

758

ALGUMAS VARIEDADES DE APRESENTAÇÕES

A. Z.

BREVE ESTUDO

DE

PARTOS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

JOSÉ D'AZEVEDO VASQUINHO



PORTO

TYP. DE ARTHUR JOSÉ DE SOUSA & IRMÃO

74 - Largo de S. Domingos - 76

1893

71/3 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

(VISCONDE DE OLIVEIRA)

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos, 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, semeiologia e historia medica.....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ João Xavier d'Oliveira Barros.
	{ José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica.....	{ Visconde d'Oliveira.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ Antonio Placido da Costa
	{ Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica.....	{ Candido Augusto Correia de Pinho.
	{ Ricardo d'Almeida Jorge.

LENTE DEMONSTRADOR

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

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas nas dissertações e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escóla*, de 24 d'abril de 1840, art. 155).

Á MEMORIA

DE

MEUS PAES

As lagrimas que derramo sobre o
vosso tumulo hão de fazer lembrar-
me sempre os grandes sacrificios que
por mim fizesteis.

SAUDADE ETERNA

À MEMORIA

DE

Joaquim José de Figueiredo

ABBADE DE FONTEBOA

*Como testemunho de inolvidavel reconhecimento
pelo muito que fez por mim*

A MEU IRMÃO

E A

MINHAS IRMÃS

AOS MEUS PARENTES

E ESPECIALMENTE

AO

Dz. Joaquim Domingues Mariz

Sadze Alvaro Avelino dos Reis

Joaquim Maria dos Reis Valle

Ao Ex.^{mo} Snr.

Barão d'Espozende

E À

Ex.^{ma} Snr.^a

Baroneza

Como prova da mais profunda
consideração e estima.

AOS MEUS AMIGOS

E EM PARTICULAR

AOS

EX.^{mos} SNRS.

Manoel de Barros Lima

Eduardo Villas-Boas

Dr. Manoel Villas-Boas e ex.^{ma} familia

Dr. José Villas-Boas

Manoel Ferreira Villas-Boas

Francisco da Silva Loureiro e ex.^{ma} familia

Hoſ meus particulares amigos:

Albino Evaristo do Valle Souto (Capitão de estado-maior)

Dr. José Maria de Queiroz Velloſo

Dr. Quirino da Cunha

Dr. Antonio José da Rocha

Dr. João Novaes

Dr. Samuel Maria dos Santos Pacheco

Dr. Antonio Mendes do Valle

Dr. Antonio Carlos Leite da Cunha Vasconcellos

Dr. João Corrêa Simões

Dr. Joaquim Martins da Silva

Dr. José Vicente

Ao illustrado e muito digno
corpo docente da Escóla Medico-Cirurgica
do Porto

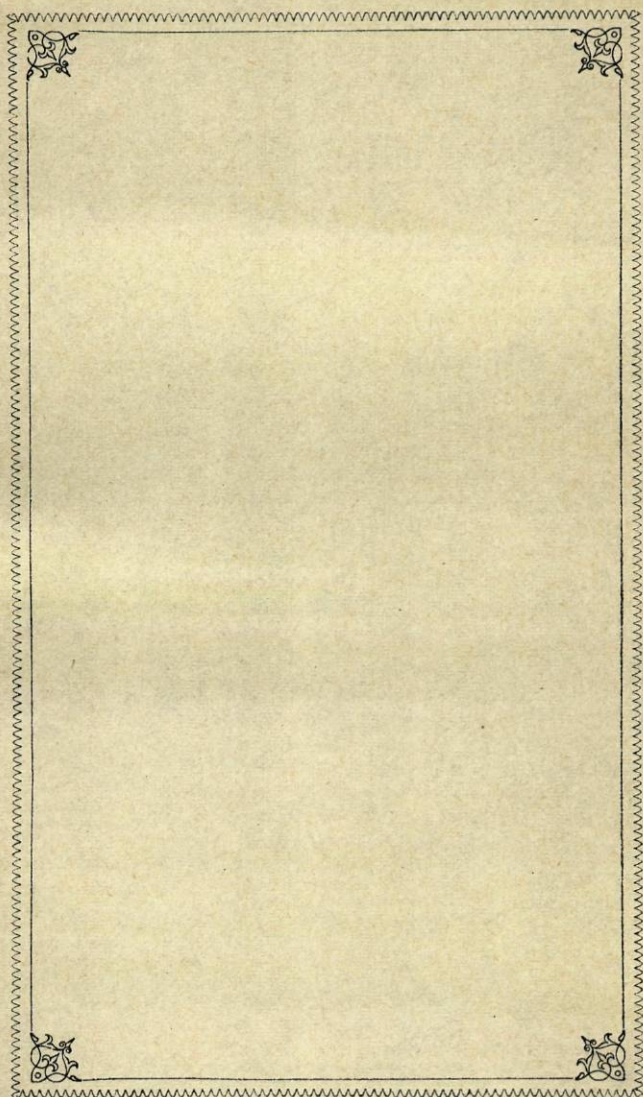
O discipulo reconhecido.

AO MEU PRESIDENTE

O EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

*O discipulo grato presta homena-
gem ao seu talento e ao seu muito
saber.*



Escolhemos para objecto da nossa dissertação um assumpto de partos, por ser esta especialidade uma d'aquellas ás quaes nenhum clinico poderá eximir-se, logo que seja chamado. O principiante, ainda não habituado aos grandes feitos do bisturi, pode escusar-se, na maioria dos casos, a fazer operações de grande cirurgia, deixando assim á boa pratica e á aptidão provada esses feitos que constituem a gloria da sciencia hodierna.

Com uma só excepção de que, em casos urgentes, procederá de harmonia com os ditames de sua consciencia e sciencia. O exemplo dos mais velhos, a pratica dos hospitaes, a observação minuciosa e attenta de quem pretenda ir longe irão depois habilitando a pouco e pouco, mas de uma maneira solida todo aquelle que sinta verdadeira vocação para operador.

Todavia lá ficou registada a excepção — os casos urgentes. A' testa d'elles figuram em

primeira linha as hemorragias, e depois as operações de partos. Perante um accidente de qualquer d'estas ordens todo o medico tem obrigação de intervir, porque a demora póde muitas vezes corresponder á perda da doente. Com certeza que as operações de partos não são, em regra, de tão grande urgencia como as hemorragias; porém não raro os dois accidentes se confundem, ha ao mesmo tempo hemorragia e trabalho de parto difficil, subindo então de ponto a necessidade de soccorros promptos.

Além d'isso, fóra este caso, se a mulher em trabalho distocico póde algumas vezes, sem inconveniencia, esperar soccorro, isso nem sempre succede, e ao espirito do pratico deve estar sempre presente que com a demora não raro se arriscam duas vidas.

Quanto á maneira de tratar o assumpto é certo que não nos pesa na consciencia o ter apresentado menos do que o que promettemos, por isso que a epigraphe pouco promette, estando assim em harmonia com o pouco que o nosso tirocinio incipiente pode dar. E essa necessidade de prometter pouco fez até com que por vezes nos vissemos obrigados a sair do ponto.

Por isso, e pelas demais imperfeições que porventura se encontrem n'este despretencioso trabalho, pedimos respeitosamente a benevolencia do jury.

BREVE ESTUDO DE PARTOS

Nos livros de partos costuma-se definir “apresentação a designação da parte fetal que primeiro se offerece ao estreito superior”. Julgamos ampla de mais esta definição, e parece-nos que seria de vantagem juntar-lhe pelo menos “depois de declarado o trabalho do parto”. Mas não estamos autorizados a fazer alterações aos livros classicos; portanto, não as fazemos. A razão da restricção afigurar-se-ia intuitiva. Não são raros os casos em que apresentação firme, verdadeiramente util no sentido obstetrico não existe, antes de declarado o trabalho do parto.

