

2

*Dr. Chir. e
L. da P. de L. de L.*

THESE DE CONCURSO *B. de L.*

AO LOGAR DE LENTE *Amilcar*

DE

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

POR

Teocleriano Ramos

Ex-interno dos serviços clinicos de cirurgia e medicina
e adjuncto á segunda cadeira de clinica cirurgica da mesma Faculdade, etc.

*La precision du diagnostic et l'opportunité du
traitement sont les seuls garants de succes dans
la pratique.*

(A. G.)

534

BAHIA

TYPOGRAPHIA DO "DIARIO DA BAHIA,"

101 - Praça Castro Alves - 101

1885

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

Vice-director—O ILLM. SR. DR. ANTONIO PACIFICO PEREIRA

Lectes cathedrales

Os Illms. e Exms. Srs. Drs.:

Os Illms. e Exms. Srs. Drs.:	MATERIAS QUE LEGCIONAM
José Alves de Mello	Physica medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica e mineralogia.
Cons. Pedro Ribeiro de Araújo	Botanica medica e zoologica.
Cons. Antonio Cerqueira Pinto	Chimica organica e biologica.
Antonio Pacifico Pereira	Histologia theorica e pratica.
Alexandre Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Antonio Pacheco Mendes	Anatomia e physiologia pathologica.
Egas C. M. Sodré d'Aragnão	Pathologia geral.
Cons. Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia theorica e experimental.
Demetrio Cyríaco Tourinho	Pathologia medica.
	Pathologia cirurgica.
Cons. Luiz Alvares dos Santos	Materia medica e therapeutica, especial- mente a brasileira.
Cons. José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, medicina opera- toria e experimental. Apparellhos e pe- quena cirurgia.
	Obstetricia.
Cons. Barão de Itapoá	Pharmacologia e arte de formular.
Cons. Rozendo A. Pereira Guimarães	Hygiene e historia da medicina.
Manuel Joaquim Saraiva	Medicina legal e toxicologia.
Virgilio Cimacio Damazio	{Clinica medica de adultos.
Raimiro Affonso Monteiro	{Clinica cirurgica de adultos.
José Luiz de Almeida Couto	Clinica obstetrica e gynecologica.
Cons. José A. P. de Moura	Clinica ophthalmologica.
Manuel Victorino Pereira	Clinica psychiatrica.
	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
	Clinica medica e cirurgica de creanças.

Adjunctos

Os Illms. Srs. Drs.:

CADEIRAS

Sebastião Cardoso	Physica medica.
Amanceio J. C. de Andrade	Chimica medica e mineralogia.
Alexandre de Cerqueira (antigo substituto)	Botanica medica e zoologia.
Cilmerio C. de Oliveira	Chimica organica e biologica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Histologia theorica e pratica.
	Anatomia descriptiva.
Manuel Dantas	Anatomia e physiologia pathologica.
Manuel José de Araujo (antigo substituto)	Physiologia theorica e experimental.
	Materia medica e therapeutica, especial- mente a brasileira.
João A. da Costa Dorea	Anatomia topographica. Medicina opera- toria e experimental.
João G. S. Gouvêa	Pharmacologia e arte de formular.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene e historia da Medicina.
Frederico de Castro Rebello	Medicina legal e toxicologia.
Anisio Circundes de Carvalho	{Clinica medica de adultos.
Francisco Bráulio Pereira	{Clinica cirurgica de adultos.
José P. de Sousa Braga (antigo substituto)	{Clinica cirurgica de adultos.
Domingos A. de Mello	Clinica obstetrica e gynecologica.
Deocleciano Ramos	" ophthalmologica.
Roberto M. da Silva	" psychiatrica.
	" de molest. cutaneas e syphiliticas.
	" medica e cirurgica de creanças.

Secretario—O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. CINCINATO PINTO DA SILVA

Sub-secretario—O ILLM. SR. DR. THOMAZ DE AQUINO GASPAR

A Faculdade não approva nem reprovava as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

da Sociedade Beneficencia etc

Officer
Auctor

Julho de 1855-

CONCURRENTES

OS ILLMS. SRRS.

Dr. Climerio Cardoso de Oliveira

Dr. Antonio Rodrigues Lima

E O

Auctor

DISSERTAÇÃO

Indicações obstétricas
nos casos de estreitamentos da bacia

INDICAÇÕES OBSTETRICAS =
NOS CASOS DE ESTREITAMENTOS DA BACIA

534

Dystocia materna — Alteras da bacia — Grãos de estreitamentos — Bacias regularmente estreitadas em todos os seus diâmetros — Bacias irregularmente estreitadas — Bacias achatadas — Bacias estreitadas por compressão lateral — Bacias estreitadas obliquamente — Obstracções por tumores — Pelvimetria — Influência das angustias da bacia sobre a prenhez e o parto — Operações indicadas — Provoença do abortamento — Parto prematuro — Emprego do forceps — Versão — Craniotomia — Cranioclasia — Cephalotripsia simples — Cephalotripsia repetida sem traecções — Operação de Sigault — Operação Cesariana — Conclusão.

A funecção que tem por fim a expulsão do producto da concepção, podem occorrer modificações taes, que a torne summamente difficil, ou impossivel na epocha que corresponde ao termo da gestação.

As anomalias no desenvolvimento e relações dos ossos da bacia, a maior ou menor resistencia das partes molles na cavidade pelviana e no canal utero-valvar, os estados morbidos dos annexos e órgãos visinhos ao utero, são causas de dystocias muitas vezes consideraveis.

Considerando as maiores difficuldades da arte obstetrica ligadas ás dystocias que tem por causa as deformações, ou obstaculos dependentes não só das paredes da bacia, como do canal por que tem de percorrer o feto apoz o termo da gestação, não dispensamos o estudo d'estas alteraçoes, nem dos meios cirurgicos capazes de

prevenir, ou remediar os accidentes do puerperio que collocam sempre em serios perigos a vida do feto e a da parturiente.

Não traremos aqui estudos de anatomia pathologica relativos ao tecido dos ossos da bacia, alterados por qualquer causa, nem das neoplasias diversas que possam modificar as relações normaes da cavidade pelviana, desenvolvendo-se n'ellas, mas consideraremos estas deformações e neoplasias causando a diminuição e mudança de relações dos diferentes diametros da bacia, quer no estreito superior, quer no inferior e dificultando, ou obstando por isso a passagem do feto.

O numero consideravel de bacias estreitadas com fórmãs inteiramente differentes, devidas ás disposições variadas que apresentam estes estados de má conformação dos ossos, constitue grupos limitados, nos quaes se acham comprehendidas todas as variedades e para que se tem proposto indicações obstetricas particulares.

Estudando apenas os estreitamentos da bacia, deixamos inteiramente de parte ás deformações que dão logar ao augmento dos diametros de qualquer dos estreitos, formando uma bacia ampla, mas constituindo as vezes causas notaveis de dystocia.

Acceitamos os grupos de bacias estreitadas, proposto por M. Dubois porém, juntaremos mais um grupo, cujo conhecimento é indispensavel, embora que rigorosamente considerado sejam raros os casos que o constituem.

Pelo conhecimento das proporções normaes dos ossos iliacos e da cavidade por elles formada, podemos avaliar as dimensões dos estreitos, da cavidade ou excavação e a altura que offerece toda a bacia, cuja influencia sobre a marcha do parto é sempre notavel.

A bacia deve ser chamada viciosa, debaixo do ponto de vista obstetrico, quando a sua conformação anormal determinar influencia perigosa sobre a marcha da prenhez e o trabalho do parto.

O exagero de dimensões na altura da bacia em virtude de ano-

malia do sacro, que algumas vezes apresenta seis vertebrae, ou mesmo as cinco n'um estado de desenvolvimento consideravel augmentando-lhe a extensão, a altura da symphyse pubiana, que pode chegar a 54 millimetros e mais, allongam de tal fórma o canal por onde tem de passar o feto, que é ás vezes pela demora causada um motivo de dystocia.

As dimensões rudimentares do sacro ou da symphyse constituem um estado não menos perigoso que o primeiro. As bacias muito baixas trazem perigos para o feto, pela expulsão brusca que permitem, desde que o utero entra em contrações.

A falta de extensão necessaria nos diametros dos estreitos ou da excavação trazem desde o simples embaraço, ou retardamento do trabalho do parto, até a impossibilidade absoluta. Nas modificações que a isto dão lugar é que estão comprehendidos os grãos de angustias.

Desde que a bacia offerece em seu diametro conjugado a extensão de 9 $\frac{1}{2}$ centimetros para menos, trata-se de estreitamentos que reclamam intervenção obstetrica. O grão varia entre 9 $\frac{1}{2}$ centimetros e 20 millimetros e da apreciação rigorosa das dimensões apresentadas é que o parteiro pode tirar as verdadeiras indicações.

Stanescu (1) durante 16 annos em sua clinica observou 444 casos de estreitamentos da bacia, dos quaes 328 se acham indicados do seguinte modo, segundo o diametro antero-posterior :

Acima de 9 $\frac{1}{2}$ centimetros	1 caso
De 9 $\frac{1}{2}$ a 9	58 casos
De 9 a 8	135 "
De 8 a 7	84 "
De 7 a 6	50 "
De 6 a 5	13 "
Abaixo de 5	0 "
	<hr/>
	328

(1) Charpentier.

A observação de Jones em 51 casos dá o resultado seguinte :

Acima de 9 1/2 centímetros	16 casos
De 9 1/2 a 8 "	13 "
De 8 a 6 "	11 "
Abaixo de 6 1/2 "	9 "
	<hr/>
	51

O registro da Maternidade, de 1850 a 1870, observação de Rigaud, marca:

Acima de 9 centímetros	243 casos
De 9 a 8 "	80 "
De 8 a 7 "	42 "
De 7 a 6 "	2 "
De 6 a 5 "	3 "
De 5 a 4 "	1 "
Bacias viciadas por obstruções	2 "
Grãos de estreitamentos não indicados	53 "
	<hr/>
	396

D'estes dados vemos que são mais frequentes os grãos compreendidos entre 9 1/2 a 8 centímetros, e estes permitem a saída do producto da concepção, á termo, sem mutilação.

Segundo auctores inglezes, o minimo da extensão dos diametros conjugados, permitindo a passagem do feto, varia entre 82 e 69 millímetros.

Abaixo d'este grão só é possível a extração com mutilações, por meio da embryotomia ou da operação cesariana.

Estas operações são indicadas pelas deformações, ou pela posição do feto, que é consideravelmente modificada em todos os casos de má conformação dos ossos pelvianos.

