aderencia completa e placenta acreta parcial, as suas experiencias concluem que a razão é de 1 para 2. Segue a nossa observação, que embora incompleta, o foi por motivos alheios á nossa vontade.

## IV

# Cesarea segmentar por vicio pelvico num caso infectado<sup>(\*)</sup>

PELO

**DR. DOMINGOS F. MACHADO**

Pré-natalista do Departamento de Saude. Ex-interno de Clínica Obstétrica da Faculdade. (Bahia).

"O caso obstetrico suspeito, impuro ou infectado, é a imensa maioria na minha casuística". *Jorge de Rezende.*

O caso que hoje trago para esta Sociedade, é cheio de interesse clinico e, por isso, me animei em traze-lo, para, juntamente com os colegas de especialidade, trocarmos idéas sobre êle.

Trata-se de S.S.C., com 29 anos, natural do Amazonas e residente á Av. Cruz da Redenção, 25 (Brotas).

A paciente em questão estava internada na Maternidade Climerio de Oliveira, pensionato, sob os cuidados de sua parteira e, foi á pedido dessa que a examinei em 18-4-941.

Primigesta. — Ultimas regras em 14 de julho de 1940. Ao examinarmos constatamos existir gravidez simples, topica de termo, apresentação cefalica alta, completamente abdominal, fêto vivo, percebendo-se perfeitamente o fôco no quadrante superior direito.

Ao ser feita a pelvimetria foram encontradas as seguintes cifras:

Bi-espinha — 19 cms.

Bi-crista — 20 cms.

Losango de Michaelis — 7,5 x 10.

Conjugado externo (sacropubico) — 15 cms.

Conjugado verdadeiro — 10 cms.

Bi-isquiatico — 8 cms.

Arcada publica — pela pelvigrafia á Sellheim, nota-se uma grande aproximação dos ramos isquio-pubicos, dando perfeita impressão de uma bacia masculina. Observa-se pelo exposto, uma diminuição dos diâmetros, principalmente no estreito inferior.

No dia 14, quatro dias antes do nosso exame, a paciente teve um falso trabalho.

(\*) Caso apresentado à Sociedade de Ginecologia da Bahia em 24 de agosto de 1941.

Como ao praticarmos a pelvimetria notassemos diminuição dos diâmetros e, ao fazermos o toque vaginal tocássemos o promontório, pedimos uma pelvicefalografia que foi feita no dia 18-4-41, pelo Dr. Adelaido Ribeiro no gabinete de raio X do Sanatório Espanhol. (\*)

Chamamos atenção para o fato de que o toque foi feito com grande dificuldade pois os dedos encontravam a arcada púbica formando um ângulo bem fechado, sendo o mesmo muito doloroso para a paciente. Desse toque tiramos a conclusão clínica de que havia grandes probabilidades de não se conseguir um parto pela via vaginal. Foi com essa forte suspeita que a enviei ao radiologista. Efetuada então a pelvicefalografia de Ball, pela qual se avalia de maneira mais ou menos exata, os diâmetros da cabeça fetal em relação com a pelvis, tivemos o seguinte resultado:

*Cabeça:*

Ant. posterior — perímetro:	42	} 30	} 29,5 ou 455 mil.
distância:	22		
18 + 4			
Lateral — perímetro:	37	} 29	
distância:	17		
13 + 4			

*Pelvis:*

(a) conjugata vera.	} 10,5 ou 696,9 mil.
Lateral — dimensão: 13,5 .....	
Ant-posterior — distância: 14 + 4 = 18	
(b) Bi-espina ciática.	} 8,8 ou 381,7 mil.
Ant-posterior — dimensão: 9,5 ...	
Lateral — distância: 3,5 + 4 = 7,5	

**Resultado:**

Volume da cabeça — 29,5 ou 455 milímetros.

Conjugata vera — 696 mililitros.

Bi-esp. ciática — 381,7 mililitros.

No dia 19 pela manhã o lençol de seu leito amanheceu bastante molhado, o que dava a entender que havia se dado a ruptura do saco. Passamos então a vigiar a paciente pois seria uma verdadeira *prova de trabalho*.

Durante todo o dia a paciente não acusou senão dores discretas na região lombar, dores que aumentaram á noite, se estendendo por todo o abdome.

(\*) Deixamos de publicar os clichês das radiografias, porque não conseguimos obter boas copias. As chapas foram apresentadas em sessão.

A cabeça continuava alta. A's 20 horas resolvemos fazer um toque, o 1º depois da rutura do saco, para ficarmos esclarecidos acerca do estado atual e podermos formar um prognostico. O resultado desse exame foi o seguinte: colo fino, permeavel a um dedo, cabeça abdominal, saco rôto. O fêto continuava bem, com 140 batimentos por minuto, no quadrante superior direito. O toque foi feito com todo cuidado de asepsia e antisepsia, justamente porque já anteviamos uma intervenção.

A's 21 horas como as dores fossem intensas e irregulares, aplicamos uma ampola de Spasmalgine, repetida ás 23 horas. Aguardavamos um pouco, mesmo porque a paciente apresentava albuminuria e elevação termica (37,5). (\*)

A's 9 horas do dia seguinte, 20, fizemos o 2º e ultimo toque: cabeça alta, dando a impressão de que procurara encaixar, pois notava-se uma bossa de regular proporções; dilatação para dois dedos. Nessa ocasião os dedos saíram sujos de liquido meconizado. A escuta nos mostrava um inicio de sofrimento fetal. Resolvemos não mais esperar pois já havia sofrimento fetal e inicio de infecção (37,9 e 110). Esperar seria sacrificar, pelo menos a vida fetal. Decidimos então pela cesarea mesmo nas condições desfavoraveis.

*Intervenção:* — Cesarea segmentar, tecnica de Munro Kerr, ligeiramente modificada.

Laparotomia mediana infra-umbelical. Após a abertura da cavidade peritoneal, fizemos proteção da cavidade com grandes compressas. Incisão transversal do peritoneo vesico uterino, cujo descolamento, apesar de minimo, provocou regular sangramento, dada a existencia de varizes na região. Incisão transversal (arცი-forme), do segmento inferior, tendo o cuidado de dirigir as extremidades para cima.

Injeção endovenosa de pituitrina. Extração do fêto em pelvis (versão, como recurso de momento, para facilitar a extração). Retirada da placenta logo após. Sutura da ferida uterina em dois planos. Peritonização em «rendigote» cobrindo perfeitamente toda a sutura. Fechamento da parede em tres planos após retirada das compressas protetoras. O fêto, do sexo masculino, saiu bastante fêtido e em morte aparente sendo reanimado após manobras usuais (Silvester, Prochownick, etc...). Operador: Domingos Machado.

(\*) Esperavamos tambem por uma melhor formação do segmento.

Auxiliar: Eduardo de Freitas.

Anestesista: Ddo. Gouveia. Anestesia geral pelo eter.

Ao abriremos o utero no seu segmento inferior, regular quantidade de liquido escuro e fétido extravasou.

A cefalometria feita logo após o nascimento revelou o seguinte:

Diametros:	Cefalicos	O.M.	— 15
		O.F.	— 12,5
		S.O.F.	— 12,5
		S.O.B.	— 9,5
		M.B.	— 13
		BiP.	— 9,5
Cormicos	BiA.	— 15,5	
	BiT.	— 15	
	OM.	— 39	
Cefalicos	OF.	— 36,5	
	SOB.	— 34	
	Toracico.	— 35	

*Post-operatorio.* — A paciente teve um post-operatorio acidentado conforme atesta o seu quadro termico (v. fig.).

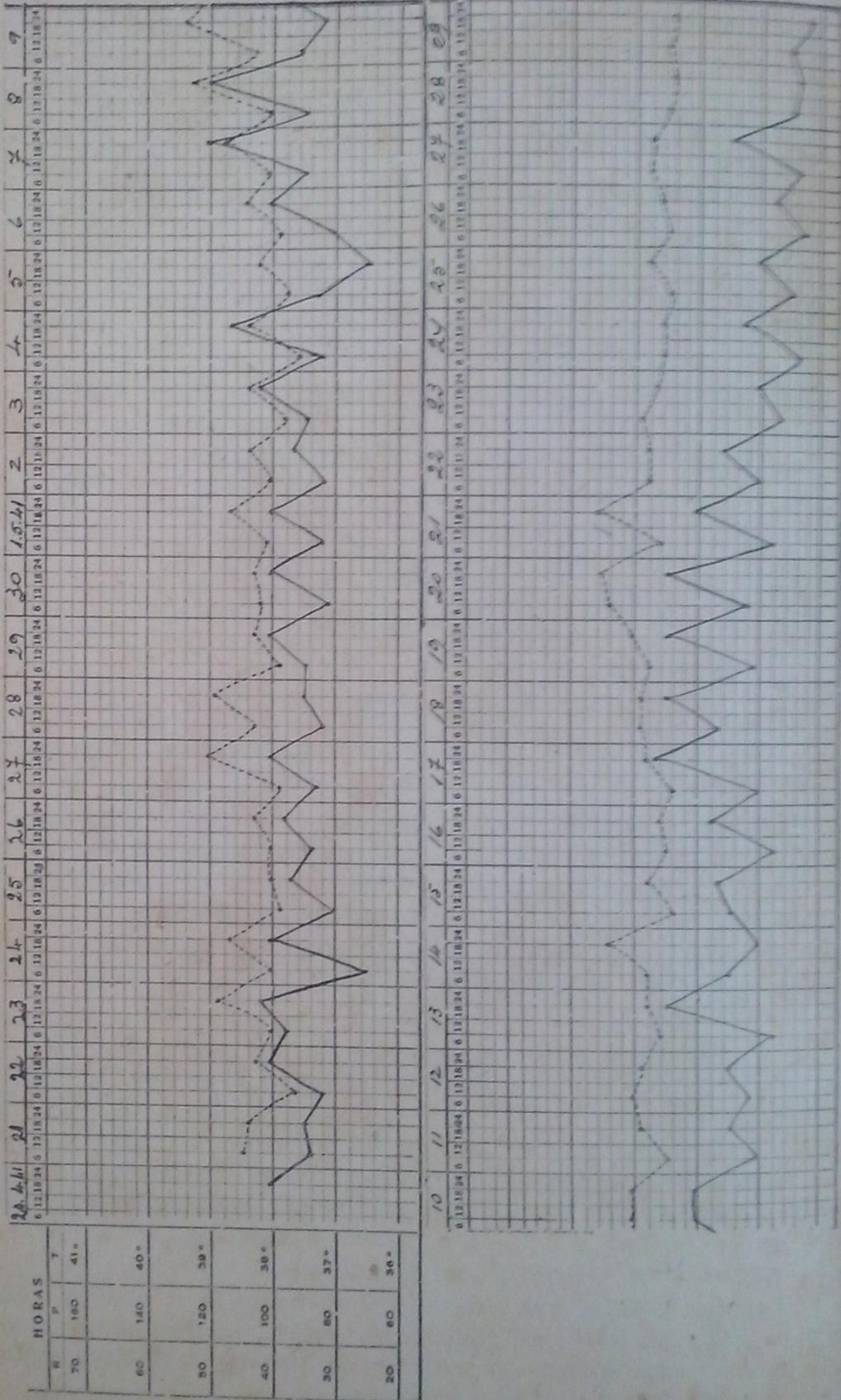
Usamos a sulfanilamida amparada com extrato hepatico em altas doses, associada á vacina antiptogena. Retirada dos pontos no dia 28, havendo um pequeno *abcesso da parede*, na altura do penultimo ponto, que cedeu rapidamente ao tratamento.

A involução uterina foi vagarosissima, e a loquiação fétida e escura. O utero permaneceu por muito tempo na altura da cicatriz umbelical.

No dia 28 de maio a paciente começa a sentir dores no membro inferior esquerdo havendo ligeiro edema desse membro, mais acentuado na extremidade distal. A dor era mais acentuada na panturrilha e na região inguino-crural.

Imediata immobilização do membro. Estava instalada a «*phlegmatia alba dolens*», que aparecia aqui no caso justamente 18 dias após a cesarea. Oito dias depois manifesta-se o mesmo processo no membro inferior direito, que foi tambem immobilizado.

As applicações de infra-vermelho no triangulo de Scarpa foram usadas. Depois de algum tempo na goteira immobilizadora passamos a usar para ambos os membros o Balcão de Buerger-Allen, processo que nos deu otimo resultado.



Com 60 dias estando quasi normal o pulso, que se manteve sempre alto conforme sóe acontecer nesses casos (sinal de Malher) e estando a paciente apiretica, resolvemos iniciar os movimentos passivos e, dias depois a propria paciente executava por si os movimentos controlados por nós.

Aos poucos foi passando a nossa doentinha á normalidade estando hoje, absolutamente curada não ficando com edema algum nos membros.

*Porque fiz a cesarea.*— Quasi inutil uma justificativa pela clareza do caso. Pela pelvimetria vimos perfeitamente quasi todos os diametros diminuidos, principalmente da pequena bacia.

Além disso pedimos para maior segurança a pelvicefalometria roentgenologica de Ball, que nos revelou isso mesmo, conforme o laudo do radiologista. O toque nos permitiu alcançar o promontorio cuja medição era de 10 cms.

Pela pelvigrafia (método de Sellheim) da arcada publica pareceu-nos estar deante de uma bacia masculina, pois os ramos isquio-pubicos formavam um angulo muito fechado, dificultando até o exame vaginal. Um *Baudeloque* e um *conjugado diagonalis*, diminuidos constituem um grande sinal de alarme.

A prova de trabalho, foi efetuada se bem que não tenhamos verificado, com segurança, a hora da rutura do saco pois a mesma se processou, espontaneamente, pela madrugada. Mas a questão *de rutura de saco e relógio na mão*, tem valor relativo, principalmente num caso como o nosso em que não houve rutura artificial (menos probabilidade de contagio). E' mais importante verificar as contrações uterinas, sua frequencia e sua intensidade, que contar o tempo da rutura do saco.

Jorge de Rezende (1), afirma que «para o calculo da prova de trabalho, vale mais a verificação do numero de contrações apresentado pela parturiente, a anotação de seu ritmo, do tono do musculo, bem como a cronologia e a eficiencia das metrosistoles— que o antigo tabú da unidade hora.»

Temos visto diversas cesareas em casos de trabalho demorado, com pleno sucesso. Marshall (2), apresentando um quadro estatistico de seus casos demonstra que a duração do trabalho não tem valor absoluto, pois êle fez cesareas depois de 48, 58, 81, 93, 105, 112 e até 131 horas de trabalho de parto e muitas horas de saco rôto, citando até um caso que operou após 7 dias da rutura da bolsa daguas, todos com relativo sucesso. Acho sim que deve ser evitado tanto quanto possivel o numero de exames vaginais se bem que, peor seja a maneira como é feito esse toque. Jorge de Rezende (3), cita casos em que executou mais de 20 toques, com mortalidade nula. Cita 4 casos com

10 a 20 toques sem mortalidade. Marshall (4), praticou cesareas após 7, 8, 9 toques sem morbidade sequer. No nosso caso presente a prova de trabalho (mais de 30 horas de saco rôto) deu resultado negativo, pois a cabeça continuou alta. Fizemos apenas 3 toques e todos debaixo de todos os cuidados higienicos.

Achamos que, não havia outra conduta a seguir, mesmo porque não seria o caso infectado que nos impediria de agir, pois como disse Magalhães (5) «todas as distocias e acidentes indicam-na e nada a impede.»

Sabemos perfeitamente que toda mulher deve ser considerada potencialmente infectada 6 a 10 hs., após a rutura da bolsa, mas... que fazer. Recolhermos uma tecnica que melhor se adaptasse ao caso e proteger o organismo por meios quimioterapicos contra a infecção já existente.

*Porque fiz a incisão transversa do segmento.* — Hoje a cesarea tem suas indicações bem alargadas e a incisão transversa do segmento (pouco usada entre nós) (\*) permite agir com mais segurança em casos como esse. Briquet (6) aconselha e usa. Rezende (7) a advoga com entusiasmo, chegando a afirmar que, «alguns obstetras, rotineiros a maioria (\*\*), por convicção muito poucos, continuam fieis ás incisões longitudinais.» Cirurgiões de renome no Brasil e no estrangeiro estão, pouco a pouco preferindo-a e, de fato, conta entre outras, as seguintes vantagens:

- a) basta um descolamento pequeno do peritoneo vesico-uterino.
- b) segue mais ou menos a direção das fibras musculares.
- c) nos casos em que, como no nosso, o colo esteja com pequena dilatação só a incisão transversa evitará que se passe o limite do segmento.
- d) a hemorragia é menor porque a zona é menos vascularizada e, além disso, o corte é paralelo aos vasos, via de regra.
- e) não há perigo de lesões da bexiga, porque a incisão não é vertical á ela como nas longitudinais.
- f) a cicatriz absolutamente defendida, por detraz da bexiga.

Alguns autores argumentam que é grande o perigo em relação ao hilo uterino pois a incisão se dirigindo para êle podia lesa-lo no caso de esgarçamento, no momento da saída do fêto, o

(\*) Refiro-me à Bahia onde quasi só é usada a técnica de Kroening.

(\*\*) O grifo é nosso.

que em verdade não acontece porque a incisão tem suas extremidades dirigidas para cima ou para baixo, afastando-se portanto desse ponto vital.

Somos adeptos da tecnica de Kerr e no caso atual ela nos foi muito util, pois o descolamento do peritoneo vesico-uterino foi muito sangrante. Alem disso a dilataçao do orificio do colo era pequena (cerca de dois dedos).

Num caso infectado tenho mais confianca nela pois permite uma absoluta protecao da ferida. Ela nos da menos receio de agir nos casos impuros, onde uma extraçao por via vaginal seria um perigo maior para o feeto e, muita vez, para a propria gestante no tocante as suas partes moles (lesoes de vagina, bexiga, etc...).

A *phlegmatia alba dolens*, apareceu como consequencia esperada e não foi surpresa quando a verificamos no 18º dia do post-operatorio, época em que aliás, ela costuma se manifestar.

Os autores são quasi unanimes em afirmarem a influencia da infecção. Brindeau (8), diz que é a infecção que cria a flebite e a trombose não é senão um fenomeno secundario. As operações sangrantes, como a cesarea, tornam as defesas diminuidas nos casos infectados e, além disso, os coagulos que naturalmente ficam na cavidade uterina, servem de ponto de partida para as tromboses. Geralmente o coagulo atinge os grossos vasos, venozos, do membro inferior, femural, perfurantes e circunflexas.

Verdade se diga, que muita duvida ainda existe acerca da patogenia das flebites, porque se em alguns casos a infeção é responsavel e, em outras a estase venosa, por espasmo venoso de origem simpatica segundo Leriche, muitas ficam sem explicação. E' logico pensar com Normando Arenas (9), «que certas enfermas obesas, gordas, com transtornos glandulares ou cardiacos, renais, etc... serão mais facilmente afetadas por esta complicação que pessoas com suas funções normais.»

A anestesia tambem tem importancia. Laffont e Fulconis (10), acham que nas pelo eter e cloroformio, principalmente quando demoradas, se encontra uma cifra maior dessas complicações que nos outros tipos de anestesia. Não acreditamos que isoladamente as anestias influam, senão quando ocasionem processos infecciosos (pulmonares, etc...) ou toxicos, que diminuam as resistencias organicas e se tornem responsaveis diretas ou indiretas. Em verdade, entre nós no Brasil, as complicações pulmonares (pneumonia post-operatoria), correndo por conta de anestesicos (eter), não são comuns, como acontece nos paises de clima frio. Se admite, entretanto, que a simples gripe, favoreça o aparecimento da flebite uma vez que, seja o bacilo de Pfeiffer

veinofilo. Daí talvez, o pensar de alguns autores da contagiosidade do processo phlegmasico.

No nosso caso atual, tratava-se de uma primigesta nas quais essa complicação é menos encontrada, tanto mais quanto, tratando-se de jovem de 29 anos. No entretanto não foi surpresa, conforme nossa afirmação linhas atrás, porque ela é mais frequente nas cesareas segmentarias (Antonio Mosca (11), 4,01% para as segmentarias e 0,63% para as corporais), principalmente num caso infetado e varicoso, aonde, houve regular hemorragia.

O tratamento já descrito deu o melhor resultado, conforme ficou visto.

Ainda existe quem tenha horror á cesarea nos casos impuros e infetados e, não duvido exista quem ainda sacrifique um fêto, ou traumatise extraordinariamente u'a mulher, usando intervenções vaginais em casos absurdos. Por isso mesmo, meus colegas, escolhi, para trazer em sessão, esse caso que, apesar de cercado por circunstancias desfavoraveis, consegui, com a cesarea, pôr a salvo a vida da gestante e do fêto, que era, no momento, a finalidade.

#### REFERENCIAS

1. — REZENDE, Jorge de — «Operação cesareana abdominal». Casa do Livro Ltda., Rio, 1941.
2. — MARSHALL, Mc. Intosh, — «Cesarean Section». Williams & Wilkins. Baltimore, 1939.
3. — REZENDE, Jorge de — obra citada.
4. — MARSHALL, Mc. Intosh — obra citada.
5. — MAGALHÃES, Fernando de — «Síntese Obstétrica». Rio.
6. — BRIQUET, Raul — «Obstetricia Operatoria», 1932.
7. — REZENDE, Jorge de — obra citada.
8. — BRINDEAU, A. — «La pratique de l'art des accouchements». Vol. IV. Vigot Frères, Ed.
9. — ARENAS, Normando — «Estado actual de las flebitis postoperatorias y puerperales». Anales de Instituto de Maternidade y Assistencia Social. «Prof. U. Fernandez del Hospital Torcuato de Alvear de Buenos Aires». Vol. II. 1940.
10. — LAFFONT e FULCONIS — «Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Obstétrique». Vol. II, pag. 5112.
11. — MOSCA, Antonio — «La flegmasia Alba dolens secundaria a las distintas técnicas de cesáreas». Anales del Instituto de Maternidad y Assistencia Social. «Prof. U. Fernandez, del Hospital Torcuato de Alvear de Buenos Aires». Vol. II, 1940.

# 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  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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 — Em torno da cesarea abdominal (conclusão), pelo Dr. Jorge Sant'Anna . . . . .	43
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
	59
II — Cervicite ulcerosa aguda linfogranulomatosa, pelos Drs. Lucas M. Machado e Moacir A. Junqueira . . . . .	60
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
	67
III — Do acidente respiratorio na anestesia extradural, pelo Dr. Jayme dos Santos Seabra . . . . .	68
IV — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	75
V — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	96

I

# Em torno da cesarea abdominal<sup>(\*)</sup>

PELO

DR. JORGE SANT'ANNA

*(Conclusão)*

VI

## A FECUNDIDADE APÓS A CESAREA

A fecundidade posterior à cesarea tem sido objeto de estudo de diversos autores. AMMON (1) fez um minucioso trabalho em torno do assunto. Sobre um total de 2.613 cesareanizadas, encontrou em 934 mulheres novas gestações: índice de fecundidade de 35,8%. Considera essa frequência como boa, pois que, na sua estatística excluiu as mulheres que haviam sido esterilizadas e as solteiras.

Na revisão de publicações de outros autores, encontrou índices entre 15 a 70% de ulteriores gestações. Notou a queda da fertilidade para 33% após a II sectio e para 25% após a III. Apoiando-se em diversas estatísticas, calcula para os partos prematuros, o índice de 3,1% e para os abortos, o de 7,9%, ulteriores à cesarea.

Essas taxas somadas perfazem o índice de 11% de gestações interrompidas, que considera muito elevado. Estima o parto espontâneo após uma primeira cesarea em 25%.

Reuniu de vários outros autores 4.381 operações cesareas, sobre as quais incidiram uma II sectio em 563 mulheres, uma III em 83 e uma IV em 10. Para cada 100 cesareas haverá 13 II e 2 III sectio. O numero de cesareas iterativas de IV vez ou acima de IV é relativamente baixo. Considera fóra de duvida que entre os fatores da esterilidade subsequente à cesarea encontram-se processos inflamatórios, aderencias viscerais etc.; todavia estas causas não representam o maior impedimento.

DURST (2) considera que si a ferlidade após a cesarea está diminuida, a cesarea nas indicações únicas representa apenas um cerceamento provisório à fecundidade.

(\*) Trabalho apresentado à Academia Nacional de Medicina para concorrer à vaga na secção de cirurgia especializada, em 8 de abril de 1942.

POLONSKY (3) não observou restrição importante da fecundidade após a cesarea. De suas 31 operadas, 22 conceberam novamente, produzindo 60 gestações. Estas gestações foram interrompidas 46 vezes, chegando a termo apenas 14. Calcula assim para cada mulher cesareanizada 0,6 parto e 2,1 abortos. A esterilidade elevada após a cesarea na Russia depende, segundo observa, menos das alterações anatomicas decorrentes da operação do que do emprego dos meios anticoncepcionais e do aborto voluntário, largamente praticado no país.

HUEBER (4) relata os efeitos verificados no material clinico da Basiléa, acumulado de 1920 a 1929: foram realizadas 286 cesareas, responderam ao questionário 119, mulheres acusando 79 (66%) a esterilidade. KÜHBACHER (5) examina o seu material de 11 anos: de 167 cesareas foram revistas 119 mulheres: 20% delas estavam estereis.

BUSSE (6) ressalta a controversia dos autores na questão. Conclue: a fecundidade após a sectio orça em 35% das operadas. Considera a restrição principalmente voluntaria.

BUNGE adotou o talho segmentário transversal desde 1934. Impressionado com a frequencia de novas gestações resolveu balancear o seu arquivo clinico de 1934 a 1938. B. diz não pretender tirar conclusões precipitadas, em vista do numero relativamente baixo das operações. Entende, entretanto, que a incisão segmentaria transversal, permitindo condições especialmente propicias à bôa cicatrização, restitue à mulher melhor equilibrio anatomico e fisiologico, favoravel por excelencia a novas concepções.

TUSCHER (7) revê o seu material e conclue que após a cesarea a esterilidade é voluntária para 50% das operadas.

Por outro lado, a literatura fornece exemplos de surpreendente fertilidade: FOTIC (8) refere um caso de vicio pelvico cuja portadora arrostou os riscos de 3 cesareas no prazo de 4 anos; TRETENERO, (9) encontra 38% de novas concepções e cita os casos de PHANEUF: 1 com 6 cesareas, 2 com 5 e 4 com 4 cesareas.

CAVALIÈRE in DONNO (11) refere um caso com 6 sectio. Com esta revista na literatura da especie, poder-se-á concluir:

A operação cesareana por si raramente criará condições anatomicas impiedentes da fecundidade. A baixa do indice de fecundidade observada pelos vários autores, após a sectio, depende sobretudo dos meios anticoncepcionais e interrupções voluntárias realizadas pelos interessados.

## BIBLIOGRAFIA

1. — v. AMMON, ERNST — «Statistisches zur Kaiserschnittfrage etc.» in Arch. Gyn. 1930, 140, 66.
2. — DURST, F. — «Der erweiterten Indikationen für den Kaiserschnitt etc.» in Zbl. Gyn. 1936, 357.
3. — POLONSKY, J. N. — «Die unmittelbaren u. entfernten Resultate des Kaiserschnitts» in Msch. Geb. Gyn. 1936, 102, 43.
4. — HUEBER, J. L. — «Die Resultate der abd. Schnittentbindungen an der Basler Geburtshilf. Klinik» Diss. Inaug. Basilea, 1930. In Zbl. Gyn. 1936, 2875.
5. — KUHbacher, FRANZ — «Der Kaiserschnitt im Lichte der Bevölkerungspolitik», Im Zbl. Gyn. 1938, 298.
6. — BUSSE, OTTO — «Fertilität nach Schnittentbindung» in Zbl. Gyn. 1938, 2662.
7. — TUSCHER, H. — «Konzeptionsfähigkeit nach abdominalen Kaiserschnitt» in Zbl. Gyn. 1938, 726.
8. — FOTIC, J. — «Resultate der Schnittentbindung an der Gyn. Abl. des Krankenhaus in Nys». Ref. in Zbl. Gyn. 1936, 360.
9. — TRETENERO, MARIO — «Il taglio cesareo nella Clinica di Parma 1928 - 1935» in Rev. Ital. di Gine. 1935, 348.
10. — PHANEUF — «Der tief oder cervicaler Kaiserschnitt» in Zbl. Gyn. 1937, 833.
11. — DE DONNO, EMANUELLE — «Il taglio cesareo nella Clinica de Bari» in Annali di Obsl. e Gin. 1938, LX, 1361.
12. — KELLER, R. u. FOBE, H. — «Kaiserschnitt u. spätere Entbindungen» in Zbl. Gyn. 1937, 836.
13. — MONTGOMERY — «Ergebnisse der Sectio cesarea einschliesslich der Spätfolgen» in Zbl. Gyn. 1937, 834.

## VII

## CESAREA ITERATIVA

P. W. SIEGEL, citado por EMMRICH (1) emitiu em 1923 o conceito de que a mortalidade materna na II sectio sóbe a 11% e na III sectio a 28%.

Desde essa época ficou admitida a idéia de uma mortalidade maior na cesarea iterativa.