Sirva d'exemplo o que por vezes se observa com um feto extremamente movel, habitando um sacco de dimensões regulares, ou com um feto normal n'um sacco hydro-amniotico. O toque vaginal, praticado antes do trabalho, revelará d'uma vez a pelve, d'outra a espadua, d'outra a cabeça. Só

quando o trabalho principia é que o feto se pode tornar fixo ; e só havendo fixidez haveria a apresentação obstetrica verdadeiramente reguladora. Muitas vezes, nem o proprio trabalho do parto é sufficiente para determinar a fixação fetal. Sirva de exemplo esse caso de hydro-amnios, ainda ha pouco citado, mas levado ao extremo ; a outra hypothese de um feto pequeno, mas tambem extremamente pequeno, em aguas normaes ; uma gravidez longe do termo, pelo quarto ou quinto mez ; em summa, todo e qualquer exemplar onde se dê manifesta desproporção entre o continente-liquido e o conteúdo-feto. De modo que, em ultima analyse, se houvessemos de propor restricções áquella definição dos autores, ainda lhe poriamos uma outra, e ficaria assim : “Entende-se por apresentação a designação da parte fetal que primeiro se offerece ao estreito superior, depois de ahí se ter fixado definitivamente, quer esteja ou não declarado já o trabalho do parto. Bem sabemos que aos exemplos apresentados nos podem objectar que todas quellas posições differentes deram outras tantas attitudes, e por isso que não só houve uma, mas muitas apresentações. — É verdade. Mas onde estará então a utilidade de semelhante noção obstetrica, se ella não tem nada de fixo ? A vantagem principal d’este estudo consiste, para o momento, em que todo o trabalho do parto é dominado pela apresentação. Este é o primeiro passo para as posições. O conjuncto das posições, não só das posições iniciaes classicas, mas tambem das outras, é, na sua sequencia, o mecanismo do parto. Re-

conhecer, por exemplo, uma apresentação cephlica é restringir o assumpto por forma tal que ficam, pelo simples facto de esse reconhecimento, immediatamente postas de parte, pelo menos, dezeseis posições primordiaes. Não rejeitamos a definição. Também não a modificamos, já o dissemos; e o que vae escripto a esse respeito figura tão sómente a titulo de estudo. O que importa, o que nos parece indispensavel, é dividir o assumpto. A noção "apresentação," diverge muito conforme as circumstancias especiaes em que é observada. Umas vezes dominará o trabalho do parto, e outras não. Assim se concilia tudo, como vamos ver.

VARIEDADES DE APRESENTAÇÃO

Sabe-se que n'este capitulo de partos costumam figurar as divisões seguintes :

- 1.^a Extremidade cephlica;
- 2.^a Extremidade pelvica;
- 3.^a Tronco.

A primeira e a terceira subdividem-se por forma que o quadro final das apresentações classicas fica assim constituido :

- 1.^a Cabeça flectida ou vertice;
- 2.^a Cabeça estendida ou face;
- 3.^a Pelve;
- 4.^a Plano lateral direito;
- 5.^a Plano lateral esquerdo.

É esta a classificação adoptada pela maior parte dos autores, todavia alguns tratadistas mo-

dermos pretendem juntar a estes cinco grupos um sexto representado pela apresentação frontal.

Não nos demoremos em discutir este ponto, porque não é nossa pretensão exgotar o assumpto, visto que elle é vastissimo e anda tratado superiormente em centenas de manuaes e obras completas sobre a especialidade. Ahi ficam apontados tão sómente os rudimentos d'este capitulo, que julgamos obrigatorio para orientação do nosso escripto. Tambem não se fará menção de todas as divisões que debaixo d'outro qualquer ponto de vista os parteiros costumam introduzir no primeiro estadio do parto.

Em compensação, principiamos pela classificação seguinte, que não se apresenta explicita em nenhuma obra de que tenhamos conhecimento, mas que se encontra latente em todos os bons livros de partos.

A apresentação obstetrica pode ser de tres modos :

1.º Apresentação transitoria.

Definil-a-emos : a que se dá n'um feto ainda não fixado. (1)

2.º Apresentação provisoria, a que se dá n'um feto já immobilizado, (1) mas ainda não definitivamente.

3.º Apresentação definitiva, a que tem de dominar directamente o trabalho do parto.

(1) Os termos fixado e immobilizado referem-se á região apresentada.

O diagnostico da apresentação transitoria é geralmente facil. Assentando a palma d'uma das mãos na parede abdominal e percutindo essa mesma parede do lado opposto, com a outra mão, collocamo-nos em condições de produzir o baloiço abdominal. Sabe-se em que consiste esta sensação de baloiço, palavra que alguns tambem traduzem por balanço, o *ballotement* francez. Imagine se uma bexiga repleta d'agua, e contendo além d'isso uma bolla de bilhar. Quando em repouso a esphera naturalmente descansará na parte inferior. Porém, se o observador tendo a bexiga suspensa pela parte superior, em uma das mãos, percutir com um dedo a superficie inferior do mesmo reservatorio, por forma a imprimir á esphera do marfim, que allí assentava, um choque subito; e se depois d'isto, o mesmo observador conservar o dedo applicado contra a superficie que percutiu, experimentará um choque nitido, de contra pancada, um ou mais choques conforme a velocidade adquirida: é esta pancada de reflexão que toma em partos o nome de baloiço fetal. Por meio do toque vaginal, fazendo occupar ao index o fundo de sacco vaginal posterior, e produzindo o classico choque secco, deve-se experimentar a sensação de baloiço vaginal. Auscultando nos diversos tempos da exploração, encontraremos o foco do maximo ruido em diferentes pontos correspondentes á trajetoria fetal. Por ultimo, a apalpação abdominal ha-de dar a mãos exercitadas a mesma extremidade fetal — cabeça, pelve, etc., ora no estreito superior, ora n'uma ou n'outra fossa illiaca, ora nos flancos, etc. etc., apa-

nhando-se, por este modo, realmente não uma apresentação unica, mas sim muitas, o que desde logo trará ao espirito do pratico a certeza de que a apresentação primitivamente encontrada não era a definitiva. Todavia, o diagnostico da apresentação transitoria pode em alguns casos offerecer difficuldades, sendo natural confundil-a com uma provisoria ou mesmo definitiva. Sem pretendermos alludir aos casos complexos de gravidez multipla ou de deformidade fetal, que se prestariam a uma discussão interminavel, pode-se ainda assim citar algum exemplo. É do dominio commum o sem numero de enganos a que dá logar a apresentação d'espadua quando antes do parto pretendermos fazer um prognostico seguro. Certa apresentação d'espadua, provada e comprovada nos ultimos tempos da gravidez, desaparece, para ser afinal substituida por uma excellente apresentação de vertice! A modificação providencial da natureza em taes circumstancias tem sido até o melhor exemplo a seguir pela arte, em manobras tão simples quanto verdadeiramente uteis.

Ora, em alguns casos d'esses a apresentação de espadua seria já provisoria, isto é, haveria já um certo encravamento, que se desfez, mercê de influencias, como ha pouco diziamos, providenciaes. N'outros casos, porém, a suavidade com que se opera a mutação, a simplicidade de que todos os phenomenos apreciaveis pelos differentes meios de estudo se revestem — tudo leva a crêr que a mudança teve logar o mais suavemente possivel, por uma especie de escorregamento, de adaptação, n'uma

palavra. Por isso, a apresentação de espadua, que passou, era realmente uma transitoria.

O diagnostico da apresentação provisoria é por vezes mais difficil, e em alguns casos impossivel de se fazer, pois que nem sempre se poderá colher dados, que assegurem a mutação imminente. Assim, não raro succede que o diagnostico de provisoria se faz quando a mutação se operou, o que corresponde a dizer, emquanto a variedade diagnosticada já não existe. V. e G.— Uma apresentação cephalica, a qual, em virtude de qualquer defeito anatomo-physiologico da mãe ou da creança, se converteu em plano lateral. Se n'um ou n'outro caso d'esta ordem o parteiro pôde prevêr o escorregamento da cabeça para a fossa illiaca, a verdade é que muita vez o não pôde prevêr. Ora, seja dito de passagem, quando o prognostico venha a tempo, ao parteiro se impõe o indeclinavel dever de evitar a segunda apresentação.

