

v9/508

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO CIRURGICA. — CADEIRA DE PARTOS

SITUAÇÃO DO FÊTO

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA. — CADEIRA DE MEDICINA LEGAL
Signaes caracteristicos da defloração recente e antiga.

SECÇÃO CIRURGICA — CADEIRA DE CLINICA EXTERNA
Do tratamento das fistulas na urethra.

SECÇÃO MEDICA. — CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA
Chyluria.

THESE

APRESENTADA

À

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

EM 14 DE SETEMBRO DE 1880

PARA SER SUSTENTADA

POR

Manoel Vieira de Souza

NATURAL DE MINAS-GERAES

Assim de obter o grão de Doutor em medicina.



RIO DE JANEIRO

Typographia e lithographia de J. D. DE OLIVEIRA — Rua do Ouvidor n. 141.

1880

V 9/508 v

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

VICE-DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. BARÃO DE THERESOPOLIS.

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Os ILLMS. Srs. Drs.

PRIMEIRO ANNO

Cons. F. J. do C. e Mello Castro Mascarenhas.	Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle.	Chimica e mineralogia.
Luiz Pientznauer.....	Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá.....	Botanica e zoologia.
Domingos José Freire Junior.....	Chimica organica.
José Joaquim da Silva.....	Physiologia.
Luiz Pientznauer.....	Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

José Joaquim da Silva.....	Physiologia.
Conselheiro Barão de Maceió.....	Anatomia geral e pathologica.
João José da Silva.....	Pathologia geral.
Vicente Candido Figueira de Saboia.....	Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira Franca.....	Pathologia externa.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Partos, molestias de mulheres pejudadas e paridas e de recém-nascidos.
Vicente Candido Figueira de Saboia.....	Clinica externa.

QUINTO ANNO

João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia interna.
Claudio Velho da Motta Maia.....	Anatomia topographica, medicina operatoria e apparelhos.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Materia medica e therapeutica.
João Vicente Torres Homem.....	Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa.....	Hygiene e historia da medicina.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos....	Pharmacia.
João Vicente Torres Homem.....	Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro.....	
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos.....	
José Pereira Guimarães.....	} Secção de sciencias chirurgicas.
Pedro Alfonso de Carvalho Franco.....	
Antonio Caetano de Almeida.....	
João Baptista Kossuth Vinelli.....	} Secção de sciencias medicas.
Nuno Ferreira de Andrade.....	
José Beniceo de Abreu.....	

N. B.— A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO CIRURGICA

Da Situação do feto

ANTES de encetarmos o estudo do assumpto da nossa dissertação, não nos parece descabido fazer a historia anatomica do feto, ainda que em ligeiro esboço, deixando á margem a parte physiologica e pathologica, com as quaes nada temos que vêr. Não podemos assas encarecer a importancia capital do conhecimento exacto, quer do desenvolvimento das partes fetaes, quer das dimensões das suas porções mais volumosas, sem o que é materialmente impossivel fazer-se uma idéa clara do grande acto da parturição.

Este estudo recente-se de bastante aridez. Em geral os Auctores, resumindo a embryologia, formão uma collecção de caracteres, que apresenta o feto, variaveis conforme a epocha da sua vida intra-uterina. Nós passaremos rapi-

damente sobre esta descripção, demorando-nos mais em certas questões que nos parecem de maior alcance.

Surge divergencia sobre a questão preliminar de saber-se em que epocha o producto da concepção é denominado feto. E assim deveria ser ; pois que não existe uma base anatomica ou physiologica em que se assente esta distincção. Ao passo que alguns pensão que á datar do fim do segundo mez o embryão passa a se chamar feto, outros reservão esta denominação para o quarto mez.

Ha certas considerações que nos levão a adoptar de preferencia a opinião ultima. O novo ser só adquire a forma definitivamente humana no fim do terceiro mez, tendo franqueado o periodo rudimentario ; além disto neste tempo os orgãos já existem esboçados e as modificações ultteriores só se fazem sobre o volume e o crescimento. Eis porque nos parece mais razoavel estudal-o como tal do terceiro mez em diante.

3.º mez. Nesta epocha o feto tem de extensão 10 a 17 centimetros, peza 70 a 90 grammas. Todos os pontos do feto são perfeitamente distinctos. A cabeça e o ventre são as unicas partes volumosas, contrastando como aspecto delgado do resto do tronco e dos membros. Os membros superiores são relativamente maiores que os inferiores. Os tegumentos começam a se caracterisar ; tomão uma cor rosea, mórmente em certos pontos ; como na palma das mãos, na planta dos pés etc., e não deixão mais vêr as visceras por transparencia. As fontanellas são muito grandes, as suturas largas. As palpebras são bem distinctas. O cordão umbilical se insere proximo do pubis. As unhas se encontrão sob a forma de pequenas placas

delgadas e membranosas. O sexo começa a se distinguir claramente. Os vasos do cordão a se torcer em espiraes.

4.º mez. O feto tem de extensão 21 a 27 centímetros, e peza na media 280 grammas. A pelle, menos transparente e mais colorida, é coberta de uma pennugem sedosa. Os musculos são susceptiveis de contracção. A cabeça representa a quarta parte da extensão total do feto. A face tem um aspecto pouco differente daquelle que apresenta á termo. O sexo é evidente. A inserção do cordão se afasta cada vez mais do pubis. O meconio, que a principio é branco griseo, torna-se amarello esverdinhado, e existe no começo do intestino delgado. As capsulas supra-renaes são mais volumosas que os rins, os quaes são formados por um certo numero de lobulos. Ha pontos de ossificação no astragalo e nas 3 peças superiores do sternon.

5.º mez. O feto tem uma extensão de 28 a 32 centímetros e peza 550 grammas, mais ou menos. A pelle é purpurea. Apparece nas axillas e nas pregas da verilha uma tenue camada sebacea, *vernix caseosa*, resultado da queda do epithelio e secreção das glandulas sebaceas. Desenvolvem se cabellos na cabeça, que é proporcionalmente menos volumosa ; suas paredes são molles, as fontanellas largas. O epiderme se forma. As palpebras não são mais transparentes e a membrana pupillar continua a existir. A bolsa escrotal ainda está vasia ; mas os testiculos se approximão dos anneis inguinaes. A metade da extensão do corpo corresponde ao appendice sternal. Os movimentos de feto já começão a ser sentidos pela mãe.

6.º mez. O feto tem de extensão 32 a 37 centímetros, e peza 1 a 1 e 1/2 kilogrammas. A pelle é menos colorida,

já fibrosa e um pouco espessa. A graxa já começa a depôr-se no tecido cellular; mas este deposito é ainda incompleto, de modo que a pelle é ainda enrugada. O *vernix caseosa* cobre os tegumentos. As palpebras são abertas; algumas vezes a membrana pupillar não existe. O meconio occupa quasi todo o grosso intestino. Um fêto que nasce nesta epocha faz movimentos inspiratorios e move os membros porém perece momentos depois.

7.º mez. O fêto tem de 37 a 40 centímetros, peza 2 kilogrammas. Todas as suas partes tem mais consistencia. A pelle é menos transparente e menos vermelha. O *vernix caseosa* mais abundante. Os testiculos tendem a insinuar-se nos anneis. Desenhão-se circumvoluções cerebraes. A membrana pupillar tem desaparecido. A inserção do cordão umbilical acha-se a 2 ou 3 centímetros abaixo do ponto a que corresponde a metade da extensão total do corpo. As unhas chegam a extremidade dos dedos. Começa a ossificação da ultima vertebra sacra. O feto é viavel.

8.º mez. O feto tem de extensão 41 a 44 centímetros, peza 2 kilogrammas. As formas do corpo se arredondão pelo augmento da graxa. A face perde o seu aspecto avermelhado. Os fetos nascidos neste tempo tem mais probabilidades de vida. As suturas e as fontanellas se estreitão. Os cabellos crescem; porém o pello lanuginoso tende a se destacar e a cair.

9.º Nas primeiras semanas do nono mez, o feto tem de extensão 45 a 47 centímetros. A pennugem que vae desaparecendo é ainda visivel nas espaduas. As cartilagens da orelha e do nariz são molles; a pelle lisa e tensa. Nos

ultimos tempos do nono mez, o producto da concepção toma todos os caracteres do feto á termo.

Feto á termo. — Os caracteres particulares do feto á termo são os seguintes. Tem na media 50 centímetros de extensão, o seu pezo é de 3 4 $\frac{1}{2}$ kilogrammas. Estas medias são sujeitas a variações. O Sr. Cazeaux em 3000 fetos encontrou um que pesava 9 libras; outros Auctores fazem menção de fetos com um pezo consideravel, tocando mesmo a exaggeração. O sexo tambem influe sobre o desenvolvimento do feto; o pezo dos fetos do sexo masculino é um pouco maior (250 grs. segundo Simpson), assim como a extensão excede 1 centimetro a do sexo opposto.

A pelle do feto a termo é branca, quasi sem pennugem. O vernis caseoso cobre todo o corpo. Os ossos do craneo, posto que moveis, toçã-sé por seus bordos membranosos. As cartilagens da orelha e do nariz são duras ao tocar. O tecido dos pulmões é vermelho, compacto, semelhante ao do figado do adulto (em quanto não começa a respiração). O cordão umbilical se insere mais ou menos no meio da extensão total do corpo. O meconio, que é composto de epithelio do intestino, de bile, de cellulas epidermicas, é viscoso, de um verde carregado, e occupa o ponto terminal do grosso intestino. A extensão do intestino delgado é igual a 12 vezes a distancia da boca ao anus. Forma-se a medulla ossea da epiphyse inferior do femur, que tem a forma de ervilha e mede na media 0,005^m em seu maior diametro. Os medicos legistas e os parteiros precisão do conjuncto destes caracteres para determinar com certo gráo de probabilidade si o feto está a termo; visto como não ha um criterio infallivel, pelo qual se

V9/511 V

possa chegar a esta conclusão. O nucleo de ossificação da epiphyse inferior do femur, posto que de grande valor, é insufficiente porque póde não existir, ou apresentar nos recém-nascidos á termo um tamanho inferior a 5 millimetros. Esta questão, do dominio da medicina legal, é alheia ao nosso assumpto.

Do exame comparativo das cifras que representam a extensão e o pezo do feto, no seu periodo de evolução, se deduz :

1.º Que a progressão em extensão, mais pronunciada durante os seis primeiros mezes, diminue nos tres ultimos.

2.º Que o pezo, quadruplica do terceiro ao quarto mez, triplica do quarto ao quinto, duplica do quinto ao sexto, para augmentar nos ultimos mezes de quantidade igual a 600 grammas mais ou menos.

Pondo de parte a duração da gravidez, a constituição da mãe, a sua maneira de viver emfim, os Srs. Hecker, Duncan e Wernick procurarão saber si certas condições especiaes favorecião ou embaraçavão o desenvolvimento do feto no seio materno. Do transumpto da memoria de Wernick se obtem os seguintes resultados :

1.º O pezo das crianças recém-nascidas augmenta com a idade da mãe até 27 annos, e sua extensão até 44 annos.

2.º Todo o producto de uma prenhez repetida excede em pezo e em extensão as precedentes.

3.º A idade, assim como o numero dos partos influem sobre o augmento de pezo e de extensão, e cada factor obra segundo uma progressão.

4.º Mui longos intervallos entre as prenhezes successivas perturbão a progressão dos pezos menos que intervallos mui curtos.

v9/512

5.º A variação dos sexos perturba o augmento do pezo dos fetos em detrimento dos filhos nascidos mais tarde.

6.º Os primeiro nascidos, cujas mãis tem sido menstruadas mui tarde, são menos volumosos que os filhos de outras mãis, e mórmente d'aquellas que tem sido menstruadas cedo.

7.º A multiparidade favorece o desenvolvimento do feto e de seus annexos, qualquer que seja o sexo.

Tocamos nestas questões, por ter sido objecto de estudos recentes. E' inutil dizer, que não tomamos a responsabilidade pelo que ha de verdadeiro ou falso nestas proposições. E' um estudo ainda em esboço, os primeiros delineamentos de uma obra incompleta, e que está pedindo a collaboração dos sabios investigadores, architectos da sciencia.

Cabeça do feto a termo

Depois de mencionar os principaes caracteres do feto, acompanhando a sua evolução no seio materno, não podemos dar de mão este assumpto sem estudar, de um modo mais particular, a parte mais importante do feto sob o ponto de vista obstetrico, a cabeça.

E' palpavel a importancia deste estudo ; é a cabeça que se apresenta geralmente no estreito abdominal ; é tambem da sua accommodação nas partes maternas, que depende

V9/512V

a facilidade do trabalho; é ainda do conhecimento exacto das relações da cabeça do feto com a bacia, que colhe o practico a pauta do seo proceder, ou entregando o parto ás forças da natureza, ou vindo em auxilio da mesma.

Deixaremos de dar a descripção anatomica dos ossos do craneo; porque não nos interessa na questão vertente.

A cabeça tem a forma de um ovoide, cuja grossa extremidade é posterior. Os ossos do craneo não são solidamente articulados, como no adulto; porém frouxamente ligados entre si por uma membrana ou cartilagem. Referimo-nos especialmente ao apice, ou abobada craneana; pois que em sua base as articulações são solidas. O que merece uma menção especial, são as suturas e as fontanelas pela sua importancia; pois nos servem de guia no diagnostico das posições da cabeça durante o trabalho.

As suturas são as linhas de junção dos ossos da cabeça. Além de ter grande valor para o practico sob o ponto de vista do diagnostico, tem ainda a vantagem de permittir o encavalgamento dos ossos, trazendo uma redução nos diametros da cabeça. As principaes suturas são as seguintes a sutura sagittal, que se estende da raiz do nariz ao angulo superior do occipital; é formada adiante pelo intervallo que separa as duas metades do osso frontal, no meio e atraz, pelo intervallo que divide os dous parietaes. A sutura coronal, que separa o frontal dos parietaes, vae da porção escamosa do temporal até o ponto correspondente do lado oposto. Emfim a sutura lambdoide, que parece uma bifurcação da sutura sagittal em sua parte posterior para as partes lateraes e obliquas, separa os parietaes do occipital.

V9/512V

a facilidade do trabalho; é ainda do conhecimento exacto das relações da cabeça do feto com a bacia, que colhe o practico a pauta do seo proceder, ou entregando o parto ás forças da natureza, ou vindo em auxilio da mesma.

Deixaremos de dar a descripção anatomica dos ossos do craneo; porque não nos interessa na questão vertente.

A cabeça tem a forma de um ovoide, cuja grossa extremidade é posterior. Os ossos do craneo não são solidamente articulados, como no adulto; porém frouxamente ligados entre si por uma membrana ou cartilagem. Refere-mo-nos especialmente ao apice, ou abobada craneana; pois que em sua base as articulações são solidas. O que merece uma menção especial, são as suturas e as fontanelas pela sua importancia; pois nos servem de guia no diagnostico das posições da cabeça durante o trabalho.

As suturas são as linhas de junção dos ossos da cabeça. Além de ter grande valor para o practico sob o ponto de vista do diagnostico, tem ainda a vantagem de permittir o encavalgamento dos ossos, trazendo uma redução nos diametros da cabeça. As principaes suturas são as seguintes a sutura sagittal, que se estende da raiz do nariz ao angulo superior do occipital; é formada adiante pelo intervallo que separa as duas metades do osso frontal, no meio e atraz, pelo intervallo que divide os dous parietaes. A sutura coronal, que separa o frontal dos parietaes, vae da porção escamosa do temporal até o ponto correspondente do lado oposto. Emfim a sutura lambdoide, que parece uma bifurcação da sutura sagittal em sua parte posterior para as partes lateraes e obliquas, separa os parietaes do occipital.

As fontanellas, vulgarmente denominadas molleiras, são os espaços membranosos em que se reúnem estas suturas. A fontanella anterior, a mais larga, também denominada grande fontanella ou bregmatica, é formada pela reunião das suturas sagittal e coronal; tem a forma losangica e é constituída por 4 linhas e 4 angulos, dos quaes o anterior, que faz continuidade com a sutura sagittal, é o mais alongado e pronunciado.

A fontanella posterior, menor do que a anterior, é constituída pela união da sutura sagittal com os dous ramos da sutura lambdoide. Tem a forma triangular, e apresenta uma depressão, na qual se pode alojar a polpa terminal do dedo explorador. E' esta fontanella a mais accessivel durante o trabalho por causa da flexão da cabeça.

Para se comprehender bem o mecanismo do parto, é de necessidade indeclinavel o conhecimento das dimensões da cabeça fetal, a fim de se estabelecer o parãllelo com as da bacia. E' mister portanto conhecer-se os diametros da cabeça do feto. Estes diametros, em relação a direcção, podem se dividir em antero-posteriores, transversos e verticaes. Mencionaremos sómente aquelles que, durante o trabalho, estabelecem connexões com os da bacia.

O Sr. Budin, em sua these de 1876, occupa-se extensamente desta questão, e faz resaltar a pouca fixidez dos pontos de reparo entre os Auctores, donde partem e onde terminão os diametros, fazendo variar a sua extensão. Nos seguirẽmos as suas idéas, quanto aos pontos de reparo e as cifras das dimensões.

Os diâmetros antero-posteriores são : o diâmetro supra-occipito-mentoniano, o máximo do Sr. Budin, que vai do mento á sutura sagittal, terminando em um lugar, que varia entre a ponta do occiput e a fontanella anterior ; tem de extensão, na media. 12^{cent.},94. O diâmetro occipito-frontal, que se estende da ponta do occiput a raiz do nariz ; tem 11^{cent.},42. O diâmetro sub-occipito-bregmatico, que vai do ponto de encontro do occipital e da nuca ao meio da grande fontanella, ao nível do ponto em que cruzar-se-hião as duas suturas sagittal e coronal ; mede 9^{cent.},73.

Os diâmetros transversos são :

O diâmetro bi-parietal, ou transverso máximo, que vai de uma bossa parietal, a outra, tem 9^{cent.},23. O bi-temporal, ou transverso mínimo, que se estende da origem da sutura coronal de um lado ao ponto correspondente do lado opposto ; tem 7^{cent.},95.

Os diâmetros verticaes são :

O mento-bregmatico, que vai da ponta do mento á parte anterior do bregma ; tem 10^{cent.}. O diâmetro sub-mento-frontal, que vai da parte inferior do mento á parte superior da fronte ; mede 10^{cent.}. O Sr. Budin sustenta que o maior diâmetro antero-posterior não é como dizem os Auctores, o occipito-mentoniano, que mede 12^{cent.},64 ; mas sim o supra-occipito-mentoniano.