KABOTH (2), analizando o acervo da Clinica de Colonia em torno da questão, chega às seguintes conclusões:

«1. A esterilização sistemática da mulher na II ou na III sectio não se justifica com seguro fundamento clinico. A experiencia clinica acumulada e já apreciavel revela que os riscos maternos na II e na III sectio não são maiores que os da I.

A mortalidade materna na Clinica de Colonia sobre 122 casos de cesarea iterativa foi de 0,8%. Al-

guns perigos a mais na sectio iterativa são praticamente compensados pela assistencia oportuna e adequada, procurada desde o inicio do parto pela própria paciente.

2. A IV sectio e seguintes não têm representação clinica suficiente. Mesmo assim, não aceitamos uma conduta esterilizadora sistematica.

Diante de graves alterações anatomicas locais o operador decidirá em especie.»

Por sua vez NEUNHÖFER (3) não confirma o conceito de KABOTH sobre a relativa inocuidade da sectio iterativa. Este autor reúne 84 casos de II sectio com 2 obitos e 20 de III sectio com um obito. A indicação predominante na II sectio foi o vicio pelvico — 79,8%, que na III sectio atingiu a 95%. Das 84 iterativas estudadas por NEUNHÖFER 12 (15,3%) de II sectio não deixavam perceber cicatriz uterina, enquanto que de 20 de III sectio só 2 (10%) não mostravam cicatriz visceral. A cicatriz era delgada como papel em 10 das 84 II sectio — 9,3% e em 2 das 20 III sectio — 10%. Houve 5 ruturas do utero nas 84 II sectio — 5,9% e 2 III sectio — 10%. O puerperio foi normal em 52 casos — 6,2% das II sectio e em 8 casos — 40% de III sectio.

Assim, conclue NEUNHÖFER, estes resultados não permitem admitir a inocuidade das iterativas. Deve-se pois proceder à esterilização da mulher de acordo com as condições verificadas em cada caso.

EMMRICH (1) entende que a questão não pode ser resolvida com a experiencia de uma única por isso recorre a 25 estatisticas compreendendo os depoimentos de Clinicas europeas e americanas. Reunindo os seus 87 casos a 2042 outros, recolhidos na literatura, verifica sobre 2129 iterativas 61 obitos, o que perfaz um coeficiente percentual bruto de 2,8%.

EMMRICH reflete, todavia, que as comunicações da literatura computada remontam até o fim do século passado, quando a mortalidade global da cesarea era ainda de cerca de 25%. Levando em conta que a mortalidade moderna após a iterativa é antes menor do que a global da cesarea, repete o pensamento já expresso por outros autores de que a cesarea iterativa, geralmente reclamada pelo vicio pelvico, apresenta resultados mais favoraveis porque as parturientes são desde o inicio do parto orientadas e tratadas convenientemente.

Depois de haver considerado a mortalidade em 50 casos de III sectio, 5 próprios e 45 da literatura, igual a 4%, ressalva o valor reduzido das estatisticas de pequenos numeros e conclue:

«Não há geralmente maior perigo na cesarea iterativa, ao contrario, a mortalidade é mesmo mais baixa do que a mortalidade global da cesarea.»

QUIGLEY (4) acentua que a frequencia da ruptura do utero desceu de 2,5 a 4% na cesarea clássica para 0,28% na cesarea segmentaria. Na Clinica de Colonia e frequencia da ruptura orça por 0,6% após a cesarea cervical, quasi sempre extraperitoneal.

DURST (5) após exame de numerosas estatisticas recolhidas da literatura, opina que a cesarea iterativa poderá por vezes apresentar ao operador particular dificuldade mas, apesar disso, a mortalidade será pouco maior do que a decorrente do primeiro talho.

Este autor recolheu na literatura 52 casos de ruptura após a cesarea segmentaria até 1933 e conclue que «mesmo a cicatriz da cesarea cervical não está isenta do acidente da ruptura.» «O fato de que a incisão cervical transversa não permitiu até agora publicação alguma de ruptura não prova a resistencia maior da sua cicatriz, pois a cicatriz da cervical longitudinal foi por muito tempo considerada isenta de ruptura, do mesmo modo porque na cesarea classica só 13 anos depois do aperfeiçoamento da sutura, devido a SÄNGER e KEHRER, foi publicado o primeiro caso de ruptura.» Conclue afinal que acerca da incidencia da ruptura após um determinado método de cesarea cumpre guardar grande reserva para um juizo definitivo.

DONNO (6) para calcular a frequencia da cesarea iterativa reuniu 14 estatisticas inclusive a da sua Clinica, abrangendo um total de 4.346 cesareas, dentre as quais 657 iterativas — 15,11%.

A frequencia das diversas repetições só poude ser calculada com os dados de 8 estatisticas, somando ao todo 2.904 cesareas, incluindo 449 iterativas.

Contou 372 casos de II sectio — 12,8%, 66 casos de III sectio — 2,2%, 10 casos de IV sectio — 0,34% e um unico V talho.

Para apurar a mortalidade da cesarea repetida, DONNO computou os dados da sua estatistica reunidos a de 3 outras, somando 267 casos. Houve um unico obito ou seja a mortalidade de 0,37%.

DONNO conclue, após verificar a mortalidade global da cesarea nessas mesmas 4 estatisticas, entre as quais o menor indice foi 1,92% (Clinica di Bari) e o maior de 7% (DURST), que a mortalidade na cesarea iterativa é menor do que a mortalidade global da cesarea.

## BIBLIOGRAFIA

1. — EMMRICH — «Ist die wiederholte Schnittentbindung mit einer erhöhten Gefahr verbunden?» in Zbl. Gyn. 1937, 2214.
2. — KABOTH, G. — «Die Frage der operativen Sterilisierung bei der mehrfach wiederholten Schnittentbindung» in Zbl. Gyn. 1936, 1203.
3. — NEUNHÖFER, F. — «Wiederholte Schnittentbindungen», Ref. in Zbl. Gyn. 1938, 2734.
4. — QUIGLEY — citado por KABOTH.
5. — DURST, F. — «Der erweiterten Indikationen für den Kaiserschnitt: I. Die modernen Methoden, II. Die Spätfolgen des Kaiserschnittes» Ref. in Zbl. Gyn. 1936, 357.
6. — DONNO, E. — «Il taglio cesareo nella Clinica di Bari» in An. Ostetr. e Gine. 1938, 1361. Ano LX, 30 Nov. 1938, XVII, 1361, (pag.)
7. — FUCHS, H. — «Ueber Geburt nach dem Kaiserschnitt, insbesondere über das Verhalten der isthmischen Bogenschnittnarben» in Zbl. Gyn. 1937, 2578.
8. — VERISSIMO, CLARINDO — «A cesareana Iterativa» in A Maternidade do Rio de Janeiro, no 8.º Congresso Médico Brasileiro, 1918.

## VIII

## MORTALIDADE GLOBAL

Para ajuizar a mortalidade global da cesarea não valem as estatísticas ideais com fração de 1% ou mesmo com mortalidade igual a zero. Tais estatísticas resultam de uma rigorosa seleção do material clínico. Para o justo apreço da questão é preciso organizar estatísticas de conjunto, compreendendo os resultados de muitas Clinicas, com grandes séries de operações para fugir aos erros proprios das pequenas estatísticas. Com essa orientação organizou WINTER (5) a estatística que apresentou em 1929 no Congresso da Leipzig e à qual já nos referimos neste trabalho mais de uma vez. Para o Congresso de Ginecologia previsto na Alemanha em Outubro de 1939 esperava-se de NAUJOK a seguinte grande estatística global que a guerra atual veiu interceptar.

Rebuscando a literatura, encontramos sobre o assunto um trabalho de conjunto muito informativo. E' o da autoria de DONNO (2) e foi publicado em 1938. Este autor, partindo do principio de que nas estatísticas globais as contribuições de pequenas cifras conduzem a conclusões menos exatas, reuniu na literatura da especie estatísticas de 30 autores diversos, europeus e americanos das quais a menor se referia a 100 operações e a maior compreendia 1.763 cesareas. Os componentes da ta-

bela DONNO incluem operações a partir de 1920, algumas estatísticas são de 1930 e outras alcançam até 1937. Sobre o material desses 30 autores, DONNO adiciona o acervo da «Clinica di Bari» e perfaz assim o total de 10.619 casos de cesareas sobre os quais incidiram 495 obitos. Feito o calculo da média aritmetica, encontra DONNO para indice da mortalidade global da cesarea: 4,25%.

Entre os autores incluídos no estudo encontra-se SHULTZ (4) de Budapeste com 152 cesareas com zero obito, como expressão dos melhores resultados. No extremo oposto está BOGDANOVIC (1) que sobre 554 cesareas assinala a mortalidade de 9%.

Pelo apurado cuidado na escolha dos autores e severo espirito critico que orientou a organização dessa estatística global, pode-se considerar que estas cifras representam no momento os indices reais da mortalidade na cesarea, aliás o indice global médio encontrado por DONNO — 4,25% corresponde bem ao de WINTER 4,2%, apurado dez anos antes.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — BOGDANOVIC, M. — «Die erweiterten Indikationen f. den Kaiserschnitt etc.» in Zbl. Gyn. 1936, 357.
2. — DONNO, E. DE — «Il taglio cesareo nella Clinica di Bari.» in An. Obst. e Gine. 1938, 1361.
3. — NAUJOKS, H. — «Aufruf zu einer Deutschen Kaiserschnittstatistik 1938» in Zbl. Gyn. 1938, 2481.
4. — SCHULTZ, AGOSTIN — «Kaiserschnitterfolge» in Msch. Gen. u. Gyn. 1933, 95, 144.
5. — WINTER, G. — «Bericht über die allgemeine Kaiserschnittstatistik» Congr. Leipzig, 1929, in Arch. f. Gyn. 1939, 137, 795.

#### IX

### ANALISE DE CONJUNTO DO NOSSO MATERIAL CLINICO RESUMIDO NOS QUADROS ANEXOS

(1932 a 1941)

*Incidencia do parto natural* — O parto natural com feto vivo e a termo verificou-se 256 vezes no total dos 365 partos. A porcentagem alcançada foi pois de 70,13%, que, se não é ótima, é todavia boa.

*Apresentações* — Houve 8 apresentações podalicas com fetos vivos, 2 pelvi-podalicas e 6 pelvicas (modo de nadeugas), tendo

sido todos os partos terminados apenas com recurso às pequenas manobras de desprendimento: KRISTELLER, PAJOT, MAURICEAU.

A incidência da apresentação foi de 2,19%.

Não houve perda de feto nesta apresentação por excelência pouco propícia ao feto, nem qualquer acidente materno.

Houve 2 apresentações de face:

1934, caso 16 — face, mento posterior em bacia ampla de multipara e 1939, caso 16 — face em transversa, bacia normal. Ambos tiveram ótima solução com o forcipe de KIELLAND. Incidência da apresentação: 0,54%.

Registramos uma vez a apresentação de frente, naso-posterior, resolvido também com excelente êxito pelo KIELLAND: incidência — 0,27%.

FORCIPE — O forcipe no estreito inferior para terminação do parto no período expulsivo foi utilizado frequentemente: 60 vezes em 365 partos, o que perfaz o índice de 16%, maior do que o desejável.

O forcipe na excavação foi menos frequente: 8%.

Recorri ao KIELLAND 4 vezes: 2 vezes no estreito superior — 1 vez em face, mento posterior, em grande multipara (1934 — caso 16) e 1 vez em cefálica, no vício pélvico (1938 caso 25); 2 vezes foi aplicado na excavação: 1 em frente naso-posterior (1941 — caso 42) e 1 em face transversa (1939 — caso 16), dando uma incidência do KIELLAND de 1,95%, coeficiente tolerável para o forcipe alto, atendendo que só uma vez foi utilizado no vício pélvico.

Todos os forcipes de estreito inferior trouxeram fetos vivos sem lesões fetais ou maternas de importância. A episiotomia prévia foi quase sempre feita.

*Sinfisiotomia* — Não sou entusiasta da sinfisiotomia. Não reconheço, todavia, motivos para se lhe negar aplicação, dentro das suas indicações limitadas ao vício pélvico relativo.

Nestas condições prestou-me valioso serviço no caso 25-1938, permitindo-me a seguir fácil extração de um feto, aliás lesado por um forcipe anterior. Este caso será pormenorizado linhas adiante.

*Mortalidade fetal* — Houve 15 fetos mortos. Deste número devem ser excluídos os que morreram por causas gerais independentes da ação obstétrica. Foram os doze seguintes:

1933	Caso 23,	neo-morto	— 1
1934	}	” 17,	morto macerado — 1
		” 27,	nati-morto — 1
		” 28,	neo-morto — 1
1935	” 17,	morto macerado	— 1
1936	}	” 1,	morto macerado — 1
		” 31,	nati-morto — 1
1937	}	” 7,	nati-morto — 1
		” 32,	morto macerado — 1
1938	” 7,	neo-morto	— 1

e os dois fetos mal formados com lesões congénitas incompatíveis com a vida:

1934 — caso 9:	atresia do esofago, o feto morre no 40º dia	
	(*) . . . . .	1
1936 — caso 38:	hidranio e anencefalo	1
	Total . . . . .	12.

Restam 3 fetos, mortos por causas obstetricas, que se referem aos casos:

1935 — caso 5, 1937 — caso 22 e 1938 — caso 25, que vão adiante descritos. Assim, a mortalidade fetal por causas obstetricas se reduziu a 3 casos sobre o total de 365 partos, representando o indice 0,82% que é bem proximo do ideal.

Caso 5 — 1935 — M. F. L.

Antecedentes obstetricos: I. parto em apresentação pelvica, extração difficil da cabeça derradeira, morte do feto; II parto: cesarea segmentaria, feto vivo, sequencia ótima; III gestação: ult. regras 14.6.34 1º ex. em 18.9.34: gravidez topica no III mez. Pelvimetria ext.: 22.25.27. 18. 9x10; 28.11.34: gravidez topica 5º mez; 23.I e 22.II.35 — 3º e 4º exames.

Resolve-se a provocar o parto 1 mez antes da data prevista para o termo normal.

A paciente foi internada na C.S.E. em 25.II.935. Instala-se a provocação do parto pelo método de KRAUSE. A seguir, volvidas 24 horas sem contrações, ajunta-se o método de STEIN: inj. hipodermica de extr. hipofisario em dozes fracionadas: pituitrina a 1/10 de

(\*) Caso publicado no «O Hospital» VI, 9, 1934.

2 em 2 horas até 10 u.V. O balão e a sonda foram expelidos horas depois e repetidamente recolocados, sempre com maior carga líquida: até 300 c.c. de soro fisiológico. A dilatação do colo só adiantou cerca de 50 horas após o início do método. Às 19 horas de 27.II a paciente expeliu o balão. O exame verifica dilatação do colo quasi completa, membranas íntegras, apresentação alta acima do estreito superior. As membranas são artificialmente abertas. Escoa-se profusamente líquido amniótico e a seguir regular quantidade de sangue. O toque novamente feito encontra muitos coágulos de sangue no canal cervico-segmentario. Não há contrações uterinas.

Resolvemos terminar o parto artificialmente para poder reconhecer e coibir a causa da hemorragia. Anestesia geral: eter — Dr. M. Schiller A. de Souza; Dr. Leonel Miranda auxiliar.

O toque intra uterino reconhece, apresentação cormica, cabeça na fossa iliaca esquerda, dorso anterior. Prático a versão interna com relativa facilidade. A extração da cabeça derradeira é dificultosa por obstáculo ao nível do estreito superior. Afinal consigo terminar a extração de um feto morto. O delivramento manual é feito em seguida, afim de procurar reconhecer eventual ruptura do útero. Encontro uma ruptura ao nível do colo com expansão para cima, no segmento inferior e para a vagina. Sutura a partir do ângulo superior. A puerpera se desequilibra e a despeito dos recursos adequados, inclusive a transfusão sanguínea falece cerca de 5 horas depois.

Diagnostico: hemorragia intrapartum, anemia, choque, obstétrico.

Epicrise: o tratamento do vício pélvico encontra sua solução melhor na operação cesareana. A segunda gestação desta paciente tão bem terminada pela cesarea não constituiu argumento suficiente para vencer-lhe os temores de uma nova laparotomia. A sua invencível decisão de fazer utilizar o parto provocado prematuro, método que consideramos anacrônico e inadequado para a solução da distocia pélvica, foi por ela — pessoa inteligente, culta e voluntariosa — deliberadamente escolhido. A nossa exposição acentuando os inconvenientes do método não foi atendida. Cedemos ante a insistência da interessada. A cesarea iterativa teria sido solução muito mais recomendável, realizada logo que instalado o trabalho de parto.

1937 — *Caso 22* —

N. C. 2.<sup>a</sup> gest. ult. regras 18.XI.36.

1.<sup>o</sup> ex. em 6.1.37 — gravidez topica II, ligeira perda de sangue escuro pelo colo.

Tratamento: antiluetico e calcio.

Parto previsto para 2.9.937.

2.<sup>o</sup> ex. em 5.4.37: gravidez topica V. Prossegue o trat. antiluetico.

3.<sup>o</sup> ex. 21.8.37 — C. II F.M. — q. i.d. leve edema pretibial. Pres. art. 10 x 6.

Em 11.9.37: internada em trabalho de parto às 6 horas da manhã. O trabalho iniciou-se às 23 horas de 10. Às 7 horas de 11: apresentação cefalica fixa, dorso a esquerda, f.m. — q.i.e. Contrações frequentes de 2 em 2 minutos. Anel de contração cerca de 12 cms. acima da sínfise pubica. Toque: colo reduzido a uma orla de cerca de 3 cms. dilatação para 8 cms., membranas revestindo a cabeça, bolsa de agua pouco proeminente. Às 9 horas dores muito intensas e frequentes de 2 em 2 m. Bulhas fetais audiveis, normais.

Às 9 1/2 horas estando a dilatação adiantada, foi feita a abertura artificial das membranas. Escorre liquido amnico, tinto de meconio. Diminuição da tonalidade das bulhas fetais e da frequencia. Inj. cardiazol na veia. Às 10 horas, não melhorando as condições fetais, inj. cafeina e resolvemos a extração a forcipe. Inicio da anestesia às 10,20, aplicação do forcipe às 10,33'. Anestesia geral pelo eter — Dr. L. SEIXAS, 1.<sup>o</sup> Aux. — Dr. HAROLDO DE FREITAS.

Incisão do labio anterior do colo de cerca de 3 cms. Forcipe utilizado: Naegele pequeno. Colheres aplicadas em relação direta com a cabeça, nas extremidades do 2.<sup>o</sup> diametro obliquo. Tração de prova bôa. Abaixamento e rotação na excavação realizados facilmente. A cabeça se desprende em O.P. O ato extractivo não chegou a demorar 5'. O feto veio banhado em meconio. Os vasos do cordão não pulsavam. A palpação do coração é negativa. Feitas as manobras de reanimação inclusive inj. intracardiaca de lobelina o feto não reagiu, não foi reanimado.

A dequitação foi feita manualmente hora e meia depois da extração do feto. O utero não atendeu as solicitações da pituitrina e da thimofisina.

A anestesia esteve interrompida longamente, enquanto se esperou em vão o descolamento da placenta. O utero estava esgotado pelo trabalho hipertônico anterior.

Sutura do colo, sutura vaginal e do perineo.

Sequencia normal. CC. pp. Alta em boas condições em 18.9.37.

1938 — Caso 25:

Ad. P. 33 anos, I gestação, vinha assistida por um irmão, médico.

Após 24 hs. em trabalho de parto, rotas as membranas precocemente e realizados múltiplos toques pela parteira e pelo médico anterior, entregam-me o caso. Internada no H.A. em 12.7.1938.

Pelvimetria ext. 23-25-28.19 — C.D. — 11.

Decorrem mais 24 horas de expectação. Cabeça com o pequeno segmento na excavação, fixa sobre o estr. superior.

As 12,50' de 13—VII, não havendo progresso do parto a despeito de contrações frequentes, com uma dilatação quasi completa, resolvo terminar o parto a beneficio materno e fetal. Incisão do labio anterior do colo, na linha media. Aplicação do KIELLAND no estreito superior, segundo a tecnica original. As colheres se adaptam bem com pequeno desnível dos cabos, consequencia de ligeiro gráo de assinclitismo do parietal posterior.

Bôa pegada de prova. O forcipe é tracionado na direção adequada. Insistimos. Não logramos abaixar a apresentação. Retiramos o instrumento.

Auscul. Vive o feto. Praticamos a simfisiotomia de Zarate sem dificuldade. A cabeça desce à excavação. Nova pegada. Agora com o NAEGELE, pequeno. Extração suave. Feto vivo, sofrendo. Sobrevive até o 3º dia às 11,30' hora em que falece. Comp. 51 cms. Peso 3.250. Gr. circ. 35.

Diagnostico: hemorragia cerebral.

A puerpera esteve febril: 38° — 39°4 do 2° ao 10° dia do sobreparto.

Sentou-se na cama no 8°. Levantou-se no 11° dia. Teve alta em boas condições em 26.VII, 16° do sobreparto. Caminhava com receio mas sem claudicação. Leve incontinencia de urina: não retém a urina de mais de 3 horas.

Em 17.12.38 foi revista: a bexiga suporta maior carga, as micções estão afastadas de 4 horas. A cicatriz do colo ficou boa. A marcha é de aspecto normal.

Epicrise: a solução recomendavel por excelencia neste caso era a cesarea segmentaria: além do vicio pelvico estava a indica-la a primiparidade idosa. Deixamo-nos iludir pelo palpar mensurador que nos deu a impressão de uma acomodação possível. Ao demais, as membranas abertas havia longo prazo e os toques multiplos denunciavam a provavel «impureza» do caso. De fato, o sobreparto febril durante 8 dias confirmava a suspeita. De qualquer modo, após o ensaio infrutifero do forcipe alto não mais pensaria na cesarea. O risco materno sóbe muito de ponto com a operação transpelvica baldada e o feto tinha já a sua vitalidade comprometida. A sinfisiotomia praticada de inicio, em lugar do forcipe, deveria ter permitido uma solução mais satisfatoria.

*Os obitos maternos* — Foram 3 os obitos maternos:

- 1° — O primeiro corresponde ao caso 5 — 1935, já descrito paginas atraz: — vicio pelvico, parto prematuro, provocado, hemorragia intra partum.
- 2° — O segundo refere-se ao nr. 28 do ano 1933, pormenorizado linhas adiante: — toxemia gravidica, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida no 8° mez da gestação, cesarea abdominal. Obito no 4° dia pela agravação toxemica progressiva.
- 3° — O terceiro é o inscrito sob o nr. 2 no quadro de 1934:

L. C. A., casada, primigesta. Ultimas regras em 22.IV.33.

1º Ex. em 10.I.34: F. ut. 32 cms. Circunferencia abdominal 1.05 m. apresentação cefalica movel, II. Pelvimetria: 22.25.30.31 — 8 x 10.

Bacia normal. Parto provavel na 1a. quinzena de fevereiro.

Foi internada em 12.II.34 na C.S.E. com dores de trabalho de parto, iniciado às 22 horas de 11.II.

Transcorre o trabalho com contrações frequentes, utero muito distendido, ventre tenso.

Às 20 horas de 13.II começando a declinar a força e estando baixa a apresentação do 1º feto, resolve-se a extração artificial. Tratava-se de uma gravidez gemelar.

Iniciada a anestesia pelo cloroformio a paciente suportou-o mal e foi por isso, logo substituido pelo eter sulfurico. A anestesia esteve a cargo do Dr. PIRES LEAL, médico interno da Casa.

Auxiliaram a intervenção os Drs. PAULO CESAR DE ANDRADE e LEONEL MIRANDA.

As extrações foram faceis, os fetos apresentaram-se sucessivamente em cefalica, pesavam respectivamente 2.600 gr. e 2.700 gr.

Logo depois da dequitação acentuou-se o desequilibrio circulatório com máo tonus geral e sobretudo com astenia cardiaca rebelde aos analepticos usuais.

O obito verificou-se às 21 hs. 45'.

A gravidez era gemelar, bivitelina.

Os fetos vivos e masculinos se desenvolveram.

Deste modo houve a incidencia de tres obitos maternos sobre 365 partos o que perfaz o indice de 0,82%, proximo do 0% que é o ideal.

## X

### NOSSA ORIENTAÇÃO TEQUINICA

Deduz-se do transunto do nosso trabalho a orientação tequinica que seguimos. Podemos, por isso, resumir rapidamente a orientação por nós adotada.

Para a grande maioria dos casos, merecem preferencia os métodos cervico-segmentares intra abdominais. As vantagens dos métodos segmentares sobre os corporais não sofrem hoje qualquer contestação.

Consideramos a cesarea corporal raramente indicada e, então, para os casos, nos quais haja grande urgencia do esvaziamento do utero e o canal genital esteja presumidamente «puro». Tivemos um caso nestas condições, descrito no capítulo seguinte (1933 — nr. 28).

Na grande maioria das vezes, a indicação foi tardiamente estabelecida, durante o decurso avançado do parto de prova e, então, os métodos cervico-segmentares deviam ter a preferencia por motivos conhecidos, hoje fartamente comprovados.

Pensaremos na drenagem abdominal para emprega-la, sempre que houver razões fortes para admitir a infecção uterina séria. A drenagem será feita pela gaze frouxa, adrede preparada, disposta na região declive do ventre e saindo pelo angulo inferior da incisão ou, então, será adotada a tequinica de MIKULICZ, conforme a gravidade maior ou menor do caso.

Nos nossos poucos casos não precisámos recorrer vez alguma à drenagem abdominal.

Os casos seguramente muito infectados, com o miometrio a se esgarçar durante o ato cirurgico, não suportando o ajustamento das suturas, justificam a histerectomia de segurança.

Só uma vez recorremos a histerectomia sub-total reclamada, não pela infecção, mas pela atonia do utero esgotado, em trabalho de longa expectação.

A drenagem tubular de MOUCHOTTE-MOTTA do utero, pela vagina, método entre nós vulgarizado por F. MAGALHÃES, parece-nos de grande alcance, sinão sistematicamente empregada, pelo menos quando presente o loquiometra ou a endometrite puerperal.

Em 3 dos nossos casos recorremos com vantagem a este tipo de drenagem.

De referencia aos métodos cirurgicos, adotámos em 5 dos nossos casos a tequinica segmentaria intraperitoneal de KROENIG.

Pensamos, como J. DE REZENDE que há boas razões de ordem anatomica, fisiologica e tequinica para preferir a incisão segmentaria transversal, seja a de cavo superior como praticam

FUCHS, MARSCHALL entre outros, seja a de cavo inferior como preconiza MONRO KERR, mais ajustada à disposição estructural da região. Não tivemos ainda a oportunidade de ensaiá-la.

Não consideramos suficientemente provados os métodos especiais propostos por alguns, para o utero infectado: JEANNIN MERGER, MICHON, COOKE, etc.

Reputamos, porém, de grande interesse no utero impuro a sutura peritoneal sobre cruzada, na tecnica recomendada por DE LEE.

## XI

### AS NOSSAS CESAREAS

Neste estudo só computamos as cesareas por nós realizadas dentro da decada 1932-1941, periodo sobre o qual levantamos o censo da nossa atividade obstetrica.

Duas outras: praticada uma em 1920 na C. S. Poggi e outra em 1924, esta já publicada (\*) foram excluidas da nossa análise. A primeira foi uma cesarea corporal em primipara idosa, após longo trabalho de parto, por distocia do colo e terminada com a histerectomia sub-total, exigida pela atonia rebelde do utero. A segunda foi uma segmento cervical a KROENIG. Os resultados foram bons para as mãis como para os fetos.

Aqui, passamos a rever apenas os casos incluídos no periodo em análise:

#### 1.º 1933 — Nr. 2 do Q. II.

Este caso está publicado in extenso na Rev. Gyn. e d'Obst. nr. 7, 247/261 — 1933.

Indicação: anomalia do cordão, sofrimento fetal.

Resultado: feto vivo, mãe com alta em boas condições no 16º dia da sequencia.

#### 2.º 1933 — Nr. 15 do Q. II.

M. F. — Antecedentes obstetricos: 1º parto em apresentação pelvica. Cabeça derradeira retida no estreito superior. Extração muito difficil. Feto morto.

(\*) In «A Folha Medica», n. 24 — 1925.

A gestação atual é a II: ultimas regras em 23-IX-32. 1º ex. em 23-XI-32: utero gravido em retroflexão, II mez. Parto esperado para 30 VI-933. Pelvimetria externa: 22-25-27 S. P. E. 18 cms. Bacia justa, achatada.

2º ex. em 21-I: sem maior interesse.

3º ex. em 6-3: F. ut. 20 cms. F. m. = q. i. d. C.D. = 10 1/2 cms.

4º ex. em 25-V-33 — F. ut. 29 cms. Apresentação podalica movel, dorso à direita. Pela versão externa reduzo à cefalica I. Cinta contentiva.

5º e 6º exs. em 10/6 e 20/6, sem maior interesse.

