

# MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MÉDICOS-SOCIAIS)

ÓRGÃO DA  
LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA  
COMISSÃO ESTADUAL DE SÃO PAULO



VOLUME XVI ★ JANEIRO - MARÇO, 1957 ★ NÚMERO 1 ★ ANO XIII



## PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA \*

ANTONIO GUARIENTO \*\*

DECIO ARANHA PEREIRA \*\*\*\*

CHUSEI JUKEMURA \*\*\*\*\*

DOMINGOS DELASCIO \*\*\*

MANOEL SALDIVA NETO \*\*\*\*\*

HAROLDO LOPES DE CARVALHO \*\*\*\*\*

É esta, em nosso entender, uma questão de transcendência tal que se não deve ter em menos conta. A crescente freqüência com que se nos depara o problema do parto, em gestantes portadoras de cicatriz de histerotomia anterior, se deve, sabem-no todos, ao alargamento das indicações da cesárea. As razões explicativas dêsse alargamento resumí-las-emos aqui.

A operação cesárea, pouco utilizada até fins do século passado pela gravidade do seu prognóstico, teve sua primeira ampliação com o advento da antissepsia e assepsia e com a sistematização da sutura uterina, preconizada por Sãnger, de Leipzig, em fins dêsse mesmo século. Depois disso, constituía o caso impuro o maior empecilho à realização da via alta, daí o aparecimento da cesárea extraperitonal. O obstáculo foi superado com o advento, a princípio, da quimioterapia e, depois, dos antibióticos. E ainda não é tudo; assim, os bancos de sangue, os progressos da anestesia e o aprimoramento da técnica operatória e da sutura, por certo, muito contribuíram para reduzir a morbidade e mortalidade maternas e fetais.

Ora, o aumento progressivo na incidência da cesárea, tornou mais evidente o problema do parto vaginal após cesárea e, também, o de gestações subseqüentes. Daí a necessidade de orientação terapêutica que melhor consultasse os interesses maternos e fetais. Neste particular são discordantes as opiniões dos tocólogos. Assim, há os que advogam o preceito "uma vez cesárea sempre cesárea" e, também, os que, diante de condições favoráveis, aguardam o trabalho, no intuito de conseguirem parto vaginal. De um e outro lado invocam-se argumentos, a fim de amparar as respectivas condutas.

A princípio o preceito "uma vez cesárea sempre cesárea" se impôs, em virtude da elevada incidência de rupturas uterinas. Basta lembrar

---

\* Prêmio "Raul Briquet".

\*\* Docente Livre de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Chefe de Equipe da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.

\*\*\* Docente Livre de Clínicas Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Diretor Clínico da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.

\*\*\*\* 1º Assistente da Equipe de Obstetrícia da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.

\*\*\*\*\* Pediatra da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.

\*\*\*\*\* Anestesista da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.

\*\*\*\*\* 2º Assistente da Equipe de Obstetrícia da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", da Legião Brasileira de Assistência.



o trabalho clássico de Krukenberg, de 1886, que relatou 50% de rupturas uterinas em prenhez subsequentes a cesárea. Por outro lado, invoca-se a publicação não menos notória de Sãnger, que, em 1882, sistematizou a sutura uterina; dessa época, até 1895, coletou 500 casos de cesáreas sem rupturas uterinas.

Com a ampliação dos conhecimentos relacionados às causas da ruptura e sua adequada profilaxia, a incidência baixou consideravelmente. Dessa maneira, o velho preceito começou a ser impugnado por alguns tocólogos. Entre as primeiras contribuições sobre o assunto figuram as de Couvelaire, Marioton, Breitstein, Williams, etc., os quais afirmam que, quando a sutura uterina é adequada e não houve infecção conceitual, a cicatriz teria a necessária eficiência para suportar nova gestação. Depois deles, sobretudo nestes últimos decênios, muitos outros autores trouxeram sua contribuição para elucidar o tema.

Analisemos, agora, os argumentos de que dispõem os defensores do parto vaginal. Não cabem aqui senão argumentos referentes à cesárea iterativa e ao parto vaginal após cesárea, porquanto são os resultados de ambos que se pretende comparar. Postas estas bases certas, discorramos.

a) Na cesárea iterativa é maior a possibilidade de obituário materno e fetal.

O'Connor refere mortalidade materna de 1% aproximadamente, para a cesárea baixa. Araujo e cols., em 133 cesáreas iterativas, tiveram obituário materno de 0,75% e, fetal, de 3,7%. Bartholomew e cols., em 162 cesáreas iterativas, não tiveram óbitos maternos, mas referem, para a prenhez de termo, 1,3% de natimortos e 3,2% de óbitos neonatais. Para as cesáreas, com recém-nascidos, prematuros, a incidência de natalidade foi de 16,6% e, o obituário neonatal, de 16,6%. McNally e Fitzpatrick tiveram 4 mortes neonatais, mas, dizem eles, apenas 1 (0,76%) atribuível à cesárea. Wolfson e Lancet não tiveram óbitos maternos no parto vaginal. A mortalidade neonatal foi de 1,1%. Na cesárea iterativa não tiveram óbitos fetais, porém, a mortalidade materna foi de 2,3%.

Fleming, em 94 partos vaginais, não observou óbitos maternos e teve apenas um óbito fetal em caso de hemorragia ante-parto e apresentação pélvica.

Wilson não teve óbitos maternos ou fetais em parto vaginal após cesárea.

Em nossa casuística não registramos óbitos maternos; o obituário fetal, corrigido, foi de 1,1%.

b) Há um aumento da prematuridade quando se intervém antes do início do trabalho de parto.

Bartholomew e cols. costumam fazer a cesárea uma ou duas semanas antes da data provável do parto e, nestas circunstâncias, reconhecem ser possível o nascimento ocasional de crianças prematuras. McNeil diz que se pode reduzir a mortalidade perinatal, evitando-se o parto prematuro; assim, recomenda que se aguarde o início do trabalho de parto para a realização da cesárea. Aproximadamente 10% dos óbitos perinatais são atribuíveis à prematuridade, diz ele. McNally e Fitzpatrick, em 130 cesáreas iterativas, tiveram 6,15% de prematuros. Para Greenhill (1955-1956), o melhor meio de determinar o momento mais propi-



cio para a realização da cesárea iterativa é aguardar o início do trabalho ou a ruptura espontânea da bolsa das águas.

c) O número de cesáreas pode ser diminuído pelo parto vaginal. É óbvio que assim seja.

d) Não limita a fecundidade. No entanto, a cesárea contribui para isso. Concentremos isto para melhor se apreciar.

Bride (1921) observou 190 pacientes após cesárea e encontrou esterilidade relativa em 41%. Holland (1921) refere que, de 1.103 pacientes, 606 jamais tiveram nova gestação. A seu juízo, o temor de nova operação é, por vezes, tão intenso que inibe o desejo de nova concepção. Além disso, o abortamento intencional é mais freqüente. Schmelzer, em 1940, estudou a fertilidade em 90 mulheres. Concluiu que a cesárea diminui discretamente a fertilidade, mormente em primigesta. Chesterman (1953), em um grupo de 126 primigestas submetidas à cesárea, observou que, após o segundo parto, a fecundidade diminuía abruptamente. Atribui isto à esterilização ou ao uso de métodos anticoncepcionais. Nas pacientes não esterilizadas, após a segunda cesárea, apenas uma, em cada três, teve nova prenhez.

Adeodato Filho (1953), estudando as indicações da via vaginal no parto operatório, entre outras conclusões, assinala que, na cesárea, além do risco materno não desprezível, há estímulo à restrição da natalidade.

A esterilização é preconizada por muitos obstetras na segunda ou terceira cesárea. "Como norma — diz Rezende — pratico-a durante a terceira cesareana, havendo anuência da mulher e do marido". Mc Lean (1950) adota o seguinte critério: na maioria das vezes, faz a laqueadura dos ovidutos na terceira cesárea; na quarta, pratica sempre a esterilização. Em um total de 1.192 cesáreas, 318 foram iterativas. Nestas, a ligadura tubária foi feita em 26,7%. Dieckmann (1945) e Irving (1951) sugerem a esterilização na segunda cesárea e insistem no caso da terceira. Reuniu Irving 324 cesáreas iterativas, em que fez 239 esterilizações.

Free esterilizou 113 (67,7%) de 167 pacientes com uma cesárea anterior. Em 26 pacientes com duas cesáreas, esterilizou todas.

Briquet, saudoso mestre da obstetrícia paulista, só admitia a esterilização quando houvesse justificativa incontrovertida de ordem médica. Aconselhava, também, o eminente tocólogo, ouvir-se sempre o parecer de dois outros colegas.

Kaboth assevera não se justificar a laqueadura sistemática na segunda ou terceira cesárea e só toma tal decisão após exame de cada caso em particular.

Bremner e Dillon pensam que a esterilização não seja imperativa do ponto de vista estritamente médico. Acreditam possa a cesárea ser realizada repetidas vezes, desde que a paciente seja cuidadosamente observada e devidamente instruída quanto aos sinais perigosos. Documentam essa orientação com 105 observações: 1 com sete cesáreas; 2, com seis; 9, com cinco; 29, com quatro e 64, com três. Não houve óbitos maternos e a morbidade foi de 7,6%, com dois óbitos neonatais. Tiveram, também, duas rupturas uterinas incompletas.

McNally e Fitzpatrick reuniram 130 pacientes com quatro ou mais cesáreas: 84 com quatro; 30 com cinco; 9 com seis; 5 com sete; 1 com nove e 1 com dez.



Para Formichella a esterilização está na dependência do caso clínico, das condições locais e da prole.

e) A morbidade materna é maior nas pacientes submetidas à cesárea. Segundo Birnbaum, é sete e meia vezes maior para a cesárea iterativa. Bremner e Dillon mencionam morbidade de 7,6%.

Em nossas 514 observações, anotamos morbidade materna de 2,6%. O decréscimo da morbidade se deve, por certo, ao uso profilático de antibióticos que subordinamos à duração do parto, ao tempo de ruptura da bolsa a manipulação da parturiente antes do internamento.

f) Por derradeiro, inclui-se, entre os inconvenientes da cesárea eletiva, os riscos decorrentes da anestesia e a possibilidade de aderências abdominais.

São numerosos os adeptos do preceito "uma vez cesárea sempre cesárea". Greenhill há muito defende esse parecer. Recentemente, comentando o trabalho de Baker, reafirma sua opinião, invocando a gravidade da ruptura para mãe e filho e a quase ausência de risco materno na cesárea repetida.