Estas cifras representam a media de grande numero de mensurações ; certas condições podem fazel-as variaveis. E' assim que o sexo não é indifferente a isto ; no sexo masculino as dimensões da cabeça são um pouco maiores que no femenino, sobre ser no primeiro mais solida a sua ossificação. O Sr. Simpson, que liga uma grande impor-

tancia ao augmento nas dimensões da cabeça do feto masculino, attribue á isto a maior proporção na lethalidade dos *neo-natorum* do sexo masculino ; assim como a maior difficuldade no trabalho e augmento da mortalidade das parturientes. Segundo o calculo do citado parteiro, de 1834 a 1837 morrerão na Grã-Bretanha, em consequencia de maiores dimensões da cabeça fetal no sexo masculino mais ou menos 50000 individuos, dos quaes 46 a 47000 erão fetos do sexo masculino. e 3 a 4000 mulheres, que fallecerão quer durante o parto, quer no puerperio. Ha outras condições. como raça, civilisação e cultura intellectual, que terão quiça alguma influencia sobre as dimensões do craneo ; mas não ha dados positivos para affirmal-o.

Entre as diversas circumferencias que se pode traçar na cabeça fetal, quatro sómente devem ser mencionadas ; são aquellas que acompanhão a semiflexão, a flexão, a semiextenção e a extenção da cabeça. Vem a ser a circumferencia occipito-frontal, a sub-occipito-bregmatica, a mento-bregmatica e a sub-mento-frontal.

Com o fim de melhor se apreciar os diametros do feto e os da bacia, aqui os reproduziremos em um só quadro.

<i>Diametros da bacia</i>	<i>Diametros antero-posteriores</i>	<i>D.transversos</i>	<i>D. obliquos</i>	<i>Distancias</i>
Estreito superior.	10,97.....	13,41.	12,60.	Sacro-cotyloide
Excavação.....	12,63	12,41.	12....	8,77.....
Estreito inferior..	11 a 12 ^e	11,07.	11,2..	Da ponta do coccyx á tuberosidade sciatica 7 ^a .

Cabeça do feto	Diam. longitudinaes.	Occipito-mentoniano maximo de Budin.....	12,94
		Occipito-frontal.....	11,42
		Sub-occipito bregmatico.....	9,73
	Diam. transversos...	Bi-parietal	9,23
		Bi-temporal	7,95
		Bi-malar	7,2
	Diam. verticaes... ..	Mento-bregmatico	11
		Mento-frontal.....	10

Do estudo comparativo das dimensões do feto e das da bacia se deduz as seguintes conclusões :

1.º O ovoide fetal não póde se engajar atravez da bacia sinão por uma de suas extremidades.

2.º O diametro maximo da cabeça não podendo, por causa da sua extensão, se pôr em relação com diametro algum da bacia, é necessario que a cabeça se engaje em flexão ou em deflexão e que, para se disprender no estreito inferior, faça sahir uma das extremidades deste diametro antes da outra ; isto é, o occiput antes do mento, na apresentação de craneo, o mento antes do occiput na de face

A cabeça do feto executa sobre o rachis movimentos extensos. Por intermedio da articulação occipito-atloidiiana

a cabeça executa movimentos de flexão e de extensão. A articulação atlóido-axoideana permite movimentos de rotação de um quarto de círculo. Entretanto não se deve exagerar este movimento sob pena de produzir uma luxação com despedaçamento da medulla. Este movimento combinando-se com o de descida, durante o trabalho constitui o movimento espiral de Hubert.

Além disso a cabeça goza de movimentos de lateralidade em gráo mais ou menos pronunciado.

Uma das partes da anatomia obstetrica, que bem pouca consideração tem merecido, é o estudo dos diâmetros do tronco fetal, entretanto que é de summa necessidade para se conhecer as relações do feto com o canal genital nas apresentações de pelvis; sobre ser indispensavel para a intelligencia do mecanismo do parto em todas as apresentações. Antes de proseguirmos, cumpre dizer que, em relação ao feto, não respeitaremos certas divisões anatomicas; mas sim faremos entrar como parte integrante do tronco, não só a bacia fetal, mas também as coxas e as pernas, quando estes elementos se incorporão á bacia. Procedendo de baixo para cima, e conforme a sua importancia, temos um diâmetro que vai de uma tuberosidade do ischion á outra. Este diâmetro, que poder-se-hia chamar bis ischiatico externo, tem de extensão 9 a 9 1/2 centímetros. O diâmetro bis-iliaco, que se estende de uma crista iliaca á outra, mede 8 centímetros; visto como, nesta idade, a parte superior da bacia é pouco larga. O diâmetro sacro-tibial, que vae da parte posterior do sacro a parte anterior do tibia, quando os elementos do pelvis estão dobrados; tem 10 centímetros de extensão;

ou o diametro sacro-crural, quando somente as coxas estão dobradas sobre a bacia; ou enfim o sacro-pubiano, quando as coxas e as pernas estão em extensão. O diametro bi-trochanteriano, que se estende de um grande trochanter ao outro, tem 9 centímetros. O diametro sterno-costal que mede 9,23 centímetros. Enfim o diametro bis-acromial, ou das espaduas, que tem de extensão mais ou menos 12 centímetros.

O feto, ao atravessar o canal genital, diminue o volume das suas tres partes mais volumosas, bacia, tronco e cabeça; é esta propriedade que se denomina *reductibilidade*.

A compressibilidade da bacia fetal tem lugar tanto no sentido antero-posterior, como transversalmente, e de um modo bastante pronunciado. Este facto se impõe desde que se considera que os ossos iliacos de um feto, ainda mesmo á termo, são em parte cartilagosos; as tres partes que os formão, o ilion, ischion e pubis, são perfeitamente distinctas, a symphysis pubiana é extremamente molle.

Tambem o tronco se reduz sensivelmente de volume, por isto que é formado em grande parte de tecido muscular. O diametro bis-acromial, que tem 12 centímetros de extensão, póde ser reduzido a 9 1/2 no maximo, isto é, a extensão do diametro bi-parietal. O diametro sterno-costal tem a mesma dimensão que o bi-parietal, é elle tambem que o substituirá, durante o trabalho do parto.

Chegámos enfim a terceira porção, a mais volumosa e a menos reductivel do feto, a cabeça. Si bem que, em limites mais restrictos, mórmente se compararmos com a bacia do feto; todavia a cabeça é susceptivel de dimi-

nuição em alguns dos seus diâmetros, feita á custa do encavalgamento dos ossos parietaes, e o endireitamento dos ossos da abobada craneana. Baudelocque, que se occupou deste ponto, concluiu, de suas experiencias, que a redução não excede a um centimetro, e que a redução no sentido transversal não traz o augmento no sentido vertical. O Sr. Joulin, analysando estas experiencias, e por sua vez emprehendendo outras, conclue: 1º que o gráo de reductibilidade é variavel conforme os fetos. 2º que a redução póde ser elevada a 1 1/2 centimetros, sem comprometter a vida do feto. 3º que a cabeça, redusida no sentido transversal, alonga-se no sentido vertical. O citado parteiro estima em 43 a 59 kilogrammas a força necessaria para operar a redução de 1 1/2 centimetros.

Barnes demonstrou, com desenhos da forma da cabeça tirados immediatamente depois do parto, que os diâmetros occipito-mentoniano e occipito-frontal podem, durante um parto laborioso, se alongar de mais de 1 pollegada (275 millimetros): ao passo que uma compressão lateral póde reduzir o diâmetro bi-parietal as dimensões do interauricular. O Sr. Budin, a este respeito, apresenta conclusões que não estão de accôrdo com o que se encontra nas obras dos outros praticos. Eis as conclusões a que chegou.

No parto normal pelo craneo, o diâmetro occipito-mentoniano e o diâmetro occipito-frontal, em lugar de augmentar, diminuem. O diâmetro antero-posterior que augmenta, é o que elle considera como o diâmetro maximo. O diâmetro sub-occipito-bregmatico diminue algumas vezes de um modo consideravel, durante o parto.

O diametro bi-temporal diminue tambem durante a expulsão do feto. E nfm, o diametro bi-parietal não é, como se tem dito, o que se reduz mais, é o que menos se reduz. O mesmo auctor explica este mecanismo passivo soffrido pela cabeça, pela existencia das fontanellas, pela situação das diversas suturas e pela disposição e estructura dos ossos que concorrem a formar a abobada do craneo.

Attitude do feto

Chama-se attitude a situação das differentes partes do corpo do feto em relação umas com as outras e com o canal genital. Demos a esta definição maior latitude que os Auctores, porque, de accordo com elles, incluimos no presente assumpto as relações do feto com o globo uterino. Não ha mister espraiar em longas considerações para demonstrar a importancia desta materia. O conhecimento exacto da situação do feto, já em relação a si mesmo como corpo intrinseco, já em suas relações com a cavidade intra-uterina, no começo do trabalho, é um guia seguro para o practico. E' com este precioso elemento que o parteiro pode formular um juizo mais ou menos certo de um trabalho physiologico ou pathologico.

As differentes partes fetaes são arranjadas de modo á occupar o menor lugar possivel. O corpo é dobrado de modo que a espinha dorsal apresenta uma curvatura de convexidade externa. A cabeça é ligeiramente inclinada

para adiante, o mento dobrado sobre o sternon. Os dedos estão em flexão sobre a mão, os ante-braços sobre os braços, os braços approximados do tronco, de sorte que as mãos crusadas são vesinhas do mento. As pernas são dobradas sobre as coxas, e estas levantadas sobre o abdomen, os pés dobrados sobre a perna, o calcanhar mais baixo que os artelhos. O cordão umbilical é geralmente collocado ao abrigo de toda a compressão no espaço situado entre os braços e as coxas. Em virtude da encurvação do rachis, os joelhos tocam quasi o mento. Assim accommodado, como a chrysalide em seu casulo, o feto apresenta-se como uma massa ovoide, cuja pequena extremidade é constituída pelo craneo, e a grossa pelo pelvis e membros inferiores (1). Este ovoide mede em geral 28 a 30 centímetros no sentido longitudinal, 14 a 16 centímetros no sentido transversal e antero-posterior. Suas extremidades são antes ovaes que esphéricas; é assim que a cabeça é mais extensa de diante para atraz que transversalmente; o pelvis offerece um maior diametro do sacro ao joelho que de uma extremidade á outra das cadeiras.

A situação das partes fetaes que temos descripto, é a que, na maioria dos casos, existe. Entretanto certas modificações podem se dar; taes são: a deflexão da cabeça; os membros superiores podem se collocar aos lados ou adiante da cabeça, ou abaixados ao longo do tronco. As pernas podem igualmente se applicar sobre o plano anterior do feto e se achar em estado de extensão relativamente ás

(1) Cumpre notar que nos referimos ao feto á termo.

coxas. O movimento de pelotamento é muito menos pronunciado nos primeiros mezes. Mesmo sobre a curvatura, a sciencia registra 4 casos em que a encurvação do rachis era sobre o plano posterior.

Não ha accôrdo sobre a causa da attitude do fêto. Cazeaux a suppõe inherente ao proprio individuo ; mas longe de admittir á lei das determinações instinctivas de Dubois, elle parece vizar uma ordem de idéas, que não se filião as razões materiaes, para explicar este facto. O Sr. Pinard explica a attitude fetal pela pressão devida quer á contracção uterina, quer á contracção dos musculos da parede abdominal, e pelos movimentos imprimidos ao fêto pelo organismo materno. Diz que o fêto, si é um ser vivo e activo, é tambem um corpo passivo, e como tal sujeito ás leis phisicas. Assim como a pedra na bexiga, o calculo biliar, não tem angulos sallientes, mas arredondados, assim o fêto arredonda seus angulos dobrando-se. E pois para o Sr. Pinard as causas da attitude do fêto são todas materiaes.

Relações do fêto com a cavidade uterina. Desde que os diversos meios de exploração se aperfeiçoarão, dous factos revelados pela observação patentiarão-se aos olhos do parteiro : 1º nos ultimos mezes da gravidez, a extremidade cephalica habitualmente sè apresenta para baixo. 2º A proporção que se approxima do começo da gestação, menos frequentes se tornão as apresentações cephalicas. Ambos os factos achão-se plenamente confirmados por numerosas estatisticas, Era natural que maximos esforços fossem empregados com o fim de indagar a causa destes

phenomenos e o mecanismo de sua producção. Não vem á pello analysar as multiplas hypotheses as variadas explicações, que forão a granel emittidas sobre o assumpto. Aventadas por uns, erão immediatamente batidas por outros. Desde a hypothese hippocratica da cambalhota, a da gravidade, ainda hoje sustentada por Mathews Duncan, Veit e Seröder, até a da sensibilidade instictiva de Dubois ; admittida por Hubert, e a dos movimentos reflexos de Simpson, ha uma serie dellas para explicar o ponto em litigio. Cumpre, entretanto, que se diga, que todas as hypotheses apresentadas resentem-se de um vicio capital. Estes auctores querem encontrar a explicação destes factos pondo em linha de conta sómente o feto, isolando-o completamente do utero ; quando neste orgão pode se encontrar elementos aproveitaveis para discortinar a verdade. E' como muito bem diz o Sr. Martel « quando ha um conteudo e um continente, para se conhecer as suas relações reciprocas e a influencia que podem ter um sobre o outro, é mister attender a forma e a estructura de ambos. » E' preciso pois pôr em contribuição ambos os elementos para se obter uma explicação satisfactoria.

Haurindo nas mesmas fontes os elementos para explicar a frequencia, com que a extremidade cephalica occupa a parte inferior do utero, duas theorias merecem um estudo mais detido. Uma porque é acceita por grande maioria de distinctos practicos, a outra por ser moderna, e vir comprovada por muitos dados de observação. A primeira é a apresentada pelo Sr. Cazeaux, e adoptada por Playfair, Hubert e outros. Eil-as em resumo.

Nos seis primeiros mezes, o desenvolvimento do utero

v9/5/80

se faz á custa do seo fundo, de modo que dilatado no segmento superior, é muito estreitado no seo segmento inferior. De outra parte a extremidade pelviana do feto, formando uma massa mais volumosa que a extremidade cephalica, deve se alojar na parte mais larga do utero, no fundo, e a cabeça se dirigir para o collo. Nos tres ultimos mezes, com quanto o segmento inferior do utero se desenvolva, mais ou menos, na proporção do superior, o feto, em virtude do seo crescimento, não póde atravessar o diametro transverso do utero por seo diametro longitudinal, e conserva-se na situação á principio tomada. Em resumo, o Sr. Cazeaux admite que a parte mais volumosa do feto nos seis primeiros mezes, é a extremidade pelviana, a qual occupa o fundo do utero.

A divergencia que ha entre a theoria de Cazeaux e a de Pinard versa sobre o feto. Para este ultimo parteiro, até os seis mezes, a extremidade cephalica é mais volumosa que a pelviana. A opinião de Cazeaux não nos fornece uma explicação da menor frequencia de apresentações cephalicas nos partos prematuros.

Segundo Pinard, a situação que a cabeça fetal toma, é o resultado da accommodação, a qual se realisa por intermedio dos seguintes factores :

De um lado a fórmula do utero e do feto, durante os seis primeiros mezes, sendo o utero mais desenvolvido no seo fundo e a cabeça do feto mais volumosa. De outro lado, durante a gravidez, o utero é preza de constracções não-dolentes e as mulheres entregão-se a movimentos, que se repercutem sobre o feto. Ainda mais, a face interna do amnios é polida e escarregadia, o liquido amniotico é

abundante, já existe o verniz caseozo, o feto tem partes antes arredondadas que angulosas. E pois, a fórma do utero e do feto torna possível a accommodation; as contracções não-dolentes do utero e os movimentos maternos executão-na; o estado polido do amnios, a abundancia do liquido amniotico etc., a favorecem. Si é certo que, durante os seis primeiros mezes, o feto goza de uma certa liberdade no interior do utero, já pela abundancia do liquido amniotico, já por sua pequenez, não é menos verdade que, depois de algum tempo, elle se colloca de novo em sua situação.

Antes de proseguirmos, seja-nos permittido fazer uma observação. Embora o Sr. Pinard não declare terminantemente si neste tempo a região cephalica corresponde ao fundo do utero e o pelvis ao collo, se antevê claramente isto; já porque a boa adaptação é esta, já pelas suas provas fundadas em estatisticas, nas quaes vem consignado a predominancia das apresentações que não as cephalicas.

Nos tres ultimos mezes da gravidez, os membros superiores do feto se desenvolvem, e pois, é necessario um lugar mais espaçoso para accommodar o pelvis que a extremidade cephalica. Eis por que, á proporção que se aproxima do termo da gestação, nota-se a predominancia das apresentações cephalicas, visto como o fundo do utero, ponto mais espaçoso, é occupado pela extremidade pelviana. Este modo de vêr é confirmado pelas estatisticas de Veit, Dubois, etc. Um outro facto, que o Sr. Pinard adduz á seo favor, é a frequencia das apresentações de pelvis, nos casos de hydrocephalia; pois que, em virtude do desenvolvimento da cabeça, ella vae occupar o fundo do utero.

v9/51qv

Emfim o mesmo parteiro apresenta entre as circumstan-
cias, que embaraço a accommodação, a prenhez gêmea,
a hydropesia do amnios, a morte do feto e o aborto; por
que em todos estes casos ha falta de um ou mais factores
da accommodação.

Do confronto das opiniões de Cazeaux e de Pinard, nota-se divergencia, até anatomica, entre elles. Eis porque achamos admiravel que Martel encontrasse no que diz Pinard, cousa identica a opinião de Cazeaux. Ainda mais, o Sr. Martel, admittindo a opinião de Pinard, afasta-se, *ipso facto*, da explicação de Cazeaux, opinião que, segundo elle, é partilhada por grande maioria de parteiros.

Das apresentações em geral

Quando se faz um cotejo entre as idéas antigas e as que possuímos acerca do presente assumpto, somos obrigados a render preito e homenagem aos venerandos nomes de Lachapelle, Nœgele, Stoltz, etc. O passo dado no estudo desta materia, é avançado, certas as conquistas. Mas ter-se ha dito a ultima palavra? Vejamos antes de entrar na apreciação analytica das apresentações, si entre os parteiros existe um accordo na definição desta palavra.

E' certo que, entre os practicos, todos fazem entrar no sentido da palavra — apresentação — os seguintes elementos :

- 1.º A existencia de uma parte do feto na bacia, a partir do estreito superior.
- 2.º A circumstancia imprescindivel

d'esta parte imprimir uma alteração sensível, quer no mecanismo do parto, quer nas manobras a empregar. Posto isto, era natural que, na definição desta palavra, se comprehendesse o duplo sentido, em que é considerada. Mas assim não é, e, a este respeito, ha dous modos de defini-la entre os auctores. Uns dão uma grande latitude á parte apresentada; é a *que primeiro se offerece no estreito superior* para o Sr. Cazeaux; é a *presença de uma parte importante do feto no estreito superior ou na cavidade pelviana* para o Dr. Saboia. Outros restringem esta parte desde uma pequena superfície até a um ponto! Já por isto se vê, que ha completo desaccôrdo neste terreno. Ainda não é tudo, os sectarios da primeira opinião divergem no modo de apreciar a definição; pois, ao passo que alguns mencionão sómente o estreito abdominal na definição, como si abaixo deste estreito deixasse de existir apresentação, outros, como o Dr. Saboia, Duncan, Tylor, Smith estendem-na a totalidade do canal genital.