Em 2-VII-33 é internada na C.S.E. Passaram-se varios dias sem que o trabalho de parto tomasse ritmo regular. Trabalho de parto ativo desde 10/VII. I ex. às 20 hs. colo dilatado como a palma da mão, membranas integras, bolsa de agua tensa durante as contrações, que são frequentes e intensas. Rutura artificial das membranas.

22 hs., II toque: colo reduzido a estreita orla, cabeça alta, aplicada sobre o estreito superior; dores frequentes e intensas.

Resolvemos terminar o parto por via alta sob o fundamento da desproporção feto pelvica, bacia justa e achatada.

Operação iniciada às 22 hs. 20'.

Tequinica: segmento-cervical de KROENIG.

Feto retirado em asfixia azul, reanimado facilmente.

1º auxiliar Dr. M. SCHILLER A. DE SOUZA.

2º auxiliar Dr. JOSE' CHAVES.

Anestesia pelo eter sulfurico a cargo do Dr. JOSE' NEVES.

O feto masculino pesava 3.500 gr. e media 56 cms. de comprimento.

Sequencia: normal. Retiram-se os pontos em 18-VII.

C.c. — pp. Secundariamente: fusão do tecido celular sub-cutaneo em certo ponto da parede, debridamento e drenagem, pelo angulo inferior da incisão.

Em 26-VII-33 — alta em boas condições mãe e filho, 24º dia da sequencia.

3.º 1933 — Nr. 23 do Q. II.

C. S.

*Antecedentes obstetricos* — Teve 12 partos a termo. O ultimo há pouco mais de ano, terminando uma gestação acidentada com hipertensão e toxicose gravidica. O parto decorreu em meio de sintomas graves e o feto foi nati ou neo-morto. Cliente de um profissional amigo de alto prestimo, hoje falecido — Dr. QUEIROZ BARROS, que nos mandou chamar de urgencia para entregar-nos o caso.

Internada na C.S.E. Encontrei-a com a sintomatologia alarmante do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, no 8º mês da gestação, com abundante pedra sanguinea.

O exame interno dizia: colo não apagado, canal cervical fechado, atravez dos fundos de saco vaginais não se tocava massa placentar anteposta ao polo fetal. Cabeça alta, desviada para a fossa iliaca esquerda.

Ao exame externo verificava-se: fundo do utero 3 dedos acima da cicatriz umbilical, feto em situação obliqua, polo superior inclinado para o hipocondrio direito, o cefalico para a fossa iliaca esquerda. Mal se ouviam as bulhas fetais no q.i.d. Dorso à direita e para traz. A consistencia do utero tornava-se lenhosa após a palpação.

O diagnóstico estava feito pelo provector Mestre e a indicação da cesarea, em beneficio materno e eventualmente do feto prematuro, tambem estabelecida.

Às 15 hs. 30' de 17-X-33 — operação.

Operador: o autor com o prestimoso auxilio do seu velho amigo — QUEIROZ BARROS.

2º auxil.: M. SCHILLER A. DE SOUZA. Foi feita a cesarea corporal classica atendendo a que o caso era puro e importava a brevidade do ato cirurgico.

Incisado o ventre, o utero é exteriorizado cheio. Isolamento da cavidade abdominal. Incisão corporal do utero na linha média da face anterior, O ovo é exteriorizado integro.

As membranas são abertas sobre uma mesa previamente preparada. Feto em apnéa, reanimado: Dr. M. SCHILLER A. DE SOUZA.

Peso 1.700 grs., sexo feminino, sem anomalia. Sutura do utero em 2 planos. Bordas bem coaptadas e estanques.

Limpo o utero, foi reintegrado no ventre. Percebeu-se, na face anterior e baixa do utero pequenas equimoses sub-peritoneais. O orgão contraiu-se e manteve-se em bom tonus.

Fechamento completo do ventre em 3 planos. A operada falece no dia 21-X-33, 4º dia da sequencia, com a sintomatologia progressiva da toxicose gravidica.

O caso clinico foi acompanhado pelo marido, médico, pelo Prof. Dr. JOAQUIM MOREIRA DA FONSECA, pelo Dr. SINVAL LINS, além da assistencia continua dos médicos operadores.

O feto era prematuro, correspondia a uma gestação no 8º mês solar. Esteve a cargo do Dr. MARTINHO DA ROCHA. Faleceu 29 horas depois do parto.

Epicrise: Embora a operada tivesse falecido no 4º dia, época habitual das complicações agudas e graves das laparotomias, a sintomatologia em progressão crecente foi sempre a de um estado toxemico grave com meioprofia gradual de todos os órgãos nobres do organismo.

Não houve qualquer sinal de reação peritoneal, aliás pouco provavel em um caso de utero fechado e ovo integro.

4.º 1938 — Nr. 31 — Q. VII.

Z. A. brasileira, casada, 37 anos, primigesta.

Ult. regras em 25-IX-37. Vomitos frequentes a partir de meados de Dezembro.

1º ex. em 11-I-38: utero aumentado de volume, imbebido, em anteflexão, gravido: III mês. Vomitos frequentes, acetonuria acentuada. Pelvimetria: 23-27-31. S. P. E. 20. Michaelis 10x10. Bacia normal. Tratam. anti-toxico.

Sucederam-se diversos exames durante a gestação.

Internada na C.S.S.S. às 23 hs. 30' de 24-VIII-38. O trabalho de parto se instala lentamente. Após o 3º dia de trabalho penoso e improficuo, verifico: colo

apenas permeavel a um dedo, rijo, inestensivel, espesso, membranas ovulares integras. Estado geral deprimido, escassos periodos de repouso. O parto não progride. Pulso e temperatura normais. Bulhas fetais: normais. Sob indicação de primiparidade tardia, dilatação estacionaria do colo, após trabalho de parto ativo de mais de 50 horas, resolvemos realizar o parto cesareo abdominal.

Operação às 12 hs. de 28-VIII-38.

Anestesia raqueana: raquiianalgina — 0,12.

Auxiliares: 1º Dr. GERSON DE MAGALHÃES, 2º Dr. LUIS SEIXAS.

Tequinica — Segmentaria de KROENIG.

Feto vivo, masculino, 4060 gr. de peso.

Sequencia normal, cc. — p.p.

A mãe amamentou. O peso do feto ao sair era de 4.110 gr.

Em 10-IX-38, 13º dia da sequencia alta em boas condições: mãe e filho.

Epicrise: A primiparidade tardia coincidente com dificuldade na dilatação do colo e feto vivo constitue uma excelente indicação para a cesarea abdominal.

A sequencia operatoria, sendo o parto assepticamente conduzido, é das melhores. As mãis, que já não contavam com filho vivo, sentem-se largamente compensadas das penas do trabalho.

5.º 1940 — Nr. 23 — Q. IX.

M. R. T. M., casada, 23 anos, secundigesta. 1ª gestação: aborto espontaneo no 3º mês.

Gestação atual: ultimas regras em 12-XI-39.

1º ex. 26-4-40. F. utero 17 cms. acima da s.p. — circunferencia ventre 78 cms. Pelvimetria: 21-24-27 S. P. E. 19 Michaelis: 10 x 10. Gravidez topica VI.

T. Tratamento antiluetico. Varios exs. durante a gestação.

Internada na C. S. E. pela manhã de 9-VIII-940. O trabalho se iniciou com contrações do utero a partir dos 30' do dia 9.

I ex. às 10 hs.: C.I., anel contração quatro dedos acima da s.p. Feto vivo, bulhas normais no q.i.e. Dores de 3 em 3', de boa intensidade.

Em 10-VIII, às 7 hs.: a despeito das contrações frequentes, repetidas durante toda a noite e de dilatação completa do colo a cabeça não dece à excavação. O segmento inferior do utero está bastante distendido: anel de contração acima da cicatriz umbilical. As membranas se romperam espontaneamente há cerca de 8 horas. Resolvemos a terminação do parto por via alta, sob a indicação da desproporção feto-pelvica.

Narcorese geral pelo eter: Dr. LUIZ SEIXAS.

Tequinica da segmentaria de KROENIG. A cabeça do feto foi exteriorizada com o auxilio de uma colher do forcipe de NAEGELE à guisa de alavanca.

O feto foi logo reanimado: Dr. M. SCHILLER DE SOUZA.

Dequitação manual. Mudança de luvas. Fechamento do utero em 2 planos musculares. Peritonização em chuleio com o peritoneo vesico-uterino, previamente descolado. Fechamento completo do ventre em 3 planos.

1º auxiliar: Dr. M. SCHILLER A. DE SOUZA.

Instrumentadora: Enf. O. DE AVELLAR.

A paciente é reconduzida ao leito em boas condições.

Peso do feto: 3.280 gr.

Sequencia: febril, a partir do 2º dia. No 3º dia: coloco o Mouchote, diariamente substituído. A drenagem foi mantida até o 18º dia.

Em 30-VIII: Têm alta em boas condições mãe e filho. A mãe amamentou, o filho creceu de peso: 3.370 gr.

Epicrise: a indicação operatoria foi a desproporção feto pelvica, falta de moldagem e de acomodação em bacia justa.

Os resultados foram muito bons.

6.º 1941 — Nr. 6 — Q. X.

M.S., 23 anos, casada em Nov. 1936.

Antecedentes obstetricos — I parto em 1-IX-38 no Ceará; 56 horas de trabalho, tentativa infrutifera do

forcipe seguido de craniotomia no feto vivo. O feto excerebrado pesava 4.000 gr. Seguiu-se uma fistula vesico vaginal que operei em 25-XI-38 com bom exito (\*).

Gestação atual: Ult. regras em 24-IV-940.

1º ex. em 5-VIII-40: utero gravido III. Pelvimetria ext. 21-24-27 S.P.E. 17. Michaelis:  $9\frac{1}{2} \times 9\frac{1}{2}$  C. D. 11 cms.

2º ex. em 7-X, 3º ex. em 2-XII sem maior interesse. Em 11-1-41 Pelvicefalometria de BALL: C. vera 9,4; Bi-espino-ciatico — 9,6 cms. volume craneo-fetal pelo perimetro médio — 370 c.c.

Capacidade do estreito inferior pelo Bi-espino-ciatico — 467 c.c.

Conclusão: parturição normal.

Calcula-se a prenhez atual com 9 meses lunares. 17-I-41. (Dr. REYNATO S. BORGES).

A paciente foi internada às 20 hs. de 31-I-41 sem contração, perdendo porém aguas desde a madrugada de 30-I.

As 23 horas de 31-I o exame informa: colo longo, permeavel para 1 dedo, cabeça alta.

Vulva e vagina banhadas por liquido amnico que escorre a cada contração.

Contrações espaçadas, pouco intensas.

Anel de contração a 4 cms. acima da s.p.

Feto em situação longitudinal. Dorso à esquerda. F.m. — q. i. d.

1—II: não se fez toque. Anel de contração 4 dedos acima da sinf. p. às 9 horas da manhã. Contrações muito espaçadas.

Prescrevemos o método de STEIN:

Pituitrina ao decimo de 2 em 2 hs. até 10 u.V.

2—II—Após a 1ª inj. de Pituitrina as contrações se intensificam, motivo porque não foi continuada a serie das injeções.

(\*) In «Rev. de Gin. e d'Obst.», ano XXXIII, tomo I, n. 1, pág. 26.

Às 14 hs. e 20' estando as contrações subintraentes e intensas é feita inj. de Spalmalgina.

Às 14 hs. 45' verifica-se: anel de contração 5 dedos transversos acima da s.p. Bulhas cardíacas a 120 por minuto. Contrações frequentes e intensas.

Às 15 hs. 45': bulhas fetais 112 por m.

Às 17 hs. II toque: cabeça atingindo o II plano de Hodge, caput succedaneo encobrendo as fontanelas, dilatação como a palma da mão, bulhas fetais no q.i.d.: 112 a 120 por m. Nova injeção de Spalmalgina.

Às 19 hs. III toque: a cabeça permanece alta, o caput succedaneo aumenta de volume. A orla do colo remanecente é flácida, não constitue obstaculo. O impedimento para a decida da cabeça deve ser imputado à desproporção feto-pelvica.

As contrações uterinas se repetem a espaços curtos. O anel de contração alcança cerca de 14 cms. acima da s.p. Combinada a palpação externa com o tocar, temos a impressão da impossibilidade da insinuação da cabeça.

Resolvemos terminar o parto pela via abdominal.

3—II—Operação às 20 1/2 horas.

Anestesia geral pelo eter sulfurico: Dr. M. SCHILLER A. DE SOUZA. 1º auxiliar: Dr. JOSE' NEVES; 2º auxiliar Dr. GERALDO V. DA SILVA. Instrumentadora: Enf. O. AVELLAR. Tequinica: Segmentaria de KROENIG.

Extração manual e facil da cabeça. Feto em apnéa, reanimado.

Dequitação manual — Mudança de luvas. Sutura do utero segundo a tequinica. A operação durou 30'.

Sequencia: Dreno de Mouchote desde 48 horas da operação. Estado febril a partir de 24 horas da sequencia.

Abcesso da parede reconhecido e aberto no 8º dia. A temperatura se normalizá. Em 16-II: eliminou um feixe de tecido necrosado com a 1ª sutura musculomuscular de catgut, colhidos ao nivel do colo por oca-

sião da troca do dreno. Suspendo a drenagem uterina no 18º dia.

Em 23 — II, 20º dia depois da operação, alta em boas condições.

O feto ao nacer tinha as seguintes medidas: peso: 3.230 gr., comp. 50 cms. diametro bi-parietal: 9; grande circunferencia 34, pequena circunferencia 31 cms.

A mãe amamentou. A criança aumentou o peso: 3.530 gramas.

Epicrise: O parto de prova bem fiscalizado durante mais de 60 horas contrariou o bom prognostico da pelvicefalometria de BALL. Aliás, em clinica falham frequentemente os métodos com fundamentos matematicos. E nem se pôde esperar do método em questão mais do que méra indicação subsidiaria à observação clinica.

Desse modo, os antecedentes obstetricos e o parto de prova levado em conta durante prazo bastante longo, guiaram-nos na adoção de uma intervenção feliz e por excelencia adequada à solução da desproporção feto-pelvica.

Em conjunto tivemos 6 operações cesareanas sobre 365 partos, correspondendo à incidencia de 1.64%, indice operatorio ligeiramente mais baixo do que o médio encontrado por I. FIGUEIREDO — 2,06% e do que o da «Maternidade Escola» dos ultimos cinco anos: 2,23%.

Com esse baixo indice operatorio, conseguimos também reduzida mortalidade não só materna como dos fetos, no computo geral dos 365 partos: 0,82%.

As indicações operatorias foram:

1 vez: anomalia do cordão e sofrimento fetal; 3 vezes: vicio pelvico relativo ou desproporção feto pelvico; 1 vez: descolamento prematuro da placenta normalmente inserida; 1 vez: primiparidade tardia e distocia do colo.

Em todos os casos, menos um, a indicação sucedeu à expectação mais ou menos longa, segundo os ditames da observação do parto de prova: cesareas ditas *tardias*.

O caso de intervenção imediata atendeu a uma indicação indiscutível e sempre urgente: *descolamento prematuro da placenta normalmente inserida*.

Todos os fetos obtidos estavam vivos, havendo falecido um 29 horas após o parto em consequencia da toxicose materna e prematuridade.

Todas as mãis se restabeleceram, menos a intoxicada, cujo estado organico não lhe permitiu vencer as agressões toxicas de uma gestação patologica.

A tecnica usada foi sempre a da cesarea cervico-segmentaria intra-peritoneal de KROENIG, menos em um caso resolvido pela corporal classica a SAENGER.

### CONCLUSÃO

Ao termo do nosso estudo EM TORNO DA CESAREA ABDOMINAL não podemos deixar de nos desvanecer pelo resultado obtido para as nossas operadas: nenhum obito no passivo das complicações cirurgicas das cesareanizadas; todos os fetos a termo se desenvolveram.

Verificámos tambem com igual satisfação que não padecemos do *juror operandi*, tão facil de se apoderar dos medicos que se empolgam por um determinado método cirurgico.

Ao contrario disso, a nossa incidencia operatoria na cesareana foi de 1,64%, taxa que nos coloca muito abaixo dos indices médios apurados por PREISSECKER (3,08%) e por DONNO (2,62%) e nos permite quasi nivelar com os indices nacionais: 2,23% da Maternidade Escola e 2,06% do H. Hahnemanniano (I. FIGUEIREDO), ambos serviços de responsabilidade oficial no ensino da clinica obstetrica.

Por outro lado, si não alcançámos o zero mortalidade materna e o zero mortalidade fetal no indice geral, calculado sobre os 365 partos recenceados, ficámos com o indice 0,82% para as mãis e para os fetos que, pela diversidade e numero das intervenções realizadas, representa taxa bastante auspiciosa.

## PARTOS 1932 — CLINICA PRIVADA

Q. I

N.º	Nome	Hospital	Internação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Paridade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do puerperio	OBSERVAÇÕES
1.	J. V.	C. S. E.	2/II	nat.	vivo	—	—	I	Lac. sut.	—	—	norm.	28/III	15.º	—
2.	T. M. P.	C. S. E.	13/III	»	»	m.	4.000 gr.	I	Integro.	—	—	»	28/III	15.º	—
3.	H. G.	Domicilio	23/III	»	»	m.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	28/III	5.º	—
4.	E. M.	C. S. E.	27/IV	»	»	f.	3.400 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	7/V	10.º	—
5.	O. M.	Domicilio	30/V	art.	»	f.	—	II	Lac. sut.	F. exc.	Insuf. força	»	11/VI	12.º	—
6.	A. M. N.	C. S. E.	18/VI	nat.	»	f.	—	I	Integro.	—	—	»	3/VII	15.º	—
7.	S. S. T.	C. S. E.	19/VI	»	»	f.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	28/VI	10.º	—
8.	G. M. N.	C. S. E.	22/VI	»	»	f.	—	III	Integro.	—	—	»	2/VII	11.º	—
9.	E. F. O.	C. S. E.	8/VIII	art.	»	f.	—	I	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	18/VII	10.º	—
10.	N. P.	Domicilio	30/VI	nat.	»	f.	3.500 gr.	III	Integro.	—	—	»	10/VIII	10.º	—
11.	M. C. N.	C. S. E.	14/VIII	art.	»	f.	—	I	Lac. sut.	F. exc.	Insuf. força	»	2/IX	8.º	—
12.	M. J. H.	C. S. E.	25/VIII	»	»	m.	—	I	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	19/IX	8.º	—
13.	S. G. F.	C. S. E.	11/IX	nat.	»	f.	4.100 gr.	IV	Integro.	—	—	»	25/IX	11.º	—
14.	C. O. C.	C. S. E.	14/IX	»	»	m.	—	III	Integro.	—	—	»	—	—	—
15.	A. L.	Domicilio	29/IX	»	»	m.	—	III	Integro.	—	—	»	—	—	—
16.	H. M.	C. S. E.	29/IX	»	»	f.	—	I	Integro.	—	—	»	8/X	10.º	—
17.	H. G.	C. S. E.	29/IX	»	»	f.	—	I	Integro.	—	—	»	8/X	10.º	—
18.	M. L. E. F.	Domicilio	30/IX	»	»	f.	—	V	Integro.	—	—	»	8/X	8.º	—
19.	A. J.	C. S. E.	8/X	art.	»	f.	—	I	Lac. sut.	F. est. inf.	Idosa, res. perinec	»	18/X	10.º	—
20.	M. L. L. R.	C. S. E.	18/X	nat.	»	t.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	27/X	9.º	—
21.	A. C.	C. S. E.	24/X	»	»	f.	—	II	Lac. sut.	—	—	»	4/XI	11.º	—
22.	M. M.	C. S. E.	24/X	»	»	f.	—	II	Lac. sut.	—	—	»	1/XI	8.º	—
23.	F. C. C.	C. S. E.	25/XI	»	»	f.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	6/XIII	10.º	—
24.	E. M.	C. S. E.	11/XII	»	»	m.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	22/XII	11.º	—

## RESUMO :

Partos naturais a termo :

Em cefalica	19	==	79,16%
Forcipe no est. inf.	3	==	12%
Forcipe na excavação	2	==	8%
Todos os fetos vivos	24	==	100%
Todos os mges tiveram alta em boas condições do 5.º ao 15.º do puerperio	100	==	100%

Q. II PARTOS 1933 — CLINICA PRIVADA

N.º	Nome	Hospital	Internação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Paridade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do puer-perio	OBSERVAÇÕES
1.	J. V.	Domicílio	31/I	nat.	vivo	f.	—	II	Integro	—	—	norm.	9/XI	10.º	—
2.	W. S.	C. S. E.	10/II	art.	»	f.	3.800 gr.	I	—	Ces. seg.	An. cord. sof. fetal	Col. ser. d. pared	1/III	22.º	—
3.	M. P.	Alemão	22/II	nat.	»	f.	—	V	Integro	—	—	norm.	3/III	11.º	—
4.	I. A. R.	C. S. E.	2/III	»	»	f.	—	I	Epis. sut.	—	—	»	10/III	8.º	—
5.	B. M.	C. S. E.	24/III	art.	»	f.	3.750 gr.	I	Epis. sut.	F. ex.	Hiperl. ut. sof. fetal	»	2/IV	8.º	—
6.	J. V.	C. S. E.	24/III	»	»	m.	3.900 gr.	II	Epis. sut.	F. ex.	Inercia sec.	»	2/IV	8.º	—
7.	W. K.	Domicílio	11/IV	nat.	»	f.	4.000 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	18/IV	7.º	—
8.	Y. V.	C. S. E.	29/IV	»	»	m.	3.575 gr.	II	Epis. sut.	—	—	sub. feb.	15/V	16.º	—
9.	R. C.	C. S. E.	3/V	»	»	f.	3.200 gr.	I	Epis. sut.	—	—	norm.	14/V	12.º	—
10.	M. L. V.	C. S. E.	15/V	art.	»	m.	—	II	Lac. sut.	F. ex.	Dist. colo	»	24/V	9.º	—
11.	S. S. T.	C. S. E.	23/V	nat.	»	m.	—	II	Lac. sut.	—	—	»	29/V	6.º	—
12.	F. C.	C. S. E.	29/V	art.	»	m.	—	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força.	»	7/VI	9.º	—
13.	C. M. P.	Estrang.	3/VII	nat.	»	f.	3.800 gr.	II	Epis. sut.	F. ex.	Edem. colo p'dilat.	»	8/VI	10.º	—
14.	H. C. R.	C. S. E.	2/VII	art.	»	m.	3.500 gr.	II	Integro	—	—	»	12/VII	9.º	—
15.	M. F. L.	C. S. E.	6/VII	»	»	m.	—	IV	Epis. sut.	—	—	»	26/VII	24.º	—
16.	B. V.	C. S. E.	19/VII	nat.	»	m.	—	II	Lac. sut.	Ces. seg.	B. justa e achatada	comp.	30/VIII	54.º	Flebite membro inf. esq.
17.	N. L. T.	Domicílio	1/VIII	»	»	f.	—	II	Integro.	F. ex.	Idiosa dist. colo	norm.	31/VII	12.º	—
18.	M. H.	C. S. E.	11/VIII	»	»	m.	1.850 gr.	II	Integro.	—	—	»	9/VIII	8.º	—
19.	A. F.	C. S. E.	11/VIII	»	»	m.	2.800 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	—	»	25/VIII	14.º	Fe. prematuro vivo L. M.
20.	E. R. D.	H. B. P.	23/VIII	art.	»	m.	—	I	Epis. sut.	—	—	»	1/IX	8.º	—
21.	A. S. S.	C. S. E.	9/IX	»	»	f.	3.600 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Res. per. neo.	»	17/IX	8.º	—
22.	A. S. C.	Domicílio	19/IX	nat.	»	m.	2.820 gr.	III	Integro.	—	Demora exp.	»	29/IX	10.º	—
23.	C. S.	C. S. E.	17/IX	art.	»	m.	1.650 gr.	XIII	—	Ces. corp	Desc. pla. norm.	comp.	—	5.º	Morte mat. a 22/X-5.º dia
24.	M. C. N.	C. S. E.	28/X	nat.	»	m.	—	II	Lac. sut.	—	inser. nefr. toxemia	norm.	4/XI	7.º	Morte feto prem. 7m c/24 h
25.	M. A.	C. S. E.	9/XI	art.	»	m.	—	I	Epis. sut.	F. ex.	—	»	18/XI	9.º	—
26.	M. S. A.	C. S. E.	17/XI	art.	»	m.	—	II	Lac. sut.	—	Insuf. força.	»	28/XI	11.º	—

RESUMO :

Partos naturais a termo:	14	=	53,84%
Em cefalica	3	=	11%
Forcipe no est. inf.	6	=	23%
Forcipe na exc.	3	=	11%
Cesareas	26	=	9%
Total dos partos			

1 morte materna : nefrite, toxemia, descolamento da pla. n. inserida.  
 1 obito fetal : prematuro, neo-morto, toxemia materna.

## PARTOS 1934 — CLINICA PRIVADA

Q. III

N.º	Nome	Hospital	Interação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partidade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do puer- perio	OBSERVAÇÕES
1.	P. V.	C. S. E.	25/I	nat.	vivo	f.	3.000 gr.	III	Lac. sut.	—	—	norm.	2/II	8.º	Morte materna. Des. circ. intra-partu. Morte rápida em atonia cardíaca. Fetos vivos, desenvolveram-se
2.	L. C. A.	C. S. E.	27/I	art.	»	m.	2.700 gr.	I	Lac. sut.	F. est. inf.	Inuf. força pa. demor.	—	—	—	—
3.	M. R.	Domicílio	25/II	nat.	»	m.	3.750 gr.	III	Integro	—	—	norm.	5/III	11.º	—
4.	E. G. M.	C. S. E.	3/III	art.	»	f.	3.100 gr.	III	Lac. sut.	F. est. inf.	Inuf. força, dem exp.	»	22/III	8.º	—
5.	E. P. V.	C. S. S.	19/III	nat.	»	f.	3.500 gr.	III	Integro	—	—	»	29/III	10.º	—
6.	S. S. A.	C. S. E.	21/III	»	»	m.	3.100 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	29/III	8.º	—
7.	M. L. R.	C. S. E.	28/III	»	»	m.	3.000 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Pa. prol. lns. força	»	7/IV	10.º	Circ. cordão s'entre pinças
8.	Y. T.	F. G. O.	29/III	art.	»	m.	—	I	Epis. sut.	F. exc.	Dist. colo	»	8/IV	11.º	—
9.	J. S. M.	C. S. E.	9/IV	»	»	m.	—	I	Epis. sut.	F. exc.	—	»	20 IV	11.º	Morte do feto no 40.º dia. Esófago apla- stico. Caso publicado no "O Hospital", 1934-IV, 831.
10.	W. S.	C. S. E.	9/IV	»	»	m.	3.900 gr.	II	Epis. sut.	F. est. inf.	Inuf. força. Pa. prol	»	18/IV	9.º	—
11.	M. L. V. H.	C. S. E.	22/IV	nat.	»	f.	—	II	Integro	—	—	»	30/IV	8.º	Circular do cordão
12.	H. P. C.	C. S. E.	22/IV	»	»	f.	3.400 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	1/V	8.º	Circular do cordão
13.	L. V. B.	H. S. P.	23/IV	»	»	f.	2.950 gr.	II	Integro	—	—	»	4/V	11.º	—
14.	O. F. R.	C. S. E.	27/IV	»	»	m.	2.450 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	6/V	9.º	—
15.	H. G.	C. S. E.	19/V	art.	»	f.	3.200 gr.	III	Epis. sut.	F. exc.	Pa. trab. lner secund	»	26/V	7.º	—
16.	C. O. C.	C. S. E.	3/VI	»	»	m.	3.700 gr.	III	Integro	Kielland	Face m. post.	»	15/VI	12.º	—
17.	Z. P.	C. S. E.	1/VII	nat.	morto	pre.	—	IV	Integro.	—	—	»	8/VII	7.º	Nefrose gravidica. Feto prem. morto mac.
18.	A. C. L.	Domicílio	24/VII	»	vivo	m.	4.000 gr.	IV	Integro.	—	—	»	1/VIII	8.º	—
19.	M. M. V.	C. S. E.	29/VII	art.	»	f.	3.300 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	Pa. prol. lns. força	»	30/VIII	12.º	—
20.	M. J. E.	C. S. E.	28/VIII	nat.	»	m.	3.000 gr.	I	Integro	F. est. inf.	Inuf. força falt prog.	»	3/IX	6.º	Feto morto prem. e mac. 7.º mez LLT
21.	L. F. F.	C. S. E.	16/VIII	art.	»	m.	3.800 gr.	I	Lac. sut.	F. exc.	Pa. prol. lns. força	»	30 VIII	12.º	—
22.	B. P. L.	C. S. E.	30/IX	nat.	»	m.	—	II	Epis. sut.	F. exc.	—	comp. norm.	19/XI	49.º	Pielite. Cc. sec. perineo
23.	H. C. R.	C. S. E.	2/X	»	»	m.	3.800 gr.	II	Integro	—	—	»	8/X	6.º	—
24.	J. B. O.	C. S. E.	5/X	»	»	f.	3.920 gr.	II	Integro	Pejot Mau- riceau	Ap pelvica	»	14/X	7.º	—
25.	N. M.	C. S. E.	25/X	»	»	f.	3.500 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	5/XI	11.º	—
26.	A. S.	C. S. E.	5/XI	»	»	f.	—	II	Lac. sut.	—	—	»	14/XI	9.º	—
27.	A. L.	Domicílio	29/XI	»	morto	m.	—	II	Integro	—	—	»	9/XI	10.º	Morte do feto, prematuro LM.
28.	M. O. F.	C. S. E.	25/XII	»	vivo	—	—	III	Integro	—	—	»	29/XII	9.º	Morte do feto pouco depois de nacido Prematuro LM.
29.	J. T. M.	C. S. E.	22/XII	»	»	f.	3.890 gr.	III	Integro	—	—	»	30/XII	8.º	—
30.	E. B. R. D.	H. B. P.	15/XII	»	»	m.	3.650 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	31/XII	15.º	—
31.	S. F. M.	C. S. E.	/XII	art.	»	m.	—	II	—	F. est. inf.	Inuf. força	»	—	—	—

## RESUMO :

Partos naturais a termo:	16
Em cefalia	1
Em pelvica	17
54.83 %	
F. no est. inf. (1 parto gemelar)	2
F. na exc.	15
Kielland em face, m. post.	3
Total fetos vivos	28
Total partos	30
93.34 %	

Fetos mortos:

3 prematuros	} 1 natim. mac. 1 natimorto 1 neomorto
1 mal formado — atresia esofago.	
1 obito materno: desordem circulatoria após anestesia geral pelo etor. (parto gemelar).	