Otto de Haselberg apreciando o grão de estreitamento e a posição do feto, principalmente quando ácima do estreito superior, estabeleceu uma divisão nos quatro grupos que marca o quadro seguinte:

1.º — Bacias apresentando no diametro antero-posterior de	10,83 a 9,48
2.º — " " " " " " "	9,48 a 8,42
3.º — " " " " " " "	8,42 a 6,77
4.º — " " " " " " abaixo de	6,77

No primeiro caso, sendo o diametro transverso menor que os obliquos collocados no mesmo plano horizontal, a cabeça do feto conserva-se transversalmente em qualquer variedade de angustia do estreito superior, até manifestarem-se as contracções uterinas, que facilitam a volta da cabeça.

Nos segundo e terceiro casos a posição da cabeça é a mesma, porém no primeiro ha um começo de extensão no momento das contracções, o que se realisa totalmente no segundo.

Os casos tidos no quarto grupo não permitem modificação natural alguma.

Segundo Charpentier, para que a cabeça franqueie o estreitamento, é preciso que ella se volte e que as bossas parietaes se desloquem, vindo collocar-se para fóra do promontorio, de modo a permittir ao diametro transverso anterior da cabeça, ao bi-temporal, ou a um diametro visinho, se substituir pelo bi-parietal.

Do estudo em geral das causas determinantes que alteram as relações e extensão dos diametros, dando lugar assim ás difficuldades ou obstaculos que podem demorar ou impedir inteiramente o parto e da convicção que possamos ter pelos meios diagnosticos é que formularemos as indicações obstetricas capazes de realisar o parto, conservando a vida do feto e da parturiente, ou poupando a d'esta e sacrificando a d'aquelle.

A divisão que estabelecemos para o estudo das diferentes variedades de estreitamentos da bacia é a seguinte:

- 1.º grupo — Bacias regularmente estreitadas em todos os seus diametros.
- 2.º " — Bacias irregularmente estreitadas, comprehendendo:
 - 1.º Bacias estreitadas em seu diametro antero-posterior, ou achatadas de diante para traz, segundo Dubois.
 - 2.º Bacias estreitadas no seu diametro transverso, ou comprimidas lateralmente, idem.
 - 3.º Bacias estreitadas em seus diametros obliquos, ou por depressão das partes antero-latteraes, idem.
- 3.º " — Bacias estreitadas por obstrucções por tumores.

O pelvis justo minor, dos allemães, bacia viciada com perfeição de fórmãs, Dabois, por estreiteza absoluta, Velpeau, ou bacia geral e regularmente estreitada tem to los os seus diametros menores do que os normaes da bacia da adulta, conservando, contudo, a mesma proporção entre os seus diametros, de mo lo que resta uma bacia de pequena dimensão, porém inteiramente regular.

Esta alteração pode ser devida á parada do desenvolvimento dos ossos, mas muitas vezes o desenvolvimento é completo sem que sejam as dimensões as normaes.

Os casos de dystocia, ligados á esta anomalia, são muito pouco frequentes, havendo, porém, grande numero de casos em que os estreitos acham-se regularmente estreitados, sem causar perturbações na marcha da prenhez, nem obstaculos á passagem do feto.

Stolz apresenta uma bacia regularmente estreitada, cujos diametros são estes:

Grande bacia	{ Distancia entre as espinhas iliacas antero-superiores	200 millimetros-
	{ Distancia entre as duas cristas iliacas, labio externo	210 "
Estreito superior	{ Diametro antero-posterior	88 "
	{ " transverso.	115 "
	{ " obliquo	105 "
Estreito inferior	{ Diametro antero-posterior	82 "
	{ " transverso.	100 "

As modificações que soffrem os ossos na porção superior da bacia, quer pelas alterações que interessam a trama dos seus tecidos, quer pela influencia superior da columna vertebral, ou lateralmente dos membros inferiores dão logar a maior frequência das angustias no estreito superior.

As da excavação são menos frequentes coincidindo quasi sempre com deformações do estreito inferior, que é algumas vezes augmentado no diametro correspondente.

Assim como dá-se esta irregularidade relativamente ao estreito superior, a excavação, ou ao estreito inferior, dá-se da mesma forma quanto aos diversos pontos d'estas mesmas partes; assim a angustia

pode ser lateral, comprehendendo o diametro transverso somente, ou este e os diametros obliquos conjunctamente, pode ter logar nos diametros obliquos, determinando o augmento do antero-posterior, pode enfim interessar somente o diametro antero-posterior, como é mais frequente.

A mudança de relação do sacro com a columna vèrtebral, augmentando o angulo-sacro-vertebral, e portanto approximando-o mais da symphyse pubiana, diminue o diametro antero-posterior, o qual pode tambem soffrer esta diminuição, em virtude da obliquidade ou inclinação da symphyse para dentro.

A direcção de cima para baixo e de dentro para fóra que pode tomar a porção pubiana dá logar á angustia da excavação com augmento do diametro antero-posterior do estreito superior.

A falta de curvadura necessaria, ou a convexidade que algumas vezes se nota a face anterior do sacro diminue a excavação, coincidindo esta alteração com um aperto do estreito inferior, quando pelo desvio para dentro, ou pela falta de mobilidade do coccyx o diametro coccy-pubiano tem perdido a sua extensão normal.

O dobramento da porção anterior dos ossos iliacos sobre si mesmo traz tambem angustias no estreito superior, pelo encurtamento do diametro antero-posterior.

As alterações que imprime o rachitismo no estado normal do tecido osseo permite, por acção de forças exteriores e combinadas, como sejam o peso da columna vertebral actuando de modo differente durante, ou não a estação, a pressão do femur sobre a cavidade cotyloide de um e outro lado, feita n'estes casos irregularmente e ainda a compressão directa dos ossos iliacos, que elles se desviam da direcção normal, dando em resultado, o mais frequentemente, o augmento do angulo sacro-vertebral, pela pressão exercida sobre a base do sacro, desde que encontram pouca resistencia não só n'esta articulação como nas sacro-iliacas.

O desvio da base do sacro para diante nos casos de rachitismo, além da acção das vertebrae da columna superiormente é influenciado pelo curvamento da porção posterior dos ossos iliacos em virtude da pressão lateral da cabeça do femur. E' ainda n'estes casos que se encontram angustias da excavação, ou do estreito inferior pela inclinação exagerada para diante que tomam o vertice do sacro e o coccyx diminuindo os diametros antero-posteriores de um e outro ponto.

Sem a acção energica d'estas forças exteriores combinadas, em poucos casos sómente encontrar-se-hiam deformações da bacia nos rachiticos.

Estas alterações podem determinar o achatamento da parede anterior da bacia, coincidindo com o estreitamento de todos os diametros, quer da excavação, quer dos estreitos, do mesmo modo que se manifestam os achatamentos sem ter esta mesma causa.

Os differentes desvios da columna vertebral não só na parte media, ou dorsal, como na região lombar dando lugar ao crescimento das vertebrae lombares sobre a bacia, formando a variedade designada por Hüter sob o nome de bacia coberta ou *pelvis obstecta* e ainda as multiplas alterações que interessam o tecido das vertebrae, deslocando-as e fazendo-as girar sobre o interior da bacia, de modo a collocarem-se no estreito superior, diminuem o diametro antero-posterior quando situadas na parte média e obstruem não poucas vezes a excavação.

São os casos de spondylizema de Herrgott e de spondylolisthesis de Kilian, que maior numero de vezes se observa devidos a desvios lateraes interessando os diametros transversos e obliquos.

Todas estas variedades de bacias rachiticas, ou não, mas que pelas deformações que soffrem dão em resultado a diminuição na extensão do diametro antero-posterior, constituem o grupo de bacias achatadas de diante para traz, segundo Dubois.

A aproximação das tuberosidades sciaticas e dos ramos da arcada pubiana determina pelo achatamento das paredes lateraes o encurtamento do diametro transverso, com augmento do antero-posterior na pequena bacia.

As angustias causadas por esta deformação são muito mais frequentes no estreito inferior que no superior, podendo este ser não poucas vezes estreitado por esta disposição dos ossos coxaes.

Ligados ao rachitismo nós encontramos alguns casos de compressão lateral, bastante pronunciados, tendo como causa-essencial a acção directa do femur sobre a cavidade cotyloide, coincidindo muitas vezes com o curvamento da columna vertebral e depressão antero-lateral dos ossos iliacos.

Os casos d'esta ultima deformação são muito mais vezes devidos á osteomalacia, bem como a grande variedade apresentada por Mme. Lachapelle sob denominações que se ligam ás fórmas dos estreitos.

Os allemães desde Litzmann, Schröder, etc., prestam muito apreço ás bacias viciadas no diametro transversal, mostrando aperto consideravel no estreito inferior, em virtude da torsão dos ossos iliacos sobre si mesmos.

N'esta variedade a mudança na extensão e relações dos diametros do estreito superior é muito pouco pronunciada, principalmente quanto ao diametro antero-posterior.

O desenvolvimento anormal e a falta de curvatura necessaria dos lados da bacia traz um encurtamento de um a dous centímetros no diametro transverso.

Como causas certas de angustias do estreito superior, muito mais vezes que da excavação e do estreito inferior conhecemos as luxações e coxalgias unilateraes, as saliencias osseas resultantes quer de lesões hypertrophicas, quer de calos formados em consequencia de fracturas, quer de porções osseas implantadas, quer ainda do

giramento das vertebrae no interior da grande bacia, nos casos de fusões osseas ou qualquer lesão que interesse o tecido da columna vertebral.

Nas mulheres affectadas de lordose, scoliose, cyphose simples, ou cypho-scoliose ou de cypho-scolio-rachitismo, as bacias são consideravelmente deformadas, quando qualquer d'estas alterações morbidas se apresenta antes do completo desenvolvimento dos ossos.

Em outra qualquer circumstancia pôde ou não haver deslocações ou desvios que modifiquem as relações das paredes internas da cavidade pelviana.

Este genero de estreitamento acarreta difficuldades enormes, desde que a angustia do canal seja mais pronunciada no estreito superior, pois que é impossivel de mudar de posição, por esforços naturaes, a cabeça do feto que se acha collocada transversalmente acima do ponto citado na grande excavação.

Dubois designa sob o nome de bacias deformadas por depressão das paredes antero-lateraes, as bacias angustiadadas nos seus diâmetros obliquos, sendo estes estados acompanhados quasi que sempre de alterações dos diâmetros antero-posterior e transversos.

Os diâmetros medios da excavação ou dos estreitos são viciados pela disposição da porção interna correspondente á cavidade cotyloide, saliente por deformações dos ossos, ou achatada por falta de desenvolvimento normal, variando a fórma e relações d'aquelles pontos, segundo é de um ou de ambos os lados que existem as anomalias.

Como typo dos estreitamentos obliquos devidos a deformações de um só lado, temos a bacia obliqua ovalar descripta por Nægele, na qual se nota ankylose da symphyse sacro iliaca de um lado, com desvio do sacro e ausencia dos buracos sacros d'este mesmo lado, além das deformações que soffre a porção posterior dos ossos coxae. Pelo desenvolvimento completo da porção anterior, os estreitos e a

excavação sentem desvios em sua situação e direcção, da mesma forma que o lado ankylosado. A angustia faz-se a custa dos diâmetros obliquos, convergindo n'este mesmo sentido, de cima para baixo, as paredes da excavação que levam a arcada pubiana em direcção á parede posterior da bacia, diminuindo d'estarte o diâmetro conjugado.