Ainda entre os que limitão a parte apresentada e os que dão-lhe maior extensão, surge uma divergencia nos signaes diagnosticos da apresentação. Para uns a parte apresentada, é a parte inteira do feto attingivel pelo dedo explorador. Para outros é a parte do feto, em que o dedo toca primeiro. Para alguns emfim é a parte mais baixa do feto. Diante de tão grande diversidade de opiniões, vamos citar as definições de ambas as parcialidades, fazendo votos para que se liquide esta controversia em beneficio da sciencia. Eis a definição do Dr. Saboia: apresentação é a presença de uma parte importante do feto no estreito superior da bacia ou na cavidade pelviana.

Esta definição, incluindo a idéa geral de uma parte importante, omitta a circumstancia de trazer modificação no trabalho ; entretanto, d'aquelles, que seguem a primeira opinião, cumpre confessar que é a melhor definição.

O Sr. Tylor Smith define apresentação a parte que se sente fazendo mais proeminencia no circulo formado successivamente pelo orificio uterino, a vagina e a vulva. O citado parteiro, para evitar o escolho de que nem sempre, em uma mesma posição, é uma parte fixa que se apresenta, julga que, em cada posição, deve-se definir a parte apresentada. Esta definição não é tão pouco indemne de defeitos ; e o mais sério é que, como diz Duncan, a parte proeminente não teria relação alguma fixa com o canal genital no mecanismo do parto.

Emfim o Sr. Duncan apresenta, por sua vez, a seguinte definição : apresentação é o ponto, que, sobre a superficie da cabeça fetal ou de outra qualquer parte, está em relação com o eixo do canal genital. Segundo este parteiro, a apresentação é o ponto tocado pelo dedo, que segue o eixo da bacia ; de sorte que, desde que o dedo não atinja o alludido ponto, por ser elevado, não se póde reconhecer-a. O proprio Sr. Duncan, comprehendendo as difficuldades practicas de se conseguir precisar a apresentação, diz, que póde-se considerar este ponto como uma superficie. E' com effeito materialmente impossivel determinar-se perfeitamente um ponto que coincida com um outro do eixo pelviano. Diante desta difficuldade, esta definição, com quanto boa, soffre quebra em seo valor, máo grado o modo de pensar do Sr. Leishman quando diz : « parece-me que devemos procurar as definições scientificas exactas e as

boas definições, quer possamos ou não applical-as na practica. »

Feitas estas considerações, prosigamos. Os antigos parteiros, reconhecendo a importancia das regiões fetaes apresentadas na marcha e na terminação do trabalho, não se occupavão com as relações destas com o canal pelviano, nem tão pouco procurarão formular uma classificação. Foi Salayres o primeiro que descreveo separadamente as apresentações fetaes e suas posições. Entretanto este auctor, apreciando sómente a presença e as relações das regiões do feto com a bacia, sem fazer entrar em linha de conta a influencia que poderião ter sobre o trabalho, multiplicou, de um modo arbitrario e sem nexo, as apresentações e posições. Baudelocque, proseguindo a obra de seo mestre, apresentou uma classificação, com base identica ; porém amontoando maior contingente de divisões. Entretanto foi elle o primeiro que sustentou que o parto póde terminar-se naturalmente nas apresentações de face. Desde então appareceo uma serie de classificações, que, embora simplificando a de Baudelocque, veio trazer uma grande confusão neste estudo. Até que Mme. Lachapelle e sobretudo Nægele vierão produzir uma reforma completa e salutar na matéria.

Si bem que, na grande maioria dos casos, a attitude do feto no fim da gravidez, seja tal, que a extremidade cephalica é a parte mais baixa, póde acontecer, que um dos outros pontos do seo grande eixo corresponda ao collo do utero. Assim a extremidade cephalica, a extremidade pelviana, um dos pontos do tronco, pódem se apresentar no estreito superior.

Quando a cabeça é dirigida para baixo e o feto tem a sua attitude normal, é o craneo que se apresenta.

Quando a cabeça é afastada do peito e revirada sobre a nuca, é a face que se apresenta : d'ahi duas apresentações—a do craneo e a da face.

Quando a extremidade pelviana é dirigida para baixo, quer o feto tenha a sua attitude normal, quer tenha-se modificado, temos a apresentação de pelvis. Emfim quando o tronco se apresenta, como demonstrou Mme, Lachapelle, é sempre por um dos planos lateraes, direito ou esquerdo, e como a espadua é a parte mais saliente, é ella que proemina ; temos portanto duas apresentações, uma do plano lateral direito, outra do plano lateral esquerdo.

Com quanto, na maioria dos casos, a parte apresentada se colloque de modo, que o eixo do feto corresponde ao eixo do estreito superior ; observa-se todavia desvios desta direcção, que quasi sempre são corrigidos pelas contracções uterinas ; raras vezes exigem a intervenção do parteiro. E' assim, por exemplo, que a cabeça, nas apresentações de craneo, póde apresentar uma inclinação lateral, constituindo a variedade parietal ; ou em flexão forçada, ou em deflexão, constituindo as duas variedades, occipital e frontal. Estas irregularidades difficultão o diagnostico, tornando menos accessiveis os pontos de reparo. Nas outras apresentações, tambem se notão estas irregularidades, si bem que mais raras vezes. Estas anomalias constituirão um objecto de estudo especial, quando tractarmos de dystocia fetal.

Frequencia ás apresentações.—A apresentação de craneo é incomparavelmente a mais frequente de todas. Isto se

deduz já dos factos, que á todo o instante nos mostra a practica, já dos numerosos quadros estatísticos reunidos de varios parteiros, elevando-se ao algarismo de 59287, por meio dos quaes obtemos a proporção de 95,4 por cento para as apresentações de craneo. Cumpre ainda notar, que esta cifra não exprime perfeitamente a frequencia das apresentações de craneo : porque nestas estatísticas estão incluídos os partos prematuros e gemeos, além de certos vicios de conformação de bacia, circumstancias que augmentão o numero das outras apresentações. Deduzindo-se estes casos, o algarismo se eleva a 96 ou 97 por cento. Dando de barato estas considerações, e argumentando-se com a primeira cifra, ainda assim só resta 4,6 para todas as outras apresentações.

As apresentações de face são muito raras. Colleccionando as estatísticas de França, Inglaterra, Allemanha e Austria, obtivemos a avultada somma de 315840 partos, e desta totalidade sómente 1439 apresentações de face, isto é, 1 sobre 219,8 ou 0,4 por cento approximadamente.

Cumpre ainda fazer uma reserva. Como muito bem diz Depaul, as parteiras e mesmo medicos ainda se assustão destas apresentações, de sorte que, depois de reconhecidas, envião as parturientes aos hospitaes para evitar difficuldades, vindo engrossar o contingente das estatísticas. Ha um outro facto, para o qual o Sr. Duncan chamou a attenção. Comparando-se o numero das apresentações de face segundo os paises, vem, por ordem de frequencia, 1.ª a Austria na rasão de 1 sobre 148,5, a Allemanha 1 sobre 468,9, a França 1 sobre 247,6 e

em ultimo lugar a Inglaterra 1 sobre 248,5. Vê-se que este ultimo paiz é o que registra em seus quadros estatísticos menor numero de apresentações de face ; a Austria o excede de mais de um terço, a Allemanha de um terço. O Sr. Duncan inclina-se a explicar esta differença notavel pela diversidade de posições, que as mulheres tomão durante o parto. As inglezas, quando em trabalho, se collocão em decubito lateral esquerdo ; esta situação diminue a obliquidade uterina direita, que, segundo o citado auctor, é a causa da transformação das apresentações de craneo em apresentações de face. Não querendo affirmal-o cathegoricamente, o Dr. Duncan consigna este facto como digno da attenção dos investigadores, pelo alcance practico, que d'elle resulta.

As apresentações pelvianas não são das mais raras. Segundo as estatisticas de França, encontra-se 1 apresentação de pelvis em 27 partos ; está por tanto na razão de 3,6 por cento. Consultando-se as estatisticas Inglezas, parece que não ha sensivel differença das de França ; pois que, segundo a de Ramsbothan, a proporção é sensivelmente igual ; entretanto na estatistica de Churchill, encontra-se 1 apresentação de pelvis sobre 33 partos, isto é, na razão de 3 por cento.

A querer tomar em consideração as variedades de nadegas, de pés e de joelho, as apresentações de nadegas são mais frequentes que as de pés e muito mais que as de joelho. Segundo Churchill a apresentação de nadegas está para a de pés como 92 : 52 ou :: 1,8 : 1. Segundo Mme. Lachapelle, encontra-se sómente uma apresentação de joelho em 3445 partos. Com effeito são extremamente

raras as apresentações de joelho, o que facilmente se compreenderá, si se reflectir que, para a sua producção, as coxas devem ser estendidas, e a dimensão vertical do feto augmentada á ponto de tornar a sua accomodação na cavidade uterina mui difficil, a menos que o feto não tenha um pequeno volume.

Compulsando as estatisticas de varias procedencias, não encontramos perfeito accordo acerca da frequencia das apresentações de espadua. Assim, ao passo que a do Sr. Churchill dá 1 apresentação de espadua para 260 partos; considerando por tanto esta apresentação como menos frequente que a de face, o Sr. Depaul dá 1 sobre 86 partos! Parece-nos que ha exaggeração nos dous extremos; mesmo porque o proprio Depaul, sem ater-se a sua estatistica, julga que em 200 partos ha 1 apresentação de espadua, pondo em relevo a remessa de parturientes para a maternidade, depois de reconhecida a apresentação. Tomando a media de 34085 partos, e attendendo a consideração de Depaul, achamos que a sua frequencia, um pouco maior que a de face, é mais ou menos de 1 sobre 150 partos, ou na razão de 0,5 por cento. Segundo Mme. Lachapelle e Depaul, a espadua direita se apresenta um pouco mais frequentemente que a esquerda, na razão de 75 : 69.

Das posições em geral

Si na definição de apresentação, nós vimos que ainda reina desaccordo na sciencia, não esperemos encontrar harmonia na de posição. E' ainda a questão de certos

parteiros dar maior latitude á idea de posição, e de outros restringir o seu sentido. E' ainda o facto de alguns, como Joulin e Cazeaux, limitar a significação de posição á um ponto mui restricto da bacia—o estreito superior, e outros estender o seu campo de acção á todo o percurso do canal genital. Ainda d'aquelles, que, como Joulin, só considerão a posição no estreito superior, se afastão, alargando esta idea em relação ao feto. De sorte que ha tres opiniões diversas : 1.º Dos que restringem a idea de posição, tanto em relação á bacia, como em relação ao feto. 2.º Dos que a restringem em relação á bacia ; porém dão-lhe maior latitude em relação ao feto, como Cazeaux. 3.º Dos que tanto em relação á bacia como ao feto tornão-na mais extensiva, como o Dr. Saboia. Destas considerações se vê claramente, que as divergencias versão, *mutatis mutandis*, sobre os mesmos pontos litigiosos, que apreciamos na apresentação. A adoptar-se uma definição, parece-nos mais razoavel a do Dr. Saboia, já porque é extensiva ao canal genital, máo grado a opinião de Joulin, que julga se deve determinar a posição antes do periodo do engajamento, já porque as outras relações da parte apresentada devem ser consignadas, e não simplesmente a que é tomada como ponto de reparo. Chama-se posição o phenomeno caracterizado pelas relações que existem entre os diversos diametros da bacia e a parte fetal que se apresenta (1).

Para se determinar as posições, é mister escolher na parte apresentada do feto pontos de reparo, assim como

(1) Vide a definição de apresentação do mesmo auctor.

outros pontos no canal pelviano. Para o feto, tem-se convencionado, como ponto de reparo nas apresentações de craneo, o occiput. Nas apresentações de face, a maioria dos Auctores, adoptão o mento : mas attendendo a uniformidade da classificação, deve-se preferir, como fazem Depaul e Joulin, a fronte. Na apresentação de pelvis, é o sacro. Na apresentação de espadua, adoptou-se a cabeça acompanhada do nome da espadua, que se apresenta. Quanto aos pontos de reparo na bacia, foi objecto de apreciações diversas. As ideas de Baudelocque e de outros, que se lhe seguirão, forão sabiamente demolidas e simplificadas por Nøgele. O illustre Professor, dividindo a bacia em duas metades lateraes, direita e esquerda, formou de cada lado um ponto de reparo ; dest'arte são comprehendidos todos os casos possiveis de posição fetal.

O Sr. Stoltz, de accôrdo com a opinião de Mayguier e outros, admite sómente quatro posições : 2 cotyloidianas e 2 sacro-iliacas. Sustenta que o grande diametro da apresentação está sempre em relação com um dos diametros obliquos do estreito superior ; para elle as outras posições são variedades secundarias e excepçionaes.

Com effeito, a julgar pelas escrupulosas estatisticas de Paulo Dubois, as posições directamente antero-posteriores não existem. As posições directamente transversaes não forão assignaladas nenhuma só vez na estatistica de Dubois, de maneira que devem ser raras, e em fetos de pequenas dimensões, com quanto o Sr. Playfair sustente que estas posições existem mais vezes do que se suppõe.

E' conveniente determinar-se a posição do feto antes do engajamento : porque, a datar deste tempo, o trabalho

v9/524v

imprime movimentos ao feto, que modificão as suas relações primitivas com a bacia. Haja vista o que acontece com a posição occipito pubiana, que, no estreito superior, é rarissima, (si existe) tão rara que muitos negão a sua existencia e a estatistica de Dubois não registra um só caso; entretanto no estreito inferior torna-se a posição a mais commummente observada.

As antigas classificações de posições erao muito complicadas e numerosas. Baudelocque elevava o seu numero a 94 e só para o tronco 76 posições diversas! Seguiremos porém as mais modernas e destas a que nos parece primar pela simplicidade, é a de Joulin, a qual vamos transcrever. Entretanto, como esta classificação é feita segundo a ordem de frequencia das posições, nós estudaremos primeiro esta frequencia como preliminar da classificação.

Na apresentação de cruceo a frequencia relativa das posições não é uma questão liquida; e aqui não podemos appellar para as grandes estatisticas, como fizemos nas apresentações. No cazo prezente os quadros estatisticos são deficientes; porque é difficil o reconhecimento das posições. Accresce ainda, que os quadros estatisticos de Baudelocque, Boivin e Lachapelle não merecem confiança neste assumpto; porque, como diz Nøgele, o diagnostico das posições era feito quando o occiput já tinha soffrido modificações em sua posição primitiva. Entretanto podemos previamente dizer, que os practicos estão em pleno accôrdo quanto a posição em que o occiput está em relação com a extremidade anterior do diametro obliquo. A divergencia existe entre as posições direitas anterior e posterior. A julgar pelas médias das estatisticas de Du-

bois e de Depaul, a ordem das posições de craneo, em relação a frequencia, é a seguinte: o.i.e.a. na razão de 73,2 por cento. Vem em segundo lugar a posição o. i. d. p. na razão de 14,5 por cento. Em terceiro lugar se colloca a posição o.i.d a., na razão de 3,3 por cento. Em ultimo lugar a posição o. i. e. p. na razão de 1 por cento. Este resultado está de accordo com a opinião de Nøgele, que considerava a posição o.i.d.a. como um estadio transitorio, na rotação das posições occipito-posteriores. Entretanto o Sr. Murphy admite a igualdade de frequencia das posições o.i.d.a. e o.i.d p. O Sr. Swayne vae mais longe; acredita que a posição o.i.d.a. é muito mais commum que a posterior. Observações ulteriores terão de esclarecer estes pontos duvidosos.

Na apresentação de face segundo as estatisticas dos Srs. Dubois e Depaul, em 165 apresentações de face, 98 vezes encontrou-se a frente para a esquerda e 67 para a direita. A relação entre as duas posições typos da face sendo de 1,4:1, segue-se que não apresenta uma differença tão sensivel como entre as duas posições correspondentes, na apresentação de craneo, que é, segundo Dubois e Depaul de 4:1. A julgar-se pela estatistica de Depaul, encontra-se completa harmonia entre as diversas posições das duas apresentações—de craneo e de face. Assim a frente corresponde a extremidade anterior do diametro obliquo esquerdo 9 vezes; segue se, em ordem de frequencia, a 2ª posição quando a frente corresponde a extremidade posterior do mesmo diametro 5 vezes. Vem em 3º lugar a frente correspondendo a extremidade anterior do diametro obliquo direito 13 vezes. Emfim em quarto lugar a frente

V9/525V

corresponde a extremidade posterior do mesmo diametro, 5 vezes. Comparando a proporção entre as duas primeiras posições de face (93:54), com as duas primeiras na apresentação de craneo (73:44), acha-se plenamente confirmado, o que Winchel deduzio de suas estatisticas : « que a segunda posição comparada com a primeira, nas apresentações de face, é mais frequente que a segunda comparada com a primeira, nas apresentações de craneo, e que por tanto, *ceteris paribus*, a apresentação de face é mais facilmente produzida quando o dorso do feto é dirigido do lado direito, que quando é dirigido do lado esquerdo ».

Na apresentação de pelvis em relação as posições, as sacro-iliacas esquerdas são mais frequentes que as sacro-iliacas direitas na razão de 1071:706 ou :: 1,5:1. Quanto as que o Sr. Depaul denomina variedades, a anterior da posição sacro-iliaca esquerda está para a posterior da posição sacro-iliaca direita como 206:125 ou :: 1,6:1. Vem em seguida, por ordem de frequencia, a variedade anterior da posição sacro-iliaca direita ; finalmente a variedade posterior da posição sacro-iliaca esquerda.

Na apresentação de espadua. Si em outras apresentações tractando de suas posições, temos notado deficiencia nos elementos, com os quaes possamos formular uma classificação, na ordem de frequencia ; sobe de ponto em relação a apresentação de espadua ; contentar-nos-hemos com o que a sciencia tem registrado. As posições dorso anteriores são um pouco mais frequentes que as dorso-posteriores na razão de 76:68. A espadua direita se apresenta um pouco mais frequentemente que a esquerda na razão de 75:69. Segundo M^{me} Lachapelle, as posições esquerdas são

um pouco mais frequentes que as direitas ; entretanto o Sr. Depaul não encontrou na clinica a confirmação disto. Segundo o distincto practico as posições direitas estão para as esquerdas como 77:67. As posições da espadua direita são classificadas na mesma ordem de frequencia, que as das outras apresentações.

Eis a classificação tirada do Sr. Joulin :

Posições

Apresentação de craneo...	{	Occipito-iliaca esquerda anterior.	1ª posição.
		» » direita posterior..	2ª »
		» » » anterior...	3ª »
		» » esquerda posterior	4ª »
Apresentação de face.....	{	Fronto-iliaca esquerda anterior..	1ª posição.
		» » direita posterior....	2ª »
		» » » anterior.....	3ª »
		» » esquerda posterior.	4ª »
Apresentação do pelvis...	{	Sacro-iliaca esquerda anterior....	1ª posição.
		» » direita posterior.....	2ª »
		» » » anterior.....	3ª »
		» » esquerda posterior..	4ª »
Apresentação de tronco..	{	Espadua direita..	Cephalo-iliaca esquerda Dorso para diante. 1ª posição.
			Cephalo-iliaca direita. Dorso para traz 2ª posição.
	{	Espadua esquerda	Cephalo-iliaca esquerda Dorso para traz. 1ª posição.
			Cephalo-iliaca direita. Dorso para diante. 2ª posição.