Q. IV PARTOS 1935 — CLINICA PRIVADA

N.º	Nome	Hospital	Internação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Paridade	Perineo	Intervenção	Indicação	Separacia	Alta	Ida do partu	OBSERVAÇÕES
1.	M. P.	H. Alem.	10/II	nat.	vivo	m.	4.050 gr.	VI	Integro	—	—	norm.	21/III	11.º	Hipogalacia
2.	H. G.	Domicilio	15/II	»	»	f.	3.650 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	22/III	7.º	Circ. cordão s. entre pinças
3.	R. R.	C. S. E.	15/II	»	»	f.	3.500 gr.	II	Epis. sut.	—	—	»	24/III	10.º	Morte materna. Hemorragia, anemia aguda. Morte do feto durante a extração.
4.	J. H.	H. Alem.	19/II	art.	morto	—	—	III	Integro	P. prem. provoc.	V. pelvico	—	—	—	—
5.	M. F. L.	C. S. E.	27/II	»	»	—	—	—	Lac. sut.	—	—	—	—	—	—
6.	M. V.	C. S. S. S.	13/III	nat.	vivo	f.	2.550 gr.	III	Integro.	—	—	norm.	21/III	8.º	—
7.	V. M. P.	C. S. E.	27/III	art.	»	f.	3.450 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	5/IV	8.º	—
8.	I. V.	C. S. E.	28/III	nat.	»	f.	3.200 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	7/IV	10.º	—
9.	L. R. M.	C. S. E.	3/IV	»	»	m.	—	III	Integro	—	—	»	14/IV	12.º	—
10.	A. S.	H. Alem.	7/IV	»	»	f.	—	I	Lac. sut.	—	—	»	15/IV	8.º	—
11.	M. J. F. L.	Domicilio	2/V	»	»	f.	3.180 gr.	III	Integro	—	—	»	12/IV	10.º	Parto gemel, espont. cef.
12.	L. N. S.	C. S. E.	24/V	art.	»	f.	3.000 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	5/VI	12.º	—
13.	A. B.	H. Alem.	2/VI	»	»	f.	4.000 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	15/VI	13.º	—
14.	N. C.	C. S. E.	8/VI	nat.	»	f.	—	II	Integro	—	—	»	23/VI	12.º	—
15.	E. G. N.	C. S. E.	10/VII	»	»	f.	—	I	Integro.	—	—	»	18/VII	8.º	—
16.	E. C.	C. S. E.	14/VII	»	»	f.	2.850 gr.	I	Integro.	—	—	»	24/VII	10.º	Eclampsia no 7º mês, seguida de parto espontâneo. Feto morto macerado.
17.	L. S. M.	C. S. E.	16/VIII	»	morto	—	—	I	Integro.	—	—	»	23/VIII	7.º	—
18.	S. G. F.	H. Alem.	7/VIII	»	vivo	m.	2.980 gr.	III	Integro	—	—	»	15/VIII	8.º	—
19.	C. N. F.	H. Alem.	26/VIII	»	»	m.	4.250 gr.	II	Integro	—	—	comp.	11/IX	16.º	Ragadias mamilares. Escaparam as dates de int. e alta do registro.
20.	C. W.	I. C. P. C.	—	»	»	m.	—	VII	Integro	—	—	norm.	—	—	—
21.	I. V.	C. S. E.	18/X	art.	»	m.	4.450 gr.	VII	Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	26/X	8.º	—
22.	S. S. T.	C. S. E.	2/XI	nat.	»	m.	4.190 gr.	IV	Lac. sut.	—	—	»	9/XI	7.º	—
23.	C. L. L.	C. S. E.	19/XI	art.	»	f.	3.520 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal dem. exp.	»	2/XII	12.º	Circ. cordão s. entre pinças
24.	M. Q.	C. S. E.	5/XII	nat.	»	m.	3.300 gr.	II	Lac. sut.	Pajot Nau-riceau	Pelvica	»	—	—	—
25.	M. P. R.	C. S. E.	18/XII	art.	»	f.	3.300 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Pa. dem. sof. fetal	»	13/XII	8.º	Apres. pelv. modo nadeugas
26.	V. M.	H. Alem.	23/XII	nat.	»	m.	3.100 gr.	II	Integro	—	—	»	29/XII	11.º	L. idosa, larga dem. na dilatação, insuf. força.
27.	M. M.	H. Alem.	25/XII	»	»	m.	3.450 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	2/1	10.º	—
28.	H. V.	C. S. E.	1/XII	»	»	f.	3.300 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	9/1	15.º	—
												»	11/XII	10.º	Circ. cordão.

RESUMO :

Partos naturais: 19  
 A termo, fetos vivos, em cefalica (1 gemelar) . 1  
 Prematuro, feto vivo, em pelvica . 1  
 Prematuro, morto, macerado (eclampsia 7º mês da gestação) . 1  
 Total . 21 = 75%

1 parto prematuro provocado no 8º mês (vicio pelvico) o feto morre na extração . 1 = 3%  
 Forcipes no estreito inferior . 6 = 21%  
 Total dos partos . 28  
 Perderam-se 1 das mãas e 1 feto (caso 5)

## PARTOS 1936 — CLINICA PRIVADA

Q. V

N.º	Nome	Hospital	Internação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Paridade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do puer-perio	OBSERVAÇÕES
1.	H. W.	H. Alem.	6/I	nat. p	morto	m.	900 gr.	III	Integro.	—	—	norm.	14/I	8.º	Prem. LM. M. macerado
2.	E. M.	H. Alem.	13/I	art.	vivo	f.	3.100 gr.	II	Epis. sut.	F. est. inf.	idosa res. perineo	»	25/I	12.º	—
3.	H. P. C.	C. S. E.	20/I	nat.	»	f.	3.420 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	28/I	8.º	—
4.	A. M. P.	C. S. E.	22/I	art.	»	f.	3.310 gr.	II	Epis. sut.	F. est. inf.	Insuf. força	»	1/II	10.º	—
5.	R. H.	H. Alem.	26/I	nat.	»	f.	3.350 gr.	II	Integro.	—	—	»	5/II	10.º	—
6.	H. P. C.	C. S. E.	11/III	art.	»	f.	2.800 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	21/III	10.º	—
7.	M. A. F.	C.S.S.S.	6/IV	art.	»	m.	3.600 gr.	II	Lac. sut.	F. exc.	Sof. mat. e fetal	»	15/IV	9.º	—
8.	O. B. L.	C.S.S.S.	14/IV	nat.	»	m.	2.850 gr.	II	Integro.	—	—	»	22/IV	8.º	—
9.	N. M. P.	Domicílio	2/V	»	»	m.	3.480 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	12/V	10.º	—
10.	W. K.	Domicílio	19/V	art.	»	f.	3.350 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	idosa res. perineo	comp.	25/VI	36.º	Flebite m. inf. esquerdo
11.	A. S.	C. S. E.	22/V	nat.	»	f.	3.900 gr.	III	Lac. sut.	—	—	norm.	30/V	8.º	—
12.	J. P. R.	C.S.S.S.	6/V	»	»	f.	3.450 gr.	III	Integro.	—	—	»	14/V	8.º	—
13.	B. S.	C. S. E.	29/V	»	»	m.	3.640 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	4/VI	7.º	—
14.	L. V.	C. S. E.	20/VI	»	»	m.	3.200 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	28/VI	8.º	—
15.	Z. N. M.	C. S. E.	26/VI	»	»	f.	3.430 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	6/VII	10.º	—
16.	G. C.	C.S.S.S.	20/VII	»	»	f.	—	II	Lac. sut.	—	—	»	28/VIII	8.º	—
17.	L. T. F.	I. C. C.	19/VIII	»	»	f.	2.840 gr.	I	Integro.	—	—	»	29/VIII	10.º	—
18.	V. C. A.	H. Alem.	27/VIII	art.	»	f.	—	I	Epis. sut.	f. exc.	idosa dis. colo	»	17/IX	21.º	—
19.	S. F. M.	H. Alem.	28/VIII	nat.	»	f.	3.840 gr.	II	Lac. sut.	—	—	c. s. p.	4/IX	7.º	—
20.	R. K. P.	C.S.S.S.	1/IX	art.	»	f.	3.600 gr.	IV	Lac. sut.	F. est. inf.	idosa, dem. exp.	norm.	12/IX	11.º	—
21.	H. G.	C. S. E.	10/IX	nat.	»	f.	3.300 gr.	II	Integro.	—	—	»	18/IX	8.º	—
22.	M. J. E.	C.S.S.S.	9/X	art.	»	m.	3.350 gr.	II	Epis. sut.	F. est. inf.	Insuf. força p. exp.	»	19/X	10.º	—
23.	L. R. M.	C. S. E.	15/X	nat. gr.	»	f.	2.660 gr.	V	Lac. sut.	—	—	»	25/X	10.º	—
24.	L. F. H.	C.S.S.S.	21/X	art.	»	m.	2.500 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Insuf. f. dem. exp.	»	30/X	10.º	—
25.	E. C.	C. S. E.	27/X	nat.	»	m.	3.250 gr.	II	Integro.	—	—	»	5/XI	9.º	—
26.	A. C.	C.S.S.S.	29/X	»	»	m.	3.350 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	7/XI	10.º	—
27.	M. C. N.	H. Estra.	16/XI	»	»	f.	4.300 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	24/XI	8.º	—
28.	D. P. F.	C.S.S.S.	18/XI	»	»	f.	3.400 gr.	II	Integro.	—	—	»	27/XI	9.º	—
29.	H. C.	C.S.S.S.	28/XI	»	»	f.	3.800 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	6/XII	8.º	—
30.	E. G. N.	C.S.S.S.	2/XII	»	»	m.	3.450 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	9/XII	7.º	—
31.	O. M. S.	C.S.S.S.	8/XII	nat.	morto	—	—	II	Integro.	—	—	»	17/XII	10.º	Prematuro
32.	J. F. M.	H. Alem.	12/XII	»	vivo	f.	3.250 gr.	II	Lac. sut.	Pajot Mauri	Pelv.-podal.	»	23/XII	11.º	—
33.	I. G.	C.S.S.S.	16/XII	»	»	m.	4.150 gr.	III	Integro.	—	—	»	24/XII	8.º	Circular do cordão
34.	M. O.	C. S. E.	18/XII	»	»	f.	3.400 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	27/XII	8.º	—
35.	D. A. P.	C. S. E.	22/XII	»	»	m.	3.480 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	31/XII	9.º	—
36.	C. L. L.	C. S. E.	25/XII	»	»	f.	3.560 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	2-1	7.º	—
37.	S. M.	C. S. E.	29/XII	»	»	m.	3.680 gr.	III	Integro.	—	—	»	6/1	9.º	—
38.	S. S. F.	C.S.S.S.	31/XII	»	morto	m.	—	—	Integro.	—	—	»	11/1	11.º	Hidranio anencefalo, morto intra-partu

## RESUMO :

Partos naturais: 26  
 A termo, com fetos vivos, em cefalica (1 gemelar) 1  
 A termo, morto, em face (anencefalo) 2  
 Prematuros nati-mortos 2  
 A termo, vivo, em pelvi-podalica (pequenas manobras) 1  
 30 = 78,9%  
 Forçipe no est. inf. f. 6 = 15%  
 Flebite na excavação 2 = 5%  
 Total de partos 38

Todas as mães tiveram alta em boas condições:  
 3 fetos se perderam: 1 anencefalo, 2 prematuros,  
 fetos vivos: 92,3%

PARTOS 1937 — CLINICA PRIVADA

N.º	Nome	Hospital	Intervenção	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partilado	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Data do puer-partu	OBSERVAÇÕES
1.	S. O. F.	C. S. S. S.	5/1	nat.	vivo	m.	4.160 grs.	VI	Integro	—	—	norm.	13/1	8.º	—
2.	V. V.	H. Alem.	11/1	»	»	f.	4.100 grs.	III	Lac. sut.	—	—	»	20/1	9.º	—
3.	C. V.	H. Alem.	20/1	»	»	m.	3.500 grs.	V	Integro.	—	—	»	1/II	12.º	—
4.	E. V.	Domicilio	23/1	»	»	f.	3.500 grs.	II	Integro.	—	—	»	2/II	10.º	Ragadias mamilares.
5.	A. M. B.	H. Alem.	7/II	»	»	m.	3.660 grs.	II	Integro.	—	—	»	19/II	12.º	—
6.	M. Q.	C. S. S. S.	27/II	»	»	f.	3.570 grs.	II	Integro.	—	—	»	8/III	10.º	—
7.	M. S. A.	C. S. S. S.	30/III	»	»	m.	1.950 grs.	I	Integro.	—	—	comp.	30/IV	30.º	Intoxicação gravídica — albuminaria. Pelo mor- to intra-partu. Prematuro. Plebletem. direito.
8.	L. J.	C. S. E.	29/III	art.	vivo	f.	—	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	bôa	7/IV	10.º	—
9.	C. R. F.	C. S. S. S.	10/IV	nat.	»	m.	3.420 grs.	I	Lac. sut. cc. pp.	—	—	»	19/IV	9.º	—
10.	H. M.	C. S. S. S.	4/V	»	»	f.	3.400 grs.	II	Integro	—	—	»	13/V	10.º	—
11.	N. P.	C. S. S. S.	22/V	art.	»	m.	3.650 grs.	III	Integro	—	—	»	31/V	9.º	—
12.	R. M. M.	Domicilio	1/VI	»	»	m.	3.700 grs.	I	Epis. sut.	F. exc.	Sof. fetal	»	11/VI	10.º	—
13.	O. F.	C. S. S. S.	14/VI	»	»	f.	3.230 grs.	I	Epis. sut. cc. p. s.	F. exc.	Sof. fetal	»	30/VII	16.º	A demora dependeu da cc. sac. do perineo.
14.	P. V.	C. S. S. S.	30/VII	»	»	m.	4.200 grs.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	8/VIII	9.º	—
15.	G. C.	C. S. E.	1/VIII	nat.	»	m.	3.800 grs.	II	Lac. sut. cc. pp.	—	—	»	9/VIII	8.º	3 e. cordão, secção entre pinças.
16.	E. V.	C. S. S. S.	2/VIII	»	»	m.	3.500 grs.	II	Lac. sut.	—	—	»	14/VIII	12.º	—
17.	S. F. M.	H. Alem.	11-VIII	»	»	t.	3.100 grs.	II	Lac. sut. cc. pp.	—	—	»	21/VIII	10.º	—
18.	M. M.	H. Alem.	12/VIII	art.	»	f.	3.140 grs.	II	Epis. sut.	F. exc.	Sof. fetal	»	31/VIII	19.º	—
19.	A. B.	H. Alem.	18/VIII	nat.	»	m.	3.880 grs.	II	Lac. sut.	—	—	»	26/VIII	9.º	—
20.	M. M. R.	C. S. S. S.	25/VIII	art.	»	m.	3.200 grs.	II	Lac. sut.	F. exc.	Insuf. f. Dem. exp.	»	4/IX	10.º	—
21.	O. B. L.	C. S. S. S.	3/IX	nat.	»	f.	2.750 grs.	II	Integro	F. exc.	Hipert. ut. Distoc. anular Sof. fetal	»	12/IX	9.º	O feto é extraído vem em asfí- xia branca não reanimado.
22.	N. C.	C. S. E.	11/IX	art.	»	f.	—	II	Integro	F. exc.	Hipert. ut. Distoc. anular Sof. fetal	»	18/IX	7.º	Ragadias mamilares.
23.	C. O. C.	H. Alem.	20/IX	nat.	Vivo	m.	3.230 grs.	III	Integro	—	—	»	4/X	14.º	—
24.	F. A.	C. S. E.	24/IX	art.	»	f.	3.550 grs.	I	Epis. sut. cc. p. s.	F. exc.	Pa. prol. Sof. fe. e materno.	»	5/X	11.º	—
25.	Z. S. N.	C. S. E.	23/IX	nat.	»	f.	4.000 grs.	II	Lac. sut. cc. pp.	—	—	»	30/IX	7.º	—
26.	Z. L.	C. S. S. S.	26/IX	»	»	m.	3.100 grs.	II	Lac. sut.	—	—	»	5/X	10.º	—
27.	M. S.	C. S. S. S.	26/IX	art.	»	m.	3.480 grs.	II	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	7/X	11.º	—
28.	N. A. V.	C. S. S. S.	27/IX	»	»	m.	3.400 grs.	I	Integro	F. est. inf.	Sof. fetal	»	5/X	8.º	—
29.	N. M. P.	Domicilio	12/X	»	»	m.	3.600 grs.	II	Epis. sut. cc. pp.	F. est. inf.	Hipert. ut. Sof. fet.	»	24/X	12.º	—
30.	S. C. S.	C. S. S. S.	13/X	art.	»	f.	3.230 grs.	I	—	—	—	»	22/X	9.º	—
31.	L. N. S.	C. S. S. S.	16/X	nat.	»	f.	3.750 grs.	I	—	—	—	»	24/X	8.º	Toxicose gravidica. Prematuro
32.	L. S. M.	C. S. S. S.	20/X	»	»	—	—	I	—	—	—	»	26/X	6.º	7.º feto morlo, macerado.
33.	M. E.	C. S. S. S.	22/X	art.	vivo	m.	3.790 grs.	II	Lac. sut. cc. pp.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	30/X	8.º	—
34.	Z. M. S.	C. S. S. S.	19/XI	nat.	»	m.	3.750 grs.	II	Integro	—	—	norm.	27/XI	8.º	—
35.	E. B.	C. S. S. S.	20/XI	art.	»	f.	2.750 grs.	I	Epis. sut. cc. pp.	F. est. inf.	Res. perineo.	»	1/XII	11.º	—
36.	H. C.	C. S. E.	30/XI	nat.	»	f.	3.500 grs.	II	Lac. muc. cc. pp.	—	—	»	6/XII	6.º	—
37.	M. A. B. H.	H. Alem.	30/XI	»	»	f.	3.550 grs.	I	Lac. sut. cc. pp.	—	—	»	9/XII	10.º	—

RESUMO : Fetos mortos 3 :  
 1 prematuro, morto, macerado }  
 1 prematuro, morlo, intra-partu } toxicose materna  
 1 a termo, extraído em asfíxia }  
 branca não reanimado : } hipertonia ut.

Partos naturais . . . . . 24 = 64%  
 F. est. inferior . . . . . 7 = 18%  
 F. excavação . . . . . 6 = 16%  
 Nr. total . . . . . 37

Todas as mães tiveram alta em boas condições.

## PARTOS 1938 — CLINICA PRIVADA

Q. VII

N.º	Nome	Hospital	Intervenção	Parto	Feto	Sexo	Peso	Perilidade	Perineo	Intervenção	Indicação	Segunda	Alta	Dia do parto	OBSERVAÇÕES
1.	H. G.	C. S. E.	10/1	nat.	vivo	m.	3.600 gr.	IV	Lac. sut. c. pp.	—	—	bôa	17/1	8.º	—
2.	M. D. S.	C. S. S.	20/1	»	»	m.	3.300 gr.	I	Integro.	—	—	»	28/1	8.º	—
3.	S. L. M.	C. S. E.	2/II	»	»	m.	3.750 gr.	III	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	13/II	10.º	—
4.	N. L. A.	C. S. S.	8/II	art.	»	m.	3.770 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	F. est. inf.	Dem. exp. Sof. fet.	»	19/II	11.º	—
5.	E. S. N.	H. Alem.	8/II	»	»	m.	2.900 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	F. est. inf.	Dem. exp. Sof. fet.	»	20/II	12.º	—
6.	A. C. B.	C. S. S.	10/II	nat.	»	f.	3.050 gr.	II	Integro.	—	—	»	19/II	9.º	—
7.	M. S. A.	C. S. E.	13/II	»	»	f.	—	III	Integro.	—	—	»	25/II	13.º	O feto faleceu 3 horas após o parto. Mãe altamente intoxicada: albuminuria e edemas.
8.	L. N. S.	H. Alem.	16/II	»	»	f.	3.950 gr.	II	Integro.	—	—	»	24/II	8.º	—
9.	L. P. F.	C. S. E.	20/II	art.	»	m.	3.770 gr.	I	Epis. sut.	F. Exc.	Ut. hip. Sof. fetal	»	1/III	9.º	Bacia norm. Trabl. longo.
10.	B. C. L.	C. S. E.	20/II	nat.	»	f.	3.620 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	5/III	13.º	—
11.	G. C.	C. S. S.	28/II	»	»	f.	3.270 gr.	II	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	8/III	8.º	—
12.	L. T. F.	C. S. S.	9/III	»	»	f.	2.820 gr.	II	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	16/III	8.º	—
13.	E. M. L.	C. S. S.	20/III	»	»	f.	2.450 gr.	I	Integro.	—	—	»	29/III	8.º	—
14.	C. C.	C. S. S.	23/III	»	»	m.	3.750 gr.	II	Integro.	—	—	»	30/III	7.º	—
15.	M. T. Q.	C. S. E.	25/III	»	»	m.	3.760 gr.	II	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	5/IV	10.º	—
16.	M. C. N.	H. Estr.	26/III	»	»	f.	3.900 gr.	III	Integro.	—	—	»	2/IV	7.º	—
17.	R. F. L.	C. S. E.	7/V	»	»	f.	3.450 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	16/V	9.º	—
18.	L. D. V.	H. Alem.	26/IV	»	»	f.	3.270 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	5/V	10.º	—
19.	M. L. O. V.	C. S. E.	11/V	art.	»	f.	2.860 gr.	II	Epis. sut. c. pp.	—	—	»	20/V	9.º	—
20.	J. K.	H. Estr.	19/V	nat.	»	f.	2.650 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	28/V	9.º	—
21.	E. S. T.	C. S. E.	20/V	»	»	f.	4.200 gr.	III	Lac. sut. c. pp.	—	—	»	28/V	9.º	—

N.º	Nome	Hospital	Interrupção	Facto	Estado	Peso	Período	Parturo	Interrupção	Indicação	Exame	Alta	Idade gest. parto	Com. Obs. / A.C.C. Obs.
22.	D. M. P. F.	C. S. E.	20/VI	nat.	vivo	f, 3.560 gr.	III	Integro.	—	—	—	6/VII	8.º	—
23.	L. A.	C. S. E.	29/VI	"	"	m, 3.600 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	—	9/VII	8.º	—
24.	E. L. S.	H. Alem.	12/VII	art.	"	f, 4.150 gr.	III	Lac. sut. c. pp.	F. est. inf.	Sof. fetal	compl.	26/VII	13.º	Regadas mercuriais e ab- cesso do seio.
25.	A. R. P.	H. Alem.	13/VII	"	"	f, 3.250 gr.	I	Lac. sut.	F. est. s. 5 inf. Zorato	Idiosa desp. f. pelv.	"	27/VII	14.º	Estado materno sublethal. Morte do feto com he- morrhagia cerebral.
26.	A. K.	C. S. E.	12/VII	"	"	m, 3.700 gr.	I	Epis. sut. c. pp.	F. est. inf.	Sof. fetal	bón	23/VII	11.º	—
27.	M. N. N.	B. P.	15/VII	nat.	"	m, 2.830 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	"	26/VII	8.º	—
28.	M. A. L.	C. S. E.	2/VIII	art.	"	m, 3.710 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	—	11/VIII	9.º	—
29.	P. P. H. L.	C. S. E.	14/VIII	nat.	"	f, 2.600 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	Pajol. Mauriceau	Ap. pelvica.	"	20/VIII	8.º	—
30.	E. F. O.	C. S. S. S.	15/VIII	art.	"	m, 3.950 gr.	I	Epis. sut. c. pp.	F. Exc.	Hipertr. ut. sof. fet.	"	24/VIII	9.º	—
31.	Z. A.	C. S. S. S.	28/VIII	"	"	m, 4.060 gr.	I	—	Ces. seg.	Idiosa distocia colo	"	10/IX	11.º	—
32.	S. O.	C. S. E.	29/VIII	nat.	"	f, 2.720 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	"	7/IX	9.º	—
33.	J. F.	C. S. E.	3/IX	art.	"	m, 3.600 gr.	I	Epis. sut. c. pp.	F. est. inf.	Esgot. força. exp.	"	13/IX	9.º	—
34.	C. N. F.	H. Alem.	5/IX	nat.	"	m, 3.000 gr.	II	Integro.	—	—	"	16/IX	12.º	—
35.	A. L. B.	C. S. E.	5/IX	"	"	f, 2.000 gr.	II	Integro.	—	—	"	13/IX	8.º	Feto pr. 7.º mês. vivo. desenvolveu-se.
36.	M. J. T.	C. S. E.	9/IX	"	"	m, 3.100 gr.	II	Lac. sut. c. pp.	—	—	"	17/IX	8.º	—
37.	A. S. C.	C. S. S. S.	22/IX	art.	"	m, 3.860 gr.	I	Epis. sut. c. pp.	F. est. inf.	Sof. fetal	"	10/X	18.º	—
38.	C. M.	C. S. E.	2/X	nat.	"	m, 4.200 gr.	II	Integro.	—	—	"	5/X	3.º	Retrou-se muito desenvolvi- mente, met. familiares.
39.	V. M. P.	C. S. E.	9/X	"	"	m, 4.000 gr.	II	Integro.	—	—	"	17/X	9.º	—
40.	M. M. C.	C. S. S. S.	29/XI	"	"	m, 3.260 gr.	I	Lac. sut. c. pp.	—	—	"	8/XII	8.º	—

RESUMO

Partos naturais	26
A termo	24
Prematuros	2
Parto no est. inferior	7
Parto no est. superior	2
Síndroma de Zorato	1
Cesarea (Krausig)	1

Todas as mães tiveram alta em boas condições.  
Dois fetos foram perdidos: 1 prematuro de mãe alimentado intubada, 3 horas após o parto ce-  
sáreo; 1 por hemorrhagia cerebral consecutiva a  
torção no estribo superior.

O mesmo caso.

