

DR. DIOGENES VINHAES

DA GESTOSE NA DISTONIA UTERINA

TESE

APRESENTADA A FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DA BAHIA, PARA CONCURSO DE DOCENCIA LIVRE DA CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA, A SER DEFENDIDA, PUBLICAMENTE, PELO DR. DIOGENES GOMES DA COSTA VINHAES.



IMPrensa OFICIAL DA BAHIA

1949

INDICE DOS CAPÍTULOS

	<i>Pág.</i>
Prefacio	5
Introdução	7
Sinonimia	9
Interpretação da tese	11
Gestose, uma dishormonose?	17
Conceito unificador da distonia (hiper e hipo) (I)	21
Conceito unificador da distonia (inercia, interfase, bloqueio é a falsa inercia primitiva) (II)	31
O problema da distonia e suas ligações com a toxicose e a hipertensão. A raquetoterapia das distonias	39
O problema da dor e sua terapia pelos hormônios..	43
Conceito de gestose de contração (a propredeutica)	47
Terapeutica (a rutura do saco e a gestose de contração)	55
Observações	77
Conclusão	79
Bibliografia	81
Súmula da atividade científica e profissional do autor	83
Trabalhos científicos do autor	85
Posfácio	87

P R E F A C I O

A presente publicação é fruto do empirismo clínico, do desejo de interpretação e da ânsia de acertar na cura dos distúrbios da contração.

Surgiu a idéia condutora, que a perfilha, naquele dia, bem remoto, em que o fracasso duma terapia, clássica ou moderna, permitiu cogitações derredor da origem dos distúrbios da parada da dilatação, derredor da ruptura do saco e a propósito da desvalia de anti-espasmódicos, sedativos e barbitúricos.

Alguns dos blocos de base do atual estudo já foram lidos, ou publicados, alhures, e o complexo terapêutico já foi tentado em várias oportunidades.

Agora, porém, o pensamento central tomou corpo, cresceu, avolumou-se e procurou amparar-se em alicerces de argumentos e razões, apoiado, em fatos, o fio do raciocínio.

Nasceu a tese.

Pretende ela algo de original e momentoso.

E quer tentar ir conduzindo elementos, em conjunto, e com objetivo predeterminado, para uma contribuição à solução dos problemas vultosos da distócia dinâmica.

Busquei penetrar a questão, esquadrihando-lhe o âmago, sob várias incidências, demorando-me, com mais

cuidado e atilamento, naquelas que me pareceram responder, mais diretamente, pelos acidentes mais ares-tosos e mais vivos.

Não há, entretanto, idéia de pretensões resolutórias, e isso fica como um aviso salutar, no limiar da discussão.

Apenas, o desejo de defender argumentos que traduzem fatos, entrelaçáveis, concatenáveis talvez, e passíveis de formar um todo, um conjunto com alguma significação, que possa e deva ser apresentado, e que julgo esteja bosquejado nessa minha tese sôbre gestose de contração, agora desenvolvida sob o nome "Da gestose na distonia uterina".

INTRODUÇÃO

Sob esse título, quero desenvolver a tese de que há influência, fortemente positiva, da intoxicação gravídica na gênese dos distúrbios da contração uterina.

Quero acentuar o registo de que há, de verdade, *uma gestose de contração*.

Quero provar que existe uma distonia uterina, provocada pela gestose. Ou seja: — uma determinação local, no cólo-útero em trabalho parturitivo, da ação disturbadora do chamado "veneno gravídico". Ou ainda: — uma localização útero-cervical da grávido-toxemia.

Procuo evidenciar aqui, à luz da fisio-patologia, da clínica e da pesquisa bibliográfica, a ação do distúrbio gravídico sobre o órgão da parturição.

É meu propósito, no presente trabalho, seguindo nisso, o conselho de Sertillanges, lançar pontes, em vez de cavar fossos. Ou seja: — é meu desejo unificar conceitos e não separá-los. Mais ainda: — é minha preocupação buscar as ligações profundas, ao em vez de separar os aspectos superficiais.

Pretendo fazer obra de síntese, buscando dar um sentido unificador na interpretação clínica e um tratamento uniforme na prática da cura dos sinais e sintomas aparentemente díspares.

Por isso, ando, na exegese em curso, a pesquisar estruturas, a buscar travações, a procurar liames, pensando encontrar distúrbios da contração uterina produzidos pela intoxicação gravídica.

SINONÍMIA

Para tanto, resolvi dar, inicialmente, uma sinonímia esclarecedora:

- 1ª — *Gestose de contração*, nome por mim criado e dado a um trabalho (nota prévia) entregue para os Anais do 2º Congresso Bras. de Gin. e Obst., reunido em S. Paulo, e que me parece o mais ajustado às situações clínicas;
- 2ª — Da toxicose gravídica nos distúrbios da contração;
- 3ª — Da gestose na distonia uterina;
- 4ª — Papel da toxemia gravídica na gênese da discinesia uterina;
- 5ª — Da grávido-toxicose na étio-patogenia da *dysectasia cervical*, de Metzger;
- 6ª — Dos "Transtornos de la dinamica uterina en el síndrome edenofrótico y eclámpico" (Juan Leon);
- 7ª — Das anomalias da dilatação, produzidas pela intoxicação gravídica;
- 8ª — Das perturbações funcionais uterinas, determinadas pela gestose;
- 9ª — Da repercussão territorial uterina, condicionada pelas alterações da gravidez (Murilo de Barros condena essa maneira de interpretar);
- 10ª — Do papel da *disgravidia* (Pigeaud e Dumont) na gênese do "tedious labor";

- 11^a — Da localização edeneclósica no território cérvico-uterino;
- 12^a — Da ação dos distúrbios neuro-hormo-vitâmicos, na etiologia da distócia dinâmica;
- 13^a — As distonias uterinas de origem tóxico-gravídica;
- 14^a — Da repercussão das alterações do endocrinismo gravídico na dinâmica uterina, e, possivelmente, outras.

INTERPRETAÇÃO DA TESE

Tôda essa vasta denominação visa pôr ordem no achado clínico, enastrando as situações mais gritantes, num quadro único que pudesse receber tratamento único.

Aqui, na presente investigação temática, existe uma preocupação dominante: — é a de saber se há, de verdade, uma distonia (hipo e hiper), determinada pela intoxicação gravídica.

Aí, uma pista para investigações que viessem mostrar a influência disrítica do processado gravídico na musculatura uterina que se contrai e no tecido cervical que se dilata.

Essa *distonia* exterioriza-se, clinicamente, numa *discinesia*, não consentindo o evolvimento regular do trabalho, ou porque a *cérvice* apresenta uma incapacidade para a dilatação, ou porque o motor uterino não está apto a realizar a sua tarefa dilatadora.

E quer seja por *hipocinesia* ou por *hiper*, a *discinesia* seria motivada pelo desarranjo tóxico que a gravidez determinasse, — pois que suponho existente uma correlação *gesto-funcional-útero-cervical*, o que quero seja uma ligação profunda entre a intoxicação gravídica, a *dishormonose* e a *distúrbio moto-dilatadora*.

Cuido deva haver, nessas anomalias da *dinâmica uterina*, caracterizadas por uma incapacidade própria do motor e do canal cervical, cuidado deva haver uma origem comum, isto é, uma *causa só*, determinando o *distúrbio* que seria *distônico*, e não *hipo* ou *hiper*.

Gostaria de ver, aí, nas anomalias de *contração* e *dilatação*, gostaria de ver um *todo* e não uma *parcela*,

até mesmo porque, segundo Rudolf Allers, "Um todo qualquer tem um valor mais lato que a parte; tudo que é fragmentário, é insatisfatório e exige terminação num todo".

Apesar de não ter informações da sistematização do estudo com essa denominação, e, principalmente, com o propósito terapêutico visando a causa tóxica que se presume em atividade, devo lembrar os trabalhos de Juan Leon, de Rodrigues Lima, de Guchtenere e P. La Haye (no que tange à hipertonia) e Kreis sobre *inércia, interfase e bloqueio (falsa inércia primitiva)* que Diógenes Vinhaes quer ligada à intoxicação, devo lembrar, repito, os trabalhos sobre essas *relações* da distocia de contração com a toxicose, sendo de registrar que os dois últimos citados, em trabalho feito conjuntamente, rotulam, em segundo lugar, "a eclampsia e a pre-eclampsia", como as causas mais habituais de hipertônias, acrescentando: — "Il est à remarquer aussi que le classement ci-dessus est établi suivant l'ordre d'importance et non suivant l'ordre de fréquence. En d'autres termes, les causes énumérées en premier lieu (disproportions, présentations vicieuses, rigidité du col, toxicose gravidique) sont celles qui entraînent quasi fatalement de l'hypertonie utérine du moment que le travail est installé".

Ajunte-se a êsses comentários a informação de Kreis de que havia provado que a *inercia primitiva* não existe.

Urge, por fim, acrescentar a isso o estudo, feito por Metzger, a propósito da *indilatabilidade do colo em repouso*.

Se aceitarmos que é certa esta afirmação, iremos à conclusão de que somente o trabalho atende, prepara as condições de dilatação cervical. E êsse trabalho também se apoia no funcionamento regular da fibra uterina.

Êsse trabalho deve estar entregue ao *mundo hormonal*, e é seguro que deve estar em mãos da *hormonologia obstétrica* a interpretação, como do *endocrinismo* gravídico, o problema das gestoses.

Nem poderia ser de outra maneira, pois creio deve andar bem assistido, nas suas lições, Courrier quando ensina: — "La fonction reproductrice est d'essence hormonale, depuis l'ovulation jusqu'à l'allaitement".

Gestose cervical, em face disso, é o termo que se ajusta a esse bloco de casos de distocia do colo, *inexplícitos*, indestrinçáveis, e que aparecem apenas quando encadeia o trabalho: — imaturidade do útero, colo pequeno (Metzger), infantilismo genital que a *hormonose da gravidez* não chegou a corrigir bem, não poderiam ser considerados *tons* numa denominável escala gestósica do trabalho?

Por isso, é estranhável não hajam Balard e Mahon registado, na etiologia da hipertonia, o fator toxicose, conquanto pretendam tratá-la com raque.

Como é também estranhável que Démelin, estudando o problema da hipertonia e apontando as suas características, ao curso do trabalho, não faça as necessárias ligações entre os fenómenos, embora lembre que as hipertônias sejam mais frequentes nas primíparas, sobretudo idosas e nos partos de longa duração.

E passível ainda de censura é Deimas, quando, ao estudar a distocia cervical, escreve isso a propósito da distocia dinâmica: — “L’hypertonie des états *sparmodiques* ou mieux *dynamiques* commande l’opium, les narcoses, ou mieux encore la *raché* (o grifo é meu), pour rendre possible la divulsion mécanique par la doigt.

Mais il est encore mieux d’éviter de telles hypertônies par la rareté des touchers et des manipulations au cours de la période de dilatation”.

Assim grafando, esquece o ilustre parteiro francês a etiologia tóxica e concludentemente, a terapia anti-tóxica, ou a terapia hormonal.

Nesta última, deve estar contido um mundo de pesquisas, pois que, no quadro da distocia dinâmica, o elemento dor ficará melhor vencido por um hormônio (digamos logo a progesterona) do que por um anti-nevrálgico ou um sedativo. (No particular, é preciso não esquecer o que acontece, em medicina geral, curando uma injeção de testosterona, muito mais rapidamente, uma dor precordial, do que a medicação clássica).

Por isso, é ainda muito estranhável como Pereira de Camargo, a *vogado* extreme do tratamento da gestose pela foliculina, mas dando um sentido geral à localização territorial da toxemia, se houvesse distraído da determinação útero-cervical da gestose.

Verdade seja que os estudos ainda se não referem ao emprêgo hormônio luteínico que Henrique Dueck aconselha como normotensor na toxemia gravídica e segundo a hipótese de Clovis C. Costa que assim justifica: — “a progesterona insensibilizaria o sistema vascular do organismo à ação do hormônio vasoconstrictor do lobo posterior da hipófise, da mesma forma que insensibiliza a musculatura lisa do útero à ação do hormônio útero-cinético, também secretado pela hipófise posterior”.

E é por essa razão do seu papel sobre a musculatura uterina em trabalho que Clauberg, ensinando que “A confirmação experimental da ação sedativa do hormônio luteínico sobre o útero foi dada recentemente (1936) por Falls, Lackner e Krohn, quando demonstraram que 1 milgr. de hormônio luteínico pode anular a ação de 1 c.c. de extrato do lobo posterior da hipófise sobre o útero puerperal humano”.

E mais adiante: — “O fato de dispormos, no hormônio luteínico, de um medicamento que garante, nesses casos, a inibição das contrações da musculatura uterina, é razão bastante para que, de agora em diante, as operações deste gênero sejam menos temidas”.

Concludentemente, se há razão para anular contrações uterinas indesejáveis, não vejo porque deixar de utilizar a progesterona na terapia das contrações espasmódicas ao curso da distocia dinâmica.

A isso, deve ajuntar-se a nova onda de conclusões a extrair-se do trabalho de Vaux que diz: — “Em muitos casos de aborto habitual, ou iminente, Vaux e Rakoff encontraram, além da redução do pregnandiol, sensível baixa do estrógeno urinário. Para se manter a gravidez, seria necessário um equilíbrio adequado entre êsses hormônios, mormente levando em conta que o corpo luteo gravídico elabora altas quantidades de estrógeno. É lógico, pois, admitir que o *estrógeno* e a *progesterona* atuem, sinergicamente, prevenindo o aborto espontâneo. Os êxitos alcançados, nesse sentido, com a administração combinada dos hormônios ovarianos, justificam o uso do *Prometron*, na profilaxia do aborto habitual e iminente”, o que tanto vale dizer que, sendo, possivelmente, o estado gestósico uma dishormonose, e parecendo o distúrbio contratural, nalguns casos, nos casos em aprêço, uma ges-

tose, a combinação dosada dos dois hormônios pode vir a colaborar, eficientemente, na cura da distonia de origem tóxica.

E para que se possa ver quanto de bem encaminhado existe no pretenso desejo de unificar conceitos, articular antagonismos possivelmente aparentes apenas, ajustar exteriorizações dispareas somente no nosso entendimento, acomodar graus da mesma discinesia do trabalho, para que se dirijam pesquisas de tendências conciliadoras objetivamente, sínteses esclarecedoras, leiamos esses comentários de Baisch: — "Por lo menos en una serie de casos en que no es posible hallar otra explicación de la debilidad contrátil, hemos de suponer como motivo fundamental una insuficiente actividad del parto. Una ausencia de las substancias que provocan las contracciones existe probablemente en todos los casos en que, en las afecciones del metabolismo materno o en los trastornos de la actividad de las glándulas endocrinas, la actividad contractil se desarrolla debilmente como en los estados tirotoxicos, en la enfermedad de Basedow, mixedema, afecciones pancreáticas, Diabetes y estados análogos. La adiposis morbosa pertenece tambien a este grupo".

Deve andar, por aí, a razão daquela novidade terapêutica que aconselha o emprêgo da foliculina para desencadear e acelerar o trabalho, ou seja o emprêgo dos estrógenos como ecbolicos ou ocitócicos.

Na minha técnica de aproximar distúrbios da motilidade e contração uterinas, que reputo indestrinçáveis, estou amparado com essas conclusões de Francisco de Borja Otero: — "Si como parece demostrar, los estrógenos refuerzan el tono y los distintos caracteres de la contracción uterina. Seria muy de tenerlo en cuenta para el tratamiento de estas inercias primitivas irreductibles donde los extratos hipofisarios solos no ejercen ninguna acción". Pero segun Jeffcoate, las substancias estrógenas no solamente aumentan el poder contrátil sino que lo regulan y coordinan lo que es de una importancia capital pues de ser así, podria emplearse tambien en las hipertónias (por isso opina Diogenes Vinhaes, na presente especulação fisio-hormo-clínica, para que se dê um aspecto de sentido unitarista na pesquisa, na interpretação fisiopatológica e na terapêutica) quando los sedantes no res-

ponden satisfactoriamente al efecto buscado. Cuando poseamos un conocimiento más exquisito de la endocrinología se modificará el tratamiento de las diferentes perturbaciones de la contractibilidad uterina y podremos obtener el método racional, fisiológico y eficaz 100% para la inducción del parto”.

Até lá e participando, ativamente, dessa tentativa, concomitará o sentido uniformizador dos estudos e averiguações derredor da *gestose de contração*, tradutora das profundas ligações existentes entre os desvios das endocrinas (levando à toxicose leve, média ou grave) e os desvios da contração (distonia), de outra forma dito: — a repercussão das alterações do endocrinismo gravídico na dinâmica uterina.

Quanto se há registado, nas comparações retro, pode ser, proveitosamente relacionado com as conclusões da doutrina humoral hormônica de Sfamini, que, no que se prende à *gestose*, encontrou esse apontamento de Barbanzi Silva: — “Tutte queste sostanze endocrine, nel loro grande complesso, ricevono impulso alla loro formazione dall'entrare in scena della “costellazione” ormonica genitale o della specie; esse provengono, quindi, oltre che da tutti gli organi della sfera genitale femminile e dall'uovo nel suo insieme (feto ed annessi) anche da tutte le altre ghiandole endocrine costituenti “la costellazione ormonica generale”.