Esta classificação differe da de Depaul, porque omitta o que elle chama de variedades na apresentação do tronco ; pertence ao estreito superior. No estreito inferior, só ha duas posições, uma anterior, outra posterior ;as quaes têm por pontos de reparo na bacia as duas extremidades do diametro coccy-pubiano.

Causas das apresentações

Apresentação e posições de craneo

Quando tractamos da frequencia das apresentações, vimos que a apresentação de craneo era aquella, que a natureza escolhia 95,4 % como o meio mais seguro de premunir o producto da concepção de obstaculos, que em outra qualquer situação mais facilmente encontraria em seu itinerario ao mundo exterior. Pois bem, a sciencia nos demonstra exuberantemente, que é esta a situação mais favoravel ao feto, aquella em que a sua adaptação no utero melhor se realisa. A forma ovoidal do orgão da gestação e do feto á termo requer, como a melhor collocação, a correspondencia dos seus eixos longitudinaes. De um lado, a sua grossa extremidade deve se alojar na porção do utero, em que se lhe offerece maior espaço; e pois teriamos uma apresentação cephalica. De outro lado, em virtude da tendencia natural que tem o feto de encurvar-se no sentido da extensão, esta tendencia terá de manter a flexão da cabeça, em quanto não intervem outras causas modificadoras. Destas considerações, se vê, a luz da evidencia, que a natureza se encarrega de preferir a apre-

sentação de craneo. Não contente com isto, ella vai procurar uma posição que mais se coadune com as disposições anatomicas do orgão gestador e do producto da concepção. Em uma bacia revestida de partes molles, os diametros obliquos permanecem com as suas dimensões sensivelmente identicas; o antero-posterior do estreito superior é o diametro menor de todos, e os transversos soffrem uma diminuição de mais de um centimetro. Do lado do feto, os maiores diametros da cabeça fetal são os antero-posteriores. Em vista destes dados se antevê que a collocação mais commoda e harmonica é aquella, em que os grandes diametros da cabeça correspondessem aos maiores da bacia. E é o que precisamente tem lugar; as posições obliquas são as que se encontram, na grande maioria dos casos. Ainda mais, o diametro obliquo esquerdo da bacia é um pouco maior que o direito; tambem as posições em que o occiput, corresponde ao diametro obliquo esquerdo são preferidas na proporção de 87,7 por cento. Diante destes factos, os parteiros, desde éras remotas, tem indagado as causas, já das apresentações, já das posições de craneo, enredando-se em um labyrintho de theorias e hypotheses. Não podemos historiar tantas e tão variadas explicações, não só porque seria assas longo, e de pouco proveito, como porque todas ellas aferem-se no mesmo padrão, quando se esmerilha o seu valor real. O Sr. Depaul, depois de expor e analysar as theorias da gravidade, ainda sustentada por Schröder, e a da sensibilidade instinctiva de Paulo Dubois, conclue dizendo, que talvez melhor procedesse si, desde o começo, declarasse que a causa da apresentação de craneo lhe era desconhe-

cida. Em um trabalho recente do Sr. Pinard sobre o apalpar abdominal, vem uma theoria, que já apreciamos. O citado auctor, ao tractar do presente assumpto, resume as causas da apresentação de craneo, dividindo-as em passivas e activas. Entre as primeiras, elle colloca a forma do feto e do utero, as superfícies escorregadias, a presença do liquido amniotico, o parallelismo entre o desenvolvimento do feto e do utero, a conformação da excavação pelviana. Entre as activas, menciona os movimentos activos do feto, a tonicidade e contracção do utero durante a gravidez, emfim a tonicidade e a contracção da parede abdominal. Algumas destas causas actuão como forças, outras como circumstancias subsidiarias, concorrendo todas para uma resultante final, a accommodação do feto na cavidade uterina. Quanto a ultima causa, a cuja acção o Sr. Pinard dá um grande valôr, já na conservação da forma do utero, já na precocidade do engajamento e fixidez das apresentações nas primiparas, não é admittida por muitos auctores, taes são os Srs. Het, Heker, Sutugin etc., que, em importantes monographias discutem este ponto. Sutugin, resumindo todas as conclusões, diz que as paredes abdominaes não tem influencia sobre a apresentação de craneo, porém sim o gráo de desenvolvimento da parede uterina e de sua elasticidade.

A cerca das posições na apresentação de craneo, ha algumas questões, que tem sido objecto de discussões, em relação as suas causas, e cuja solução não é tão pouco satisfactoria. A que causa se deve attribuir a maior frequencia das posições obliquas correspondentes ao diametro obliquo esquerdo da bacia? O professor Cazeaux explica

esta frequencia pela presença do recto a esquerda, e ainda mais destendido por materias fecaes, forçando o occiput ou a fronte a se dirigir para adiante. Martel, regeitando a opinião de Cazeaux, apresenta por sua vez a seguinte. Em virtude das modificações operadas na bacia revestida, a fórma do estreito superior representa um triangulo de base anterior curvilinea e de apice truncado no promontorio sacro. O diametro transverso do estreito soffre uma diminuição de um centimetro e meio, ao passo que os obliquos ficão mais ou menos invariaveis. Ora o engajamento não póde dar-se no diametro antero-posterior; porque este é menor que o fronto-occipital da cabeça do feto; não póde se dar no diametro transverso, não só porque, como diz Tarnier. o diametro bi-parietal do feto seria detido pelo promontorio, que se acha bastante proximo do diametro transverso da bacia, como porque se porião em contacto duas superficies osseas e convexas, circumstancias que impossibilitão a accommodação. Nestas condições a cabeça escorrega para se pôr em contacto com a região concava do sacro. Não podendo a cabeça se collocar sobre o diametro transverso, depois de algumas mutações, ella escolherá de preferencia o diametro obliquo esquerdo, porque o dorso como explica Jacquemier, é collocado quer para adiante e para esquerda, quer para atraz e para a direita. Quanto a frequencia da posição obliqua esquerda anterior, que para o Sr. Cazeaux é devido ao maior peso da porção posterior do craneo e do tronco, o Sr. Martel attribue a modificação de fórma do estreito superior, como tambem a melhor adaptação da cabeça, quando o occiput corresponde á parte anterior.

Causas das apresentações da face

As apresentações de face, desde epochas remotas, tiveram o singular privilegio de preoccupar a attenção dos parteiros. Por muito tempo forão consideradas como excessivamente graves, uma situação contra a natureza, e não admittindo uma terminação espontanea do parto. Estas idéas forão mais ou menos correntes até que Mme. Lachapelle, revoltando-se contra ellas, estabeleceo que em geral os partos nestas apresentações terminão-se favoravelmente só pelos esforços da natureza. Pondo de parte algum entusiasmo exagerado da illustre parteira. o que é verdade, é que a grande maioria de parteiros admitte, como inconcusso, que nas apresentações de face a terminação em geral é espontanea, com quanto não possa correr parallelo com as apresentações de craneo sob ponto de vista do prognostico.

Em relação as causas, os auctores admittirão duas variedades de apresentações de face ; as apresentações primitivas, isto é, aquellas que existem desde o começo do trabalho, e as apresentações secundarias, aquellas que, á principio de craneo. se transformarão em apresentação de face. Antes de proseguirmos, cumpre dizer que esta divisão não é unanimemente acceita por todos. Uns, como Cazeaux, Desormeaux e Lachapelle são sectarios das apresentações primitivas. E' o que se vê da seguinte passagem de Cazeaux: « as apresentações de face, na grande maioria dos casos, não são determinadas por uma inclinação prévia

do feto, nem por uma direcção viciosa nas contracções uterinas. (apresentações secundarias) mas são primitivas e então a causa que as produz nos escapa ». Baudelocque, Paulo Dubois em França, Simpson e Duncan na Inglaterra, Chiori, Braun e Spaeth na Allemanha não admitem, na quasi totalidade dos casos, sinão as apresentações secundarias. Estas apresentações para elles são devidas á movimentos involuntarios de extensão executados pela cabeça do feto. As apresentações faciaes verificadas antes do trabalho, as suppostas primitivas, não terião outra causa. Quanto a explicação destes movimentos em virtude dos quaes a cabeça, em lugar da flexão, se colloca em deflexão, é para Dubois a sensibilidade instinctiva do feto, que impellindo-o a collocar a cabeça na situação mais favoravel á sua expulsão, esta póde desviar-se do caminho regular. E' para Simpson a acção reflexa.

Pinard nega redondamente as apresentações primitivas, fundamentando-se em razões de ordem anatomica, physiologica e clinica. Finalmente Depaul parece occupar o meio termo de todas as opiniões dissidentes e extremadas. Diz elle : « je pense qu'il faut admettre deux varietés de presentations de la face : l'une dans laquelle l'enfant a pris cette attitude longtemps avant le commencement du travail, l'autre dans laquelle il se présentait d'abord par le sommet, qui a été plus tard remplacé par la face ».

Para este illustre professor a causa de certo numero de apresentações de face é a obliquidade da cabeça, em virtude da qual esta corresponde a uma das fossas iliacas. Neste caso, si pelo progresso do trabalho, a cabeça escorrega, e vem as mais das vezes occupar o estreito superior, con-

servando-se em flexão, o que constitue apresentações do craneo; póde acontecer entretanto que uma contracção uterina empilla a cabeça em direcção obliqua, a cabeça achando-se em ligeira flexão, e o occiput chocando-se na bordo da fossa iliaca, esta resistencia a desdobra e a face se apresenta. O mesmo se dá e mais facilmente em uma bacia estreitada, quando ha uma obliquidade uterina consideravel, anterior ou posterior. A direcção do feto é obliqua como a do utero, e as contracções uterinas o impellirão não no sentido do eixo uterino; mas obliquamente, e a cabeça, choconda-se em um dos pontos do contorno do estreito superior, póde produzir a transformação de uma apresentação de craneo em uma apresentação de face. Entretanto o proprio Depaul confessa que, em um grande numero de casos, as explicações não passam de conjeturas; a causa lhe é desconhecida.

Ha uma theoria do Sr. Mathews Duncan para explicar as apresentações secundarias de face. que tractaremos com algum desenvolvimento em homenagem ao auctor, que consagra uma memoria digna de apreciação para demonstrar o mecanismo, pelo qual ellas se produzem. Ha duas theorias que se filião mais ou menos á do Sr. Duncan; por isto julgamos mais methodico apresental-as como preliminares.

O Sr. Huecker de Munick, levado pela frequencia da dolichocephalia, que suppõe primitiva e permanente, nos fetos nascidos nas apresentações de face, inclina-se a suppôr que estas apresentações são uma consequencia deste phenomeno, que, augmentando o braço da alavanca posterior do craneo, dá lugar a deflexão da cabeça. Depaul, analy-

sando esta theoria, diz que o seo auctor tomou o effeito pela causa : pois que a dolichocephalia é resultado e não causa das apresentações de face. O Sr. Duncan admite a existencia primitiva deste phenomeno, mas o julga por si só insufficiente para explicar a transformação da apresentação de craneo em apresentação de face. Para isto seria necessario que a alavanca posterior se tornasse mais longa que a anterior, o que não se dá. ainda mesmo baseando-se na estatistica de Hueker. Entretanto considera a dolichocephalia como uma circumstancia favoravel a producção das apresentações secundarias de face.

A outra theoria é a de Deventer e de Baudelocque, que dão como causa das apresentações secundarias de face a obliquidade frequente do utero para a direita. Entretanto a opinião de Baudelocque é mais ou menos identica a do Sr. Duncan ; porque elle sustenta que a transformação da apresentação, na grande maioria dos casos, é observada quando o occiput corresponde a obliquidade da madre para a direita. O Dr. Duncan, para explicar o mecanismo destas apresentações, dá grande desenvolvimento ao assumpto. Eil-a em sub-tancia.

Nos partos ordinarios, quer o occiput occupe o lado esquerdo quer o direito do utero, a transformação da apresentação de craneo em apresentação de face não se dá por causa da extensão mais consideravel da alavanca anterior do craneo. Nestas condições uma forte pressão, actuando com mais intensidade sobre a alavanca posterior (a menor), augmentará a flexão ; a suppôr, como é real, que seja uniforme a resistencia. Entretanto si predominar a alavanca posterior, tudo o mais normal, a pressão dará em

resultado a extensão da cabeça. De maneira que o unico elemento perturbador é a differença dos braços da alavanca do craneo. Si esta differença desaparecesse, a descida da cabeça far-se hia sem mudança de sua situação. Por outro lado, em virtude da inclinação do utero para a direita, a parte da bacia, em que se opera esta transformação é curvilinea. Ora esta inclinação para a direita é frequente : segundo os Srs. Dubois e Pajot, em 100 mulheres gravidas 76 offerecião a obliquidade lateral direita do utero.

Feitas estas considerações o Sr. Duncan estabelece o seguinte principio : Quando se impelle um corpo plastico, como o feto, atravez de um canal curvo, como o pelvis, suppondo as paredes do canal igualmente resistentes, a parte mais efficaamente impellida e que desce primeiro, é a parte que está situada mais perto da linha que representa a direcção da resultante das forças.

Appliquemos este principio ao caso vertente. Na maioria das vezes, quando ha inclinação do utero, o occiput occupa a concavidade do canal genital, mais proximo do eixo da resultante das forças, de sorte que descerá primeiro, conservando a apresentação de craneo. Entretanto em duas vezes sobre 7 o occiput está em relação com o lado direito ou convexo do canal, e a fronte com a parte concava, mais proxima do eixo da resultante das forças. Nestas condições a fronte tenderia a descer, si não fosse contrabalançada esta tendencia pela extensão da alavanca anterior. Desde que for exagerada esta inclinação do utero e houver dolichocephalia, a fronte poderá descer

primeiro, depois a face, pondo-se a cabeça em deflexão. Eis em que consiste a theoria do Dr. Duncan.

Ha algumas circumstancias que, para alguns auctores, merecem figurar como causas predisponentes destas apresentações. Taes são a pequenez do feto, a pluriparidade, as prenhez gemelas, o estado de maceração do feto e os estreitamentos da bacia.

Acerca do volume do feto, si ha alguma influencia, na producção destas apresentações, deve ser insignificante. E' o que se deduz da estatistica do Sr. Pinard, em que sobre 330 apresentações de face, 222 fetos pezavão 3 kilogrammas para mais ; só o resto pesava menos. A respeito da pluriparidade, a cifra é um pouco mais elevada para as pluriparas, na proporção de 1,4 : 1. Quanto a prenhez gêmea e o estado de maceração do feto, nos 330 casos achão-se mencionado sómente 6 vezes para a primeira e 6 para o segundo.

Segundo Pinard e Duncan bem pequena influencia exercem os vicios de conformação da bacia sobre estas apresentações. Entretanto, quando isto se dá, os Srs. Depaul e Schröder explicão o mecanismo destas apresentações por obstaculos, que, se exercendo com mais intensidade sobre o occiput, obrigão a fronte a descer, depois a face. O Sr. Duncan sustenta que realiza-se esta apresentação por um mecanismo identico ao do parto normal ; porém que, em virtude do deslocamento do centro do movimento, o braço da alavanca anterior torna-se menor ; portanto, em igualdade de resistencia, soffre maior pressão e abaixa a fronte, após a face.

Pinard, resumindo as causas da apresentação de face,

considera como causas determinantes, as contracções uterinas mal dirigidas e a obliquidade da madre; como causa predisponente principal a ausencia da accommodação. Quanto a frequencia das posições, fronto-iliaca esquerda anterior e a fronto iliaca direita posterior, resulta da melhor adaptação do diametro mento-frontal no maior diametro da bacia, o diametro obliquo esquerdo.

Causas das apresentações pelvianas

Sob a denominação de apresentação da extremidade pelviana, achão-se comprehendidas todas aquellas, nas quaes se apresenta uma parte qualquer dos membros abdominaes do feto. Alguns parteiros subdividem-na em apresentações de nadegas, de pés e de joelho; porém como são identicos a marcha e o mecanismo do parto, é mais natural que todas estas variantes sejam comprehendidas em uma só apresentação.

Em relação as causas, encontra-se grande diversidade de opiniões entre os parteiros. Alguns mais prudentes, como Cazeaux, acceitão como causa aquella que menos objecções soffre. Outros, como Playfair, apenas dizem que as causas da apresentação pelviana não são conhecidas; avançando que provavelmente serão as mesmas que as das outras apresentações differentes da de craneo; inclinão-se porém, em certos casos determinados, a attribuil-as á qualquer particularidade na fórma da cavidade uterina. O Sr. Pinard estabelece uma divisão destas apresentações

em francas e accidentaes. Considera as francas como raras, e existindo de preferencia nas primiparas, sendo o resultado de uma accommodação em sentido inverso para as extremidades fetaes. As causas desta adaptação residem, quer no volume exagerado da cabeça fetal, quer no pouco desenvolvimento da extremidade pelviana, quer enfim em algum vicio de conformação uterina, produzindo maior dilatação do segmento inferior. Explica esta apresentação, como Lachapelle, Velpeau e Cazeaux. O feto movendo-se livremente sobre todos os eixos do utero, em um momento dado, a sua cabeça é sorprendida em cima, e crescendo o seo volume, não póde atravessar os diâmetros transversaes e antero-posteriores do utero e fica nesta situação. Quanto as apresentações accidentaes, são aquellas que só se fixão no momento do trabalho. Antes disto o feto desloca-se com a maior facilidade e não se submete a accommodação alguma. As causas destas apresentações accidentaes são : a pequenez do feto, a abundancia do liquido amniotico, a laxidez das paredes uterinas, as prenhez duplas e a maceração do feto. Em uma estatística de 100000 partos, o Sr. Pinard mostra a influencia da multiparidade e do parto prematuro na producção destas apresentações. Assim em 3301 apresentações pelvianas, a proporção da multipara para a primipara é de 1954:1347 ou de 1,4:1. A proporção do parto prematuro para o parto á termo é de 1708 : 4593 ou de 1,4 : 1.

Para concluir copiaremos textualmente as palavras de Depaul ao terminar este assumpto. « De tudo que disse relativamente as causas, só resulta uma cousa importante: são os fétos pequenos e moveis que mais vezes se apresen-

tão pela extremidade pelviana ; e as condições de nascimento antes do termo, hydramnios, prenhezes gêmeas, coincidem as mais das vezes com este facto de uma grande mobilidade do feto na cavidade da madre »

Causa da apresentação de espadua

Até aqui temos tractado daquellas apresentações em que o grande diametro do feto corresponde ao grande diametro da cavidade uterina, e o nascimento do producto da concepção se realisa, mais ou menos normalmente, pelos esforços da natureza. Resta-nos tratar daquelles casos em que o feto se apresenta na cavidade uterina no sentido transversal, incluindo na mesma apresentação as variedades de apresentações de cotovello e de braço, visto como o mecanismo do parto e o tratamento são identicos. O que imprime um caracter importante á esta apresentação, é que o parto pelas forças naturaes é inteiramente excepcional, e a intervenção do practico é reclamada e á tempo para garantia da mãe e do feto. Dizendo que o feto se apresenta no sentido transversal, não queremos significar com isto que elle se põe directamente transversal ao estreito superior ; mas sim obliquamente ao utero, em uma situação intermediaria a seo grande diametro e seo diametro transverso.