## PARTOS 1939 — CLINICA PRIVADA

Q. VIII

N.º	Nome	Hospital	Intervenção	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partidite	Perineo	Intervenção	Indicação	Segunda	Alta	Idade partu- pario	OBSERVAÇÕES
1.	A. B. C.	C. S. S. S.	5/I	art.	vivo	f.	3.360 gr.	V	Lac. sut.	F. est. inf.	Ins. forç. dem. exp.	bôa	12/I	7.º	—
2.	L. E.	C. S. E.	9/I	nat.	»	m.	3.500 gr.	II	Integro.	—	—	»	18/I	9.º	—
3.	M. M.	H. E.	13/I	art.	»	m.	3.500 gr.	III	Lac. sut.	F. est. inf.	Ins. forç. dem. exp.	compl.	31/I	18.º	Ragédias mamilares.
4.	Z. N.	C. S. E.	25/I	nat.	»	f.	3.800 gr.	II	Lac. sut.	—	—	bôa	31/I	6.º	—
5.	M. J. F. L.	C. S. S. S.	26/I	»	»	m.	4.600 gr.	IV	Lac. sut.	—	—	»	3/II	8.º	—
6.	M. M. R.	C. S. E.	2/II	»	»	m.	3.400 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	10/II	8.º	—
7.	F. F. F.	C. S. S. S.	15/II	art.	»	m.	3.750 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Hip. ut. sof. fetal	»	28/II	13.º	—
8.	G. C.	C. S. E.	23/II	nat.	»	f.	3.800 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	4/III	8.º	—
9.	C. R.	H. E.	26/II	»	»	f.	2.700 gr.	I	Integro.	—	—	»	8/III	10.º	—
10.	L. V.	C. S. E.	27/II	»	»	f.	2.200 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	7/III	8.º	—
11.	C. P. M.	C. S. E.	17/III	»	»	f.	3.250 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	26/III	9.º	—
12.	M. R. A. P.	C. S. E.	18/III	»	»	m.	3.160 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	26/III	8.º	—
13.	A. L.	C. S. E.	26/III	»	»	m.	3.450 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	3/IV	8.º	—
14.	L. O. C.	C. S. S. S.	3/IV	»	»	m.	3.650 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	9/IV	6.º	—
15.	D. M.	C. S. S. S.	17/IV	art.	»	f.	3.020 gr.	I	Epis. sut.	F. excav.	O. I. D. P. insuf. força	»	25/IV	8.º	—
16.	M. O.	C. S. S. S.	19/IV	»	»	m.	3.640 gr.	I	Epis. sut.	F. Kiell.	M. I. D. P. Rotação est. em transversa	»	1/V	9.º	Não se deu rot. do mento. Face estac. em transv.
17.	L. G. A.	C. S. E.	24/IV	nat.	»	m.	2.680 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	2/V	8.º	—
18.	I. V.	C. S. S. S.	29/IV	»	»	f.	3.380 gr.	II	Integro.	—	—	»	9/V	10.º	—
19.	J. P.	C. S. S. S.	5/V	art.	»	m.	2.950 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	I idosa. Sof. fetal	»	15/V	10.º	—
20.	H. L. C.	C. S. S. S.	7/V	nat.	»	f.	4.060 gr.	II	Integro.	—	—	»	16/V	9.º	—
21.	R. L.	C. S. E.	12/V	art.	»	m.	3.580 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	24/V	12.º	Circular cordão desfeita.
22.	N. A.	C. S. E.	19/V	nat.	»	f.	3.370 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	27/V	8.º	—
23.	L. D. V.	C. S. E.	20/V	»	»	f.	3.855 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	27/V	7.º	—
24.	E. P. V.	C. S. E.	30/V	art.	»	f.	3.700 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Insuf. força sof. fet.	»	11/VI	11.º	—
25.	L. N. S.	C. S. S. S.	4/VI	nat.	»	m.	4.000 gr.	II	Integro.	—	—	»	12/VI	8.º	—
26.	O. M.	C. S. E.	20/VI	»	»	m.	3.800 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	8/VII	10.º	—

N.º	Nome	Hospital	Interação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partido	Parto	Intervenção	Indicação	Esquema	Alta	Idade da mãe - parto	OBSERVAÇÕES
27.	V. S. R.	C. S. S. S.	13/VII	nat.	vivo	m.	4.040 gr.	II	Integro, Lac. sut.	—	—	*	18/VII	5.º	—
28.	F. H.	H. E.	16/VII	art.	"	m.	—	I	Lac. sut.	F. est. inf.	I. idosa Ins. força	*	26/VII	10.º	—
29.	A. K.	C. S. S. E.	21/VII	nat.	"	f.	4.050 gr.	II	Lac. sut.	—	—	*	3/VIII	12.º	—
30.	H. C. R.	C. S. S. E.	4/VIII	"	"	m.	3.960 gr.	II	Integro,	—	—	*	12/VIII	8.º	—
31.	A. M.	C. S. S. S.	5/VIII	art.	"	m.	3.075 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	I idosa. Sof. fetal	*	14/VIII	9.º	—
32.	E. L.	C. S. E.	24/VIII	nat.	"	f.	3.400 gr.	I	Integro,	—	—	*	3/IX	10.º	—
33.	J. P. R.	C. S. S. S.	23/VIII	"	"	f.	3.850 gr.	II	Integro,	—	—	*	31/VIII	8.º	—
34.	G. F.	C. S. E.	27/VIII	art.	"	f.	3.710 gr.	I	Epis. sut. cc. pp. Lac. sut.	F. est. inf.	Dem. exp.	*	6/IX	10.º	—
35.	D. F. S.	C. S. S. S.	5/IX	nat.	"	f.	2.970 gr.	II	Lac. sut. cc. pp. Integro,	—	—	*	15/IX	10.º	—
36.	A. P.	C. S. E.	7/IX	"	"	f.	3.050 gr.	II	Integro,	—	—	*	17/IX	10.º	—
37.	D. P. F.	C. S. S. S.	9/IX	"	"	m.	3.650 gr.	III	Integro,	—	—	*	16/IX	8.º	—
38.	C. L. L.	C. S. E.	20/IX	"	"	f.	4.220 gr.	III	Integro,	—	—	*	28/IX	8.º	—
39.	E. O.	C. S. S. S.	21/IX	art.	"	m.	4.100 gr.	I	Epis. sut. cc. pp. Lac. sut.	F. est. inf.	Insuf. força sof. fet.	*	6/X	9.º	—
40.	E. W.	C. S. E.	21/IX	nat.	"	m.	3.300 gr.	I	Lac. sut. cc. pp. Integro,	—	—	*	1/X	11.º	—
41.	M. O. C.	C. S. S. S.	27/IX	art.	"	m.	3.600 gr.	I	Lac. sut. cc. pp.	F. est. inf.	Sof. mat.	*	6/X	9.º	Mãe sub. pulm., enc. do expulsão pelo f. baixo
42.	A. P.	C. S. S. S.	3/X	nat.	"	f.	2.900 gr.	I	Integro,	—	—	*	11/X	8.º	—
43.	L. A.	C. S. E.	16/X	"	"	m.	3.600 gr.	I	Lac. sut. cc. pp.	—	—	*	24/X	8.º	—
44.	N. P. V.	C. S. S. S.	21/XI	art.	"	m.	3.500 gr.	I	Lac. sut. cc. pp.	F. est. inf.	I. idosa dem. exp.	*	3/XII	12.º	—
45.	O. L. F.	C. S. E.	3/XII	"	"	f.	3.800 gr.	I	Epis. sut. Lac. sut.	F. est. inf.	I. idosa res. perin.	*	12/XIII	9.º	—
46.	I. O.	C. S. E.	19/XII	nat.	"	f.	3.350 gr.	II	Lac. sut. cc. pp.	—	—	*	27/XIII	8.º	—
47.	A. R.	C. S. S.	19/XII	art.	"	m.	4.225 gr.	I	Epis. sut. cc. pp.	F. est. inf.	Ins. forç. dem. exp.	*	2/I	13.º	—
48.	M. P.	H. E.	25/XII	nat.	"	m.	3.550 gr.	III	Integro,	—	—	*	5/I	11.º	—
49.	M. Q.	C. S. E.	26/XII	"	"	f.	2.870 gr.	III	Lac. sut. cc. pp.	—	—	*	3/I	8.º	—
50.	O. A.	C. S. E.	28/XII	"	"	m.	3.600 gr.	I	Lac. sut. cc. pp.	—	—	*	8/I	11.º	—

RESUMO :

Em 50 partos, 34 foram naturais . . . . . 68 %  
 14 foram a fórcepe baixo . . . . . 28 %  
 1 foi a fórcepe excavação . . . . . 0,50 %  
 1 foi a fórcepe Kleiland em face transversa . . . . . 0,50 %

Todos os fetos a termo e vivos.  
 Todas as mães deixaram a clínica em boas condições.

## PARTOS 1940 — CLINICA PRIVADA

## Q. IX

N.º	Nome	Hospital	Internação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partiçãõ	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Data do parto	OBSERVAÇÕES
1.	M. C. N.	H. Estr.	7/I	nat.	vivo	m.	3.875 gr.	V	Integro.	—	—	norm.	13/I	7.º	—
2.	L. R. L.	C. S. S.	8/I	»	»	f.	3.350 gr.	III	Integro.	—	—	»	15/I	7.º	—
3.	L. R. M.	C. S. S.	8/I	»	»	m.	3.250 gr.	V	Lac. sut.	—	—	»	18/I	10.º	—
4.	H. G.	C. S. E.	9/I	»	»	f.	3.050 gr.	V	Lac. sut.	—	—	»	16/I	7.º	—
5.	Z. M.	C. S. E.	15/III	art.	»	m.	2.900 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	I. idosa, pa. prol.	»	1/IV	17.º	Cc. p. s. perineo.
6.	L. P.	C. S. E.	22/III	»	»	f.	3.580 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	I. distocia colo	sub. fibril	17/IV	25.º	Compl. por inf. go. ante parto, cc.p.s. do perineo
7.	A. C. M.	C. S. S.	23/III	»	»	f.	2.850 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	I. dem. expulsão	norm	1/IV	9.º	—
8.	C. O. C.	C. S. E.	24/III	nat.	»	f.	3.230 gr.	IV	Integro.	—	—	»	2/IV	9.º	—
9.	M. L. P. C.	C. S. E.	30/III	art.	»	m.	3.250 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	I. dem. expulsão	»	9/IV	10.º	—
10.	R. A. P.	C. S. E.	3/IV	nat.	»	f.	3.430 gr.	I	Epis. sut.	—	—	»	12/IV	9.º	—
11.	E. M.	C. S. E.	20/IV	»	»	f.	2.900 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	29/IV	9.º	—
12.	M. A. B. H.	C. S. S.	20/IV	»	»	m.	3.850 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	29/IV	9.º	—
13.	H. C.	C. S. S.	27/IV	»	»	m.	3.550 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	7/V	10.º	—
14.	M. O. C.	C. S. S.	10/V	»	»	m.	3.200 gr.	II	Integro.	Pajot, Mauriceau	Pelvica	»	2/VI	6.º	Ut. miomatoso s. compl.
15.	I. V.	C. S. S.	25/V	»	»	m.	4.000 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	2/VI	8.º	—
16.	D. C. L.	C. S. E.	25/VI	»	»	m.	3.000 gr.	II	Integro.	—	—	»	2/VII	7.º	—
17.	Y. C. M.	C. S. S.	27/VI	art.	»	m.	3.750 gr.	II	Lac. sut.	F. est. inf.	Hipert. sof. fetal	»	5/VII	8.º	—
18.	A. B. M.	C. S. S.	30/VI	»	»	m.	3.460 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	I. idosa, Pa. dem.	»	13/VII	13.º	—
19.	A. C. B.	C. S. S.	11/VII	nat.	»	m.	3.100 gr.	II	Integro.	—	—	»	19/VII	8.º	—
20.	L. O. C.	S. José	13/VII	»	»	m.	3.000 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	18/VII	5.º	—
21.	M. J. F. L.	C. S. S.	16/VII	»	»	m.	3.800 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	25/VII	9.º	—
22.	C. G. V.	C. S. E.	3/VIII	»	»	m.	3.200 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	10/VIII	7.º	—
23.	M. R. T. M.	C. S. E.	10/VIII	art.	»	m.	3.280 gr.	I	—	C. segm.	Disp. fe. pelv. Sof. f.	sub. fe.	30/VIII	20.º	Discr. loquiom. Mbucho
24.	L. A. T.	C. S. S.	11/VIII	nat.	»	f.	2.900 gr.	I	Lac. sut.	Pajot, Mauriceau Kristeler, Pajot	Pelv. Pod.	norm.	1/IX	19.º	—
25.	Y. F.	C. S. E.	14/VIII	»	»	f.	3.500 gr.	II	Integro.	Mauriceau	Pelv.	»	24/VIII	10.º	—
26.	E. L. S.	C. S. E.	23/VIII	»	»	f.	4.440 gr.	IV	Integro.	—	—	»	1/IX	9.º	—
27.	C. M. G.	C. S. S.	24/VIII	»	»	m.	3.440 gr.	I	Epis. sut.	—	—	»	2/IX	9.º	—
28.	E. M.	C. S. S.	27/IX	»	»	m.	3.300 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	5/X	8.º	—
29.	L. R. R.	C. S. E.	27/X	»	»	f.	3.800 gr.	III	Integro.	—	—	»	6/XI	10.º	1.º parto cesareo
30.	M. A. G.	C. S. E.	5/XI	»	»	m.	3.370 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	14/XI	9.º	2.º pa. F. exc. (S. Paulo)
31.	A. M. B.	C. S. S.	4/XI	»	»	f.	3.200 gr.	III	Integro.	—	—	compl.	20/XI	16.º	Ragadas mamilares
32.	L. M. L.	C. S. S.	8/XI	»	»	f.	3.130 gr.	I	Lac. sut.	—	—	norm.	16/XI	8.º	—
33.	Z. R. L.	C. S. E.	11/XI	»	»	f.	2.870 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	20/XI	9.º	—
34.	H. C.	C. S. E.	22/XI	»	»	f.	2.800 gr.	III	Integro.	—	—	»	29/XI	7.º	—
35.	N. A. R.	C. S. E.	7/XII	»	»	m.	3.125 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	16/XII	9.º	—
36.	C. P. M.	C. S. E.	8/XII	»	»	m.	3.330 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	17/XII	9.º	—
37.	O. F.	C. S. E.	12/XII	»	»	m.	3.140 gr.	III	Lac. sut.	—	—	»	21/XII	9.º	—
38.	E. V.	C. S. E.	22/XII	»	»	f.	2.950 gr.	II	Lac. sut.	Pajot, Mauriceau	Ap. pelvica	»	29/XII	7.º	—

38 partos a termo, todos os fetos e mães vivos com alta em boas condições após puerperios normais ou quase normais. Nas 38 partos a foram em apresentações podalicas. 1. primicia e 3 gemelares. 1.º parto cesareo e 2.º parto cesareo. 34 foram apresentações cefalicas em partos naturais com fórceps na excavação para cesariana. 1.º parto cesareo e 2.º parto cesareo.

RESUMO :

## PARTOS 1941 — CLINICA PRIVADA

N.º	Nome	Hospital	Interação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Paridade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do puer-perio	OBSERVAÇÕES
1.	O. A.	C. S. E.	6/I	nat.	vivo	f.	3.850 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	bóia	14/I	8.º	—
2.	I. G.	C. S. E.	19/I	»	»	m.	4.080 gr.	II	Sut.	—	—	»	27/I	8.º	Cir. cord. sec. entre pinças
3.	A. K.	C. S. E.	19/I	art.	»	m.	3.820 gr.	II	Integro.	F. exc.	Proc. cordão	»	30/I	9.º	Prep. ces. Cabeça desce na excav. Forcipe.
4.	G. F.	C. S. E.	22/I	nat.	»	f.	4.050 gr.	III	Integro.	—	—	»	30/I	8.º	—
5.	M. C. B. A.	C. S. S. S.	31/I	»	»	m.	3.250 gr.	II	Integro.	—	—	comp.	10/II	11.º	Fleb. p. e. desde o 12º dia.
6.	M. S.	C. S. E.	2/II	art.	»	f.	3.230 gr.	II	Rupt. ant.	Ces. seg. Kroening	Desp. feto pelvica	»	23/II	21.º	Abc. da par. do ventre.
7.	B. L.	C. S. E.	5/II	nat.	»	m.	4.000 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	bóia	16/II	11.º	2 cir. cord. sec. entre pinças
8.	L. D. V.	C. S. E.	9/II	»	»	f.	3.600 gr.	III	Sut.	—	—	»	16/II	7.º	—
9.	A. F. C.	C. S. S. S.	13/II	»	»	m.	3.550 gr.	I	Sut. a. l.	—	—	»	7/III	22.º	Epis., rut. compl. cc. pp.
10.	A. A. L.	C. S. S. S.	17/II	»	»	m.	3.700 gr.	I	Epis. sut.	—	—	»	5/III	15.º	—
11.	G. C.	C. S. E.	23/II	»	»	f.	3.710 gr.	III	Integro.	—	—	»	4/III	9.º	—
12.	O. S.	C. S. S. S.	23/II	art.	»	f.	3.600 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	l. idosa dist. colo	»	16/III	21.º	Cc. sec. do perineo.
13.	D. S.	C. S. S. S.	26/II	»	»	f.	2.050 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	Sof. fe. cir. cordão	»	9/III	11.º	—
14.	L. S.	C. S. E.	27/II	»	»	m.	3.530 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Parada exp.	»	8/III	10.º	—
15.	D. M. C.	C. S. S. S.	28/II	»	»	f.	3.450 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	»	16/III	16.º	Cir. do cord. Cc. sec.
16.	H. G.	S. José Petrop. C. S. E.	4/III	nat.	»	—	—	VII	Integro.	—	—	»	12/III	8.º	—
17.	J. L.	C. S. E.	7/III	»	»	f.	2.530 gr.	II	Integro.	—	—	»	17/III	10.º	—
18.	M. L.	C. S. E.	7/III	»	»	m.	2.830 gr.	IV	Integro.	—	—	»	16/III	9.º	—
19.	M. S.	C. S. S. S.	13/III	»	»	m.	2.950 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	comp.	27/III	14.º	Pneum. no sobreparto.
20.	M. H. T. B.	C. S. E.	18/III	art.	»	f.	3.300 gr.	I	Epis. sut.	F. est. inf.	Sof. fetal	bóia	26/III	28.º	—
21.	S. L. N.	C. S. E.	19/III	nat.	»	f.	3.220 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	»	27/III	9.º	2 cir. cord. sec. entre pinças
22.	A. A. B.	C. S. S. S.	19/III	»	»	f.	3.375 gr.	II	Integro.	—	—	»	28/III	10.º	Circ. cordão.
23.	Z. N.	C. S. E.	23/III	»	»	f.	4.210 gr.	III	Sut. a. l.	—	—	»	29/III	6.º	—
24.	L. T. F.	C. S. E.	11/IV	»	»	f.	2.700 gr.	III	Integro.	—	—	»	19/IV	8.º	—
25.	H. P. C.	C. S. E.	15/IV	»	»	f.	3.500 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	»	23/IV	8.º	—

(Continua)

(Continuação da página anterior).

N.º	Nome	Hospital	Interação	Parto	Feto	Sexo	Peso	Partidade	Perineo	Intervenção	Indicação	Sequencia	Alta	Dia do parto-período	OBSERVAÇÕES
26.	Z. M. S.	C. S. E.	22/IV	nat.	vivo	m.	3.740 gr.	III	Integro.	—	—	»	2/V	10.º	—
27.	D. A. C.	C. S. E.	21/IV	»	»	m.	3.420 gr.	I	Sut. a. l.	—	—	»	30/V	9.º	—
28.	A. S. C.	C. S. S. S.	2/V	»	»	f.	3.350 gr.	II	Sut. a. l.	—	—	»	12/V	10.º	—
29.	G. N. F.	C. S. E.	26/V	art.	»	f.	3.000 gr.	I	S. cc. pp.	F. est. inf.	Insuf. força	»	14/VI	19.º	—
30.	M. L. T.	C. S. E.	28/V	nat.	»	m.	3.720 gr.	I	Sut. a. l.	—	—	»	5/VI	8.º	—
31.	M. L. M.	C. S. E.	14/VI	»	»	f.	4.000 gr.	I	Sut. a. l.	—	—	»	22/VI	8.º	—
32.	D. P. F.	C. S. S. S.	18/VI	»	»	m.	3.800 gr.	III	Integro.	—	—	»	24/VI	6.º	—
33.	F. B.	C. S. E.	15/VI	»	»	f.	3.020 gr.	II	Integro.	—	—	»	22/VI	7.º	—
34.	A. B.	C. S. S. S.	4/VII	»	»	f.	3.550 gr.	III	L. muc.	Sutura	—	»	11/VII	7.º	—
35.	B. S.	C. S. E.	11/VII	»	»	f.	3.500 gr.	IV	L. muc.	Sutura	—	»	17/VII	6.º	—
36.	A. R.	C. S. S. S.	12/VII	art.	»	f.	2.560 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	Sof. fetal l. idosa	comp.	22/VII	10.º	Duração pa. 38 hrs. Ecl. na 12 h. do puerperio.
37.	A. S.	C. S. S. S.	18/VII	nat.	»	f.	3.840 gr.	III	Integro.	—	—	»	25/VII	7.º	—
38.	E. G.	C. S. S. S.	17/VIII	»	»	m.	3.500 gr.	II	Integro.	—	—	»	28/VIII	11.º	—
39.	L. R.	C. S. S. S.	23/VIII	»	»	f.	4.020 gr.	II	Lac. sut.	—	—	»	1/IX	9.º	2 cir. cord. sec. entre pinças
40.	C. L. L.	C. S. E.	28/VIII	»	»	m.	4.290 gr.	IV	Lac. sut.	—	—	»	3/IX	6.º	—
41.	M. P. V. S.	C. S. S. S.	30/X	»	»	m.	3.500 gr.	I	Lac. sut.	—	—	»	8/XI	8.º	—
42.	L. S.	C. S. S. S.	25/IX	art.	»	m.	4.100 gr.	IV	Epis. sut.	F. Kielanc	A. fronte	»	5/X	10.º	Anest. geral. Eter.
43.	L. P.	C. S. E.	29/IX	nat.	»	m.	4.150 gr.	II	Integro.	—	—	»	8/X	9.º	—
44.	M. J. C. M.	C. S. E.	15/IX	»	»	m.	3.650 gr.	I	Sut. a. l.	—	—	»	25/IX	10.º	—
45.	E. R. R.	C. S. S. S.	29/IX	art.	»	m.	3.250 gr.	I	Epis. sut.	Forc. e. i. l. idosa, pa. prol.	—	»	9/X	10.º	O trab. pa. prolongou-se mais de 30hs A força esgotou-se secundariamente
46.	I. G.	C. S. E.	19/X	nat.	»	m.	3.850 gr.	IV	Integro.	—	—	»	28/X	10.º	—
47.	M. F. V. G.	C. S. E.	28/X	»	»	m.	3.900 gr.	III	Sut. a. l.	—	—	»	4/XI	7.º	—
48.	L. B.	C. S. E.	9/XI	art.	»	m.	3.250 gr.	I	Epis. sut.	F. exc.	l. idosa dist. colo	»	24/XI	15.º	Ces. no 1º parto, outro prof.
49.	H. C. R.	C. S. S. S.	13/XI	nat.	»	m.	2.800 gr.	III	Sut. a. l.	—	—	»	23/XI	10.º	32 hrs de dur. trab. parto
50.	L. D. L.	C. S. S. S.	1/XII	»	»	f.	3.050 gr.	II	Integro.	—	—	»	15/XII	14.º	—
51.	E. A. J.	C. S. E.	24/XII	»	»	m.	3.550 gr.	III	Integro.	—	—	»	4/1	7.º	—
52.	D. F.	C. S. S. S.	26/XII	»	»	m.	3.800 gr.	II	Integro.	—	—	»	12/1	16.º	—
53.	N. L.	C. S. S. S.	30/XII	»	»	m.	3.840 gr.	II	Ant. rut.	—	—	»	12/1	12.º	—

## RESUMO EM 53 PARTOS:

45 foram naturais, 6 normos, 6.º vivos, 12 foram  
 45 normos, 6.º vivos, 12 foram  
 45 normos, 6.º vivos, 12 foram

## Índices percentuais

1) Partos naturais 77,36%  
 2) Partos normos 11,32%  
 3) Cesáreas 11,32%

## LISTA BIBLIOGRAFICA GERAL

- 1—ACHNER, B. — «Eine neue Modifikation zur Technik des cervicalen Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. **1928**, 52, 1977.
- 2—ACHNER, B. — «Eine weitere Modifikation des Kaiserschnittes nach Portes», in Zbl. Gyn. **1932**, 56, 523.
- 3—AGUINAGA, A. — «Operação de Portes», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 2.
- 4—AMMON, ERNST v. — «Statistisches zur Kaiserschnittsfrage aus den Jahren 1915—1928», in Arch. f. Gyn. **1930**, 140, 66.
- 5—ANDERES (Zurich) — «Zur Kaiserschnittsfrage», (Disk. in Oberrheinische Ges. f. Geb. u. Gyn.), in Zbl. Gyn. **1936**, 399.
- 6—ANDERODIAS, LACOUTURE et BOURSIER, R. — «Césarienne et hystérectomie pour fibrome praevia», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1924**, 603.
- 7—ANDERODIAS et BALARD — «L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse», in Gyn. et Obst. **1932**, XXV, 239.
- 8—ANDERODIAS et BALARD — «Histoire obstétricale d'une femme ayant eu 7 grossesses après une opération césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, 50.
- 9—ANDERODIAS et PERY, G. — «Accouchement spontané chez des malades ayant subi antérieurement une césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1935**, 552.
- 10—ANDRADE, J. DIRCEU — «Symphysiotomia parcial de Zarate», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1929**, XXIII, 3, 119.
- 11—ANDRIANAKOS, TRYPHON K. — «Die Kaiserschnitt- und Pyelotomie», Ed.: J. Ambrosius Barth, Leipzig, **1939**.
- 12—APPLEGALE — «The indications for cesarean section based on an analysis of a series of ninety-five operated cases», in Gyn. et Obst. **1920**, 441.
- 13—AUDEBERT — «Césarienne compliquée de dilation sub-aigüe de l'estomac et de retention lochiale par anteflexion et agglutination du col», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 390.
- 14—AUDEBERT, J. L. — «Quelques points de technique de la césarienne basse», in Gyn. et Obst. **1931**, XXIV, 614.
- 15—AUDEBERT, J. L. — «Césarienne segmento-corporéale pour contracture de l'anneau de Bandl», in Gyn. et Obst. **1934**, XXX, 387.
- 16—AUDEBERT, J. L. — «La césarienne segmento-corporéale», in Gyn. et Obst. **1936**, XXXIII, 68.
- 17—AUDEBERT, M. — «A propos de la technique de la césarienne basse. Incision verticale du peritoine uterin et césarienne segmento-corporéale», in Gyn. et Obst. **1933**, XXVIII, 521.
- 18—AUTEFAGE — «Dyslocie de l'épaule, césarienne, hystérectomie», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1926**, 586.
- 19—BANISTER, J. B. — «Die gegenwärtige Stellung des Kaiserschnitts in der Geburtshilfe», in Zbl. Gyn. **1936**, 2874.
- 20—BANSILLON et BUCHER — «Difficultés au cours d'une césarienne itérative», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 727.
- 21—BASDEN, M. M. — «Kaiserschnitt bei infizierten Fällen», in Zbl. Gyn. **1936**, 2879.
- 22—BECK, A. C. — «Ueber eine bessere Deckungsmethode des Uterusschnittes bei cervicaler Sectio caesarea», (J. Am. Med. Assoc. 1929, 27), in Zbl. Gyn. **1931**, 20, 1673.
- 23—BECK, A. C. — *Obstetrical Practice*, Second Ed. **1939**.
- 24—BECK, HENRIK — «Der Kaiserschnitt bei infizierten Fällen», in Zbl. Gyn. **1931**, Nr. 20, 1674.

- 25 — BEGHIN, R. — «Accouchement spontané après césariennes», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1926, 243.
- 26 — BENTHIN, W. — «Der abdominelle Kaiserschnitt», in Operative Geburtshilfe, Winter-Halban, 2te. Aufl. 1934.
- 27 — BERUTI, J. et LEON, J. — «La incision arciforme del segmento interior en la cesarea abdominal», in Bol. Soc. Obst. y Ginec. Buenos Aires, 1935, 770.
- 28 — BICKENBACH, W. — «Die Schnittentbindung in der Behandlung der Eclampsie und Placenta praevia», in Zbl. Gyn. 1937, 789.
- 29 — BIVAR, CALDAS — «Cesárea e feto morto», in Rev. Gyn. e d'Obst. 1927, XXI, 1, 61.
- 30 — BLOCH, MIKOLAJ — «Hematome traumatique de la vulve comme indication à la césarienne», in Gyn. et Obst. 1932, XXV, 238.
- 31 — BOERO, HENRIQUE A. — «Valor comparativo dos diferentes methodos da operação cesareana abdominal», (Rev. Arg. de Obst. y Gin., Jan. - Feb. 1922), in Rev. Gyn. e Obst. 1922, 4, 136.
- 32 — BOGDANOVIC, M. — «Die erweiterten Indikationen für den Kaiserschnitt usw.», in Zbl. Gyn. 1936, 357.
- 33 — BOHLER, E. et REILES, M. — «L'injection intravenieuse d'hypophysine au cours de la césarienne», in Gyn. et Obst. 1934, XXIX, 241.
- 34 — BONNEY, V. — «Kaiserschnitt im unteren Segment, Verwendung der Willetschen Schädelzange u. eines Uteruskompressors», in Zbl. Gyn. 1934, 58, 1066.
- 35 — BOWERS — «Die Ursachen der Mortalität beim Kaiserschnitt, eine Analyse von 243 Fällen», Ref. in Zbl. Gyn. 1936, 359.
- 36 — BRATTSTRON, E. — «Quelques resultats de la césarienne extraperitoneale (Acta Obst. et Gyn. Scand. 1934, XIV, 1), in Gyn. et Obst. 1936, XXXIII, 69.
- 37 — BRINDEAU, A. — «A propos de la césarienne transperitoneal basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 162.
- 38 — BRINDEAU, A. et LANTUEJOL, P. — *La Pratique de l'Art des Accouchements* — 1926, IV, 249.
- 39 — BRIQUET, RAUL — *Obstetricia operatoria*, C. Ed. Nac. São Paulo, 1932.
- 40 — BRIQUET, RAUL — *Obstetricia normal*, S. Paulo, 1939.
- 41 — BROCHIER et AMBRE — «Mort inopinée immédiatement après une rachianesthésie pour césarienne basse; césarienne post-mortem; enfant vivant», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1937, 26, 588.
- 42 — BROUHA — «Faut-il réserver strictement l'opération césarienne aux cas purs?», in Gyn. et Obst. 1920, II, 385.
- 43 — BROUHA — «A propos des indications de la césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 6, 420.
- 44 — BRUNNER — «Opération césarienne pour hemorrhagie consecutive à des varices vaginales», Ref. in Gyn. et Obst. 1920, 440.
- 45 — BUE', PALLIEZ et GERNEZ, LOUIS — «Grossesse chez une fillette de 12 ans; césarienne à terme», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1936, XXV, 137.
- 46 — BUFALINI, MAURIZIO — «Taglio cesareo in peritonite purulenta difusa da appendicite», in Riv. Ital. di Ginec., 1936, XIX, 241.
- 47 — BURGER, M. P. — «Indications particulières pour la section césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 591.
- 48 — BURGER, P. — «A propos de la stérilisation après section césarienne», in Gyn. et Obst. 1933, XXVIII, 87.