Fechando, consequentemente, o capítulo da interpretação da *distonia produzida pela gestose*, é certo que se possa adiantar a existência duma esperança em derredor do tratamento da *gestose de contração*, uma vez que existe, de início, uma enastração muito em harmonização visível, não somente em relação com a etiopatogenia da toxicose e do distúrbio, como na proposta do tratamento neuro-hormonal, anti-tóxico e anti-espasmódico de ambos.

GESTOSE, UMA DISHORMONOSE?

Acontece que a tese revela a idéia de que existem distúrbios de contração uterina, produzidos pela intoxicação gravídica, e será necessário, a fim de chegar a uma terapêutica unitiva, apurar a responsabilidade etiológica da gestose.

Caminha, para um sentido de unanimidade por parte dos estudantes e pesquisadores, a teoria de que seja a gestose uma dishormonose, e não será despropositado acentuar, aqui, por mercê de alheias e autorizadas opiniões, o entendimento, mais sensato e mais convincente, em nossa contemporaneidade, do conceito hormonal.

Otto Cirne diria de outra maneira, em vez de entendimento, chamando de tendência atual, como falou, no 1º Cong. de Gin. e Obst.: — “Como é sabido, há pronunciada uma tendência atual para procurar-se encontrar a patogenia das toxemias gravídicas em distúrbios do equilíbrio hormonal, em indivíduos constitucionalmente hormonais”.

Apreciemos, para começar, o desenvolvimento, feito, no seu tratado, por Von Jascke: — “Cuando la embarazada se conserva sana procede aceptar la existencia de una función normal de la placenta y de una reacción normal del organismo materno. Si las reacciones gravídicas del organismo materno son anormales, aparecen, indudablemente, manifestaciones patológicas piénsese se en la eclampsia, en la atrofia amarilla aguda del hígado etc..., pudiéndose admitir una *intoxicación gravídica* del organismo materno. Consecuentemente todos los complejos sintomáticos que aparecen en cada órgano pueden, pues, considerarse como *toxicosis gravídica* (toxicosis de la ges-

tación, e abreviadamente *gestosis*). Su causa puede consistir en una función anormal de la placenta (disfunción), e bien en una reacción anormal del organismo materno. La placenta, ya sea a consecuencia de una estructura anormal, de una enfermedad interna e de una enfermedad del feto, aporta al organismo materno carece de la capacidad ordinaria de transformar los materiales que desde la placenta llegan a la sangre en forma tal que no pueden obrar patologicamente, e si se quiere, toxicamente. En modo alguno se trata siempre de una insuficiencia general del organismo materno, sino que puede ocurrir, como en otros terrenos de la Patología, que la insuficiencia afeta a un solo organo e sistema teniendo probablemente, en tales casos, una trascendencia predominante las influencias endocrinas".

Também Vigeaud e Dumont assim focalizam a questão, estudando as nefropatias gravídicas, oportunidade em que aparecem esclarecimentos dignos de figurar no cenário das investigações em curso: — "Puis, au fur et à mesure que nous avons mieux connu cette maladie si curieuse de la gestation nous avons constaté le peu d'importance réelle des lésions rénales et, en contrepartie, la valeur de plus en plus grande qu'il convenait d'acorder aux *facteurs vasculaires, euro-végétatifs et humoraux*, de telle sorte que nous avons été bientôt convaincu de la nature essentiellement fonctionnelle du syndrome que nous cherchions à analyser. Actuellement, nous pensons que cette maladie des derniers mois de la gestation qui guérit le plus souvent de façon complète après l'accouchement, qui peut, bien entendu, se reproduire chez une prédisposée, mais qui dans le cas le plus général ne récidive pas au cours des gestations ultérieures, traduit un déséquilibre gravidique complexe dont l'origine échappe souvent, une *dysgravidie*, témoignage d'un *trouble endocrinien* et neuro-végétatif, dont la nature pourra sans doute être précisée dans chaque cas lorsqu'il nous sera devenu possible d'analyser avec précision les modifications hormonales déterminées chez les femmes par la greffe de l'oeuf, ainsi que leur évolution physiologique au cours de la puerpéralité".

Acentuando o grifo dos autores, referente à *disgravidia*, e grifando a causa endócrina, procuro uma filia-

ção à corrente de visão mais clara, mais alta e mais penetrante do *caos gestosico*, no que tange à etiologia mais remota, e que se poderia chamar de *troncular*.

Cabe focalizar essa teoria, pois que a dishormonose deve abranger amplos setores, podendo mesmo conter, em seu abraço de proporções sem lindes, tôdas as demais teorias face à sua potencialidade de descobrimentos, tanta é a influência do campo hormonal na economia.

Registamos ainda mais, para que se documente, à luz das informações dos mais hodiernos escritores, aquela pronunciada tendência para aceitação da teoria hormonal da gestose.

Fale, agora, Octavio de Souza que registra, ao estudar as teorias da eclampsia: — “Parece, todavia, (Perez) que a teoria ovular é a sustentada por maior soma de argumentos”. Lógicamente, o sangue fetal não se pode considerar idêntico ao da mulher, si refletirmos que, em sua constituição, intervêm influências paternas”.

Então, direta ou indiretamente pelas reações placentares que provoca, poderá agredir o organismo materno, determinando os quadros da toxemia gravídica, que culminam na eclampsia. Possivelmente, no futuro, as investigações hão de esclarecer o metabolismo normal da prenhez, para compará-lo com as alterações desse metabolismo e do equilíbrio ácido-básico nos humores das eclampticas, e chegaremos ao conhecimento exato de sua etio-patogenia”.

Por fim. Não seria descabido reproduzir palavras de certo valimento de Arthur Fischberg, em excelente e prestante estudo, quando comenta o papel dos distúrbios endócrinos na gênese das alterações próprias da gravidez. Ensina êle: — “Os estudos radiológicos da forma da bacia forneceram novos dados que mostram a possibilidade das anomalias endócrinas se relacionarem com a patogenia da toxemia gravídica. Rappoport verificou que, na série acima referida de mulheres com toxemia gravídica, era baixa a incidência da pelve ginecoide verdadeira, e que havia predominância de outros tipos, especialmente a antropoide; a frequência de reversão aos tipos masculinos e femininos de pelve era elevada nas mulheres com toxemia. Estas peculiaridades na forma da pelve são presumivelmente de origem endócrina”.

Em que pese o volume das citações de *presunções*, conclui-se pelo clima endocrínico perturbado, disturbando esferas diversíssimas da feminilidade, no seu aspecto obstétrico, como se, nas travações profundas, nas estruturas de base, estivesse a vigiar o liame que prende, entrosa campos múltiplos da fisiopatologia da gestação, e esse liame formado fora pelas desordens oriundas da perturbada atividade da *dishormonose*.

Gestose, uma dishormonose? Provavelmente. Responda-o, Henri Vignes, em recentíssimo estudo com êsses amplos informes: — “Les autres constituent une maladie créée par la grossesse et disparaissant avec elle, une gestose”... “Peu importe l’origine de ce trouble vasomoteur, origine vraisemblablement neuro-endocrinienne”... “Pour ma part, c’est dans ces glandes, qui, quotiennement, interviennent dans notre métabolisme, mais qui se dépensent si l’organisme est en crise, c’est dans ces glandes, dis-je, qu’il faut chercher le secret de l’éclampsie”. E em conclusão, que subscrevo, precisamente, como faço, sempre que vejo o meu pensamento melhor explicitado por outrem, fecha, brilhantemente, o estudioso obstetra gaulez: — “On a dit: — “il n’y a pas une éclampsie, il y a des éclampsies, une éclampsie néphritique, une éclampsie hépatique, une éclampsie placentaire, une éclampsie anaphylactique”. Cet agréable éclatisme ne me satisfait pas; car nous sommes en présence d’une maladie qui est une: il nous faut, donc, un facteur commun. Ce facteur commun est, selon toute probabilité, le spasme vasculaire avec ses déterminants gravidiques et extra-gravidiques et, principalement, ses déterminants endocriniens et méscéphaliques”.

CONCEITO UNIFICADOR DA DISTONIA (HIPER E HIPO)

(I)

Para o estudo, que se pretende desenvolver aqui, urge definir o conceito de hipertonia, a fim de que se possa erradicar, na causalidade múltipla originária do distúrbio em tela, aquele tipo de genese que vai conduzir a gestose como determinante da distonia uterina.

Mallon, citando Vignes, relata êsses trechos que servem de base aos comentários que se seguirem: — "L'hipertonie utérine est la plus fréquente des anomalies de la contraction, non pas dans sa forme grave, mais dans ses formes moyennes et légères. Trop souvent, la non-progression du travail est appelée, dans les observations cliniques, inertie, alors qu'elle est due à l'hipertonie..."

Na mesma orientação, Démelin: — "*La rigidité utérine par hipertonia*, et coincidant avec l'hyposystolie, est beaucoup fréquent qu'on ne croit pendant le travail".

Nas informações acima, o que diz respeito à *hipertonia*.

Agora, vejamos o outro aspecto, o da *hipotonia*, já agora relatado por Baisch, pertencente até, a outra escola de Obstetrícia: — "Las causas de la debilidad primitiva no son todavia suficientemente conocidas en todos los casos para poder prever en cada un de ellos ya durante el embarazo su presentación en el parto; sin embargo, se observa con bastante frecuencia y en las más distintas circunstancias" (o grifo é meu).

Donde se conclui, ante a disparidade das informações constantes das averiguações dos maiores sabedores

do assunto, que deve haver necessidade dum critério unitivo capaz de entrelaçar, originariamente, os dois estados de hipo e de hipertonia que serão apenas os graus diversos duma situação única — a distonia uterina. Esta última, sim, é que deveria ser classificada de primitiva ou secundária, tudo sendo, entretanto, *distonia*.

E', pois, o *sentido unitário da distonia gestosica*, que, aqui, me preocupa, a fim de que saibamos onde a gravidez foi anormal, ali, por ineficiência e parcidade das contrações; e, aqui, por ineficiência e excesso delas.

Os distúrbios da contração devem, por isso, sofrer uma espécie de uniformização, e é, provavelmente por consequência desse estado de coisas, que Metzger acha que o melhor meio de esclarecer as situações anômalas é crear, ou antes, adaptar o nome *dysectasia cervical*.

Traslado, para aqui, os comentários elucidativos de Metzger: — "Les anomalies de la contraction prennent tout leur intérêt pendant le travail. Pour qu'un accouchement se passe normalement il faut de *bonnes contractions* agissent efficacement sur le col: si cet accord n'est pas réalisé, il y a une *perversion de la dilatation* décrite sous le nom de *rigidité du col*.

Rigidité du col. — Ce trouble se trouve réalisé quand s'associent un mauvais utérus, un mauvais col et une mauvaise présentation. L'un des trois éléments peut d'ailleurs suffire à créer cette fâcheuse anomalie.

Quoique peu désireux de modifier la terminologie obstétricale et de parler grec en français je crois que le mot de rigidité du col prête à erreur: il serait préférable de parler de la *dysectasia cervicale* (comparável aos distúrbios da dilatação do colo da bexiga), ce qui signifie difficulté de dilatation du col.

Sans doute quand il y a une lésion manifeste du col (cicatrice, cancer, fibrome...), la dilatation est gênée mais c'est tout autre chose, c'est en quelque sorte un *trouble par obstacle mécanique* bien différent du cas qui nous occupe. Ici le col est normal mais n'obéit pas aux sollicitations: voici un exemple caractéristique: quand on veut provoquer artificiellement l'actouchement: le col résiste, quoique sain en apparence: il y a *dysectasia*, trouble, perversion de la dilatation.

Il est pourtant un cas spécial, non encore signalé, c'est celui du col anormalement conformé. J'ai observé que le petit col conique, de mauvaise réputation, lenticulaire ou même ponctiforme est une anomalie parfois liée à ce petit col. Il est probable qu'un certain nombre de cas de dysectasie, s'y rattache également".

E' de verdade, aceitavel, esse comentário que encára o distúrbio de maneira mais ampla, o que se poderá ver bem, no trabalho de Kreis, intitulado "Le rendement de l'accouchement médical" dans les cas à dilatation difficile", em que o ilustrado professor num caso "interpretado em clinica como sendo de inércia primitiva", mas em que as contrações são verdadeiramente espasmódicas (pequenas amplitudes, interfase relativamente elevada), deixando entrever o que o que existe mesmo é a irregularidade cheia de tons e entretons (amplitude do tempo da contração e sua relação com a fase de repouso).

.....
A distonia uterina é a distocia de contração. E' a disritmia no trabalho parturitivo. E' a dissistolia do útero em ação parturiente. E' a irregularidade das contrações, na marcha do trabalho, e é sem transições gritantes, mas sorrateiramente, que se passa do estado de *eutonia para a distonia*, devendo esta assumir os dois aspectos dinâmicos de hipotonia e hipertonia.

Deve haver, na etiología e na patogenia da distonia uterina, algo de comum, na grande maioria dos casos, a supôr-se, como advogo no presente estudo, que éla se ostenta nos dois planos mais apreciáveis clinicamente: — o plano da hipotonia e o plano de hipertonia, ambos, a meu ver, com os seus intercursos e seus planos de intersecção, seus entrecruzamentos naquêla sua situação de primitividade, estadio em que um distúrbio bio-químico e humoral, neuro-hormono-vitamínico, como prefiro dizer, de modo que houvesse, para a distonia primitiva, um tratamento unitário, quer se apresentasse éla como inércia primitiva, quer como uma hipertonia primitiva. Essa situação de hipertonia primitiva, quero que seja apenas aquêla que se não liga ao excessivo tamanho do ovo (gemelaridade, hidranio, macrosomia). Por isso, porque vejo uma possibilidade de etio-patogenia única, observo a sem razão de Bernardo Schaffer e Emilio Argonz, quando, procurando

ensinar uniformidade clínico-terapêutica, escrevem: — “Comenzamos entonces por dividir a las distocias en esos dos grandes grupos básicos y fundamentales: distocias en menos, que requieren medicación ocitocica y distocias en más que requieren medicación sedante”.

Ora, sabido é o fato da existência de relações e dependência entre pituitrina e foliculina, o que tanto vale dizer que é necessário exista uma correlação funcional entre o hormônio pre-hipofisário, e a foliculina, ou seja, aceite que há um processado biológico enastrando o papel da estrona com a ação da secreção da pre-hipofise, fica certo que é insuficiente falar assim quando se objetiva a cura da insuficiência da força, do ponto de vista de sua primitividade.

Tanto assim que Clovis C. Costa, discutindo o problema da força, registra, com razão: — “Problema muito interessante no estudo da hipotonia, é o seu tratamento profilático.

Fernando Magalhães observou que o útero funcionava perfeitamente bem nos indivíduos, que, por qualquer circunstâncias, haviam se submetido a regimen dietético nos últimos tempos da gestação as contrações eram fortes e bem ritmadas.

Daí a conclusão de que o regimen, desintoxicando o organismo em geral, as fibras uterinas inclusive, exerce influência salutar sobre as contrações. Este conceito, aliás, tem substrato anatômico; está verificado que as intoxicações agudas e mesmo crônicas, tanto de natureza exogena como endogena, determinam lesões na musculatura uterina, produzem degenerações hialinas nos vasos e soluções de continuidade nos capilares, hipertrofia da adventícia: degeneração hialina e vacuolar na fibro-celula com picnose nuclear — lesões que modificam o aspecto dos cortes em zonas discretamente extensas.

Assim, verificaram Chiaventone, na atrofia amarela, e Kworostanky e Seitz, na eclampsia e nefrite crônica da gestante. Tão características seriam estas lesões, que Kworostanky, tendo encontrado um útero com aquele aspecto, suspeitou de albuminuria, verificando, então, que, de fato, ela constava na papeleta da doente.

Ora, as alterações viscerais encontradas nos processos de auto-intoxicação gravídica, são as mesmas da gravidez normal, com a diferença de se mostrarem exageradas, ou

serem excessivos, tanto que se diz que toda a grávida se encontra em estado de intoxicação latente". Essa publicação é de 1925. Se houvera lido isso, não diria o prof. Reeb, em 1933, tantos anos depois, que propunha chamar de profilática o método que diz consistir: — "elle est basé sur l'application n'un régime déchloruré (R. S. S.) au cours de quatres à six dernières semaines de la gestation".

O esforço, contudo, com a técnica sistematizada vem em apóio da visada de conjunto sem a demora na separação medicamentosa, porquanto a profilaxia depõe no sentido duma etiopatogenia uniforme: — há, de verdade, é uma distonia, possivelmente evitável pela ação Pré-Natal, e curável por medicamentos antigestositos.