Uma consideração, que se impõe aos que estudão esta apresentação, é a diversidade, de causas assignaladas pe-

los parteiros. Parece que a sofreguidão de encontrar uma causa que possa explicar todos os casos de apresentação de espadua, tem levado os parteiros a percorrer o teclado immenso das multiplas circumstancias inherentes á estas apresentações. Entretanto a opinião mais modernamente emittida é a que considera esta apresentação, assim como as outras que não a de craneo, produzida pela ausencia de um ou mais factores da accommodação,

A fôrma irregular da cavidade uterina, mórmente o crescimento relativo do seo diametro transverso, é para Wigand, Hergott e outros a causa destas apresentações. Com quanto difficil de ser provada esta causa explica certas observações, como a referida por Velpeau, nas quaes as apresentações de espadua reproduzem-se em alguns partos successivos, visto como só uma causa persistente póde explicar a reproducção da mesma apresentação viciosa. Esta causa de apresentação de espadua tem sido objecto dos estudos do Sr. Polaillon, que apresentou á Sociedade de Cirurgia a observação de um caso em que elle verificou que a fôrma anormal do utero era a consequencia de um esporão salliente. Este esporão assestava-se no fundo do utero, dividindo-o em duas excavações e dando-lhe a fôrma bilobada. A par deste facto, existe tambem a observação do Sr. Blot referente a existencia de um septo que dividia o fundo do utero em dous compartimentos.

A multiparidade é uma das causas mais efficazes da producção destas apresentações. A proporção que se multiplica as prenhez, a elasticidade e a tonicidade das paredes uterinas vão diminuindo; de modo que a alteração de sua fôrma typo está na proporção do numero das

gestações. O Sr. Pinard, que attribue a esta causa papel proeminente na producção destas apresentações, confirma a sua opinião com dados estatísticos.

As modificações por que passam as paredes abdominaes nas prenhezess successivas, devem entrar em linha de conta, no sentido que favorecem as obliquidades anormaes do utero, que influem nestas apresentações.

A epocha prematura da gravidez, e um excesso de liquido amniotico são tambem causas que merecem ser mencionadas ; augmentando a mobilidade do feto na madre, devem ter influencia não pequena. Pela mesma razão as prenhezess multiplas e a maceração do feto concorrerão para produzir taes apresentações.

Ainda citão-se como causas : a inserção viciosa da placenta, a existencia de tumores fibrosos ao nivel do segmento inferior do utero, os vicios de conformação da bacia, o volume exagerado da cabeça do feto. Em todos estes casos, não podendo a extremidade cephalica penetrar na excavação, não ha fixação e qualquer circumstancia póde forçar a parte que se apresenta a chocar-se contra o estreito superior, e a espadua se apresenta.

Situação do feto

Os diversos assumptos, que tem sido objecto da nossa dissertação, servem de base ao presente ponto. De modo algum poderíamos entrar desassombrado no estudo das relações que o feto apresenta com o utero, sem fazel-o preceder dos conhecimentos imprescendiveis expendidos nas

paginas anteriores. Nem se diga que nos alongamos fóra dos limites razoaveis em questões de somenos valôr. A' isto responderemos que, no programma por nós traçado, só fizemos entrar questões que intimamente se prendião ao nosso ponto ; e si excedemos em um ou outro lugar, fomos levados pelo enthusiasmo de dar publicidade aos brilhantes trabalhos recentemente publicados e que muito merecem por seu valor intrinseco.

Um conhecimento circunstanciado das relações do feto com o utero, nas diversas apresentações e posições, é de necessidade palpitante. Si o canal pelviano fosse cylindrico e si o feto fosse espherico, as relações do canal e do feto seriam indifferentes ; visto que, qualquer que fosse a parte apresentada, a expulsão realizar-se-hia por um mecanismo sempre o mesmo. Mas o feto offerece uma forma alongada, e as circumstancias são muito diversas, conforme elle se apresenta por uma das extremidades ou por um ponto mediano. Ainda mais, a configuração das extremidades faz variar as condições da expulsão. E' por isto que, uma situação boa em relação a extremidade cephalica, deixaria de o ser para a extremidade pelviana, cujos maiores diametros estão em sentido opposto aos correspondentes da cabeça. Da parte do canal pelviano, ao lado dos pequenos diametros, existem outros maiores ; de sorte que não é indifferente que os maiores diametros do feto correspondão indistinctamente á qualquer diametro da bacia. Foi sem duvida guiado por estas considerações, que já Mauriceau assignalava como uma das condições imprescindiveis para o parto absolutamente natural, a *boa situação do feto*.

Descrevendo a situação do feto na cavidade uterina, não o tomaremos á partir do terceiro mez. A mobilidade de que goza, transformando á cada passo as relações, o seu pequeno volume, que mais favorece a ausencia de fixidez, tornão qualquer descripção sem grande alcance. E pois consideraremos o feto á termo como o typo do nosso estudo, contanto mais razão, quanto é no fim da gestação que tem importancia as relações que elle affecta com o orgão gestador. E' tambem no ultimo estadio da gravidez que certas regiões determinadas são encontradas, mais ou menos fixas na area do estreito superior.

E' muito commum encontrar-se a cabeça do feto engajada na excavação pelviana nos ultimos mezes da gestação, mórmente nas primiparas. E' mesmo a unica região fetal, e em apresentação de craneo, que, por sua conformação anatomica, póde se insinuar na excavação pelviana, sem a intervenção das forças expulsoras. Esta circumstancia nos obriga a fallar ligeiramente do feto na excavação ; reservando para mais tarde a tarefa de descrever o movimento de descida, em que peze a necessidade de ultrapassar as raias do nosso ponto. Dividiremos, portanto, a situação do feto, na apresentação de craneo, em duas partes :
 1.º Quando a cabeça corresponde ao estreito superior.
 2.º Quando a cabeça já tem penetrado na excavação pelviana.

Situação do feto quando a cabeça corresponde ao estreito superior.

Uma questão que attrahe as vistas de quem se occupa da situação do feto em apresentação de craneo, é a se-

guinte : em que posição se acha a cabeça em relação ao estreito superior ? E' um assumpto acerca do qual contão-se tres opiniões em divergencia.

Nøgele, estudando esta posição, expendeu as suas ideas, que forão abraçadas por Dubois, Stoltz, Joulin e outros.

Em um campo opposto militão Velpeau, Cazeaux, West, e Martel, cujas opiniões forão sabiamente sustentadas por Duncan em uma memoria, em que elle analysa minuciosamente as ideas de Nøgele a esse respeito.

A terceira opinião em fim admite uma especie de eclectismo entre os dous extremos ; é a do Sr. Hubert.

Convem previnir que a descripção feita por Nøgele da situação da cabeça no estreito superior, é em referencia a primeira posição de craneo. Transcrevendo as suas ideas, encararemos do mesmo modo. Tambem o que é verdadeiro para esta posição, é, *mutatis mutandis*, o mesmo para todas as outras posições.

Ouçamos o que diz Nøgele : « Na entrada da bacia a cabeça não toma uma direcção perpendicular, mas uma direcção perfeitamente obliqua, de tal modo que a parte situada mais baixa, e mais profundamente não é nem o vertex, nem a sutura sagittal, porém o parietal direito. A sutura sagittal é muito mais approximada do promontorio que do pubis ; e cruzando o collo do utero, que é dirigido um pouco para atraz e geralmente um pouco para a esquerda, o divide em dous segmentos desiguaes. Quanto mais elevada é a cabeça mais obliqua é a sua direcção ; por este motivo, pode-se geralmente chegar a sentir sem difficuldade a orelha direita atraz do pubis, o que não poderia ser si a cabeça tivesse uma direcção per-

pendicular. Em razão da direcção obliqua da cabeça a maior largura do craneo, de uma tuberosidade parietal á outra, bem como a largura de sua base, não pódem, durante a sua passagem, coincidir com o diametro do estreito superior ». Fundamentando a sua opinião, diz : « o dedo que é introduzido na direcção de uma linha central e mediana da cavidade pelviana e que é posto em contacto com a cabeça, attingirá o parietal direito perto de sua tuberosidade ». Ainda fallando da bossa sanguinea : « Esta tumefacção forma-se sobre o parietal direito, perto de seu bordo superior e á igual distancia dos dous angulos ; algumas vezes, ella passa acima da sutura sagittal e se estende sobre uma pequena superficie do outro parietal ; a extensão de sua circumferencia depende do gráo de dilatação que o collo do utero tem attingido ». Portanto, segundo a opinião de Nøegele, a attitude da cabeça do feto soffre uma modificação em virtude da qual a cabeça inclinándose lateralmente toma uma posição obliqua ao plano do estreito superior.

Não tendo Nøegele descripto o mecanismo da inclinação lateral da cabeça, o Sr. Stoltz o explicou do seguinte modo : As primeiras contracções tendendo a engajar a cabeça, esta encontra resistencia. Nestas condições o pescoço cede e a resultante das contracções, modificando a sua direcção, produz a inclinação da cabeça, de modo que a sutura sagittal é dirigida para atraz e o parietal direito occupa um plano mais baixo que a mesma sutura.

Cumpré dizer que nem Dubois nem Stoltz admittem *intotum* a opinião de Nøegele. Este ultimo nega que a cabeça seja tanto mais inclinada quanto mais elevada, e diz

que nunca encontrou a orelha do feto acima do estreito superior. Duncan, analysando miudamente a opinião do professor de Heideberg, bate-a com argumentos, que em resumo são os seguintes :

A observação, quer por meio do tocar vaginal, quer com auxilio de instrumentos, não confirma estas idéas.

Este distincto parteiro tão cuidadoso em exprimir suas idéas, pecca nesta parte pela pouca precisão de linguagem, levando até a concluir-se contra a opinião do auctor. E' assim que, fallando da posição da cabeça, diz que ella é obliqua; porem esta obliquidade é em relação ao horizonte cu ao plano do estreito superior ? Nem palavra.

Dizendo tambem que a parte mais baixa é o parietal direito, nada prova, porque, suppondo que a cabeça fosse perpendicular ao plano do estreito superior, ainda assim o parietal direito é a parte mais baixa, em consequencia da obliquidade do plano do mesmo estreito. Quanto a sutura sagittal achar-se mais proxima do promontorio que do pubis, isto é verdade desde que a cabeça penetra na excavação; porque ella segue a direcção do eixo do estreito superior. Nøgele não diz si fez as suas observações quando a cabeça se achava no estreito ou abaixo. A respeito da maior inclinação da cabeça acima do estreito abdominal, Nøgele não apresenta prova alguma. E' o caso de dizer-se : *quod gratis asseritur, gratis negatur*.

A situação da bossa sanguinea no parietal direito nada prova em relação a posição da cabeça, porque ella forma-se na parte dilatada do collo, que é sujeito a mudar de posição. Demais a bossa sanguinea formando-se quando a cabeça penetra a metade superior da excavação, de nada

serve para demonstrar a situação da cabeça em um ponto superior da bacia. Emfim ha ausencia de um mecanismo que explique esta inclinação da cabeça, visto como o apresentado por Stoltz é pouco satisfactorio.

A segunda opinião é dos que sustentão que a cabeça penetra atravez do estreito superior sem apresentar inclinação alguma lateral, porem directamente. Isto quer dizer que o eixo vertical da cabeça cahe perpendicularmente sobre o plano do estreito superior.

Temos emfim a opinião de Hubert, que em certas circumstancias admite a opinião de Cazeaux. Taes são : quando se trata de uma cabeça pouco volumosa, de uma bacia larga, de um segmento inferior de utero bem dilatado, de um utero bem collocado no eixo do estreito; são outros tantos accidentes que permitem a apresentação á prumo. Em todos os outros casos normaes, elle admite a inclinação lateral da cabeça.

Com quanto inclinados a admittir a opinião de Cazeaux e de Duncan, por deferencia aos illustres sectarios da obliquidade de Nœgele, daremos tambem as relações da cabeça com a bacia na supposta inclinação.

1.ª Posição da apresentação de craneo—o.i.e.a.

Nesta posição a cabeça do feto corresponde ao estreito superior e está em relação com o segmento inferior do utero. O occiput acha-se situado á esquerda e para adiante correspondendo a eminencia ileo-pectinea; é ahi que se encontra a fontanella posterior com os seus caracteres

proprios. A fronte, collocada a direita e para atraz, acha-se situada em um plano mais elevado que o occiput por causa da flexão da cabeça; na bacia a fronte corresponde á symphysis sacro-iliaca direita. O diametro occipital segue a direcção do diametro obliquo esquerdo da bacia. A bossa parietal direita está para adiante e para a direita, a esquerda para atraz e para a esquerda. O diametro bi-parietal segue a direcção do diametro obliquo direito da bacia. O mento acha-se inclinado sobre o peito, e conforme o gráo de inclinação as duas fontonellas podem occupar quer o mesmo, quer nivel diverso. Para aquelles que admittem a obliquidade de Nøegele, o parietal direito não se acha no mesmo plano que o esquerdo, porém em um ponto mais baixo; a circumferencia fronto-bi-parieto-occipital não é parallela ao contorno do estreito superior; porém sim uma outra circumferencia, que poder-se-hia denominar fronto-sub-super-parieto-occipital. Para estes a sutura sagittal é mais proxima do promontorio sacro que do pubis. Para aquelles que não admittem a inclinação lateral da cabeça, as bossas parietaes achão-se no mesmo nivel; a circumferencia fronto-occipital é parallela ao contorno do estreito abdominal; a sutura sagittal acha-se no meio do espaço que separa o promontorio da symphysis pubiana, e atravessa obliquamente a bacia no diametro obliquo esquerdo. Proseguindo neste estudo, resta-nos fallar do diametro occipito-mentoniano, maximo de Budin, que por sua extensão (12^e,94) merece ser consignado. Como a cabeça já se acha em semi-flexão, este diametro se afasta da direcção dos diametros obliquos e se approxima do eixo da bacia, sem todavia coincidir com elle, como mais tarde acontecerá.

A columna vertebral do feto estende-se da eminencia ileo-pectinia ao fundo do utero. Em virtude da sua flexão ella apresenta dous planos, um convexo formado pelo dorso e outro concavo constituido pela face anterior do corpo do feto. O dorso admiravelmente disposto para a sua acomodação na parede interna da madre é dirigido para adiante e para a esquerda ; quer em relação directa (salvo as membranas) com a parede uterina correspondente, quer della separada por uma tenue camada de liquido amniotico. Esta região do feto occupa um lugar no utero, que se póde determinar por uma linha, a qual, partindo do ramo horisontal do pubis do lado esquerdo, fosse terminar ao nivel da cicatriz umbilical. A parte lateral direita do dorso está situada para adiante, na porção do abdomen comprehendida entre a linha mediana e a espinha iliaca anterior e superior esquerda. O coração do feto corresponde a um dos pontos de uma linha obliqua que do umbigo fosse ter a mesma espinha. A face anterior do tronco fetal, cuja convexidade não póde se adaptar á parede interna do utero. é della separada por uma espessa camada de liquido amniotico, e dirigida para a direita e um pouco para atraz. As regiões lateraes, em virtude de sua conformação, podem mais facilmente por-se em relação com a parede interna do utero ; a direita é dirigida para a direita e para adiante ; a esquerda para a esquerda e para atraz. A espadua direita está para a direita e para adiante, a espadua esquerda para atraz e para a esquerda. A extremidade pelviana occupa o fundo do utero, as mais das vezes para a direita, podendo nas multiparas dirigir-se para a esquerda. Os

membros abdominaes, com seus segmentos em flexão uns sobre os outros, fazem corpo com as nadegas e occupão o fundo do utero, para o lado direito e posterior; os membros thoraxicos em um ponto mais baixo. Em certos casos anomaes, nas pluriparas, o dorso do feto, em lugar de dirigir-se para o fundo do utero, corta-o em diagonal, de modo que as nadegas repousando em um ponto do utero correspondente ao flanco direito, as espaduas se collocão ao nivel da fossa iliaca esquerda.

2ª Posição—o.i.d.p.

Não nos demoraremos a descrever minuciosamente as relações do feto com a bacia nesta posição, assim como nas outras de apresentação de craneo, porque, com algumas variantes, são as mesmas que as da primeira posição. O occiput do feto acha-se para atraz em relação com a symphysis sacro-iliaca direita, a frente para adiante em relação com a eminencia ileo-pectinea esquerda. Si bem que nesta posição a flexão seja menos pronunciada que nas posições anteriores, a differença de nivel entre o occiput e a frente subsiste. A cabeça, segundo alguns, é inclinada sobre o seo parietal esquerdo. Para os que negão esta inclinação as bossas parietaes occupão o mesmo nivel. O diametro occipito-frontal corresponde ao diametro obliquo esquerdo da bacia, e o bi-parietal ao obliquo direito. A extremidade pelviana acha-se no fundo do utero, ás mais das vezes a esquerda, algumas vezes

sobre a linha mediana. O dorso do feto dirigido para a direita, é virado para a symphysis sacro-iliaca direita. A região lateral esquerda do dorso do feto está situada adiante da mesma symphysis. O coração do feto corresponde ao bordo anterior do musculo quadrado dos lombos. A espadua esquerda se acha mais ou menos a 7 a 8 centímetros da linha mediana. Os membro abdominaes e thoraxicos se achão a esquerda, separados do utero por uma espessa camada de liquido amniotico.

3ª Posição—o.i.d.a.

Nesta posição o occiput corresponde a eminencia ileo-pectinea do lado direito, a frente a symphysis sacro-iliaca esquerda, em plano mais elevado que o occiput. O diametro occipito-frontal corresponde ao diamentro abliquo direito. O dorso do feto occupa todo o lado direito e anterior da parede abdominal. O lado esquerdo do feto está em relação com a linha alva. A' esquerda do utero encontrão-se os membros thoraxicos e abdominaes com a competente camada de liquido amniotico.

4ª Posição—o.i.e.p.

Nesta posição o occiput está em relação com a symphysis sacro-iliaca esquerda ; a frente com a eminencia ileo-pectinea direita em plano superior ao occiput. O dia-

V9/539

metro fronto-occipital corresponde ao obliquo direito da bacia. O plano posterior do feto é dirigido para atraz e para a esquerda. O plano lateral esquerdo para atraz, é mais accessivel aos meios de exploração. Do lado direito do utero só se encontrão os membros superiores e inferiores e o liquido amniotico.