- 49 — BURNS, H. T. — «Der extraperitoneale Kaiserschnitt nach Latzko», Ref. in Zbl. Gyn. **1931**, 55, 1675.
- 50 — BUSCHBECK — «Zur Kaiserschnitt nach Doerffler», in Zbl. Gyn. **1936**, 2684.
- 51 — BUSSE, OTTO — «Fertilität nach Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. **1938**, 2662.
- 52 — BUSTAMANTE, A. S. DE — «Cesarea segmentaria transperitoneal por placenta previa», (Rev. med. Cubana, Jan. 1933), in Gyn. et Obst. **1933**, XXVIII, 85.
- 53 — CABELLO, C. RODRIGUEZ — «Die chirurgische Technik in der Geburtshilfe der Gegenwart. Betrachtungen über 110 selbst durchgeführte Kaiserschnitte», (Rev. Esp. Obst. 1935, 20, 235 e 285), in Zbl. Gyn. **1937**, 1910.
- 54 — CABRAL, E. — «Cesareana tardia e conservadora» in Rev. Gyn. e d'Obst. **1922**, n. 15, 10.
- 55 — CAMARGO, ISMAEL — «Da cesareana transperitoneal segmentaria», Tese dout. S. Paulo, **1928**.
- 56 — CAMARGO, ISMAEL — «A cesarea segmentaria na Clinica Obstetrica da F. M. de S. Paulo», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1933**, XXVII, 11.
- 57 — CAMARGO, JOÃO PEREIRA DE — «Da oportunidade do esvaziamento do utero na toxemia gravida», in «A Folha Medica», 5 Ag. **1931**.
- 58 — CASO, ROGELIO — «La cesarea tardia segmentaria transperitoneal através de 219 observaciones», Tese Dout. B. Aires, **1935**, in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 150.
- 59 — CATHALA, V. — «De la valeur de la césarienne transperitoneale basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 37.
- 60 — CAVALCANTI, A. — «Um caso de operação cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1924**, 289.
- 61 — CAVALCANTI, A. — «Cesareana reclamada por placenta previa», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1926**, 10, 373.
- 62 — CAVALIERE (Nápoles) — «Sulla resistenza della cicatrice uterina consecutiva ad intervento cesareo», in Gyn. et Obst. **1934**, XXX, 388.
- 63 — CESAR, CARLS — «Parlo cesareo», in Ceará Médico, **1933**, VII, n. 4.
- 64 — CHAMORRO — Disc. de la com. del dr. J. Leon: «A proposito de las cesareas cervico-segmentarias extraperitoneales por artificio», in Bol. Soc. Obst. y Gin. **1935**, XIV, 142.
- 65 — CHARAMIS, JANNI — «Ueber einen Fall von spontaner Uterusruptur in einer alten Kaiserschnittnarbe während einer durch Grippepneumonie komplizierten Schwangerschaft», in Zbl. Gyn. **1937**, 2510.
- 66 — CLEIZ, L. — «Quatre observations de césariennes suivies d'exteriorisation temporaire de l'uterus», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1924**, 725.
- 67 — CLIVIO, PESTALOZZA, FERRONI — *Tratado di Obstetricia*, **1924**.
- 68 — COELHO, P. J. — «Gravidez e fibroma. Operação cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 479.
- 69 — COLLE, J. et MONTAGNE, J. — «Césariennes basses iteratives pour bassin rachitique», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 291.
- 70 — COMMANDEUR, E. et MICHON — «Cancer du col uterin et grossesse; césarienne, amputation de Porro, curietherapie», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 59.

- 71 — COOKE HIRST, JOHN — «Kaiserschnitt als Operation der Wahl in schwierigen Geburtsfällen», in Zbl. Gyn. **1917**, 753.
- 72 — CORRÊA DA COSTA, C. — «Cesarea post-mortem», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1925**, XIX, 321.
- 73 — CORRÊA DA COSTA, C. — «A operação cesareana tardia (cesareana segmentar)», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1925**, XIX, 329.
- 74 — CORRÊA DA COSTA, C. — «A proposito da operação de Zaratrate (Contradita ao dr. Maurity Santos)», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1928**, 10, 477.
- 75 — CORRÊA DA COSTA, C. — *Lições de Clínica Obstetrica*, 2a ed. **1938**.
- 76 — COTTE et TRILLAT — «Operation césarienne pour kyste de l'ovaire inclus», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1924**, 265.
- 77 — COTTE et TRILLAT — «Operation césarienne pour cancer du col et grossesse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1924**, 266.
- 78 — COTTE et BANSILLON — «Un cas de mort rapide au début d'une rachianesthésie pratiquée au cours d'une césarienne basse chez une femme en travail; enfant vivant», in Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris, **1937**, XXVI, 589.
- 79 — COUVELAIRE, A. — «Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus», in Gyn. et Obst. **1920**, 225.
- 80 — CRONHEIM, CURT — «Die Entbindungsformen bei cervicalem Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1932**, 56, 3080.
- 81 — DAELS, F. — «Zur Technik des Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. **1934**, 58, 261.
- 82 — DAILY — «Sectio caesarea, eine Untersuchung von 500 aufeinanderfolgenden Operationen», in Zbl. Gyn. **1936**, 359.
- 83 — DANFORTH, W. C. u. GRIER, R. M. — «Eine Analyse von 124 Fällen von tiefem, cervicalem Kaiserschnitt», (Am. J. Obst. **1930**, 20, 405), in Zbl. Gyn. **1931**, 55, 1676.
- 84 — DE LEE, J. B. — *The Principles and Practice of Obstetrics*, Philadelphia, 7th. Ed. **1938**.
- 85 — DELLE CHIAJE — «Considerazioni sulla tecnica del parto cesareo», in Gyn. et Obst. **1920**, 438.
- 86 — DELLEPIANE, G. — «Zur Technik der Wahl beim konservativen Kaiserschnitt», Ref. in Zbl. Gyn. **1936**, 365.
- 87 — DELMAS, PAUL et ROUME — «Operation césarienne avec énucléation de l'oeuf», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 292.
- 88 — DEVÈZE — «Césarienne pour physometrie avec tetanisation de l'utérus au cour du travail», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 758.
- 89 — DEVRAIGNE, L. et MAYER, MAURICE — «A propos de la césarienne avec exteriorisation temporaire de l'utérus», in Gyn. et Obst. **1932**, XXV, 15.
- 90 — DIGONNET, LOUIS — «Quatorze observations de césarienne basse avec exclusion du segment inférieur et drainage de Mikulicz», in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 105.
- 91 — DIGONNET, LOUIS — «Césarienne basse (une statistique personnelle de 299 cas)», in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 169.
- 92 — DOCTROW, W. M. — «Ueber Indikationen u. Ergebnisse der abdominalen Schnittentbindungen auf Grund der erweiterten Geburtsbescheinungen in Hamburg», Inaug. Diss. Hamburg, **1935**, Ref. in Zbl. Gyn. **1938**, 722.
- 93 — DOEDERLEIN, ALBERT — «Die Kaiserschnittoperationen», in Hdb. der Geb.-Ergänzungsband, 334, **1917**.
- 94 — DOERFLER, HEINRICH — *Ueber den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt*, J. F. Lehmann, München, **1929**.

- 95 — DOERFLER, H. — «Was leistete die Schnittentbindung im Jahre 1930», in Arch. Gyn. **1931**, 147, 1.
- 96 — DOERFLER, H. — «Was leistete die Schnittentbindung im Jahre 1930», (Sup. ao art. do mesmo titulo antes citado), in Arch. Gyn. **1932**, 149, 238.
- 97 — DOERFLER, H. — «Unklarheiten beim Kaiserschnitt u. deren Bekämpfung», in Med. Welt, **1935**, 635.
- 98 — DOERFLER, H. — «Die aseptische Geburt», in Zbl. Gyn. **1936**, 958.
- 99 — DOERFLER, H. — «Der abdominelle Kaiserschnitt in Gegenwart u. Zukunft», in Zbl. Gyn. **1936**, 610.
- 100 — DONNO, E. DE — «Il taglio cesareo nella Clinica di Bari», in An. Obst. e Gine. **1938**, LX, 1361.
- 101 — DRÜNER, L. — «Ueber den Dreistrahler zur Eröffnung des Uterus beim Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1934**, 58, 131.
- 102 — DUJOL, G. — «Deux observations d'operation césariennes transperitoneales basses», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 459.
- 103 — DURST, F. — «Der erweiterten Indikationen für den Kaiserschnitt: I. Die modernen Methoden, II. Die Spätfolgen des Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. **1936**, 357.
- 104 — DUVERGES, CARLOS J. — «La cesarea seguida de exteriorización temporaria del utero», B. Aires, 1930. in Zbl. Gyn. **1930**, 1560.
- 105 — DUVILIER et BEGHIN — «Operation de Porro pour presentation de l'épaule negligée», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 624.
- 106 — EBERHART — «Bemerkungen zu der Kaiserschnittsfrage nach Doerfler», in Zbl. Gyn. **1936**, 399.
- 107 — EBERHART, F. — «Zur Kasuistik der Narbenruptur nach Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. **1937**, 835.
- 108 — EISENBERGER, FERDINAND — «Zur Technik der Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. **1932**, 56, 3024.
- 109 — ENGELMANN (Dortmund) — «Kaiserschnitt nach Doerfler», Disk. in Zbl. Gyn. **1936**, 2114.
- 110 — EMMERICH, J. P. — «Ist die wiederholte Schnittentbindung mit einer erhöhten Gefahr verbunden?», in Zbl. Gyn. **1937**, 2214.
- 111 — EUGUI, J. — «Répétition de procidence du cordon; césarienne iterative», in Bull. Soc. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 102.
- 112 — EZES et SCHEBAT — «Césarienne suprasymphysaire pour edème aigu du poumon», in Bull. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 471.
- 113 — FALLS — «Kritischer Vergleich des klassischen u. cervicalen Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. **1937**, 1911.
- 114 — FEINER — «347 aufeinanderfolgende Kaiserschnitte», in Zbl. Gyn. **1937**, 1912.
- 115 — FELDWEIG — «Zur Kaiserschnitttechnik», in Zbl. Gyn. **1936**, 399.
- 116 — FERREIRA, CLODOMIRO JORGE — «Da cesareana conservadora tardia», Tese. Rio de Janeiro, **1915**.
- 117 — FIGUEIREDO, IVAN DE O. — «Estudo epicritico sobre 50 cesareanas efetuadas na Maternidade do H. Hahnemanniano», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1937**, II, 173.
- 118 — FLEISCHER, A. J. u. KUSCHNER, J. I. — «Erfahrungen mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1937**, 837.
- 119 — FLEURENT — «Section césarienne post-mortem avec enfant vivant», (Strasbourg Med., Fev. 1933), in Gyn. et Obst. **1934**, XXX, 391.
- 120 — FOBE, H. — «Section césarienne et accouchements ulterieurs», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 623.

- 121 — FONT, S. DEXEURS — «Schlussfolgerungen aus einem Fall von wiederholtem Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1934, 58, 1066.
- 122 — FONTES, JOAQUIM e D. PEDRO DA CUNHA — «Sobre um caso de operação de Portes», (Med. Contemporânea, 8-IX-1929, in Gyn. et Obst. 1932, XXV, 241.
- 123 — FOTIC, J. — «Resultate der Schnittentbindung an der gyn. Abt. des Krankenhaus in Nis», in Zbl. Gyn. 1936, 360.
- 124 — FOURNIER, F. — «Deux cas de césariennes tardives», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1924, 576.
- 125 — FOURNIER, F. et ESTIENNY, E. — «Rupture de cicatrice d'hysterotomie basse au cours du travail etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1936, XXV, 185.
- 126 — FRANKEN, HERMANN — «Warum ist die Lumbalanesthesie beim Kaiserschnitt besonders gefährlich?», in Zbl. Gyn. 1934, 58, 2191.
- 127 — FUCHS, H. — «Der Längs-, Quer- u. Bogenschnitt bei der Sectio caesarea inferior», in Zbl. Gyn. 1933, Nr. 43, 2549.
- 128 — FUCHS, H. — «Verbesserung der Schnitt- u. Entbindungstechnik bei der Sectio caesarea inferior durch Isthmuskrompressor, Bogenschnitt und Galeazange», in Zbl. Gyn. 1934, 58, 610.
- 129 — FUCHS, H. — «Ueber Geburt nach dem Kaiserschnitt insbesondere über das Verhalten der isthmischen Bogenschnittsnarben», in Zbl. Gyn. 1937, 2578.
- 130 — FULCONIS, H. — «Un point de technique de la césarienne supra-symphysaire», in Gyn. et Obst. 1936, XXXIII, 372.
- 131 — GARIPUY — «Indication de l'opération césarienne d'après la marche de l'accouchement à propos de deux cas de bassin retrecie», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1924, 562.
- 132 — GAUSS — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», in Mschr. Geb. u. Gyn. 1929, 82, 245 e 252.
- 133 — GAUSS, C. J. — «Kaiserschnittdämmerung», in Zbl. Gyn. 1929, 53, 1154.
- 134 — GELLE — «Absence congénitale de col uterin et grossesse; césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1935, 24, 389.
- 135 — GELLER, FR. CHR. — «Grössere Lebenssicherheit beim Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1935, 2409.
- 136 — GEPPERT — «Die Vorteile des cervicalen Querschnitts», in Zbl. Gyn. 1932, Nr. 39, 2362.
- 137 — GEPPERT — «Técnica e resultados do metodo de sectio que usamos», in Zbl. Gyn. 1937, 421.
- 138 — GIANELLA — «Sequencia remota da cesarea», in Zbl. Gyn. 1938, 1307.
- 139 — GIANELLA, C. — «Die extraperitonealisierung der Cervix beim Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1936, 1367.
- 140 — GINGLINGER, ALBERT et TASSOVATZ, SINICHA — «Étude sur vingt-quatre années de césarienne basse conservatrice», in Gyn. et Obst. 1934, XXX, 15.
- 141 — GOERTTLER — «Architektur der Uterusmuskelwand u. ihre funktionelle Bedeutung», Morph. Jb. 65, 1/2 in Hauser.
- 142 — GONNET, PATEL et PLANCHU — «Fibroma praevia, césarienne conservatrice, nouvelle grossesse, césarienne suivie d'hysterectomie», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 323.
- 143 — GOSSELIN, O. — «L'invasion microbienne de l'oeuf au cour du travail», in Gyn. et Obst. 1938, XXXVII, 268.
- 144 — GOULART DE ANDRADE, C. — «Dystocia anular e fibromatose uterina — Operação cesareana, hysterectomia sub-total», in Rev. Gyn. e d'Obst. 1924, 6, 203.

- 145 — GOULART DE ANDRADE, C. — «Operação de Portes», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 31.
- 146 — GRAF, W. — «Der Kaiserschnitt bei infizierten u. infectionsverdächtigen Fällen», in Zbl. Gyn. **1936**, 122.
- 147 — GREENHILL, J. P. u. BLOOM, B. (Chicago) — «Histologische Studien an Uterusnarben nach Sectio caesarea cervicalis», (J. Amer. med. Assoc. 1929, 21), in Zbl. Gyn. **1931**, 55, 1673.
- 148 — GREENHILL, J. P. — «An analysis of 874 cesarean sections performed at the Chicago Lying in Hospital», (Am. J. of Obst. Gyn. n. 5, 1930, 613), in Gyn. et Obst. **1933**, XXVII, 83.
- 149 — GROSSE — «Trois accouchements spontanées après opération césarienne chez la même femme», in Gyn. et Obst. **1920**, II.
- 150 — GUENIOT, PAUL — «Le tamponement drainage peut-il être préféré à l'exteriorisation temporaire de l'uterus dans les césariennes sur l'uterus infecté ou très suspect?», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 790.
- 151 — GUENIOT, PAUL — «Operation césarienne suivie d'exteriorisation temporaire de l'uterus», in Bull. Obst. et Gyn. **1926**, 01.
- 152 — GUENIOT, PAUL — «Césarienne basse suprasymphysaire pratiquée avec succès pour un procidence du cordon hors de la vulve durant depuis cinq heures», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1930**, XIX, 222.
- 153 — GUERIN, VALMALE et CANDIÈRE — «Examen histologique d'une cicatrice uterine après operation césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 745.
- 154 — GUSTAFSON, GERALD W. — «An eight Year survey of cesarean Sections at the William H. Coleman Hospital», in Surg. Gyn. Obst. **1937**, 64, 1035.
- 155 — HASSELBLATT, ROBERT — «Klinische Studien über die intraperitoneale Schnittentbindung, insbesondere über die s. g. Sectio caesarea profunda», (Acta Obst. et Gyn. Scandinavica 1930, X, 3), in Gyn. et Obst. **1932**, XXV, 236.
- 156 — HAUCH, M. (Copenhagen) — «Drainage et technique dans les césariennes retro-vesicales», in Gyn. et Obst. **1927**, XVI, 403.
- 157 — HAUPT — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», in Mschr. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 247.
- 158 — HAUPT — Id. disc. in Zbl. Gyn. **1936**, 2686.
- 159 — HAUSER, W. — «Vorteile der stumpfen Querdurchtrennung im Dehnungsschlauch am uterus in situ», in Zbl. Gyn. **1937**, 1482.
- 160 — HEIM, C. — «Parto através de fistula utero-parietal», in Zbl. Gyn. **1937**, 2023.
- 161 — HELFFERICH, M. — «Zur Frage des Kaiserschnittes nach Doerfler», in Zbl. Gyn. **1933**, 1307.
- 162 — HELM, EBERHARD — «Ueber die geburtshilffliche Landesstatistik des Staates Hamburg in den Jahren 1901—1930», in Mschr. Geb. u. Gyn. **1934**, 97, 129.
- 163 — HENCK, HANS — «Ueber die Symphysiotomie», in Mschr. Geb. u. Gyn. **1937**, 104, 316.
- 164 — HENCKEL, MAX — «Kritische Betrachtung zur Indikation u. Technik des Kaiserschnittes bei Fieber unter der Geburt», in Zbl. Gyn. **1935**, 22, 1267.
- 165 — HEYNEMANN — «Zur Kaiserschnittsfrage», in Zbl. Gyn. **1937**, 421.
- 166 — HIRSCH, M. — «Zur Frage der geburtshilfflichen Neuordnung», in Zbl. Gyn. **1929**, 53, 2019.
- 167 — HIRSCH, MAX — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», Disk. in Mschr. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 250.

- 168 — HIRSCH — Em torno da cesarea de Doerfler. Disc. in Zbl. Gyn. 1936, 399.
- 169 — HÖGLER, HANS — «Zur Technik der Schnittentbindung bei Placenta praevia», in Zbl. Gyn. 1936, 2726.
- 170 — HOFFSTROM, K. A. — «Eine Serie von 100 Kaiserschnitten», (Acta Obst. et Gyn. Scandinavica 1934, XIV, 1), in Gyn. et Obst. 1936, XXXII, 69.
- 171 — HOLTERMANN — «Ueber die Fertilität nach abdominaler Schnittentbindung», in Mschr. Geb. u. Gyn. 1930, 86, 151.
- 172 — HOLTERMANN — «Unsere Stellung zur extraperitonealen Schnittentbindung», in Arch. Gyn. 1931, 145, 566.
- 173 — HOLZBACH, E. — «Der Schrägkanal zur Behandlung infektionsverdächtiger Kaiserschnitte», in Zbl. Gyn. 1933, 20, 1153.
- 174 — HOLZBACH, ERNST — «Der Uterusschnitt in Esmarch'scher Blutleere», in Zbl. Gyn. 1937, 1746.
- 175 — HORTA, HENRIQUE M. — «Ruptura intra-partum de cicatriz de cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. 1938, XXXII, 242.
- 176 — HUEBER, J. L. — «Die Resultate der abdominalen Schnittentbindung an der Basler Geburtshilf. Klinik», Diss. Inaug. Basilea, 1930, in Zbl. Gyn. 1936, 2875.
- 177 — HOSSY — «Unsere Kaiserschnitt Todesfälle», in Mschr. Geb. u. Gyn. 1936, 103, 16.
- 178 — ILKÉRVITZ, W., LEVI, M. et SELITZKY, S. — «Der Kaiserschnitt in Moskau in den Jahren 1921—1927», Arch. f. Gyn. 1930, 142, 389.
- 179 — IWANOW, B. N. — «Zur Frage der spontanen Uterusrupturen während der Gravidität nach vorausgegangenem Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1936, 1596.
- 180 — JACKSON, D. L. — Em torno da operação cesareana. Disc. in Am. Journ. of Obst. and Gyn. 1932, XXIII, 277.
- 181 — JANÁKY, J. — «Postmortaler Kaiserschnitt», (Orv. Hetil. 1933, Nr. 3), in Zbl. Gyn. 1934, 58, 1067.
- 182 — JASCHKE — «Zur Frage des Kaiserschnittes nach Doerfler», in Zbl. Gyn. 1933, 1307.
- 183 — JASCHKE — «Zur Frage des Kaiserschnittes nach Doerfler», Disk. in Zbl. Gyn. 1936, 2687.
- 184 — JASCHKE, R. TH. — «Zur Frage der Methodik und Indikationen der Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. 1937, 166 e in Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1936, 103, 198.
- 185 — JÜRGENS, O. — «Données statistiques et considerations sur les divers procedes de césarienne abdominales», in Gyn. et Obst. 1932, XXV, 235.
- 186 — KABOTH, GEORG — «Die Technik des extraperitonealen Enthüllungsschnittes», in Zbl. Gyn. 1934, 58, 310.
- 187 — KABOTH, G. — «Die Frage der operativen Sterilisierung bei der mehrfach wiederholten Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. 1936, 1203.
- 188 — KEHRER, E. — Com a Soc. Ginecologica de Marburg, in Zbl. Gyn. 1936, 2679.
- 189 — KELLER, R. u. E. — «Ergebnisse u. Anzeige bei 180 Kaiserschnitten», in Zbl. Gyn. 1936, 361.
- 190 — KELLER, R. u. FÖBE, H. — «Kaiserschnitt u. spätere Entbindungen», in Zbl. Gyn. 1937, 836.
- 191 — KELLER, R. et VANDIEST, L. — «Considerations sur les césariennes basses transversales après exteriorisation de l'uterus faites en six ans, a la Maternité de Strasbourg», in Gyn. et Obst. 1938, XXXVIII, 342.

- 192 — KESSLER, ROB. — «Die Therapie der Placenta praevia», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1930, 85, 175.
- 193 — KESSLER, R. u. UPHOFF, H. — «Zehn Jahre abdominelle Schnittentbindung», in Zbl. Gyn. 1933, 43, 2537.
- 194 — KLAUS, K. — «Resultate der Schnittentbindung an der I. Univ. Frauenklinik in Prag», in Zbl. Gyn. 1936, 360.
- 195 — KOLLER, O. — «20 Jahre transperitonealer cervicaler Schnittentbindung», in Zbl. 1937, 832.
- 196 — KOUWER, B. J. — «Opération césarienne absolument extra-peritoneale», in Gyn. et Obst. 1929, XIX, 418.
- 197 — KRAUL — «Zur Technik des cervicalen Querschnitts bei Sectio caesarea», in Zbl. Gyn. 1933, 7, 410.
- 198 — KRAUL, LUDWIG — «Zur Technik der Sectio caesarea nach Portes», in Zbl. Gyn. 1931, 55, 2420.
- 199 — KREIS, J. — «Deux observations de placenta previa etc. Traitement par la césarienne basse», in Gyn. et Obst. 1928, XVIII, 136.
- 200 — KREIS, J. — «Enseignements tirés d'une analyse des cas mortals après césarienne basse conservatrice», in Gyn. et Obst. 1931, XXIII, 385.
- 201 — KRÖHNERT, H. — «Indikationen u. Verlauf der abdominellen Schnittentbindungen an der Königsberger Univ. Frauenklinik», Inaug. Diss. Königsberg, 1935, in Zbl. Gyn. 1935, 1902.
- 202 — KRÖNIG — «Ueber Kaiserschnitt bei placenta praevia», in Zbl. Gyn. 1917, 851.
- 203 — KRUKENBERG, HEINZ u. BODEWIG, HANNS — «Ein Beitrag zur Kaiserschnittsfrage», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1929, 83, 57.
- 204 — KRUKENBERG, HEINZ — «Neuorientierung in der Geburtshilfe», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1929, 83, 151.
- 205 — KRUKENBERG, HEINZ — «Zur Frage der Geburtsleitung beim engen Becken», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1930, 86, 260.
- 206 — KÜDER, K. — «Schwangerschaft nach Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1937, 836.
- 207 — KOCHBACHER, FRANZ — «Der Kaiserschnitt im Lichte der Bevölkerungspolitik», in Zbl. Gyn. 1938, 298.
- 208 — KOSTNER, O. — «Zum Vortrag Winter», Disk. in Arch. Gyn. 1929, 137, 842.
- 209 — LABHARDT, A. — «Die Rolle der Schnittentbindung in der Geburtshilfe», in Gyn. et Obst. 1932, XXV, 237.
- 210 — LAFFONT, A. et EZES, H. — «Césarienne suprasymphysaire pour presentation de l'épaule etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1936, XXV, 55.
- 211 — LAFFONT, A. et EZES, H. — «Césarienne suprasymphysaire pour presentation du siège etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1936, XXV, 468.
- 212 — LANTUEJOL — «Operation césarienne dans un cas de presentation de l'épaule», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1924, 170.
- 213 — LEE, J. B. DE, NADELHOKER, L. et GREENHIL, J. P. — «Repeated Laparotrachelotomy», in Gyn. et Obst. 1931, XXIII, 372.
- 214 — LEE, J. B. DE — *The Principles and Practice of Obstetrics*, Philadelphia, 7th. Ed. 1938.
- 215 — LEHOCZKY-SEMMELWEIS, KOLOMAN, V. — «Ueber den wiederholten Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. 1936, 127/237.
- 216 — LE LORIER — «Resultats de 17 observations de césariennes basses conservatrices», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. 1926, 360.

- 217 — LEON, J. — A proposito da com. de los drs. F. Tallaferro y E. Bayona: «Um impedimento para cesarea segmentaria iterativa», in Bull. Soc. Obst. y Gine., B. Aires, **1932**, XI, 643.
- 218 — LEON, JUAN — «Protection de la cavité peritonéale au cours de la césarienne segmentaire au moyen de compresses impermeabilisées fixées au peritoine visceral», in Gyn. et Obst. **1936**, XXXIV, 428.
- 219 — LEON, JUAN — «A proposito de las cesareas cervico segmentarias extraperitoneales por artificios», in Bol. Soc. Obst. y Gine., B. Aires, **1935**, XIV, 10.
- 220 — LEON, J. — «Rotura silenciosa del segm. inf. del utero», Com. dos drs. Manuel Luis Perez y Frederico Tallaferro — Disc. in Bol. Soc. Obst. y Gine., B. Aires, **1935**, 646.
- 221 — LEON, J. — «La césarienne segmentaire extraperitonéale par artifice en Argentina», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1937**, 509.
- 222 — LEON, JUAN — «Caesareas abdominales efectuadas en la Clinica Eliseo Canton durante los ultimos seis anos», com. ao III C. A. O. G. **1937**,
- 223 — LEON, JUAN — «Nueva cesarea istmo-cervical extraperitoneal por artificio con fijacion de compresas impermeabilizadas al peritoneo visceral», in «La Semana Medica», n. 1, **1936**.
- 224 — LUDWIG, H. — «Vom Kaiserschnitt in kleinen Landspitälern», in Gyn. et Obst. **1934**, XXX, 386.
- 225 — LUNACEK, P. — «Section caesarea», in Zbl. Gyn. **1934**, 58, 1064.
- 226 — LYNCH, F. W. — «Mehr Konservativismus beim Kaiserschnitt», (Surg. Obst. and Gyn. **1937**, 64, 338), in Zbl. Gyn. **1938**, 721.
- 227 — MACHADO, LUCAS M. — «Complicações em torno de um caso de placenta previa», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1931**, XXV, 37.
- 228 — MACHADO, LUCAS M. — «Operação cesareana sob anesthesia local em cardiopathias graves», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1934**, XXVIII, 586.
- 229 — MACHADO, LUCAS M. — «Fistulas vesico-cervicaes após cesareana segmentar», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1935**, XXIX, 471.
- 230 — MACHADO, LUCAS M. — «Em torno de 54 cesareanas segmentarias», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1938**, I, 672.
- 231 — MAGALHÃES, FERNANDO — «O abuso da operação cesareana», (Contradita ao art. do mesmo titulo do dr. Carlos P. Sá), in Rev. Gyn. e d'Obst. **1918**, XII, 31.
- 232 — MAGALHÃES, FERNANDO — «Operação cesareana, indicações e técnica», Conf. na S. M. S. Paulo, in Rev. Gyn. e d'Obst. **1918**, XII, 238 e **1919**, XIII, 108.
- 233 — MAGALHÃES, FERNANDO — «A operação cesareana abdominal», Memoria laureada pela A. N. de Medicina, maio de 1922, in Clinica Obstetrica **1929**, nos. 12 a 16 e in Rev. Gyn. e d'Obst. **1923**, XVII, nos. 7 a 10.
- 234 — MAGALHÃES, FERNANDO — *A Obstetricia no Brasil* — Rio **1922**.
- 235 — MAGALHÃES, FERNANDO — «Operação cesareana. As cesareanas baixas», in Clinica Obstetrica **1929**, II, n. 18.
- 236 — MAGALHÃES, FERNANDO — *As cesarianas baixas* in *Clinica Obstetrica (Novas Lições)* **1933**, 251.
- 237 — MAGALHÃES, FERNANDO — «Porque não sou sinfiseotomista», in *Clinica Obstetrica (Novas Lições)* **1933**, 131.
- 238 — MAGALHÃES, FERNANDO — *Sintese obstetrica*, 1a. Ed. **1933**, Rio.