A má conformação dos ossos pelvianos, em virtude da osteomalacia, ficou dita quando tratamos das compressões lateraes. Em quasi todos os casos nota-se o curvamento para dentro, das paredes antero-lateraes, chegando até a obterem posição parallelas.

Quando o rachitismo dá lugar á falta de crescimento de um dos ossos iliacos, ou quando um d'elles por acção combinada da columna vertebral e do femur desvia-se da linha normal, a excavação toma direcção obliqua de cima para baixo, e o diâmetro obliquo de um kulo em ambos os estreitos fica consideravelmente estreitado.

Esta mesma disposição da bacia pode ser devida á alterações do rachis sem ser pelo rachitismo.

As difficuldades, ou a suppressão completa do uso das extremidades causadas por luxações unilateraes do femur, para traz e para cima, por coxalgias unilateraes, ou por amputação da cõxa acarretam muitas vezes desvios consideraveis, tornando as bacias obliquas.

Do mesmo modo influe a falta de crescimento e a fusão do sacro com um dos ossos iliacos, a carie seguida de ankylose.

Nas angustias dos diâmetros transversos a ankylose de uma, ou de ambas as articulações sacro-iliacas prejudica a extensão e posição dos diâmetros obliquos e augmenta notavelmente o antero-posterior, desde que não haja depressão das paredes antero-lateraes.

Estes estados pathologicos tem, quer para um, quer para outro genero de estreitamentos, importancia capital.

Além das modificações que podem trazer as mudanças de relação dos diâmetros da bacia, em consequencia das molestias e accidentes

indicados, a existencia de tumores, não só dos proprios ossos, como da espessura, ou superficie das partes molles que os revestem, como ainda do utero e dos órgãos visinhos, acarreta a diminuição dos diametros d'ella nos seus estreitos e excavação, produzindo bastantes vezes sérias obstrucções.

Não é simplesmente a cavidade pelviana que é a séde d'estes obstaculos, que podem difficultar ou impedir o parto, mas tambem todo o canãl utero-vulvar.

As exostoses e hyperostoses inflammatorias desenvolvem-se em qualquer dos pontos do tecido osseo, embora que seja muito mais frequente a sua formação na face anterior do sacro e na porção posterior do pubis, d'onde o maior numero de casos de estreitamento do diametro conjugado do estreito superior nos casos d'estas produções.

Tumores outros, como os osteosteatomas e osteosarcomas, produzem alterações semelhantes, tendo em raros casos, é verdade, dado logar á angustia tão pronunciada, a ponto de ser impossivel a passagem do feto pelos estreitos.

Nas partes molles formam-se algumas vezes abscessos no tecido cellular, kystos e tumores solidos, ainda que não de natureza maligna, mas que pelo seu crescimento imprimem modificações nas relações normaes da bacia, influindo não só sobre a gestação como sobre o parto.

No canal utero-vulvar são os polypos, os tumores fibrosos e os de outra qualquer natureza, como sejam os folliculares e os cancerosos que tem por séde o collo do utero, ou as paredes vaginaes, são os abscessos, pleugmões, tumores variquosos e infiltrações dos labios da vulva que obstem a saída do feto e tantas vezes embaraçam a intervenção obstetrica. D'estes fazemos menção especial dos polypos fibrosos que, desenvolvidos no segmento inferior do utero, ainda que não apresentem pediculo allongado, pelo augmento de

volume durante a gestação, o que acontece frequentes vezes, diminuem os diâmetros da excavação e do estreito inferior, não permitindo a implantação e passagem da cabeça do fêto, e ás vezes dificultando a intervenção do parteiro.

Não procuramos estudar o modo de produção de todas estas alterações pathologicas que temos indicado, porque o nosso fim é mostrar aqui simplesmente quaes são os estados morbidos que por sua séde ou pelas modificações que possa imprimir a bacia, traga como consequencia a dystocia, pela angustia da excavação e dos estreitos.

Em qualquer ponto do utero estes tumores podem apparecer, mas nem todos, pela sua natureza, séde e desenvolvimento causam embaraços á prenhez e ao trabalho do parto.

Os tumores sub-muquosos dão mais vezes logar á hemorragias repetidas, não trazendo pelo seu crescimento obstaculo algum; da mesma fórma os tumores fibrosos do fundo e da porção superior do utero, quando não pediculados, os quaes apenas difficultam as contracções uterinas.

Os tumores pediculados, pelo contrario, não causando muito incommodo ás contracções, pela posição que occupem na cavidade pelviana trazem os mesmos prejuisos que os tumores do segmento inferior.

As affecções cancerosas, em geral, complicam seriamente a gestação, mas não muitas vezes servem de obstaculo á sahida do producto da concepção.

Ainda tambem outras alterações, como sejam a distensão do colon, do recto e da bexiga, as hernias intestinaes, os tumores solidos e os kystos uni e multiloculares do ovario servem de difficuldades mais ou menos graves, quando produzem estreitamentos de quaesquer dos diâmetros da bacia.

O estudo da conformação da bacia, na mulher viva requer apre-

ciação minuciosa dos habitos, aspecto exterior e forma do corpo, das molestias precedentemente manifestadas e principalmente deformações da columna vertebral ou dos membros inferiores, das dimensões mais ou menos rigorosas que apresentam os diametros na excavação e nos estreitos, o que se consegue por meio de instrumentos apropriados e especiaes.

Nem a indagação das molestias que durante a infancia, ou idade adulta affectaram o organismo da parturiente, produzindo ou não deformações que possam simplesmente pelo aspecto exterior do corpo, levar o medico a desconfiar de uma mudança nas relações normaes dos diametros da bacia, nem mesmo a permanencia de estados morbidos capazes de trazer alterações dos tecidos proprios dos ossos pelvianos, ou dos tecidos que os cobrem e ainda nos orgãos que lhes são visinhos, dispensa o parteiro de procurar conhecer exactamente a extensão dos diametros e a disposição que elles offerecem.

Pode-se pela anamnése e exame exterior da doente ter sciencia das alterações que tenham imprimido ao organismo, certos estados morbidos como o rachitismo, a osteomalacia, a existencia de tumores de qualquer ordem, a cyphose, a scoliose, enfim qualquer desvio da columna vertebral, porém sómente a arte de medir a bacia ou a *pelvimetria* é que dá certeza da existencia de angustia e do gráo que ella tem.

Sendo possível a medição exterior e interiormente, divide-se a pelvimetria em externa, interna e mixta.

O conhecimento da extensão normal dos differentes diametros que se podem traçar nos diversos pontos da bacia e da media normal da espessura dos ossos nos pontos terminaes dos referidos diametros é indispensavel afim de que se possa calcular por dedução da largura que apresenta o canal por onde o feto tem de atravessar.

A disposição que tomam as bacias mal conformadas difficultam

muitas vezes a medição, impedindo a applicação dos pelvimetros, que são os instrumentos de que se servem os parteiros para tal fim.

Do mesmo modo por que se diz pelvimetria externa, interna e mixta, diz-se pelvimetros externos, internos e mixtos.

Tarnier e Lenoir apresentam um numero consideravel de pelvimetros cujo emprego tem sido mais ou menos feito, mas que se acham muitos d'elles em completo desuso e que julgamos inutil citar todos os nomes dos seus auctores.

Antes de fallarmos dos pelvimetros mais communmente usados, transcreveremos a relação de todos os diametros da bacia bem conformada, apresentada por M. M. Caseaux, Charpentier e Nøgele:

1.º Da espinha iliaca anterior e inferior de um lado a do lado opposto	21 1/2 centimetros
2.º Da espinha iliaca anterior e superior de um lado a do lado opposto	24 centimetros
3.º Do meio da crista iliaca de um lado ao meio da do lado opposto	27 centimetros
4.º Do meio da crista iliaca a tuberosidade do ischion	19 centimetros
O estreito superior divide em duas partes esta distancia, de modo que as partes lateraes da grande e da pequena bacia tem cada uma	
	9 1/2 centimetros
5.º Da parte anterior e superior da symphyse pubiana ao vertice da primeira apophyse espinhosa do sacro	19 centimetros
D'onde é preciso deduzir 6 1/2 centimetros para a espessura da base do sacro e 1 1/2 para a espessura da symphyse; resta pois 11 centimetros para o intervallo sacro pubiano.	
6.º Da tuberosidade sciatica de um lado a espinha iliaca posterior e superior do lado opposto, a extensão media é de	17 1/2 centimetros
7.º Da espinha iliaca antero-superior de um lado a espinha iliaca postero-superior do outro lado a extensão media é de	21 centimetros
8.º Da apophyse espinhosa da ultima vertebra lombar a espinha iliaca antero-superior de um lado, a extensão media é de	17 1/2 centimetros
9.º Do grande trochanter de um lado a espinha iliaca postero-superior do lado opposto	23 centimetros
10.º Do meio do bordo inferior da symphyse do pubis a espinha iliaca posterior de um e outro lado	17 centimetros

Com o conhecimento d'estes diâmetros podemos deduzir a media da espessura dos ossos e ter a extensão mais ou menos exacta dos diâmetros dos estreitos deformados.

Mais adiante apresentamos a apreciação de Frankenhauser sobre o diâmetro conjugado, feita durante a vida e após a morte de nove mulheres, por meio da mensuração externa.

O compasso ou pelvimetro de Baudelocque serve para medir pelo exterior, tomando por pontos de reparo a apophyse espinhosa da primeira vertebra do sacro e a symphyse pubiana no diâmetro antero-posterior, as espinhas e fossas iliacas de um e outro lado no transverso e a face externa do grande trochanter e a articulação sacro iliaca do lado opposto nos diâmetros obliquos.

Obtida a distancia de um a outro ponto, o que se consegue com a applicação das extremidades do pelvimetro, que é formado de dois semi-circulos de metal terminados de um lado por um pequeno botão o do outro por uma haste ligada em angulo recto, tendo uma d'ellas uma escala em millimetros, que marca o afastamento dos dois ramos nos pontos de reparo, deduz-se a espessura normal dos ossos e tem-se d'est'arte a extensão do diâmetro do estreito.

O compasso de Van Huevel e os outros pelvimetros estão na mesma ordem; pôde-se obter resultados quasi exactos, como prova esta apreciação de Frankenhauser:

MENSURAÇÃO EXTERNA DO DIÂMETRO ANTERO POSTERIOR

1.º caso durante a vida	11 centimetros—post-mortem	11 centimetros
2.º " " "	" 11	" " 10,5 "
3.º " " "	" 9,75	" " 9,5 "
4.º " " "	" 10,75	" " 10,75 "
5.º " " "	" 12,5	" " 12 "
6.º " " "	" 9,5	" " 9,25 "
7.º " " "	" 8,5	" " 8,5 "
8.º " " "	" 10	" " 10,2 "
9.º " " "	" 9,25	" " 9,5 "

Comtudo são causas quasi certas de erros as anomalias que muitas vezes apresentam os ossos da bacia sem que se possa notar deformidades exteriores e a presença de tumores de qualquer natureza que se acham collocados justamente em pontos por onde passam os diametros apreciados, quando não se procura confirmar pela mensuração interna os resultados alcançados por meio dos pelvimetros externos.