Situação do feto quando a cabeça está na excavação. — A cabeça fetal, penetrando o estreito superior, pode descer até o soalho pelviano, ou occupar um dos pontos intermediarios entre o estreito superior e o inferior. A medida que a cabeça desce, a flexão vae se augmentando, de modo que o occiput occupa um plano muito mais baixo que a frente. Mesmo nas primiparas, a cabeça acarretando comsigo na descida o segmento inferior do utero, quando repousa sobre o soalho da bacia, a frente corresponde a área do estreito superior, ao passo que o occiput tem descido profundamente. Esta desigualdade de situação entre a frente e o occiput é observada ainda mesmo nos casos de posições posteriores, nas quaes a flexão é menos pronunciada. Sendo as fontanellas e as suturas, pontos de reparo por excellencia para reconhecimento da apresentação de craneo, è importante referir certas modificações produzidas sob a influencia do trabalho e que mascarão os seus caracteres proprios. Em consequencia da compressão, os ossos da abobada craneana se encavalgão, de modo que um dos parietaes passa por cima do outro, e em lugar da sutura sagittal encontra-se um bordo rugoso. O occipital tambem deprime-se e a sutura lambdoide é somente assinalada pelos bordos posteriores sallientes dos parietaes. Pelo que toca as fontonellas, podem se dar certas circums-

tancias que difficullem o seo reconhecimento ; são a existencia de fontonellas supra-numerarias e mesmo anomalias na sua forma e extensão. Para obviar a estes inconvenientes, deve-se pôr em contribuição as relações entre as suturas e as fontonellas. A extremidade pelviana está situada no fundo do utero. Esta situação, como facilmente se antevê, é subordinada as diversas posições da cabeça; pode, portanto collocar-se em posição directa em relação a linha mediana ; para a direita, para a esquerda etc. Os segmentos dos membros abdominaes estão ora reunidos ora separados, conforme o pelvis conserva a sua attitude em flexão, ou apresenta modificações em sua posição normal. A situação do dorso do feto, tambem variavel segundo a posição, ora se acha para adiante ora para atraz. Algumas vezes o dorso é applicado directamente sobre a parte correspondente da parede uterina, outras vezes é della separado pela interposição de uma camada de liquido amniotico. Os planos lateraes ora mais para adiante, quando o dorso acha se na parte posterior, ora são collocados nos pontos correspondentes aos flancos.

Situação do feto na apresentação de face.

Tratando das apresentações de face, temos mostrado a divergencia que reina na sciencia acerca do seo modo de producção. Entretanto a maioria dos parteiros parece convir que são raras as apresentações primitivas, comquanto a sua existencia não possa ser negada, e na grande maioria dos cazos, são transformações de apresentações originarias

V9/540

de craneo. Desta arte poderíamos dizer que a frente occupa a situação em que estaria o occiput, si a extensão não tivesse sido produzida. Esta consideração vem á baila para reportarmo-nos, com pequenas modificações nas relações que temos de descrever, as que já mencionemos nas apresentações de craneo. Assim procedendo, suavizaremos um pouco o estudo já de si arido destas relações, e evitaremos repetições inuteis. Entretanto convem estabelecer de um modo geral as differenças que separão estas apresentações. Na apresentação de face, a penetração da cabeça na excavação pelviana não se observa no fim da prenhez; d'ahi se pode inferir que as relações das diversas partes do feto com o utero se fazem em pontos mais elevados. A deflexão da cabeça, alterando a sua attitude physiologica, muda os pontos de reparo, que na apresentação de craneo são as fontanelas e as saturas da abobada craneana. Estes pontos, na apresentação de face, são constituídos pelas partes anatomicas, que se encontrão na face; taes são: a pyramide nazal, a boca, os olhos, os pomos etc. Em virtude da deflexão em vez de ser o occiput, que na apresentação de craneo occupa um plano mais baixo que a frente, é o mento. Ainda mais, sob a influencia da deflexão, a attitude normal do feto modifica-se. A cabeça por sua parte postero-inferior fazendo corpo com a porção superior do dorso, encurva esta região, formando uma depressão sensível, e abaula a região sternal. Parece que operou-se uma torsão do feto sobre o seo plano dorsal. O conhecimento destas alterações tem um immenso valor; porque em consequencia desta nova conformação do tronco as bulhas cardiacas se transmittem melhor pela região sternal que pela dorsal.

1.ª Posição, f.i.e.a.

No começo do trabalho, quando o feto ainda não é directamente comprimido pelas paredes do utero retrahido, apresenta as seguintes relações. A fronte corresponde a eminencia eleo-pectinea do lado esquerdo, o mento a symphysis sacro-iliaca direita. O diametro fronto mentoniano corresponde a direcção do diametro obliquo esquerdo. O diametro bi-temporal ao diametro obliquo direito. A circumferencia facial está em relação com o plano do estreito superior. Estas relações não são directas, em virtude da elevação da parte que se apresenta. O diametro occipito-mentoniano, como na apresentação de craneo, não está ainda na direcção do eixo do estreito superior; porém corta-o muito obliquamente. A unica differença que existe, é que, na apresentação de face, ao inverso da de craneo, a extremidade mentoniana é a parte que primeiro se insinua.

Nesta apresentação encontra-se entre os auctores desaccôrdo identico ao que existe acerca da posição da cabeça em relação ao estreito superior nas apresentações de craneo. Segundo alguns, estando a cabeça inclinada sobre a espadua esquerda, a face direita é dirigida mais para o centro da escavação pelviana. Segundo outros que não admitem tal inclinação, o meio do diametro mento-frontal corresponde ao centro da excavação.

Em virtude da extensão completa da cabeça, a parte superior do tronco faz corpo com ella, de sorte que este

V9/541

ponto apresenta uma dimensão de $14^c 1/2$, isto é, maior que qualquer diametro da bacia ; pelo que se póde concluir que, sem mudança de relações a descida da cabeça é materialmente impossivel. Omittimos as relações do tronco e do pelvis, porque são as mesmas que as da primeira posição de craneo.

3.^a *Posição de face, f.i.d.a.*

Nesta posição o feto apresenta as seguintes relações com a bacia. O diametro mento-frontal corresponde ao diametro obliquo direito do estreito superior. A fronte para adiante e para a direita, o mento para atraz e para a esquerda. O plano posterior do feto é dirigido para a direita e para adiante.

2.^a *Posição, f.i.d.p.*

O diametro vertical da face corresponde ao diametro obliquo esquerdo da bacia. A fronte acha-se para atraz correspondendo a symplysis sacro-iliaca direita ; o mento para adiante e para a esquerda. O plano posterior para atraz e para a direita.

4.^a *Posição, f.i.e.p*

O diametro mento-frontal corresponde ao diametro obliquo direito ; a fronte para atraz e para a esquerda ; o mento para adiante e para a direita. O plano posterior do feto é dirigido para atraz e para a esquerda.

Situação do feto na apresentação de pelvis.

Acompanhando a opinião dos parteiros modernos, temos considerado como uma só apresentação a presença de uma ou mais partes dos membros inferiores do feto no estreito abdominal. Assim, quer estes membros estejam em flexão quer em deflexão completamente ou em parte, a apresentação se denomina pelviana, visto que estas nuances não modificão nem a marcha nem o mecanismo do parto. O mesmo não acontece com as relações do feto, que se alterão com estas variedades de apresentações. E' o que se vê na variedade de pés, em que os membros inferiores, desdobrando-se completamente, afastão-se de sua attitude em flexão. Na variedade de joelhos a deflexão ainda existe para as coxas, conservando as pernas a sua attitude physiologica.

Estas modificações da attitude do feto repercutem sobre a sua situação na cavidade uterina. E' assim que na apresentação de nádegas a excavação pelviana fica completamente vazia, porque o engajamento não se dá nesta variedade. Assim não acontece na variedade de pés e de joelhos, em que estes elementos pódem descer, antes mesmo do começo do trabalho.

Considerando-se de um modo geral, o feto nesta apresentação acha-se situado na cavidade uterina do seguinte modo : O pelvis corresponde a um ponto mais ou menos proximo da área do estreito superior, quer directamente acima deste estreito, quer, como é mais commum, em relação com uma das fossas iliacas e com uma parte do estreito. E' no pelvis que se encontrão os elementos, pelos

quaes chega-se ao diagnostico destas apresentações; taes são as nadegas, os pés, o sulco internadegueiro, o anus o coccix etc. O dorso do feto se dirige para acima e está situado ora para a esquerda, ora para a direita, conforme a posição. A região em que se acha collocada o coração do feto, sendo mais approximada da extremidade superior do rachis que da inferior, as bulhas cardiacas serão melhor ouvidas em pontos mais elevados que na apresentação de craneo. A cabeça está collocada no fundo do utero, ordinariamente inclinada para o lado opposto á fossa iliaca occupada pela extremidade pelviana. Algumas vezes ella é facilmente percebida atravez da região abdominal; outras vezes acha-se profundamente situada; occultando se algumas vezes debaixo das falsas costellas, na região hepatica.

1.ª Posição s.i.e.a.

Nesta posição o pelvis occupa a fossa iliaca esquerda. O sacro é dirigido para a esquerda e para adiante. O diametro sacro-tibial ou o sacro-pubiano está em relação com o diametro obliquo esquerdo da bacia; o diametro bi-trochanteriano em relação com o diametro obliquo direito. Antes da ruptura do bolso das aguas, é difficil precisar bem estas relações, não tanto por causa da elevação da parte apresentada, como por causa de sua mobilidade. Em fim, para alguns, a extremidade é perpendicular ao plano do estreito superior, e a circumferencia bi-trochanteriana é parallela ao contorno do estreito superior. Para outros o pelvis é inclinado, de modo que a nadega anterior é mais

facilmente attingivel. O dorso do feto está pera adiante, e é dirigido de baixo para acima e da esquerda para a direita. Partindo da fossa iliaca esquerda, ora se dirige directamente para acima, encurvando-se para a direita ao nivel da cicatriz umbilical, ora vae directamente para o flanco direito, cortando em diagonal o abdomen. A região sternal acha-se para atraz e para a direita. O plano lateral esquerdo está para adiante e para a direita; o plano lateral direito para atraz e para a esquerda. A cabeça ligeiramente dobrada sobre o peito, acha-se no fundo do utero, commumente inclinada para o flanco direito, as vezes occulta-se debaixo do figado. Os braços são applicados aos lados do thorax, os ante-braços sobre a parte anterior do peito. Os membros inferiores, em geral, em flexão sobre o plano anterior do abdomen.

2.^a *Pozição s.i.d.p.*

Nesta pozição o pelvis occupa a fossa iliaca direita. O diametro antero-posterior do pelvis está em relação com o diametro obliquo esquerdo da bacia, o transverso em relação com o obliquo direito. A região dorsal do feto é dirigido para a direita e para atraz. A cabeça occupa o fundo do utero, inclinada ordinariamente para a esquerda.

3.^a *Pozição s.i.d.a.*

A fossa iliaca direita é occupada pelo pelvis. O dorso acha-se para adiante e para a direita, ora se elevando sem encurvar-se até o umbigo, ora dirigindo-se logo para o

flanco esquerdo. Os diversos segmentos dos membros superiores olhão para a esquerda e para atrás. O diametro antero-posterior da bacia fetal está em relação com o diametro obliquo direito, o diametro bi-trochanteriano com o obliquo esquerdo.

4.ª *Posição s.i.e.p.*

O pelvis está situado na fossa iliaca esquerda. Os elementos dos membros abdominaes são encontrados á direita e para adiante. O dorso do feto está para atrás e para a esquerda. A cabeça situada no fundo do utero, é frequentemente inclinada para a direita. O diametre antero-posterior do pelvis corresponde ao diametro obliquo direito da bacia ; o bi-trochanteriano ao obliquo esquerdo.

Situação do feto na apresentação de espadua

Na apresentação de espadua, o feto não se colloca em uma situação directamente horisontal, mórmente depois do rompimento do bolso das aguas. Ha uma extremidade que se approxima mais que a outra do estreito superior, de modo que o feto é situado obliquamente no utero. Um outro facto digno de nota é que nesta apresentação, em virtude da dificuldade do engajamento, a excavação pelviana é completamente vasia a não haver alguma proidencia de braço. Em consequencia da posição obliqua do dorso do feto, as bulhas cordiacas são ouvidas na metade inferior da

madre, e diminuem de intensidade, a proporção que se dirige obliquamente para um e outro lado da parede abdominal.

Apresentação da espadua direita. Posição c.i.e.

Nesta posição a cabeça occupa a fossa iliaca esquerda, sem fixidez, principalmente nas multiparas. A espadua direita acha-se acima da área do estreito superior. O dorso está para adiante, formando um plano resistente, que vae da fossa iliaca esquerda ao flanco direito, seguindo uma linha curva na região da grande bacia, recta acima da crista iliaca direita. O plano sternal do feto acha-se para atraz, rodeado de liquido amniotico e com os segmentos dos membros, quer em attitude normal, quer desdobrados. Os elementos constitutivos do pelvis estão situados em um ponto do utero mais ou menos alto, correspondente ao flanco direito.

Apresentação da espadua esquerda. Posição c.i.d.

A cabeça do feto occupa a fossa iliaca direita, e é movel. O pelvis acha-se no flanco esquerdo, mais ou menos alto. O dorso está para adiante, e forma um plano resistente, encurvado na grande bacia e direito na crista iliaca esquerda. Quando o dorso é directamente dirigido para adiante, a apresentação da espadua esquerda é franca; quando porem é dirigido para abaixo só o plano lateral direito é accessivel aos meios de exploração. A região sternal com os membros thoraxicos estão para atraz, e encurvada.

Posições dorso posteriores de ambas as espaduas

Estas posições são mui raras. O Sr. Pinard diz que nunca as encontrou durante a gravidez nem mesmo durante o trabalho. Segundo as estatísticas de Mme. Lachapelle ellas tem sido observadas raras vezes.

Na apresentação da espadua direita, a cabeça corresponde a fossa iliaca direita. O dorso acha-se para atraz. O pelvis occupa a região do utero mais ou menos visinha do fundo, apresentando para adiante a região sternal, assim como os segmentos dos membros superiores e inferiores. A espadua direita acha-se acima da área do estreito superior.

Na apresentação da espadua esquerda, a cabeça occupa a fossa iliaca esquerda. O pelvis, em um ponto do utero proximo do fundo, corresponde ao flanco direito. O plano dorsal acha-se para atraz. O plano sternal com os membros superiores e inferiores para adiante.

E' impossivel precisar as relações nas apresentações de tronco; pois que além de serem de si obscuras, os meios de exploração não nos levão a um conhecimento satisfactorio da situação das partes fetaes.

Situação de fetos multiplos

Até aqui temos tratado da situação de um só feto no seio materno; entretanto a presença de dous ou mais fetos está longe de ser rara. E pois não podemos deixar de

consagrar algumas linhas aos casos de prenheses multiplas.

A frequencia dos nascimentos multiplos varia consideravelmente, segundo certas circumstancias. O Sr. Playfair, tomando a media de grande numero de observações de diferentes paizes, diz que os fetos duplos se observão na proporção de 1 sobre 87, os triplos na proporção de 1 sobre 7679. Quanto a existencia de 4 ou 5 fetos é muito rara na sciencia; mais de 5 fetos são verdadeiras curiosidades, si é que tem sido bem averiguados taes factos. O citado parteiro apresenta ainda um quadro da frequencia relativa das prenheses multiplas na Europa. Segundo este quadro, a maior proporção de nascimentos multiplos se encontra na Russia, e a proporção dos nascimentos triplos é maior onde as prenheses gemeas são mais frequentes. Segundo Puech o numero de prenheses multiplas está em proporção directa com a fecundidade geral dos habitantes.

Mathews Duncan, fundando-se em dados estatisticos, tirou as seguintes conclusões:

1.º A tendencia para a producção dos gemeos augmenta com a idade; é maior para cada prenhez successiva, excepto para a primeira em que a tendencia é maior que qualquer outra. 2.º As recém-casadas parecem tanto mais sujeitas a ter gemeos quanto mais idosas são. 3.º A herança representa um grande papel nesta tendencia de procrear gemeos.

Quanto ao sexo, ha mais ou menos um accôrdo entre os parteiros em considerar os partos gemeos do mesmo sexo como muito mais communs que os do sexo diverso.

A cifra do sexo diverso é um pouco mais do metade do algarismo que representa a somma dos gêmeos do mesmo sexo. Segundo a estatística de Simpson está na proporção de 1,7:1. Quanto a predominancia do sexo masculino que se observa nos partos simples, nos gêmeos é sensivelmente menor.

A attitude dos fetos no seio materno póde ser physiologica, como nos casos de um só feto. Entretanto mais frequentes vezes em fetos multiplos a attitude soffre alterações; como nos casos de procidencias de membros thoraxicos e abdominaes, ou nos casos de apresentações viciosas. Entretanto esta materia do dominio da dystocia fetal, será tratada em logar competente.

As apresentações dos fetos nas prenhez gêmeas são muito variadas; cada feto póde se apresentar no estreito superior de uma maneira differente. Ordinariamente porém elles se apresentão em uma posição vertical. Segundo as estatística de Cazeaux e Depaul, a dupla apresentação de craneo é a mais frequente de todas. Em 428 partos duplos foi observados 187 vezes. Vem em seguida a 1ª de craneo e a 2ª de pelvis, 157. Quanto a 3ª, na ordem de frequencia, as estatísticas divergem. Segundo Cazeaux é a dupla apresentação de pelvis; segundo Depaul é a 1ª de pelvis e a 2ª de craneo, pondo em 4º lugar as duas de pelvis. Segue-se a 1ª de craneo e a 2ª de espadua. Em 6º lugar a 1ª de pelvis e a 2ª de espadua. A apresentação de face vem consignada em um só caso por Depaul, com procidencia da mão para o primeiro feto, estando o 2º na apresentação de craneo. Não vem caso algum de dupla apresentação de face. O Sr. Depaul declara ter encontrado

na pratica um caso de dupla apresentação de espadua ; nota entretanto que é muito mais commum o 2º feto apresentar-se pela espadua. O mesmo autor explica este facto pelas mudanças operadas no utero em consequencia da expulsão do primeiro feto. Tambem explica a frequencia da procidencia de um membro pela parada das contracções, retardando a fixação do 2º feto.

As relações que apresentam os fetos com o órgão gestador varião conforme a apresentação. E' escusado repetir para cada um, o que dissemos acerca do feto isolado. Os fetos se collocão em geral ao lado um do outro. E' por isto que, quando se reconhecem as duas extremidades e a situação do dorso, em vez de se encontrar do lado opposto os membros superiores e inferiores, acha-se outra região dorsal. Accresce ainda que uma das grossas extremidades de um dos fetos póde não se pôr em relação directa com as paredes uterinas ; isto acontece quando uma das extremidades de um feto se colloca por cima da de outro.

Segundo tempo. Descida da cabeça

Antes de terminar a parte, que poder-se-hia chamar physiologica da situação do feto, cumpre descrever a descida da cabeça atravez do canal genital. Como dissemos acima, somos levadõs a isto, pela frequencia do engajamento da cabeça no ultimo estadio da gravidez.