E está bem claro que se aceitarmos que existe uma gestose em cada caso de distúrbio dinâmico, se aceitarmos que a gestose é uma dishormonose, daremos razão a Alejandro Pinto, quando informa: — "Los conocimientos enunciados tambien han de aclarar el origen de las distocias uterinas, y a que al respecto, a pesar de muchos trabajos fundamentales, reina, todavia, considerable confusión; parece ahora demostrado que ciertas anomalias de la dinámica en el parto y el alumbramiento, son la consecuencia del deficit o del exceso de una de las hormonas meAcionadas en relación con la otra".

O conceito unitário de distonia deve ser o verdadeiramente certo, pois que há, de verdade, um rol de similitudes na apresentação da hipertonia e da hipo. E a primeira delas é a consequência: — ou seja a parada do trabalho na fase dilatatória. A ela poderíamos ajuntar outras, como a anarquia contratural, apontada por Kreis. Depois, as razões, provavelmente hormonais, da falta de contração, de tonus, ou o excesso dele.

Quem lêr os casos de Peralta Ramos, Kreis e Juan Leon, examinando, com cuidado, a sintomatologia, e, cotejando as aplicações e as classificações, observa que há um espírito de análise predominado ali precisamente quando a entrosagem se impunha.

Na própria palavra elucidativa de Peralta Ramos, se poderá ver a linguagem comum da exteriorização clínica, com os seus pontos de contáto, interessantes e aproximativos, e indicativos: — "Las observaciones I, II, V, e VI ofrecen las mismas características del parto con un

período de borramiento y comienzo de dilatación largo, fastidioso y a continuación dolores más intensos hasta hacerse muy dolorosos y localizados en los riñones, en el sacro y en el pubis". "El examen del cuello revela siempre contracciones del cuerpo del útero".

E mais: — o próprio Kreis, na interpretação dos casos de "Rendement de l'accouchement médical" et dilatation difficile, tem ensejo de escrever, a propósito duma observação já por mim citada, e tida como sendo de inércia primitiva, o seguinte — "Nous avons depuis longtemps relevé qu'elle n'existe pas", o que tanto vale dizer que o distúrbio de inércia primitiva não tem características próprias, sendo apenas uma modalidade de discinesia.

Tudo faz crêr, conquanto não tenhamos um estudo de observação clínica, histerográfica e experimental, que haja uma causa outra, mais distante, e espasmogênica, uma vez que nas observações mesmas de Kreis, o espasmo custa a ceder à medicação empregada, isto é, a espasmalgina, apesar da quantidade de ampôlas injetadas, sendo de apontar que casos existem, em que a dilatação continúa a mesma, longas horas depois, como que aguardando o desencadeamento que chamamos de *crise hormonal*, ou hormo-neuro-vitamínica, ou de maturidade oportuna do trabalho, situação que me impressionou e que procurei fixar no meu trabalho sobre "Retenção silenciosa de placenta de aborto".

E' interessante observar-se o comentário de Kreis, a propósito duma papeleta: — Il a été incontestablement amélioré par la thérapeutique.

L'accouchement eût été accéléré, si nous avions rompu la poche tôt. Mais nous avons, à titre expérimental, voulu collectionner de nombreux exemples (ce ces en fait partie) pour démontrer que la R. A. ne fait que ressortir un type pathologique, que la pathologie existe déjà avec une poche intacte, qu'il faut traiter pour cette raison avant et dès la rupture de la poche".

Deve estar aí a verdade toda.

A patologia já existe, mesmo com a bolsa intácta, e déla não depende, e por éla não póde ser curada.

O que deve existir é a distonia exteriorizando-se e projetando-se de vários modos, unificada pela etiología, sentida por uma sintomatologia multivaria, e atualmente

te, ainda interpretada como sendo de aspecto dúplice, ou mesmo múltiplice, quando, em verdade deve haver uma distonia, uma discinesia, uma dissístolia, uma distocia dinâmica, uma distocia de contração ou um transtorno dinâmico na função do útero em trabalho parturitivo.

Por fim, adentrando-se alguém no trabalho de Juan Leon sobre "Transtornos da dinâmica uterina no síndrome edenclosico", verifica-se a tendência para o traço unificador, pois a apreciação, que êle faz, da ação da gestose sobre o distúrbio funcional uterino, leva-o a estudar formas leves de intoxicação agindo, entretanto, sobre as contrações, assim: — "A este grupo pertencem 95 parturientes. Estudaremos por separado aquelas cuja dinâmica fue fisiológica, aquellos que tuvieron insuficiencia verdadera de contracciones, devendo-se registrar que essas últimas se compuzeram de casos rotulados como de contracciones espasmódicas, contracciones subintrantes, clónicas; tetanización del cuerpo y del anillo de Bandl hipertonia uterina por desprendimiento prematuro parcial de la placenta normalmente insertada".

Nas formas acentuadas, há discrimines interessantes como: — estados espasmódicos do cólo com as dôres mais acentuadas na região sacra e supra-púbica; em outro caso, as dôres também predominavam na região sacra; em outra, houve ligeiro sofrimento fetal; em duas outras, as contrações foram intensas e dolorosas com ligeira hipertonia; em outra o cólo era tenso, edematoso, difficilmente dilatavel, com boa dinâmica, mais dôr lombosacra e supra-púbica.

No seio dessa crítica, a que estamos submetendo o pensamento da unidade clínico-terapêutica da distocia de contração, encarada como um conjunto, cumpre ainda não esquecer aquilo de confuso existente *entre trabalho e falso trabalho*, o que também deixa sem orientação o profissional que se vê obrigado a apelar para uma *expectação que protela apenas uma situação de ignorância*.

Quanto falso trabalho, por aí, não é um distúrbio dinâmico condicionado pelo desarranjo hormonal, uma distonia produzida pela gestose?

A necessidade de vêr-se, a fundo e em situação de realismo clínico-experimental, o sentido unitário da distonia uterina, para que haja um melhor entendimento e para que se possa inteirar o técnico da possibilidade te-

rapêutica mais etiocrática, essa necessidade é clara e é flagrante na leitura, que se faz, das classificações das distocias da força até mesmo no instante da separação entre o que sofre o útero, que se contrai, e o colo que se dilata.

Aí, deve haver um êrro, uma vez que a peça é inteiriça, o relaxamento e contração também existem em ambos os setôres, ou seja, no segmento uterino e no segmento cervical.

Discutindo, assim, a momentosa questão informa Manuel Luiz Perez: — “Pero, todos estos hechos se han expresado en forma un poco simplista para beneficio de la didactica, han tenido una interpretación muy diferente.

Asi, Zarate insiste sobre la *necessidade de uniformar la nomenclatura de la distocia uterina*, dando por aceptado que la única entidade patológica hasta ahora indiscutible es la “*strictura uteri*” o *distocia anular*; debiendo las otras ser más observadas, dotavia, para que se tenga de ellas un concepto definitivo”, e o próprio Perez insiste no despropósito, no particular, de colocar as anomalias espasmódicas do colo na categoria das distocias das partes moles, embora se veja obrigado a levá-las ao intercurso dos espasmos do útero, e fazendo a citação de Bustos Morón que transcrevo: — “R. Bustos Morón, despues de estudiar a la luz de los conocimientos más recientes la anatomía muscular y nerviosa del útero, sobre todo el nivel del cuello, se detiene en las influencias de las anomalias de la contracción uterina sobre la marcha del processo dilatante. Passa asi revista a las contracciones insuficientes y a las espasmódicas (interesante e significativa essa aproximação), sean estas generalizadas e localizadas; concludo que todas ellas *entorpecen* o paralizan la dilatación”.

Aí, o traço unificador, do ponto de vista da clínica. Urge encontrá-lo do ponto de vista da etiología.

E' preciso achá-lo no aspecto patogênico.

Concludentemente: — êle deverá existir, afinal, no que concerne à terapêutica. E tanto ha de haver de mistér uma unificação de conceitos que Bustos Marón, esmiuçando, no 1º Cong. Arg. de Obst. y Gin., os discriminos feitos por Perálta Ramos e Schikelé, aborda a questão de distocia secundaria e distocia autoctone, insuficiência primária (na qual Kreis, como vimos, não crê), ao tempo

em que procura saber do instante da dilatação, em que começa o espasmo, divergindo um tanto de algumas afirmações, embora seja obrigado a respeitá-las.

Tudo isso ainda reponta, a meu ver, do espírito de análise sistemática, com fuga da visão sintética na compreensão e interpretação.

A vêr-se, para comprovação do fato de visualização unilateralizada, a cura das anomalias de dilatação, ou por insuficiência contrátil (Magalhães), ou por espasmos (Mahon, Delmas).

A vêr-se, ainda, na mesma idéa condutora do *unio-nismo causal*, capaz de levar à unidade clínica e terapêutica, aquela informação de Courier: — “La contraction du muscle utérin semble poser elle-même un problème d'ordre exclusivement hormonal”. E esse mesmo último autor, após haver feito apreciável relatório sobre a motilidade uterina, conclue: — “En résumé, l'étude de la motilité utérine permet de distinguer deux groupes de substances:—les unes exercent un rôle stimulant comme la folliculine et l'ocytocine hypophysaire, les autres produisent un effet contraire, ce sont la progesterone et les corps gonadotropes. La gestation nécessite un état d'équilibre entre ces différents facteurs. La parturition doit dependre d'une rupture de cet équilibre”.

Se assim é, se a gravidez exige um equilíbrio entre êsses diferentes fatores e se o trabalho de parto deve estar na dependência duma ruptura deste equilíbrio, evidentemente há uma *unidade eutônica*, como haverá uma *unidade distônica*.

Eutonia e distonia atendem, pois a uma origem comum, achando-se, pois, o investigador dos distúrbios dinâmicos numa via interessante e promissôra qual seja essa de transição, que ainda não se conhece, e que vem da situação fisiológica da fibra uterina para o estado patológico, do ritmo contratural normal para a distímia, da eutonia para a distonia.

CONCEITO UNIFICADOR DA DISTONIA

(*Inercia, interfase, bloqueio e a falsa inercia primitiva*)

(II)

“Nous avons depuis longtemps relevé qu'elle (a inercia primitiva) n'existe pas”

J. KREIS

.....
“La systolie, essentiellement caractérisée par son *intermittence*, manque dans deux conditions exactement contraires: — dans l'*hypotonie* profonde... et dans l'*hypertonie* assez prononcée...”

DÉMELIN

Possivelmente, não há, de verdade, fenomenos dissociados de hipo e hipertonia. O fenomeno deverá ser *distonia* em contraposição à *eutonia*.

A afirmativa e a informação de Kreis de que não existe a inercia primitiva precisam de ser encaradas em ligação e travação profundas com o esclarecimento de Démelin, supra-transcrito, o que tudo me parece convergir para compreensão da unicidade dos disturbios contrários.

A fisionomia Clínica é a das distonias, discinesias com um desarranjo de origem única e passível de tratamento.

Ambos — *hipo e hiper* — são apenas modos de ser, estádios, escalas, tons, graus de distonias.

Até mesmo porque, se é a tonicidade aquela propriedade da fibra que se terá de cuidar com mais zelo, basta atentar no seu jogo harmonico para concluir pela existência dum disturbio único, sem que seja possível, de verdade, sentir a transição clara entre hipo e hiper, e os seus respectivos tratamentos.

A palavra de Octavio de Souza tem, aqui, uma boa oportunidade: — “segundo está hoje perfeitamente apurado em obstetricia prática, dessas três propriedades, é a tonicidade que mais precisa ser bem interpretada no decurso do parto, porquanto é ela que vai exercer ação primordial no seu desenrolar”.

Por isso mesmo, não cabe muito bem, a meu ver, a permanência, no livro do eminente professor, da explicação do estado clínico da hipotonia (separado ainda mais em verdadeira e falsa), principalmente depois de haver ensinado isso: — “Vignes poz em evidência um facto, hoje notório. Se a tonicidade se abaixa, além de determinado nivel, o musculo não tem bastante energia para se contrair; se se eleva demais não há quasi possibilidade de se produzirem contrações efficientes por diminuição de amplitude entre o ponto de partida e o “Acme”.

Precisamente ai, nessa questão da amplitude, é que devemos penetrar afim de ver e sentir a unidade do fenomeno.

Exemplifiquemos, antes de comentar e esclarecer: na hipotonia primitiva do utero, colocam-se duas causas que produzem hiperdistensão uterina: o parto gemelar e o hidranio, ou seja o ovo grande. Escoado o liquido, ensinam, a marcha do parto se torna mais rapida. Que houve? Apenas, isso: — favoreceu-se a fase intermedia que vai do ponto de partida ao ponto de chegada; normalizou-se a amplitude entre contração e relaxamento; melhorou-se a *interfase*; em suma, corrigiu-se o *bloqueio*, que é o que existe na distonia produzida, quer pela chamada hipo ou pela hiper. Senão, vejamos a exatidão disso na lição de Démelin: — “La systolie, essentiellement caractérisée par son *intermittence*, manque dans deux conditions exactement contraires: dans l'hypotonie profonde ou atonie véritable (ruptures plus ou moins étendues de la paroi musculaire, grandes hémorragies, paralysie toxique de la physometrie etc.) et dans l'*hypertonie* assez prononcée pour rapprocher sensiblement et même jusqu'à

les confondres, le degré de tonicité systolique de celui des périodes intercalaires: l'atonie et la contracture suppriment également les systoles. Pour se manifester, celles-ci ont besoin d'une base d'appui dont le niveau varie un minimum hypotonique, à un maximum hypertonique. Au delà, comme en deçà, la systole n'existe plus".

A leitura dum histerograma, na sua fixação dos estados eutonicos e distonicos, revelaria situações de normalidade e de anomalias, mas não ensinaria a lição gráfica duma hipotonia ou duma hipertonia.

O histerograma apontaria um caso distônico. E' por essa razão que julgo necessária uma unificação no estudo dessas alterações, irremissivelmente, ligadas a uma unilateralização de critério, o que tanto vale dizer uma confusão. Para evidenciar a justeza e a imperiosidade da tendência unicista, a que me venho dedicando, basta registrar isso, interessantissimo aliás como critica, da presença, no trabalho citado de Octavio de Souza de 2 gráficos de contração uterina, sendo ambos de *inercia relativa*, mas um (o da figura, 44) com o tonus normal e outro (fig. 45) com o tonus diminuído. Face à inconstância e dupiedade na interpretação dum gráfico, encontrava-se grande e meticuloso pesquisador desses assuntos, onde vem, como pontuice da exegese, dando informações preciosas, contribuição de largo prestimo para o esclarecimento das perturbações da dinamica.

Trata-se, nada mais, nada menos, de Kreis, o melhor e mais reputado discipulo da escola de Estrasburgo.

Assim é que, estudando, em Gyn. et Obst, julho de 1936, um gráfico, escreve: — "Il démontre une presque absence des amplitudes contractiles avec une interphase élevée, insuffisance de résolution, blocage élevée ce qui est en clinique toujours interpretée comme "inertie primitive" (Nous avons depuis longtemps relevé qu' elle n'existe pas). A II h 30 on rompt la poche, à la même dilatation, on injecte deux ampoules de *espasmalgine* à la fois. Sur l'hystérograma on voit des contractions se dessiner et prendre une certaine amplitude à la cinquième injection. Mais ces contractions restent toujours "spasmodiques" (petites amplitudes, interphase relativement élevée) quoique améliorés, et la dilatation reste presque stationnaire pendant 5 heures de suite. Elle pro-

gresse, enfin, à partir de la neuvième injection, elle est complète après 13 ampoules 1/2 de spasalgine, en 10 heures depuis une dilatation d'un doigt".

Ora, em consonancia com isso, deparamos com esta lição de Von Jasche, na cura da chamada *inercia uterina primitiva*: — "Por lo demás, en los casos de debilidad de las contracciones consecutivas a la rotura prematura o muy precoz de la bolsa de las aguas, recomendamos el empleo de medicamentos espasmolíticos, que facilitan, sin duda, la dilatación del orificio uterino (supositorios con beladona, Exclud, supositorios Eupaco).

Essa terapeutica, evidentemente, objetiva uma etiologia — a *espasmodica* — sentida através da demora do trabalho e destrói, não há negá-lo, a doutrina da debilidade e fala a favor da hipertonia, ou melhor, depõe pela idéia de bloqueio.

Nem de outra maneira se poderá raciocinar senão que o pensamento unitarista atrai, faz convergir, concentra, condensa e esclarece uma série de informações aparentemente antagonicas, dispares até.

No próprio Von Jascke, encontramos o registro de comentários que servem de ilustrar a existência de elementos basilares da distonia, permanentemente assistindo a disturbios, ora rotulados como de hipo, e ora de hiper.

Vejamos, por exemplo, na sequência dessas informações, a entrosagem e a indissociabilidade dos elementos que estratificam a distonia: — "Hemos de considerar el desarrollo uterino deficiente como una de las causas más importantes de la inercia uterina primitiva en un parto, por lo demás, de curso típico. La observación clínica minuciosa demuestra que en las individuos con signos de astenia general o de infantilismo genital se observa casi regularmente, en mayor grado, la inercia uterina primitiva, que por lo demás, solo suele manifestarse en primer parto".