Foi esta causa frequente de erros que despertou a idéa da confecção de pelvimetros mixtos depois de conhecida a pelvimetria interna.

O pelvimetro de Depaul e os outros eguaes dão resultados favoraveis, mas não se prestam á mensuração de todos os diametros.

A applicação dos pelvimetros internos é mais embaraçosa; os pontos de reparo são mais difficéis de precizar. Na medição do diametro conjugado applica-se um dos ramos sobre o angulo sacro-vertebral e o outro pode descansar sobre a face interna da symphyse pubiana, como no pelvimetro de Crousat, ou na face externa, como no de Van Huevel, ou externa e internamente, como no pelvimetro de Küstner.

No primeiro caso a distancia comprehendida entre as extremidades dos ramos mede a extensão do diametro, no segundo é preciso deduzir a espessura da symphyse.

A mensuração dos diametros transversos e obliquos offerece ainda maiores obstaculos.

Stocker presta muita importancia á mensuração das tuberosidades dos ischions, servindo se do pelvimetro de Depaul, modificado por Peter, de Zurich.

O pelvimetro de Crousat presta-se perfeitamente á medição do diametro antero-posterior; o seu autor apresenta-o para substituir a mensuração digital, de que havemos fallar, fazendo lembrar os erros a que pode dar logar este modo de mensuração e faz a se-

guinte apreciação das diferenças em millímetros sobre bacias medidas por Picaud.

a—	10 ^{mm}	61	bacias	sobre	100	dão	um	erro	variando	de	5 a 16 ^{mm}
b—	15 ^{mm}	34	"	"	"	"	"	"	"	"	5 a 11 ^{mm}
c—	20 ^{mm}	58	"	"	"	"	"	"	"	"	5 a 16 ^{mm}

O instrumento compõe-se de uma haste de aço redonda, de 21 centímetros de comprimento e 5 millímetros de espessura; em uma das extremidades tem uma dedeira, que termina superiormente em anel, no qual passa a unha do dedo n'ella introduzido, destinado a collocar-se sobre o angulo sacro-vertebral, de modo que a ponta do dedo corresponde ao Zêro da gradação que existe n'esta haste e que vae até cem millímetros. Uma outra barra, o *cursor*, de 100 millímetros de extensão, com as extremidades voltadas, descrevendo um quinto de arco de um lado com 40 millímetros de altura, do outro com 30, também faz parte do pelvimetro. Ao cursor prende-se em qualquer das pontas uma pequena barra de 30 millímetros, na qual gira a haste directriz graduada.

Antes de fazer a collocação do pelvimetro é necessario examinar a altura da face interna da symphyse pubiana, afim de ver-se qual dos arcos do cursor tem de ser directamente applicado sobre ella; a barra onde gira a haste directriz é então presa á extremidade opposta.

Collocada a face convexa do arco em contacto com a symphyse depois de o manter-se fixo, introduz-se a extremidade do indicador na dedeira e faz-se correr a haste graduada até que a polpa do dedo toque ao angulo sacro-vertebral; feito isto retira-se cautelosamente o pelvimetro e contam-se os millímetros desde o Zêro até o ponto em que se acha o arco que foi applicado ao pubis.

Obtem-se assim a extensão exacta do diâmetro.

De todos os meios de que dispõe o parteiro para reconhecer o grão de estreitamento que apresenta a bacia revestida das partes molles é da pelvimetria digital que mais vezes lança mão, não só

muita vez por falta de instrumentos apropriados, como por ser o meio mais expedito e capaz de usar-se em qualquer circumstancia, tanto se podesse obter verdadeiros, os resultados de mensuração por este processo.

Quanto ao diametro antero-posterior é facil obter exactamente as suas dimensões, desde que se tem a cautella precisa de reconhecer verdadeiramente o angulo sacro-vertebral sobre o qual deve descansar a extremidade do indicador e medir junto á symphyse a parte do dedo ou da mão que se acha immediatamente em contacto com a porção interna.

Em relação aos outros diametros e a existencia de tumores, deformações, ou desvios que tenham soffrido os estreitos e a excavação é o dedo do parteiro o melhor guia e o meio-explorador capaz de dar noções exactas, que muito influem sobre as indicações obstetricas.

As bacias deformadas, que por isso mudam a situação dos pontos de reparo necessarios á mensuração, podem ser reconhecidas pela pelvimetria digital, principalmente quando se trata das bacias angustiadadas nos diametros obliquos.

M. Danyau, em continuação aos estudos de M. Nœgele, apresenta a seguinte relação da differença de distancia entre os pontos de reparo nas bacias bem conformadas e nas obliquas ovalares: (1)

- 1.º — Sobre 21 mulheres, a distancia entre a tuberosidade sciatica de um lado e a espinha ilíaca posterior e superior do lado opposto era a mesma.
- | | |
|--|-------------------|
| Em 51, a differença era de | 2 a 7 millimetros |
| Em 8, a differença era de | 9,11 e 13 " |
| Nas bacias obliquas ovalares a menor differença era de | 25 " |
| A maior de | 55 " |
- 2.º — Em 22 mulheres o espaço que separa a espinha ilíaca anterior e superior de um lado e a espinha ilíaca postero-superior do outro era a mesma.

(1) Chacourx.

Em 51, esta distancia tomada do mesmo lado da bacia apresentava uma differença de	2 a 13 millimetros
Sobre 7, a differença era de	15 a 24 "
Nas bacias obliquas ovulares, a menor differença era de	20 "
A maior era de	50 "
3.º — A distancia que separa a apophyse espinhosa da ultima vertebra lombar da espinha iliaca anterior e superior era a mesma em 29, para os dous lados da bacia.	
Em 31, em cada lado da bacia havia uma differença de	2 a 15 millimetros
A menor differença nas obliquas ovulares era de	18 "
A maior de	36 "
4.º — A distancia que separa o grande trochanter de um lado e a espinha iliaca posterior e superior do lado opposto, era a mesma em 18 mulheres.	
Esta mesma distancia sobre os dois lados da bacia offerecia sobre 57 uma differença de	2 a 13 millimetros
Sobre 3 de	15 a 20 "
Nas bacias obliquas ovulares, a differença menor era de	15 "
A maior, de	40 "
5.º — O espaço que separa a espinha iliaca posterior e superior do bordo inferior da symphyse do pubis, era a mesma dos dois lados da bacia em 32 mulheres; a differença entre os dois lados em 46 era de	
Em 2 somente era de	2 a 13 "
Nas bacias obliquas ovulares a menor distancia tomada dos dois lados era de	15 "
A maior de	25 "

Conhecida a medida d'estas differenças, chega-se por meio da pelvimetria a reconhecer a natureza da deformação e o grão de angustia que apresentam as bacias examinadas.

Durante os primeiros tempos da prenhez, logo que o utero vae augmentando de volume pode nas bacias estreitadas comprimir a bexiga, determinando dôres e desejos frequentes de urinar e o recto, embaraçando a sahida das fezes.

Quando a excavação é consideravelmente augmentada, havendo

angustia do estreito superior, o utero desenvolve-se durante os primeiros mezes da gestação, procurando vencer o estreito superior, o que é muitas vezes impossivel; traz, portanto, como consequencia a compressão dos orgãos contidos na excavação.

Se o angulo sacro-vertebral acha-se desviado muito para dentro de modo que o fundo do utero vá encontrar o ponto mais elevado d'elle e se a concavidade da face anterior do sacro é muito pronunciada o utero resvala por ella e vem collocar-se horizontalmente pela sua retroversão. N'estas circumstancias, todos os symptomas e alterações de visinhança ligados a este estado morbido, declaram-se francamente e com muito maior intensidade pelo estado anormal do utero.

As consequencias d'esta complicação não se fazem esperar, o abortamento é o termo inevitavel.

Nos estreitamentos sobre o diametro transversal a gestação pode chegar até os ultimos mezes, porém o grande embaraço e compressão que soffrem as paredes do utero occasionão frequentemente o parto prematuro.

O utero atravessando livremente algumas vezes o estreito superior, ainda que angustiado, desenvolve-se completamente na grande bacia; a má disposição do segmento inferior permite as facis oscillações da porção superior, de modo que pode dar-se a inclinação para traz, determinando compressões sérias sobre os vasos abdominaes e sobre os rins, fazendo soffrer cruelmente a mulher, ou o utero chegar a inteiro estado de ante-versão pela falta de resistencia das paredes abdominaes e facil deslocação do segmento inferior.

N'estas circumstancias os soffrimentos são muito menores, porém os perigos quer para ella, quer para o feto, são notavelmente consideraveis.

Além d'estas alterações profundas que difficultam ou impedem inteiramente a marcha da prenhez, as angustias da bacia tem grande

influencia sobre a posição do feto. O desvio que sofre o utero, a compressão irregular sobre pontos diversos de sua parede determinada pelas saliências osseas, ou por tumores de qualquer natureza existentes na cavidade pelviana modificam a situação fetal, sendo isto algumas vezes causa gravissima de obstaculos no momento do parto.

Contudo a relação entre o feto e o diametro do canal por onde elle tem de atravessar, a mobilidade do coccyx e da symphyse, a curvatura do sacro permitem que o parto se dê naturalmente mesmo em bacias consideravelmente estreitadas; porém desde que, ou por falta de energia das paredes uterinas, ou pela desproporção entre o feto e os estreitos o parto não pode dar-se só com os esforços da natureza, o parteiro tem necessidade muitas vezes urgente de intervir, e é n'estas circumstancias que elle deverá decidir sobre a indicação mais rasoavel e capaz de salvar o feto e a parturiente ou simplesmente esta, sacrificando aquelle.

Pela apreciação do gráo de angustia da excavação e dos estreitos reconhecida pelos meios que temos indicado e impossibilidade da realisação de um parto natural é que devemos escolher a operação obstetrica capaz de desembaraçar o utero do producto da concepção.

M. M. Nøgele e Grenser dividem em tres cathogorias os estreitamentos das bacias.

- 1.^a — A bacia estreitada permite ainda a expulsão do feto, só com os esforços da natureza, mas não sem perigo, ou prejuizo para a mãe e o menino.
- 2.^a — O estreitamento não impede a cabeça de se implantar no estreito superior e na excavação, mas a excavação não se deixa completamente atravessar pela cabeça do feto, que fica presa.
- 3.^a — O estreitamento é tão consideravel que a cabeça não pode penetrar no estreito superior, ella não faz senão approximar-se durante as contracções, ficando de novo movel acima do estreito superior desde que ellas acabam.