E' este um tempo que bem pouca consideração tem merecido dos auctores ; apenas descripto de passagem e com

pouca precisão. E' assim que Hubert, fallando do engajamento (translação como elle denomina-o) diz que este movimento se opera á *principio* segundo a direcção do eixo uterino, por ser esta a direcção da força motora, não havendo obstaculo algum nas paredes uterinas, que em sua parte superior são mais ou menos parallelas entre si e ao eixo. Depois diz que este movimento se faz para adiante; porque a cabeça, encontrando a parede posterior, acha-se submettida á duas forças: a impulsão uterina e a resistencia da parede postero-inferior da bacia; a sua resultante é dirigida para adiante. Filiado a opinião da obliquidade lateral da cabeça, elle accrescenta um tempo ao mecanismo do parto, o endireitamento da cabeça. Vê-se do que dissemos que o alludido auctor, occupando-se da parte theorica da questão, não descreve a situação da cabeça, já na primeira parte da descida, já quando muda de direcção. Modernamente trabalhos de folego tem apparecido, que á todos os respeitos merecem ser apreciados; eis porque somos obrigados a dar um desenvolvimento maior ao assumpto.

Antes de proseguirmos cumpre ter uma idéa fixa, sobre o que os auctores entendem por engajamento. A maioria considera esse tempo como a descida da cabeça até o perineo. Entretanto o professor Pajot torna-o mais extensivo, isto é, a começar do momento em que a cabeça franqueia o estreito abdominal até a sua expulsão fóra das partes maternas. Aqui seguiremos a opinião de Pajot, para não interrompermos certa ordem de idéas, e mesmo porque somos dos que, como elle, reconhecem que esta divisão em tempos é toda arbitraria e artificial, assim como a ordem em que são descriptos os phenomenos.

Do estudo attento da memoria do Sr. Duncan apresentada a Sociedade Obstrectica de Edimburgo, se conclue que duas theorias se debatem, acerca da questão de saber como a cabeça se comporta ao percorrer o canal genital. Uma é sustentada por Kueneker, segundo a qual a cabeça penetra e atravessa o canal genital parallelamente ao seu eixo, tornando-se obliqua depois do movimento de rotação. Ao parallelismo o auctor chama syncletismo ; a ligeira obliquidade encletismo.

O Dr. Duncan sustenta que este parallelismo existe sómente quando a cabeça desce do estreito superior ao meio da excavação pelviana. Desde então ella desce obliquamente até a sua expulsão, de modo que a parte mais baixa é a parte supero-posterior do parietal direito. Esta ultima parte da sua theoria está de accordo com a opinião de Stoltz e dos que admittem a obliquidade de Nøgele. O professor Cazeaux, sem entrar em minudencias, emite uma opinião que não se afasta da theoria de Kueneker ; pois que negando a obliquidade de Nøgele no estreito superior, á pagina 309 do seu tratado de Partos elle exprime-se do segundo modo : « Póde-se fazer uma idéa clara do movimento que a cabeça do feto executa descendo, imaginando que a extremidade do diametro bi-parietal é quasi immovel adiante e a direita, ao passo que a sua extremidade posterior desce rapidamente e percorre todo o plano posterior da excavação ». Dá por terminada a descida quando a circumferencia occipito-bregmatica é parallela ao plano do estreito inferior. Por estas considerações se antevê que o illustre practico adhere a theoria de Kueneker, com quanto não entre em pormenores a que a monographia de Kueneker desce. Vamos pois resumil-a.

v9/547

A escavação pelviana é um canal curvo, de concavidade anterior. Suppondo este canal cortado por uma série de planos, estes divergem na parede posterior da excavação. A cabeça do feto, para descer em parallelismo com estes planos até o estreito inferior, executa um movimento rotatorio ou de revolução transversal. Desta arte o diametro transverso da cabeça obra como uma alavanca que, movel ao redor da symphysis pubiana como centro, descreve um arco de circulo de 30 grãos. Estes 30 grãos, que representam a differença entre a inclinação dos dous estreitos da bacia, indicão a extensão do movimento de flexão lateral da cabeça sobre a espadua direita, de sorte que a sutura sagittal corresponde sempre ao eixo do canal genital. Para explicar esta flexão da cabeça, o citado autor invoca a resistencia da symphysis pubiana, que se oppõe á penetração orthophorica da cabeça. Esta resistencia não é directa, visto que o pubis tem uma disposição tal, que, traçando-se uma linha de cima para abaixo, esta afasta-se 10 grãos da direcção da resultante das forças expulsoras. E a parede posterior da excavação, que, em virtude da sua curvatura para adiante, converge para a resultante das forças uterinas a partir da terceira vertebra sacra. De maneira que a cabeça desce de cima para abaixo, experimentando diminuição de attrito, por causa da divergencia da symphysis do pubis, até o nivel da terceira vertebra sacra ; deste ponto para abaixo começa a augmentar o attrito até que constitue resistencia. Formando a concavidade da parede posterior um plano inclinado, no qual a cabeça tende a adaptar-se, este plano comprime a cabeça contra a symphysis do pubis. Cumpre notar que não é pelo facto só da

convergencia da parede posterior da excavação, que a cabeça é levada de encontro ao pubis ; mas sim por causa do plano inclinado, que resulta de todas as peças reunidas da parede posterior. Um elemento só, poderia, quando muito, fornecer um ponto de apoio. Entretanto, a resistencia do pubis não impede a cabeça de descer, apenas retarda a descida ao nivel deste ponto (pubis). E' por isto que a extremidade posterior do diametro transverso da cabeça, vencendo maior distancia em um momento dado, que a anterior, mantem o parallelismo da cabeça com cada plano da excavação, com o qual se acha successivamente em relação.

Ha um momento em que este parallelismo deixa de existir, é depois que tem lugar o movimento de rotação. Entretanto, esta nova posição não é inteiramente antagonica da primeira, que não fica completamente alterada. Eis em que consiste a theoria de Kueneker. Poder-se-ha reduzi-la a isto : Parallelismo da cabeça (syncletismo) ; até a terceira vertebra sacra, sem flexão lateral direita. Parallelismo com flexão deste ponto para abaixo. Obliquidade da cabeça (encletismo) depois do movimento de rotação. E' esta theoria abraçada por Martel. Entretanto, Duncan a regeita e bate a com os seguintes argumentos :

1.º Pela observação em uma primipara antes do movimento de rotação, em que elle não encontrou este parallelismo da cabeça ; porém, obliquidade, achando-se o parietal direito mais baixo.

2.º Pela contradicção em que cahe o illustre autor ; pois que se ha condições que dão em resultado o parallelismo

antes da rotação, por isto mesmo fallecem depois da rotação para produzir a obliquidade.

3. Pela omissão de um elemento importantissimo a resultante das contracções expulsoras, que, em virtude de sua direcção, trazia maior somma de força para a parte da cabeça correspondente á parede posterior. Este facto pleitiaria em favor do parallelismo; mas ha uma circumstancia que o destroe completamente. Embora a força contractil se dirija para atraz, ella no feto é transmittida pela columna vertebral. Ora a cabeça do feto, na grande maioria dos casos, achando-se collocada na posição esquerda, o rachis transmite maior somma de forças á metade da cabeça que está situada mais perto da parede anterior do canal genital, o que é um obstaculo ao syncletismo. Ainda adduz outros argumentos, que omittimos por nos parecer de menos valor.

Passemos agora á theoria de Duncan. Segundo este parteiro, a cabeça transpõe o estreito superior e a metade superior da excavação de modo que é um ponto da sutura sagittal que se apresenta. A' medida que ella desce adiante das ultimas vertebrae sacras, a sutura, afastando-se da symphysis pubiana, aproxima-se cada vez mais do sacro. Desde que o vertice da cabeça choca-se na parede posterior do sacro, a cabeça não póde progredir sem mudar de direcção completamente. Seria necessario uma flexão muito pronunciada da cabeça sobre a espadua direita, para que a sutura continuasse a corresponder ao eixo da bacia. Esta flexão não póde se realizar *in totum* por falta de commodo na excavação. Dá-se sómente em parte, produzindo uma obliquidade na cabeça, de sorte que a parte

que se apresenta é a supero-posterior do parietal direito, e a sutura sagittal occupa um plano superior á esquerda e para atraz. E' nesta posição que a cabeça atravessa a metade inferior da excavação, o estreito inferior, o perineo e a vulva. Entretanto, em virtude do movimento de rotação ella é expellida quasi em extensão. De sorte que a cabeça, a principio em flexão lateral sobre a espadua direita e um pouco obliqua de diante para atraz, quando atravessa o orificio vulvar, põe-se em extensão e ligeiramente inclinada sobre a espadua direita. A flexão lateral se opéra em consequencia das potencias que entrão em jogo no parto, que impellindo o feto, obrigam-n'o a adaptar-se á curvatura do canal genital. Ha sómente dous casos em que a apresentação poderia ser directa do principio ao fim do trabalho. Quando a cabeça se colloca directamente no sentido antero-posterior da bacia ; ou quando ella se colloca directamente no sentido transversal. Nestaŝ duas hypotheses embora a sutura se afaste para atraz, a apresentação (1) fica sempre situada na linha mediana da bacia. Cumpre notar que a obliquidade de que falla Duncan é differente da obliquidade de Nøegele. Ao passo que a do primeiro é sobre a espadua direita na primeira posição de craneo, na segunda é sobre a espadua esquerda.

(1) A palavra apresentação é tomada aqui no sentido em que Duncan a define.

Dystocia fetal

Destacaremos das multiplas questões que se aventão no presente capitulo, sómente dous pontos que têm relação com o nosso assumpto — a attitudo irregular e as apresentações viciosas do feto. Tudo mais fica á margem, como alheio ao que devemos tratar no estudo da situação do feto.

Attitudo viciosa

Não dissimulamos o serio embaraço em que nos achamos na exposição do presente assumpto. Os autores, occupando-se de irregularidades na attitudo, fazem apenas uma resenha destas anomalias encontradas pelos parteiros, indicando os recursos empregados neste ou naquelle caso. Diante deste escolho difficilmente poderíamos apresentar uma synthese destas irregularidades. Accresce ainda que somos forçados a invadir assumptos estranhos ao nosso, porque não nos parece prudente prejudicar se estes vicios de attitudo já existião antes do começo do trabalho, ou se são posteriores, mórmente quando são encontrados em uma bacia normal. Em vista disto limitar-nos-hemos a apresentar algumas procedencias de membros nas bacias normaes ou viciosas; certas anomalias dependentes de vicios de conformação da bacia; emfim, attitudes irregulares em fetos multiplos.

Na apresentação do craneo.—Descrevendo a attitude normal do feto, deixamos para tratar separadamente de certas anomalias, que alterando a sua configuração, tem grande influencia sobre o trabalho do parto. E' preciso notar entretanto que não devemos nos preoccupar com algumas pequenas modificações que soffre o feto como apanagio de certas apresentações. E' assim por exemplo que, nas apresentações de pelvis, os membros abdominaes ora conservão-se em flexão ora se desdobrao. Nas apresentações de espadua, um dos membros thoraxicos, afastando-se do peito, se insinua na excavação, vindo ás vezes apparecer fóra da vulva. Estes factos, alterando momentaneamente as relações do feto, não imprimem um character differente no trabalho; e pois devem ser tido como variantes da apresentação franca.

Na apresentação de craneo, a anomalia que mais communmente se observa é a procidencia dos membros thoraxicos, os quaes tomão posições diversas. Assim é a mão que se applica á um lado da cabeça do feto, conservando o outro braço a attitude normal. Outras vezes maior porção do membro superior desloca-se da sua situação e apresenta-se adiante da cabeça. Em outros casos tem-se observado os dous braços collocados aos lados da cabeça e apresentando-se com ella. Em todas estas irregularidades, os membros superiores em parte ou em totalidade se desdobrao e ficão mais ou menos em extensão. Entretanto o Sr. Simpson, em sua clinica obstetrica, refere uma observação, curiosissima pela raridade, na qual houve um deslocamento do ante-braço esquerdo, que se collocou atraz da nuca, de modo que o cotovello respectivo correspondia

ao pavilhão da orelha esquerda e o ante-braço no sentido transversal do pescoço do feto.

Em todos estes casos a intervenção do practico em geral consiste em manobras que tenham por fim ora restituir ao feto a attitudo normal, ora produzir a extensão do membro em flexão, que fazendo corpo com a cabeça, augmenta as dimensões da parte apresentada. A procidencia dos membros inferiores adiante da cabeça é rara, principalmente no feto á termo; entretanto em algumas observações tem-se registrado este facto. Entre outras sobresahe a que se encontra em Cazeaux, attribuida a Lefleme, na qual a complicação era das mais serias; tratava-se de dous fetos, o 2º em apresentação mento-pubiano, com procidencia da mão direita, do pé direito, cujo calcanhar estava dirigido para o pubis. Os recursos a empregar nestes casos são variaveis. Consistem na redução, na versão, no emprego do forceps e até na embryotomia.

Na apresentação de pelvis. Vê-se com bastante frequencia, nesta apresentação, os braços desdobrarem-se e collocarem-se ora aos lados da cabeça, ora atraz da nuca em posição transversal. Uma outra forma de anomalia na attitudo consiste em que, tendo-se executado artificialmente a rotação, um dos membros superiores não acompanha o movimento do corpo fetal para adiante, e vem pelos esforços da extensão collocar-se atraz da nuca. O recurso a empregar, nestes casos consiste no emprego de uma manobra, que tenha por fim levar o braço em boa posição. Para se conseguir este desideratum é mister fazer o braço seguir um caminho em sentido inverso daquelle que percorreo para tomar a attitudo viciosa.

Apontamos de preferencia os factos que a pratica diaria nos apresenta como mais communs. Entretanto é de simples intuição que muitas outras anomalias podem ser observadas, vindo complicar o mecanismo do parto.

Quando ha vicio de couformação de bacia, póde-se encontrar modificações na attitude do feto dependente disto. Na apresentação de craneo, a cabeça não podendo engajar-se no estreito superior, o mento que, primitivamente se achava applicado sobre o peito, delle se afasta, e produz-se uma apresentação secundaria de face. Outras vezes, na apresentação de pelvis, as nadegas se apresentam; mas não podendo engajar-se, tem lugar a deflexão dos membros inferiores, e os pés descem na excavação pelviana. Concebe-se finalmente que, em um utero flaccido e sobre tudo nas pluriparas, a attitude póde soffrer uma infinidade de modificações; pois á difficuldade de engajamento se ajunta a ausencia de fixidez por parte do utero. Estas anomalias, em muitos casos, constituem uma complicação das mais serias, reclamando com promptidão os recursos da arte.

Fetos multiplos e isolados

Tambem a attitude de dous ou mais fetos no interior do utero, é susceptivel de numerosissimas modificações, trazendo um serio gravame no mecanismo do parto. Ha ainda uma circumstancia que favorece estas irregularidades, é a pequenez dos fetos que torna facil o engaja-

mento simultaneo. Na dupla apreseatção de craneo, alguns autores referem factos de apresentação de duas cabeças. Entretanto o Sr. Joulin julga difficil dar-se este engajamento por causa das dimensões de duas cabeças serem muito superiores ás da bacia. E' tambem possivel que a cabeça do 2º feto se aloje na depressão cervical do primeire feto e se engaje nesta situação. Recorre-se neste caso ou a simples manobra empregada por Chailly de levantar a 2ª cabeça ; ou então é necessario uma applicação de forceps e até mesmo uma operação sangrenta, quando o engajamento é profundo.

Apresentação de um feto pelo pelvis e de outro pelo craneo.— E' nestas apresentações, em que maior numero de casos de dystocia tem sido observado. Póde acontecer que a extremidade cephalica do primeiro feto, na apresentação pelviana, esteja no interior do utero, e a cabeça do segundo venha a se collocar na sua depressão cervical. Esta anomalia, aliás commum, é corrigida por muitas maneiras conforme a habilidade do parteiro. Sobre ella não se tem formulado uma norma de conducta invariavel.

A apresentação de espadua para um feto e de pelvis para outro tem sido objecto tambem de irregularidades na attitude. Ora a cabeça do 2º é detida pela situação transversal do primeiro ; ora é ainda a cabeça, porém o 2º feto acha-se em apresentação de craneo. O Sr. Bartscher observou um caso em que um feto, em apresentação de pelvis, achava-se á cavalleiro sobre seu irmão na situação transversal. Os recursos a empregar não inspirão confiança. Joulin aconselha desembaraçar a excavação pelviana pelo destroncamento do feto e terminar o parto por uma dupla versão.

Na dupla apresentação de pelvis póde acontecer que os membros inferiores desdobrando-se apresentem-se todos no estreito abdominal. Isto constitue um caso de dystocia, mormente quando tracções imprudentes são feitas tomando-se dous membros de fetos diversos.

Os recursos a empregar nestes casos consistem, quer em redução, como fez Pleismain, suspendendo a parturiente pelo joanete, quer na extracção. Neste ultimo caso é de necessidade absoluta reconhecer si os membros tomados pertencem ao mesmo feto.

Quando se trata de gemeos adherentes observão-se casos de vicios de attitude identicos aos dos fetos gemeos e isolados. Entretanto o diagnostico é muito obscuro, os recursos em geral impotentes. As indicações se discortinão aos olhos do parteiro mais por seu tacto, por sua intelligencia, por sua experiencia, que pelos preceitos invariaveis, a que o parteiro terá de seguir em um caso dado.

Dystocia causada pelas apresentações e posições viciosas do feto.

Os parteiros antigos denominavão apresentações viciosas todas aquellas em que o vertex do feto não corresponde ao collo uterino. Estudos ulteriores fundados em milhares de observações vierão demonstrar á luz meridiana quão exclusivista e absoluta era esta opinião. E' assim que hoje é axiomática a idéa de que as apresentações de face

e de pelvis, embora comportando um prognostico um pouco mais serio, não deixão de entrar no numero daquellas em que o parto possa se realizar só com os esforços da natureza. Até mesmo a apresentação de espádua á rigor póde terminar com feliz exito para a mãe e para o feto. Entretanto é sempre de boa prudencia que se intervenha quando se tractar de apresentações de espádua ; por isto ellas devem ser reservadas.

As outras tres apresentações mesmo quando não são francas, isto é, vindo acompanhadas de certas irregularidades, ainda assim não são consideradas viciosas. Ha mesmo grande numero de parteiros que considerão certas inclinações como proprias de algumas apresentações, desvios que se corrigem com o progresso do trabalho do parto. E' certamente convicto destas idéas que Hubert entre os tempos classicos do mecanismo do parto consigna o que elle denomina tempo de indireitamento (redressement).

Entretanto, quer se admittão apresentações francas, quer como Hubert admittão-se sempre um certo gráo de inclinação, o que é verdade e no que todos concordão, é que dão-se irregularidades, que em geral se corrigem durante o parto. Desde que, porém, não se opere esta correcção, é reclamada a intervenção da arte. As irregularidades das tres apresentações consistem em que a parte apresentada, longe de guardar as relações com os órgãos maternos, dellas se afastão.

Na apresentação de craneo, os autores admittem quatro variedades de apresentações irregulares : a variedade frontal, a occipital e as duas parietaes. Na variedade

frontal a cabeça se colloca em ligeira deflexão, de modo que a fronte corresponde mais ou menos ao centro do estreito superior. Esta anomalia se corrige com o progresso do trabalho sem necessitar a intervenção do parteiro.