(A meu ver, cabe a explicação da gestose dishormonal, ou seja a insuficiência da embebição gravídica, condicionada pela má distribuição do jogo dos hormônios). Procede suponer que existe fundamentalmente en estos casos como base um desarrollo deficiente de la pared uterina, que en el primer embarazo no puede ser compensada completamente por las modificaciones gravídicas".

(Diria melhor, se dissesse: não foi, pelo desvio da gestose, compensada completamente etc, significando, com isso, que o infantilismo genital foi vencido, é vencido, deve ser vencido pelas transformações que a inundação hormonal leva à mulher grávida) . . .

“De manera analoga, dada la experiencia adquirida en los casos de hidranios y de embarazo gemelar, de que la grand distensión de la musculatura predispone a la debilidad atonica de las contracciones, es de suponer que en el útero hipoplastico influye cierta hiperdistensión de la pared muscular al termino de la gestación”.

(Aqui, como ali, o fenomeno do bloqueio é que deve estar predominando: — é a *interfase*, que é grande, diferindo apenas a causa) .

“Con esta concuerda un hecho que nos enseña la experiencia de que en período expulsivo, con frecuencia inmediatamente despues de la rotura de la bolsa de las aguas, cesa la debilidad de las contracciones y la musculatura muestra plena capacidad funcional”.

(Não cabe a comparação em face da terapêutica *anti-espasmodica* nos casos de rutura da bolsa e debilidade aconselhada pelo próprio autor, e já citada) .

“La experiencia de que las primiparas jóvenes raras veces presentan atonia uterina no desecha este supuesto, pues en este caso la grand elasticidad de los tejidos jóvenes previne “la hiperdistensión”.

(Não me parece de realidade a lição da primiparidade jovem sem atonia uterina, pois a cópia maior dos disturbios da dinamica está ligada à primiparidade, e, consoante o que levo em tese, não se pode dissociar a fraqueza da hiper) .

“Por outra parte en las primiparas añosas se observa la debilidad primaria de las contracciones com mayor

frecuencia que en las mujeres jóvenes en igualdad de las demás circunstancias”.

(Também resta provar isso com estatísticas expurgadas, pois a maior distocia, nas primiparas velhas, deverá ser devida ao trânsito mole (músculos, aponeuroses e cartilagens endurecidas).

“Indublement en las primiparas añosas deve influir la insuficiente reacción gravidica del utero”.

(Resta provar também isso à luz da etiopatogenia da embebição gravidica).

No que tange à hiperdistensão, é incontestável que o critério de apreciação da *regularidade* das contrações, sentida pela triplice *verificação* do relógio, da informação da dor e da interpretação do histerograma, o critério da regularidade leva à conclusão da existência do bloqueio.

Essa regularidade, variável segundo as várias fases do trabalho (Perez), quando conhecida e acompanhada, deponha, naquela triplice observação, pela eufitmia do trabalho parturitivo, ou aponta a diminuição da interfase, o que culmina na distonia.

Mas, não creio isso se realize com aquela facilidade de acerto com que Palacios Costa e Moragues Bernat, no 4.º Cong. Arg. de Obst. y Gin., ensinaram nesses termos: — “Las contracciones uterinas pueden abandonar el caracter citado y permitirnos entonces individualizar los síndromas de oligosistolia primitiva, polisistolia, tétanos, contractura y relajación.

Todos ellos fáciles de caracterizar clinicamente por palpación, por tacto, por registro gráfico y fáciles de interpretar por las adquisiciones de fisiología y patología muscular que hemos señalado”.

Ora, o que caracteriza a linha de conclusões dos que apreciam a evolução do trabalho pelo método gráfico externo, é a linha da dubiedade, do pode ser, do é provável, dos graus intermediários, dos pontos indefinidos, como

se pode verificar nessa conclusão de Zawodzinski: — "L'amplitude des oscillations de la courbe dépend non seulement du niveau du tonus durant la pause, mais encore de la hauteur du sommet de l'onde, dépendant probablement de la force de la contraction de la matrice".

No mesmo clima reticente de imprecisão, de incapacidade, de vacilação, Levy-Solal e Sureau, concluindo embora com as costumeiras esperanças com um novo aparelho, iniciam, timidamente, dizendo que o método de registo da contração "nous a paru présenter un certain intérêt".

De outra maneira não poderia ser, pois o próprio Palacios Costa declinou: — "Ni la mano, ni ninguno de los instrumentos corrientes de registo externo permiten anotar los caracteres que autorizan a decir donde termina e donde empieza el estado de contracción, e viceversa. El valor biológico de la contracción muscular, en un músculo vivo, y ligado a todas sus conexiones humorales y nerviosas, impide assignar importancia a aparatos que se limitan a registrar fenomenos mecánicos, fenomenos que son exreriorización parcial de atividade muscular", o que nos encaminha para o propósito unitivo a que me tenho candidatado no desenvolver os raciocínios da tese em aprêço.

As apontadas dubiedades sobre as possibilidades, a presença da interfase bloqueiada, a contradicção de Palacios Costa dizendo que é possível, depois que demonstrou a incapacidade de verificação, tudo conduz à aceitação dêsse conceito unificador da distonia, uma vez que os registos e as interpretações minuciosas adoecem de unilateralismo, ficam no campo exclusivamente mecânico e abandonam a esfera psico-biológica, onde vive a eutonia, onde se pode apreciar também a distonia, em toda a sua complexidade neuro-hormonal.

Os discrimines, feitos por uns (Palacios Costa critica a hipotonia com a sua hipo e a sua hipersistolia e julga vantajoso substituir por oligo e polisistolia) para ajuizar argumentos em prol de interpretações fora de vista conjugada, servem apenas para crear novas nomenclaturas que têm cabimento em sítios de seriação, ou agrupamentos esquematicos, para fins de esclarecimentos de sintomas localizados ou em detalhes, mas que não podem

figurar nos campos das linhas mestras, que somente a clínica sabe ver e ensinar.

Foi por isso que, ante as duas epígrafes (de Kreis e de Démelin), com que encimei o capítulo em escôço, pude escrever: — “Possivelmente, não há, de verdade, fenômenos dissociados de hipo e hipertonia. O fenômeno deverá ser a *distonia* em contraposição à *eutonia*”.

O PROBLEMA DA DISTONIA E SUAS LIGAÇÕES COM
A TOXICOSE E A HIPERTENSÃO. A RAQUE-
TERAPIA DAS DISTONIAS.

E', incontestavelmente, um dos aspectos mais interessantes, ao mesmo que misteriosos, inexplicáveis talvez, mas após estudos e averiguações, cuidadosas e minudeadas, de utilidade maior, o daquelas relações contidas nos itens supra-entrelaçados.

Deverá ser de valimento a apreciação do papel da raque sobre certos casos de anomalias da dilatação. E julgo de necessidade, complementar ou auxiliar, de qualquer sorte de mérito esclarecedor, a pesquisa, sistemática, da tensão arterial, face a estados distônicos, a fim de que se recolhessem os dados informativos capazes de suscitar encaminhamentos a soluções clínicas e terapêuticas.

Porque se casos existem de cura desses distúrbios pela anestesia raquídea, se essa cura se explica à luz da ação do anestésico sobre a inervação antagônica, é verdade, por outro lado, que ela não é de todo aceitável, se se observa, com atenção, a dúvida, de que se acha possuído Salganik, quando confessa: — "Mon critérium est un critérium clinique et non histologique, je n'affirme pas non plus que ces deux formations musculaires sont tout à fait isolées, l'une de l'autre, au contraire, je crois que leurs fibres s'entrecroisent à un certain endroit, que dans certains points d'application de la face de ces deux systèmes coincide, mais que, au fond, ils sont indépendents l'un de l'autre comme antagonistes".

A cura, portanto, desses distúrbios, e o fracasso do Delmas em tantos outros casos, e a ação da raque sobre a pressão, falam, possivelmente, a favor duma ação mais

completa em que a função anestésica tivesse um papel, a função hipotensora outra, a função paralítica do colo outra em antagonismo com a função excitadora do corpo uterino (Salganik).

Na mesma ordem de idéias, Mahon, em sua tese "l'utérus parturient rachinesthésié", conclui. — "L'anesthésie rachidienne supprime la contracture du col utérin et facilite considérablement la dilatation artificielle; elle constitue une thérapeutique spécifique des états d'hypertonie du col. Mais son action ne doit pas nous faire oublier celle des opiacés, chacun a sa place marquée.

Tandis que la morphine ou ses dérivées constituent un traitement que l'on devra employer à l'exclusion de tout autre dans la première partie de l'accouchement, la rachianesthésie nous apparaît comme le remède par excellence des rigidités spasmodiques, quand, l'effacement du col, étant complet et la dilatation commencée, les intérêts foetaux ou maternels commandent la terminaison rapide de l'accouchement".

Ora, na lição de Mahon acima transcrita, e por mim grifada no que concerne à excelência terapêutica da raque nos casos de rigidez espasmódica, não registou o prestante pesquisador da raque anestesia do útero parturitivo, a possível influência da intoxicação na eclosão do distúrbio dinâmico uterino: deixou passar em silêncio qualquer outra atribuição, qualquer outra influência levada pela raque a marcha da dilatação cervical.

Não esquecer, para juntar-se à observação de Mahon, aquela terapêutica, já atrás relatada, de Delmás, em que êle aconselha a cura das contrações espasmódicas, pela raque principalmente.

Por outro lado, em completo antagonismo clínico-terapêutico, e tido como assente, vale ainda referido o que pensa Fernando Magalhães, estudando o problema do parto extemporâneo, quando diz o saudoso mestre uma opinião que merece ser apreciada: — "Em síntese, caberia dizer que o esvaziamento extemporâneo focalizará os seus benefícios no auxílio à dilatação morosa por deficiência da contração uterina, ou melhor, por pequena solicitação da cunha líquida ou da sólida, provada a nenhuma resistência cervical".

Curioso o emprêgo, em outras oportunidades, da mesma terapêutica raqueana para contrações espasmódicas, conclue-se, com a citação de Magalhães, pela possibilidade do processo unificador do tratamento, assim inexplicável da hipertonia (Mahon, Delmás) e da hipotonia (Magalhães), o que pode vir a ser um argumento a mais em favor do conceito unificador da distonia uterina e sua origem possivelmente gestósica.

Há de mister buscar, em minuciosos exames de laboratório, em pesquisas de tensão arterial, em suspeitas de gestose leve, estados distônicos, pois deve existir uma travação de bases a prender situações, inexplicáveis quando encaradas sob ângulo unilaterizados, mas talvez esclarecíveis à luz duma sistematização de entrosagens de dados clínicos e informes complementares. Para comprová-lo, bastaria penetrar no trabalho de Leon, a que me reporto, com frequência ao curso da minha tese, e em que se encontram casos de parto com insuficiência verdadeira da dinâmica em caso de intoxicação grávida de forma ligeira, mas também se acham alinhadas observações de partos com excesso das contrações (espasmódicas, subintrantes, clônicas, tetanização do corpo e do anel de Bland, hipertonia uterina por desprendimento prematuro da placenta), e interessantemente, produzidas, como visto, pela mesma toxicose leve.

Na linha de comentários a fazer, para insistir na necessidade de uma compreensão mais ampla dos distúrbios, sugiro que êsses casos de Leon estariam bem melhor enquadrados se os tomássemos como casos de gestose de contração, como distonias gestósicas, sendo de melhor aceitação o critério unificador da distonia, em que fôsse fator origem o desarranjo da intoxicação da prenhez.

Mas, o que é incontestável é que se não pode separar, discriminar, classificar, agrupar naqueles campos estanques, pois até nos em que Leon disse que se tratava de dinâmica fisiológica, houve, de onde em onde, necessidade de alguma pequena ação do profissional (medicamentos, manobras, faixas etc).

Distonia gestósica, gestose de contração, é o que é.

O PROBLEMA DA DÓR E SUA TERAPIA PELOS HORMONIOS

Na apreciação dos desarranjos dinâmicos do útero, a dor aparece, no quadro, precisando de encarada como uma das condições que vão dar um sentido de esclarecimento, e esta vai terminar em excelente auxiliar de interpretação.

Na *hipotonia*, a sua diminuição ou a sua ausência quase, o mutismo e o silêncio daí decorrentes, a modorra acompanhante, desesperança que acarreta pela falta de trabalho que se verifica; na *hipertonia*, a sua quase permanência, a sua sede, a sua intensidade, sua desligação com o fato contrátil, seu poder anarquisante e enervante: em ambos, a lentidão do trabalho e a incerteza prognostica e terapêutica a tudo presas, levam a uma pertinaz busca e almejado encontro.

Pela razão de ser, na hiper, mais gritante a distocia da dor, as presentes considerações falarão mais demoradamente sobre ela do que sobre a *hipo*.

A propósito desse fenômeno, a dor, na distocia funcional, Peralta Ramos ensina que: — "El dolor que denuncia el espasmo del cuello, se localiza especialmente en los riñones, en las regiones del sacro y del pubis a la inverso de lo que ocurre cuando la sinergia es normal por que entonces el dolor predomina al nivel del cuerpo uterino durante la contracción, mientras que los dolores irradiados del cuello son casi nulos.

La intensidad del dolor provocado por el espasmo del cuello no siempre está en relación con las contracciones del cuerpo del utero cuya energia no obstante el dolor muy grande puede ser menos que mediana.

A veces la inhibición que ejerce el cuello sobre el cuerpo en forma de inercia puede ser enmascarada por la intensidad del dolor de los riñones.

Individualizado el espasmo del cuello y caracterizado el síndrome paradójico, la idea de la medicación sedante y anti-espasmódica se imponía con el concepto de la terapéutica moderna del sistema vasosimpático, es decir, mediante la combinación de la papaverina, pantopon y atropina, en inyección sin tomar en cuenta para nada los tópicos e inyecciones locales a base de belladona y de cocaína, hoy en desuso, terapéutica a la que se refiere Schwarz, cuando reclama la prioridad de Boero en este género de anomalías de la contracción uterina".

Neste particular, tenho raciocinado assim: "No estudo das distocias de contração, o problema da dor se apresenta como o de maior peso. Na hipertonia uterina generalizada ou nos casos de dissociação da sinergia entre corpo e colo, a dor se apresenta como o elemento mais distocisante. Porque: — ou tenha ela sua sede no corpo uterino propriamente, ou se assedia no baixo-ventre, ou seja mais pronunciada na região sacro-lombar, a dor é o elemento incómodo por excelência. E a meu ver, ela deve ter causa num distúrbio hormonal. Julgo indispensável aproximar esse excesso, ou melhor, esse desarranjo de dores ao curso do trabalho, das dores e das cainbras, de que se queixam as grávidas, no útero, nas pernas e coxas, região do fígado, bem assim como dos distúrbios dolorosos que sofrem as mulheres ao curso dos seus catamenios, e as que sofrem de disfunção ovariana, aí incluindo-se os distúrbios de dor das que vão para o climaterio.

Quem já aplicou injeções de progesterona em grávidas em Pre-trabalho, visando o alívio da dor e a cessação das contrações, e, pensando em prolongar o parto, viu que a dor desaparece melhor do que se a mesma paciente fizesse uso dum sedativo ou anti-espasmódico. A vêr-se a mesma comparação nas cólicas do pós-parto. Em várias doentes e na mesma doente, tenho observado que uma dose de progesterona age com mais eficácia do que uma de Sedol" (de trabalho inédito).

Ora, Calatroni y Ruiz dizem, estudando a luteína:
— "En el miometrio parece que atenua o inhibe sus con-

tracciones, acción que se aprovecha en terapéutica en los casos de amenaza de aborto y de menalgias por espasmo de la musculatura uterina”.

Na distúrbiação maior da dinâmica, o espasmo é o fator dominante levando ao aparecimento de quadros consequentes em aparelhos e territórios outros, o que tanto vale dizer que a hormonioterapia deve ser aplicada no tratamento da distonia uterina ocasionada pela gestose.

Nem poderia ser de outra forma, pois, segundo Courrier: — “La contraction du muscle utérin semble poser elle-même un problème d’ordre exclusivement hormonal”, devendo isso vir a significar, concludentemente, que se a contração depende de hormônios, a terapia dos seus desarranjos ha de ser feita com os elementos etiológicos da categoria dos hormônios.

Vem daí essa pesquisa clínica de moderar contrações com progesterona e provocar contrações com estrógenos, uma situação e outra em estreita ligação, como sabido, com a sedação ou a provocação do elemento dór.

CONCEITO DE GESTOSE DE CONTRAÇÃO (X)

(a propedêutica)

“Tôda investigação científica parte da definição verbal para chegar à definição real, pois, antes de procurar definir uma cousa, é preciso ter dela uma idéia qualquer e distinguí-la claramente das outras.

Ch. Lahr.

O capítulo, que conceitua o distúrbio de distonia (hiper e hipo), produzida pela intoxicação gravídica, na tese “Da gestose da distonia uterina”, precisa de ser estudado à luz duma apreciação sobre a classificação das gestoses.

