

774
774
EDUARDO MAIA

O PARTO PREMATURO ARTIFICIAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

À

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRENSA COMMERCIAL

Rua dos Lavadouros, 16

1894

73/1 ENC

Para o dia 17 de junho de 1894
pelas 12 horas da manhã

Presidente O. G. F. Eduardo Se-
neira Pimenta

De. Barros

Dr. Agostinho Ant. do Sacramento

M. El. Rodrigues das S. Pinto

et seq. } M. Agostinho Augusto de O. Lemos
Roberto Frifas

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE SOUZA PEREIRA DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

PROFESSORES PROPRIETARIOS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2.ª Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3.ª Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5.ª Cadeira—Medicina operatoria | Pedro Augusto Dias. |
| 6.ª Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7.ª Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8.ª Cadeira—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9.ª Cadeira—Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10.ª Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11.ª Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 12.ª Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

PROFESSORES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramacho. |
| Secção cirurgica | Visconde de Oliveira. |

PROFESSORES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | { Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Vago. |
| Secção cirurgica | |
| | { Ricardo d'Almeida Jorge.
Candido Augusto Correia de Pinho. |

DEMONSTRADOR DE ANATOMIA

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto Belarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|-------------------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155).

A' MEMORIA

DE

MINHA MÃE

E DE

MINHA IRMÃ MARIA

A MEU PAE

A MINHAS IRMÃS

A MINHA TIA JULIA

A MEUS AVÓS

A MEUS TIOS

AOS MEUS PARENTES

AOS MEUS INTIMOS

Adolpho Pinto Monteiro da Cruz
Dr. Antonio d'Almeida Moraes Pessanha
Clemente Joaquim dos Santos Pinto Junior
José Caetano de Sousa e Lacerda

AOS MEUS AMIGOS E EM ESPECIAL A

Abel Brandão Leite P. C. de Menezes
Accacio Umbelino Pereira da Silva
Annibal Lopes Brou
Armando da Cunha Azevedo
Henrique Carlos Rodrigues
João Machado d'Araujo
Joaquim Arantes Pereira
Joaquim José Pinto
José Baptista Gonçalves Dias Junior
Julio de Carvalho Baptista
Pedro Alexandrino de Sousa

AOS MEUS CONDIPCIPULOS

AO EX.^{mo} SNR.

DR. ANTONIO D'OLIVEIRA MONTEIRO

AO MEU PRESIDENTE

O EX.^{mo} SNR.

DR. EDUARDO PEREIRA PIMENTA

CAPITULO I

. Esboço historico

Quando uma creança nasce depois do sexto mez após a concepção e antes do nono, o parto é prematuro.

Muitas vezes este parto faz-se espontaneamente, sem intervenção: é a simples abreviação do tempo ordinario entre a concepção e a expulsão do feto, sem que isto seja a consequencia de actos practicados com o fim de apressar o desenlace. Outras vezes porém, o facto dá-se porque o clinico o provoca, com o fim de melhorar a situação da mãe, do filho, ou de ambos. Esta provocação do parto, antes do tempo natural e com fins therapeuticos, designa-a a obstetricia com o nome de *Parto prematuro artificial*.

Posto que alguns autores francezes,—com o

seu costume, aliás desculpavel, de revindicação para a cirurgia nacional, de muitas operações— attribuem a esta uma origem franceza, parece comtudo certo que foi em Inglaterra, onde primeiro se practicou o parto prematuro artificial. Os casos de Louise Bourgeois são o bosquejo d'esta operação, mas não podem ser considerados como a sua base. Esta parteira, com effeito, procurava, ao que nos parece, obstar á continuação de hemorragias graves nos ultimos tempos da prenhez e obtinha assim, até certo ponto inconscientemente, a expulsão do feto. Pelo contrario conscientemente e já com conhecimento de causa, se reuniram em 1756 os medicos de Londres para decidir sobre a oportunidade da operação nos casos de aperto pelvico. Votaram pela affirmativa, e Macaulay, pouco tempo depois, punha a operação em practica. Seguido por Kelly, é imitado mais tarde por Barlow, Denmann, Morrimann, Marshall, Clarke, Ramsbootham, Burns e outros, a cujos esforços se deve a rapida generalisação da operação. Da Inglaterra passou para a Allemanha, onde, como na primeira, os medicos hesitaram durante algum tempo. Em 1770, comtudo, Weidmann aconselha o parto provocado e May publica, datada de 1799, uma obra com o titulo: *De necessitate partus quando que præmature vel solo manuum vel instrumentorum adjutorio promovendi.*

Em 1804 executa Wenzel pela primeira vez a operação na Allemanha e é imitado por Krauss nove annos mais tarde. Reisinger em 1820 publi-

cou um trabalho em que estuda a questão e se declara partidario do parto prematuro artificial.

A opinião medica seguiu-o por quasi toda a parte, a operação tornou-se da moda e foi até practicada abusivamente. É n'esta epocha que apparecem, defendendo-a, os allemães Joerg, Stein, Kluge e Ritgen; os hollandezes J. Themmen, Salomon, Vrolik e Wellenberg; e os italianos Lovati, Billi e Ferrario. O numero de mulheres, que pariam assim antes de termo, era tal, que na Allemanha o governo teve de intervir para moderar o furor operatorio dos seus medicos.

Em França a historia do parto prematuro artificial tem uma evolução differente. Menos independentes que os seus collegas do norte das peias d'uma religião constrictora e mal interpretada,— os medicos francezes resentem-se d'esta influencia, a ponto de Sue, nos seus *Essais historiques*, fallando da operação, pedir sobre ella a opinião dos theologos e casuistas. E este modo de pensar não se alterou com as ultieiores modificações do espirito da França, porque, tendo a operação sido proposta á Academia de Medicina em 1827, esta resolvia, após demorada discussão e por influencia de Baudelocque, que devia ser regeitada *por contraria á religião*. Era tal a obstinação que nem a factos frisantes a opinião medica franceza se rendia. Comtudo Fœderé e Stoltz trabalhavam activamente a favor da operação, e este ultimo apresentou em Paris, em 1831, um caso em que tinha obtido bom resultado. O prestigio do seu nome

*

parece ter sido um dos factores que abalaram a opinião dos medicos, e Villeneuve, P. Dubois, Dezeimeris, de Lacour, de Lazare Sée e de Ferniot, collocam-se a seu lado.

Desde então as publicações e trabalhos multiplicaram-se e o *parto prematuro artificial* entrou na practica. Em 1869 Stanesco, fundando-se em estatisticas, pretendeu restringir-lhe os limites; mas alguns annos mais tarde, com a descoberta da antisepsia e o seu emprego em obstetrica, o proprio Spiegelberg, que se collocára ao lado de Stanesco, modificou a sua opinião.

Eis a traços largos esboçada a historia d'esta operação, hoje completamente accete e cujo valor é irrefragavel.