Os meios de que dispõe o parteiro são de ordens differentes: uns modificam ou forçam a sahida do feto sem interessar nem a

elle, nem á parturiente, outros interessam ao feto deixando livre de qualquer lesão a mulher, outros, porém, sacrificam tecidos d'esta, conservando a integridade d'aquelle; algumas vezes é comtudo necessario determinar ferimentos em ambos.

Nós faremos uma apreciação exacta d'estes diversos meios obstetricos, considerando em particular o gráo de angustia da bacia e as circumstancias que os possam reclamar.

Desde que a angustia chegue a ponto de apresentar o seu menor diametro demasiadamente pequeno e o parteiro tenha conhecimento prévio d'este estado por qualquer meio, deve antes da epocha de viabilidade do feto, que chega no minimo ao fim do sexto mez, provocar o abortamento, livrando assim a mulher dos perigos a que se achará exposta pelas operações necessarias no termo da gestação.

Este alvitre deverá ser unicamente tomado quando não houver possibilidade para o parto prematuro.

Os estreitamentos que offerecem no minimo seis centímetros permitem o parto prematuro artificial, cujas indicações são hoje perfeitamente definidas.

E' condição que o parteiro não deve provocar a expulsão do feto sem que tenha, pelos meios de que dispõe, chegado a um diagnostico exacto da conformação que apresente a bacia, da não existencia de molestias que possam ser aggravadas pela operação, ou que sirvam de estorvo á passagem do feto; é necessario que elle tenha plena certeza da viabilidade do feto e da epocha da gestação, o que é frequentes vezes causa de erros.

Sciante pela anamnese, pelvimetria, toque e auscultação da não possibilidade de um parto a termo, elle deverá reconhecer a posição e avaliar o volume e diametro da cabeça do feto, principalmente o bi-parietal e o bi-temporal, que se apresentam quasi sempre em relação com o sacro-pubiano.

O estudo da epocha da prenhez é de summa importancia; o desenvolvimento do feto vae pouco e pouco mudando as relações que entre elle, os estreitos e a excavação existem nos primeiros mezes da gestação. de modo que, reconhecido o grão de angustia que apresenta a bacia deformada, deve-se contar o tempo em que, estando o feto já viavel, se possa dar a passagem do cranco e do tronco do feto, sem prejuizo para este e muito menos para a parturiente.

Os grãos que servem de limite permittindo ou indicando o parto prematuro artificial são nove centímetros ao maximo e seis ao minimo.

Nøgele e Grenser marcam o limite entre 95 e 70 millímetros.

Litzmann divide as bacias em tres grãos.

- | | | | |
|-----|---|--|-------------------------|
| 1.º | } | Bacias geralmente e regularmente estreitadas, tendo pelo menos | 9 a 10 centímetros |
| | | Bacias simplesmente achatadas ou geralmente estreitadas de | 9 1/2 a 8,2 centímetros |

Nestes casos só é justificavel o parto prematuro quando ha complicações.

- | | | | |
|-----|---|---|-----------------------|
| 2.º | } | Bacias geralmente e regularmente estreitadas, tendo ao maximo. | 9 centímetros |
| | | Bacias simplesmente achatadas ou geralmente estreitadas, tendo. | 8,2 a 7,2 centímetros |

Mesmo nas primíparas é a operação indicada.

- | | | | |
|-----|---|--|----------------|
| 3.º | } | Bacias simplesmente achatadas ou geralmente estreitadas, tendo mais ou menos | 73 millímetros |
|-----|---|--|----------------|

Só em casos excepçionaes é que a operação deve ser admittida.

A condição de viabilidade do feto, necessaria a precisar-se para a deliberação do tempo conveniente de praticar tal operação, tem dado lugar a largos estudos de Dubois, Pajot, Nøgele, etc.

As differenças notadas no tempo provavel e no tempo certo da

gestação são pelo menos de 10 a 15 dias, de maneira que não sendo precisada rigorosamente a epocha em que teve lugar a fecundação, pôde dar-se o caso de, em estreitamentos cujo grão seja de 7 1/2 centímetros para baixo e em que o parto prematuro deve ser provocado pelo 7.^o ou 7.^o/2 mez, promover-se a realisação d'elle quinze dias antes, tempo que talvez não corresponda ainda a viabilidade do producto da concepção.

Nas bacias cuja angustia seja de nove centímetros, o parto deve ser realiado pelo 8.^o ou 8.^o 1/2 mez nas multiparas, podendo espaçar até 8 ou 10 dias antes do termo da prenhez nas primiparas.

O tempo fica assim marcado para os diversos grãos de angustias:

8. ^o a 8. ^o 1/2 mez para as bacias que tem no seu menor	
diâmetro	8 1/2 centímetros
8. ^o a 8. ^o 1/2 idem idem	8 centímetros
7. ^o 1/2 a 8. ^o idem idem idem	7 1/2 centímetros
7. 1/2 a 7. ^o e 21 dias idem idem idem	7 centímetros
7. ^o 1/2 idem idem idem	6 1/2 a 6 centímetros

De tudo isto conclue-se que o parto prematuro artificial é uma operação que traz resultados brilhantes e favoraveis, desde que se tenha estudado todas as condições em que se acha a parturiente, e se o tenha realiado por qualquer dos meios de punção ou dilatação, porém com todas as precauções exigidas.

No termo da gestação são outras as operações que substituem os esforços naturaes na impossibilidade de vencer os obstaculos que se apresentam á expulsão do feto.

Logo que a cabeça tenha passado no estreito superior, em virtude de angustias que offereçam no minimo oito centímetros e por falta de energia do utero, ou grande resistencia offerecida pelos pontos angustiaados a applicação regular e prudente do forceps longo permite a sahida do feto sem que muitas vezes a parturiente soffra traumatismo algum determinado por este instrumento.

A direcção dos eixos da bacia deve ser seguida sempre não só

no momento da applicação do forceps, como no de retiral-o, logo que a cabeça tenha chegado á excavação e não haja nem n'esta nem no estreito inferior deformação alguma que possa obstar a livre passagem do feto.

O forceps curto, que apresenta differenças notaveis não só em sua construcção como no modo de applicação e acção sobre a cabeça do feto, é empregado nos casos em que a extremidade cephalica tem vencido o estreito superior e vem se implantar na excavação onde pára, quer por obstaculos n'ella encontrados, quer no estreito inferior.

O gráo de estreitamento correspondente até oito centímetros dá lugar á applicação d'elle, com toda a probabilidade de conservação da vida do feto, quando as manobras são promptas e regulares.

Collocada a parturiente em posição conveniente e reconhecidas pelos meios indicados quaes as deformações que tem mudado as relações e proporções normaes da bacia e canal faz-se a applicação do forceps curto, tendo toda conveniencia em seguir as regras geraes indicadas para o emprego de forceps em bacias normaes.

Nas bacias que apresentam 9 1/2 centímetros no seu menor diametro M. Dubois aconsella applicar o forceps, depois da dilatação completa do collo, nas apresentações do vertice e nas da face depois de convertida a apresentação.

Nas bacias mais angustiadas, porém, cujo limite seja oito centímetros deve-se tentar o emprego do forceps curto, ou longo, antes de qualquer outro meio obstetrico.

As vantagens d'esta operação estão em se conseguir realisar o parto salvando o feto e sem o minimo perigo para a mulher; logo que isto não se possa alcançar, o parteiro não vacillará em sacrificar o feto.

Nos estreitamentos do estreito superior, que não permitem a passagem da cabeça do feto collocado em posição transversa, ou pelo

vertice, quando em virtude das contrações uterinas o cráneo não se tem ainda implantado no estreito, é conveniente empregar a versão desde que o grão de aperto não seja abaixo de 6 1/2 centímetros.

A apreciação de repetido numero de casos de apresentação do vertice em bacias deformadas dando logar a trabalhos sumamente laboriosos e sempre prejudiciaes para o feto e muitas vezes para a parturiente e tambem a observação de eguaes casos de estreitamento em que, ou por apresentação transversa, ou da extremidade pelviana esta era forçada a sahir primeiro, facilitando a expulsão do tronco e livrando alguma vez a cabeça do feto do cireulo formado pelo estreito angustiado, levaram alguns parteiros, principalmente inglezes, e d'entre elles de preferencia J. Simpson, a concluir e admittirem a possibilidade da versão n'estes casos de estreitamento, com probabilidade de salvação do feto, sem que a mulher corresse perigo por tal operação.

A condição dos diametros transversaes da cabeça do feto de poderem diminuir de exteasão pela approximação das paredes lateraes do cráneo, faccis de se deprimir pela mobilidade das suturas e ainda a frequencia do augmento do diametro transverso da bacia nas deformações antero-posterióres, facilitam a passagem da cabeça pelo estreito, desde que haja força capaz de vencer esta resistencia.

A manobra da versão é sempre delicada, quer nas apresentações do vertice, quer do tronco; porém conseguindo retirar-se os pés, o tronco desembaraça-se e procura-se então pela tracção do tronco do feto obrigar as paredes lateraes do cráneo que se acham em contacto com a synaphyse e o promontorio a desviarem-se para dentro diminuindo assim os diametros transversaes.

Conhecido o mecanismo por que se póde conseguir a sahida do feto muita vez com vida, porque a pressão que soffre o cráneo interiormente não-lhe é prejudicial, vê-se perfeitamente que desde que

haja na excavação ou no estreito inferior um aperto consideravel é contra indicada tal operação, porque além ser infructifera, traz graves inconvenientes para a parturiente pela compressão exagerada que determina sobre as paredes do utero, tecidos e órgãos circumvisinhos.

Em qualquer caso, porém, em que o gráo de angustia seja superior a $8 \frac{1}{2}$ centímetros e não seja facil a applicação do forceps por qualquer circumstancia, a versão é indicada e os resultados obtidos são sempre favoraveis.

Em todos os casos as precauções e regras exigidas para a versão podalica são indispensaveis, devendo prestar o parteiro muito apreço ao estado das forças da parturiente, á vitalidade do feto e á integridade dos tecidos do canal utero-vulvar.

E, como vemos, uma operação delicada e preferivel sempre a qualquer que neccesite mutilar o feto.

Quando pela estreiteza do canal a cabeça d'este não pode passar, porém que apesar d'isto as espaldas e o resto do corpo mais ou menos difficilmente escapam-se pelos meios obstétricos empregados, como nos casos que o menor diametro offerece pelo menos $6 \frac{1}{2}$ centímetros e por esta desproporção entre as vias maternas e o feto não é possivel a realisação do parto só com os esforços naturaes ou com o emprego do forceps e da versão, emprega-se a embryotomia em qualquer de suas divisões.