- 239 — MAHON, RAYMOND — «Comment éviter les suppurations de la paroi abdominale après césarienne basse: la paroi en un plan?», in *Gyn. et Obst.* **1933**, XXVIII, 678.
- 240 — MALGORZATA, SERMI — «Ciecie cesarskie po przetoce maciezno-brzusnej wedlug Sellheima (Gravidité après césarienne antérieur selon le procédé de Sellheim)», *Ginek. Polska* 1936, XV, in *Gyn. et Obst.* **1939**, XXXIX, 148.
- 241 — MANSFELD — «Ueber die Technik der Doerfler'schen Sectio», in *Zbl. Gyn.* **1932**, 56, 1188.
- 242 — MARSCHALL, C. Mc. INTOSCH — *Caesarean Section*, Baltimore, **1939**.
- 243 — MARTIUS — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittsindikation», *Disk. in Mschr. f. Geb. u. Gyn.* **1929**, 82, 250.
- 244 — MARTIUS — «Zur Kaiserschnitt», *Disk. Nord. Ges. f. Gyn.* in *Zbl. Gyn.* **1937**, 421.
- 245 — MARTIUS — «Der Kaiserschnitt in der Göttinger Frauenklinik», in *Zbl. Gyn.* **1938**, 721.
- 246 — MASSIAS, CH. — «La césarienne basse dans le traitement des dystocies en particulier des retrecissement du bassin et du placenta previa», in *Gyn. et Obst.* **1934**, XXX, 385.
- 247 — MATHIEU, ALBERT — «Sobre a operação cesareana. Disc. in *Am. Journ. of Obst. and Gyn.* **1932**, XXIII, 277.
- 248 — MATOLCSY, KARL — «Ueber die Zukunft der Schnittentbindung auf Grund 15jähriger Erfahrungen», in *Zbl. Gyn.* **1938**, 62, 793.
- 249 — MAURITY SANTOS — «A defeza da sinfisiotomia de Zarate», in *Rev. Gyn. e d'Obst.* **1928**, n. 9, 415.
- 250 — MAURITY SANTOS — «Consequencias tardias da sinfisiotomia de Zarate», in *Rev. Gyn. e d'Obst.* **1931**, n. 5, 199.
- 251 — MAURITY SANTOS e SALGADO, C. — «Cesareana sob anestesia local», in *Rev. Gyn. e d'Obst.* **1931**, n. 1, 22.
- 252 — MENDONÇA, J. — «Um caso raro em pathologia obstetrica: uma cesareana feita pela natureza», in *Rev. Gyn. e d'Obst.* **1938**, XXXII, I, 667.
- 253 — MC CORD, JAMES R. — «Sobre a operação cesareana. Disc. in *Am. Journ. of Obst. and Gyn.* **1932**, XXIII, 277.
- 254 — MC PHERSON, ROSS — «Ist der Kaiserschnitt zur Entbindung bei Steisslagen indiziert?», in *Zbl. Gyn.* **1917**, 754.
- 255 — MENICUCCI, PAULO — «Cesareana praticada em gestante quasi a termo acometida de paralyia ascendente ou síndrome de Landri», in *Rev. Gyn. e d'Obst.* **1933**, 7, 277.
- 256 — MERGER, R. — «La césarienne tardive», (Contribution a sa technique opératoire), in *Gyn. et Obst.* **1933**, XXVIII, 575.
- 258 — MERGER, R. — «La cesarienne tardive. Les indications des procédés opératoires», in *Gyn. et Obst.* **1933**, XXVIII, 664.
- 259 — MICHON, L. — «Sur la technique et les suites de la césarienne», in *Bull. Soc. Obst. Paris.* **1932**, XXI, 225.
- 260 — MICHON, L. — «Sur un point de technique de la césarienne basse», in *Gyn. et Obst.* **1932**, XXVI, 305.
- 261 — MIKULIEZ-RADECKI, F. V. — *Gynäkologische Operationen* **1933**, J. A. Barth, ed. — Leipzig.
- 262 — MÖNCKEBERG, C. y PUGA, J. — «La cirurgia obstetrica en el caso impuro», *Rel. tema of. do III C. A. O. G.*, **1937**.
- 263 — MOHNHAUPT, GERHARD — «Die Schnittentbindungen im Laufe der letzten zehn Jahre an der Landesfrauenklinik in Erfurt», in *Zbl. Gyn.* **1932**, 40, 2416.

- 264 — MONTGOMERY — «Ergebnisse der Sectio caesarea einschliesslich der Spätfolgen», in Zbl. Gyn. **1937**, 834.
- 265 — MORAES, A. — «Cesariana intraperitoneal baixa», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 57.
- 266 — MORAES, A. — «A operação cesariana e sua técnica atual», in «A Folha Médica» 1-I-**1927**.
- 267 — MORAES, A. — «A cicatriz uterina na operação cesariana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 299.
- 268 — NAUJOKS — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 249.
- 269 — NAUJOKS, H. — «Aufruf zu einer Deutschen Kaiserschnittstatistik 1938», in Zbl. Gyn. **1938**, 2481.
- 270 — NAVRATIL, ERNST — «Die Kaiserschnittstatistik der I. Univ. Frauenklinik in Wien 1925—1933», in Arch. f. Gyn. **1934**, 137, 359.
- 271 — NEUMANN, H. OTTO — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», Disk. in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 249.
- 272 — NEUNHÖFER, F. — «Wiederholte Schnittverbindungen», in Zbl. Gyn. **1938**, 2734.
- 273 — NEVINNY, H. — «Ueber die Geburtsleitung der Innsbrucker Frauenklinik», in Zbl. Gyn. **1936**, 959.
- 274 — NURNBERGER, L. — «Ueber den extraperitonealen Kaiserschnitt», in Mschr. f. Gyn. **1930**, 142, 106.
- 275 — OPITZ, ERICH — «Zur Technik des Kaiserschnittes», in Zbl. Gyn. **1911**, 970.
- 276 — PALACIOS COSTA, NICANOR y FALSIA, MIGUEL V. — «A proposito de las cesareas cervico-segmentarias extraperitoneales por arteificio», Com. do Dr. J. Leon, Disc. in Bol. Soc. Obst. y Gine. **1935**, XIV, 139.
- 277 — PALLIEZ, R. et GERNEZ, LOUIS — «A propos de douze observations d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1935**, 24, 393.
- 278 — PAQUET, ANDRE' — «Operation césarienne pour excès de volume du fœtus», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 626.
- 279 — PAUCOT, H. — «Césarienne dans le placenta praevia», Disc. in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 245.
- 280 — PEMBERTON, J. — «Seis Sectio na mesma mulher», Ref. in Zbl. Gyn. **1937**, 1913.
- 281 — PERALTA RAMOS, A. y BELLO, R. — «L'opération césarienne extraperitoneal par artifice», in Gyn. et Obst. **1936**, XXXIII, 531.
- 282 — PERDU, C. — «Césarienne basse à incision transversale du segment inferieur et accouchement ulterieur», in Gyn. et Obst. **1933**, XXVII, 87.
- 283 — PEREZ, MANUEL LUIZ — «La operacion cesarea segmentaria transperitoneal», B. Aires, **1929**.
- 284 — PEREZ, MANUEL LUIZ y TALLAFERRO, FREDERICO — «Rotura silenciosa del segmento inferior del utero en el curso del embarazo a nivel de uma cicatriz de operacion cesarea. Implantacion secundaria de la placenta previa recidivada en la cara posterior de la vejiga», in Bol. Soc. Obst. y Gine., B. Aires, **1935**, XIV, 639.
- 285 — PERRINS — «Bericht über 22 Kaiserschnitt nach Latzko mit einer geringen modifizierung der Technik», in Zbl. Gyn. **1936**, 2876.
- 286 — PERY, JEAN — «Quatre césariennes chez la même malade», in Bull. Soc. Obst. Paris, **1936**, XXV, 683.

- 287 — PERY, JEAN — «Deux césariennes pour présentation de l'épaule», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 684.
- 288 — PERY, J. — «La césarienne basse à la Maternité de Pellegrin de Bordeaux», in Gyn. et Obst. **1932**, XXV, 241.
- 289 — PETIT, HENRI — «Operation césarienne retardée. Guérison», Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 313.
- 290 — PETRY, FRANÇOIS-MARIE — «Étude générale critique de la césarienne basse et en particulier de l'accouchement sus-symphysaire», in Gyn. et Obst. **1934**, XXX, 389.
- 291 — PHANEUF, M. — «Césarienne suprasymphysaire», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 599.
- 292 — PHANEUF — «Der tiefe oder cervicale Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1937**, 833.
- 293 — PHERSON, MAC ROSS — «Ist der Kaiserschnitt zur Entbindung bei Steisslagen indiziert?», in Zbl. Gyn. **1917**, 754.
- 294 — POLONSKY, J. N. — «Die unmittelbaren u. entfernten Resultate des Kaiserschnitts», in Mschr. Geb. u. Gyn. **1936**, 102, 43.
- 295 — PONOMAREFF, A. — «Opérations césariennes en Russie», in Gyn. et Obst. **1928**, XVIII, 103.
- 296 — POPOVIC, B. — «Ein Fall von utero-abdominaler Fistel nach korporealem Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1935**, 367.
- 297 — PORTES, L. — «Césarienne suivie d'exteriorisation temporaire de l'uterus etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 171.
- 298 — PORTES et RISSACHER — «A propos de la césarienne trans-peritoneale basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 274.
- 299 — POTROWSKY, W. et RABINOWITSCH, J. — «Spätresultate beim klassischen Kaiserschnitt — Auf Grund histologischer Untersuchungen der Uterusnarben», in Arch. f. Gyn. **1930**, 111, 404.
- 300 — PREISSECKER, ERNST — «Die Kaiserschnittfrage», in Zbl. Gyn. **1932**, 56, 645.
- 301 — PREISSECKER, ERST — «Die Kaiserschnittfrage», in Zbl. f. Gyn. **1932**, 56, 1387.
- 302 — PUPPEL — «Zur Frage der erweiterte Kaiserschnittindikation», Disk. in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 247.
- 303 — PUPPEL, ERNST — «Zur Kaiserschnittfrage», in Arch. f. Gyn. **1930**, 139, 33.
- 304 — PUPPEL — «Zur Frage des Kaiserschnittes nach Doerffler», Disk. in Zbl. Gyn. **1933**, 1307.
- 305 — PUPPEL, E. — «Zur Klinik der Schnittentbindungen», in Zbl. Gyn. **1936**, 1051.
- 306 — PUPPEL, E. — «Der abdominelle Kaiserschnitt in Gegenwart und Zukunft», in Zbl. Gyn. **1936**, 1634.
- 307 — PUTZ, TH. — «Unsere Schnittentbindungen in den letzten 3 Jahren», in Zbl. Gyn. **1935**, 1279.
- 308 — QUEIROZ DE BARROS, M. — «Traumatismo na infancia provocando uma anomalia pelvica. Cesareana a termo. Cura», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1938**, XXXII, II, 23.
- 309 — QUIGLEY, JAMES K. — «Sobre a cesareana abdominal», Disc. in Am. Journ. of Obst. and Gyn. **1932**, XXII, 277.
- 310 — RAMIZ GALVÃO — *Vocabulario*, **1909**.
- 311 — REEB — «Oporation césarienne suivie d'hysterectomie dans un cas d'uterus double», in Bull. Soc. Obst. **1924**, 476.
- 312 — REEB — «Indications particulières pour la section césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 588.
- 313 — REEB — «Beitrag zu den Urinfisteln nach tiefen Kaiserschnitt», Zbl. Gyn. **1933**, 367.

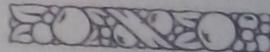
- 314 — REUSCH, W. «Zur Erweiterung des Indikationen des Kaiserschnitts», in Zbl. Gyn. **1917**, 969.
- 315 — REVOETELLA, G. — «Der suprasymphysäre Kaiserschnitt mit querer Inzision am Uterus», (Atti Soc. ital. Obst. 33, H. 4. 1937), in Zbl. Gyn. **1938**, 2732.
- 316 — REZENDE, JORGE DE — «Operação cesareana abdominal», Rio — **1941**.
- 317 — RICHARD, GABRIEL — «Mise en surveillance de la suture utérine dans les césariennes pratiquées après la rupture de la poche des eaux», Thes. Paris, in Gyn. et Obst. **1936**, XXXII, 71.
- 318 — RICHTER, A. — «Wann ist die alte klassische Sectio caesarea der modernen Schnittentbindung in situ überlegen?», in Zbl. Gyn. **1932**, 56, 1780.
- 319 — RIDDELL, J. — «Der Kaiserschnitt im unteren uterinsegment», in Zbl. Gyn. **1936**, 2877.
- 320 — RIVIERE, MAURICE et RIVIERE, MAX — «Operation césarienne conservatrice, trois jours après rupture de l'oeuf etc», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 122.
- 321 — RIVIERE, MAURICE — «Bassin oblique ovalaire de Naegele, operation césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 52.
- 322 — RODRIGUES LIMA, O. — «Dystocia pelviana, blenorragia, operação cesariana classica», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1924**, 3, 76.
- 323 — RODRIGUES LIMA, O. — «Técnica da operação cesareana segmentar transperitoneal», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1926**, XX, 37.
- 324 — ROEMER, H. — «Beitrag zur Indikationsstellung bei der Schnittentbindung an der sterbenden Frau», in Zbl. Gyn. **1938**, 295.
- 325 — ROJAS, DANIEL A. — «Técnica e evolução da operação cesareana suprasinfisaria», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1932**, 437.
- 326 — ROJAS — «A proposito de la cesarea cervico segmentaria extraperitoneal por artificio», Com. del dr. J. Leon, Disc. in Bol. Soc. Obst. y Gin. B. Aires, **1935**, XIV, 144.
- 327 — ROJAS, DANIEL A. — «La Cirurgia Obstetrica en el caso impuro», Tema of. Rel. ao III C. A. O. G. **1937**.
- 328 — ROLINDO, OCTACILIO — «Ligeiras considerações sobre a cesareana segmentar transperitoneal», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 175.
- 329 — ROLINDO, OCTACILIO — «Operação cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1936**, XXX, 282.
- 330 — ROSENBECK, H. — «Bedeutet die Technik der Schnittentbindung nach Doerffler eine Verbesserung der bislang gebräuchlichen Schnittentbindungsverfahren?», in Zbl. Gyn. **1936**, 2119.
- 331 — ROSENBECK — «Was leistet die Methode der Schnittentbindung nach Doerffler», in Zbl. Gyn. **1936**, 2678.
- 332 — ROUVIER, J. M. — «Opération césarienne conservatrice dans un cas de placenta previa centropartiel», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 593.
- 333 — ROXO, TORREÃO — «Acerca da cesareana segmentaria», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1932**, XXVI, 151.
- 334 — RUGE, CH. HERMANN — «Akute Miliartuberkulose. Kaiserschnitt an der Sterbenden», in Zbl. Gyn. **1937**, 872.
- 335 — SACKETT, N. B. — «Caesarean Sectio at the N. York Lying-in Hospital», in Gyn. et Obst. **1933**, XXVIII, 85.

- 336 SALES, MECENAS — «Cesareana em 3 casos de bacia geralmente estreitada», in Rev. e d'Obst. **1937**, XXXI, 453.
- 337 SANCHEZ, CASTRO — «Césarienne basse pour brièveté du cordon», in Gyn. et Obst. **1934**, XXXIV, 465.
- 338 SANDOVAL DE CARVALHO, ODETTO — «Cesareana e não embryotomia com feto vivo», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1933**, XXVII, 215.
- 339 SANDOVAL DE CARVALHO, ODETTO — «A infecção uterina não contraindica a cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1933**, XXVII, 350.
- 340 SANDOVAL DE CARVALHO, ODETTO — «Naturalização do desprendimento fetal no parto cesareo», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1937**, XXXI, 119.
- 341 SANT'ANNA, JORGE — «Dystocia pelvica - cesareana transperitoneal de Kroenig», in *A Folha Medica*, n. 24, **1925**.
- 342 SANT'ANNA, JORGE — «O taque durante o trabalho de parto», X.º Congr. Bras. Medicina, **1929**.
- 343 SANT'ANNA, JORGE — «Em torno de uma cesareana segmentaria», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1933**, XXVII, 247.
- 344 SCHACK, L. — «Kaiserschnitt u. Myom», in Zbl. Gyn. **1934**, 58, 1110.
- 345 SCHMITT, WALTHER — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittsindikation», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 246.
- 346 SCHMIDT v. ELMENDORFF, H. R. — «Ist die intraabdominale cervicale Kaiserschnittstechnik der Doerffler'schen Technik unterlegen?», in Zbl. Gyn. **1936**, 2114.
- 347 SCHMIDT — «Ueber den Geburtsverlauf nach Kaiserschnitt mit besonderer Berücksichtigung der Ruptur des Uterus in der Kaiserschnittnarbe», Inaug. Diss. Berlin, 1934, in Zbl. Gyn. **1936**, 2878.
- 248 SCHNEIDER, H. — «Entwicklungsmethoden des Kindes bei Kaiserschnitt in der Univ. Frauenklinik zu Berlin», Inaug. Diss. Berlin 1935, in Zbl. Gyn. **1936**, 2876.
- 349 SCHOCKAERT, M. — «Décollement prématuré du placenta normalement inseré à six mois; opération césarienne», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 545.
- 350 SCHULCZ, AGOST v. — «Kaiserschnitterfolge», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1933**, XCV, 144.
- 351 SCHUSTALLA, H. — «Ueber Indikationen, Operationsmethode u. Mortalität beim Kaiserschnitt an der Berliner Frauenklinik in den Jahren 1926—1933», (Dir. W. Stoeckel), Inaug. Diss. Berlin 1937, in Zbl. Gyn. **1938**, 722.
- 352 SEDLIS, E. — «Mortalité des nouveaunés dans l'opération césarienne», in Gyn. et Obst. **1936**, XXXIII, 68.
- 353 SEITZ, L. — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittsindikation», Disk. in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 250.
- 354 SEITZ, L. — «Zum 100jährigen Geburtstag von Ferdinand Adolf Kehler», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1937**, 104, 257.
- 355 SIEGERT, Prof. F. — «Häusliche Geburtshilfe und abdominaler Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1936**, 2402.
- 356 SILVA PEREIRA, P. — «Um caso de cesareana segmentar transperitoneal», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1926**, XX, 292.
- 357 SKEEL, A. J. and JORDAN, F. F. — «A consideration of caesarean section with a survey of 1017 cases in the Cleveland

- Registration area in five Jears», in Am. Journ. of Obst. and Gyn. **1932**, XXIII, 172.
- 358 — SNOO, Prof. K. DE — «Die Behandlung des Nachgeburtspériode beim Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1936**, 2407.
- 359 — SOUZA, OCTAVIO DE — «Placenta previa e operação cesareana baixa», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1925**, XIX, 131.
- 360 — SOUZA, OCTAVIO DE — «O problema da técnica da cesareana transperitoneal segmentar». Com. a Soc. Gyn. e d'Obst. do Brasil, in Rev. Gyn. e d'Obst. **1927**, XXI, 371.
- 361 — SOUZA, OCTAVIO DE — «Técnica de cesareanas», in Bol. Ac. N. Med. 99, 3, 122, **1929**,
- 362 — SOUZA, OCTAVIO DE — «Porque prefiro a cesareana segmentaria?», Conf. da Doc. livre, **1932**, Rio.
- 363 — SOUZA, OCTAVIO DE — «Indicações de excepção da operação cesareana», in Bol. Ac. N. Med. 108, 5, **1937**.
- 364 — SOUZA, OCTAVIO DE — «Novos rumos da operação cesareana», in Rev. Gyn. e d'Obst. **1937**, XXXI, 11.
- 365 — SPIRITO, F. — «Valore della tecnica della sutura nel processo di cicatrizzazione della ferita cesarea», in Gyn. et Obst. **1933**, XXVIII, 87.
- 366 — STANDER, HENRICUS J. — *Williams Obstetrics*, 7th. Ed. — Appleton - Century Comp. — N. York — London.
- 367 — STEELE, K. B. — «Extraperitonealer Kaiserschnitt», (Eine analytische Untersuchung von 59 nach Latzko operierten Fällen), in Zbl. Gyn. **1931**, 55, 1675.
- 368 — STEIN u. LEVENTHAL — «381 Kaiserschnitte in 10 Jahren am M. Reese Hospital», in Zbl. Gyn. **1936**, 359.
- 369 — STOECKEL, W. — «Geburtshilfliche Fragen», in Zbl. Gyn. **1917**, 726.
- 370 — STOECKEL, W. — *Lehrb. der Geburtshilfe*. Dritte Aufl. G. Fischer **1930**, 193.
- 371 — STOECKEL, W. — Em torno da cesarea de Doerfler. Disc. in Zbl. Gyn. **1936**, 2021.
- 372 — SZTEHLO, S. — Eine neue Modifikation in der Technik des cervicalen Kaiserschnittes, in Zbl. Gyn. **1929**, 15, 939.
- 373 — SZTEHLO, S. — «Ein auf Grund seltener Indikation ausgeführter Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1933**, 1287.
- 374 — TALLAFERO, F. y BAYONA, ERNESTO — «Sobre um impedimento para la cesarea segmentaria iterativa», in Bol. Soc. Obst. y Gine., Buenos Aires **1932**, XI, 604.
- 375 — TASSOVATZ, S. — «La rachianesthésie dans la césarienne basse», in Gyn. et Obst. **1931**, XXIII, 370.
- 376 — TAVARES, COLBERT VASCONCELLOS — «Cesareana média» Tese F. M. Rio de Janeiro, **1928**.
- 377 — TAVARES, JOÃO DIAS — «Das operações cesareanas», Tese p. concurso de prof. catedrático, Baía, **1930**.
- 378 — THEISS, H. — «Kritischer Bericht über 107 Kaiserschnitt nach neuer Technik der Dantziger Klinik», in Zbl. Gyn. **1935**, 1275.
- 379 — THIESSEN, PETER — «Zur Vermeidung von Komplikationen bei der Schnittentbindung in Lumbalanesthésie», in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 149.

- 380 — THOMÄ (Lüdenschaid) — Em torno da cesarea de *Doerffler*, Disk. in Zbl. Gyn. **1936**, 2683.
- 381 — TITUS, PAUL — *The Management of Obstetric Difficulties*. Second Ed. **1940**.
- 382 — TOLLAS, HELMUT — «Zur Frage der abdominalen Schnittentbindung», Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1931**, 87, 172.
- 383 — TRAUOGOTT — «Zur Frage der erweiterten Kaiserschnittindikation», Disk. in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1929**, 82, 250.
- 384 — TRAXEL, E. — «Die caesarea abdominalis am Städtischen Rudolf-Wirchow-Krankenhaus», In. Diss. Berlin, 1930, in Zbl. Gyn. **1936**, 2876.
- 385 — TRESIDDER, A. G. — «Placenta previa and cesarea», (Lancet), in Zbl. Gyn. **1917**, 851.
- 386 — TRETENERO, M. — «Il Taglio Cesareo Nella Clinica di Parma», in Riv. Ital. di Gine. **1935**, XVIII, 348.
- 387 — TRILLAT, PAUL — «Un cas de césarienne transperitonéale du segment inférieur», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 321.
- 388 — TRILLAT — «Les Dangers de la césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, **1932**, 697.
- 389 — TRILLAT et DARGENT — «État de la cicatrice utérine consecutive à une césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1933**, 22, 409.
- 390 — TRILLAT, P. — «Traitement du placenta praevia par la césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 715.
- 391 — TUSCHER, H. — «Konzeptionsfähigkeit nach abdominalen Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1938**, 726.
- 392 — VALENTINUZZI, M. — «Gerichtliche Betrachtungen über die Schnittentbindung an sterbenden u. Toten», (in Rev. Esp. Obst. 19, 416), in Zbl. Gyn. **1935**, 1905.
- 393 — VALLOIS, LÉON — «Accouchement prématuré provoqué etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 509.
- 394 — VAUDESCAL, R. — «Césarienne suivie d'exteriorisation de l'uterus etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1924**, 787.
- 395 — VAYSSIÈRE, E. — «Césarienne pour presentation de l'épaule etc.», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 399.
- 396 — VAYSSIÈRE, E. — «Nouvelles indications de l'opération césarienne suprasymphysaire», in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 148.
- 397 — VEIT, J. — «Kaiserschnittsfragen», in Zbl. Gyn. **1917**, 753.
- 398 — VERISSIMO, CLARINDO — «A cesareana iterativa», in *A Maternidade do Rio de Janeiro no 8.º C. Med. Bras.* **1918**, 119.
- 399 — VERMELIN, H. et LOUYOT, J. — «L'accouchement suprasymphysaire au cours de la césarienne basse et ses difficultés», in Gyn. et Obst. **1939**, XXXIX, 256.
- 400 — VODEL, K. — «Schwangerschaften u. Geburtsverlauf nach Kaiserschnitt», In. Diss. Berlin, 1936, in Zbl. Gyn. **1937**, 835.
- 401 — VOIGHT, W. W. — «Drei Kaiserschnitte mit ungewöhnlichen Indikationen», in Zbl. Gyn. **1936**, 2879.
- 402 — VORON, BROCHIER et MAGNIN — «Parotidites après césarienne basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 251.
- 403 — VORON, BROCHIER et BOULET — «Statistique portant sur quatorze cas d'hystérotomie pour placenta praevia», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1936**, XXV, 475.

- 404 — WAHL, F. A. — «Verkürzung des Bauchdeckenschnittes beim Doerffler'schen Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1937**, 925.
- 405 — WEIBEL, W. — *Lehrb. der Frauenheilkunde, I. Bd. - Geburtshilfe*, **1937**. Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien.
- 406 — WEYMEERSCH et WODON — «Césarienne transperitonéale basse», in Bull. Soc. Obst. et Gyn. **1926**, 472.
- 407 — WILLIAMS, J. W. (Baltimore) — «25 Jahre Erfahrung mit dem Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1931**, 55. 1678.
- 408 — WINTER, G. — «Die allgemeine deutsche Kaiserschnittsstatistik von 1928», in Zbl. Gyn. **1929**, 53. 1874.
- 409 — WINTER, G. — «Bericht über die allgemeine Kaiserschnittsstatistik», Congr. Leipzig **1929**, in Arch. f. Gyn. **1929**, 137, 795.
- 410 — WINTER, G. — «Die allgemeine Indikationen zum abdominellen Kaiserschnitt», in Mschr. f. Geb. u. Gyn. **1931**, 87, 3.
- 411 — WINTER, G. — *Die Indikationen zum abdominellen Kaiserschnitt* (für alle Kaiserschnittsoperateur) **1931**, Ed. F. Euke, Stuttgart.
- 412 — WINTER, G. — «Der abdominelle Kaiserschnitt in Gegenwart und Zukunft», in Zbl. Gyn. **1935**, 41, 2402.
- 413 — WODON, J. L. — «Le traitement de l'éclampsie», in Gyn. et Obst. **1938**, XXXVII, 336.
- 414 — WOLFRING — Os resultados da sectio no H. Ebemzer — Hamburgo de 1924 — 1936, in Zbl. Gyn. **1937**, 421.
- 415 — ZIMMERMANN, H. — «Zur Rechtfertigung des transperitonealen vorgehens beim tiefen Kaiserschnitt», in Zbl. Gyn. **1917**, 1113.