CAPITULO II

Indicações e contra-indicações

Como o *desideratum* do parto prematuro artificial é salvar a mãe e o filho, a primeira indicação é que este seja viavel na occasião em que a operação se practica. Perante a lei é ao fim do sexto mez que o feto póde considerar-se viavel, mas perante a obstetricia e tendo em conta simplesmente os cuidados ordinariamente fornecidos á creança, este periodo deve elevar-se a 217 dias, ou 7 mezes. Hoje, em virtude do emprego das criadeiras, de que mais adeante fallaremos, póde julgar-se viavel uma creança com menos tempo de vida intra-uterina. Póde mesmo fixar-se um termo muito approximado de 6 mezes e $\frac{1}{2}$. Em 1892 M.^{me} Henry publicou uma curiosa estatistica sobre as creanças nascidas antes de termo, com-

parando a percentagem das que morriam antes de se empregarem os meios hoje usados n'estes casos e depois do seu emprego. Não resistimos á tentação de a transcrever, de curiosa e demonstrativa que é:

MORTALIDADE		
IDADE	ANTES DO INCUBADOR	DEPOIS
6 meses.....	100%.....	84%
6½ »	78,5	40
7 »	61	50,2
7½ »	46	23
8 »	22	11,2
8½ »	12	4

Creemos, pois, que a epocha de 6½ mezes, fixada para a viabilidade fetal, é hoje perfeitamente accetavel.

Diagnosticado que a prenhez conta, pelo menos, 195 dias, quaes serão as circumstancias que nos determinarão a intervir provocando o parto? Parece-nos que estas indicações podem synthetisar-se no quadro seguinte:

I—Fornecidas pela mãe:

- a) angustia pelvica
- b) estados pathologicos

II—Fornecidas pelo feto:

- a) excesso de volume
- b) morte habitual.

É certo que póde ainda dar-se a coincidência de se combinarem duas d'estas causas; assim, póde perfeitamente succeder que, ao mesmo tempo que a mãe apresenta uma pelviciação, o feto tenha um volume excessivo. Isto, porém, não constitue um grupo de indicações áparte, como quer Auvard; vem apenas tornar mais justificada a intervenção operatoria. Posto isto vamos tratar de cada uma das indicações pela ordem apontada.

* * *

A.—INDICAÇÕES FORNECIDAS PELA MÃE

1.º *Angustia pelvica*

É a indicação mais frequente e que mais se tem estudado. Póde provir d'um aperto congenito da bacia, d'uma viciação rachitica, de deformação por osteomalacia, e finalmente da formação de neoplasias nas partes molles ou duras, e que não é possível affastar, punccionar ou extirpar. Das viciações, a que mais especialmente nos importa considerar, é a redução do diametro

sacro-pubico minimo, a que deve corresponder, normalmente, o bi-parietal do feto. Na bacia normal é de 10^{cm},5 e aprecia-se, como adeante veremos, pela pelvimetria digital. Por outro lado o diametro bi-parietal do feto mede, ao fim da concepção, 9^{cm},5, e sabe-se que póde ser reduzido a 9^{cm}, e mesmo mais alguns millimetros, sem que haja n'isso perigo de vida para a creança. D'aqui se conclue que um feto normal de termo póde perfeitamente atravessar uma bacia, cujo diametro conjugado verdadeiro seja de 9^{cm}. É este pois o limite superior para a provocação do parto prematuro nos apertos pelvicos e sobre o qual estão de accordo a maior parte dos autores.

Outro tanto porém não succede com respeito ao limite inferior, muito discutido. Este deve naturalmente inferir-se do valor do diametro bi-parietal na occasião em que o feto póde considerar-se viavel. Esta epocha já nós fixamos em seis mezes e meio. Divergem porém os parteiros quando pretendem dar a medida do diametro bi-parietal.

Para Stoltz, Joulin, M.^{me} Lachapelle e Cazeaux seria de 6^{cm},5 ao 7.^o mez; Dubois dá-lhe 72^{mm} na mesma epocha e Tarnier é de egual opinião; Budin e Shroeder dizem que é de 81^{mm}; para Auvard tem 7^{cm}, e, finalmente, para Ahlfeld, 82^{mm}.

Que deveremos concluir d'aqui?

O meio mais razoavel será tirar uma média approximada e essa é de 7^{cm},5. Contando, como fizemos para o limite superior, com a redução

que póde soffrer a cabeça do feto, e que está calculada de 5^{mm} até 1^{cm}—o diametro bi-parietal descerá assim a 70 e mesmo 65 millímetros.

O limite inferior fica pois determinado, de accordo com a opinião de Nœgelé, em 6,5 e 7 centímetros.

Se o diametro sacro-pubico, que consideramos até aqui, é effectivamente o mais frequentemente viciado, não devemos comtudo deixar de explorar minuciosamente todos os outros do estreito superior. Outrepont provocou uma vez o parto prematuro em virtude do pequeno calibre que apresentava o estreito inferior da bacia. Muitas vezes ainda, não ha desproporcionalidade nos diametros, mas toda a bacia é pequena; é, segundo Wenzel, uma indicação para a practica do parto prematuro artificial.

A existencia de tumores das partes molles ou duras, sempre que seja impossivel faze-l'os desaparecer, ou desvia-l'os, trazendo como consequencia o aperto do canal pelvico, constituem indicações para o parto prematuro artificial e Ashwel practicou-o duas vezes por este motivo.

Finalmente notaremos, que, se nos apertos congenitos ou de origem rachitica, o parteiro póde antecipadamente traçar o seu programma, outro tanto não succede com os de proveniencia osteomalacica em que a causa continua a actuar.

2.º Estados pathologicos

A gravidez é um estado physiologico, que imprime á mulher modificações muito complexas. Se não é portanto estado morbido, não cria tambem para a mulher immunidade alguma contra as doenças que podem acometter qualquer individuo da especie humana. «Está mesmo sujeita, diz Tarnier, a numerosas indisposições, e as affecções de que soffre adquirem algumas vezes, pelo proprio facto da gestação, uma importancia maior que em qualquer outra circumstancia; de mais, está exposta a um certo numero de estados morbidos que lhe são proprios.» Muitos d'estes estados são favoravelmente modificados pela terminação da gravidez, e, portanto, racional é provocar essa terminação quando elles se manifestem.

Do que deixamos dito resulta a natural divisão d'este grupo de indicações em dois sub-grupos: o primeiro comprehendendo as doenças proprias da gravidez, de que ella é a causa; o segundo abrangendo todas as outras que, não sendo exclusivas á mulher grávida, são comtudo agravadas pela coexistencia da prenhez.

O primeiro constitue o grupo de indicações mais formaes pela immediata dependencia entre as doenças que o constituem e a gravidez.

N'elle poderemos mencionar em primeiro lugar os *vomitos incoerciveis*.

Seja qual fôr a sua pathogenia, ainda hoje obscura, resistem muitas vezes a qualquer tratamento que não seja a evacuação do utero. A difficuldade porém é grande, quando se pretende determinar a occasião propria para a intervenção. Para P. Dubois, e para a maior parte dos autores, essa occasião é o segundo periodo caracterizado: 1.º por vomitos quasi incessantes pelos quaes toda a substancia alimentar, algumas vezes mesmo a menor quantidade de agua simples, é infallivelmente repostas; 2.º emagrecimento e fraqueza taes que condemnam a doente a um repouso absoluto; 3.º syncopes resultando do menor movimento ou da mais leve emoção moral; 4.º alteração profunda das feições; 5.º reacção febril forte e continua; 6.º acidez excessiva do halito; 7.º finalmente, impotencia das outras medicações tentadas.

Não é raro darem-se, durante a gravidez, *accidentes de suffocação*, quer tenham por causa a hypertrophia da thyroidea, a impulsão do diaphragma pelo augmento de volume do utero, a intoxicação uremica, etc. Quando esta dyspneia é extrema e a vida da mulher periga, podemos recorrer á provocação do parto.

As *doenças cardiacas* podem ter por causa o augmento total da massa sanguinea durante a gravidez. Tentaremos n'este caso o tratamento medico; nos casos graves, porém, está perfectamente indicada a provocação do parto prematuro.