Comentemos: —

A falha central, no tratamento dos distúrbios da contração, ligados mais intimamente a espasmos, contrações tetanoides, assinergias, distonias, dissociações zonárias, ou outras, corre por conta da falha etio-patogênica, de tal sorte que rutura de saco e anti-espasmódicos deveriam ser estudados com mais objetivismo, mais em contato com os dados e informes fisio-patológicos do estado de contração uterina.

Possivelmente, serão determinados êsses estados de anarquia contratural, pela intoxicação levada à fibra do útero ou ao sistema nervoso pela gestose, aí compreendida tôda a repercussão que à economia materna infligisse o estado de toxemia.

— Lida na Soc. Med. Cirg. de Ilheus, em comunicação oral, posteriormente, depois, pelo autor, e ampliada, assim, no presente ca-

Uma apreciação, profunda e cuidada, da propedêutica da gestose, levaria, facilmente, a esta conclusão. Junte-se a isso a informação que reponta dumas verificações, surpreendidas em 5 observações, uma das quais, de hipertonia uterina, apresentou êxito muito apreciável.

Como, entretanto, na parte de observações, aparecerá o comentário derredor dos êxitos, só se cuidará aqui, do aspecto *propedêutico*.

No ponto, em que nos colocamos para oferecer um bom flanco aos comentários sobre o assunto, *rotulado* com o nome de *gestose de contração*, a primeira atitude a tomar-se é a das definições: — primeiramente, é de *gestose*; em segundo lugar, do complemento terminativo de *contração*.

O conceito de gestose veio a dominar atualmente, dado o feitiço unificador que êle confere a distúrbios varios, determinados pela ação da gravidez.

Quando se distancia o desenvolvimento da gestação daquela simbiose harmônica e homogênea", de Bar, que Fernando Magalhães ampliou, dizendo que assim o era quando era "*entre filho são e mulher sã*", quando se distancia o caso dessa desejada eúritmia, acontece que leva a gravidez a situações patológicas, condicionando estados de ataque e desarranjo à economia materna e à vida fetal.

O ataque à economia da mulher desperta, mais intensamente, a atenção dos estudantes da clínica, e faz que se organize uma propedêutica especial frente aos distúrbios apreciados, particularizando-os.

A tendência moderna é para a aceitação da unificação do processado.

Apesar das restrições impostas, vale recordar a insinuação de Pigeaud e Dumont: — "Le terme gestose a été proposé, et H. Vignes l'emploie volontiers. Ce terme est intéressant dans la mesure où il a un sens très général et ne préjuge au moins d'aucune pathogénie. Mais, sans que nous rétenions ce qu'elle a d'inélegant, nous rapprochons à cette expression de ne pas tenir suffisamment compte de l'importance des facteurs rénaux, qui, s'ils ne sont primitifs, si même ils ne sont pas essentiels, représentent un tel intérêt pour le dépistage de la maladie que l'on ne peut

pas en tenir compte dans le terme qui prétend caractériser l'affection qui nous occupe".

Julgo falhas as restrições acima e, por isso, suponho que o desenvolvimento a seguir esclarecerá, suficientemente, as situações deparadas.

Ouçamos, então, a propósito, a lição de Perez: — "Hasta una época más o menos reciente, los trastornos aparecidos en la gestación y propios de ella, se rotulaban de acuerdo al sintoma predominante; así se describian las dermatosis, el vomito incoercible, la eclampsia, etc. Hoy, se les tiende a considerar desde el mismo punto de vista etiologico, reuniendolos en una clasificación nosologica.

Se debe a Gibbons, a Burne y más tarde a L. Seitz y B. Freund el concepto unificador que, en concordância con las investigaciones clinicas, anatomo-patológicas y experimentales, interpreta todos éstos trastornos — desde los simples que acusa la gravida vomitos, vertigos, estagias, etc.) hasta los que la conducen a la muerte, vomitos incoercibles, eclampsia etc.) — como resultado de un "envenamiento".

Las manifestaciones toxicas asi reunidas y que iremos estudiando, rara vez se exhiben con pureza (eclampsia, vomitos incoercibles etc.), observada prolijamente, forman un complejo sintomatico de composición a menudo inconstante, pero donde tras la manifestación que predomina se desente siempre el cuadro patologico índice de la intoxicación general.

Hay, sin embargo, otros sindromes sin manifestación predominante, muy fáciles de agrupar clinicamente.

Segun todo lo que antecede y para definir bien la base toxica de la enfermedad, L. Seitz y Freund han propuesto el termino gestosis (abreviación de intoxicación de embarazo con el que designan el conjunto de trastornos producidos por la preñez y que desaparecen con su terminación). En esta forma, las dermatosis, los vomitos incoercibles, la eclampsia, el ptialismo etc., dejan de ser enfermedades para pasar a sintomas de una misma enfermedad.

A partir daí, o professor Perez vai agrupando, con-
sistindo em órgãos, complexos sintomáticos, sistemas, as si-

tuações clínicas com que nos deparamos, ao curso das observações ou dos achados clínicos.

Passa despercebido, entretanto, o fenômeno da repercussão, no território ovo-uterino, a propósito do qual apresentei um estudo ao 2.º Cong. Brasileiro de Obst. e Gin. (S. Paulo).

De outro critério ainda se vai servir Ludwig Seitz, após se haver demorado numa classificação, com 6 itens que abaixo transcrevo: —

- 1.º — Dermopatia gravídica (dermatose da grávida);
- 2.º — Neuropatias y psicopatias gravidicas (neurotoxicose da gravidez);
- 3.º — Toxinose da gravidez com predominância nas hemácias, ou hemopatia gravídica;
- 4.º — Toxonose da gravidez com predominância das lesões ósseas (osteomalacia gravídica);
- 5.º — Toxicose da gravidez com predominância das lesões do fígado, ou hepatopatia gravídica;
- 6.º — Toxicose edemonefrótica y toxicose ecláptica.

Outro critério é o "*momento*" da aparição da toxicose na evolução da gravidez, em virtude do qual resulta evidente que "hay dos fases de la gestación en que menudean los trastornos y toxicosis gravidicas: por una parte, el período inicial del embarazo, por otra, el final del embarazo, incluyendo el parto (L. Seitz).

O professor eminente esqueceu de incluir dentro, na *chave momento*, o puerpério, tempo em que se processam distúrbios gestósicos, bem como não se ajusta ao drama parturitivo a fase mais tranquila da gestação, devendo, a meu ver exigir um tom mais gritante a fase do trabalho.

Baseado no mesmo critério do momento, Torreblanco vai dizer: — "Y desde el punto de vista práctico, las gestoses podemos dividir-las, y los divide todo el mundo, en dos grandes grupos: — gestosis de la primera mitad

y gestosis de la segunda mitad", apoiando ainda esse critério num fundamento biológico que difere do apontado por Seitz, uma vez que Torreblanco ensina ser a lesão do fígado o apanágio da gestose da primeira metade, ao passo que é para o rim que se voltam as lesões da segunda metade, enquanto que Seitz informa desta maneira: — "Asi como en los primeros tiempos del embarazo predominan las manifestaciones necroticas con irritación funcional, al final del mismo destala influencia tóxica con profundas lesiones morfológicas en los organos parenquimatosos más importantes".

A meu ver, o fator *tempo*, ou *momento*, ou *fase*, ou *época*, estaria mais fortemente contundido pela expressão *trabalho parturitivo*, o que levaria a uma classificação assim: — gestose *ante-partum* (gravidez), gestose *intra-partum* (trabalho) e gestose *post-partum* (puerperio).

No que tange à ação da gestose sobre sistema, organos e aparelhos, cuido eu seja indispensável também partamos do conceito unificador, a fim de evitar-se o emaranhado das classificações.

Até mesmo porque, modernamente, conclusões aparecem sobre o fundo toxémico de alguns distúrbios da gestante ou da parturiente. A apoplexia útero-placentar, a gestose hipertensiva, os desarranjos funcionais da dinâmica uterina nos casos de edeneclrose, são exemplos disso, dado que se ha observado a ligação evidente, o nexo causal com a patologia gravídica nas exteriorizações em aprêço.

Da primeira, isso é, da apoplexia, já sabemos que, modernamente, ela deixou de ser outra cousa para ser a "crise hemorrágica da toxemia gravídica", segundo a interpretação de Fernando Magalhães.

O seu quadro clínico, seus dramas, sua concomitância com sinais e sintomas das gestoses ou melhor, de edeneclrose, estão a mostrar, após verificações anatomo-patológicas, a sua integração no quadro toxémico. Di-lo, também, em informe de valor, João Pereira Camargo: — "Estando geralmente da toxemia gravídica, razão pela qual se tem tendência a cognominá-la de apoplexia gravídica. Na verdade, a toxemia, resultante da desorien-

tação do metabolismo ovo ou feto-maternal, é *una*, suas síndromes toxêmicas são múltiplas, bizarras e patentes umas, veladas outras, conforme a qualidade e a quantidade do tóxico circulante do laboratório viloso-decidual, mas sobretudo da miopragia tissular orgânica”.

No quadro da apoplexia, entra uma série de sinais, sintomas e achados anatomo-patológicos, variáveis, mas unificáveis, de sorte a se poder admitir, com Brouha, a possibilidade de uma de duas ou da combinação de ambas as formas de gestose: — uma gestose em que penetração existe, na economia materna, de albuminas placentares mais ou menos modificadas, *gestose tóxica* (como êle chama), e uma gestose produzida por uma espécie de anafilaxia, por êle descrita, e que eu chamo de *gestose alérgica*.

Da segunda, ou seja, da hipertonia, deve estar, hoje, fóra de dúvida, tratar-se duma ação toxêmica que possa levar o distúrbio para o terreno das classificações das gestoses, segundo se depreende dessa afirmação de Kurt Eckalt: — “Geralmente existe hipertonia grávida em combinação con albuminuria y hidropesia, siendo rara la coincidência da la hipertonia y hidropesia, sin albuminuria. A veces, la hipertonia es el único fenómeno de la toxicosis grávidas”.

Desta maneira, há mesmo uma *gestose hipertensiva*.

Compondo o quadro das gestoses, sendo, com é sabido, um dos fenómenos de gestose, como diz Shur — no Hal ban y Seitz, a hipertonia goza de valor certo na apreciação da gravidade da toxicose. Shur, que a include na categoria das gestoses verdadeiras ou propriamente ditas, escreve cousas como essas sobre que se deve meditar: “fenómenos de gestose: hiperemese, eclampsia, diatese hemorrágica, albuminuria, edema universal”, bem como assinala registros como êsses: — as mais graves manifestações gestósicas: tromboses, hemorragias, espamos cerebrais”.

Ora, é incontestável que em todos esses desarranjos citados, há sempre tendência para a hipertonia, e que eia está, portanto, no quadro das *gestoses verdadeiras*.

Da terceira, ou seja, "dos transtornos da dinâmica uterina na síndrome edmonetrotica e eclampica", estado que eu denomino de *gestose de contração*, se poderá dizer que é uma forma de *gestose intra-partum*.

Nº 2º Cong. de Gin. e de Obst. (S. Paulo), a que tive o prazer de comparecer com um trabalho sob esse título, não pude desenvolver as considerações que serviriam de esclarecimento ao nome proposto, o que ora faço, procurando mostrar como a propedéutica da gestose leva, franca e evidentemente, a essa tendência de objetivação ou completação.

O fato de associação deve ser certo e exato, já foi observado e tratado como toxicose com determinação uterina. Rodrigues Lima já tratara um caso, denominando-o de hipertonia uterina por toxemia gravídica, adotando uma cura desintoxicante: — a sangria. Igualmente, Juan Luis procura fazer, em trabalho de estatística, a ligação entre o complexo edemecioso (forma leve) e a perturbação da dinâmica uterina, sendo de registrar que, em nenhum caso, foi feito o tratamento anti-gestoso, mas apenas o anti-espasmódico.

A terminologia, que proponho, traduz, em verdade, a realidade clínica dos casos em que é mesmo a *gestose* que origina a *contração*.

Classifico a *gestose de contração* como uma *gestose intra-partum*.

Explico: — é uma gestose que, ao curso do trabalho, se manifesta predominantemente, no órgão parturitivo, com a gestose intra-partum poderia ser mais fortemente influenciada, no aparelho arterial, e seria uma *gestose hipertensiva* da gravidez ou uma gestose hipertensiva do puerpério.

Podemos então haver uma *gestose renal intra-partum*, que seria insueto de albuminúria do trabalho, vez que a se tornasse apurado a inexistência anterior de albuminúria.

Podemos edematosa seria a *hydrops gravidarum* dos casos simples, ou seja o distúrbio, em que somente houve edema sem albuminúria nem convulsão.

As considerações acima levariam à organização do esquema abaixo: —

*Gestose
ou
disgravidia de Dumont*

- Quanto ao mecanismo
 - (gestose tóxica
 - (gestose dyshormonal
 - (gestose alérgica

- Quanto ao estado puerperal
 - (anti- (1ª metade
 - (partum (2ª metade
 - (intra-partum -- gestose
 - (de contração
 - (post-partum

- Quanto ao momento
 - (Precoce
 - (Tardia

- Quanto à gravidade
 - (gestose grave
 - (gestose média
 - (gestose leve

- Quanto ao aparelho,
órgam. sistema
ou território
 - (gestose retiniana
 - (gestose edematosa
 - (gestose neuropática
 - (gestose osteopática
 - (gestose hemopática
 - (gestose capilar
 - (gestose hepática
 - (gestose renal
 - (gestose hipertensiva
 - (gestose distônica ou
 - (gestose de contração

A TERAPÊUTICA

(a ruptura do saco e a gestose de contração)

Este capítulo é composto de duas publicações: — uma conferência, lida em Ilhéus, com o nome de "Ruptura artificial da bolsa no parto à Kreis", e a outra uma nota prévia, intitulada "Gestose de contração", apresentada ao 2º Cong. Bras. de Gin. e Obs. (S. Paulo).

.....

Não era justo e não era certo que se não chegasse a uma conclusão terapêutica. Porque é assim que deve ser, em face da lógica, ante a marcha normal das pesquisas. Era fatal, por estar na linha dos acontecimentos, que a interpretação etiopatogênica se completasse na conduta terapêutica, que uma compreensão diagnóstica trouxesse ao fruto da terapia.

Antes de fornecer uma lista de conselhos, dieto-medicamentosos, escalonados em esquema utilizável de maneira plástica, adaptável, transformável, transcreva, a seguir, os dois trabalhos acima apontados, para melhor intengência:

"Ruptura artificial da bolsa no parto à Kreis" (x)

Estudante preocupado com os assuntos que se prendem à normalização do parto, mais propriamente, à normalização do trabalho, venho, faz alguns anos, dando

(x) — Lida na Soc. Méd. Cirg. de Ilhéus (em 27-7-1946).

publicidade às pesquisas bibliográficas, a que me tenho dedicado, bem assim às verificações pessoais que os casos clínicos me têm proporcionado, sendo, para registrar, na presente exposição, a palestra, que fiz, a 5 de junho de 1938, na Soc. Méd. de Cir. de Itabuna, quando, perante os nossos colegas itabunenses, dei conta do resultado de 20 observações constantes do meu fichário clínico, ao tempo em que procurava fazer uma atualização da questão.

Naqueles dias, emitia eu os seguintes conceitos (1): “Pretende a orientação do parto médico uma verdadeira humanização do trabalho parturitivo. Uma primeira objetivação é a questão da dor que se procura aliviar, quando, no período dilatatório, enervante, prolongado, inútil, incômodo, inquietador, pachorrento. Outro aspecto, que está a preocupar a obstetra, é o prolongamento deste período, que os estudiosos e experimentadores afirmam poder diminuir-se por mercê do tratamento pelo parto médico.

Enfim, e pelos benefícios de tal consecução, ensêja a esperada utilização de recursos cirúrgicos, e faz a profilaxia do choque”.

Hoje, volvido todo êsse tempo, aqui me encontro, perante os colegas de Ilhéus, para investigar, mais profunda e demoradamente, uma questão de técnica, pela superfície de interesse que ela desdobra ante o olhar dos parteiros.

Essa questão é a *rutura precoce e artificial do saco*. Falo, sôbre isso, dêsse jeito:

A sistematização do parto médico, na lição técnica de Kreis, encerra um erro de doutrina com a consequente repercussão dum erro no êxito, ou seja num fracasso.

Se a doutrina, sôbre que assenta a prática médica, ressaltava dum conhecimento de fisiologia da dilatação, urge que saibamos que ensina a revolucionária lição sôbre a abertura do côlo? Por que se dilata o côlo uterino? Por que se abre o útero parturitivo? Informam os da escola de Strasburgo, ou seja, os pró-homens do parto médico: — ao revés do que diz o classicismo obstétrico, a causa única, exclusiva do desmanchamento e da dilatação, é a contração uterina. Disse-o Schickelé (2) nessas palavras: — Au cours d'un travail normal, les con-

contractions du corps utérin produisent l'effacement et la dilatation de l'orifice externe".