Tem como recurso para isso uma applicação de forceps, acima do estreito superior. É um dos casos mais delicados da applicação d'este instrumento, e por isso convem que escolha um bom forceps. O modelo mais conveniente para isso é o de Tarnier.

N'outras circumstancias, o diagnostico da apresentação provisoria é não só facil mas até intuitivo.

É o que succede, pelo menos, em certa cathgoria de partos distocicos. Reconhecida uma apresentação de espadua, depois de declarado o traba-

lho do parto, quando o feto é de tempo e não se mostra de dimensões acanhadissimas, ninguém hoje espera pela evolução espontanea, o que seria arriscar desastrosamente a vida da mãe, e condemnar quasi que fatalmente á morte o filho. A boa sciencia e a boa arte mandam, pois, que se considere em taes condições, uma apresentação de espadua como provisoria, que o parteiro terá de converter em definitiva pelvica ou, excepcionalmente, cephalica.

Quanto ás difficuldades que o diagnostico da apresentação definitiva possa offerecer, é claro que ellas derivam intimamente do que fica exposto. Só em alguns casos, que se inferem das considerações precedentes, será licito confundir uma apresentação definitiva com uma provisoria ou ainda com uma transitoria. Assim, o diagnostico da apresentação definitiva é em geral facil. No entanto, preceito capital constantemente repisado por todos os tratadistas do assumpto: o parteiro jámais deverá considerar como immutavel o afrontamento fetal-materno, emquanto não vir a região apresentada francamente introduzida na escavação. Um leve aperto de bacia, um desvio uterino aparentemente insignificante, qualquer anomalia muscular, qualquer exagero apenas notado do volume cephalico — são tudo circumstancias que muitas vezes passam desapercibidas á mais rigorosa observação, e que todavia bastam, n'um dado momento, para alterar o desfecho esperado. A mudança de vertice em face não reconhece ás vezes causas mais apparentes.

É sempre muito importante fazer o diagnostico

da apresentação definitiva; em certas condições, porém, essa importancia sobe de ponto.

Supponhamos que se verificou uma apresentação de face. Terá o parto de ir por diante n'este caminho? Se tem, é claro que será laborioso. A apresentação é definitiva? Se o é, só poderemos intervir para facilitar o trabalho natural. Não o é? Póde ser modificada? N'esta ultima hypothese está reservado para o parteiro uma intervenção mais extensa e muito mais efficaz. Posto que alguém o conteste, é sabido que alguns casos ha de apresentações primitivas ⁽¹⁾ de face, e estas pódem ser convertidas pelo parteiro. Ha ainda outras do mesmo e de diferentes grupos que o pódem ser, mas não exemplificaremos mais, para não alongar demasiado o presente estudo.

Classificaram-se as apresentações fetaes em :

- 1.º Transitorias;
- 2.º Provisorias;
- 3.º Definitivas.

Vimos os caracteres differenciaes de cada uma d'estas variedades e, a largo traço, lhes apontamos o diagnostico.

Voltemos ao primeiro grupo.

Feito o diagnostico de uma apresentação transitoria, cephalica, por exemplo, não custa a admitir que um outro exame, á mesma mulher, feito em

(1) Grupo d'uma outra classificação de apresentações.

ocasião diferente, venha revelar a existencia de uma apresentação tambem diferente, supponhamos, de face; e egualmente nada custa a admittir, e isto é do mesmo modo frequente, que apezar da não fixação fetal a primitiva apresentação se manteuha.

Verificado, pois, com antecedencia, uma apresentação transitoria, que continuaremos a suppôr cephalica, imagine-se agora o parto n'esse mesmo exemplar.

O feto nasce em apresentação cephalica?

Deu-se portanto um de dois casos:

1.º A apresentação transitoria (cephalica) converteu-se em definitiva (cephalica). Este será o caso em que o feto, apezar da sua mobilidade, não mais abandonou a apresentação primitivamente verificada. A sequencia dos factos veio provar que não houve realmente apresentação transitoria.

Estariamos então em erro quando assentamos o diagnostico? Não. Por este simples facto não o poderíamos concluir. Se a apresentação não mudou, certamente podia ter mudado.

2.º Houve reincidencia da apresentação primitiva. Este será o caso em que o feto depois de ter abandonado uma ou muitas vezes a apresentação primitiva voltou por fim a ella, o que é naturalissimo, como consequencia da lei de adaptação de Pajot. [Já que nos temos referido por varias vezes a esta lei, vamos dizer em que ella consiste. Quando um corpo solido é contido n'um outro, se o continente é a séde de alternativas de movimento e de repouso, se as superficies são escorregadias e pouco

angulosas, o conteúdo tenderá sem cessar a acomodar a sua fórma e as suas dimensões ás fórmas e á capacidade do continente. São regidas por esta lei as apresentações e as posições nas bacias normaes e viciadas.]

Aqui não foi, portanto, a provisoria que se converteu em definitiva; deixou de se operar qualquer conversão. Houve, na realidade as duas ordens de apresentações — transitoria e definitiva, mas com esta particularidade interessante — que ambas foram cephalicas. E' claro que nos referimos só ás que no exemplo se suppõem verificadas, porque a transitoria d'esta especie não póde abranger uma só variedade, devendo contar outras (d'espada, pelvica, etc.) com as quaes alterne.

Dadas assim as devidas explicações a respeito d'aquelles dois grupos de transitorias, e exposto, como fica, o modo pelo qual elles devem ser comprehendidos, podemos designal-os:

1.º Apresentação transitoria causal, ou falsa apresentação transitoria (a causa — mobilidade fetal existiu mas não logrou produzir o seu effeito, porque a attitude persiste).

2.º Apresentação transitoria real, ou verdadeira apresentação transitoria. Acabamos de ver que esta variedade é a unica perigosa, n'uma hypothese como a que se estabeleceu.

Mas como, comprovada a falta de fixação d'um feto na cavidade uterina nada nos póde dar a certeza de que se trate de uma transitoria apenas cau-

sal, muito convem empregar sempre quer n'um quer n'outro grupo os meios prophylaticos geraes.

Para isso ha a distinguir dois casos :

- 1.º A apresentação transitoria é boa ;
- 2.º A apresentação transitoria é má.

A arte procura no primeiro caso fixar a apresentação, isto é, converter a transitoria em definitiva ; o segundo caso deve ser primeiramente levado ao primeiro, por meio de manobras externas ou externas e internas combinadas, e em seguida tratado do mesmo modo.

A transitoria é má. Está indicada a versão. Supponhamos um afrontamento de espadua, com a bolsa das aguas ainda intacta, e o collo por dilatar. Deve-se de praticar a versão por manobras externas, e escolher de preferencia para levar ao estreito superior a extremidade fetal, cabeça ou pelve que mais tendencia mostre para ahí ser levada.

E' ordinariamente a cabeça, e é tambem esta a que mais se presta a ser bem fixada pelo exterior. Em seguida teremos de proceder a essa mesma fixação, pelo processo que vae ser dito adiante. Se o collo já está dilatado e a bolsa das aguas rota, é então mais facil e mais seguro operar a versão por manobras internas e externas, com uma das mãos apoiada sobre o abdomen e os dedos da outra mão procurando repellir atravez do collo a região fetal que tem de ser substituida. E' a versão mixta ou de Braxton Hichs.

Seja aqui dito de passagem que, n'este caso es-

pecial, se o collo já está sufficientemente dilatado e o feto se conserva ainda movel, o que é da hypotese, mais vale fazer a versão pelvica em vez de cephalica, e logo que um dos pés ou ambos possam ser apanhados, concluir pela extracção podalica.