# 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 - 2º — Sala 4  
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estado de Minas Gerais:  
LUIZ M. RODRIGUES  
Av. Bernardo Monteiro, 479  
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  
Registrado... 50\$000  
Para estudantes... 30\$000

EXTERIOR — Porte simples 50\$000  
Registrado... 60\$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 *Pelite Revue*.

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

# S U M Á R I O

---

	Pág.
I — Os processos anestésicos empregados em Ginecologia — Indicações e contra-indicações, pelo Dr. Paschoal L. Froidi	83
II — Ação do Serviço de Assistência Obstétrica a Domicílio no Departamento de Puericultura, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge	99
III — Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro — Relatório dos serviços prestados no Ambulatório de Ginecologia (am- bulatório n. 14), pelo Dr. Miguel Feitosa. . . . .	104
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS . . . . .	
IV — Cancer do colo e gravidez, pelo Dr. Affonso Silviano Brandão	107
SEÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BÁHIA AO AMAZONAS) . . . . .	
V — Mecanismo e tempo do parto (notas críticas), pelo Dr. Diogenes Vinhais . . . . .	113
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	114
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatría, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos . . . . .	125
VIII — Revista de Revistas em Língua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso . . . . .	129
IX — Resenha de Trabalhos de Laboratório Clínico: He- matologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil . . . . .	136
X — BIBLIOGRAFIA . . . . .	138
Revista Médica da Bahia, julho de 1941.	
XI — SOCIEDADES MÉDICAS . . . . .	140
Sociedade de Obstetria e Ginecologia do Brasil — Atas da 7.ª sessão ordinária de 14 de novembro de 1941 e da 1.ª sessão ordinária de 17 de abril de 1942.	
XII — NOTÍCIAS . . . . .	142
XIII — NOTAS TERAPÊUTICAS . . . . .	146
Oftalmias Gonocócicas, pelo Prof. Dr. Oscar Fehr, Berlim.	
XIV — PETITE REVUE — A.R.O.M. . . . .	147

V

# Mecanismo e tempo do parto (Notas críticas) (\*)

PELO

DR. DIOGENES VINHAIS

Em diversas comunicações sobre Obstetria, feitas, nesta Casa e na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna, tive ensejo de salientar o intrincado problema do mecanismo do parto, do trabalho parturitivo.

E' importante estudar o assunto, sempre fértil em ensinamentos uteis, porque reside, justamente, nas interpretações individualistas dos fenomenos do trabalho, dos tempos do parto, reside, justamente aí, no emaranhado de fases que se inter cruzam, a maior causa das discussões derredor da ação terapeutica.

No estudo unilateral dos tempos do trabalho, está um motivo de erros. Na apreciação exclusivista de um dos componentes do parto, móra uma fonte de normas desastradas.

Os tempos do trabalho desenvolvem-se dentro num complexo harmonioso que é preciso não esquecer.

A evolução do parto se faz dentro num conjugado de elementos que se não destravam, porque eles se ajustam, se auxiliam, se completam, levando ao equilibrio.

Motor, trajeto e objeto constituem os pilares, em que se apoia a marcha da função parturitiva. Impossivel, por isso, traçar diretrizes terapeuticas, si se não der como certa a repercussão da eurtmia ou da distocia em cada um deles operada e fazendo-se sentir nos demais.

Demora, na incompreensão da travação existente entre elementos e tempos, uma serie de preconceitos, de apriorismos descabidos e desconcertantes, advenientes de escolas obstetricas que se foram formando, por mercê de inobservancias e distrações, face a problemas que exigem uma vista serena e uma pesquisa mais profunda.

Do parto, na primipara, ou na multipara, da insinuação precoce, oportuna ou tardia, do polo fetal que se apresenta, e de quantos elementos dispõe o parteiro, sai um prognostico que se não realiza, obrigando a uma justificativa a posteriori, que esconde, frequentemente, um engano, um erro.

(\*) Lido na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Ilheus.

Vinga-se a natureza da falta de apreensão panorâmica duma função que encerra, em seu bojo, campos de investigação escondidos, até hoje, á perquirição e exposição, porque estas, si se valem da análise para a busca, se desinteressam da síntese na apresentação.

Na afirmativa de que traduz a eutocia uma apresentação cefálica, vai uma restrição de que é necessario seja de Vertice, porquanto fronte e face são variedades distocicas.

Da insinuação precoce, com realização consequente dum tempo do parto, é justo retirar o entusiasmo dum bom prognostico, porque, vezes sem conta, é demorada a dilatação, precisada, em ocasiões, a medianização do orificio do colo, aprisionado e desviado para traz pela apresentação muito baixa.

A decepção do ledor da Obstetricia é terrivel, muitas vezes, quando a precocidade do encaixamento não soluciona o problema senão que fica encravada a cabeça. E aí se desfazem duas esperanças: — a eutocia da apresentação (Vertice) e a realização do tempo mais temeroso do parto, qual seja a descida da cabeça.

E' que foge á lição da experiencia, quando mal conduzida, a esfera de observações mais amplas, onde se encontram outras razões para a explicação das dificuldades que apareceram. De feito. As circunstancias, desenroladas, no evoluer do trabalho, evidenciam, não apenas entraves ligados á apresentação, na sua modalidade cranica, cormica ou pelvica, mas um bloco de empeços que, num mesmo instante, têm repercussão de relevo no canal, no objeto ou nas forças do motor uterino e da prensa abdominal.

Si tivermos de acompanhar, querendo estudar, a observação dos curiosos, verificaremos que a tendencia é precisamente para a corrigenda do registo nos Tratados e Manuais.

Assim, saberemos a restrição feita por Francisco Uranga Imaz, no que concerne ao parto, apreciado na primipara: — «Luego de contemplar en conjuncto las causas o factores que favorecen, perturban o inhiben tal hecho, y que no son del caso repetir en este momento, concluimos que el encaje cefálico en estas circunstancias no es tan comun o frecuente como generalmente se acepta, ya que pudimos encontrar sobre 200 embarazadas en esas condiciones, un 48% de presentaciones moviles» (1).

Mas, de outro lado, no que tange ao motor, somos levados a pensar, com cuidado, no caotico e prestimoso estudo do tecido uterino e suas funções. Bastaria, para acentua-lo, grandemente, referir o seguinte comentario de Jayme Moragues Bernat e Alberto Gascon: — «Buscamos... rever las bases fisiologicas que concuerdan com realidades clinicas. Despues de esa revision, tentaremos avenir la interpretacion y nomenclatura de los sindromes clinicos uterinos, basandonos en adquisiciones válidas para el musculo liso, consagradas en la fisiologia contemporanea. Disenti-

mos por ello, con apreciaciones clásicas, confusas aun para el estudioso capacitado» (2).

A inferir-se, portanto, que ainda continuamos em terreno movediço, sombreado de afirmações apressadas, unilaterais, que persistem em considerar o trabalho parturitivo como não uma função de alta finalidade, a desbordar, conseqüentemente, do âmbito de especulações mínimas que objetivam aspectos parciais da vida.

Normas rígidas pretendendo tornar estanques jogos de elementos que se não destravam, mas se inter cruzam, ao curso do desenrolar do trabalho, normas assim, em que se busca apurar a séde da apresentação em planos artificiais (planos paralelos de Hodge, plano de Veit, plano de Froriep), que servem unicamente como índice para apreciação do caso em evolvimento, mas de nenhum modo como diretrizes definitivas; normas assim que oportunizam indicações terapêuticas (sinal de Farabeuf, sinal de Lee), ao parecer, capazes de solucionar casos clínicos; normas assim desnorteam o estudante do assunto que ainda não conseguiu libertar-se de afirmações que blasonam de categóricas, quando, no limiar, ainda, da observação clínica.

Vem daí o desapontamento do parteiro que não atenta para o complexo mecanismo do parto, onde o enastramento dos fatores em luta exige um cuidado mais amplo, por isso que cada um deles reflete sua disritmia nas outras parcelas e na soma.

Exemplificando:— como prognosticar dum trabalho, em que o julgamento da sua eutocia estiver sujeito exclusivamente ao grau de encaixamento (cabeça móvel, cabeça adaptada, cabeça fixa e cabeça insinuada), si desatender o prático do estado utilíssimo do motor?

Por outro lado, porque firmar conceito de normalidade em trabalho, estribado tão só o parteiro no estado de dilatação, quando o segmento inferior, apreciado, minudentemente, lhe proporcionaria melhores informes?

Que importaria uma cabeça encaixada que não estivesse rodada?

Não esquecer, a outra face, que, não sómente o fêto, mas os seus anexos são séde costumeira de distocias, não devendo, por isso mesmo, o parteiro avisado esquecer quanto de anômalo poderá ali residir, condicionando dificuldades e pedindo soluções adequadas.

Por esta inserção dos anexos do fêto, ao curso do trabalho e a empecer e entrar, disturbando-a, gravemente, a fisiologia da parturição, teríamos de assistir ao mito dum parto eutócico por situação longitudinal do fêto e até em apresentação e posição das mais favoráveis:— brevidade (absoluta ou relativa do cordão), séde segmentaria da placenta, hidranio ou oligoanio, re-

sistencia anormal de membranas, tudo a exigir uma atitude terapeutica bem distante daquela prevista normalidade.

Em tudo, pois, vai ficando evidente, como um registo que adverte, seriamente, das situações clinicas sempre na complexidade fenomenos, em tudo vai ficando claro que as atenções se devem desligar das afirmações que se julgavam indestrutíveis, para penetrar no campo das compreensões e das dificuldades multiplicadas.

Até mesmo porque primiparidade e multiparidade também são fatores de distocia, desacreditando-se, assim, toda a lição que levar ao descuido da multiparidade, porque nela o episodio é banal, é costumeiro.

Si recordarmos que uma das pesquisas mais ao grau de paridade referentes é a do discripe do segmento inferior capaz de caracterizar uma primipara e uma multipara, será de espantar o conhecer-se a conclusão do citado Uranga Imaz: — «De manera que los postulados establecidos para la primipara: cuello cerrado hasta el borramiento; después de éste, orificio cerrado hasta el parto, están lejos de verse realizados» (3).

Na restrição acima, veja-se, com atenção, a soma de erros de diagnostico e prognostico por todos cometida, adstritos que andamos á lição da Obstetricia chamada classica e com fóros de Ciencia com *c* maiusculo.

As verificações, tanto em multiparas como em primiparas, não confirmam os registos a que se limitam os que crêem na palavra tida como oficial. De verdade. Frequente o encontro de desacertos no que diz com o transito mole, falando-se de trabalho, onde ele não existe, e prognosticando-se mal em face dum parto fisiologico.

Diante de fracassos e más interpretações, chega-se a pensar que a fisiologia da parturição continua em pagina aberta, desafiando a argucia dos estudiosos do assunto.

Foi o desconhecimento da mecanica do trabalho, nos seus pseudo-tempos standards, processando-se em planos imaginarios, atravez de eixos e curvas (curva de Carus), modernamente aceita a *linha de direção da bacia* (Selheim, Fabbri), com apresentações eutocicas (Vertice, Pelvis) ou distocicas (Face, Fronte, Espadua), que levou a Operatoria Obstetrica ao artificio de tantos modelos de forceps, de tantas manobras extratoras, de tantos laços, de tantos truques, com uso de tantos termos, de tão vasta e confusa nomenclatura, para designar apenas fases, momentos, transes do ato parturitivo.

Faltou sempre simplicidade, por isso que as etapas adquiriam, por mercê do valor que certa escola obstetrica lhes emprestava, significado completo, personalidade, por dize-lo assim.

Na explicação do fenómeno do parto, têm ficado sómente as linhas gerais que servem á compreensão dos chamados tempos.

Mas, no minudenciar os fatos, surge o obstetra com uma nova justificativa (movimentos sagitais a exigir uma determinada correção, movimentos frontais a suportar tipos de forceps (Démelin, Kielland, Tarnier) ou alavanca (Farabeuf, Herbiniaux), movimentos horizontais a consentir forceps (rotação instrumental) e manobras (Tarnier, Loviot), a crear discrimenes e a ensejar criticas, tudo comportando atitudes varias, disparatadas e até antagonicas.

Desdobrados em 6 tempos, por uns, reduzidos a 3 por outros que lhes acrescentam tempos complementares, os instantes do parto se ampliam ou se restringem, consoante criterios unilaterais que viciam o entendimento de momentos que ainda são do periodo gravidico, mas já se acham em pleno dominio do parto, não se podendo, em verdade, situa-los, rigorosamente, em fases que não estão inteiramente separadas, mas, ao contrario disso, se continuam, continuando um processo que vem de longe, do instante da fecundação.

Si o parto é a expulsão do feto da cavidade uterina, atravez do desfiladeiro pelvico, é justo não esquecer que ele é tambem uma das fases da eclosão duma nova vida, começada longe e passando, em outros setores do aparelho genital, por outras fases tambem dificeis de caraterizar.

Por isso, seria de utilidade não se demorasse o estudante no desenvolvimento de teorias que terão de ser logo esquecidas, dado o complicado de tantas delas a jogar com teoremas, alavancas, quadrilateros a pretender a explicação de flexões, rotações, sinclitismos, abrindo passagem aos nomes de Hubert, Naegele, Inverardi, Pajot, Tarnier, Démelin, e quantos perquiridores dos empeços vêm fornecendo ao caos do trabalho, senão ao misterio do seu processado, a contribuição, e, nalgumas vezes, a confusão de seus inventos, de seus calculos.

No particular e para encara-lo dentro no setor da força, bastaria reproduzir o entusiasmo de Valentinuzzi, no seu trabalho sobre «fisica del utero gravido, presión, tensión, tono, contración y trabajo». Adaptando os seus estudos ás matematicas e dizendo que, na escola de Peralta Ramos, aprendeu a «avaliar a importancia da dinamica uterina na evolução do parto», cita Beruti que diz: — «Quando se trata de mecanica obstetrica es indispensable propender, más que en cualquiera otra rama de la fisiologia, a la traducción matematica, por formulas aritméticas y geometricas, de los fenomenos que intervengan» (4).

Não tem sido de outra maneira no apreciar os demais elementos: objeto e trajeto. Na apreciação das relações feto-pelvi-

vicas, é sabido o valimento do conhecimento dos diâmetros, meridianos e circunferências de segmentos fetais, estudando-se, ainda, para melhor avaliar-se do trânsito, fácil ou difícil, a fetometria (Ahlfeld), a cefalometria (Perret), de um lado; de outro lado, julgado indispensável o estudo minucioso, e até as cifras decoradas em processos mnemotécnicos, dos diâmetros da pelvis.

A apreciação, baseada nestas noções, tidas por basilares, fracassa, a todo instante, por isso que a natureza desmente e pulveriza, frequentemente, os rigores com que, outr'ora, se faziam prognósticos e se discutiam indicações operatorias: — cesarea, fórceps alto, manobras corretoras.

O advento do parto médico mostrou como se pôde esperar: — moldagens se realizam, o útero, com as suas possibilidades quasi todas no solver as distocias, faz a insinuação, dilata o colo, propele o objeto, desrespeita barreiras, atravessa ou afasta edemas, deixando assim, em precariedade de informações, a propalada desproporção fêto-pelvica.

O parteiro moderno olha, com ceticismo, o prestimo da propedeutica, no que tange a sinais de encaixe, planos e paralelos, eixos e centros de figura, atitudes provisórias do fuso de apresentação consoante a feliz expressão de Fernando Magalhães.

Pelvimetria, interna (instrumental, digital ou manual) ou externa, com classificações de bacias baseadas em varios criterios; pelvigrafias (externa e interna), em verificações digitais ou manuais e até radiograficas (por varios processos, inclusive com o emprego de teleradiografia); pelvicleseometrias; em suma, a pelvilogia precisa de ser encarada como informadora subsidiaria, de utilidade relativa, necessaria a auxiliar a compreensão do trabalho, nunca, porém, como capaz de responder, nos seus rigores aritmeticos, a todas as perguntas feitas pelo clinico para a expectação ou a operatoria obstetrica.

Igualmente, as travessias nas porções angustiadadas da escavação, quando na dependencia da cabeça, recebem interpretações varias, discutindo-se a eutocia das atitudes sincliticas e assincliticas e a distocia da atitude indiferente (atitude militar dos autores americanos), perigosa por não ser totalmente fletida ou totalmente defletida, o que enseja o artificio das pegas fronto-mastoideas ou as invertidas, entre as quais as de Jeannin ou a pega invertida e flexora de Llamas-Massini.

A verificação do assinclitismo coloca o obstetra numa posição de dubiedade, porque insinuam uns seja a *inclinação lateral* da cabeça anomalia devida a relaxamento da prensa abdominal ou vicio da cintura ossea, emquanto argumentam outros com a eutocia em assinclitismos sucessivos, incluindo o sinclitismo. Esclarece-o Giuseppe Vicarelli, quando comenta: — «... l'accordo fra

i diversi Autori non esiste piú quando si argomenti a condizioni normali del feto, dell'utero e del bacino.

Infatti a questo riguardo molteplici sono le opinioni emesse: —

a) che la testa proceda nella pelvi, perpendicolarmente od a piombo, modalitá dette *sinclítica*.

b) che la testa proceda inclinandosi dal lato del parietale anteriore — *asinclitismo anteriore*.

c) che la testa proceda inclinata sul parietale posteriore — *asinclitismo posteriore*.

d) che la testa proceda, succedendosi durante la discesa, *l'asinclitismo posteriore* prima, il *sinclitismo* poi e da ultimo *l'asinclitismo anteriore*.

e) che la testa, como noi riteniamo, discenda rettilinea fino al fondo del bacino, per inclinarsi poi cioé: *sinclítica allo stretto superiore e poscia asinclítica allo stretto inferiore a cui in asinclitismo anteriore»* (5).

Esses tipos de movimentação do polo cranico, eutocicos ou distocicos, segundo as doutrinas das varias escolas, vai comandar, consequentemente, tecnicas operatorias que culminam até em litigio.

Basta lembrar-se uma atitude a ser tomada em face duma apresentação estacionada e que exigisse a aplicação dum forceps. Para acompanhar assinclitismo, em boa técnica, util, talvez mesmo indispensavel um forceps de articulação movel, permitindo pega assinclítica, porque a figura assimetrica intra-coclear corresponderia á irregularidade morfologica da cabeça com segmentos desnivelados. Que forceps? O forceps réto, em baioneta, de Kielland? O forceps paralelo, de aparelho de tração mole, tipo Démelin nº 8?

Responderiam os de outra escola: — perfeitamente dispensavel tudo isso, porquanto, na hora das trações, será corrigida a lateralidade dos segmentos cranicos, desfeito o assinclitismo. Portanto, o serviço está bem feito si for empregado o forceps classico de Tarnier, com aparelho de tração metalico, rigido.

E na atitude indifferente a pedir uma pega invertida, tipo Llamas Massini?

Será mesmo indispensavel fazer-se, com a manobra instrumental de Massini, a flexão da cabeça, porque está ela em atitude militar? Quem a corrige, frequentemente? Não é a tonicidade do polo inferior do utero?

Tudo isso que torna favoravel ou desfavoravel a situação, melhor, a disposição do polo de insinuação, ou seja do fuso de penetração, não é o resultado do estado das paredes utero-abdominais? Não se alega, como util, preparatoria dum bom parto, a rizeja do segmento inferior nas primiparas?

No momento da apreciação do evolvimeto do trabalho, na artificial exigencia de cifras diametricas cefalo-pelvicas, abandona-se, no comum das vezes, quantidade regular de elementos que entram na preparação da eutocia.

Esses elementos, que integram a euritmia do trabalho, ficam esquecidos, adstringindo-se o parteiro a estados temporarios, em perpetua mudança, si me é permitido dizer, dado que, vezes muitas, a transformação verificada pelo parteiro ao curso do trabalho, é tão violenta e tão brusca, tornando natural um parto que se estava a crer como destinado á operação, que se vê forçado o obstetra a concluir por uma dinamica do motor e não por uma estatica do trabalho como sendo a causa do entrave, ou seja da parada do trabalho.

Ali, onde se pensava necessaria uma secção, ou uma extração, aplica-se apenas uma movimentação.

A mecanica do parto, portanto, e os seus tempos, precisam de sofrer sérios reparos, para que fuja o clinico dos rigores duma propedeutica que se deve ir vendo transformar-se, quando a experimentação e a observação eliminam desacertos e ajustam antagonismos.

Na mecanica da parturição, no evolver dos tempos do trabalho, no desenrolar das fases em que se desdobra a fisiologia do ato do parto, é imprecindivel ter-se conta da sinergia funcional utero-cervical, pois que as conclusões modernas focalizam a necessidade de atentar-se, demoradamente, nos disturbios decorrentes da dissociação da referida sinergia.

Tambem entra, no estudo em apreço, a influencia da inervação, desleixada, em geral, porque a preocupação exclusivista dos tempos e das fases do trabalho anda alheando o pratico das outras esferas, em que age a função.

Porque trajeto e força não podem ser encarados separadamente, sabido que contração e dilatação não se excluem senão que se deixam penetrar, agindo a contração na dilatação e modificando esta áquela, de tudo resultando que é preciso ageita-los em oportunidades em que, geralmente, e seguindo os traçados unilaterais, uma intervenção era o que parecia mais adequado.

Urge não andar distraido o parteiro de que o trajeto não é apenas a cintura ossea, mas ainda um conjunto de partes moles, de textura fibro-elastica, de uma grande complexidade e onde se processam transformações que agem e reagem, alternando-se nelas, numa entrosagem harmoniosa, causas e efeitos, de cujo ritmo o parteiro não se dá conta completa e onde não é possivel destrincar tempos e fases em limites definidos e claros.

Seria laborioso que estivesse, em pleno registo mental e pronto a ser interpretado, o seguimento do trabalho descrito com o encontrar-se até de movimentos dentro num determinado tempo.

Assim, Vicarelli diz: — «L'Inverardi per per avere diviso questo 4º tempo (para ele é o desprendimento da cabeça) in quattro movimenti lo ha reso anche piu facile comprensione».

E estuda, dentro no referido tempo do desprendimento, os movimentos de progressão segundo o eixo do espaço sub-pubico; assinclitismo; extensão e expulsão.

Talvez facilitasse a compreensão, si ao tempo desprendimento não estivessem ligados movimentos que se prendem ao tempo rotação. E' o proprio Vicarelli quem, estudando as anomalias, comenta: — «Molte di questo tempo sono strettamente collegata con quelle del 3º tempo, o rotazione interna».

Vemos, por aí, quanto existe de acentuado pendor para o registo parcelado dos desdobramentos, o que pode levar a uma confusão enorme, donde avaliações abusivamente rigorosas que conduzem a erros de patologia e tratamento.

Diante disso, é satisfatorio lembrar, de outro lado, e mesmo para orgulho nosso, de brasileiros, e em consonancia com o sentido do seculo que é de sintese, é oportuno lembrar que, para o estudo do transcurso do trabalho, Fernando Magalhães creou a teoria do fuso de apresentação.

Comentando-a e afeiçoando-a ao estudo do forceps, diz João Pereira de Camargo: — «Fernando Magalhães apresenta a sua teoria baseado na morfologia da apresentação, figura fusiforme, na qual toda a apresentação se inscreve num fuso, a teoria do fuso da apresentação, resultante de dois cones, o da propulsão e o cone da insinuação. O primeiro é superior e posterior, o outro, o segundo, é anterior e inferior, tanto a apresentação cefalica, na cabeça fletida ou defletida, como a apresentação pelvica, podem inscrever-se dentro de um fuso» (6).

Aí, uma visão de conjunto, numa perspectiva de simplificação dos fatos, fugindo á interpretação de detalhes, ali precisamente onde se impõe uma vista em panorama.

No jogo dos dois cones, o de insinuação e o de propulsão, logo se vê que atua uma força que propele. Não é possível, portanto, descuidar-se do motor. E' por isso que Arnaldo de Moraes cita Henri Vignes: — «Os médicos que cuidam uma mulher em trabalho de parto têm o dever de possuir, sobre o funcionamento de seu musculo uterino, ideias tão precisas quanto as dos cardiologistas sobre a atividade muscular do coração ou as dos gastro-enterologistas sobre a motricidade do tubo digestivo» (7).

E é incontestavel o merito deste aspeto do trabalho, per-

dido, durante tanto tempo, quando se sabe que só ele responde ao numero maior de indicações terapeuticas, porque ele é chamado á responsabilidade por larga superficie de eutocias.

E' preciso não esquecer que, no orgão que propele, existe um setor que é passagem. Esta passagem, que é o chamado segmento inferior, assunto que prende tantas discordancias, pois que se pretende haja dois segmentos — um segmento inferior da gravidez ou segmento da acomodação e outro segmento inferior do trabalho ou canal de Braune, e até, segundo os trabalhos da escola de Schikelé e de Peralta Ramos, toma o segmento inferior parte ativa, pois tambem ele é séde de contrações, dado que hoje a distribuição zonaria dos varios segmentos uterinos é a que melhor satisfaz ás duvidas e interrogações; esta passagem está no motor, participando da sua unidade anatomo-fisiologica, possuindo uma inervação que precisa de ser estimada nas suas finalidades e nas suas complicações.

Tudo isso deve ser mais pacientemente apreciado, porque explica, razoavelmente, propulsões e retardamentos, aparentemente ligados tão só ao fêto ou ao canal.

O desarranjo, produzido nas chamadas *zonas uterinas*, onde se encontram fibras *circulares*, é devido ao disturbio na contração, o que leva á *assinergia funcional*.

Desenvolvendo a tese, dizem Moragues Bernat e Alberto Gascon: — «La aparición de estos anillos de contracción a nivel del anillo de Bandl, orificio interno y orificio externo del cuello, denuncia la rotura de la sinergia funcional» (8).

Aí está, pois, uma causa de obstaculos sérios á parturição, numa das entrosagens mais intimas e mais indestrinçaveis, qual seja isso de uma mesma peça participar, a um só tempo, das qualidades de motor e de trajeto.

Esses conhecimentos complicam, profundamente, o entendimento da semiologia obstetrica, da fisiologia do trabalho, da patologia e da terapeutica, da clinica obstetrica, em suma.

O aparecimento das noções mais seguras sobre os papeis diversos que desempenha o utero, ao curso da gestação e do parto, abalou muito conhecimento tido por definitivamente estabelecido, muita teoria sobre mecanismo e trabalho de parto.

Para afirma-lo e confirma-lo, uma referencia bastaria, destruindo velho informe de que a bolsa das aguas tinha função dilatadora. Valentinuzzi, no seu brilhante trabalho já citado, diz: — «La contracción uterina provoca dos acciones fisiologicas durante el trabajo de parto: por una parte realiza la dilatación del cuello del útero, previo borramiento, en cuyo mecanismo no entraremos, y, por otra parte, impulsa el contenido uterino a través del conducto pelvigenital» (9).

A função de cunha, desempenhada pela bolsa, vai ficando para as noções arquiváveis da Obstetria, porque sem bolsa de águas, se processa a dilatação.

E é oportuno acrescentar que até a idéia da Eutocia do Ver-tice na dilatação já não deve ser considerada como certa, pois que também se realiza a dilatação no abortamento espontâneo e se a vê completa mesmo com apresentação distocica (espadua, frente).

O estudo crítico do mecanismo do parto, pois, bem como a enumeração dos tempos do trabalho, si não se revestirem do feitio das aquisições científicas em permanente reforma e reconstrução, tem isso de decepcionante: — manietam o parteiro, prendendo-o dentro numa atmosfera apenas da ação do parto, qual seja a de funções pertinentes ao feto ou ligadas á passividade do trajeto no desfiladeiro pelvico, quando, precisamente, tudo póde estar na dependencia do motor ou dos segmentos a ele subordinados.

E' util, fechando esta exposição, recordar aquele comentario de Arnaldo de Moraes, no seu «estudo sinergico dos fatores do parto»: — «Esses tempos não se realizam dissociados, pois quando o movel progride, ele roda (movimento de turbina de Olshausen) e quando se desprende ainda progride. O parteiro precisa conhecer esse mecanismo, pois é sabendo a fisiologia da mecanica do parto que poderá apreciar a marcha do trabalho a respeito da progressão do movel e se habilitará a intervir com a arte que não póde contrariar a natureza, a não ser acrescentando o que o Prof. Magalhães chama a distocia profissional (10).

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Uranga Imaz*. — Bol. arg. de Obst. y Gin. — 13-6-939 — pg. 156.
- 2 — *Jaime Moragues Bernat y Alberto Gascon* — Bol. arg. de Obst. y Gin. — 28-8-938 — pg. 23.
- 3 — *Uranga Imaz*. — Idem — pg. 160.
- 4 — *Maximo Valentinuzzi* — Bol. arg. de Obst. y Gin. — 13-6-939 — pg. 92.
- 5 — *Vicarelli*, in *Tratato de Obstetria de Olivio* (1º vol.), — pg. 203.
- 6 — *João Pereira de Camargo* — *Manobras e Operações Obstetricas* — pg. 90.
- 7 — *Arnaldo Moraes* — *Propedeutica Obstetrica* — pg. 225.
- 8 — *Moragues Bernat*. — Obra citada — pg. 225.
- 9 — *Valentinuzzi* — Obra citada — pg. 110.
- 10 — *Arnaldo Moraes* — Obra citada — pg. 369.