Com o nome de *anemia perniciosa progressi-*

va descreveu Gusserow uma doença, relativamente frequente na gravidez, caracterizada pela diminuição rápida dos globulos rubros, tendo como consequencia a anemia e a morte da mulher.

É uma doença grave e para a qual todo o tratamento medico falha. A este proposito diz Auvard: «*Tout autre traitement que l'avortement ou l'accouchement provoqué échoue contre cette terrible maladie, causée par la grossesse même, et disparaissant avec elle*». A indicação é pois aqui bem nitida e formal.

As *hemorrhagias* durante a gravidez podem adquirir um caracter grave pela sua repetição e pelo estado de abatimento em que deixam a mulher. Este accidente é, muitas vezes, curavel apenas pela evacuação do utero, aconselhada por Kehrer e por Tarnier.

O estado do sangue na prenhez e augmento de volume do utero produzem frequentemente a infiltração serosa do tecido conjunctivo ou o derrame de serosidade nas cavidades, principalmente no peritoneu; isto é, o *edema* ou a *ascite*. N'um e n'outro caso só a provocação do parto prematuro póde, muitas vezes, salvar a mulher.

No mesmo caso estão a *albuminuria* e a *hypertrophia mammaria*.

Vem aqui muito a proposito fallar da *eclampsia* e da *uremia*, que parece andar-lhe intimamente ligada. N'esta, talvez mais do que em qualquer outra affecção, tem sido discutida a oppor-tunidade da provocação do parto, e, se a comba-

te-l'a ha nomes illustres, não menos illustres autoridades a defendem. Quasi todos concordam porém, em que devemos obter a deplecção uterina tão promptamente quanto possível. A natureza tende por si, a evacuar o utero; não devemos nós auxiliar-a? Cremos bem que sim. Não ignoramos que muitas vezes a provocação do parto póde agravar o estado da mulher; ao parteiro resta, portanto, em presença d'um determinado caso, decidir-se ou não pela provocação do parto, segundo as circumstancias occasionaes.

Outra doença para que todos os autores julgam dever practicar, em determinadas condições, a provocação do parto prematuro é a *hydropisia do amnios* ou *hydramnios*. A sua etiologia é obscura e os autores attribuem a doença ás mais variadas causas. Parece porém poder ter origem fetal ou materna. O parto prematuro artificial deve ser practicado, attendendo a que a punctão do ovo, proposta por alguns parteiros, com o fim de fazer sahir uma certa quantidade do liquido deixando continuar a prenhez, poucos resultados dá. Sobre este ponto diz Tarnier: «On y (*à la provocation de l'accouchement*) aura recours toutes les fois que la vie de la mère se trouvera gravement compromise par de la dyspnée, des troubles circulatoires, etc. Ces accidents surviennent surtout dans l'hydramnios à marche rapide; dans les cas chroniques, en effet, on est souvent étonné de la distension énorme que peut subir l'uterus sans qu'il en résulte de complication serieuse».

É pois ainda o estado da mãe que nos fornece esta indicação, uma das mais bem assentes, para a provocação do parto prematuro artificial.

Algumas das affecções de que tratamos podem ser preexistentes ao tempo da concepção e aggravarem-se pelo curso da gravidez. Estão n'estas circumstancias, por exemplo, as *doenças cardiacas* e a *dyspneia* em alguns casos. A indicação para a provocação do parto subsiste ainda, tal como a estabelecemos.

Outra doença, que de modo algum podíamos passar em silencio, é a *pneumonia*. Esta, com effeito, manifestando-se n'uma mulher prenhe, adquire tal gravidade que põe em grande perigo a vida da doente. *Quanto mais a prenhez se adeanta, tanto mais grave é o prognostico para a mãe e para o filho* (Chatelain, Matton, Wernich, Ricau).

Deveremos, em vista d'isto, provocar o parto? Theoricamente a questão ainda não foi resolvida, clinicamente só conhecemos o caso de Thirion citado por Tarnier. O resultado foi bom, mas um caso só não autorisa a operação.

Em todas estas indicações alguma coisa ha de commum: é a gravidade da doença. Resumindo, podemos pois dizer com Auvard: «Todo o estado grave, susceptivel de ser modificado pela interrupção da prenhez, é uma indicação de expulsão provocada».

O estudo das indicações esboça o das contra-indicações; os limites porém, no que se refere á gravidade da doença, são difficeis de traçar. A

gravidade, com effeito, pôde ser tal que a provocação do parto se torne um perigo de morte. É esta a unica contra-indicação nos casos de que aqui tratamos, e que o parteiro só poderá apreciar á vista de cada caso particular.

* * *

B.—INDICAÇÕES FORNECIDAS PELO FETO

1.º *Excesso de volume*

Pouco nos deteremos sobre esta indicação que, de resto, já foi estudada. Com effeito, excesso de volume do feto e pequenez da bacia tudo se resume na desproporcionalidade entre um e outro e as indicações subsistem n'este caso como para o primeiro. O desenvolvimento excessivo do feto pôde ser simples, isto é, sem doença, ou pathologico. A primeira especie de hypermegalia pôde ainda ser localisada ou generalisada. N'um e n'outro caso está indicada a provocação do parto prematuro.

2.º *Morte habitual*

Em certas mulheres a gravidez nunca é levada a termo porque o feto morrê um certo tempo depois da concepção. Este facto é conhecido com o nome de *morte habitual*. Assignalado por Mauri-

ceau, estudado por Denmann, d'Outrepont, Léopold, Spiegelberg e outros, a sua etiologia é, ainda hoje, muito nebulosa. Seja porém ella qual fôr, o que é certo é que nenhum meio temos para salvar a creança senão provocar o parto sete ou oito dias antes da epocha em que a morte do feto se tem dado nas prenhezés anteriores. É evidente, que, se esta epocha é anterior á da viabilidade fetal, nada poderemos conseguir por tal meio.

CAPITULO III

Meios de provocar o parto prematuro

É extensa a lista dos differentes meios que tem sido propostos com o fim de determinar o parto. A classificação mais completa é a que Auvard apresenta no quadro seguinte:

1.º Meios indirectos:

1.º Internos...	{	1.º <i>Autores antigos</i>	Arruda, teixo, sabina.
		2.º <i>Bongiovanni</i>	Cravagem de centeio.
		3.º <i>Sayre</i>	Sulphato de quinina.
		4.º <i>Mari-Audet</i>	Chlorhydrato de pilocarpina.
2.º Externos..	{	1.º <i>d'Outrepoint</i>	Fricções uterinas, massagem.
		2.º <i>Schreiber, Sympson</i>	Electricidade galvanica faradica.
		3.º <i>Gardien</i>	Banhos quentes repetidos.
		4.º <i>Friedreich, Scanzoni</i>	Sinapismos, ventosas nas mammas.

2.º Meios directos:

1.º Sobre o collo { 1.º *Schoeller* Tampão vaginal.
2.º *Huter, Braun* Bexiga vaginal, kol-
peurynter.
3.º *Kiwisch* Douches no collo.

2.º No collo ... { 1.º *Kluge* Esponja preparada.
2.º *Van Leynseele* Laminaria.
3.º *Barnes, Chassagny*. Sacco de caoutchouc.