Na mesma ordem de considerações, o discípulo, que standardizou a técnica do parto médico. F. Kreis, o seu professor, mais experimentalmente da escola estrasburguense, que informa assim: — "Dans les cas normaux, la dilatation est fonction des contractions utérines corporeales; les faisceaux musculaires longitudinaux font ascension vers la partie fundique pendant la contraction, et entraînent les faisceaux circulaires avec eux. La partie cervicale est ainsi absorbée vers le haut en d'autres termes l'utérus semble grimper le long de son contenu lui-même l'issue à son pôle inférieur. Lorsque la dilatation ne se fait pas, il faut bien que l'obstacle soit du côté des contractions utérines, sauf dans les cas exceptionnels (x), de déviation fibreuses ont altéré l'élasticité tissulaire de la porte de sortie de l'orifice externe". (3)

Discordando, embora, da técnica da ruptura sistêmica, também conceitua a favor do sentido prestante da contracção, o prof. Marcel Metzger (4). — ... normal da dilatação do col. Le rôle principal pour ne pas dire unique est dévolu à la contraction des fibres longitudinales du corps et du segment inférieur tirant sur le col, l'attirant de bas en haut est entraîné par l'incorporer dans le segment inférieur".

Mais detalhadamente ainda, em outro lugar, o mesmo Metzger (5): — "Physiologiquement, le col se dilate sous une double influence. L'utérus est formé de deux séries de fibres; les unes circulaires, les autres longitudinales. Les fibres circulaires, en se contractant sur le segment de l'utérus, le poussent vers le bas. Les fibres longitudinales agissent en sens inverse, en tirant vers le haut, elles aident ainsi à la progression du fœtus en le comprimant de son vêtement utérin. Mais le rôle le plus important des fibres, en effet, vont s'attacher jusqu'au bord du col: pendant la contraction, elles tirent en haut et en haut les lèvres au col; ce faisant, elles entraînent le col et tendent à l'incorporer dans le segment inférieur".

Ora, o illogismo da escola reoponta, precisamente, aí no fato de desatender a técnica do parto médico a um postulado doutrinário, qual seja o conceito do mérito dilatador da atividade contrátil.

Senão vejamos: — se a contração pode desmanchar o cólo, dilatá-lo, propelir o segmento fetal apresentante através da escavação; dilatar, com a apresentação, o anel vulvar, vencendo as resistências e chegando a rompê-las (rutura do cólo e do perineu, incluindo a rutura central), como se vai a dilatação submeter ao embargo da bolsa das águas? Então, se o mecanismo de dilatação é o arregaçamento, determinado pelas fibras circulares do cólo, tracionadas pelas fibras longitudinais do corpo uterino no ato da contração, que entrave pode fazer o pólo inferior do ovo, se ele não está em contacto com o cólo, mas com o segmento inferior? A bolsa só entra em contacto com o cólo, considerado como elemento de dilatação, quando já houve apagamento e dilatação.

Sòmente com o orifício interno, isto é, orifício superior, entra em contacto o pólo inferior do ovo, isto é, a futura bolsa das águas.

De sorte que se algum distúrbio pode fazer o saco das águas, é precisamente quando ainda não é saco, pois o saco só existe quando há trabalho, ou seja, em plena fase de dilatação.

Se alguma distocia pode fazer o elemento bolsa, é quando ainda não é bolsa, ou seja, na fase de trabalho apelidada de desmanchamento. Se o que determina o apagamento e a dilatação é a contração, claro está que a bolsa não pode obstar isso que dela não depende. O que deve haver, na modificação verificada no trabalho, após a rutura da bolsa, é a excitação determinada pelo contacto da cabeça, o que aumenta a contração.

A dilatação é produzida pela contração e a contração, em numero e intensidade, aumentada pela excitação resultante do contacto da cabeça com o colo. Há um outro fenómeno que merece estudado com atenção maior: — é a diferença entre as pressões que se processam ao curso do trabalho: quando a bolsa está intacta, a pressão da contração se faz dum orgam aberto (cavidade útero-vaginal pois o colo está aberto para a vagina, e, portanto, sujeito a uma categoria de pressão) sobre um órgão fechado (o

ovo intacto): — ou seja continente útero-vaginal e conteúdo ovo. Útero contraindo-se sobre o ovo, intacto, onde não penetra o ar e, consequentemente, a pressão não se faz sentir da mesma forma.

Deve haver, então, duas pressões. Após a ruptura do saco, passou a existir uma só pressão, pois, o útero já agora está a se contrair sobre um só polo, pois o conteúdo aberto inferiormente, recebe pressão igual à que recebe o continente aberto. Além disso, quando fechado, o conteúdo não se pode submeter aos mesmos movimentos que quando aberto. Quando fechado, o conteúdo é liso e uniforme; quando aberto, o conteúdo é peça de anfratuosidades, saliências, depressões, resistências ósseas distendendo, desigualmente, o continente propulsor, donde categorias diferentes de excitações, determinadas em lugares diversos.

Mais ainda: do ponto de vista da dificuldade na dilatação do colo, convém lembrar que, além das cicatrizes, existem situações especiais, que, segundo Fernando Magalhães, escapam a um conhecimento prévio. Chega mesmo a dizer o professor emérito: — “A fisio-patologia da cervix, na parturição, tem pontos obscuros... E’ a condição funcional do órgão que precisa ser tateada e o seu dispositivo morfológico estabelecido”. (5)

Não se compreende, em face disso, como no 4.º Cong. An. de Gin. e Obst., Manuel Rodrigues Lopes um dos relatores do tema “Fisopatologia da contração uterina”, possa grafar a ilógica justificativa: — “Es, pues, la bolsa de las aguas, el elemento etiologico de la distocia y el causante de la disociación funcional corporo-cervical. Eliminado este obstaculo por una ruptura precoz, se corrige esta disociación encausando el parto e sinergia funcional fisiologica normal del cuerpo y el cuello al romper el elemento distocico que se iniciaba o estaba instalado”. (7)

Orá, a observação clínica não depõe em favor dessa marcha normal da fase parturitiva, na sequência de uma assistência rigorosamente bem feita, por isso que observações existem, já publicadas, em que os parteiros opinam no sentido oposto, isto é manifestaram o conceito de que a ruptura retarda o trabalho de dilatação.

Que a ruptura da bolsa, como princípio, como norma, como procedimento, visando acelerar a dilatação, não é

processo terapêutico prestante, não padece dúvida. Para justificar essa assertiva, bastaria lembrar a quantidade de casos, por todos observados, de trabalho longo, tedioso, com saco rôto prematura ou precocemente (espontânea ou artificialmente), e que não deve admitir a conclusão de que fôsse a sua rutura capaz de acclerar a dilatação.

Parecendo exagerar, Turenne (8) diz:— ... un estudio ceñido de la fisiologia y de la fisiopatologia de la bolsa de aguas, convence que su rotura artificial sistematica (en si mala por ser sistematica), lejos de ser beneficiosa, puede encausar el parto en la ruta de las distocias”.

Não é crível seja a bolsa rota que haja determinado anomalias na abertura do colo. Deverá ser procurado o aparecimento do empêco em outros fatores. Mas é incontestável que, após a rutura, pode succeder venha uma fase de retardamento.

O próprio Kreis (9) confessa o acontecido: — “Nous avons cependant observé que *certains* cas font exception, la dilatation est effectivement retardée après la rupture”.

E até consequências mais graves têm sido registradas, conquanto não devam estar, a meu ver, ligadas à rutura da bolsa, por isso que não seria ela, só por si ou como tal, capaz de atingir ao que se vai apontar.⁹

Seja como fôr, vale reproduzido quanto relata o professor Peralta Ramos, grande conhecedor e escritor do assunto e prestante seguidor da escola de Estrasburgo. No 4.º Cong. Arg. de Obst. y Gyn., refere o eminente professor portenho (10): — “Con el apoyo de mi experiencia llego a las mismas conclusiones (refere-se à rutura artificial sistemática da bolsa e suas razões apresentadas por Kreis) en lo que se refiere a la muerte de algunas madres segun se ha consignado en alguna sesion de esta sociedad, hay que impurtalas no al parto médico en si ni a la inoportunidad de las intervenciones o poca habilidad en las mismas”.

Daí resulta que a motivação da fase dilatadora não pode estar em ligação apenas com a presença do saco, senão que a escola de Estrasburgo acerta precisamente ali, quando opina informando seja a contração o elemento dilatador. E como o elemento contração está na dependência do sistema nervoso, aceito esteja com a razão Juan Leon (11): — “... papel que sin duda alguna, ha

de desempenhar el sistema nervioso de la vida vegetativa en la genesis de las anomalias que están sôbre el tapete (as anomalias dinâmicas do útero que êle diz representam o nó górdio da questão do trabalho difficil, longo, de dilatação lenta) . . .", justo concluamos não seja um fator como o sacco apresentável como embaraço.

Fica, pois, assentado que a fase dilatatória independe da bolsa como cunha e como elemento de excitação, porquanto, antes do apagamento e da dilatação do colo, já existe força para efetuar a dilatação. É certo, pois, que deve ficar certo que, sem trabalho, não há bolsa, esta só aparecendo depois que já houve dilatação.

Quando ainda não há dilatação, não existe bolsa das águas, mas apenas o pólo inferior do ovo. Em rigor, ao falar o obstetra em aderência do sacco, está forçosamente falando em polo inferior do ovo aderido a segmento inferior. Essa anomalia não deve poder criar, por si só, um obstáculo à dilatação, porquanto a atividade contrátil do útero, se capaz, não respeitaria as fracas aderências, mas as desfaria, arrebatando o pólo inferior que ainda não estava a merecer o nome de sacco das águas, visto que sacco só existe quando a dilatação já se vai processando, ou melhor, quando há trabalho, quando há desmanchamento, nada resistindo à contração, pois que esta já está condicionada pelas fontes de atividade muscular uterina e preparadas pela sua maturidade.

O pólo inferior do ovo, quando na inserção baixa, faz sangrar, não evita a dilatação que a contração uterina vai produzir e realizar. E se rutura de sacco se emprega como medida terapêutica, não é porque fôsse óbice a bolsa, mas porque a cura da placentação baixa está a pedir uma diferença de pressão consequente ao escoamento do líquido.

Não é possível, pois, aceitar como parte integrante do parto à Kreis, a técnica do rompimento do sacco, bastando, para u'a melhor compreensão da atitude restritiva que estou assumindo, bastando que se faça um resumo no mecanismo de formação do sacco.

Ouçamos a palavra de Selheim (12): — "En el área del orificio uterino se encuentra libre el pólo inferior del feto. Para el trabajo de nivelación, que se inicia con la distación, entra la amplia cavidad del utero y el

conduto del parto, todavía estrecho, tiene importancia decisiva la cabeza fetal, cuyo perimetro no puede reducirse más, por ser la parte menos elastica del contenido. El perimetro de la cabeza, reducido al maximo ("plano util de la cabeza") por la compresión ejercida por les partes blandas de la madre, determina en las partes modificables del huevo, empujadas a través del conduto cervical, cambios de forma que se traducen por la formación de una porción anterior a dicho plano y influye tambien en la forma que adquiere el resto del huevo. Esto se aplica ante todo a la bolsa de las aguas. El liquido amniotico, pasando, al principio del parto, entre la cabeza y las membranas, se acumula en el polo inferior del huevo, y al experimentar compresión producida por la cabeza establece una separación entre esta ultima y las membranas, formandose asi una bolsa conoidea de vertice redondeado, la cual, por la dilatación progresiva del cuello uterino que tiene lugar desde arriba, tiene como base una superficie cada vez mayor de la cabeza, hasta la base del cono formado por abombamiento de las membranas ovulares, corresponde a la circunferencia mayor de la cabeza".

No suceder da documentação, que, aqui, me interessa, é oportuno acrescentar e ampliar a lição sobre mecanismo de formação do saco através da palavra de Éparvier (13): — "Pendant toute la phase d'effacement du col, les membranes jusque-là adhérentes intimement à la muqueuse utérine, vont subir un décollement. L'ampliation du col ne peut se produire qu'a cette condition: si un glissement ne se produisait pas, il faudrait que l'élasticité des membranes décollent de l'uterus: un petit suintement sanguin en est la conséquence. Le col joue donc assez librement sur les membranes".

Diante disso, para fora da resistência exagerada das membranas ou a sua espessura, que não inibem propriamente a dilatação, e exigem a rutura artificial com outro objetivo, a anatomia das relações do polo inferior do ovo com o segmento inferior deve levar a outra situação, qual seja a da patologia das aderências exageradas das membranas ao segmento inferior.

Com simplicidade, Maygrier e Schwaab (14): — "Des certains cas, relativement comuns, surtout chez les

multipares, ayant des antécédents de métrite, en constate que la dilatation du col ne progresse pas, en l'absence de toute cause de dystocie. La poche des eaux reste plate.

Il existe alors une adhérence exagérée du pôle inférieur de l'oeuf au segment inférieur (Lohlein). Il suffit, ou des les rompre, pour voir le col s'ouvrir largement sous le doigt ou, en tous cas, la dilatation se faire rapidement".

O presente registro anatomo-patológico e sua consequência terapêutica me levam a dois comentários restritivos:

1º — saber se existe realmente isolado como individualidade clínica essa situação de aderência anormal membrano-segmentar?;

2º — se, existente, dispensaria a terapia a favor do anti-espasmódico, vez que, desfeita a aderência, o trabalho se processaria em ritmo apressado, pois que a dilatação estaria na dependência daquele empeco.

Ora: —

1º — não creio que aderências existam, que, por si só, sejam capazes daquele impedimento. Contrações uterinas, em potência eficiente, não iriam respeitar anomalias que tais nem devem estas últimas reconhecer como causa, metrites, pois que estas, hoje, perderam o seu nome, substituídas que foram pelo conceito mais vasto de cervicites. Em excelente didática, Clovis C. Costa: — "Há exagero no diagnóstico de endometrite, pois, a não ser na fase aguda da gonorréia, infecção puerperal, tuberculose, infecções acidentais provocadas por manipulações intra-uterinas e alguns casos de necrose de tumor — não tem fundamento o diagnóstico de endometrite.

Desde os estudos de Hitschmann, Adler, Schroeder e outros, se reconhece que aquilo a que outrora se denominava endometrite glandular hiperplásica ou hipertrófica, endometrite fungosa ou polipoide, nada tem que ver com processo inflamatório, nada mais representam que casos normais ou exacerbação de processos do ciclo endometrial normal.

A inflamação no endométrio não poderia se mostrar com substrato diferente das inflamações em outras mucos-

sas e tecidos; para diagnosticá-las, precisamos, aqui, como aihures, verificar vaso-dilatação com ou sem sufusões hemorrágicas, edema, infiltração leucocitária, plasmazellen etc.

A endometrite, porém, é a exceção; a endocervicite é a regra.

Pode-se mesmo dizer que não há endometrite crônica; teoricamente, não existe, salvo, após a menopausa, em que se não verifica mais a renovação cíclica da mucosa. Isso não exclui a suscetibilidade do endométrio a reinfeções particulares do colo ou da trompa.

A camada basal da mucosa infectada, à custa da qual se regenera todo o endométrio, não se coaduna com o entretenimento da endometrite, pelo menos de maneira duradoura”.

Em face disso, argumentemos: — se o útero se renova, não é crível possam alterações da mucosa uterina provocar, ao fim da gravidez em situações de frequência ca-suística, a proclamada aderência ovo-segmentária. Para fundamentar essa assertiva, aponto estados de du-biedade, em que se encontra um grande sabedor dessas cousas. Ludwig Seitz, no tratado de Obstetricia, de Dordelein, ensina conhecimentos como éstos (16), a propósito da endometrite decidual que é um dos dois seiores de aderência: — “... no tenemos conocimientos suficientes acerca de las alteraciones patológicas de la decidua para que sea posible clasificar desde un punto de vista morfológico, la endometritis decidual”... “Durante el embarazo varia tan intensamente el desarrollo de las glandulas que no puede fundarse en ello una division...” “si no sobreviene el aborto, como sucede con frecuencia, los gonococos sucumbem gradualmente en la decidua”... “La mayoría de estas infecciones se originan despues de la rotura de la bolsa de las aguas por ascenso de los germenés (refere-se a citadas infeções por autores que supõem tenha sido a via hematogena a seguida). De outro lado, no campo ovular, não são conhecidas, na sua suposta frequência e no seu aspecto anátomo-patológico, as lesões do cório glabro que definissem a aderência segmento-ovular como entidade perturbadora costumeira, na etiologia da disto-cia de contração. Se frequente na primipara anomalia do motor passível de terapêutica pela rutura artificial da bolsa, as causas dessa aderência estariam na dependência das degenerações resultantes das gestoses, atento o

fato de se apontar, na gênese da apoplexia útero-placentar, a intoxicação gravidica. Ai, sim, uma pista a seguir, vista ampla, visada em conjunto, para que se possa encamar o quadro com u'a manifestação local do panorama contido no complexo gostósico, pagando a primipara o tributo da agressão fetal nessa discreta manifestação local da perturbação moto-dilatadora. A favor dessa hipótese, andaria em caminho acertado quem citasse aquela conclusão 3.^a de Juan Leon (17): — "La frecuencia de las anomalias funcionales en la nefropatia gravidica, se explica facilmente con los conceptos modernos que hacen de ésta una enfermedad general con modificaciones sanguíneas considerables y alteraciones del sistema endocrino y vegetativo".