Milita a favor d'esta solução a inercia mais que provavel do utero em taes condições, o que traria a necessidade de uma applicação de forceps, se em tal caso se houvesse praticado a versão podalica. Voltemos ao nosso ponto. Está assim convertida a má apresentação transitoria n'uma apresentação boa. Resta portanto fixal-a. Serve para esse fim a cintura elastica de Pinard. E' como se sabe um largo collete abdominal, provido lateralmente de dois reservatorios de cautchou, que se conservam vasioz durante a applicação, e são insufflados de ar depois de vestido o collete.

Estes reservatorios, á maneira de almofadas dispostas verticalmente a um e a outro lado da linha media, comprimem lateralmente o utero, obrigando o conteúdo d'este orgão a conservar a posição que primeiramente lhe houver sido dada.

A cintura elastica de Pinard, é o melhor meio de converter em definitiva uma apresentação transitoria favoravel, porém nas localidades onde não seja facil encontrar este artigo, a habilidade do parteiro supprirá por meio de ligaduras ordinarias e de chumaços de algodão o apparelho do distincto medico francez.

Segue-se agora tratar da apresentação provisoria, isto é, d'aquella que se declara em pleno pe-

riodo de fixação fetal, e que todavia não é a que vae dominar o trabalho do parto. Já lhe citamos um exemplo — a de espadua (porque não se conta com a evolução espontanea). Outro exemplo — a de vertice, que tenha de converter-se em face.

Por estes dois exemplos se vê já as duas grandes variedades que esta classe de apresentação admite: 1.º Apresentação provisoria natural; 2.º Apresentação provisoria artificial. Definindo: Apresentação provisoria natural denomina-se a que tendo-se declarado em pleno periodo de fixação fetal, vae todavia ser substituida por uma outra, de ordinario a definitiva, espontaneamente preparada pela natureza.

E' o caso, por exemplo, da de vertice, que se converte espontaneamente em face; seria o caso d'uma de frente, que se convertesse espontaneamente em vertice; seria ainda o caso, muito mais raro, d'uma de vertice, que se convertesse espontaneamente em espadua; etc., etc.

Apresentação provisoria artificial denomina-se a apresentação que, tendo-se declarado em pleno periodo de fixação fetal, vae todavia ser substituida por uma outra, a definitiva, expressamente preparada pela arte.

Exemplos: a de espadua, convertida em pelvica, pela versão; a cephalica, convertida em pelvica, pela versão; a de frente, convertida em cephalica, pela alavanca, etc., etc...

O diagnostico das apresentações provisorias naturaes, já o dissemos, nem sempre se pode fazer

com segurança, e todavia é de importancia superior pois que implica com o prognostico do caso. Effectivamente: estabelecer o diagnostico de uma apresentação provisoria natural, é o mesmo que prever o apparecimento proximo da apresentação definitiva, o que n'um caso virá dar saída facil a uma situação difficil, emquanto que n'outro caso virá comprometter tudo. O diagnostico de provisoria natural, bem estabelecido, sobre uma apresentação de fronte, equivale a um prognostico relativamente favoravel, por que é sabido que as duas em que aquella mais frequentemente se converte, de face e de vertice, são relativamente benignas. E reciprocamente: o diagnostico de provisoria natural, sobre uma apresentação de vertice, corresponde a prognostico de peor, visto que as apresentações de vertice são em regra as mais favoraveis.

Ao bom senso do parteiro estará sempre confiada a tarefa de facilitar a mutação, n'um caso, e de a impedir no outro, se o diagnostico fosse facil n'estas variedades, o que — mais uma vez o dizemos, não succede. Todavia, d'aqui se infere quanta vigilancia o pratico deve pôr em jogo, para contrariar a natureza ou para ir em seu auxilio, consoante a especie do caso que tiver entre mãos.

A intervenção operatoria, quando efficaz e a tempo, para auxiliar uma transformação feliz, nem sempre será bastante para fazer perder á apresentação provisoria a sua caracteristica de natural, porque, segundo a definição que demos, ainda n'esse caso a natureza, per si só, seria bastante para ope-

rar a mutação, e a intervenção do parteiro não é então mais do que um auxilio em beneficio das forças da mãe, e da conservação do fecto. E o mesmo succede quanto á denominação ultima de uma provisoria natural sustada: Se o parteiro foi tão feliz que pôde conservar no eixo pelvi-genital um vertice, que mostrava tendencia accentuada a deixar-se substituir alli por outro das regiões classicas do feto, segue-se que convertem a provisoria natural em apresentação definitiva, e nem por isso as duas deixaram de se seguir uma á outra, embora constituidas pelo afrontamento das mesmas regiões, materna e fetal, e na apparencia, pelo mesmo mecanismo. Dizemos — na apparencia, porque é precisamente no mecanismo que a differenciação existe: quando provisoria natural não possuia ainda o grau de fixação bastante para prevalecer, ao passo que, declarada definitiva se fixou de vez na direcção do eixo pelvico.

Segue-se agora dizer duas palavras, ácerca da apresentação provisoria artificial.

A boa assistencia d'esta depende, mais do que a de nenhuma outra, da pratica, da habilidade e do bom criterio do parteiro. E' effectivamente a arte, e só a arte que faz esta variedade de apresentações provisorias. A natureza nada tem que vêr com ellas, porque, naturalmente, ellas são definitivas. Uma espadua, que se encravou, com procidencia de braço, nunca mais poderá abandonar, por si, a disposição tomada.

Esperar pela evolução espontanea — já o dis-

semos — seria uma desgraça. E' o parteiro que terá de sentenciar aquella apresentação de provisoria, e portanto — artificial. Um vertice, que não pode descer, porque é grande para a bacia, jamais deixará o estreito superior onde uma vez encahou. Só o poderia deixar quando sobreviesse a inercia uterina, primeiro signal de morte imminente a annunciar-se pela fadiga uterina. Então, sim, deveriam reapparecer as provisorias, mas não é licito esperar por estas apresentações de retorno, symptoma de decadencia organica aguda, tão conhecida pelos casos em que o parteiro chega tarde.

E' aqui, no exemplo da cephalia irrealisavel pelas forças naturaes, que o parteiro, ainda com mais evidencia do que no caso antecedente, vae ser juiz que sentencie aquella apresentação a provisoria, ou a definitiva, conforme julgue indicado alliviar a mulher e a libertar a creança, fazendo a extracção manual, pela pelve, ou instrumental, pela cabeça, a forceps.

A apresentação provisoria artificial pode, em alguns casos, ser obrigatoria, como succede geralmente com as apresentações de espadua. Em verdade, perante uma contingencia d'esta ordem, todo o parteiro tem obrigação de intervir, para mudar a apresentação, quando isso é possivel, o que se dá o maior numero de vezes.

Já nos temos referido precedentemente á versão podalica, que é aqui o melhor recurso; todavia casos ha em que, verificada a possibilidade de uma certa mobilisação fetal, se pode tirar grande recurso

da manobra de Braxton Hichs, a qual não raro permite a versão cephalica. Casos ha tambem em que a provisoria artificial d'esta especie, só pode ser tratada convenientemente pela embryotomia, como succede com a mesma apresentação de espadua em que haja procidencia de braço e ao mesmo tempo tetania uterina, em circumstancias innaddiaveis: immobibilidade fetal e impossibilidade de introducção da mão, Em tal hypothese, depois de exgotados todos os recursos de espéra, e os recursos medicos, a amputação do braço é por vezes o bastante para se poder operar a versão. Perante uma conjunctura tão difficil — permitta-se-nos este parenthesis — o parteiro nunca se deverá esquecer d'aquelle caso, já agora celebre nos annaes da historia obstetrica, do mallogrado operador que, depois de ter feito uma amputação ao braço, conseguiu extrair uma creança viva e viavel, e obteve como premio do seu trabalho uma sentença, pela qual se viu obrigado a pagar uma pensão vitalicia. “Desconfiae da mão estendida á vulva, dizia Pajot, parece-nos que ella vos pede a esmola de uma pensão vitalicia.”