3.º No utero:

a) Corpo não dilatavel... { 1.º *Krause* Sonda elastica.
2.º *Schweighauser* Injecção utero-ovu-
lar.
3.º *Hamilton* Descollamento das
membranas com o
dedo.
4.º *Solowief* Tampão de gaze io-
doformada no col-
lo e segmento in-
ferior.

b) Corpo dila- tavel { 1.º *Tarnier* Ballão.
2.º *Pajot* Ballão de Tarnier,
modificado.
3.º *Champetier de Ribes*. Ballão inextensivel.
4.º *Treub* Sonda e ballão.

4.º No ovo... { 1.º *Scheel* Trocate (perfuração
das membranas ao
nivel do collo).
2.º *Meissner* Trocate (perfuração
das membranas
longe do collo).

Levar-nos-hia muito longe o estudo especial de cada um d'estes processos; por isso nos limitaremos a considerar os mais importantes, pondo desde já de parte os meios indirectos, cuja efficacia é problematica e cujo emprego não offerece vantagens sobre o dos directos.

I.—*Schoeller*, de Berlim, introduzia na vagina pequenos tampões de fios embebidos em oleo. Este processo deu alguns resultados, mas não é seguro.

II.—*Huter*, *Braun* e *Busch* substituiram estes tampões por uma simples bexiga de cão, não muito volumosa, á qual se adaptava um tubo munido d'uma torneira; cada sessão deve durar apenas seis horas, renovando a applicação até apparecerem as contracções.

III.—*Kiwisch de Wutz* servia-se de douches ascendentes vaginaes, processo que teve muitos partidarios em França, Inglaterra e Hollanda. Um reservatorio de 25 litros de capacidade era suspenso n'uma parede a 3 metros do solo; o jacto era dirigido ao focinho de tenca durante 12 a 15 minutos, e isto duas a tres vezes por dia. Segundo Krause, em 81 casos de partos provocados por este meio, 68 deram bom resultado. A estatistica é-lhe pois favoravel, mas o processo tem o grave inconveniente de poder introduzir-se ar nos seios uterinos, juntamente com a agua.

IV.—*Kluge* dilatava o collo pela esponja preparada ahi mantida por um tampão vaginal. A esponja, distendendo-se, produz um principio de dilatação, a irritação propaga-se e occasiona a con-

tracção das fibras do utero: o tampão junta a sua acção á da esponja. Este processo, além d'outros inconvenientes, tem o da incerteza de acção.

V.—*Krause* introduzia no utero e deixava ahi ficar durante algum tempo, uma sonda, que, pela irritação continua, provocava o parto. Foi processo muito empregado, mas tem inconvenientes, taes como a possivel laceração dos tecidos do collo, a ruptura das membranas ou o descollamento da placenta. Cêri, para evitar estes inconvenientes, servia-se de vellas occas de celluloides, cuja introduccão porém, é muitas vezes difficil. Este processo requer uma grande demora na applicação o que determinou quasi completamente o seu abandono.

VI.—*Schweighauser* fazia injecções directas no utero. A este processo applica-se a mesma reflexão que fizemos ao de *Kiwisch*.

VII.—*Macaulay*, em 1756, empregou pela primeira vez o processo que consiste na perfuração das membranas e que durante muito tempo foi usado. Se é verdade que dá bons resultados relativamente ao parto, é comtudo certo tambem que põe a creança em grande perigo. Por isso hoje quasi só é empregado com fins criminosos, apezar das modificações de *Scheel* e *Meissner*.

VIII.—*Tarnier* apresentou á Academia de Medicina, em 1862, um aparelho muito vantajoso para a provocação do parto. Sofreu varias modificações e hoje é um dos de maior utilidade. Compõe-se de um tubo de cautchouc de 30 centímetros de comprimento e fechado n'uma das ex-

tremidades. As paredes d'esta são mais finas e podem distender-se n'uma extensão de 3 a 4 centímetros. Prende-se á extremidade do tubo um fio, resistente e fino, com cerca de 50 centímetros de comprido. Ha, além d'isso, um conductor metallico com uma gotteira como a das sondas canelladas; este conductor tem tres orificios: dois proximos da extremidade, a um centimetro de distancia, o terceiro junto do cabo. Para montar o aparelho faz-se passar o fio preso á extremidade do tubo pelo orificio da extremidade do conductor; faz-se sahir pelo segundo orificio e, vindo ao longo da face concava do conductor, passa pelo ultimo orificio. O tubo vem assim adaptar-se á gotteira e fixa-se ahi, enrolando o fio no cabo. Introduce-se então no utero, tira-se o conductor e dá-se a injecção que leva em média 70 grammas de liquido e fórma na extremidade dilatavel do tubo uma intumescencia semelhante a um ovo de pomba.

A objecção mais importante que se tem feito ao aparelho de Tarnier é ter uma acção muitas vezes insufficiente para provocar o parto: é expulso quando o collo apresenta ainda uma dilatação pequena, o trabalho cessa, e é então preciso recorrer a outros instrumentos. O proprio Tarnier reconhece o inconveniente, e, quando este facto se dá, recorre ao ballão de Champetier ou ao seu dilatador metallico.

Este é ainda um aparelho engenhoso do

grande parteiro. Bonnaire dá d'elle a descripção seguinte:

«Cet appareil se compose de deux ou trois branches, que l'on peut articuler en ailes une fois qu'elles sont placées dans l'uterus, et qui sont d'une longueur de 35 centimetres et demi; elles sont coudées dans leur milieu à angle très obtus. Elles s'articulent par le sommet mousse de leur couture; à leur extrémité se trouve une ailette longue de 27 millimètres, large de 20; cette ailette est coudée sur sa tige.

La troisième branche présente une courbure plus rapprochée du crochet que de la tige.

Les trois ailettes sont disposées de telle sorte qu'elles peuvent appuyer simultanément et à égale pression sur le pourtour du col.

A l'extrémité opposée à celle qui supporte les ailettes se trouvent des crochets auxquels on adapte des circuits de caoutchouc, qui, par la pression continue qu'elles exercent excitent le col».

O aparelho assim formado é introduzido no collo, cada haste por sua vez, e na extremidade livre applicam-se os aneis de cautchouc. As hastes, apoiando-se pelos seus angulos, afastam-se na extremidade uterina, tanto mais quanto maior é o numero de aneis empregados.

Este aparelho actua como dilatador e como excitador, e as suas principaes vantagens são:

1.^a Rapidez de acção;

2.^a Antisepsia facil;

3.^a Não modifica a posição do feto.

Tem porém o inconveniente de poder dilacerar o collo, quando não seja empregado com prudencia.

IX.—*Champetier de Ribes* apresentou um outro ballão inextensivel e podendo adquirir o volume d'uma cabeça de feto. Tem um effeito quasi certo sob o ponto de vista da provocação do parto, mas tem tambem dois grandes inconvenientes: occasiona uma grande mortalidade para as creanças (33,4 %—Pinard), e, repellindo a cabeça fetal, dá logar a procidencias tantas vezes fataes.