2.^o, se existente, e, se, de verdade, retardos de dilatação se desfazem antes a simples rutura da aderência, outros distúrbios devem estar presentes (superfície de contacto lisa do ovo-segmenço substituída pela superfície ovo-segmenço; diferença de pressão já atrás estudada; modificações da tensão da parede e a pressão intra-uterina) que são corrigidos, na sua entrosagem dilato-retardadora, por aquela técnica obstétrica.

No que tange ao setor da diferença de pressões, interna Guthmann e Endres (18): — "Como causa do encurtamento da duração do parto na ruptura prematura das membranas, parece-nos ser o desaparecimento da contrapressão hidrostática que, na integridade delas, despertaria uma retração reacional do colo durante as contrações do trabalho de parto".

E de que deve andar, nessa correlação tensional de continente e conteúdo, ou seja útero-continente e ovo-contido, a motivação mais eficiente do trabalho-contracção, no trabalho-dilatação, em suas ligações com a rutura do sacco, afastadas as outras causas que não cabem aqui discutidas, de que deve andar nesse jôgo de contracção-dilatação-ruptura de sacco-dilatação, uma força latente e transformativa, nos dá conta Maximo Valentinuzzi em seus comentários: — "El estudio del mecanismo de la dilatación del utero parturiente ha conducido a de Blij, de Utrech (Holanda), al analisis de la relacion que existe entre la tensión de la pared de del utero y la presión intrauterina. Conviene recordar que por presión intrauterina se entiende la fuerza que ejerce el contenido uterino

sobre cada centímetro cuadrado de la superficie interior del útero, definición concorde con la axiomática física. Dicha relación se expresa en una ley descubierta por este autor y que él llama *ley de las tensiones*. Nosotros la bautizaremos con el nombre de *ley Barrau-De Snoo* ya que el matemático Barrau ha controlado y simplificado los cálculos.

Se puede anunciar esa ley en la siguiente forma: *La tensión en un punto dado de la pared del útero es igual al producto de la presión intrauterina por el radio de curvatura del útero en ese punto*".

No que tange também ao conteúdo uterino, cheio, íntegro, e o conteúdo aberto, superfície lisa e superfície angulosa, pelos menos irregular, vale citada aquela pres-timosa lição de Baudeloque (20): — "Avant l'écoulement des eaux de l'amnios, la cavité (de l'utérus) a une sorte de régularité, qu'elle perd, en général, d'autant plus que l'enfant y séjourne plus de temps après l'évacuation complète de ce fluide".

Ora, esta regularidade perdida é substituída pelas saliências, pelas depressões, que vão agir sobre os anéis, os círculos internos do útero, fazendo que o êndoutero se torne a sede, em pontos variáveis, de formação daquelas contrações zonárias que se podem converter em distúrbios de contração, espasmos, estricturas, dissociações da sinergia funcional, porém que normalmente deverão constituir trechos endo-uterinos donde partirão excitações reflexas de contrações normais, já que assentado está não se sabe, ao certo, onde termina a contração e onde começa a contratura, se há razão no que diz Moragues Bernat (21): — "Si la frecuencia de llegada de los estímulos aumenta de tal manera, que sorprende al músculo incompletamente decontractado, se crea un estado de contracción permanente, sostenida".

Dêsse jeito, é lícito supor que a rutura do saco, como técnica aceleradora do trabalho, tem as suas justificativas, as suas motivações, as suas indicações próprias, não devendo entrar como técnica estandardizada, aprioristicamente, enfrentando uma perspectiva que se não pode julgar má, porém somente supor. A rutura do saco, facilitando a eclosão de contrações eficazes, não deve ser parte integrante e sistemática do parto à Kreis, mas, ao revés disso, deverá ser uma técnica individuali-

mais própria, adequada à correção dos entraves que ela, como técnica e como condição, poderá resolver.

Se a bolsa não entra no trabalho de dilatação, não deve entrar como técnica na exigência duma norma de assistência ao parto.

Se ela colabora, com outros elementos, na gênese das distocias de contração, deve ter o seu lugar apropriado, quando uma correção específica. Ela, a bolsa, é distocante? Também o é o desarranjo hormonal? Também o é o distúrbio neuro-vegetativo? Também o é a falta de maturidade gravídica? Também o é a intoxicação, a gestose? Também o é a insinuação precoce, exagerada? Também o é a situação excêntrica do cólo?

A multiplicidade de criadores de distocia de contração leva, forçosamente, para a multiplicidade de correções das fontes originárias.

Para registrar sem razão e a periculosidade da sistematização, basta recordar as desvantagens que o próprio Kreis aponta, temendo o descrédito do parto médico. Dele é (22): — “On peut observer deux réactions sur l'orifice utérin:

1^o, le spasme actif, pendant la contraction utérine, à des états de dilatation inférieure à paume de main;

2^o, le collepsus de l'orifice, immédiatement après la rupture, lors d'une présentation mobile quand le pôle ne vient pas de suite appuyer le col”.

Estranhável, por isso, é que Voron (23), crítico dos excessos censuráveis de Kreis, precisamente no setor da ruptura do saco, diga que aí acorda com o obstetra de Hamburgo: — “Le plus souvent inutile elle est parfois nocive”.

Sem mais convincente, por mais ampla, é a análise que procede Paul Burger (24), quando acentua: — “Si la rupture artificielle des membranes est suivie de succès éclatants dans les états spasmodiques causés par leur persistance, elle n'est pas contre d'aucune utilité dans les états spasmodiques par autre cause, cervicale par exemple où tout au contraire elle peut parfois augmenter l'état pathologique spasmodique d'une façon importante”.

Paralelamente a esse processado crítico mais estreitamente ligado à questão, no que diz com a fase pró-

priamente dilatante, urge não descurar outros aspectos possivelmente interessados, porque em entrosagem com as circunstâncias que a ausência da bolsa veio a criar.

A função protetora da bolsa tem seu significado em que se não pode descrever, pois que a bolsa vela pela não infecção cavitária e, como coxim hidráulico, defende, até instantes não bem conhecidos dos obstetras, sabendo-se que se cuida amorteça o saco traumas no canal de passagem.

Para não deixar de dar a outrém o arrazoado crítico, ali precisamente quando seria idêntica a linguagem por mim empregada, faço minhas as palavras de Arminho Oliveira Sarmiento (25), ao fazer a interpretação dos comentários do prof. De Lee, de Chicago: — “A dilatação feita pela ação direta do ovoide cefálico, determina lesões cervicais, macro e microscopicamente comprovadas, o que representa uma desvantagem que não é compensada pelos favores obtidos pelo método”.

Donde se poderá inferir que a ruptura artificial do saco deverá cingir-se às situações criadas pela própria bolsa (nos vários aspectos de resistência, tamanho, forma, conteúdo, tensão), objetivando a correção de perturbações que ela mesma enseja, como bolsa, como pólo inferior do ovo, como elemento componente do ovo, como um dos fatores que aprisionam o líquido aniótico, como caminho mais fácil de atingir a cavidade ovular, não sendo de bom alvitre a sua ruptura como espírito de sistematização.

Fiquemos atentos à informação interessante de Essen-Moller, quando estuda a diferença entre a ruptura espontânea e a ruptura artificial (26). — “Les faits montrent que la crainte ancienne de la rupture prématurée des membranes n’était guère justifiée. Cependant, la rupture artificielle qui tend à augmenter les complications ne doit être pratiquée que sur des indications précises”.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Diogenes Vinhaes. — Anais Soc. Méd. Cirg. Itabuna, 938-939, — pg. 98.
- 2 — Schikélé. Rév. fr. Gyn. et Obst. — agosto, 929, pg. 525.

- 3 — J. Kreis, Rev. fr. Gyn. et Obst. — Out. 929, — pg. 605.
- 4 — Metzger, — L'accoucheur moderne, 2ª ed. 936, — pg. 115.
- 5 — Metzger, — Leçons à la Clinique Tarnier, 1928 — pg. 135.
- 6 — Fernando Magalhães, — Clinicas Obst. (no-vas ligôes), pg. 49.
- 7 — Manuel Rodrigues Lopes, — 4º Cong. Arg. de Obst. y Gin. — pg. 425.
- 8 — Turone, — 4º Cong. Arg. de Obst. y Gin. — pg. 425.
- 9 — J. Kreis, — Revista citada, pg. 611.
- 10 — Peralta Ramos, — 4º Cong. Arg. de Obst. y Gin. — pg. 514.
- 11 — Juan Leon, — 4º Cong. Arg. de Obst. y Gin. — pg. 521.
- 12 — Selheim, — Doderlein (Tratado de Obst.), 1ª vol. — pg. 390.
- 13 — Eparvier, — Encyclopédie (Obst.), — Fasc. 5017 — pg. 10.
- 14 — Maygrier e Schwaab, — Précis. d'Obst. — 4ª ed. (revista por Devraigne), pg. 753.
- 15 — Clóvis C. Costa, — Clinica Gin. — pg. 311.
- 16 — Seitz, — Tratado de Obst. (Doderlein), — 2ª ed. — pgs. 1 e 2.
- 17 — Juan Leon, — Rev. Hesp. de Obst. e Gin. (Madrid), julho, 1935 — pg. 260.
- 18 — Guthman e Endres, — Rev. de Obst. e Gyn. — Set. 1937 — pg. 219.
- 19 — Valentinnuzzi, — Bol. Soc. Obst. y Gin. (B. Ayres), — 13 de junho, 1939 — pg. 98.
- 20 — Demelin, — De la contraction uterine, etc. — pg. 88.
- 21 — Moragues Bernat, — Bol. Coc. Obst. y Gin. (B. Ayres) — pg. 826, de 28-12-1938.
- 22 — J. Kreis, — Rev. fr. de Gyn. et Obst. — Out. 1929 — pg. 611.
- 23 — Voron, — Leçons à la Clinique Tarnier, 1935 — pg. 151.
- 24 — Paul Burger, — Gyn. et Obst. — Agosto, 1935 — pg. 151.

- 25 — Armindo Oliveira Sarmiento. — Anais Bras. de Gin. — Maio, 1940 — pg. 414.
26 — Gyn et. Obst. — Out., 938 — pg. 237.

GESTOSE DE CONTRAÇÃO (x)

(nota prévia)

Apresento, aqui, sob esse título, conclusões que me pareceram em ligação mais íntima com a realidade dos fatos, em sua sintomatologia, em sua fisionomia clínica e no seu setor terapêutico.

A comunicação objetiva é tornar mais eficiente a técnica do parto médico, pois os fracassos da terapia sedante exclusivamente com opiáceos e beladona, e cloral e barbitúricos, sem se atender à bioquímica do trabalho, ou à repercussão que as frustras ou discretas localizações das toxicoses gravidicas tenham determinado no útero (órgão de contração) ou no cólo (órgão de passagem), esses fracassos impelem a novas pesquisas, a novas interpretações no campo vastíssimo daquilo que denomino *gestoses de contração*, por isso se devendo entender aqui de patológico que a intoxicação gravidica pode levar à fibra uterina. Nesse setor, cuidado seja preciso apreciar todo o mundo imenso de desarranjos, funcionais ou lesionais, que o estado gravidico haja produzido no órgão propulsor e no canal cervical de passagem.

Útero em contração e cólo em dilatação devem receber toda a disposição neuro-hormo-vitaminica que se supõe necessária à eúritmia parturitiva.

O problema deve estar na dependência dos estímulos, da maturidade, da fibra, do seu conteúdo em sais, do jôgo harmônico de sua composição, de toda a riqueza tissular que advém da embebição gravidica em normalidade funcional.

Em dois campos, penso eu, deve ser estudada a questão, vez que a luta se trava entre o ovo que pretende atravessar, e o cólo que é obrigado a permitir: — o campo ovular e o campo cervical.

(x) Apresentado ao 2.º Cong. de Obst. e Gin. de S. Paulo.

No campo ovular, não são conhecidas, na suposta irregularidade e no seu aspecto anatomo-patológico, as lesões do *corio glabro* que definissem a aderência segmentar como entidade perturbadora costumeira, na etiologia da *distocia de contração*. Se frequente na primeira a anormalia do motor passível de terapêutica pela ruptura artificial da bolsa, as causas dessa aderência estariam na dependência das degenerações resultantes das gestações, atento o fato de se apontar, na *gênese da apoptose placentar*, a *intoxicação gravídica*. Aí, sim, uma pista a seguir, vista ampla, visada em conjunto, para que se possa encarar o quadro como u'a manifestação local do panorama contido no complexo gestósico, segundo a primipara o tributo da agressão fetal (melhor gestacional) nessa manifestação *localista, discreta*, da *retardação moto-dilatadora*. A favor dessa hipótese, aponta em caminho acertado quem citasse aquela conclusão de Juan Leon: — "La frecuencia de las anomalías locales en la *nefropatia gravídica*, se explica totalmente con los conceptos modernos que hacen de ella una enfermedad general con modificaciones sanitarias considerables y alteraciones del sistema endocrino y vegetativo".

No campo cervical, não esqueçamos a lição de Reeb:

— "La diminution des phénomènes *spasmodiques* est due en partie due à l'imbibition aqueuse des tissus, très nette après R.S.S., D'ou résistance plus faible ou nulle à la dilatation, le corps utérin n'étant pas obligé de se "valser" devant l'obstacle.

D'autre part les *spasmes du col* sont la conséquence de troubles d'innervation du système végétatif, qui est toujours sous la dépendence des centres nerveux et du système. La médication anti-spasmodique, en ce qui concerne le paratopon et la papavérine, s'adresse surtout au système.

Admite que o R.S.S. a également une action directe sur le système végétatif, sur les centres et sur le psychisme par les raisons suivantes: il existe, entre autres, un dérèglement du système végétatif au cours de la gestation qui est dû aux modifications physico-chimiques du sang, changement des rapports entre les ions chlore, sodium, potassium, calcium, avec déperdition de l'ion sodium en fin de gestation".

Em face disso, em vez de rutura sistemática da bolsa, poder-se-ia modificar a técnica do parto à Kreis, como uma *terapêutica médica mais rica* que encarasse o trabalho em atenção à sua bioquímica, ou seja àquelas transformações metabólicas que se prendessem ao ritmo regular do sistema nervoso e à embebição-gravídica do músculo uterino.

Parece evidente que o regime sem sal também colabora no evolvimento mais rápido do desmanchamento. Quando já não é possível o empregar-se o valimento dessa desintoxicação que a privação do NaCl pode determinar; quando sabemos que pode existir, de verdade, a manifestação da hipertonia geral, na gravidez; quando assentamos que pode haver uma determinação cervical da gestose, ou seja, uma localização, no colo, da intoxicação gravídica, poderá haver vantagens em fazer-se, ao lado de outras terapêuticas, uma outra, possivelmente etio-patogênica, a *anti-espástica e anti-tóxica*.

Se dispusermos, pois, duma terapêutica desintoxicante, eliminadora de sal e de água, que seja capaz de retirar da cervice, em fase da dilatação, ou de outras *zonas interessadas* do órgão em trabalho, a água, da mesma maneira como o pretendemos fazer no edema cerebral, na eclampsia, no edema agudo do pulmão e em tôdas as situações de espasmo local ou estase hídrica, estaríamos a resolver, ao menos a colaborar na resolução de algumas das causas impiedentes da dilatação.

O fundamento está naqueles conhecimentos das vantagens do regime descloretado, cuja doutrina está na lição que informa "é o tecido intersticial o reservatório de água no organismo" e que "a parte passiva do útero consiste consideravelmente em tecido intersticial".

Não esquecer, em apoio do que vamos desenvolvendo, isto é, da possibilidade de que os *espasmos do colo* ou qualquer outra *causa retardadora da dilatação*, na dependência de *dissociação da sinergia funcional*, possam vir a ser rotulados como *localização cervical* duma *edeneclose* (mais amplamente duma *gestose*); não esquecer que Kratz e Meyer admitem que "em certas anomalias se trata duma *atonía* dos tecidos maternos, *generalizada, provocada, talvez por toxinas*". Bud, que os cita na passagem registada, julga provável tal ação tó-

... caso de continuação do orifício externo do

... pois a doente dele era portadora duma lesão

Para fora disso, urge não esquecer não esteja a pos-

... alguma dependência obrigatória duma lesão do

... duma neuropatia. Para retificar este lemprete, basta re-

... que, no seu amplíssimo e profundo estudo sobre

... en el embarazo", Carlos Valdorp coloca a hy-

... gravídium dos autores alemães na classe das ne-

... funcionais, ou seja na categoria daquelles dis-

... que são originados pelos factores extra-renais,

... a compreensão de todos os desarran-

... gestosica dentro naquella "disposi-

... gestosica geral da gravidez", a que se refere

... a. Strassholz.