O diagnostico da provisoria artificial pode ás vezes falhar inopinadamente, mas nada prejudica um tratamento, como vamos ver, sómente altera profundamente o prognostico.

Sirva de objecto, para esta exposição, o caso precedente, mas levado ao extremo: tetania uterina insuperavel, sobre uma apresentação de espadua com ou sem procidencia de braço; caso de extrema

urgencia, por extrema demora no trabalho, exgotamento da mulher, ameaças de eclampsia, etc.

Amputado o braço ou não amputado, porque estava ou não procidente, reconheceu-se que a immobilitade fetal subsiste, o encravamento é ainda absoluto, e portanto nem o feto pôde ser desviado nem a mão consegue transpor o collo. Que quer isto dizer?

Que a apresentação, considerada até ao momento uma provisoria artificial — não o é; o feto ha de realmente sair pela espadua, ou do contrario não sae; é uma definitiva, que necessita do auxilio da arte, eis tudo. — Rêcurso unico: — A embryotomia.

A embryotomia, como continuação, se já se tinha dado a brachiotomia, ou como expediente inteiramente novo a tomar, se o braço não tinha sido amputado.

Em semelhante hypothese, a operação tem de principiar pela collotomia (degollação), feita com o embryotomo de Thomas, com o embryotomo de Ribemont ou com qualquer outro embryotomo, com as tesouras de Dubois, com a ficelle do forceps de Pajot, ou ainda, mas peor com o gancho de Brown.

Em summa, não estamos agora a descrever os processos operatorios, mas tão sómente a fazer allusões de passagem. Uma vez praticada a degollação, se não ha aperto de bacia, se não ha deformidade fetal, o tronco sae ordinariamente sem difficuldade, e a cabeça é depois tirada á mão, introduzindo-se lhe dois dedos na bocca, ou a forceps, fixando-a pri-

meiro pelas vertebraes cervicaes, com o auxilio de um gancho apropriado. Nos casos mais difficeis, de exagerado volume fetal ou de aperto da bacia, será então necessario levar a embryotomia mais longe.

Vimos que a apresentação provisoria natural pôde ser obrigatoria. Vamos agora vêr que tambem pôde ser facultativa, e é isso até o que mais frequentemente succede.

Supponhamos uma apresentação cephalica, em que a cabeça é detida ao nivel do estreito superior, sem que para o parto se realizar, se possa prescindir da intervenção do parteiro. A causa d'este serissimo accidente pôde ser o exagero de volume da cabeça, um aperto de bacia, inercia uterina, etc. . . .

Figuremos a primeira: trata-se de um feto hydrocephalico. Pelo toque vaginal não se encontra propriamente fontanellas, mas sim largos espaços membranosos; as suturas desappareceram, para serem substituidas por largas fachas de tecido molle, facilmente depressivel; donde a onde, a sensação de um osso largo, implantado quasi como ilha, á superficie d'aquelle mar fluctuante; o que se sente não é a bolsa das aguas, que não tem aquella consistencia nem aquella fórma; não é a cabeça normal, que não possui tão grande extensão de tecido molle, nem tamanho volume; não é qualquer outra região do feto, porque nenhuma outra possui ossos de tal maneira largos: é, portanto, a extremidade cephalica de um hydrocephalo.

Quando o feto é hydrocephalo, a apresentação cephalica é muito menos frequente. A razão d'isto

deriva da já citada lei da adaptação. Em virtude da sua compleição anatomica, a cavidade uterina, no fim da gravidez, affecta a fórma de um ovoide vasio, de grande extremidade voltada para cima e pequena extremidade voltada para baixo. Por seu turno o feto, dobrado como se encontra no seio materno, é tambem de fórma ovoide, cuja grande extremidade corresponde á pelve e pequena extremidade á cabeça. Com estes elementos, facil é de prevêr a situação normal mais frequente do feto na cavidade uterina: na situação vertical, no sentido de fazer coincidir as extremidades do mesmo nome dos dois ovoides vasio e cheio, materno e fetal, isto é, a apresentação cephalica. A lei da adaptação veio assim desthronar as differentes theorias antigas, por meio das quaes se pretendia explicar a maior frequencia da apresentação cephalica. Entre essas theorias, a par de ideias as mais extravagantes e quasi inconcebiveis como a de que os movimentos instinctivos do feto figuravam como principal fator na escolha da apresentação, avulta a que explica a maior frequencia das apresentações cephalicas pelo sentido da gravidade. Desde que Pajot demonstrou experimentalmente a nenhuma influencia da gravidade sobre semelhante phenomeno, essa mesma ideia foi posta de parte, e hoje, como fica dito, só se encontra em campo a theoria da adaptação, que realmente explica muito bem os phenomenos observados.

Mas, famos dizendo que, nos casos de hydrocephalia, a apresentação cephalica não é frequente. É

um facto, e deriva elle, como especie de corollario, da mesma lei. Dada uma cabeça hydrocephalica demasiado volumosa, engorgitada de liquido, e o ovoide fetal é por esse motivo invertido nas dimensões das suas extremidades, isto é, a pelve passa a representar o papel de extremidade pequena, emquanto que a cabeça usurpou o logar da grande extremidade.

Ora isto succede nos casos extremos; de resto não é absolutamente raro encontrar-se uma apresentação cephalica coincidindo com hydrocephalia, e é este o caso que figuramos para o presente exemplo.

Fica assim resalvada a objecção que se nos poderia fazer de que aquella enfermidade fetal dá ordinariamente a apresentação. Tudo se reduz, em ultima analyse a uma questão de frequencia, determinada por varias circumstancias algumas das quaes passam desapercibidas, mas parecendo outras facteis de indicar. A intensidade do mal, por exemplo, dada a egualdade dos outros factores, figurará em primeira linha; é claro que um pequeno augmento de volume da cabeça não será sufficiente para produzir no ovoide fetal a inversão de que acima se falla. Uma outra circumstancia a attender, quando se procura a razão d'esta especie de caprichos da natureza, é certamente a idade do feto em que se declara a hypersecreção do liquido cerebro espinal.

Se a doença principia muito cedo, quando o feto ainda não tem posição fixa na cavidade uterina, haverá plena liberdade entre continente e con-

teúdo, para se influenciarem reciprocamente, e então será mais facil declarar-se uma apresentação pelvica, embora a alteração das proporções não tenha sido exagerada.

Se, pelo contrario, a hydrocephalia se declara tarde, nos ultimos mezes da gravidez, quando a cabeça fetal já esteja presa, o que parece relativamente frequente, pois que ha casos bem averiguados de hydrocephalia devida a influencia traumatica referida ás ultimas semanas—torna-se então pouco provavel a inversão fetal, ainda mesmo que se declare um volume cephalico exagerado. Por isso, parece-nos que apezar de toda a verdade contida na explicação pelas alterações de volume, não deveremos, nem poderemos considerar essas alterações como elemento etiologico exclusivo no presente estudo.

Que nos seja relevada uma tão longa divagação, sobre pontos que julgamos essenciaes, e voltemos ao nosso exemplo.

Havia-se diagnosticado uma apresentação de vertice, de uma cabeça hydrocephalica. Que fazer em presença de um caso d'esta ordem? Qual a attitude a tomar? A cabeça não pode descer tal qual está, porque isso é materialmente impossivel.

Deveremos considerar esta apresentação como provisoria obrigatoria?

Nos casos extremos assim é, mas ha um grande numero de casos que não são extremos, e em alguns d'esses a apresentação será provisoria ou não, á vontade do parteiro, isto é, será facultativa. Este

grupo é um dos que mais põe em prova a competência do pratico. O parteiro tem, pelo menos, quatro processos principaes a que pode recorrer para tirar a creança, e estes quatro processos referem-se, dois a dois, ás duas apresentações cephalica e pelvica.