X.—Resta-nos fallar do processo de *Treub*, apresentado nos *Archives de Tocologie* de junho de 1890, onde o seu autor faz d'elle e do seu emprego uma descripção minuciosa. Compõe-se de um sacco de gutta-percha muito fino (*condom*) dentro do qual se faz entrar uma sonda Nélaton cujas extremidades são préviamente cortadas. Quando a extremidade introduzida no sacco está a uma distancia do fundo variavel entre 12 e 15 centímetros, fixa-se o sacco á sonda por um fio de sêda. Á outra extremidade da sonda liga-se um pequeno tubo que permita a adaptação da canula d'uma seringa. Introduce-se tudo dentro d'uma sonda de celluloides, á qual se dá a curvatura precisa, mergulhando-a em agua quente. Desinfecta-se então o apparelho com agua phenicada e procede-se á preparação da mulher. Esta consiste:

1.º n'uma lavagem dos órgãos genitales externos (sabão, agua, solução phenicada); 2.º n'uma irrigação da vagina com solução de acido phenico a 2,5 %. Feito isto introduzem-se as valvas de Sims, limpa-se bem a vagina das suas mucosidades e introduz-se o aparelho no utero. Injecta-se então uma solução boricada pela extremidade da sonda Nélaton e vac-se retirando a de celluloides que serve apenas de conductor. Quando o sacco de gutta-percha tem approximadamente 175^{cc} da solução, a sonda Nélaton é fechada por meio de um fio de sêda e a sonda conductora retirada. Limpase a vagina e applica-se o tampão de gaze iodoformada o qual fixa a sonda. A média da permanencia do aparelho no utero até produzir effeito é de 31 horas. Este processo é, indubitavelmente, um dos mais seguros e de effeitos relativamente mais rapidos. A sua construcção é facillima e prompta, o seu manejo simples e commodo. Se póde provocar hemorrhagias e ruptura das membranas, nem isto é frequente nem os perigos são grandes porque o sacco, distendido serve, até certo ponto, de tampão.

CAPITULO IV

Objecções á operação

Agora, que conhecemos a operação e lhe traçamos as indicações, vem a proposito apresentar as objecções que lhe tem sido feitas e que a fizeram passar por tantas vicissitudes, desde o completo abandono até ao abuso.

Não nos deteremos a apresentar e criticar as objecções resultantes de ideias moraes e religiosas mal interpretadas. Estão hoje completamente postas de parte e ninguem se lembra de traze-las a campo.

Poderá prestar-se a abusos, mas o cirurgião peza em sua consciencia as razões que o podem levar a intervir ou a abster-se, e intervirá quando julgar que é esse o seu dever.

Restam-nos pois tão sómente as objecções

scientificas, as unicas que podem ter valor, as unicas dignas de critica.

Uma d'ellas consiste em dizer que o volume do feto está na razão directa da amplitude da bacia; quanto mais pronunciado fôr o aperto, dizem, menor é o peso do feto. Outros julgam que o aperto pelvico é uma causa frequente de parto prematuro expontaneo.

Se estas asserções fossem verdadeiras, o parto prematuro artificial tornava-se uma operação inutil. Tal não succede, porém, como vamos vêr. De 1886 a 1887 o Dr. La Torre apresentou, em varias memorias publicadas com o titulo: *Du développement du fœtus dans les bassins viciés*, observações feitas na Maternité de Paris sobre 44 casos de angustia pelvica. As suas conclusões, cathgoricas, e indubitaveis, são as seguintes:

1.^a *Os vícios de conformação da bacia não são causa de parto prematuro expontaneo;*

2.^a *Não ha relação entre as dimensões da bacia e o desenvolvimento do feto.* E accrescenta: «le poids moyen des fœtus à terme dans les bassins retrecis doit non seulement être considéré comme celui des fœtus à terme dans les bassins normaux, mais assez souvent il lui est superieur».

Demonstra mais La Torre que, nas bacias estreitas, o peso do feto é sensivelmente o mesmo nas primiparas e nas multiparas e que são eguaes os diametros bi-parietaes e bi-temporaes, quer a mulher seja primipara ou multipara, quer a bacia seja normal ou viciada. Estas observações, feitas

com cuidado e methodo, não pódem deixar duvida alguma sobre a independencia entre o volume fetal e a amplitude pelvica.

Das outras objecções, umas referem-se á difficuldade de precisar as indicações da intervenção, outras á gravidade da operação.

É impossivel, diz-se, apreciar exactamente as dimensões da bacia e por consequencia o seu grau de aperto.

Que ha, porém, de verdade n'este argumento? Nada, a nosso vêr. Sabemos perfeitamente que os innumeraveis apparatus apresentados como pelvimetros merecem tão pouca confiança que pódem dizer-se completamente abandonados na practica, e, o que é mais, abandonados até pelos seus proprios inventores.

Mas sabemos tambem que a pelvimetria digital nos dá resultados seguros, verificados em muitos casos sobre o cadaver. E não só nos dá a conformação geral da bacia mas o diametro sacro-sub-pubico, conhecido o qual poderemos obter o sacro-pubico minimo. Podemos assim, diz Jacquemier, conhecer o grau de aperto da bacia com a approximação de alguns millimetros.

A outra objecção sobre difficuldade de indicações refere-se á quasi impossibilidade de reconhecer a idade da prenhez, o volume do feto e as dimensões da sua extremidade cephalica. Este argumento tem algum valor; mas, se, por vezes é difficil diagnosticar ha quanto tempo uma mulher está grávida, não é comtudo impossivel e é ordi-

nariamente facil. Com effeito, se os signaes fornecidos pela ultima menstruação, pelo volume do ventre, pela sensação dos primeiros movimentos fetaes percebida pela mãe, pelo volume apparente do feto á palpação, pelas modificações do apparelho genital, em summa—se todos os elementos de diagnostico apreciados separadamente, não nos levam a formar juizo seguro—é comtudo verdade que, combinando-os, podemos chegar a conclusões bastante precisas.

Pelo que respeita ao volume do feto, e principalmente da cabeça, o que nos importa sobretudo conhecer é a relação entre as dimensões d'esta e as da bacia. A palpação, empregada com este fim por Müller e aperfeiçoada depois por Pinard, permite fazer uma ideia justa d'estas dimensões.

Os argumentos adduzidos contra o parto prematuro artificial e fundados na gravidade da operação destroem-se facilmente. Como é uma operação em que ha, digamos assim, dois interessados, a mãe e o filho, vejamos quaes os resultados para cada um d'elles.

Ninguem nega que no momento do nascimento a mortalidade do feto seja pouco consideravel; mas nascendo este n'um estado de viabilidade mediocre, morre em breve.

É isto o que se diz e comtudo não é a verdade. Para prova-lo basta attender aos resultados obtidos com os incubadores. A mortalidade dá-se principalmente nos primeiros dias depois do nascimento e já em 1888 Léopold obtinha uma per-

centagem de 75 % e La Torre 88 % de creanças vivas.

Se apreciarmos agora os resultados obtidos para a mãe, devemos considerar dois periodos diversos na historia do parto prematuro artificial: o primeiro até ao emprego da antisepsia, o segundo d'ahi em deante. Em 170 casos reunidos por Wilde salvaram-se 161 mulheres; em 225 observados por Lacour em 1844, a mortalidade das mães foi de 6,25 %. Na these de Stanesco, publicada em 1869, a mortalidade materna é de 25 % e as observações de Spiegelberg (1870) dão analogos resultados. Stoltz, em 211 casos, apenas conta 5 % de mortalidade para a mãe e Mely em 235, sómente 6,8 %. Vê-se pois que, mesmo antes da antisepsia, as estatisticas eram muito variaveis e algumas bastante animadoras. A mortalidade diminue porém rapidamente, desde que os cuidados antisepticos entram na practica. Max Strauch, em 28 casos observados no Hospital de Creanças de Moscou desde 1872 a 1887, não conta uma só mulher morta. O mesmo resultado obteve Dohrn em 66 casos publicados em 1887. Léopold (de Dresde) apresenta 45 casos em que a mortalidade é de 2,2 % e Wyder 225 com 5,3 % das mães, mortas. Schoenberg em 36 operações não teve um unico fallecimento e póde dizer-se affoitamente que em Vienna e Paris não se perde hoje uma só mulher em que se practique o parto prematuro artificial.