A variedade occipital admittida por muitos, é negada por Joulin que se funda na pequena extensão do pescoço do feto e na barreira que o peito fórma ao mento, impossibilitando dest'arte o augmento da flexão. Entretanto a grande maioria dos parteiros admittem esta variedade, considerando-a como identica a posição que Baudelocque denominava de occiput. A fontanella posterior, a sutura lambdoide e, um pouco mais longe, o pescoço, são os tres elementos de reconhecimento desta variedade. Para terminar cumpre dizer que é muito rara esta variedade; encontra-se na sciencia um só caso referido por Delamotte.

A variedade parietal tem lugar quando a cabeça do feto se inclina lateralmente de sorte que um dos parietaes corresponda ao centro do estreito superior. Esta variedade não é muito commum. Lachapelle, em sua numerosa estatistica, só menciona dez casos e Boivin seis desta variedade. O mecanismo pelo qual esta variedade é produzida, é o seguinte: Si na grande maioria dos casos, no fim da gestação, o feto boiando no meio do liquido amniotico, move-se facilmente, tambem o grande eixo fetal coincide quasi sempre com o eixo uterino. Entretanto póde acontecer que se dê um desvio na extremidade cephalica para o pubis ou para uma das fossas iliacas, um como que começo de apresentação transversal. Este facto póde mais facilmente ser produzido sob a influencia de uma bacia

estreitada, na qual o engajamento é mais difficil pela disposição entre os seus diametros e os do feto. Nestas condições, o começo do parto surprende o feto nesta attitude e si, na maioria dos casos, elle volta as condições normaes; póde entretanto mais se accentuar esta anomalia. O vertex appoia-se sobre o rebordo do estreito superior e a inclinação lateral da cabeça torna-se mais pronunciada. O ponto de reconhecimento desta irregularidade de posição é o pavilhão da orelha, que é facilmente reconhecivel.

Os recursos a empregar nestes casos consistem em simples manobras com o fim de endireitar a cabeça. Caso isto não seja possivel, o emprego do forceps é reclamado. Entretanto quando a parte apresentada está muito elevada recorre-se a versão.

O professor Cazeaux considera as posições occipito-pubianas e occipito-sacras directas como podendo ser causa de dystocia. Isto se realisa, segando elle, quando a cabeça do feto é muito volumosa e a bacia pouco desenvolvida. Nestes casos a cabeça póde ser parada no estreito superior. O citado parteiro diz que a applicação do forceps é o unico recurso.

A apresentação pelviana reúne em si, quer a apresentação de nadegas, quer a de pés, quer ainda a de joelhos. O mecanismo do parto e seu exito são sempre os mesmos. Entretanto póde acontecer que esta apresentação não seja franca, ou que a extremidade pelviana se incline, apresentando uma das cadeiras ou a região lombar. Estas irregularidades tem sido negadas por Joulin como causa de dystocia. Segundo este parteiro, a intervenção con-

V9/53V

siste, não em corrigir qualquer anomalia de apresentação, mas sim em actuar sobre a obliquidade uterina, que é a causa deste vicio de posição. Os que admittem esta irregularidade na apresentação de pelvis, aconselhão, em caso de difficuldade do trabalho, procurar os pés e extrahir o feto. O Sr. Joulin achando inexequivel na practica semelhante manobra, aconselha antes introduzir o dedo indicador, ou um colchete rombo, applical-o sobre a verilha, e fazer tracções afim de coadjuvar a sahida do feto.

As irregularidades, que se observão na apresentação de face, consistem nas variedades malar mento-cervical e frontal. Joulin considera esta ultima como identica á que se nota nas apresentações de craneo. A variedade frontal é aquella que se encontra com mais frequencia. Todas as outras pertencem ao arsenal das curiosidades scientificas. Estas anomalias podem embaraçar o trabalho de parto e reclamar as vistas do parteiro. Os recursos que devem ser postos em practica consistem, ora em simples manobras, com o fim de restituir a posição verdadeira e normal, ora no emprego do forceps, ora na versão, conforme a indicação a preencher.

Temos emfim chegado ao termo de nossa dissertação. Nesta puzemos em contribuição aquillo que estava ao nosso alcance, sem poupar fadigas nem sacrificios. Si maior desenvolvimento comportavão certos assumptos, vimo-nos forçados a mutilal-os em proveito de outros, pela necessidade de concluir á tempo este trabalho. Embora procurassemos beber inspirações nas melhores fontes, é bem possivel que se encontre nesta exposição pouca

clareza e falta de methodo. Boileau dizia que não basta saber e conhecer uma couza para enuncial-a com clareza. Si não attingimos a este desideratum, resta-nos a satisfação intima de repetir as palavras do general Carthaginez ante o tribunal de sua patria: *fecimus sed victi sumus.*

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

Cadeira de Medicina Legal

Signaes característicos da defloração recente e antiga

I

A defloração recente é caracterizada por um conjunto de signaes physicos, que em geral varião conforme a copula é forçada ou voluntaria.

II

Estes signaes se encontrão, quer no proprio theatro das operações, isto é, nos órgãos genitales, quer em regiões mais ou menos distantes.

III

Os signaes physicos existentes nos órgãos genitales varião em relação a escala em que são produzidos e ao gráo de intensidade, conforme resultão de um estupro ou da copula voluntaria.

V. 9 / 5.55 v
..

IV

E' na membrana hymen, no annel vulvar e na vulva, que se encontrão os traços característicos da defloraçào.

V

Na defloraçào recente encontra-se a membrana hymen despedaçada, apresentando um numero de retalhos variavel entre 2 e 6 segundo a forma do virgo, acompanhando esta ruptura uma pequena hemorragia, que cede em poucas horas.

VI

Segundo um moderno trabalho de Budin, a ruptura da hymen pòde faltar e a hemorragia deixar de existir: 1.º Quando se dá a intromissão do penis depois da ruptura do orificio vaginal. 2.º Quando a penetraçào se realisa depois da dilataçào rapida e facil do orificio vaginal. 3.º Quando ha penetraçào depois da dilataçào lenta, difficil e progressiva do mesmo orificio.

VII

Os retalhos da hymen recentemente despedaçada apresentam os caracteres das feridas contusas; são echymosados, contem alguns coagulos sanguineos adherentes, tem os bordos sangrentos e em virtude da inflammaçào se tamefasem e suppurão.

VIII

A cicatrização dos retalhos, que se faz separadamente para cada um, é algumas vezes retardada pela supuração; mas em todo caso se completa em um periodo de tempo variavel entre 4 e 12 dias.

XI

O periodo da cicatrização, que fornece os signaes mais certos do defloramento recente, recebe uma influencia efficaz do estado de repouso ou de excitação das partes genitales pela repetição do congresso sexual.

X

O anel vulvar, nos primeiros dias da defloração, é aberto e deixa transudar um liquido ligeiramente viscoso e incolor em consequencia da superactividade das glandulas vulvo-vaginaes attestando um começo de irritação da mucosa vaginal.

XI

Os signaes physicos da defloração recente encontrados na vulva consistem na inflammação vulvar, em eclymoses, excoriações e mesmo ruptura que tem por séde de predilecção os grandes e os pequenos labios o frenulo e a porção urinaria da vulva.

V9/556.V

XII

Estas violencias, que resultão do embate do órgão copulador sobre os planos resistentes das partes genitales, até no estupro varião de intensidade, quanto mais na copula voluntaria, em que pode deixar de existir, tudo limitando-se a um rubôr, ligeira tumefacção acompanhada de maior sensibilidade das partes.

XIII

O exame de traumatismo nos dá um meio de determinar de um modo mais ou menos approximativo a epocha da defloraçãõ, ponho em relevo os caracteres proprios destas lesões em suas diversas phases.

XIV

Fóra das partes genitales, encontrão-se traços de violencia peculiares ao estupro e existentes de preferencia em certas regiões como nas coxas, nos braços, no pescoço, na boca, na parte posterior do tronco, conservando as vezes a impressãõ dos dedos e das unhas do aggressor.

XV

Os signaes physicos da defloraçãõ antiga se encontrão no estado da membrana hymen, cujos retalhos se retrahem separados uns dos outros, tomando a forma de tuberculos e constituindo as carunculas myrtiformes.

XVI

As carunculas myrtiformes existem no lugar occupado pela hymen, cuja inserção ellas assignalão no contorno do orificio vulvo-vaginal; ordinariamente em numero de 3 a 5 apresentão grande diversidade em relação a forma e consistencia.

XVII

Algumas vezes a retracção dos retalhos hymeneaes não se realiza; isto se dá quando ha somente dous retalhos e então elles formão uma prega sinuoza e fransida de cada lado, fechando o orificio por um tempo variavel e mais ou menos duradouro, contanto que não tenha havido repetição dos actos sexuaes.

XVIII

Raras vezes os retalhos revirão para fóra e formão ao redor do orificio da vagina dilatada uma prega mucosa mais ou menos larga confundida na baze com a cicatriz que occupa o lugar da furcula despedaçada.

XIX

Do lado da vulva os grandes labios tornão-se flaccidos, afastados em baixo e approximados em cima. A furcula as vezes é despedaçada: quando existe, em consequencia da copula repetida, vae-se deprimindo até desfazer-se de todo e com ella a fossa navicular, deixando a descuberto o orificio da vagina.

V9157V

XX

As manchas de sangue e de esperma que se encontram nas roupas da victima, devem ser submettidas as analyses microscopicas e chemicas, pois que reconhecidas é um signal de subido valôr nas investigações medico-legaes.

XXI

O exame do indigitado pode em certos casos ser dispensado; em outras circumstancias entretanto é de indeclinavel necessidade a acareação da victima e do aggressor sob pena de cahir-se em uma falta imperdoavel.



SECÇÃO CIRURGICA

Do tratamento das fistulas da urethra

I

O tratamento preventivo das fistulas da urethra consiste em remover certas causas que as produzem, taes são : praticar largas incisões a bisturi, nas infiltrações urinosas, afim de evitar o esphacelo das partes, evacuar cedo os abcessos urinosos, dilatar os estreitamentos da urethra, que na maioria dos casos produzem fistulas.

II

Em relação ao tratamento cirurgico, as fistulas devem ser divididas em fistulas simples, fistulas complicadas de induração e fistulas com perda de substancia; podendo qualquer dellas abrir-se no penis, no escroto, no perineo, na verilha, no recto, etc.

III

Fistulas simples são aquellas que, vindo acompanhadas de um estreitamento da urethra, deixão passar a urina por um ou mais trajectos sem alterar sensivelmente as partes circumvisinhas.

V91558 ✓

IV

O tratamento, por excellencia, desta especie de fistulas, aquelle que em nove decimos cura o doente, é a dilatação completa das vias naturaes pelo catheterismo. Toda e qualquer intervenção directa é mais nociva que util.

v

Um elemento de pezo, em relação á curabilidade, é a proporção da urina que se escôa pelos conductos fistulosos; a probabilidade de cura está na razão inversa da quantidade de urina sahida pelas fistulas simples; porque este elemento de apreciação afere o gráo de angustia urehtral,

VI

Ha certas circumstancias inherentes ao doente que embaração a cura das fistulas simples; taes são, uma má constituição, fraca potencia de reparação, uma molestia chronica, etc.; neste caso o tratamento entra na classe da segunda cathegoria de fistulas.

VII

Chamão-se fistulas complicadas de induração, aquellas que atravessão tecidos indurados e transformados por exsudações inflammatorias reiteradas, e algumas vezes uma cavidade contendo pus mal ligado.

VIII

O tratamento desta especie de fistulas não é uniforme ; os cirurgiões divergem no methodo a seguir, e sob este ponto de vista póde se dividir em methodo directo e indirecto, conforme se actua sobre a propria fistula, ou á distancia.

IX

O methodo directo consiste em estimular as paredes das fistulas para provocar a adhesão das superficies oppostas, ou incisal-as de modo a produzir feridas novas e de boa natureza e fazel-as cicatrizar do fundo para a superficie. No primeiro caso lança-se mão de varias substancias, como nitrato de prata, tintura de cantharidas, potassa caustica ; no segundo, o bisturi, e quando ha indicação a urethrotomia externa.

X

O fim a que se deseja attingir é assegurar o livre corrimento das urinas, impedindo dest'arte que se estagnem entre o ponto estreitado e o orificio cutaneo.

XI

O methodo indirecto consiste, quer na applicação de um coxim de gomma elastica na região perineal, na hora da micção ; quer no emprego de uma sonda de permanencia, com o fim de desviar a urina do falso trajecto, quer na sondagem frequentes vezes praticada pelo proprio doente, ou enfim na punção da bexiga pelo recto com o fim de supprimir todas as fontes de irritação.

v9/559v

XII

As fistulas urethras com perda de substancia são aquellas que resultão de uma destruição das paredes da urethra e dos tecidos subjacentes, quer em consequencia de gangrena, quer de ulceras simples ou phagedenicás, quer por traumatismo de todo o genero.

XIII

Sob ponto de vista do tratamento, convém dividir estas fistulas em urethro-penianos, em fistulas escrotaes e perineas; visto que a urethroplastia que em geral é o meio de obter-se a cura destas fistulas, mais difficilmente póde ser empregada no penis, já por sua mobilidade, já pela pouca espessura dos tecidos, já pelo contacto da urina, que no perineo, cujos tecidos são bastante espessos.

XIV

Em relação á curabilidade dá-se o inverso, isto é, ao passo que no perineo a applicação autoplastica, é de facil execução, a cura das fistulas nesta região é difficil.

XV

Só nos casos de insignificante perda de substancia é que se emprega o galvano-cauterio ou o ferro em brasa, para produzir a retracção dos tecidos, fundando-se na propriedade retractil dos nodulos consecutivos ás queimaduras.

XVI

A urethroplastia se faz quer por escorregamento de um retalho sobre a solução de continuidade, quer por transplantação. Os processos de Dieffenbach e de Nelaton versão sobre o primeiro methodo.

XVII

Com o fim de garantir o resultado da operação urethroplastica, é mister tomar a precaução ou de ensinar o doente a se sondar, ou collocar uma sonda de permanencia, de modo que durante o tratamento não se escape urina senão pela sonda. Deve-se tambem prevenir as erecções pela administração de preparações camphoradas e opiadas.

XVIII

O tratamento das fistulas urethro-rectaes é cercado de difficuldade por sua situação, requerendo sempre o emprego do speculum ani.

XIX

O processo autoplastico geralmente empregado, repousa sobre o seguinte principio : pôr em contacto não isoladamente bordos de tecido delgado, cuja reunião não se póde esperar; porém largas superficies francamente avivadas e juxtapostas por uma solida compressão.

para mais ver 145

191560

xx

A autoplastia só é legitimada quando ha perda de substancia ; entretanto, o emprego deste recurso, em casos de fistulas uretro-rectaes, não garante uma cura radical, o paciente comquanto sensivelmente melhor, terá de soffrer esta deploravel enfermidade.

xxi

A importancia de um tratamento que consiga cura completa está no restabelecimento da micção pela via natural e do liquido prolifico, a que está ligado a perpetuidade da especie, a querer-se omittir o incommodo que soffre o individuo affectado de uma tal enfermidade.

V.9/561

SECÇÃO MEDICA

Cadeira de Pathologia Interna

Chyluria

I

A chyluria é uma molestia endemica nos paizes quentes, caracterisada pela emissão de urinas ora sanguinolentas, ora brancas e leitosas.

II

As causas desta affecção ainda são pouco conhecidas; parece todavia que a presença de vermes nematoides, (filaria Wuchereria) no aparelho urinario é o elemento etiologico mais importante.

III

A theoria que explica a pathogenese da molestia pela presença da filaria Wuchereria, determinando a ruptura dos capillares lymphaticos e sanguineos dos rins, é a que parece mais provavel.

IV

Os symptomas predominantes da chyluria consistem em modificações nas propriedades physico-chimicas da urina, devidas á mistura deste liquido com a lympha.

v

A coloração diversa da urina chylurica é devida a presença de granulações graxas, globulos rubros de sangue e acido urico em pó amorpho.

vi

Além destes elementos encontram-se na urina ainda grande quantidade de albumina, fibrina e diversos saes, sendo constante a presença da filaria Wuchereria.

vii

As urinas chyluricas coagulam-se espontaneamente ou pela acção do calor; estes coagulos podem formar-se no reservatorio urinario, dificultando consideravelmente a micção.

viii

Além destes symptomas nenhum outro se observa que seja constante; todos os aparelhos organicos conservão ordinariamente sua integridade funcional.

ix

O diagnostico da molestia é facil, os caracteres da urina, a presença do helmintho neste liquido, a integridade dos outros aparelhos organicos bastão para distinguil-a de qualquer outra.

X

O prognostico é favoravel ; a molestia por si não determina a morte ; sua cura porem é difficil e incerta.

XI

A chyluria segue uma marcha chronica, e manifesta-se ordinariamente por ataques irregulares de urinas leitosas precidadas quasi sempre de hematuria.

XII

D'entre as complicações que se tem observado, a mais frequente é a tuberculose pulmonar.

XIII

A mudança de clima, um regimen tonico, em que não entrem os excitantes, as substancias gordurosas e condimentadas, tem dado bons resultados no tratamento desta molestia.

XIV

As preparações marciaes e os reconstituintes são empregadas com vantagem para combater a anemia, que tende a produsir-se por causa das perdas sanguineas e lymphaticas.

XV

No periodo hematurico são indicados os adstringentes, sendo o acido gallico que tem produsido melhor effeito.

v9/562v
..

XVI

Os balsamicos como a therebentina, o iodureto do potassio tambem tem dado bons resultados.

XVII

O polvilho do jacutupé (*pachyrhizus augulatus*) em limonada, ou em suspensão na agua, com sumo de limão era empregado com vantagem pelo fallecido Dr. José Silva.

XVIII

O uso de cosimento das plantas vulgarmente chamadas amor do campo (*hidysarum*), da canna branca do brejo (*alpinia spicata*) o uso das cinco folhas ou taruman (*bignonia hederata quinque folia*) é proveitoso no tratamento desta molestia.



Ex Hippocratis Aphorismis

I

Si mulier, quæ neque gravida est neque peperit, lac habet, ei menstrua defecerint.

Sect. 5. — Aph. 39.

II

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile.

Sec. 5 — Aph. 60.

III

Mulieri utero gerenti vena secta abortionem facit, idque potissimum si fœtus grandior fuerit.

Sect. 5. — Aph. 31.

IV

Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripit lethale.

Sect. 5. — Aph. 30.

V

Mulieri utero gerenti si mammæ derepente gracilescent, abortionis periculum est.

Sect. 5. — Aph. 37.

VI

Mulieri uterum gerenti, si lax copiosum e mammis effluat, fœtum imbecillem indicat. Quod si solidæ mammæ fuerint, valentiozem fœtum significant.

Sect. 5. — Aph. 52.

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro 17 de Setembro de 1880.

Dr. Martins Teixeira.

Dr. Ferreira dos Santos.

Dr. Benicio de Abreu.