Esteiam-se os partidários incondicionais da cesárea iterativa em dois argumentos principais que reputam irretorquíveis. Vejamo-los.

a) Não se tem meios para avaliar a resistência da cicatriz uterina. Em verdade, pode-se, tão somente, supor, em determinadas circunstâncias, que esta ou aquela cicatriz seja mais propícia à ruptura.

b) O parto vaginal sujeita a paciente a ruptura uterina. A propósito desse fato, convém recordar que a ruptura de útero com cicatriz de cesárea anterior pode ocorrer assim na gestação como no parto. É óbvio que as rupturas do trabalho de parto podem ser evitadas, fazendo-se uma cesárea antes do início do parto. Restam, portanto, as rupturas durante a gestação.

Dos 22 casos de ruptura espontânea após cesárea, mencionados por Beacham e Beacham, 16 incidiram durante o parto e 6 na gestação. Quanto à época da gestação, 15 ocorreram entre a 36ª semana e 40ª semana e, 7, entre a 26ª e 35ª semana.

La Mariana, em 1932, coligiu 24 casos de rupturas antes do termo. Lane e Reid acreditam que a ruptura após cesárea segmentária seja mais freqüente próximo do termo ou durante o parto, ao contrário do que ocorre com as portadoras de incisão de cesárea clássica. Bak e Hayden mencionam 9 rupturas após cesárea, sendo 8 entre a 32ª e 38ª semanas da prenhez. É óbvio que a cesárea iterativa, feita uma ou duas semanas antes da data provável do parto, não evita a totalidade das rupturas uterinas.

Há, ainda, uma questão que deve ser ventilada. Enquanto alguns consideram a cicatriz oriunda de miomectomia tão maléfica, para as prenhez futuras, quanto a de cesárea anterior, outros acreditam que tais cicatrizes ofereçam maior segurança para a prenhez e parto subsequente que a de cesárea anterior. Assim, Counseller e Bedard referem apenas quatro cesáreas em 68 pacientes com miomectomia anterior à prenhez. Finn e Müller referem, apenas, 17% de cesáreas em pacientes com miomectomia anterior, enquanto Mussey e cols. relatam 9% de cesáreas. Pedowitz e Felmus acreditam que a cesárea seria a solução



ideal para o parto de paciente em que a miomectomia anterior atingiu ou interessou o endométrio ou que tiveram pós-operatório febril.

#### NOSSO MATERIAL

Entre 1º de janeiro de 1950 e 31 de dezembro de 1955, tivemos 56.322 partos na Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" (Legião Brasileira de Assistência). Nesse período houve um total de 1.998 cesáreas, o que dá uma incidência de 3,5% sobre o total de partos.

Apresentaram história de cesárea anterior 905 pacientes, o que dá uma incidência de 1,6%. Esta percentagem é mais ou menos semelhante às de Kuder e Dotter (1,44%), Wilson (1,5%) e de Nahoum (1,35%). Desses 905 casos, 391 (43,20%) tiveram seus partos solucionados por nova cesárea; nos demais, em número de 514 (56,80%), o parto se processou por via transpélvica (quadro I). Nosso estudo diz respeito, tão somente, a este último grupo.

| <i>Autores</i>                        | <i>Ano</i> | <i>%</i> |
|---------------------------------------|------------|----------|
| Huber, H. ....                        | 1924       | 54,9     |
| Ammon, V. ....                        | 1930       | 23,9     |
| McLane, C. M. ....                    | 1930       | 39,0     |
| Hasselblatt, R. ....                  | 1930       | 33,7     |
| Hornung, R. ....                      | 1931       | 51,3     |
| Langen, P. ....                       | 1936       | 52,9     |
| Koller, O. ....                       | 1936       | 75,0     |
| Keller, R. e Fobe, H. ....            | 1936       | 30,0     |
| Kuder, K. e Dotter, C. T. ....        | 1944       | 21,9     |
| Duckering, F. A. ....                 | 1946       | 42,0     |
| Hindman, D. H. ....                   | 1948       | 78,0     |
| Herd, S. B. ....                      | 1949       | 43,0     |
| Iturriaga, D. C. ....                 | 1949       | 74,6     |
| Schmitz, H. F. e Babba, G. R. ....    | 1949       | 32,4     |
| Hayes, W. I. ....                     | 1951       | 24,0     |
| Wilson, A. L. ....                    | 1951       | 32,6     |
| Schmitz, H. E. e Gajewski, C. J. .... | 1951       | 32,6     |
| Avilés, V. M. ....                    | 1951       | 75,0     |
| Cosgrove, R. A. ....                  | 1951       | 35,8     |
| Frangenheim, H. ....                  | 1952       | 58,9     |
| Pierrot, W. ....                      | 1952       | 83,5     |
| Lane, F. R. e Reid, D. E. ....        | 1953       | 16,0     |
| Natrass, J. ....                      | 1953       | 90,5     |
| Bruce, D. F. ....                     | 1953       | 44,6     |
| Kalaja e Kinnunen, O. ....            | 1953       | 53,2     |
| Lawrence, R. F. ....                  | 1953       | 22,9     |
| Nahoum, J. C. ....                    | 1953       | 40,0     |
| Bengtsson, L. P. ....                 | 1954       | 16,5     |
| Nel, J. B. ....                       | 1954       | 42,0     |
| Feeney, J. K. ....                    | 1954       | 85,0     |
| Ward, V. L. ....                      | 1954       | 62,0     |
| Terasvuori, H. e Raippalinna, A. .... | 1954       | 66,0     |
| Colacurci, A. ....                    | 1954       | 75,0     |
| Baker, K. ....                        | 1955       | 74,0     |
| Wolfson, A. e Lancet, M. ....         | 1955       | 39,5     |
| Birnbaum, S. J. ....                  | 1956       | 51,7     |
| Fleming, A. M. ....                   | 1956       | 40,0     |
| Lawler, P. E. et al. ....             | 1956       | 34,0     |
| Guariento e cols. ....                | 1956       | 56,8     |

Quadro I -- Incidência de parto vaginal após cesárea.



Ensina a boa razão que o internamento das gestantes deve preceder de duas ou, pelo menos, uma semana a data provável do parto, com o intuito de examiná-las cuidadosamente e apurar pormenores sobre a operação anterior. Assim, a análise circunstanciada de cada caso melhor juízo traria sobre a possibilidade do parto por via transpélvica. Esta seleção não pôde ser feita com a devida justeza em nosso material, como se deduz do quadro II, porque em nosso Serviço é de preceito amparar-se indiscriminadamente toda gestante, parturiente ou puerpera. Observa-se que apenas 90 (17,5%) pacientes se internaram antes do início do parto e, 22 (4,28%), no período expulsivo ou imediatamente após o parto. As 402 (78,2%) restantes procuraram a Casa Maternal durante o trabalho de parto. Como era de se prever, tivemos sete rupturas uterinas neste último grupo e uma no grupo das que se internaram em período expulsivo.

|                                                         | Nº de casos | %     |
|---------------------------------------------------------|-------------|-------|
| Antes do início do parto .....                          | 90          | 17,50 |
| Após o início do parto .....                            | 402         | 78,21 |
| No período expulsivo ou imediatamente após o parto .... | 22          | 4,28  |

Quadro II — Condições das pacientes ao se internarem.

#### CONSIDERAÇÕES GERAIS

A assistência pré-natal é indispensável às gestantes portadoras de cicatriz de cesárea, como, aliás, o é, para qualquer gestante. Nas cesáreas feitas na Casa Maternal insiste-se junto às pacientes para que freqüentem nosso ambulatório ou outro, em prenhez futura, fazendo-lhes ver todas as vantagens dessa assistência.

Quando gestantes, informámo-las com relação aos sintomas relacionados à ruptura uterina ou sua iminência, orientando-as, também, no sentido de procurarem a Maternidade antes da data provável do parto, ou, quando isto não seja possível, logo no início dêle.

Quando a cesárea foi feita em nosso Serviço, o prontuário de cada paciente informar-nos-á sobre o evoluer dêsse parto. Para as que foram operadas em outros Serviços, inquerir-se-á pormenorizadamente sobre a evolução do parto e puerpério.

Diante de história de desproporção céfalo-pélvica ou vício pélvico, far-se-á, na última quinzena, a radiopelvimetria para se esclarecer essa particularidade.

Outrossim, conforme Fleming, a placentografia é de real valor quando se pretende submeter a paciente ao trabalho de parto, porquanto, segundo se crê, a implantação da placenta na área da cicatriz favorece, mais amiúde, a ruptura uterina, mormente em se tratando de cicatriz de cesárea clássica.

Dippel e Brown sugerem o uso de radiografia de partes moles. A visibilização e comparação da espessura da parede uterina anterior e a delgadeza do seu contorno tornam possível avaliar a solidez da cicatriz antiga. Hindman, que se utilizou do método com essa finalidade, assevera que somente os casos positivos têm valor e que os negativos não excluem a presença de cicatriz deficiente.



Baker propõe a realização de histerografia três meses após a cesárea, com o objetivo de apurar as condições de cicatrização; assim, em prenhez futura, ter-se-á mais um critério para a orientação terapêutica.

Sempre que possível, as gestantes são internadas antes da data provável do parto. Via de regra, porém, só procuram a Maternidade durante o trabalho de parto e, não infreqüentemente, no segundo período. Isto, já o dissemos, muito contribui para dificultar a seleção e elevar a incidência de rupturas. Atente-se para o quadro III. Nêle se faz ver o número de horas de trabalho que as parturientes já tinham até o momento do seu ingresso. Note-se que 44,7% tinham 6 ou mais horas de trabalho de parto ao darem entrada no Serviço.

| <i>Horas</i> | <i>Nº de casos</i> | <i>%</i> |
|--------------|--------------------|----------|
| 1 — 3        | 88                 | 21,8     |
| 3 — 6        | 134                | 33,3     |
| 6 — 9        | 100                | 24,8     |
| 9 — 12       | 52                 | 12,9     |
| 12 — 15      | 17                 | 4,2      |
| 15 — 18      | 4                  | 0,9      |
| 18 — 21      | 4                  | 0,9      |
| 21 — 24      | 3                  | 0,7      |

Quadro III — Tempo de trabalho no momento da internação (402 casos).

À internação, além de dados gerais sôbre os antecedentes, argüi-se quanto ao tipo da cesárea anterior e sua indicação, às condições do trabalho de parto, ao pêso do recém-nascido e ao evoluer do puerpério. Far-se-á exame clínico minucioso das condições atuais da gestação ou do parto e, quando necessário, recorrer-se-á à radiopelvimetria e à placentografia. Mercê dêstes precedentes avalia-se a possibilidade da via vaginal. Quando não houver condições para essa via, isto é, quando a indicação que condicionou a cesárea anterior persistir ou fôr recorrente, a orientação terapêutica será óbvia, bastando, apenas, apurar se o trabalho de parto se iniciou ou não. Em caso afirmativo, pratica-se nova cesárea.