Resumindo, concluiremos:

- 1.º—Que o parto prematuro artificial é uma operação legítima;
- 2.º—Que é de grande benignidade para o filho;
- 3.º—Que póde considerar-se, hoje, inoffensiva para a mãe.

CAPITULO V

Methodos propostos para substituir o parto prematuro artificial

Os combates travados contra a provocação prematura do parto, longe de serem estereis, teem dado como resultado a apresentação de varios methodos com o fim de substituir esta operação nos casos de aperto pelvico. Será d'elles que nos occuparemos n'este capitulo, tentando estabelecer o que se póde esperar de cada um e o terreno que teem conquistado á provocação do parto. As differentes opiniões pódem agrupar-se, como faz Carette na sua thése (1892), da forma seguinte:

1.º Uns querem simplesmente deixar ir a gravidez até ao termo normal, na esperança de que o

parto se faça espontaneamente ou por uma applicação facil de forceps;

2.º Outros deixam a prenhez attingir o seu termo e practicam a operação cezariana;

3.º Um pequeno numero recorre á versão;

4.º Alguns parteiros sujeitam a mãe a um regimen debilitante;

5.º Pinard e outros recorrem á symphyseotomia.

1.º Não se deve interromper o curso da prenhez

Stanesco e Spiegelberg são os principaes partidarios d'esta opinião, mas são tambem os primeiros a reconhecer que, quando o diametro antero-posterior do estreito superior tem menos de 7^{cm},5, devemos lançar mão do parto prematuro. A estatistica apresentada pelo primeiro d'estes autores, feita sobre 103 casos em que deixou ir a gravidez a termo em bacias de 7,5 a 6^{cm}, dá uma mortalidade para as creanças de 78 0/0. Isto dispensa qualquer commentario.

Vejamos agora os casos em que a bacia tem mais de 7^{cm},5. Em 414 casos de angustia pelvica Stanesco obteve 108 partos espontaneos a termo com 72 0/0 das creanças vivas; a intervenção antes do fim da gravidez deu apenas uma percentagem de 50 0/0. D'estas bacias, 144 tinham diametros variaveis entre 7^{cm},5 e 9^{cm}; são os que mais se approximam dos limites que assignalamos ao

parto prematuro artificial. N'estes 144 houve 45 terminações expontaneas a termo (cerca de um terço) com 73,33 % de creanças vivas. Os casos terminados pelo forceps deram 85,8 %; o parto prematuro artificial 66,6 %. Estes resultados parecem abalar a provocação prematura do parto, quando assim expostos e tomados em globo. A propria estatistica porém, nos dá elementos para combater as ideias de Stanesco. Por ella se vê, com effeito, que a expulsão expontanea é relativamente rara (não chega a um terço); em muitos casos o forceps não basta e temos de recorrer a operações muito mais graves para a mãe e para o filho. De mais, na estatistica de Stanesco ha: 1.º 414 casos com 45 partos prematuros artificiaes em que a percentagem de creanças vivas foi de 50 %; 2.º 108 casos terminaram expontaneamente a termo com 78 creanças vivas, e em 108 foi necessario empregar o forceps dando 83 creanças vivas. Mas ha 148 casos em que foi preciso recorrer á versão, craneotomia ou cephalotripsia e em que se salvaram apenas 8 creanças.

Temos pois, em resumo, o seguinte quadro comparativo:

I.—Bacias menores que 7^{cm},5:

	Creanças salvas
a) provocação prematura...	50 %
b) parto a termo.....	42,8 %

II.—Bacias entre 7^{cm},5 e 9^{cm}:

a) provocação prematura...	47,8 0/0
b) parto a termo.....	46 0/0

Eis as percentagens que nos dá a estatística de Stanesco.

Estes numeros porém, no que se refere á provocação prematura do parto, são muito inferiores aos apresentados por outros autores.

Max Strauch (de 1882 a 1887) salvou 76 0/0 das creanças; Léopold, 75 0/0; La Torre, 88 0/0; Dohrn, 71 0/0. Isto basta para mostrar a superioridade do parto prematuro artificial sobre os outros processos aqui apreciados.

2.º *Operação cesariana*

Comparemos os resultados d'esta operação com os que se obteem pela provocação do parto, não n'um periodo em que ella tinha tão desastrosas consequencias, mas depois que a antiseptia a veio tornar muito mais benigna. Max Strauch obteve, de 1882 a 1887, pela operação cesariana, 92 0/0 creanças vivas e perdeu 11,2 0/0 mulheres. Conclue d'aqui que devemos preferir-a ao parto prematuro nos apertos pelvicos, attendendo á grande mortalidade das creanças em seguida á practica d'esta ultima operação.

Léopold, em 23 operações, apenas perdeu 2

mulheres ou 8,6 %; o numero das creanças vivas foi de 87 % (1888).

Calderini, de Parma, foi menos feliz. Em 82 mulheres, perdeu 29 ou 35 % e só conseguiu salvar 87 % das creanças (1890).

Ahlfeld, na mesma epocha, em 6 casos, conta 2 mães mortas ou 33,7 % e 5 creanças vivas ou 83 %.

Carusco (Leipzig), em 1890, reuniu 135 casos de operações cezarianas feitas por cirurgiões de todos os paizes; 99 mulheres e 123 creanças sobreviveram, o que corresponde a uma mortalidade materna de 25,5 % e 91 % dos filhos vivos. Vejamos agora quaes as estatisticas dos mesmos autores na provocação do parto prematuro:

Léopold.....	salva	75%	creanças e	perde	2,2%	mães
Calderini.....	"	73%	"	"	4,5%	"
Max Strauch...	"	76%	"	"	0 %	"
Carusco	"	61%	"	"	"
Ahlfeld	"	61%	"	"	0 %	"

Estes numeros mostram bem quão diminuta é a mortalidade materna pelo parto prematuro artificial; outros operadores teem obtido ainda melhores resultados e já tivemos mesmo occasião de dizer que hoje se póde contar com uma mortalidade materna nulla. Com a operação cezariana, feita em serviços clinicos bem organizados, por cirurgiões experimentados, obteem-se, em verdade, mais creanças vivas; mas a média das estatisticas precedentemente citadas mostra *que se perdem ain-*

da, actualmente, 25 mulheres por cento. Se Léopold salva 91 0/0, a sua estatística é excepcional.

Que devemos pensar depois d'isto?

Os autores allemães dão a preferencia ao parto prematuro artificial, em França a operação cezariana é poucas vezes practicada.

Observaremos ainda que, se a operação cezariana dá resultados menos favoraveis que a provocação do parto prematuro nos *serviços hospitalares*, com mais forte razão isto succederá na *clínica ordinaria*, onde não póde sempre haver as condições antisepticas, instrumentaes, etc., que a primeira das duas operações exige.