É oportuno recordar que, na sua interpretação

... e precisamente quando aponta o fenó-

... vasculares têm tendência a "se sistematiza-

... certos órgãos etivamente designados por

... na papel primordial na fisiopatologia gravídica (rim,

... território utero-placentário)".

... aqui, a necessidade de rever-se a expressão

... ovo-uterina, devendo substituir-se pela denomina-

... ensina a tratar-se de ataque ao *complexo*

... sendo este último comprometido em pontos

... e não apenas na zona de inserção da placenta,

... a observação clínico-experimental, frisada, am-

... por merce de cujas informações

... que "é no domínio dos capilares que se joga o

... *dispositivo*, *possivelmente*, explica os ca-

... *gestosos* que passaram despercebi-

... *dentro nas distocias de contração*, e que terminam em parto

... de hemorragias intra-crânicas ou de outras loca-

Essa concepção não seria capaz de levar a conclusões terapêuticas mais acertadas? Distúrbios de encenação convulsiva, complicações de manifestação hemorrágica, determinações edematosas desde a mais fugaz latência até à anasarca; localizações hepáticas, renais e oculares, *hipertonias com repercussões de tôda a forma até as múltiplas complicações da distocia de contração, intercorrendo mesmo o fenômeno da dissociação funcional, tôda uma imensa, e impenetrável, e indissociável gama de tons do comprometimento gestósico*, deverão ser explicados à luz duma fisiopatologia endocrino-humoral-vitamínica e passível de tratamento anti-gestósico, ou seja anti-toxêmico, pois que deve haver, no *complexo mulher-feto*, uma localização, ou manifestação dos desarranjos que se verificaram entre os dois elementos.

Muita morte fetal será explicada por essa rutura que aparece na luta entre os dois organismos. A agressão fetal deve estar à frente de muito distúrbio que passa despercebido e que talvez pudesse ser tratado pela *cure de desintoxicação*.

O parto médico deve tender para encontrar à raiz dos distúrbios na dilatação, a gestose com localização ovo-segmentária, ovo-uterina, isto é, distúrbios nas relações entre o ovo e o segmento de contração? Provavelmente, está nessa via um novo caminho para a terapia dos comprometimentos que os cuidados do Pre-Natal não puderam atingir.

Se a cura de desintoxicação não foi feita ao curso da gravidez, tentemo-la ao *curso do trabalho* com aqueles recursos que a clínica geral trata as outras localizações dos distúrbios gerais: sejam cardíacos, renais, hepáticos, cerebrais ou intestinais, etc.

Tratemo-los como uma localização feto-materno, ou seja, ovo-uterina da gestose. Que diferença, a não ser de grau, ou de exteriorização, poderá haver entre uma apoplexia ovo-uterina e um distúrbio espasmódico com demora do trabalho? Não se trata, com o parto médico, de distúrbio contratural? E não é com o parto médico que se está tratando a apoplexia útero-ovular para evitar a histerectomia? Não é verdade que há pontos de semelhança na sintomatologia desses distúrbios em cotejo?

sito com a terapêutica que a situação cervical estivesse determinando, não é menos verdade que o parto à Kreis precisa duma revisão na sua conduta a fim de que não se exerçam ações de tratamento com a utilização de técnicas que não estivessem baseadas em etio-patogênia, evidente, mas de conceitos unilaterais, apriorísticos, sem lastro e sem base nos próprios alicerces da doutrina propagada pela escola estrasburguesa.

A rutura sistemática do saco, na lição técnica de Kreis, encerra um erro de doutrina, pois que se afasta o *recurso obstétrico de abertura da bolsa* justamente dos elementos de fisio-patologia, que fundamentam a revolucionária teoria da dilatação do colo.

Os distúrbios, pois, que se assestam no colo e produzem a *assinergia contratural uterina* e que se acham presentes na *zona contrátil* também, devem ser encarados, ante os comentários que acabo de fazer, como uma gestose de contração segundo a denominação que acabo de propor.

DIÓGENES VINHAIS

AS OBSERVAÇÕES

Este capítulo, na publicidade de agora, tem a expressão apenas de uma breve notícia e funciona como nota prévia.

Para escrevê-lo completo, fôra preciso cercar-se a publicação do recurso indispensável dum serviço de maioridade muito bem organizado.

Além disso, comporta êle aparecimento em alentado volume, uma vez que a análise detalhada das observações exigiria muitas páginas.

Mais: é de utilidade e grandemente prestante a contribuição de pessoal que esteja preparado para o discriminar dos casos clínicos.

Em oportunidade outra, se Deus consentir, darei o fruto da experiência clínica e, se possível, experimental.

.....
A necessidade de rever-se o estudo de base e a correção, que se impõe, à técnica terapêutica, obrigam-me também a publicar o trabalho e debatê-lo antes da documentação do campo das observações

Porque aceitar um diagnóstico de distúrbio da condução por toxicose e não fazer o tratamento etiocrático?

Porque não fazer a revisão nos fracassos da casuística dos sedativos e anti-espasmódicos?

Démelin já havia notificado, estudando a indicação do reflexo em resistência do perineu, que aquelas anomalias no trânsito mole eram mais do campo da caridade e que elas deveriam ser transportadas ao campo, bem mais veraz, das anomalias mecânicas (falta de flexão ou de rotação, inclinação viciosa da cabeça).

A que ajuntaríamos: — também para o campo, ainda mais amplo, das anomalias dinâmicas, pois que se não pode negar a capacidade resolutória das contrações regulares, fortes e frequentes.

.....
As observações, inicialmente, não apresentaram um cunho de estudo premeditado, mas se caracterizaram pelo fundo empírico, pela necessidade de solucionar o caso, onde falhava o sedativo ou o anti-espasmódico, e pela informação adveniente da marcha mais rápida do trabalho, quando era feito o tratamento anti-tóxico visando outra determinação de edenecluse.

A não sistematização do tratamento, a impossibilidade de obter a via venosa como a melhor para a terapêutica objetivada, a demora das informações que se pretende recolher, tudo conjurou para que se retardasse a feitura do trabalho e se escrevesse o capítulo das observações.

CONCLUSÃO

Impõe-se o capítulo das conclusões. Uma conclusão a primeira, a mais interessante, é a de que a tese "a gestose na distonia uterina" precisa de ser documentada clínica e experimentalmente.

Outras conclusões serão resultantes das necessidades de entrosagens e não de separações. Existem, de verdade, aproximações grandes entre as toxicoses gravídicas e as anomalias dinâmicas do útero. E' preciso registrar alguns fatos, no presente estudo registrados, e entendidos.

Entre eles, lembro:

- Foliculina e luteína, nas gestoses.
- Presença de foliculina e luteína, na placenta.
- Distúrbios do arranjo e harmonização da foliculina e da luteína na insuficiência placentar.
- A gestose, uma insuficiência placentar ou hormonal.
- A tonicidade uterina é condicionada pelos hormônios.
- Conseqüentemente: — os distúrbios da contração, uma localização territorial da gestose.
- Tratamento desses distúrbios, como se fossem uma gestose, pelos hormônios.
- O equilíbrio e não o antagonismo dos 2 hormônios.

BIBLIOGRAFIA

A maneira de organizar a bibliografia não obedeceu a um critério único, senão que variou consoante necessidade, utilidade e estética.

E ainda: tratando-se de tese e não trabalho de documentação, mas de comentário e interpretação de fatos sobejamente conhecidos, julguei sem valor fazer acréscimos de fontes, edições e páginas, confiando no preparo dos examinadores.

- 1 — Sertilanges. — A vida intelectual.
- 2 — L'accoucheur moderne.
- 3 — Murilo Barros. — Rev. de Gin. e Obst.
- 4 — Pigeaud e Dumont. — Les nephropaties gravidiques.
- 5 — Rudolf Allers. — Psicologia do Caráter.
- 6 — Rodrigues Lima. — Rev. Bras. de Medicina e Farmácia.
- 7 — Pierre la Haye. — Rev. fran. de Gin. e Obst.
- 8 — Kreis. — Gyn. et Obst.
- 9 — Gutchnere et Pierre La Haye. — Gyn. et Obst.
- 10 — Robert Courrier. — Endocrinologie de la gestation.
- 11 — Balard et Mahon. — Rev. fr. de Gin. et Obst.
- 12 — Démelin. — Manuel de l'accoucheur.
- 13 — Démelin. — La contraction utérin et les dyscinésies correlatives.
- 14 — Clovis C. Costa. — Estudos de Obstetrícia.
- 15 — Bais. — In Tratado de Obst. (Doderlein).
- 16 — Francisco de Borja Otero. — Anales del Ateneo de Instituto de Maternidad Ublado Fernandez.

- 17 — Barbanti Silva. — La doutrine umoral-ormonica de Sfameni.
- 18 — Mahon. — Rachianesthesie de l'utérus parturient.
- 19 — Bernardo Schaffer e Emilio Argonz. — Quintas jornadas rioplatenses de Obst. y Gin.
- 20 — Clovis C. Costa. — Resumos de trabalhos científicos de Schering.
- 21 — Rub. — in Gyn. et Obst.
- 22 — Alejandro Pinto. — Bol. Soc. Obst. y Gin. (B. Aires).
- 23 — Juan Leon. — Rev. Hesp. de Obst. y Gin.
- 24 — Peralta Ramos — 1º Cong. Arg. de Obst. y Gin.
- 25 — Manuel Luiz Perez. — Tratado de Obst. (1ª ed.).
- 26 — Bustos Moron. — 1º Cong. Arg. de Obst. y Gin.
- 27 — Fernando Magalhães. — Novas lições de clinica Obst.
- 28 — Salganik. — Gyn. et Obst.
- 29 — Lahr. — Manual de Filosofia.
- 30 — Seitz. — Tratado de Obst. (Doderlein).
- 31 — Horta Barbosa. — Clínica Obstétrica.
- 32 — João Pereira de Camargo. — Manobras e Operações Obst.
- 33 — Brouha. — Encyclopedie (Obst.).
- 34 — Kurt Eckelt. — Halban y Seitz.
- 35 — Torreblanco. — Riñon y Embarazo.
- 36 — Shur. — Halbany Seitz.
- 37 — Diogenes Vinhaes. — Trabalho inedito.
- 38 — Calatroni y Ruiz.
- 39 — Diogenes Vinhaes. — 2º Cong. Bras. de Gin. e Obst.
- 40 — Octavio de Souza. — Clínica Obst.
- 41 — Von Jascke. — Tratado de Obst.
- 42 — Artur Fischberg. — Hipertensão e Nefrite.

SÛMULA DA ATIVIDADE CIENTÍFICA E PRO-
FISSIONAL

- 1925-1927 — Interno acadêmico da clínica obstétrica (Maternidade Climério de Oliveira, nomeado por portaria de 19-8-1925.
- 1927 — Sócio acadêmico da Soc. Médica dos Hosps. da Bahia, 30-10-1927, por proposta do prof. Otávio Torres.
- 1927 — Comunicante na Semana dos Doutorandos. Trabalho publicado no Diário Oficial do Estado
- 1927 — Diplomado em ciências médico-cirúrgicas pela Faculdade de Medicina da Bahia, tendo obtido distinção em defesa de tese.
- 1932 — Verificador de Óbitos em Pirangí.
- 1934 — Colaborador da Revista Médica da Bahia.
- 1932-1937 — Diretor-médico do Posto Médico da Loja Maçônica Acácia do Sul, em Pirangí.
- 1935 — Sócio da Soc. de Medicina da Bahia. 12-4-1935.
- 1935 — Colaborador dos Anais da Soc. Méd. da Bahia.
- 1935 — Parteiro da Casa de Saúde Dr. Alício Queiroz (Itabuna).
- 1935 — Parteiro do Hospital Santa Cruz (Itabuna).
- 1935 — Sócio fundador da Soc. Ben. Hosp. Pirangí.
- 1936 — Sócio fundador da Soc. Méd. e Cir. de Itabuna, a primeira Soc. Médica do Interior do Estado.

- 1936 — Colaborador dos Anais da Soc. Méd. Cir. de Itabuna.
- 1938 — Sócio da Soc. Méd. Cir. de Ilhéus.
- 1942 — Médico diretor do Serviço de Assistência Social à Pobreza da Congregação Mariana da Cong. Mariana de Itajuípe.
- 1942-1947 — Médico Diretor do Posto Médico da Aliança dos Artistas e Operários de Pirangi.

SÚMULA DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

- 1º — Imunização local (conferência na Semana dos Doutorando, 1927) publicada no Diário Oficial do Estado. Referência elogiosa do Dr. Pirajá da Silva.
- 2º — Imunização local e puerpério infectado (nota prévia). Comunicação à Soc. Méd. dos Hosp. da Bahia, em 30-10-1927.
- 3º — Imunização local e puerpério infectado. Tese de Doutoramento. 1927. Bahia — Imprensa Oficial.
- 4º — Hipotonia uterina por pneumonia dupla. Rev. Médica da Bahia, jan. 1934.
- 5º — Dextrôcardia adquirida. Com. à Soc. Méd. da Bahia (publicado Anais essa Soc. resumo), e na íntegra em Rev. Méd. da Bahia, junho, 1935.
- 6º — Assistência obstétrica (conferência), na Soc. Méd. da Bahia, e publicada nos Anais dessa Sociedade, 1935. Fasc. 1º, vol. 2º, pg. 76.
- 7º — Cesarianas. Rev. Médica da Bahia, agosto, 1936.
- 8º — Rigidez edematosa do cólo. Dilatação cirúrgica. Naturalização do trabalho. Anais Soc. Méd. Cir. (Itabuna), 1937, pg. 23.
- 9º — Sobre um caso de síndrome de Schikelé. Anais Soc. Méd. Cir. (Itabuna), 1937, pg. 70.
- 10º — Em torno de alguns casos de acidose. Anais Soc. Méd. Cir. (Itabuna), 1937, pg. 118.
- 11º — O aspecto tóxico-ginecológico dos cuidados pré-natais. Rev. Gyn. e d'Obst. (Rio) Tomo 1º, n. 1. Jan. 1939. (Mais Soc. Méd. Cir. (Itabuna). 1938 e 1939, pg. 14).

- 12º — Sobre um caso de gravidez extra-uterina de termo. Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1937, pg. 199.
- 13º — Em torno de um caso de eclampsia. Primipara. Tratamento obstétrico-médico. Fêto vivo, Aplicação de forceps. Cura da mulher e do fêto. Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938, pg. 4.
- 14º — Indicações do forceps (considerações teórico-práticas). Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938, pg. 62.
- 15º — Distócia por gigantismo fetal (distócia dos ombros). Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938, pg. 95.
- 16º — Um caso de abortamento habitual por nefropatia; gravidez de termo; parto natural; fêto vivo e sobrevivendo em boas condições. Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), pg. 111.
- 17º — O parto não é uma função natural (considerações fisio-psíquicas). Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938, pg. 189.
- 18º — O aspecto toco-ginecológico dos cuidados pré-natais. Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938-1939, pg. 14 e Rev. de Gyn. e d'Obst. (Rio) Jan. 1939, com separata.
- 19º — Um caso de hidrânio agudo. Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna) 1938-1939, pg. 41.
- 20º — Lei da homonímia antípoda do meridiano de pega. (uma questão de técnica de forceps) Anais Soc. Méd. e Cir. (Itabuna), 1938-1939, pg. 43. Separata da Rev. de Gin. e d'Obst. (Rio), junho, 1939.

POSFÁCIO

Esse trabalho apresenta uma falha, que levo ao conhecimento dos leitores que não forem membros da comissão examinadora do concurso: — a falta é que êle foi escrito muito de afogadilho.

Os examinadores nada têm a ver com isso. Mas o leitor, que não estiver na situação de julgar no concurso, o leitor sem essa incumbência, fica avisado de que não houve uma revisão intelectual nesse trabalho.

A sua feitura, diria melhor, organização apressada, ditaram-nas circunstâncias várias, incluindo-se nelas o prematuro falecimento do prof. Almir de Oliveira. Essa é a razão maior do apressamento, pois que tive de entregar os originais da tese, que organizei de dezembro a janeiro, na primeira quinzena de fevereiro.

E devo confessar que, se não fôra o auxílio de copistas como a professora Helena Henriques Silva, meu cunhado Aldo Macêdo, minhas filhas Lycia Adelaide e Almira Maria e minha espôsa Alcina Junquillo Vinhaes, que, guiados por mim, colaboraram nos originais do rascunho, não me teria sido possível prepará-lo para o entregar à composição.

Se além disso possuo, hoje, uma cópia datilografada que entrego à tipografia, foi isso devido ainda à boa vontade da professora Helena; e se disponho também duma cópia manuscrita, eu a devo à minha mulher, que fez todo o trabalho, tirando-lhe as repetições e os excessos e auxiliando na pesquisa bibliográfica e no confronto de textos.