A fim de evitar a ruptura uterina que sói ocorrer nesse período, há os que fazem a cesárea uma ou duas semanas antes da data provável do parto. Esta conduta tem o inconveniente de aumentar a incidência da prematuridade e, para os que utilizam a cesárea segmentária, um segmento inferior menos propício à intervenção.

Dieckmann (1945), que é pela cesárea iterativa, só permite o parto por via natural nas seguintes condições: a) paciente internada em franco trabalho de parto, com 5 ou mais cm de dilatação e ausência de desproporção; b) idade da prenhez inferior à 36ª semana; c) feto morto, caso em que faz a cranioclasia, tão logo a cérvico-dilatação tenha atingido 8 cm.

Eastman adota como norma, para a realização da cesárea eletiva, as seguintes condições que julga bem definidas e justificadas: a) pacientes que tiveram duas ou mais cesáreas; b) incisão alta, fúndica, por ser mais propícia à ruptura; c) presença de vício pélvico, mesmo discreto; d) prenhez gemelar, salvo quando o parto se iniciar, pelo menos, dois meses antes do termo.



| <i>Partos anteriores</i> | <i>Cesárea</i> | <i>Partos posteriores</i> | <i>Total</i> |
|--------------------------|----------------|---------------------------|--------------|
| —                        | 1              | 1                         | 50           |
| —                        | 1              | 2                         | 29           |
| —                        | 1              | 3                         | 12           |
| —                        | 1              | 4                         | 6            |
| —                        | 1              | —                         | 11           |
| —                        | 2              | 1                         | 3            |
| —                        | 2              | —                         | 46           |
| 1                        | 1              | —                         | 8            |
| 1                        | 1              | 1                         | 1            |
| 1                        | 1              | 2                         | 3            |
| 1                        | 1              | 3                         | 1            |
| 1                        | 1              | 4                         | 8            |
| 2                        | 1              | —                         | 7            |
| 2                        | 1              | 1                         | 4            |
| 2                        | 1              | 2                         | 1            |
| 2                        | 1              | 3                         | 1            |
| 2                        | 2              | —                         | 7            |
| 3                        | 1              | —                         | 1            |
| 3                        | 1              | 1                         | 1            |
| 3                        | 1              | 2                         | 1            |
| 3                        | 2              | 3                         | 1            |
| 4                        | 1              | —                         | 7            |
| 4                        | 1              | 1                         | 1            |
| 5                        | 1              | —                         | 4            |
| 5                        | 1              | 1                         | 1            |
| 5                        | 1              | 2                         | 1            |
| 6                        | 1              | —                         | 3            |
| 7                        | 1              | —                         | 3            |
| 8                        | 1              | —                         | 1            |
| 8                        | 1              | 2                         | 1            |
| 8                        | 1              | 3                         | 1            |
| 8                        | 2              | —                         | 1            |
| 9                        | 1              | —                         | 1            |
| 9                        | 1              | 3                         | 1            |
| 10                       | 1              | —                         | 1            |
| Total .....              | —              | —                         | 228          |

Quadro VIII — Partos anteriores ou posteriores à cesárea.

Na observação do quadro IX tem-se idéia das apresentações. O número total é de 523, pois, das nossas 514 pacientes, 9 tiveram preñez gemelar.

Langen (1936), em seus 289 partos após cesárea, observa incidência elevada de apresentações pélvicas (11,2%). Não crê que se possa atribuir tal fato à cesárea anterior. Em nosso material tivemos 5,3%, dentro, portanto, dos limites usuais.

|                         | <i>Nº de casos</i> |
|-------------------------|--------------------|
| Fletidas .....          | 492                |
| Defletidas .....        | 2                  |
| Pélvicas .....          | 28                 |
| Situação transversa ... | 1                  |
| Total .....             | 523                |

Quadro IX — Apresentação.



## TRABALHO DE PARTO

Passemos, agora, à análise do trabalho de parto. Primeiramente, vejamos a questão da ruptura das membranas. O quadro X nos informa essa particularidade. Observa-se, desde logo, incidência elevada de rupturas artificiais. Para Harris (1953), a integridade da bolsa das águas deve ser respeitada, até que o parto transpélvico esteja assegurado. Não somos desse parecer, embora só pratiquemos a ruptura com cérvico-dilatação de pelo menos 6 cm. Já não se justifica o temor da infecção, desde que se acautele contra as manipulações repetidas da parturiente e se faça uso profilático de antibióticos. Cremos que a ruptura das membranas se justifica, pois, quando não encurte o trabalho, como quer a escola de Estrasburgo, pelo menos permite melhor juízo sobre as relações céfalo-pélvicas, mormente quando haja história anterior de desproporção relativa.

|                       | Nº de casos | %    |
|-----------------------|-------------|------|
| Prematura .....       | 39          | 7,5  |
| Precoce .....         | 46          | 8,9  |
| Oportuna .....        | 265         | 51,5 |
| Artificial .....      | 142         | 27,6 |
| Sem referências ..... | 22          | 4,2  |

Quadro X — Ruptura das membranas.

É difícil de se avaliar a duração exata do trabalho de parto, por não se poder precisar com justeza seu início. Assim é que a literatura registra dados discordantes, quer se trate de primíparas ou multíparas.

Em estudo de 38 partos vaginais após cesárea, McLane (1930) conclui que o trabalho de parto se assemelha ao das primíparas, por se tratar, na maioria das vezes, do primeiro parto após cesárea. Encontrou 15 horas e 36 minutos como duração média do parto.

Kuder e Dotter (1944), que dedicaram particular atenção ao estudo do trabalho em parturientes com cicatriz de cesárea, distinguem três grupos, a fim de melhor compararem os resultados.

Em um primeiro grupo, de 109 pacientes, trata-se do primeiro parto após cesárea, muitas das quais por vício pélvico. A duração média, neste grupo, foi de 16 horas e 19 minutos. No segundo grupo figuram 39 pacientes que estiveram em trabalho de parto antes da cesárea anterior e cuja indicação não fôra o vício pélvico; a duração média foi de 16 horas e 20 minutos. Por fim, no último grupo, com 36 pacientes, a cesárea anterior fôra realizada sem prévio trabalho de parto; a duração foi de 17 horas e 46 minutos.

O segundo período foi mais ou menos semelhante para os três grupos.

Hindman (1948) encontrou duração média de 14 horas e 20 minutos, com duração mínima de 4 horas e, máxima, de 60 horas, para o primeiro parto após cesárea. Nas multíparas, a duração média foi de 6 horas e 21 minutos, com duração mínima de 30 minutos e, máxima, de 36 horas.



Nos casos referidos por Schmitz e Babba (1949), a duração mínima e máxima do primeiro período foi, respectivamente, de 1 hora e 21 minutos e de 56 horas e 15 minutos, para as primíparas; quanto às multiparas, a duração mínima e máxima foi, respectivamente, de 2 horas e 30 minutos e de 23 horas e 9 minutos.

Bengtsson (1954), cotejando a duração do parto entre primigestas e pacientes com primeiro parto após cesárea, conclui ser semelhante.

Distinguimos dois grupos (quadro XI). No primeiro, constituído por 276 parturientes, trata-se do primeiro parto após cesárea realizada na primeira gestação. Neste grupo vê-se que a duração média foi de 13 horas e 25 minutos, com uma duração mínima de 2 horas e 45 minutos e, máxima, de 36 horas. No segundo grupo estão as multiparas que haviam tido partos vaginais antes ou depois da cesárea. Aqui, a duração média foi de 11 horas e 59 minutos; a duração mínima foi de 1 hora e 40 minutos e, a máxima, de 34 horas.

Foram excluídas 22 parturientes internadas no período expulsivo ou imediatamente após o parto.

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| Grupo I (276 parturientes):  |                   |
| Duração máxima .....         | 36 hs.            |
| Duração mínima .....         | 2 hs. 45 minutos  |
| Duração média .....          | 13 hs. 25 minutos |
| Grupo II (216 parturientes): |                   |
| Duração máxima .....         | 34 hs.            |
| Duração mínima .....         | 1 h. 40 minutos   |
| Duração média .....          | 11 hs. 59 minutos |

Quadro XI — Duração do parto.

Como se deduz do quadro XII, em sua maioria os partos foram normais (73%). O fórcepe foi utilizado em 24%. Pensamos que o fórcepe de alívio deva ser utilizado mais amiúde.

A indução do parto por meio de ocitócico ou o emprêgo dêste durante o trabalho não é prudente. Embora alguns poucos o tenham utilizado esporadicamente, a maioria dos autores (Page, Engeström e Ohlson, etc.) incluem a cesárea anterior entre as contra-indicações ao uso do ocitócico.

Outrossim, já não se justifica hoje a antecipação do parto pela indução, como fizeram, entre outros, Otávio de Souza e Delmas e Battle.

|                        | Nº de casos | %    |
|------------------------|-------------|------|
| Normais .....          | 382         | 73,0 |
| Fórcepe .....          | 126         | 24,0 |
| Extração pélvica ..... | 6           | 1,1  |
| Versão .....           | 3           | 0,5  |
| Cranioclasia .....     | 6           | 1,1  |
| Total .....            | 523         | —    |

Quadro XII — Evolução dos partos.



## DEQUITAÇÃO

Hornung chama a atenção para a incidência relativamente elevada de retenção de placenta ou de restos placentários. Em 3 de seus 5 casos de extração manual da placenta, esta se inseria na cicatriz da cesárea. Dos 6 casos de retenção de restos placentários, em 3 os restos estavam aderentes à cicatriz. Além disso, observou, em 6 de 54 cesáreas iterativas, que a placenta se implantava sobre a cicatriz, havendo graus vários de acretismo. Iturriaga observou elevada incidência de retenção de placenta (10,5%) ou de restos (1:28), que ocorrem preferentemente nos casos de cesárea corporal.

Em nosso material, tivemos 4 retenções de placenta. Em dois deles, a placenta se implantava sobre a face anterior do útero, recobrando a cicatriz de cesárea corporal anterior. O exame local revelou, em ambos, que a retenção era conseqüente a aderência da placenta sobre a cicatriz. Voltaremos a falar destas observações.

Após a dequitação, praticou-se, sistematicamente, a revisão uterina, com o objetivo de se apurar da existência de ruptura. É cuidado que julgamos indispensável, na assistência ao parto de pacientes portadoras de cicatriz de cesárea. Como se verá mais além, este cuidado permitiu o diagnóstico de ruptura em vários dos nossos casos.