Nos casos que estados inflammatorios e neoplasias e ainda deformações dos ossos produzem uma diminuição nos diametros reduzindo principalmente o antero-posterior a $8 \frac{1}{2}$ centímetros ou a menos, e quando o feto acha-se morto, devemos facilitar a expulsão d'este por meio d'esta operação.

Tomados os cuidados preliminares, como sejam o esvaziamento da bexiga e do recto, a posição da doente, a fixação do utero, empregamos a thesoura Smellie, ou de preferencia o perfurador de

Blot para abrir o craneo, que se acha então implantado no estreito superior ou na excavação.

E' justamente n'estes casos que podemos empregar a craneotomia, a craneoclasia, ou a cephalotripsia.

Preenchido este primeiro tempo, para o qual deve haver o maximo cuidado na applicação da extremidade do instrumento perfurador, afim de evitar qualquer lesão para os órgãos maternos, pode-se proceder á extracção do feto por meio do forceps, do gancho simples ou duplo, ou simplesmente confiar á natureza, o que é muita vez o mais vantajoso, principalmente quando ha grande tumefacção dos tecidos, mas sem compressão nem dôr para a parturiente e ainda quando o craneo perfurado pode molestal-a pelas tracções necessarias a exercer-se.

No momento da extracção executam-se tracções moderadas, procurando accommodar aos eixos da bacia a cabeça do feto, a qual deve previamente ser examinada afim de haver plena segurança de que os ossos esmagados estejam completamente cobertos pelo couro cabelludo. Quando após a sahida da cabeça encontram-se embaraços á passagem do tronco, é conveniente perfurar o thorax e o abdomen.

Nos mesmos casos em que é preconisada a craneotomia com o fim de dar sahida ao producto da concepção, evitando o traumatismo de qualquer ordem na malher, é preferível a craneoclasia por ter esta algumas vantagens sobre o primeiro processo operatorio da embryotomia que acabamos de mencionar.

Diminuindo mais consideravelmente o volume da cabeça do feto e conservando inteira o envolvero dos ossos craneanos, depois de os haver esmagado completamente, torna mais facil e mais rapida a extracção d'elle sem molestar as vias maternas.

O processo seguido na craneoclasia é no seu primeiro tempo egual ao da craneotomia: a differença porém do instrumento esmagador

que é o cranioclasto de Simpson, o modo regular e necessario de sua applicação, o papel duplo de esmagador e extractor que elle representa estabelecem a desigualdade do segundo tempo. Se o tronco encontra obstaculos á sahida, o alvitre a tomar é o mesmo da operação precedente.

Em relação aos cuidados posteriores ao termo d'este processo operatorio diremos que são os mesmos indispensaveis a empregar em qualquer indicação obstetrica.

O emprego do cephalotribo tem logar nos estreitamentos cuja angustia varia entre 7 e 4 centímetros no minimo, segundo a maioria dos auctores.

Pajot quer que se possa praticar mesmo nas bacias cujo menor diametro offerece 27 millímetros, porém é gravissima para a parturiente a operação praticada n'estas condições, salvo seguindo as modificações propostas por este illustre professor, o que comtudo não garante resultados certos e favoraveis.

Na cephalotripsia simples a perfuração do craneo do feto deve preceder á introdução dos ramos do cephalotribo, os quaes sendo applicados pelas mesmas regras seguidas para com o forceps e collocadas as suas extremidades superiores e internas para cima da face posterior do pubis, prendem lateralmente a cabeça esmagando-a pela approximação das extremidades inferiores.

Se após á primeira applicação e esmagamento é impossivel a passagem da extremidade cephalica, em virtude de desproporções existentes, retira-se o instrumento e faz-se nova applicação seguida de tantas outras quantas forem necessarias para determinar completo esmagamento dos ossos craneanos até consentir a livre passagem d'elles através do estreito angustiado, ajudado pelas tracções convenientes, seguindo o eixo da bacia, pelo mesmo modo que no emprego do forceps.

Para retirar o tronco após a sahida da cabeça quando o estreito

inferior ou a abertura vulvar oppõe-lhe grande resistencia perfura-se o thorax, assim como o abdomen, se é preciso.

Sendo a cephalotripsia uma operação empregada nos estreitamentos ligados unicamente á deformações osseas, vimos o gráo de angustia que permite a realisação d'ella. Nos casos em que o menor diametro apresentar menos de 8 centimetros e a causa d'esta alteração ser a presença de tumores de qualquer natureza é contra indicado este meio obstretico.

Pajot, como já dissemos, afirma que em deformações comprehendidas entre 4 centimetros e 27 millimetros é possivel a cephalotripsia encarada sobre o seguinte ponto de vista: cephalotripsia repetida sem tracções.

O instrumento é applicado como no primeiro caso, mas depois do esmagamento do craneo confia-se só á natureza a expulsão do feto, evitando d'estarte que alguma esquirula ou saliencia ossea venha ferir qualquer ponto do canal, pelas tracções que são necessarias fazer-se na cephalotripsia simples. Ficam baidas completamente as tracções como gravissimas; contudo em muitos casos a consequencia é a morte da parturiente pelo esgotamento total das forças.

Os outros recursos praticos de que dispõe o parteiro para os casos de angustias d'esta mesma ordem, mas em que se notam apresentações transversaes, ou do pelvis e tambem existem desproporções consideraveis entre o feto e o canal utero vulvar, sendo impossivel a versão, são as outras operações que constituem a embryotomia propriamente dita, taes como a secção do pescoço, do tronco e dos membros, a eviceração por meio de thesouras e dos forceps — serra de Tarnier, Van Hnevel, etc.

A possibilidade de augmentar somente de 10 a 15 millimetros no diametro sacro-pubiano limitou o emprego da symphysiotomia aos casos em que o menor diametro da bacia offercia de 8 a 6 1/2 centimetros.

Os resultados obtidos por Sigault e seus adeptos foram favoráveis em muitos casos, porém o maior numero de estatísticas provam não haver grande vantagem na indicação d'esta operação não sómente pela frequencia de terminaões fataes para a mulher, como pelas deformaões que bastantes vezes sobrevinham após a secção da symphyse pubiana.

Por estas razões e pelo aperfeicoamento da embryotomia este meio de remover os obstaculos encontrados pelo feto no termo da gestação em bacias angustiadas ficou quasi inteiramente em abandono; contudo toda vez que não seja possível por falta absoluta de instrumentos apropriados a qualquer das outras operações e que o augmento de 8 a 15 millimetros no diametro correspondente a parte estreitada bastar para dar livre sahida ao feto, a symphysiotomia póde ter indicação, devendo-se após a operação evitar que se deem deformaões na symphyse.

Toda vez que é impossível a passagem do feto pelas vias maternas, em virtude de quaesquer das causas que temos já por vezes indicado e que por este mesmo caminho não é possível o emprego de qualquer outro meio operatorio, a operação cesariana é praticada desde que permita o estado geral da parturiente.

As estatísticas que registravam um grande numero de casos fataes não só para a mulher, como para o feto, collocavam o parteiro no grande embaraço de escolher ou não tal operação, sendo muitas vezes a demora causada por esta indicisão o motivo de uma morte eminente ou certa.

Toda vez que o menor diametro de qualquer dos estreitos apresentar a extensão mínima de 4 centimetros e menos como querem os inglezes ou no maximo 27 millimetros, seguindo Pajot outra indicação obstetrica a não ser a hysterotomia póde salvar o feto e a parturiente ou principalmente a esta.

As complicaões rapidas e gravissimas resultantes da incisão do

peritoneo e das paredes do utero, matando por uma peritonite intensa e por graves hemorragias a operada, era o espantallo do parteiro antes que um methodo de curativo proveitoso e seguro viesse pôr termo a estes estados morbidos, fataes na maioria dos casos.

O aperfeiçoamento do instrumental necessario e o methodo de curativo anti-septico de Lister tem conservado ~~ainda~~ a operação cesarea, assim como a ovariectomia na ordem das operações graves, mas muito menos arriscadas que a lithotomia, as amputações da coxa e outras.

As estatisticas confirmam os resultados brilhantes d'estes meios cirurgicos.

Antes de começar o trabalho operatorio deve-se verificar o grão de forças da parturiente e o estado de vitalidade do feto; pois, desde que houver probabilidade de uma morte proxima d'este, ou esgotamento consideravel das forças da mulher é inutil tentar a operação.

Tidas as condições necessarias, colloca-se a mulher em posição conveniente mantendo-se immovel o utero e a parede abdominal, afim de que as incisões feitas sobre a parte media correspondente á linha alva, o melhor processo, não se desviem, indo lesar vasos que determinariam derramamento de sangue consideravel.

O tempo apropriado a começar a operação é quando ha dilatação completa do collo; a não ruptura das membranas ou rupturas em tempo recente tem o proveito de permittir a facil contracção do utero após a saída do feto, evitando assim as hemorragias subsequentes.

E' indispensavel toda precaução para evitar a extravasação de liquidos na cavidade peritonial.

Feita a extracção do feto, que deve ser rapida afim, de evitar a asphyxia e a retracção brusca da abertura das paredes do utero sobre

qualquer parte d'elle, termina-se a operação pelas regras geraes para ella indicadas, seguindo rigorosamente o methodo anti-septico de Lister, antes, durante e após o trabalho.

Fallamos apenas da hysterotomia feita em vida da mulher, pois nos casos de estreitamentos consideraveis, quando a morte da parturiente sobrevem já, o feto tem ha muito perdido a sua vitalidade; fica reservada a operação cesariana *post-mortem* para os estados morbidos ou accidentes que façam succumbir rapidamente a mulher e não seja possível determinar-se a sahida do feto pela versão.

A operação cesarea seguida de amputação utero-ovarica, indicação proposta pelo cirurgião italiano E. Porro, constitue hoje um processo indispensavel a adoptar nos casos que reclamam a hysterotomia.

Por experiencias repetidas feitas em animaes chegou este notavel cirurgião a convencer-se das vantagens d'esta modificação proposta, vindo em 21 de Maio de 1876 a praticar em uma mulher, obtendo resultado muito favoravel, o que o levou a tornar conhecido o seu processo operatorio.

Storer, em Boston, tinha já praticado a amputação utero-ovarica, porém o insuccesso por elle obtido não se fazendo esperar, deu lugar a ficar este facto em esquecimento.

O emprego rigoroso dos meios anti-septicos é absolutamente exigido, sem o que ha muita probabilidade de morte após tão grave operação.

Actualmente pode-se dizer que a hysterotomia salva quasi sempre a parturiente e muitas vezes a ella e ao producto da concepção.

No estudo de todas estas questões, que procuramos desenvolver e que julgamos das mais notaveis e necessarias a conhecer-se na pratica obstetrica, baseamo-n'os nas opiniões e doutrinas modernas e nos resultados praticos obtidos por homens como Nøgele, Barnes, Tarnier, Simpson, Chantreuil, Charpentier, Grenser e outros.