Vejamos. Pondo de parte exemplares extremos, em que o volume da cabeça é enorme, o trabalho operatorio poderá começar por uma applicação de forceps, Põem-se de parte aquelles casos porque, applicado a uma cabeça muito volumosa o forceps não só é inutil, mas ainda por cima dá mau resultado.

Mas em caso moderado applica-se o forceps Se o fectio desce, tudo vae pelo melhor. A apresentação caracterizou-se de definitiva. Se a cabeça, pelo contrario, permanece no estreito superior, se não obedece á força tractora do instrumento, a operação complica-se, pois que desde logo é reclamada a perfuração do craneo.

Esta deve ser feita sem se desarticular os ramos do forceps. O instrumento preferivel é um trocate curvo, de grandes dimensões, como os que servem para cirurgia abdominal. Quanto ao modo de fazer a perfuração, os auctores vão lembrando que um hydrocephalo n'estas condições, é um individuo irremediavelmente perdido, e por tanto que muito convem que saia morto.

Esvasiando o liquido craneano, a cabeça naturalmente desceria, e assim se caracterisava de definitiva a apresentação. Mas se o forceps escapa, o que é ainda mais natural. Effectivamente. O ponto de apoio ás colheres faltou quasi por completo.

A cabeça de um hydrocephalo vasia abate-se, porque está totalmente dissociada na sua abobada. Esta dissociação é tão manifesta que os parietaes chegam ás vezes a soffrer inversão de esphericidade, offerecendo para dentro uma superficie convexa, correspondente a uma concavidade exterior. Por outro lado, sabemos que os principaes pontos de applicação do forceps, com quanto que alguém queira fallar nas bossas malares e n'outras, são em regra, e para o caso subjeito, as bossas parietaes. São estas effectivamente as que o parteiro deve procurar introduzir no eixo das colheres; são estas bossas as que offerecem mais resistencia e as que menos soffrem. Ora, na presente hypothese, as bossas parietaes desapareceram, não existem: o forceps deve escapar.

Poder-se-ia ter evitado este inconveniente de *largar presa*, empregando desde o principio não o forceps, mas sim qualquer instrumento perfurador e esmagador como o cephalotribo de Bar, ou melhor os embryotomos modernos como o de Tarnier ou o de Auvard; tambem depois de acontecido o accidente se poderia ainda pinçar a cabeça com cranioclasta de Brown, por exemplo: tudo isto daria em resultado a extracção da creança, isto é, a confirmação de definitiva mais uma vez applicada á apresentação que se figurou.

Mas estas operações demasiado violentas devem reservar-se para os casos em que não se possa passar sem ellas. Nunca se deve esmagar uma cabeça quando haja recurso mais benigno para produzir o parto.

As manobras da cephalotripsia produzem frequentemente lesões graves nos órgãos maternos, e a saída dos ossos fracturados é, quanto a offensas muito sérias, uma questão de puro accaso. Felizmente que o parteiro poucas vezes tem necessidade de appellar para um ultimo recurso.

Voltemos ao caso em discussão.

Imagine-se que antes de applicar o forceps o operador verificou que sem inconveniente de maior podia introduzir a mão para tentar a versão podalica. Á primeira vista parece que, uma vez praticada a versão, iríamos dar de encontro ao mesmo inconveniente de impossibilidade de extracção da cabeça. Mas não é assim. Conseguida a versão está o parto feito; é uma questão de mais algum trabalho completamente inoffensivo para a mãe. Na hypothese sujeita ha dois modos principaes de se proceder á extracção da cabeça, depois de extraído o tronco.

1.º Manobra de Champetier de Ribes; a manobra da cabeça ultima, de que logo fallaremos. Quando o volume da cabeça não seja demasiadamente grande, esta operação, que só tem logar depois de feita a versão, pode dar resultado, sem que haja necessidade de perfurar o craneo. 2.º Mas a manobra de Ribes falhou, e a cabeça continúa dentro, e o tronco pendente á vulva N'estas alturas do parto de um feto hydrocephalo, praticar-se-á a simplissima operação de desarticular primeiro as vertebraes cervicaes, sem por forma alguma completar a divisão do pescoço; em seguida, atravez do canal rachidiano introduzir-se-á uma sonda até á cavi-

dade craneana, e por esta sonda será exgotado facilmente o liquido. A versão podalica, salvo rara excepção, é tambem o recurso de que o parteiro deve lançar mão, quando a applicação do forceps falhou, depois de feita directamente a evacuação do liquido, ou mesmo quando esta evacuação foi feita logo, por se julgar contraindicada a applicação do forceps. É clara que, dada a redução de volume da cabeça, pelo factio d'aquella mesma evacuação, a mão passará com toda a facilidade para ir tomar os pés.

Aqui temos pois a apresentação cephalica inicial bem caracterisada de provisoria facultativa. Esta denominação facultativa foi adoptada para facilidade da exposição. De resto, como se acaba de vêr, se está na mão do parteiro o extrahir o feto pela cabeça ou pelos pés, o expediente mais seguro é-lhe em todo o caso ditado pela boa sciencia de partos, de modo que, em ultima analyse, dada uma educação especial irreprehensivel, não deveria haver operação alguma que não fosse imperiosamente ditada pela arte. Não é isso, porém, o que se encontra na pratica, e em alguns outros pontos ainda esta dualidade ou multiplicidade de opiniões é mais accentuada como se vae vêr.

Figuremos um outro caso em que a apresentação natural pôde ser definitiva ou provisoria, á vontade do parteiro.

Trata-se, por exemplo, de um aperto moderado de bacia, que não deixa passar a cabeça encravada no estreito superior.

As opiniões dividem-se sobre o modo de operar.

Ha partidarios da extracção manual, e ha partidarios da extracção directa. Parece que tudo dependeria de indicações: pois não é tanto assim, ou pelo menos, as indicações parecem variaveis para cada capacidade operadora consoante a sua aptidão, o seu modo de vêr, o seu feitio — em summa.

“Faut'il préférer le forceps ou la version? „ perguntava Tarnier, em uma licção feita em 1888 no grande amphitheatro da faculdade.

A versão não se poderá fazer quando a mão não possa passar, é claro. Mas o problema fica de pé para os casos, não raros, em que tal impossibilidade não se dá.

Ambas as soluções são acceitaveis, ambas contam partidarios distinctos. Tarnier, já que fallamos n'elle diremos, é apaixonado convicto do seu forceps tricurvo. Na verdade este instrumento, é excellente: graças á agulha indicadora ou aos braços, a agulha exerce as tracções constantemente na direcção do eixo pelvi-genital; graças á curvatura perineal, tem o seu ponto de applicação sempre sobre essa mesma linha, o que torna util toda a força empregada; graças á multiplicidade de suas articulações deixa á cabeça toda a mobilidade, permittindo-lhe assim, ainda depois de solidamente presa executar os movimentos de flexão, de extensão, de rotação, etc., exigidos pelo mecanismo normal do parto. Por isso, Tarnier, sempre que póde escolher escolhe o forceps. Outros, pelo contrario, só empregam os ferros em ultimo caso; julgam que as ma-

nobras manuaes são preferiveis; teem uma predilecção especial por estas manobras.

Effectivamente, ha algumas seductoras: a da cabeça ultima, por exemplo.

Diz-se, e cremos que com razão, que ella, em certos casos, é superior ao forceps. Recordemol-a, já que tão fallada vem só por citações das paginas precedentes. Suppõe-se um aperto moderado da bacia, fazendo-se sentir principalmente no sentido autero-posterior. Se applicamos o forceps, dizem os sectarios d'este segundo, propomo-nos obrigar a cabeça a passar, produzindo estragos na bacia e recebendo-os em si proprio. Se fazemos a versão e concluimos por aquella manobra manual, obrigamos os maiores diametros da cabeça a evitar o aperto, por fórma que esta nem lesa nem é lesada. Tudo se reduz a andar depressa, e é este o ponto fraco de semelhante exclusivismo. Quanto á manobra, repetimol-o, é interessantissima, e presta muita vez relevantes serviços.