## RECÉM-NASCIDO

Com relação ao peso do recém-nascido, nota-se que 84,7% pesaram entre 2.501 e 4.000 g (quadro XIII).

|                       | Nº de casos | %    |
|-----------------------|-------------|------|
| 1001 — 1500 .....     | 11          | 2,1  |
| 1501 — 2000 .....     | 10          | 1,9  |
| 2001 — 2500 .....     | 37          | 7,0  |
| 2501 — 3000 .....     | 131         | 25,0 |
| 3001 — 3500 .....     | 201         | 38,4 |
| 3501 — 4000 .....     | 111         | 21,2 |
| 4001 — 4500 .....     | 19          | 3,6  |
| 4501 — 5000 .....     | 1           | 0,1  |
| 5001 — 5500 .....     | 1           | 0,1  |
| Sem referências ..... | 1           | 0,1  |
| Total .....           | 523         | —    |

Quadro XIII — Peso do recém-nascido.

|                       | Nº de casos |
|-----------------------|-------------|
| Feminino .....        | 233         |
| Masculino .....       | 259         |
| Sem referências ..... | 1           |
| Total .....           | 523         |

Quadro XIV — Sexo do recém-nascido.



No quadro XV analisa-se o obituário fetal e neonatal. Observa-se que 21 (4,0%) não apresentavam batimentos cardíacos quando as respectivas parturientes foram internadas. Das restantes 502 pacientes tivemos 4 óbitos intra-parto e 7 neonatais. Dêstes recém-nascidos, um, com peso de 1.930 g ao nascer, sucumbiu 11 dias após; outro, com peso de 1.400 g, morreu 8 dias depois; quatro sucumbiram 48 horas após, sendo um anencéfalo e, outro, com peso de 1.390 g. Por derradeiro, houve um óbito imediatamente depois do parto, em recém-nascido de 1.500 g. Deduz-se que, dos óbitos neonatais, apenas dois poderiam ser atribuídos ao parto. Assim, a mortalidade global corrigida seria de 1,1%.

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| Internamentos com feto morto .... | 21  |
| Internamentos com feto vivo ..... | 502 |
| Óbito intra-parto .....           | 4   |
| Óbitos neonatais .....            | 7   |
| Imediato .....                    | 1   |
| 48 hs. após .....                 | 4   |
| 8 dias após .....                 | 1   |
| 11 dias após .....                | 1   |

Quadro XV — Mortalidade fetal e neonatal.

*Mortalidade e morbidade maternas* — Não tivemos óbitos maternos dependentes do parto vaginal. A morbidade materna foi de 2,6%.

*Ruptura uterina* — A ruptura uterina constitui, sem dúvida alguma, o problema principal do parto por via vaginal nas portadoras de cicatriz de cesárea anterior. Assim, seu estudo deve merecer pormenores.

*Incidência* — Kerr relata incidência de 2% para a cesárea clássica; Holland, 3,6% em 1.000 cesáreas clássicas; McDowells cita incidência de 1,5% em 3.300 cesáreas clássicas, realizadas por Potter, de Buffalo.

Hindman encontrou incidência de 0,25% para a cesárea segmentária e 3 a 4% para a clássica. Siegel e Colvin referem percentagens mais ou menos semelhantes.

Para Brierton, a ruptura após cesárea clássica é, pelo menos, duas vezes mais comum que na segmentária; apurou, também, serem mais frequentes as rupturas nas quatro últimas semanas da gestação; La Mariana notou fato semelhante.

A ruptura do útero após cesárea segmentária é mais rara. Wetterwald encontrou 0,28% em 3.600 gestações, após cesárea segmentária; Gellé e Fournier dão a cifra de 0,25%.

*Cicatrização da ferida uterina* — Este problema tem sido objeto de inúmeras publicações. Não cabe aqui esmiuçá-lo.

Williams afirmava que a coaptação das bordas da incisão se fazia pela regeneração muscular. Losee demonstrou, na regeneração normal da ferida, a presença de tecido fibroso de permeio com feixes musculares. Schwarz, Paddock e Bostnick confirmaram a presença da proliferação de fibroblastos na cura da cicatriz.



Kamnitzer (1952), analisando o aspecto histológico de 3 casos de ruptura uterina após cesárea, realça a importância das reações estruturais na gênese da ruptura.

Mason e Williams, ao estudarem a resistência da cicatriz, concluem que, quando esta for normal, resiste tão bem quanto o tecido uterino circunvizinho; assim sendo, estará o útero apto para resistir à prova do trabalho de parto; na ruptura, é o tecido muscular que se rompe e, não, a cicatriz.

*Etiologia* — Entre as causas predisponentes à ruptura figuram: a) local da incisão; b) material de sutura; c) técnica de sutura; d) implantação da placenta; e) hiperdistensão uterina; f) multiparidade; g) infecção.

a) Apesar da maioria dos autores registrar maior incidência de rupturas em pacientes com cesárea clássica, há os que, como Schuman e Falls, entre outros, referem apenas diferença discreta quando se comparam os resultados da cesárea clássica e segmentária.

Dewhurst e Rowley, analisando os fatores predisponentes da ruptura uterina em pacientes portadoras de cicatriz de cesárea segmentária, são de parecer que a incisão vertical do segmento inferior é mais propícia à ruptura que a transversa.

b) Relativamente ao material de sutura, são discordantes as opiniões. Há os que advogam o uso do fio inabsorvível, como Potter e Elton (também Price, Kennedy e Babcock, que comentaram o trabalho daqueles autores); entre nós, Fuad Ferreira, há alguns anos, vem insistindo na sutura uterina com pontos separados, preferentemente, com fio inabsorvível. Por outro lado, os excelentes resultados obtidos com o emprego do catagute parecem evidenciar que a boa cicatrização dependeria mais do método de sutura que, propriamente, do material. Hess desaconselha o uso de material de sutura inabsorvível, pela tendência a formar núcleos de corpo estranho.

No que concerne ao uso de fio inabsorvível, convém lembrar a publicação de Jefferiss e Smith, a propósito de caso de processo inflamatório subagudo uterino, conseqüente ao uso de fio inabsorvível. O exame histológico da peça, removida por histerectomia, 18 meses após a cesárea clássica, revelou a presença do material de sutura (sêda), circundado por células gigantes e densa infiltração de polimorfonucleares, formando pequenos abscessos.

c) Há certa tendência em praticar-se a sutura da incisão uterina com pontos separados. Segundo alguns, todos os demais tipos de sutura, a contínua, em uma ou mais camadas, os pontos em U ou X, etc., seriam precárias, por não respeitarem os preceitos de boas condições circulatórias e coaptação dos tecidos. A interposição da mucosa comprometeria a solidez da cicatriz uterina, por transformar-se em decídua gravídica, em prenhez subsequente (Kamnitzer). Restos de membranas ou de tecido placentário, quando interpostas entre as bordas da incisão, também comprometem a cicatrização e favorecem a infecção (Hess).

Na sutura importa o controle adequado do sangramento das bordas da ferida, a fim de evitar a formação de hematoma. Este, quando presente e situado entre a sutura e a bexiga, pode interferir na cicatrização e infetar-se, drenando-se através da incisão (Hess).



No entanto, observam-se pequenas divergências atinentes à extensão de tecidos a serem apreendidos. Há os que incorporam, na sutura, miométrio e endométrio; outros excluem o endométrio; por fim, há, ainda, os que suturam apenas o terço externo do miométrio (Potter e Johnston).

Rodrigues Lima adverte que as suturas demasiado apertadas são propícias à má cicatrização e desaconselha o terceiro plano na sutura do útero, por julgá-lo mais nocivo que benéfico. Portanto, cumpre evitar a multiplicidade das suturas e, *mutatis mutandis*, o excesso de catégute.

d) De longa data vêm os autores insistindo na influência da implantação da placenta sobre a cicatriz, como causa predisponente à ruptura. Para Losee, Mason e Williams, e Grelle, entre outros, tal ocorrência só teria valor em casos de cicatriz defeituosa; nestas circunstâncias, os elementos coriais poderiam invadir o tecido de granulação e, assim, enfraquecer a resistência, já deficiente, da cicatriz.

Em duas das nossas observações, a inserção da placenta sobre a cicatriz da cesárea corporal deve ter contribuído para a ruptura.

e) A hiperdistensão uterina, como no hidrâmnio e prenhez gêmea, tem sido invocada como fator causal. Tais fatores seriam particularmente nocivos nas cicatrizações imperfeitas.

f) A multiparidade também tem sido incriminada como responsável. A ruptura uterina seria mais favorecida, devido às modificações degenerativas que ocorrem em cada nova gestação. Por outro lado, não deve o tocólogo imbuir-se da sensação de falsa segurança que se possa ter após um ou mais partos normais depois de cesárea, porque o útero pode romper-se em qualquer gestação.

g) Por fim, invoca-se a infecção como um dos principais fatores na gênese da cicatrização imperfeita e, portanto, perigosa para as gestações futuras. A infecção produz muito tecido de granulação, com formação de excesso de tecido conjuntivo, donde a cicatrização defeituosa.

Em uma das nossas observações de ruptura em que se pôde observar o puerpério, por ter sido a cesárea anterior feita no Serviço, a infecção deve ter contribuído para a cicatrização imperfeita. Esta paciente tivera puerpério febril (endometrite) e, naturalmente, a cesárea eletiva teria sido a indicação correta para este caso.

Convém, no entanto, realçar que a ausência de febre no pós-operatório não significa que a cicatrização seja sempre perfeita. Lane e Reid referem que, em 50% das suas deiscências uterinas, não havia história anterior de puerpério febril.

*Prognóstico* — Quando se estuda o prognóstico materno, apura-se, desde logo, serem diferentes os resultados, conforme se trate de ruptura uterina em pacientes submetidas ou não à cesárea; nestas últimas, distingue-se, também, a ruptura após cesárea clássica e a segmentária.

Burkons (1941), que analisou o problema, conclui que o prognóstico materno é melhor quando a ruptura fôr em cicatriz de cesárea. Em 18 casos de ruptura em cicatriz de cesárea só observou o choque duas vezes, ao passo que, em 27 rupturas em pacientes não operadas, o choque foi observado em 23.



Também é notório que, nas portadoras de cicatriz de cesárea, a ruptura é muito menos maléfica quando a cesárea foi segmentária do que quando corporal.

Cumpre-nos, ainda, advertir que pacientes que tiveram vários partos após cesárea, ao contrário do que pensam alguns, são igualmente sujeitas à ruptura. Fava e Casagrande, entre outros, referem observações dessa natureza.