3.º Versão

Alguns autores, como Levret, Burton, M.^{me} Lachapelle, Simpson, Barnes, declararam-se partidarios da versão podalica nos apertos de bacia, pretendendo que o desenvolvimento do feto se dá mais facilmente quando a cabeça vem em ultimo logar. De identica opinião são Lochmann, Braun e Carusco que julgam não se dever recorrer á provocação do parto senão nas mulheres cujos filhos não puderam, em prenhez anteriores, ser extrahidos felizmente pela versão. A maior parte porém dos autores allemães é de opinião contraria; e bastar-nos-ha citar os nomes de Winckel, Wyder, Shroeder, Dorn e Spiegelberg. De resto as estatisticas são-lhe, em geral, pouco favoraveis. Léopold obteve 59 0/0 creanças vivas e uma

mortalidade materna de 5 0/0. Calderini, de Parma, em 65 versões em casos de pelvificiação, só salvou 44 creanças, isto é, 36,8 0/0. Stanesco, na clinica de Depaul só conseguiu salvar 8 creanças em 42 versões.

Quando pois se apresentar uma mulher com a bacia viciada, antes do fim da prenhez, é preferível praticar o parto prematuro que contar com os resultados da versão a termo.

4.º *Regimen debilitante*

Depaul preconisa um processo que diz ter-lhe dado bons resultados em alguns casos de pequeno aperto de bacia e que evita a provocação do parto. Impõe á mulher um regimen debilitante, que consiste em dieta quasi exclusivamente lactea, fazendo-lhe além d'isso uma ou mais sangrias. Depaul funda-se em que, obtendo assim a fraqueza da mãe, produzirá um atrazo no desenvolvimento do filho que, sendo por isso de menor volume quando chegar a termo, poderá então passar facilmente pelo canal pelvico.

Admittindo que a relação entre a alimentação materna e o desenvolvimento fetal é constante, o que ainda não está provado, será o processo absolutamente inoffensivo para a mãe? Já Cazeaux o julgava perigoso e o proprio Depaul conta um caso em que a debilidade da mulher chegou a ponto de ella mal poder suster-se. De mais, um outro inconveniente póde haver. Posto que Pro-

chownick affirme que este regimen de forma alguma modifica a duração da prenhez, Donath, medico hollandez, publicou, ainda ha pouco, observações em que mulheres sujeitas a este regimen pariram seis semanas antes do termo normal. Se assim é, o regimen debilitante passa a ser um processo de provocação do parto, em nada preferivel a alguns dos outros.

Alguns autores sujeitam ainda a mulher a um regimen medicamentoso; o iodo (Delfrayssé) e o iodeto de potassio (Ozanam) teem sido aconselhados. Não vemos que do uso d'estas substancias se possa tirar resultado satisfactorio, nem encontramos factos que o provem. O emprego d'estes regimens deve pois, a nosso vêr, ser regeitado.

5.º *Symphyseotomia*

Chegamos finalmente ao estudo de uma operação cuja existencia é, até certo ponto, analoga á da provocação do parto prematuro. Practicada com enthusiasmo logo depois da sua descoberta, esteve durante largos annos esquecida para ultimamente reviver, apostolada pelos mais eminentes operadores e parteiros modernos. Os seus nomes cercam-n'a d'uma aureola brilhante que deslumbra e estonteia a critica. Tentaremos porém dizer o que se póde esperar de tal operação, não nos demorando muito porque o seu estudo especial constituirá o assumpto de uma these que n'este mesmo anno deve ser apresentada a esta Es-

chola. Consiste na secção da cartilagem interpubica, o que permite um desvio consideravel dos iliacos. Este afastamento, que é, em média, de 6 centímetros, dá como resultado um augmento de 12 millímetros ao diametro antero-posterior; isto sem perigo para a mulher. É realmente seductor podermos deixar ir a gravidez a termo e então, por uma simples incisão, accrescentar mais de 1 centimetro ao diametro antero-posterior e vêr dar-se o parto com facilidade. Estará pois a symphyseotomia destinada a substituir o parto prematuro artificial? Para responder a esta pergunta devemos considerar diversos graus de apertô pelvico:

Bacia de 8 centímetros.—Supponhamos que o diametro antero-posterior do estreito superior tem 8^{cm}. Dois caminhos diversos poderemos tomar: provocar o parto prematuro, ou deixar a prenhez chegar a termo para practicar então a symphyseotomia. Optando por esta ultima hypothese poderemos dar ao diametro um comprimento de 9^{cm} e o parto far-se-ha naturalmente, por si, ou com uma facil applicação de forceps. A vantagem é bem clara. Mas isto não basta: é preciso que antes de entrar na practica obstetrica a operação não seja julgada de prognostico grave.

Bacia de 7 e 7,5 centímetros.—Em presença d'uma mulher com a bacia de 70 a 75 millímetros que deveremos fazer? Damos a palavra a Carette: «Si nous laissons la grosseesse aller à terme, la symphyseotomie nous donnera un bassin de 8^{cm} à

8,5; avec un tel bassin, nous n'avons pas le droit de compter sur un accouchement favorable: il faudrait un écartement trop considérable. Dans les cas de ce genre, la symphyseotomie ne pourra donc pas remplacer l'accouchement prématuré artificiel.»

Vejamos qual o prognostico do augmento temporario da bacia. As estatisticas dão o seguinte:

	Creanças vivas	Mães mortas
Novi (Napoles).....	79 0/0	20 0/0
Morisani (Napoles, 1886)...	72 0/0	39 0/0
Calderini (Parma, 1890)...	78 0/0	13 0/0
Pinard (Congresso de Roma)	89,47 0/0	5,27 0/0

A propria estatistica de Pinard, apresentada no Congresso de Roma d'este anno e transcripta na *Gazette hebdomadaire* de 5 de maio, é menos favoravel á symphyseotomia do que ao parto prematuro artificial, nos resultados relativos á mãe (mães mortas pelo parto prematuro 4,4 0/0). Pelo que respeita á creança não podemos deixar de confessar que os resultados são brilhantes.

Mas não poderão as duas operações associar-se? Não será de extrema vantagem deixar ir a prenhez até uma epocha mais approximada do termo e provocar então o parto, practicando a symphyseotomia, quando esta a termo nos não daria augmento sufficiente do diametro antero-posterior? Cremos bem que sim, quando o pro-

gnostico d'esta ultima operação esteja perfeitamente julgado como benigno. As symphyseotomias até hoje practicadas tem-n'o sido em hospitaes modelos, por cirurgiões habilissimos; as prescripções anti-septicas são rigorosamente cumpridas, a vigilancia das operadas é continua e exercida por individuos de reconhecida pericia.

Parece-nos licito perguntar:

Na clinica ordinaria, onde muitas vezes o parteiro se vê forçado a prescindir de muitas d'estas precauções, a estatistica não será um pouco mais avêssa á symphyseotomia?

Será sempre possivel fazer transportar uma doente que se julga dever soffrer a symphyseotomia, a um grande centro, muitas vezes longinquo, onde, n'um hospital, seja entregue a um operador habil?

A symphyseotomia ficará pois sendo, segundo creio, uma operação d'urgencia; o parto prematuro artificial uma operação de escolha.

* * *

Ultimamente Pinard, por indicação de Fara-beuf, practicou a ischio-pubiotomia, operação destinada especialmente aos casos de bacia obliqua-ovalar de Nœgélé. Ha apenas registrado na scien-

cia um caso averiguado, em que o resultado foi bom. Parte do que dissemos a proposito da symphyseotomia parece-nos applicavel á ischio-pubiotomia. Só porém a aquisição de mais casos poderá dar-nos o valor da operação, tratada também em these que, este anno será defendida na Eschola do Porto.