Suppuzeramos pois um aperto autero-posterior moderado, mas sufficiente para tolher o trabalho do parto. A cabeça, depois de saído o tronco por uma apresentação pelvica natural ou por versão — hypothese subjeita, encravou transversalmente no estreito superior, porque o diametro biparietal, o maior dos transversaes, é maior do que o promonto-pubico minimo (sempre a hypothese).

A manobra tem por fim affastar um do outro estes dois diametros, e fazer assim com que a cabeça galgue o aperto.

Consiste o primeiro tempo em introduzir na bocca do feto os dois dedos, indicador e medio da mão correspondente ao lado para o qual se encontra voltada a face (cabeça transversal), e em seguida em produzir uma flexão energica. O segundo tempo, como que simultaneo com este, é empregado em approximar o occiput tanto quanto possivel da linha innominada visinha. Em seguida a cabeça é fortemente puxada para baixo e para traz, ao mesmo tempo que um ajudante a comprime atravez da parede abdominal, para auxiliar a descida; e assim se realisa o terceiro e ultimo tempo.

Em resumo: flexão exagerada da cabeça; approximação forçada do occiput á linha innominada correspondente; exforços de tracção para baixo e para traz: o conjuncto d'estes movimentos simultaneos é a manobra de Ribes. Ás vezes é excellente, repetimol-o. Chega a dar resultado em casos em que o forceps falhou ou em que tiraria apenas uma creança morta. Já tem vigado até como ultimo recurso o empregar, aliás ultimo recurso bem benigno, antes de se decidir a embryotomia. Não admira pois que conte muitos partidarios.

Todavia torna-se indispensavel não nos deslumbrarmos.

Este processo de extracção fetal tem, primeiro que tudo, todos os inconvenientes graves dos partos pela pelve. Por pequena que seja a demora a compressão do cordão produzirá a morte do feto.

E o forceps não salva tanta creança, cujas ca-

beças estavam fortemente encravadas? E' ou não muito mais seguro?

Por isso, a verdade resalta de novo com toda a clareza; tudo depende de indicação. Mas, digamol-o aqui: deverá figurar sempre como elemento importante para se estabelecer essas indicações — a aptidão especial do parteiro. A par das habilitações geraes obrigatorias ha a aptidão peculiar a cada um. Em certos e determinados casos, qualquer processo é bom, comtanto que seja bem executado.

Fica assim demonstrado o que ainda ha pouco se avançou: uma apresentação d'esta ordem é realmente uma *provisoria facultativa*. Se o parteiro applica o forceps, com successo, torna a apresentação definitiva. Se prefere a versão, considerou aquelle modo de ser do feto como provisório. O que convém, o que é indispensavel, é explorar bem, e calcular com exactidão, para operar com segurança e não mastigar manobras. Escolhido o caminho a seguir é lamentavel que elle seja mau caminho, e se tenha de voltar atraz, para encetar um outro. Muitos casos se perderiam na pratica se não fosse observado este preceito.

Segue-se agora, pela ordem adoptada n'esta exposição, fallar das apresentações definitivas. Reconhecem as mesmas variedades que a precedente. A apresentação definitiva, do mesmo modo que a provisoria, pode ser natural ou artificial. A differença está só em que a provisoria é natural ou artificial quando a natureza ou a arte fizeram com que depois d'ella apparecesse uma apresentação de-

finitiva, e esta é natural ou artificial quando um dos mesmos factores fez com que antes d'ella houvesse uma apresentação provisoria. Em ultima analyse e por outras palavras a verdadeira base da classificação é a apresentação definitiva. A apresentação definitiva tambem pode ser obrigatoria ou facultativa. Não insistimos sobre este ponto que já foi de sobejo explanado nas paginas antecedentes. Pretendemos fallar agora d'uma outra classificação superiormente importante na clinica de partos. As apresentações definitivas podem ser simples ou compostas.

Chama-se apresentação simples a que é exclusivamente formada pela região fetal que normalmente costuma entrar n'essa apresentação.

Apresentação composta chama-se a que é formada não só pela região fetal caracteristica, mas tambem por outra região do feto que normalmente não costuma entrar n'essa apresentação. Assim, por exemplo, a apresentação de vertice será simples qualquer que seja a posição, ainda mesmo nas posições viciadas, comtanto que no estreito superior se encontre só a cabeça. E será composta quando alem da cabeça alli se encontrar uma ou duas mãos, um ou dois pés, o cordão, etc. . . . O mesmo a respeito da apresentação de face ; simples, quando formada só pela face ; composta, quando complicada com qualquer procidencia. As apresentações de pelve e de espadua não se devem julgar compostas por conterem, aquella os pés, o que constitue um dos modos da apresentação (nadegas, joelhos e pés), e esta o

braço, que é também região normal na apresentação de espadua. Mas qualquer d'ellas será composta quando se mostrem nas condições da definição: assim, a apresentação de espadua com procidencia do cordão, será uma composta; igualmente composta a de pelve com procidencia do braço. Ora, em presença de uma apresentação composta, a conducta do pratico deve ser procurar immediatamente tor-nal-a simples.

Nem sempre se chega a tempo de poder conseguir este desiderato, mas nem por isso a indicação deve ser esquecida.

Supponhamos uma apresentação cephalica com procidencia de um braço. Regra geral: procure-se immediatamente reduzir o membro procidente. Nem sempre é facil a tarefa, em alguns casos é mesmo impossivel, porém em muitos, se o parteiro dispõe de firmeza nas manobras sem contudo abusar da força, o que não deverá por modo algum fazer — conseguirá a redução. Dizer apresentação de vertice com procidencia de braço, nem sempre importa o mesmo que dizer que o braço está procidente á vulva.

Frequentemente apenas se entrevê a mão ao vestibulo, e não é raro ir enconral-a só pelo toque vaginal mesmo encravada no collo. Dadas todas as outras circumstancias eguaes, a redução será tanto menos difficil quanto menor for a porção procidente do membro. O principal obstaculo ao fim que se tem em vista é a força contractil do utero, applicando fortemente o ovoide fetal contra o estreito superior,

e por conseguinte tendendo a fixar o braço tanto mais, quanto mais adiantado está o trabalho do parto. Em alguns casos, effectivamente, esta força é insuperavel, principalmente quando o trabalho já dura ha algumas horas, e então o parteiro terá de desistir, porque o exagero de esforço poderia ser seguido do accidente mais terrivel que por ventura pôde surprehender o clinico n'esta ordem de serviços — a ruptura uterina. Mais tarde já a redução seria possível, quando, se os esforços da mulher fossem infructiferos, sobreviesse a inercia uterina. Mas não é por forma alguma licito esperar por semelhante desfecho. O apparecimento da inercia uterina por impossibilidade mecanica do parto exprime um tal esgotamento geral e local, que deve ser evitado, sob pena de vermos apparecer desde as mais perigosas infecções até aos accidentes nervosos mais graves, e ainda lesões mecanicas irremediaveis, como a propria ruptura uterina. Assim, o parteiro, que tenha de remediar o accidente, não é addiando a sua intervenção que o fará, é, como se vae ver, por meio do forceps. Mas, diziamos a proposito da redução impossivel por tetania uterina, que mais tarde seria impossivel; mais cedo seria não só possível mas até providencial.

A manobra tem de consistir, como se sabe, em repellir para cima do estreito superior o braço procidente. Um expediente que muito facilita a execução d'esta manobra, e que faz com que ella algumas vezes dê resultado, é mandar deitar a mulher na posição genu-peitoral. N'esta posição, exercendo

o ovoide fetal, pelo seu pezo, uma especie de tracção sobre si proprio, a cabeça applica-se menos intimamente ao estreito superior, ou mesmo foge d'elle, e é então relativamente facil modificar a apresentação.

No caso sujeito, sentir-se-á perfeitamente uma especie de salto devido á passagem do braço acima da convexidade cephalica.