Em nosso material, tivemos um total de 8 (1,55%) rupturas uterinas; três delas em cicatriz de cesárea corporal; das 5 restantes, 4 foram rupturas incompletas. Em um caso apenas se praticou a histerectomia subtotal. Não tivemos óbitos maternos. Houve somente um óbito fetal.

A orientação conservadora em casos de ruptura uterina é defendida, entre outros, por Corrêa da Costa, Martiniano Fernandes e Morais Netto.

Essa tem sido, também, a nossa orientação. Só recorremos à histerectomia quando não seja factível a sutura.

| <i>T e m p o</i> | <i>Nº de casos</i> |
|------------------|--------------------|
| 12 meses .....   | 51                 |
| 18 meses .....   | 56                 |
| 2 anos .....     | 74                 |
| 3 anos .....     | 53                 |
| 4 anos .....     | 25                 |
| 5 anos .....     | 11                 |
| 6 anos .....     | 3                  |
| 10 anos .....    | 1                  |
| Total .....      | 281                |

Quadro XVI — Intervalo entre a cesárea e o parto.

*Intervalo entre a cesárea e o parto* — Em nosso material pudemos apurar êsse intervalo apenas em 281 pacientes. Dessas, 51 deram à luz novamente, um ano após a cesárea.

A questão do intervalo entre a nova gravidez e a cesárea anterior foi objeto de atenção particular de alguns autores.

Wetterwald (1926) acredita que, quando a cicatriz é perfeita, não há inconveniente em prenhez imediata.

Hornung (1931) pensa não ser prudente nova gestação antes de decorrido um ano, quer pela distensão da cicatriz, quer pela existência de outros fatores, como a sutura, infecção, etc., que contribuiriam para a ruptura. Fuchs (1937), fundado na volta do organismo às condições pré-gravídicas, julga não seja defensável recomendar-se nova gestação imediata, mesmo que, clinicamente, tudo esteja bem. Recomenda um intervalo mínimo de seis meses, período êsse que dilata quando houve infecção da ferida.



São também interessantes as observações de Bremner e Dillon, a propósito do intervalo entre os partos. Estudando a cesárea iterativa, observaram: em uma paciente, seis cesáreas em sete anos; em duas, cinco cesáreas em cinco anos; quatro tiveram quatro cesáreas em quatro anos e, em muitas das 64 pacientes operadas três vezes, o espaço foi de cinco anos.

Em nosso material, tivemos cinco rupturas ocorridas em pacientes que haviam sido histerotomizadas um ano antes. Três dessas apresentavam cicatriz de cesárea alta e, duas, de cesárea segmentária. Não se pode responsabilizar o intervalo entre a nova gravidez e a cesárea, porquanto, não tendo estas pacientes sido operadas na Casa Maternal, não se pôde apurar as condições operatórias e do puerpério.

#### RESUMO

De início os autores evidenciam a importância do problema à vista da crescente incidência da cesárea. Analisam minudentemente os argumentos em que se amparam os adeptos da via vaginal após cesárea e os do conceito "uma vez cesárea sempre cesárea".

Em 56.322 partos (1950-1955), na Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros", a incidência de cesárea foi de 3,5%. Dêse total de partos, 905 (1,6%) pacientes apresentavam história de histerotomia anterior; 391 (43,20%) foram cesareadas novamente e 514 (56,80%) deram à luz por via vaginal.

Os autores relevam o valor da assistência pré-natal cuidadosa e preconizam o internamento antes da data provável do parto. Insistem na necessidade de se apurar dados sobre a operação anterior e de praticar, na prenhez atual, exame clínico cuidadoso, coadjuvado pela radiopelvimetria e placentografia, se necessário. Entendem que só assim estará o tocólogo apto para a escolha da orientação terapêutica em cada caso.

Apenas em 146 das 514 pacientes a cesareana anterior fôra feita na própria Casa Maternal. Os autores passam em revista a indicação operatória desses casos e lembram que é de norma a cesárea segmentária transperitoneal no referido Serviço.

No estudo do parto, analisam a ruptura da bolsa das águas e a duração do trabalho, à luz de dados da literatura e pessoais.

Distinguem dois grupos: o primeiro foi constituído por secundigestas em que o primeiro parto terminou em cesárea. Neste grupo, a duração média do parto foi de 13 horas e 25 minutos. O segundo grupo constou de múltiparas que tiveram partos antes ou depois da cesárea. Aqui, a duração foi de 11 horas e 59 minutos.

Na evolução do parto, 73% foram normais e 24% terminaram em fórcepe.

Ao estudarem a dequitação, lembram que a inserção da placenta sobre a cicatriz predispõe à retenção e favorece a ruptura uterina. Julgam indispensável a revisão uterina, a fim de se apurar da existência ou não de ruptura.

Em relação à vitalidade do recém-nascido, observaram mortalidade néonatal corrigida de 1,1%.

Não tiveram óbitos maternos e a morbidade foi de 2,6%, fato que atribuem ao uso profilático de antibióticos.



Fazem estudo sucinto da ruptura uterina, esmiuçando suas causas. Mencionam 8 (1,55%) rupturas uterinas, três em cicatriz de cesárea clássica e cinco após cesárea segmentária.

Por fim, discutem a questão do intervalo entre a cesárea e o parto subsequente, estudando sua possível influência sobre este último.

#### SUMMARY

The authors stress the significance of the problem in view of the growing frequency of cesarean section (C.S.). They discuss the arguments of those who adopt the vaginal route after a C.S. and of those who contend that "once a section always a section".

Incidence of C.S. among 56,322 deliveries (1950-1955) in the Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" was of 3.5%. From these women, 905 (1.6%) had already gone through a former C.S.; 391 (43.20%) were again cesareanized, and 514 (56.80%) were delivered by the vaginal route.

The authors underline the value of a good prenatal care, and they recommend admittance to a hospital before the expected time of delivery. They insist upon the need of gathering all the facts about the first operation, and of submitting the patient to a careful clinical observation, if necessary assisted by radiopelvimetry and placentography. They think this to be the only way for an obstetrician to plane the therapeutic approach for each given case.

The first C.S. had been done in the Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" only in 146 from the 514 patients. The authors discuss the indications of these sections, and they mention low transperitoneal C.S. to be the routine procedure in their Service.

Studying the delivery, they analyse rupture of the membranes and the duration of labor, based upon their own data and on those of the literature.

They distinguish two groups: The first was made up by secundigravidae whose first pregnancy was ended by a C.S. The duration of labor, in this group, was 13 hours and 25 minutes. The second group consisted of multiparae who delivered before or after a C.S. The duration of labor, here, was of 11 hours and 59 minutes.

As to the course of labor, 73% of the deliveries were normal, and 24% ended by forceps extraction.

Mentioning the expulsion of the placenta, they remember that insertion upon the scar favours placental retention and rupture of the uterus. They never neglect revision of the uterine cavity, in order to exclude the possibility of a rupture.

As to the vitality of the newborns, the neonatal death rate (corrected) was of 1.1%.

The authors had no maternal deaths, and morbidity was only 2.6%; they ascribe this to the prophylactical use of antibiotics.

They make a brief study of uterine ruptures, discussing its causes. They mention 8 cases (1.55%) of ruptures of the uterus, three following the scars of a high C.S., five after low C.S.

They finally discuss the question of the interval between C.S. and a following delivery, studying its possible influence upon the latter.



## ZUSAMMENFASSUNG

Verf. unterstreichen anfaenglich die Bedeutung dieser Frage wegen der wachsenden Haeufigkeit des Kaiserschnittes (K.). Sie betrachten, in allen Einzelheiten, die Argumente solcher, die den vaginalen Weg nach einem K. bevorzugen, und jener, die den Begriff "einmal ein K., immer ein K." verteidigen.

Die Haeufigkeit des K. unter 56.322 Entbindungen an der Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" entsprach 3,5%. Von dieser Gesamtzahl hatten 905 (1,6%) Patientinnen sich einer frueheren Hysterotomie unterzogen; 391 (43,20%) wurden nochmals operiert und 514 (56,80%) wurden vaginell entbunden.

Verf. heben den Wert einer sorgfaeltigen praenatalen Behandlung hervor; sie raten die Internierung vor dem erwarteten Geburtstermin. Sie behaupten, dass es unentbehrlich sei, Daten ueber die fruehere Operation zu bekommen und, in der gegebenen Schwangerschaft, eine sorgfaeltige klinische Untersuchung durchzufuehren, wenn noetig mit Hilfe der Radiopelvimetrie und der Plazentographie. Sie glauben, dass nur in dieser Weise der Geburtshelfer imstande sein wird, den richtigen Behandlungsplan einzuschlagen.

Der vorherige K. war nur bei 146 von den 514 Patientinnen an der Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" durchgefuehrt worden. Verf. sehen die Indikation dieser Faelle durch und erklæren, dass der segmentaere transperitoniale K. die Regel in dieser Klinik sei.

Bei der Betrachtung der Geburt, heben sie den Blasensprung und die Geburtsdauer hervor, an Hand eigener Daten und der Literatur.

Sie unterscheiden zwei Gruppen: die erste bestand aus Zweitgebaerenden, bei denen die erste Geburt mit einem K. endete. In dieser Gruppe dauerte die Geburt, im Durchschnitt, 13 Stunden 25 Minuten. Die zweite Gruppe setzte sich aus Mehrgebaerenden zusammen, welche vor oder nach einem K. gebaren. Die Geburtsdauer war hier von 11 Stunden 59 Minuten.

73% der Geburten waren normal, 24% endeten mit einer Zangenextraktion.

Bei der Betrachtung der plazentaren Ausstossung, erinnern sie daran, dass die Insertion der Plazenta auf die Narbe eine Retention, sowohl wie eine Uterusruptur beguenstigt. Die Revision der Uterushoehle sei unentbehrlich, um das Vorhandensein einer Ruptur festzustellen.

In Bezug auf die Lebensfaehigkeit der Neugeborenen, war ihre Mortalitaet (verbessert) 1,15%.

Verf. hatten keine muetterliche Todesfaelle, und die Morbiditaet war nur von 2,6%, was sie dem vorbeugenden Gebrauch der Antibiotika zusprechen.

Sie betrachten zusammenfassend die Uterusruptur, indem sie ihre Ursachen durchsehen. Sie beschreiben 8 Faelle (1,55%) von Uterusruptur, drei bei Narben eines klassischen K., fuenf nach einem segmentaeren K.

Sie beziehen sich, zuletzt, auf die Frage der Pause zwischen dem K. und der nachfolgenden Geburt; seine moegliche Einwirkung auf diese wird besprochen.