CAPITULO VI

Cuidados a prestar á creança nascida prematuramente

Uma creança nascida antes de tempo apresenta-se-nos em condições de vida naturalmente muito inferiores áquellas em que geralmente nascem as creanças de termo. Requer, por isso mesmo, cuidados especiaes e assiduos, e seria uma falta notavel não dizer n'este trabalho duas palavras sobre o assumpto.

Como a creança nascida prematuramente tem de passar no mundo exterior uma parte da vida que devia ainda ser intra-uterina, o nosso fim principal deve ser crear-lhe condições que se assimelhem, tanto quanto seja possível, ás que a cer-

cavam no utero. A causa da morte nas creanças em taes circumstancias é, em primeiro lugar, a differença de temperatura que encontram ao sahir do utero materno. Este menor grau de calor das creanças prematuras explica-se facilmente attendendo a varios factores: a irradiação é grande; a camada de tecido gorduroso é pouco desenvolvida e pouco protege a creança; os phenomenos de oxydção são minimos, porque a respiração é lenta e os movimentos poucos. Por isso a temperatura, nos primeiros dias depois do nascimento, é inferior a 37° e tanto mais, quanto mais tempo faltar para o termo. A primeira indicação é, pois, obter uma temperatura analoga áquella em que a creança vivia.

A segunda condição é a da alimentação, que se fazia no utero pelo sangue arterial da mãe, isto é, sem que o feto tivesse de fazer qualquer esforço para a obter ou para a tornar assimilavel.

Temperatura e alimentação são pois os dois elementos da criação dos *prematuros*. São numerosos os apparatus destinados a este fim, conhecidos com o nome de *incubadores* ou *criadeiras*, e seria extremamente longa a descripção de todos elles. Um dos mais usados é o de Tarnier. Este parteiro indicou dois modelos: um (o grande) tem o inconveniente de ser muito volumoso e caro e é quasi exclusivamente destinado aos hospitaes; o outro (o pequeno) póde ser fabricado em pouco tempo, é barato, e de facil transporte. Esta cria-

deira é assim descripta por Auvar: «Compõe-se d'uma caixa de madeira, com 65 centímetros de comprimento, 36 de largura e 50 d'alto (dimensões exteriores); sendo a espessura das paredes de 25 millímetros. A caixa é dividida interiormente por um septo horizontal incompleto situado a cerca de 15 centímetros da parede inferior. Na parte inferior, destinada a receber as botijas com agua quente, ha duas aberturas: uma lateral a todo o comprimento da parede, fechada por uma porta corrediça para ambos os lados e por onde se introduzem as botijas; a outra, n'uma das extremidades da caixa, é fechada por uma porta incompleta, isto é, menor que o orificio, e podendo dar sempre passagem a uma certa quantidade de ar. A parte superior, destinada á creança, com almofadas, tem em cima uma tampa de vidro que a fecha tão completamente quanto possivel, podendo levantar-se facilmente por meio de dous puxadores. Na parede superior ha um orificio de sahida para o ar a que se póde adaptar um tubo no interior do qual gira uma ventoinha á menor corrente d'ar. Na abertura que faz communicar os dois compartimentos, colloca-se uma esponja embebida em agua simples destinada a humedecer o ar, e um thermometro para marcar a temperatura. O aquecimento faz-se por meio de botijas especiaes; o incubador póde conter cinco, mas quatro bastam ordinariamente para conservar o calor necessario, isto é, variando entre 31° e 32°, sendo a temperatura exterior do quarto de 16° a 18°. Para aque-

cer a criadeira, procede-se da fôrma seguinte: introduzem-se tres botijas cheias d'agua a ferver no aparelho; ao fim de meia hora ha o grau de temperatura conveniente e pôde-se collocar a creança. Se n'esta occasião a temperatura se eleva a mais de 32°, abre-se um pouco a tampa de vidro durante alguns instantes. Ao fim de duas horas, mette-se a quarta botija, e, a partir d'este momento, de hora e meia em hora e meia ou de duas em duas horas, deve mudar-se a agua d'uma das botijas, a menos quente, e deitar-se-lhe agua a ferver.

O ar, penetrando pelo orificio descripto acima, aquece-se em contacto com as botijas, e, tornando-se assim mais leve, sobe para a parte superior impregnando-se de vapor d'agua ao passar pela esponja que deve estar sempre humida; envolve a creança e sahe finalmente pelo orificio superior imprimindo á ventoinha um movimento de rotação, prova palpavel de que ha corrente d'ar, indispensavel ao bom funcionamento do aparelho.»

Nem sempre ha á mão um aparelho d'estes, mas a sua construcção, ou d'outro similhante, é facillima e pouco demorada. Provocando o parto pelo processo de Treub ha tempo sufficiente para preparar a criadeira. A creança é ahi collocada depois de convenientemente enfaixada e todos os dias se vae, durante algum tempo, habituando á temperatura exterior. A do incubador varia entre 34° e 24°.

A alimentação faz-se a leite. Se a creança póde mammar directamente no seio da mãe ou da ama ou ainda no biberon, o caso simplifica-se; se porém, o seu estado de fraqueza é excessivo temos de recorrer á alimentação forçada (*gavage*). Não havendo leite de mulher administrar-se-ha á creança leite de jumenta, não fervido, misturado com metade do seu volume de agua assucarada, na proporção de tres grammas de assucar para cem de agua. Não havendo nenhuma das duas qualidades de leite podemos usar do de vacca, fervido e misturado com tres quartas partes de agua assucarada na proporção indicada acima. A alimentação forçada faz-se por meio de uma sonda fina (uma algalia de cautchouc, por exemplo) introduzida no esophago da creança e á qual se adapta um pequeno funil; um bico de peito artificial de vidro serve perfeitamente. Terminada a ingestão do liquido tira-se rapidamente a sonda antes que o funil se esvasie completamente, para evitar que o alimento seja regorgitado e que entre ar no estomago.

O numero de refeições deve ser tanto maior quanto mais fraca fôr a creança ou mais longe estiver do termo. Oito grammas de leite de hora a hora bastam para uma creança muito pequena e de poucos mezes. (Tarnier).

Aos resultados obtidos com os incubadores já nos referimos quando fallamos em geral das indicações do parto prematuro artificial e ahi vi-

mos, em face da estatística de M.^{me} Henry, quanto se consegue com o seu emprego; dispensamo-nos, por isso, de entrar aqui em mais considerações sobre o assumpto.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Não existe sphyncter interno da hexiga.

Physiologia.—A fibra muscular é directamente excitavel pela luz.

Materia medica e therapeutica.—Os oleos phenicados não são desinfectantes.

Pathologia geral.—O alcool absoluto anhydro annulla completamente o poder bactericida do sublimado e do acido phenico sobre os bacillos carbunculosos.

Anatomia pathologica.—As lezões microscopicas das fórmas *miliar aguda* e *fibrosa secca*, na tuberculose do peritoneu, são identicas.

Pathologia externa.—No tratamento dos aneurismas não optamos exclusivamente por um methodo ou processo.

Pathologia interna.—O tratamento da tuberculose pulmonar pela permanencia em altitudes elevadas não convém a todas as phases da doença.

Medicina operatoria.—Todas as vezes que ha suppurações, uma boa drenagem vale tanto como a antiseptia.

Partos.—A missão do parteiro não finda logo após a terminação do trabalho do parto.

Medicina legal e hygiene.—As eschololas devem estar sob rigorosa vigilancia das autoridades sanitarias.

Vista.
Pimenta.

Póde imprimir-se.
Wenceslau de Lima.