Se a reducção se declara impossivel, ainda pelos meios mais aperfeiçoados, não é prudente abandonar o trabalho á natureza.

Mesmo quando o porto se fizesse naturalmente seria, em regra laborioso e prejudicial á creança. Estaria então indicada a extracção a forceps; devendo-se fazer a applicação das colheres por forma a não abranger o braço. O perigo maximo d'este apanhamento em globo, pelas colheres do forceps, dá-se quando se interessa o cordão.

Comprimidos os vasos umbelicaes, interrompe-se a circulação placentaria, o sangue venoso vae estimular os centros nervosos correspondentes á funcção pulmonar, e d'ahi a respiração prematura, isto é — a morte. Ahi fica apontada, a titulo d'exemplo, esta apresentação composta, por ser uma das mais frequentes. Não nos parece opportuno multiplicar os exemplos; por isso vamos terminar esta parte só com um outro especimen da mesma cathegoria, porém pertencente a um outro grupo. Supponhamos que, fazendo o toque vaginal o parteiro encontra dois pés. Tudo leva a crer que se trata de uma apresentação simples de pelve, e por tanto está

aconselhada a espera. Porque? Não estará então indicado já que se encontrou uma extremidade fetal completa, pela qual se pôde tirar francamente, fazer a extracção manual, para mais prompto allivio da mulher e maior segurança do feto? Não está; é exactamente o contrario. No caso de uma apresentação de pelve ainda mesmo que appareçam os pés, não se deve puxar por elles, salvo caso confirmado de distocia. A natureza que opere. O empenho de determinar o parto artificialmente para ser mais rapido, pôde trazer, n'este caso, consequencias funestas, e acarreta quasi sempre alguma complicação.

O perigo mais serio é para o feto, mas a mãe tambem soffre as consequencias de tal precipitação. Em primeiro logar, n'uma apresentação de pelve a dilatação faz-se devagar e mal. Faltando para actuar sobre o collo uma superficie larga e resistente como é a cabeça, o segmento inferior do utero amollece pouco, dilata-se pouco e exige muito mais tempo para fornecer campo sufficiente. Vulva e perineo, já se vê, acompanham no seu trabalho de dilatação esta morosidade do collo. Logo, já por este lado não ha vantagem nenhuma em apressar o parto, antes convem deixar á natureza a tarefa de abrir caminho de vagar. N'estas condições a extracção manual forçada, sem ser indispensavel, pode occasionar rupturas do collo, do perineo, etc.; e aqui está como a pressa de uma assistencia inexperiente pode prejudicar directamente a mãe. Indirectamente iria então correr ainda maior risco, pelo mesmo motivo. Dissemos que, na apresentação de pelve, o trabalho de

dilatação do collo é relativamente moroso. Que poderá, pois, succeder ao feto quando o parteiro apenas aperceber os pés, os tirar? (Mais morosa e incompleta é ainda a dilatação n'esta forma — pés). O feto solidamente agarrado e tirado, desce. Obrigado a descer, é como que expremido dos pés á cabeça, pelo annel ainda resistente do collo, que o eschecmia, como facha d'Esmarch, debaixo para cima, produzindo a congestão cephalica. Ao mesmo tempo que o feto desce, vem descendo tambem o cordão que atravessa o collo e ali fica igualmente comprimido: Se em seguida o parto se completa rapidamente, ainda menos mal, porém isso é contrario á regra; n'esta altura e com este manual operatorio surgem sempre demoras, complicações mais ou menos graves. Em que condições está o feto para soffrer estas demoras? Congestionando na parte superior do corpo e comprimido no cordão, como se disse — em imminente risco de asphyxia. Se lhe juntamos a isto os esforços de tracção, a compressão no abdomen e no tronco, as quaes o parteiro se vê obrigado a fazer para apressar o parto — muito peor. Mas ha de haver demora grande; quando as coisas teem corrido como se acaba de descrever, os braços levantam complicação gravissima n'esta altura. Para tirar os braços é preciso tempo, e se o levantamento coincidir com estrangulamento pronunciado do collo é preciso então muito mais. O levantamento dos braços á vulva remedeia-se com muito mais simplicidade. Ordinariamente o parteiro tirará primeiro o braço posterior, por ser aquelle que, graças á elas-

ticidade do perineo, dispõe de maior campo para obedecer ás manobras. Deve ser tirado collocando-se dois dedos sobre o braço propriamente dito, para servirem de talas, e obrigando o humero e o antebraço a descreverem um semi-circulo, descendo parallelamente ao plano anterior do feto. Tirado o braço posterior succede frequentemente ser facil tirar o anterior, sem que seja indispensavel a manobra classica; mas, se o é, executa-se então essa manobra, a qual consiste em fazer rodar o feto tornando assim posterior o braço que era anterior. E d'este modo se torna ao caso precedente, o qual se repete. E' este o partido a tomar, como se sabe, quando os braços apparecem levantados á vulva. O nosso caso porem não era este. Os braços levantavam acima do collo.

A manobra é agora outra. Braços e cabeça, detidos pelo collo, estão ordinariamente acima do estreito superior. Urge então libertal-os, empregando a manobra de Jacquemier, isto é, principiando pelo braço anterior, porque do posterior está a mão do parteiro separada por toda a altura da parede posterior da bacia, caminho extenso e de funda concavidade, o que torna aquella manobra inacessivel. Supponhamos emfim que ao cabo de longos esforços, conseguimos desembaraçar os braços: se o anel do collo continua firme, galgaria sobre o pescoço. Em conclusão, não é exagerar os perigos da manobra de puxar pelos pés do feto n'uma apresentação de pelve, em que não haja necessidade d'isso — o dizer-se que o caso se pôde

complicar a ponto de ir parar á embryotamia. Por isso diríamos: o parteiro naturalmente esperará quando, pelo toque vaginal, tiver reconhecido a apresentação de pés, e até então não tiver encontrado contrariedade maior. Supponhamos, porém, que o tempo razoavel de espera terminou e que se manifesta a necessidade de intervir: é claro que a extracção deverá principiar pela parte que se apresenta — os pés; mas ou o diagnostico ha de estar assente com a maior certeza ou se não o está, o operador tem obrigação de principiar as tracções por um só pé, para se prevenir contra a possibilidade de uma apresentação composta. Effectivamente. Dentro dos órgãos maternos a differenciação nem sempre é facil e pôde acontecer que a gravidez seja gemellar, e que os pés que se apresentam pertençam cada um a seu feto differente.

É este um outro assumpto de apresentação composto, e não citaremos mais.

Terminamos esta dissertação, que outra coisa não é, sollicitando a benevolencia do illustrado jury que nos ha de julgar.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Para se apreciar a conformação interna da bacia da mulher o melhor meio é a pelvimetria digital.

Physiologia. — Não ha comunicação directa entre a circulação fetal e a circulação materna.

Therapeutica. — Para combater a contracção espasmodica do collo, preferimos, em regra, o chloroformio.

Pathologia externa. — O melhor tratamento da bossa sero-sanguinea, é a expectação.

Medicina operatoria. — Preferimos b forceps Tarnier a outro qualquer.

Partos. — A ligadura do topo placentario do cordão umbilical feita com o fim de evitar hemorragia, é desnecessaria.

Pathologia interna. — A tuberculose pulmonar invariavelmente aggravada pela gravidez, offerece, todavia, um periodo transitorio de melhoras durante os tres primeiros mezes da gestação.

Anatomia pathologica. — Pelo exame da placenta extraida pode-se confirmar o diagnostico anterior de placenta previa

Hygiene. — A chocadeira de ar quente combinada com a alimentação artificial constitue o melhor meio de combater a debilidade congenita.

Pathologia geral. — Todas as doenças geraes da mãe influem mais ou menos desfavoravelmente no estado do feto.

VISTO
A. Muia.

IMPRIMA-SE
O director interino
Dr. Souto