## BIBLIOGRAFIA

- Adeodato Filho, J. — Indicações da via vaginal no parto operatório — *Rev. Gynec. e d'Obst.*, Rio de Janeiro, 47:142, 1953.
- Ammon, V. E. — Statistisches zur Kaiserschnittfrage aus den Jahren 1915-1928. *Arch. f. Gynäk.*, 140:66, 1930.
- Andérodias et Péry, G. — Accouchement spontané chez des malades ayant subi antérieurement une césarienne basse. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 24:552, 1935.
- Araujo, J. O., Neme, B. e Maretti, M. — Da cesárea iterativa: análise de 133 casos. *Anais Brasil. Ginec.*, 39:253, 1955.
- Avilés, B. V. M. — Obstetric future of patients — *Am. J. Obst. & Gynec. (supp.)* 61A:309, 1951.
- Bak, T. F. and Hayden, G. E. — Rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 70:961, 1955.
- Baker, K. — Vaginal delivery after lower uterine caesarean section. *Surg., Gynec. & Obst.*, 100:690, 1955.
- Baptista, E. de F. — O prognóstico dos partos ulteriores em pacientes cesareadas. *Brasil policlin.*, Rio 1(4):220, 1939.
- Bartholomew, R. A., Colvin, E. D., Grimes, W. M. H., Fish, J. S. and Lester, Wm. M. — Repeated cesarean section. *Obst. & Gynec.*, 7:137, 1956.
- Beacham, W. B. and Beacham, D. W. — Rupture of the uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:824, 1951.
- Bengtsson, L. P. — Vaginal delivery following cesarean section. *Acta Obst. et Gynec. Scand.*, 33:318, 1954.
- Bernard, F. — Un cas de rupture utérine traitée par suture; accouchement 19 mois plus tard. *Rev. méd. Nancy*, 79:476, 1954.
- Birnbaum, S. J. — Postcesarean obstetrics. Management of subsequent pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 7:611, 1956.
- Blum, J. P. — L'avenir obstétrical des femmes césarisées. *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. fr.*, 5:488, 1953.
- Breitstein, L. I. — Rupture of the uterus following cesarean section; with a study of the uterine scar. *J.A.M.A.*, 62:689, 1914.
- Bremner, J. X. and Dillon, J. R. — Multiple cesarean sections. *Obst. & Gynec.*, 6:85, 1955.
- Bride, J. — Caesarean section in Manchester. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 28:463, 1921.
- Brierton, J. F. — Rupture of the pregnant uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 59:113, 1950.
- Briquet, R. — *Obstetria Operatória*. Cia. Editora Nacional, 1932.
- Briquet, R. — *Cesárea*. Aula do curso de Obstetria da Fac. Med. São Paulo, 1951.
- Browne, O' D. — A summary of 100 vaginal deliveries in the Rotunda Hospital following previous caesarean section. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 58:555, 1951.
- Bruce, D. F. — Labour following caesarean section. *Glasgow Med. J.*, 34:354, 1953.
- Burkons, H. F. — Ruptured uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 42:75, 1941.
- Casagrande, J. — Report of three cases of rupture of the uterus following previous caesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 26:237, 1933.
- Cathala, V. — L'accouchement après accouchement césarien. *Bull. méd. Paris*, 42:1137, 1928.
- Cavaliere, M. — La resistenza della cicatrice uterina consecutiva ad intervento cesareo. *Atti Soc. ital. ostetr.*, 31:539, 1934.
- Chatillon, F. — Accouchement normal après opération césarienne basse. *Rev. Franç. Gynec. et Obst.*, 25:194, 1930.
- Chesterman, J. N. — Remote effects of cesarean section. *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.*, 60:684, 1953.
- Chirie, M. — L'accouchement par les voies naturelles, après césarienne basse pour dystocie temporaire. *Thèse*. Paris, 1945.
- Colacurci, A. — Il parto per via vaginale dopo progresso taglio cesareo. *Arch. Ostet. Ginec.*, 59:316, 1954.
- Coleman, P. F. — Classical cesarean section scar rupture in pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 5:773, 1955.



- Coil De Carrera et Battle — Grossesse et accouchement normaux chez une femme précédemment hystérotomisée. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris*, 24:518, 1935.
- Colvin, E. D. — Expansion versus restriction of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 6:473, 1952.
- Cosgrove, R. A. — Management of pregnancy and delivery following cesarean section. *J.A.M.A.*, 145:884, 1951.
- Cosgrove, R. A. — Pregnancy and delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61A:307, 1951.
- Costa, C. C. da — Roturas do útero. *Anais Bras. Ginec.*, 25:411, 1948.
- Counseller, V. S. and Bedard, R. E. — Uterine myomectomy; analysis of indications and results in 523 cases. *J.A.M.A.*, 111:675, 1938.
- Couvellaire, A. — Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne survenue à la fin d'une grossesse compliquée d'hydramnios. *Ann. de Gynec.*, 3:148, 1906.
- Couvellaire, A. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus. *Gynec. et Obst.*, 2:225, 1920.
- Couvellaire, A. — Evolution normale d'une gestation chez une femme ayant subi une opération de Portes. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris*, 15:423, 1926.
- Delmas, P. et Battle — Accouchement prématuré provoqué chez une femme antérieurement césarisée. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris*, 24:77, 1935.
- De Souza, O. — Parto natural antecipado após cesariana. *Rev. Brasil. med. farm.*, 4:528, 1928.
- De Vraigne et Mayer, M. — Deux cas de gestation après césarienne avec extériorisation (opération de Portes). *Gynécologie*, 31:229, 1932.
- Dewhurst, C. J. and Rowley, H. A. — Rupture of the lower segment caesarean section scar. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 58:630, 1951.
- Dieckmann, W. J. — Cesarean section mortality. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 50:28, 1945.
- Dieckmann, W. J. and Seskia, A. G. — Cesarean section at the Lying-In Hospital (1931-1949). *Surg., Gynec. & Obst.*, 90:443, 1950.
- Dippel, A. L. and Brown, W. H. — Roentgen visualization of the placenta in soft tissue technique. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 40:986, 1940.
- Duckering, F. A. — Delivery after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 51:621, 1946.
- Eames Jr., D. H. — A study of the management of pregnancies subsequent to cesarean sections. *Am. J. Obst. Gyn.*, 65:944, 1953.
- Eastman, N. J. — *Williams Obstetrics*. New York, Appleton, 1950.
- Eastman, N. J. — (Comentários) *Obst. & Gynec. Survey*, 7:60, 1952.
- Engström, L. and Ohlson, L. — The value of intravenous oxytocin drip in obstetric cases. *Acta Obst. & Gynec. Scand.*, 35:414, 1956.
- Eparvier et Sautereau — Observation d'un cas de second accouchement prématuré provoqué chez une malade ayant antérieurement subi une opération césarienne. *Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris*, 11:456, 1922.
- Falls, F. H. — A critical study of the low cervical and classical cesarean section operations. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 32:989, 1936.
- Falls, F. H. — Comparison of low cervical and classical operations. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:707-719, 1953.
- Fava, P. V. — Ruptured uterus following classical cesarean section with a normal birth during the interval. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 28:284, 1934.
- Feeney, J. K. — Practical points relating to rupture of uterus. *J. Irish M. A.*, 35:371, 1954.
- Fernandes, M. e Moraes Netto — Indicações das histerectomias e histerorráfias nos casos de rotura do útero. *An. Bras. Ginec.*, 29:405, 1950.
- Ferreira, F. et al. — Considerações técnicas sobre a cesárea (a ser publicado).
- Finn, N. F. and Muller, P. F. — Abdominal myomectomy; special reference to subsequent pregnancy and to the reappearance of fibromyoma of the uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 60:109, 1950.
- Fleming, A. M. — Delivery after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71:1202, 1956.
- Formichella, O. — Da esterilização por ligadura tubária na cesareana iterativa. *Rev. ginec. e d'obst.*, 46:551, 1952.
- Frangenheim, H. — Über Geburten nach vorangegangenen Kaiserschnitt. *Arch. f. Gynäk.*, 182:61, 1952.
- Frangenheim, H. — Wie beeinflusst eine Kaiserschnittentbindung den Verlauf späterer Geburten? *Deut. med. Wnschr.*, 79:1451, 1954.



- Fuchs, H. — Über Geburten nach Kaiserschnitt, insbesondere über das Verhalten der isthmischen Bogenschnittnarben. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 61:2578, 1937.
- Gladden Jr., A. H. — The conduct of labor after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 11:642, 1926.
- Grasset, J. and Bret, J. — Uterine rupture following transverse section; 2 cases. *Bull. Soc. Gynec. et Obst.*, Paris, 4:591-592, 1952. *Semaine hôp. Paris*, 29: 525-526, 1953.
- Greenhill, J. P. — Once a cesarean section, always a cesarean section, an untruth. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 5:86, 1923.
- Greenhill, J. P. — (Comentários) Year Book of Obstetrics and Gynecology 1955-1956 Series, pgs. 189-190.
- Grelle, F. C. — O parto cesáreo. Situação atual. *Arq. Fund. Clara Basbaum*, 2: 17, 1951.
- Grogan, R. L. — Cesarean section and subsequent labor; report of cases. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 20:101, 1930.
- Grusetz, M. W. and Tisdall, L. H. — Rupture of the scar of a lower segment cesarean section with transverse incision. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 45:890, 1942.
- Harris, J. R. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 66:1191, 1953.
- Hasselblatt, R. — Klinische Studien über die intraperitoneale Schnittentbindung. *Acta Obst. et Gynec. Scand.*, 10 (suppl. 2) 1930.
- Hayes, W. Y. — Vaginal delivery after previous caesarean section. *M. J. Australia*, 2:82, 1951.
- Herd, S. B. — Vaginal delivery after lower segment caesarean section. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 56:118, 1949.
- Herzberg, B. — Report on 2 cases of normal delivery following cesarean section. *Southwest. J. M. & S.*, 17:263, 1933.
- Hess, O. W. — Wound healing in the uterus. *Surg., Gynec. & Obst.*, 96:584, 1953.
- Hindman, D. H. — Pelvic delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 55:273, 1948.
- Holland, E. — Rupture of caesarean section scar in subsequent pregnancy and labour. *Lancet*, 2:591, 1920.
- Holland, E. — Rupture of caesarean section scar in subsequent pregnancy and labour. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 14:22, 1920-1921.
- Holland, E. J. — Rupture of the caesarean section scar in subsequent pregnancy or labour. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 28:488, 1921.
- Hornung, R. — Schwangerschaft und Geburt nach Kaiserschnitt. *Zentralbl. f. Gynäk.*, Nr. 11a, 782, 1931.
- Huber, H. — Die Vorzüge des Entbindungsschnittes in der Cervix gegenüber dem Entbindungsschnitt im Corpus uteri für die nachfolgenden Geburten. *Schweiz. med. Wchnschr.*, 54:963, 1924.
- Irving, F. C. — Tubal sterilization. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64:527, 1952.
- Irving, F. C. — Medicine as a science: Obstetrics. *New England J. Med.*, 244:91, 1951.
- Iturriaga, D. C. — Porvenir obstétrico de las operadas de cesárea. *Bol. Soc. Chilena obst. y ginec.*, 14:286, 1949.
- Jefferiss, D. and Smith, G. S. — Subacute uterine inflammation from unabsorbed sutures. *J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, 58:832, 1952.
- Kaboth, G. — Die Frage der operativen Sterilisierung bei der mehrfach wiederholten Schnittentbindung. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 60:1203, 1936.
- Kalaja, S. and Kinnunen, O. — Keisarileikkattujen myöhemmistä synnytyksistä. Touistetuista keisarileikkauksista. Alateitse synnyttäneiden myöhemmistä Keisarileikkauksista. *Duodecim, Helsin.*, 69:436, 1953 (cit. *Excerpta Medica gyn. & obst.*, 7:20, 1954).
- Kamnitzer, M. B. — Rotura intraparto de cicatriz de cesárea segmentar. *An. Brasil. Ginec.*, 34:269-282, 1952.
- Kauppinen, M. A. — Harvinainen raskaudenaikainen kohdunrepeämätapans. *Duodecim, Helsin.*, 70:861, 1954. *Excerpta Medica obst. & gynec.*
- Keller, R. and Fobe, H. — Section césarienne et accouchements ultérieurs. *Gynécologie*, 35:385, 1936.
- King, J. A., King, E. L. and Pitt, M. B. — A study of the fetal mortality in cesarean section. *South. M. J.*, 46:491, 1953.
- Koller, O. — Zwanzig Jahre transperitonealer zervikaler Schnittentbindung. *Schweiz. med. Wschr.*, 66:44, 1936.
- Krukenberg, G. — Beiträge zur Kaiserschnittfrage. *Arch. f. Gynäk.*, 28:408, 1886.