Antes de fallarmos das indicações obstétricas e apreciarmos o valor de cada uma d'ellas, segundo o caso clinico que se apresentasse, julgamos muito acertado trazer em lembrança os vícios de conformação da bacia, as causas que os podiam determinar e as consequencias que taes deformações occasionariam quer relativamente á mulher, quer ao feto durante o periodo da gestação e os momentos de trabalho do parto.

Das operações, que seriam pelo enunciado da questão o ponto obrigado de largas considerações, nós procuramos demonstrar claramente os resultados que se poderiam obter segundo a natureza e conformação dos estreitamentos observados.

As circumstancias de occasião, que tem quasi sempre influencia notavel sobre as decisões momentaneas do medico á cabeceira do doente, podem muitas vezes levar o parteiro a escolher como unico meio possivel uma indicação obstetrica que não esteja de accordo nem com a condição anatomo-pathologica da doente, nem com os resultados praticos modernos: haja vista a symphysiotomia, ou operação de Sigault, que sendo hoje inteiramente banida, pode ser indicada em falta de outro recurso quando o simples augmento de 10 a 15 millimetros no diametro conjugado bastar para livrar a cabeça do feto, o que não se tenha conseguido nem pela versão.

O dever do parteiro é procurar primeiro que tudo contar com a vida da parturiente e do producto da concepção, empregando para este fim os meios de que dispõe: a applicação do forceps longo, ou curto se o estreitamento permite, a versão, operação principal, de todas as que o parteiro tem a praticar n'estes casos, principal sustentamos porque desembaraça o utero de seu conteúdo até em casos de angustias medindo 6,9 centimetros no seu menor diametro, e porque quasi que na totalidade dos casos salva a criança e deixa a mãe sem confusões e com vida.

O parto prematuro artificial preenche grande numero de vezes

este mesmo fim, mas é preciso que o parteiro tenha conhecimento prévio da dystocia e pratique a operação em tempo opportuno!

Sendo impossivel contar com a vida de ambos, o parteiro não deverá vacillar em preferir sacrificar o feto, evitando lesar por qualquer meio a mulher.

O tempo para reflexão e decisão deve ser contado, porque as forças da parturiente esgotam-se com os esforços naturaes repetidos, impotentes n'estes casos para vencer os obstaculos existentes.

A crancoclasia de preferencia á crancotomia e á cephalotripsia repetida sem tracções, são os recursos de que dispõe. Estas operações sendo regular e prudentemente praticadas, deixam as vias maternas sem lesão alguma, porém os resultados favoraveis só são contados quando no momento do trabalho a parturiente conserva ainda bastante força.

Actualmente nos grandes estreitamentos em que a passagem do feto e dos instrumentos reclamados pelas operações de que acabamos de fallar, não tem lugar e a mulher se acha em regulares condições e o feto em completo estado de vitalidade, a operação cesarea seguida da modificação proposta por E. Porro dá resultados brillantes.

O plano que traçamos ao correr da penna abrange questões de alta importancia na obstetricia, reclamando estudo apurado e longo as difficuldades consideraveis e sempre graves que acarretam o estado de má conformação dos ossos e as neoformações localisadas nos tecidos e orgãos contidos na cavidade pelviana.

São os dados positivamente praticos e não as conjecturas e theorias meramente creadas que presentemente devem servir de norma a qualquer trabalho de medicina, principalmente na parte que toca á cirurgia; eis porque despindo-nos de phrases longas e considerações theoricas inuteis, deixamos escriptos n'este pequeno trabalho a opinião de mestres e o juizo que d'ella formamos.

PROPOSIÇÕES

SCIENCIAS ACCESSORIAS

PHYSICA MEDICA

Equilíbrio dos corpos mergulhados e fluctuantes nos líquidos

A differença na densidade d'um liquido e o corpo n'elle mergulhado é que dá logar á sua immersão, ou fluctuação. Quando o corpo é mais denso que o liquido em que é immergido desce até ás ultimas camadas d'elle, supplantando a pressão inferior; se é menos denso fluctua por não poder vencer esta pressão.

As forças que actuam sobre qualquer corpo mergulhado n'um liquido crescem na razão directa da profundidade; o peso diminue tambem na razão directa do volume de liquido deslocado.

O equilibrio dos corpos quer mergulhados quer fluctuantes só se estabelece quando depois de deslocado um peso de liquido igual ao d'elles, o centro de gravidade se acha abaixo do centro de pressão, conservando-se na mesma vertical.

CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

Ar atmospherico, sua composição e propriedades

O ar atmospherico é uma mistura de oxigenio e azoto conservado quasi sempre nas mesmas proporções, qualquer que seja a latitude, contendo ainda em quantidade variavel de vapor d'agua, acido carbonico e outros elementos de corpos solidos e gasosos.

No ar confinado e viciado existem além da diminuição na proporção do oxigênio, gases irrespiráveis e elementos nocivos ao organismo.

O ar atmosphérico determina a oxigenação do sangue no interior dos pulmões com producção de ácido carbonico proporcional á quantidade de carbono existente no sangue, ou de oxigênio contido no ar inspirado. Os phenomenos chimicos da respiração são identicos aos phenomenos de combustão.

BOTANICA MEDICA E ZOOLOGIA

Germinação

E' a germinação uma função particular, que em certas e determinadas condições e em tempo variavel transforma o embrião ou semente dos vegetaes em individuos da mesma especie.

A acção de certos agentes, como sejam o ar, a luz, a humidade, o calor e a electricidade reunidas á boa natureza do sólo, dão lugar a germinação das sementes, quando estas se acham em completo desenvolvimento e integridade.

Os phenomenos chimicos, physicos e physiologicos que se passam durante a germinação dos embryões, estão inteiramente dependentes da acção d'estes agentes indicados e das substancias chimicas como a aleurona, materias gordurosas, hydrocarbonadas e albuminoides que entram na composição d'elles embryões.

CHEMICA ORGANICA E BIOLOGIA

Analyse chimica do leite

O leite, cuja densidade media é de 1.028 a 1.034, é composto de agua, materias gordurosas, caseina, albumina, lactose e assucar de leite, além de materias extractivas e saes que se encontram em pequena quantidade, bem como gases livres, como o oxigenio, azoto, acido carbonico, etc.

A caseina é combinada com a soda, achando-se parte dissolvida, parte coagulada servindo de envolucro aos globulos do leite. Pela transformação do assucar de leite em acido lactico a caseina precipita-se, visto tornar-se livre pela saturação da soda por este acido. Os outros acidos precipitam tambem a caseina, quer combinando-se com ella, quer roubando a agua ao leite, quer saturando a soda.

O leite posto em repouso separa-se em duas camadas, uma superior branca e gordurosa, o *creme*, outra inferior liquida. O leite que se forma nos ultimos tempos da prenhez e nos primeiros dias após o parto é muito rico em substancias solidas e em saes, é mais alcalino e apresenta globulos de gordura de forma particular e diferentes dos globulos ordinarios, os quaes são denominados globulos do *colostrum*.

PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Espunjas preparadas

Das esponjas ordinarias cortam-se cones de diferentes tamanhos, que depois de lavados são immergidos em forte solução de gomma arabica, envolvidos por um fio bem apertado, fazendo-se conservar

sempre a fôrma cônica, depois de se ter collocado interiormente uma pequena haste metálica, a qual é retirada juntamente com o fio logo que se acha secca a esponja e finalmente limada.

Prepara-se também, immergeindo as esponjas já em fôrma cônica na cêra amarella fundida e pondo-se ao depois entre duas laminas de metal aquecidas e bem ajustadas, deixando-se até ficarem completamente frias.

A cirurgia e particularmente a obstetricia e a gynecologia aproveitam a propriedade que tem as esponjas assim preparadas de se dilatarem pela acção da humidade lenta e gradualmente, quando collocadas em orificios ou cavidades do corpo. Na dilatação do collo do utero o emprego d'ellas é vantajoso e não acarreta perigo algum nem produz dores incommodas.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Considerações medico-legaes sobre o abortamento

A lei deve punir o abortamento criminoso, que é a expulsão do producto da concepção prematura e violentamente provocada sem que seja indicada por conveniencia da cirurgia obstetrica.

Quer a tentativa, quer a realisação do abortamento dá igual criminalidade não só aos auctores como aos auxiliaadores do crime.

O conhecimento das causas que o tenham produsido não só accidentaes como dependentes de alterações geraes de organismo o exame do collo do utero e do canal utero vulvar, emfim o exame do feto esclarecem em muitos casos a criminalidade ou não do abortamento.

SCIENCIAS MEDICAS

PATHOLOGIA GERAL

Signaes fornecidos ao diagnostico pela suppressão das regras

Os estados febris são muitas vezes precedidos de suppressão das regras, acompanhando-se de perturbações para diferentes órgãos, que se traduzem por neuralgias, vômitos, hemorragias, etc.

A suppressão é um indicio de gravidez e de muitos estados pathologicos do utero e dos ovarios, que podem e devem ser reconhecidos pelas manifestações symptomaticas que se notam e pelo exame local que se deve proceder.

Em certos estados devidos a embaraços dos órgãos genitales a suppressão das regras indica obstaculos para o lado do utero ou da vagina, como sejam atresia d'esta, os espasmos do collo, as flexões, a obliteração por produções accidentaes e ainda obstrucções accidentaes ou congenitas das trompas.

PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Circulação fetal

Os rudimentos da primeira circulação do feto offerecem um centro circular incompleto com ramificações que vão ter umas á porção ou folha interna do blastoderma, depois vesicula biliar, outras ao

corpo do feto, formam-se nos primeiros tempos da gestação entre as folhas da vesícula blastodérmica n'uma camada de blastema.

A disposição dos ventrículos e aurículas do coração, que se communicam largamente pelo buraco de Botal, a divisão e proporções da arteria pulmonar dando nascimento ao canal que vai ter directamente com a crossa da aorta, a divisão da aorta abdominal e suas ramificações formando a arteria umbilical estabelecem differenças consideraveis entre a circulação do feto, a da criança e a do adulto.

As ramificações das veias placentarias que convergem a formar a veia umbilical, que atravessando o umbigo do feto vai ter á cavidade do figado, anastomosam-se na face interna da placenta com as duas arterias umbilicaes que nascem da bifurcação da aorta abdominal do feto.

PATHOLOGIA MEDICA

Inflammação croupal e diphtherica da vagina

Este estado que se liga as mais das vezes á simples alteração da mucosa vaginal pelo processo croupal ou diphtherítico póde dar logar a mortificação dos tecidos subjacentes deixando após a eliminação das escaras deformações mais ou menos pronunciadas.

A inflammação croupal e diphtherica é frequente nos estados puerperaes que se acompanham de estados febris graves dependentes de alterações dos líquidos retidos no utero e na vagina depois do parto.

Causas outras como tumores do corpo ou do collo do utero, fistulas vesico-vaginaes que dão logar a um corrimento mais ou menos frequente, trazem como consequência quaesquer d'estes processos, dando prolução a uma exsudação sanguinolenta e fetida.

MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE A BRAZILEIRA

**Ação therapeutica do centeio esporoado nas hemorragias
uterinas**

Nas hemorragias que se apresentam durante e após o trabalho do parto a acção do centeio é certa e efficaz, fazendo ceder pela contracção das fibras lisas da parede do utero e constrictão das tunicas vasculares a saída do sangue. E' contudo necessario administrar uma dose regular logo depois do parto quando ha motivos para receiar uma hemorragia copiosa, visto a acção therapeutica do agente empregado só se manifestar dez a quinze minutos após a ingestão.

Fóra dos estados puerperaes é de pouco valor e ás vezes inefficaz a influencia do centeio em quaesquer estados pathologicos do utero que não sejam determinados por tumores fibrosos.

O centeio tem ainda acção prompta e energeica sobre as hemorragias ligadas aos abortamentos e á presença de fibromas e mesmo tumores cancerosos, porque estes provocam da parte do utero reacção tal que o colloca muitas vezes em estado identico ao que se acha durante a prenhez, o que favorece a acção do centeio, pela hypertrophia e hyperplasia das fibras lisas.

HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

Considerações sobre a hygiene dos recém-nascidos

Logo que o fœtinho nasce deve-se proceder o corte do cordão umbilical; a demora de algum tempo necessario á deslocação da placenta e parada dos batimentos do coração, condição estabelecida

por alguns parteiros, não é uma condição essencial como meio hygienico.

A lavagem por meio da agua pura tepida, ou addicionada de um pouco de vinho ou vinagre é indispensavel para limpar a superficie do corpo do sangue e impurezas de que se acha coberto.

Nos recém-nascidos fracos, ou que apresentam estado de morte apparente, ou de meia asphyxia, deve-se promover a reanimação d'elles pelos meios excitantes e revulsivos. Depois do banho geral e bem limpa a creança, envolve-se então nas vestes que lhe são destinadas e previamente aquecidas.

CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Albuminuria

São muito diversas as causas que podem dar logar a albuminuria, que não deve ser considerada como symptoma de lesão unica dos rins. Independente da descamação dos *tubuli* que se nota nas nephritis parenchymatosas a tensão vascular pode determinar a passagem de maior ou menor quantidade de albumina.

A albuminuria notada nos estados congestivos dos rins ligados á alterações febris é prova evidente do que acabamos de dizer, sendo porém um estado passageiro, o que differe da albuminuria dos nephriticos.

A superalbuminose do sangue durante a prenhez tem por fim fornecer ao feto elementos necessarios á sua nutrição e não deve ser considerado um estado pathologico serio, senão quando a quantidade de albumina accumulada no sangue fór excessivamente maior que a necessaria para o desenvolvimento dos elementos do feto. Ainda a tensão vascular n'estes casos pode augmentar a albuminuria sem comtudo deixar lesões sobre o tecido renal.

SCIENCIAS CIRURGICAS

HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Estructura da glandula mamaria

A glandula mamaria é composta de um grupo de glandulas que terminam em uma serie de 18 a 20 conductos excretores chamados *canaes galactophoros*, o que differe das demais glandulas que tem apenas um conducto excretor.

A superficie lisa e a fórma arredondada que offerece exteriormente a glandula mamaria são devidas á grande quantidade de cellulas adiposas de que se acha sobrecarregado o tecido conjunctivo que envolve os lobulos e lobos da glandula.

Os canaes galactophoros são formados de tecido conjunctivo e de uma camada de fibras elasticas annulares e de algumas fibras musculares lisas, sendo forrado o interior dos canaes de pequeno diametro de cellulas glandulares ordinarias e os de grosso calibre de uma camada de cellulas cylindricas. O cul-de-sac das glandulas é formado de uma membrana propria homogenea.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

Ligamentos da bacia

São em numero de quatorse os ligamentos que prendem os quatro ossos de que se compõe a bacia entre si e os fixa á columna vertebral.

O ligamento sacro-iliaco anterior, o posterior ou interosseo, o inferior, o superior, o grande e o pequeno sacro-sciatico ligam os ossos iliacos ao sacro, tendo seus pontos de inserção nas partes lateraes da base do sacro, na fossa iliaca externa e na interna, nos tuberculos situadas para fóra dos buracos sacros posteriores, nas espinhas iliacas e em toda a extensão da tuberosidade iliaca, tuberosidade do ischion e espinha sciatica.

Os meios de união da symphyse pubiana são o ligamento interosseo fibro cartilaginoso, um ligamento anterior, um posterior, um superior, um inferior. O coccyx é ligado ao sacro por um disco fibroso inter-articular e por dois ligamentos de fibras parallelas, um anterior e outro posterior.

Os ligamentos que prendem a bacia á columna vertebral são feixes fibrosos que partem da apophyse transversa da quinta vertebra lombar um para a base do sacro, outro para a crista iliaca. Além d'estes ha um disco fibroso interosseo e curtos ligamentos vertebraes.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Alterações anatomo-pathologicas na phlebite uterina puerperal

A mudança de coloração, a congestão e o espessamento das paredes, devido á proliferação das cellulas endotheliaes, ou a neoformação de cellulas redondas semelhantes ás cellulas lymphaticas, ou allongadas, fusiformes e achataadas, na membrana interna das veias do utero, principalmente dos seios uterinos e das veias utero-ovarianas, são as primeiras alterações que se notam nos casos de phlebite uterina puerperal.

Na phlébite puerperal este estado das veias tem por ponto de partida a séde de inserção placentaria, onde pode-se encontrar coelhos mais ou menos alterados embebidos de sanie putrida ou de pus.

Encontram-se no interior das veias inflammadas cellulas endothelias, leucocytos, coelhos de fibrina granulosa ou fribilar amolecidos e grande quantidade de pus, principalmente em casos de phlebite-purulenta, que complicam os estados inflammatorios do peritoneo e do utero.

PATHOLOGIA CIRURGICA

Septcemias

As diversas affecções que estão comprehendidas no grupo das septicemias tem todas por alteração essencial a intoxicação do sangue por um principio septico de natureza parasytaria.

A decomposição e alteraçoes dos elementos do sangue são a continuação e consequencia das fermentações que se estabelecem na superficie das feridas existentes, pela presença de micro-organismos.

Na septicemia puerperal a ferida resultante da deslocação da placenta permite facilmente a acção dos principios toxicos de natureza septica, accumulados no utero pela fermentação dos liquidos retidos e pela desagregação dos coagulos sanguineos.

ANATOMIA TOPOGRAPHICA. MEDICINA OPERATORIA E EXPERIMENTAL

Ovariectomia

A ovariectomia, sendo uma operação perigosa, offerce comtudo pelo methodo operatorio e pelos meios curativos empregados mo-

ternamente durante e após a operação resultados mais favoráveis que as amputações da coxa, que a lithotomia, que a operação da hernia estrangulada, que a ligadura da sub-clavia, etc.

A operação é dividida em seis tempos principaes; a secção abdominal que mede de 10 a 12 centímetros a igual distancia do umbigo e do pubis, comprehendendo os tegumentos e o peritoneo, — a punctão e evacuação do kysto, — a ruptura das adherencias e extracção do ovario a secção do pediculo, a limpeza da cavidade abdominal e pelviana e a reunião da ferida.

Durante a operação deve-se empregar os meios antisepticos, sendo preferiveis as soluções phenicadas fortes para a lavagem dos instrumentos cirurgicos e a formação de uma atmosphera phenicada em torno da doente por meio do *spray* de Lister ou de Champièrre.

OBSTETRICIA

Versão podalica nas apresentações do tronco

A versão podalica é sempre praticada em quaesquer das apresentações do tronco, quando a permittem a dilatabilidade do collo e não implantação exagerada das espaduas, certos casos de dystocia materna ou fetal, o estado do utero e da parturiente, sem o que não deve ser empregada, mormente quando venha arriscar a vida da mulher.

Nas duas apresentações da espadua direita deve ser introduzida no utero a mão direita em supinação, a qual, depois de afastar a espadua para a fossa iliaca direita, irá prender os pés. Nas apresentações da espadua esquerda é a mão esquerda que faz os mesmos movimentos afastando, porém, a espadua que se apresenta para a fossa iliaca esquerda.

Durante os tres tempos da versão deve o parteiro proceder de modo a evitar os perigos por que passa a mulher, como sejam a ruptura do utero quando este por qualquer circumstancia tenha as suas paredes adelgaçadas, as contusões do utero e da vagina e por parte do feto a asphyxia, as pressões exaggeradas, a luxação das articulações, etc.

CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Varizes venosas

A dilatação permanente das veias, constituindo um estado morbido sob a denominação de varizes, é ligada a embaraços da circulação venosa por obstaculos no interior, por compressão exteriormente e ainda por acção de gravidade do proprio liquido sanguineo, quando da parte dos vasos tem diminuido a resistencia e elasticidades normaes.

Nas varizes superficiaes a tumefacção dos vasos, as nodosidades e flexuosidades que se notam pela inspecção e pela apalpação não augmentam a temperatura, nem mudam a coloração da pelle, salvo quando pela irritação permanente que determinam e pela dificuldade de nutrição dos tecidos vizinhos se manifestam estados inflammatorios, como a phlebite, a erysipela, ou o phlegmão e ainda as ulceras varicosas.

As hemorragias são sempre dependentes da existencia das ulcerações. A posição horisontal e a compressão elastica são os meios que melhor podem curar ou melhorar os estados varicosos. Quando as varizes se desenvolvem na epocha da prenhez, é desnecessario empregar qualquer d'estes meios curativos, porque ellas desapparecerão depois do parto.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Quæ utero gerunt, iis utero os connivet.

(Sect. V. aph. LI)

II

Mulier in utero gerens secta vena abortit, et magis si major fuerit fœtus.

(Sect. V. aph. XXXI)

III

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

(Sect. V. aph. LII)

IV

Mulieri uterum gerenti, si lac copiosum mammis effluat, fœtum imbecillum indicat.

(Sect. V. aph. LII)

V

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripit, lethale.

(Sect. V. aph. XXX)

VI

Mulieri in utero gerenti tenesmus superveniens, abortire facit.

(Sect. VII. aph. XXXII)

PUBLICAÇÕES DO MESMO AUCTOR

Commoção cerebral complicada de meningo-encephalite — Observação publicada no *Seculo*, ns. 1, 2, 3 — 1880.

Gangrena — Estudo, idem ns. 4, 5, 6, 7, 8 — 1880.

Manifestações da electricidade na atmosphera — Estudo, idem ns. 5, 6, 7 — 1880.

Microscopia — Estudo, idem n. 8 — 1880.

Doutrina da pyemia — These inaugural apresentada á Faculdade de Medicina da Bahia e approvada com distincção, em novembro de 1881.

Ferida por arma de fogo — Observação — *Revista da Sociedade Beneficencia Academica* -- n. 2, 1.^a serie — 1884.