- Kruckemeyer, K. — Ungewöhnliche Blutungen unter der Geburt. *Aerztl. Wschr.*, 9:1027, 1954.
- Kuder, K. — Pregnancy following cesarean section. *Surg., Gynec. & Obst.*, 62:887, 1936.
- Kuder, K. and Dotter, C. T. — The character of vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 48:371, 1944.
- La Mariana, P. — Rupture of cesarean scar during pregnancy and labor. *M. Times and Lond. Island M. J.*, 61:307, 1933.
- Lane, F. R. and Reid, D. E. — Dehiscence of previous uterine incision at repeat cesarean section. *Obst. & Gynec.*, 2:54, 1953.
- Langen, P. — Geburten nach abdomineller Schnittentbindung. *Arch. f. Gynäk.*, 162:331, 1936.
- Lantuéjoul, P. — Accouchement par les voies naturelles d'une femme ayant subi, un an auparavant, une césarienne basse pour bassin rétréci. *Gyn. Obst.*, Paris, 14:353, 1926.
- Lask, S. — Unabsorbable sutures in cesarean section; a case report. *Jour. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 60:541, 1953.
- Lawler, P. E., Bulfin, M. J., Lawler, F. C. and Lawler Jr., P. E. — A review of vaginal delivery following cesarean section, from private practice. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 72:252, 1956.
- Lawrence, R. F. — Vaginal delivery after caesarean section. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.*, 60:237, 1953.
- Lévy-Solal, Laennec et Delarue — Évolution d'une gestation normale chez une femme ayant subi 3 mois auparavant une césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 17:918, 1928.
- Lima, O. R. — Alguns pontos de técnica da operação cesareana. *Obst. y ginec. latino-am.*, 10:50, 1952.
- Losee, J. R. — The cesarean scar; an anatomical study. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 76:1, 1917.
- Marioton — Le pronostic éloigné de l'opération césarienne classique à propos d'une série de vingt-trois opérations césariennes classiques itératives. *Arch. mens. d'obst. et gynéc.*, 1912.
- Mason, N. R. and Williams, J. I. — The strength of the uterine scar after cesarean section. *Boston M. & S. J.*, 162:66, 1910.
- McLane, C. M. — Delivery through the natural passages following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 20:650, 1930.
- McLean, L. F., McDowell, H. C., Nichols, D. H. and Wildhack, R. H. — The present-day safety of cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 60:860, 1950.
- McNally, H. B. and Fitzpatrick, V. P. — Patients with four or more cesarean sections. *J.A.M.A.*, 160:1005, 1956.
- McNeill, D. B. — Perinatal mortality associated with cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71:304, 1956.
- Munro Kerr, J. M. M. — *Operative Obstetrics*, London, 1937, Baillière.
- Mussey, R. D., Randall, L. M. and Doyle, L. W. — Pregnancy following myomectomy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 49:508, 1945.
- Mutel, S. — 45 accouchements par les voies naturelles après césarienne segmentaire au cours d'une précédente gestation. Thèse. Lyon, 1953.
- Nahoum, J. C. — Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea. *Rev. de Gin. e de Obst.*, 47:183, 1953.
- Nattrash, J. — Vaginal delivery following cesarean section. *Med. J. Australia*, 40:2:9:329, 1953.
- Nel, J. B. — Vaginal delivery following caesarean section. *S. Afr. Med. J.*, 28:533, 1954.
- O'Connor, C. T. — The problem of the repeat cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 53:914, 1947.
- Page, E. W. — The usefulness of intravenous Pitocin infusions in obstetrics. *West. J. Surg., Obst. & Gynec.*, 62:125, 1954.
- Palliez, R. et Gernez, L. — À propos de 12 observations d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse. *Bull. Soc. d'obst. et gynéc.*, 24:393, 1935.
- Pedowitz, P. and Felmus, L. B. — Rupture of myomectomy scars during subsequent pregnancies. *Obst. & Gynec. Survey*, 7:305, 1952.
- Peralta Ramos, A. y Guiroy, A. J. — La operación cesárea y el parto ulterior por vías naturales. *Bol. Soc. Obst. Gin.*, B. Aires, 8:36, 1929. *Sem. méd.*, 36:1666, 1929.
- Perez Roca, E. — El manejo del parto en la paciente con cesárea previa. *Gin. y Obst.*, México, 9:171, 1954.



- Phaneuf, L. E. — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Rev. Franç. Gyn. et Obst.*, 22:177, 1927.
- Piper, E. B. — Once a caesarean always a caesarean. *N. York M. J.*, 116:10, 1922.
- Planchu, M. — Accouchement prématuré provoqué chez une gestante antérieurement césarisée. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, Paris, 11:373, 1922.
- Portes et Seguy, J. — Accouchement spontané chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. *Bull. Soc. Obst. Gynéc.*, Paris, 17:921, 1928.
- Pierrot, W. — Spontangeburt nach Kaiserschnitt. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 74:1430, 1952.
- Potter, M. G. and Elton, N. W. — An improved method of uterine closure in high classical cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 43:303, 1942.
- Potter, M. G. and Johnston, D. C. — Uterine closure in cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 67:760, 1954.
- Prall, H. J. — Labor following hysterotomy; review of previously reported statistics and report of a case. *J. P. Michigan M. Soc.*, 25:265, 1926.
- Quarantotto, A. — Parto per via naturale dopo taglio cesareo cervicale e taglio cesareo ripetuto. *Clin. ostet.*, 30:29, 1928.
- Rabago, J. — La evolución del embarazo en mujeres cesareadas. *Rev. Cir. Hosp. Juarez, México*, 6:315, 1935. *Rev. Mex. cir.*, 3:49, 1935.
- Rezende, J. de — Contribuição ao Estudo da Operação Cesareana Abdominal. Casa do Livro Ltda., Rio de Janeiro, 1941.
- Rhenter — A propos du procès-verbal; 5 opérations d'accouchements prématurés provoqués chez d'anciennes césariotomisées. *Lyon méd.*, 130:874, 1930.
- Rivière Soumireu et Boireau — *Bull. Assoc. gynéc. et obst. de lang. franç.*, 2:182, 1950.
- Rychlowski, Z. — Normal delivery after cesarean sections. *Polska gaz. lek.*, 13:101, 1934.
- Salmond, M. — Six cases of spontaneous or forceps deliveries following previous caesarean sections. *Lancet, Lond.*, 2:810, 1927.
- Sampaio, J. C. P. de — A propósito de um caso de rotura de cesárea de Kerr. *Arq. Brasil. med.*, 42:31, 1952.
- Sänger, M. — Der Kaiserschnitt bei Geburtshilfe. 1882.
- Scanlan, B. J. — A case of unusual uterine rupture. *Med. J. Australia*, 2:710, 1954.
- Schebat — Accouchement spontané chez une parturiente ayant subi une césarienne corporelle pour une présentation du siège. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, Paris, 23:202, 1934.
- Schell, J. T. — Once a caesarean always a caesarean. *N. York M. J.*, 118:637, 1923.
- Schmitz, H. E. and Babba, G. R. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 57:669, 1949.
- Schmitz, H. E. and Gajewski, C. J. — Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 61:1232, 1951.
- Schmelzer, F. — Die bevölkerungspolitische Bedeutung des Kaiserschnittes; ein Beitrag zur ehelichen Fruchtbarkeit nach Schnittentbindung. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 64:1354, 1940.
- Schumann, E. A. — A critique of the factors involved in cesarean section mortality. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 37:212, 1939.
- Schumann, E. A. — Cesarean section. Evaluation of types of section and their indications. *Am. J. Surg.*, 59:50, 1943.
- Schwarz, O. H. and Paddock, R. — The cesarean scar. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 10:153, 1925.
- Schwarz, O. H., Paddock, R. and Bortnick, A. R. — The cesarean scar. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 36:962, 1938.
- Siegel, I. — Scars of the pregnant and non-pregnant uterus. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64:301, 1952.
- Sullivan, C. L. and Campbell, E. M. — One thousand cesarean sections in the Modern Era of Obstetrics. *Obst. & Gynec.*, 5:669, 1955.
- Terán Valls, M. — Un caso de vía vaginal consecutivo a cesárea segmentaria. *Ars médica, Barcelona*, 11:267, 1935.
- Teräsvooruri, H. e Raippalinna, A. — Keisarileikattugen myökemmistä synnytyksistä ahdaslantiotapankissa. *Duodecim*, 70:730, 1954 (referência).
- Tofte, A. — Sur l'accouchement par les voies naturelles chez les femmes ayant subi autrefois l'opération césarienne. *Acta obst. et gynec. Scand.*, 22:403, 1922.
- Turner, J. — Vaginal delivery following cesarean section. *Rhode Island M. J.*, 35:670, 1952.



- Valenzuela, E., Sanhueza, H. y Lönnberg, C. — Embarazo y parto en útero portador de una cicatriz defectuosa de histerotomía. *Bol. Soc. Chilena Obst. y Gynec.*, 11:3, 1946.
- Vanverts, J. — Dans la conduite à tenir en présence d'un utérus ayant antérieurement subi la section césarienne. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 9:478, 1920.
- Varmelin, H. — Accouchement spontané après césarienne supra-symphysaire. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, Paris, 10:325, 1921.
- Villarama, A. — Normal deliveries following caesarean section. *J. Philippine Islands M. Ass.*, 1:11, 1921.
- Ward, V. L. — Subsequent cesarean section. *Tr. Pacific Coast Obst. Gyn. Soc.*, 21:51, 1953.
- Ward, V. L. — Subsequent cesarean section. *West. J. Surg.*, 62:222, 1954.
- Wetterwald, M. — Zur Frage der Uterusruptur nach cervicalen transperitonealen Schnittentbindung. *Zentralbl. f. Gynäk.*, 50:592, 1926.
- Wetterwald, M. — Geburten nach transperitonealem cervikalem Kaiserschnitt. *Schweiz. med. Wschr.*, 56:820, 1926.
- Wille, F. C. — Über den Geburtsverlauf nach Kaiserschnitt. *Deut. med. Wschr.*, 52:569, 1926.
- Williams, J. W. — A histological study of 50 uteri removed at cesarean section. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 28:335, 1917.
- Williams, J. T. — Delivery by the natural passages following caesarean section. *Am. J. Obst.*, 80:435, 1919.
- Williams, J. T. — The care of pregnancy and labor in patients previously delivered by caesarean section. *Boston M. & S. J.*, 186:599, 1922.
- Wilson, K. — A clinical study of one hundred and thirty-three pregnancies following cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 12:268, 1926.
- Wilson, A. L. — Labor and delivery after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 62:1225, 1951.
- Winchester, G. and Brown, R. — Caesarean section with special reference to subsequent childbearing. *Edinburg M. J.*, 61:63, 1954.
- Wolfson, A. and Lancet, M. — Management of postcesarean deliveries. *Obst. & Gynec.*, 6:625, 1955.



# MATERNIDADE E INFÂNCIA

(ARQUIVOS MEDICO-SOCIAIS)

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA

ÓRGÃO DA

COMISSÃO ESTADUAL DE SÃO PAULO



VOLUME XVI ★ ABRIL - JUNHO, 1957 ★ NÚMERO 2 ★ ANO XIII



## ANESTESIA EM OBSTETRÍCIA

Dr. ALBERTO RAUL MARTINEZ \*

Obstetricamente falando, sabemos que as opiniões são bastante concordantes no que respeita às técnicas operatórias, porém o mesmo não se dá em relação ao emprego da anestesia apropriada para esta ou aquela intervenção. Entretanto, a vida da mãe e da criança depende tanto da indicação e técnica operatória correta como da anestesia usada.

Desde que Simpson administrou a primeira anestesia em obstetrícia em 1847, os tocólogos vivem na esperança de que seja encontrado um anestésico ideal para a especialidade, porém, como sabemos, apesar de todos os esforços, o fim ainda não foi alcançado.

O que se verifica pelo grande número de trabalhos que existem sobre o tema, é que a maioria dos obstetras dá preferência pessoal a diferentes técnicas para obter a anestesia ideal durante o ato operatório, técnicas que são pelo menos aceitas como satisfatórias pelos que as empregam.

Assim, pois, cada país, cada centro médico, tem a sua anestesia de eleição, talvez devido à tradição de escola, às possibilidades diferentes de investigação e desigualdade de dotação dos serviços, e às condições variáveis de pessoal. O que se tem verificado na prática é que a anestesia mais segura é aquela com a qual se tem maior experiência, o que favorece a rotina.

A multiplicidade de fatores, de ordem geral e local, constitui o grande obstáculo às inúmeras tentativas para a completa solução do problema. A diferença fundamental entre a anestesia obstétrica e a cirúrgica, em geral, reside na presença do conceito e do órgão parturiente. Enquanto que na cirurgia geral só existe um paciente a considerar, na obstetrícia operatória, têm-se esse paciente, o órgão parturiente e sobretudo o feto.

As modificações impostas pelo ciclo grávido puerperal ao organismo materno, as condições desse mesmo organismo antes da gravidez, a evolução do ovo e as condições de seu desenvolvimento, as doenças atribuídas à própria gravidez, ou aquelas que dela independem podem surgir ou sofrer agravação, oferecem condições que impõem uma conduta judiciosa para que não se faça periclitlar o binômio materno-fetal.

Os centros respiratórios do feto são especialmente vulneráveis às drogas anestésicas e como estas atravessam a placenta quando administradas à mulher grávida, é evidente a possibilidade de sua interferência com o início da respiração da criança ao nascer. Há a considerar ainda que, graus mínimos de anóxia materna, de tal forma a serem absolutamente inócuos ao organismo da parturiente, podem ser fatais ao feto, cujo teor sanguíneo em oxigênio é normalmente muito baixo.

Anóxia fatal para o conceito pode resultar também de graus moderados de hipotensão materna, desde que persistam por prazo prolongado. Na realidade, o tocólogo teme tanto as conseqüências imediatas da anóxia fetal como as suas seqüelas neuro-psiquiátricas. Esta sensibilidade especial do feto, especialmente do

\* — Livre-Docente e Assistente de Clínica Obstétrica da Fac. Med. da Univ. São Paulo. Chefe de equipe da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" da L. B. A.



premature, aos efeitos usuais ou aos efeitos ocasionais de quase todas as formas de anestesia materna, cria, como afirma Nicholson I. Eastman, um dos problemas mais difíceis em obstetrícia, o qual na verdade não existe na anestesia da cirurgia geral.

Fato importante e que precisa ser frisado é que a anestesia obstétrica requer uma verdadeira especialização dentro da especialidade, ou o anestesista deve conhecer bem a arte obstétrica ou então o parteiro deve conhecer melhor a anestesiologia, pois as condições do caso obstétrico como já foi assinalado, são muito mais complexas, visto ser necessária a análise cuidadosa de três elementos — a) normalidade clínica da paciente; b) normalidade mecânica e dinâmica do parto; c) normalidade clínica do feto.

De grande importância para o tocólogo, na escolha de método anestésico a ser empregado, é considerar os seguintes pontos:

- A) Estado da parturiente e sua possível insuficiência orgânica no momento da operação.
- B) Tamanho e condições do feto;
- C) Ambiente em que está trabalhando;
- D) Capacidade técnica do anestesta com que se pode contar;
- E) Operação a se realizar;
- F) Anestésicos que se têm à mão;
- G) Toxidez e margem de segurança do anestésico;
- H) Aplicabilidade à técnica operatória proposta;
- I) Efeito sobre a paciente;
- J) Efeito sobre o feto;
- K) Efeito sobre a contração uterina;
- L) Aceitabilidade por parte da paciente.

Assim, pois, a seleção do método anestésico a ser empregado em obstetricia não pode obedecer ao mesmo critério que o empregado nas anestésias em cirurgia geral.

Estados patológicos maternos e condições fetais imprimem características próprias a bom número de pacientes a ponto de alterar a preferência anestésica previamente estabelecida para determinada operação obstétrica.

A presença de hemorragia, choque, toxemia grávida pura ou associada a doença renal ou hipertensiva, descompensação cardíaca ou outras cardiopatias, anemia, infecções, tipo constitucional, afecções do aparelho respiratório, diabetes, prematuridade e hipóxia fetal, são contingências que o parteiro ou o anestesiista deve considerar em sua decisão na escolha da anestesia adequada para o caso individual. Por outro lado devem-se ainda considerar os requisitos de cada operação uterina. Se a anestesia obstétrica ideal é aquela que, anestesiando a via de acesso e o canal de parto, conserva a contratibilidade e a retratibilidade da musculatura uterina, evitando assim perdas sanguíneas excessivas, as intervenções nas quais são obrigatórias as manipulações intra-cavitárias ou a evolução fetal — versão interna — tornam imperativo o relaxamento do músculo uterino. Assim, se a anestesia — tornar-se por demais superficial, poderá impedir o trabalho do parto. Se excessivamente profunda, ameaçará não só a vitalidade do feto, em geral já muito abalado, como também a contratibilidade do órgão parturiente.



Felizmente para os obstetras e anestesistas a fisiopatologia obstétrica imprime ao assunto condições intrínsecas especiais, tais como: a) as gestantes parecem mais sensíveis às drogas neurotrópicas; b) possuem melhor transporte anestésico pela riqueza lipídica de seu sangue; c) a perda hemorrágica natural do parto assegura uma rapidez maior na eliminação da droga; d) existe certo desvio e destruição dos medicamentos por parte do feto; e) a idade da parturiente, habitualmente entre vinte e quarenta anos, assegura máxima resistência. De tudo isso resulta que, aos obstetras, no momento, correspondem as menores cifras de insucessos por mortalidade do adulto em anestesia: Hingson e Hellman (1956) dão a seguinte mortalidade: Cirurgia geral 1/3.007; Obstetrícia 1/7.131; Cirurgia torácica 1/295.

Em relação à mortalidade determinada pelo agente anestésico, temos ainda conforme esses mesmos autores os seguintes dados:

Éter 1/2.907; anestesia endovenosa 1/3.924; gás 1/4.229; raqui 1/5.584; local 1/16.756.

Devemos assinalar que, de um modo geral, a parturiente não é convenientemente preparada para o ato operatório, especialmente no sentido da não ingestão de alimentos sólidos e líquidos por doze ou mais horas, pois a quase totalidade dos trabalhos de parto se inicia sem aviso bem evidente e, conseqüentemente, muitas anestésias têm de ser ministradas dentro de poucas horas após refeição copiosa, daí serem os acidentes devidos a aspiração do conteúdo gástrico os principais responsáveis pelas mortes em anestesia obstétrica, cerca de 1/3 segundo estatísticas de Lock e Greiss (Am. J. Obst. Gynec. 1955, 70, 861).

Não existe até o momento um anestésico que seja ao mesmo tempo completamente inócuo aos fatores fundamentais:

- A) normalidade clínica materna;
- B) normalidade dinâmica e mecânica do parto;
- C) normalidade clínica do feto;

Conclui-se que, no estado atual de nossos conhecimentos, é inadmissível aceitar-se determinado método de anestesia como o ideal para toda a Obstetrícia operatória, daí então haver essa diversidade de emprego desta ou daquela anestesia nos diferentes serviços e escolas.