

38 dos quaes foi obtida a cura, 1 vez depois do aborto provocado, 1 antes do parto, 4 poucos dias depois do parto, e 32 vezes fóra do puerperio. V. Braun publica seis casos nos quaes fez com o melhor resultado a enucleação pelo galvano-caustico, com o laço de platina. Acha este processo operatorio o mais recommendavel não só pela execução como pelos resultados.

Marion Sims em seus recentes trabalhos sobre os fibroides intra-uterinos publica diversos casos em que seguiu diferente processo. Dilata o collo do utero com a esponja preparada até 2 ou 3 pollegadas, opera estando a mulher no decubito lateral, puxa o tumor com um tenaculo, fende a capsula com uma tesoura e despéga o tumor com o dêdo ou com um enucleador janellado; finalmente puxa-o torcendo com um tenaculo duplo.

De oito casos novos que publica Sims, somente um terminou fatalmente, pela pyemia.

O Prof. Breisky (*Bohm. Corr. Bl.* n.º 24, 1875) recommenda a ablação dos fibromas intra-uterinos pelo galvano-caustico, achando vantagem na incisão previa da capsula, ás vezes muito espessa, por que permite abaixar o tumor, o que facilita muito a operação.

Parto prematuro artificial em bacias estreitadas.—N'um dos ultimos numeros da interessante colleção de lecções clinicas dos mais notaveis professores d'Allemanha, feita por Volkmann, da Universidade de Halle, publica o professor Dohrn, de Marburg, observações muito dignas de nota sobre este assumpto.

Foi a proposito d'uma mulher que soffria de rachitismo na primeira idade e que apenas aos 5 annos aprendera a andar. Nos tres primeiros partos que foram de termo soffreu a perfuração do fêto, e foi grave e longo o estado puerperal. Na quarta prenhez entrou ella para a clinica do professor Dohrn, disposta a soffrer a operação cesarea para ter uma creança viva.

Dohrn resolveu-a a deixar provocar o parto prematuro, e o resultado foi satisfactorio. O fêto estava em apresentação podalica, e depois d'uma extracção difficil da cabeça nasceu em estado d'asphyxia, da qual foi reanimado; e depois de seis semanas sahiu com a mãe do hospital, perfeitamente saõs. Hoje, isto é, 4 annos depois,

a creança está já bem desenvolvida, e a mãe na quinta prenhez correu de novo ao hospital, e ainda d'esta vez o parto prematuro artificial conseguiu uma creança viva, e a puerpera depois de cinco semanas de facil tratamento, retirou-se com ella para sua casa.

N'um caso d'estes, em que a bacia era muito estreitada em todos os diametros, e sobretudo no antero-posterior (allgemein verengtes plattes Becken) que tinha somente 7,4 cm., um resultado tão favoravel falla muito em favor do parto prematuro artificial nos estreitamentos da bacia.

Os adversarios do parto prematuro artificial não teem sido porém em pequeno numero. Na Allemanha se passaram 50 annos antes que os praticos se resolvessem a empregar este processo ao qual os inglezes attribuiam ja os melhores resultados.

Modernamente estatisticas tem apparecido se pronunciando pró e contra o parto prematuro artificial.

Spiegelberg, professo de Obstetricia e Gynecologia em Breslau, reuniu 587 casos de parto espontaneo em bacias estreitas, dos quaes morreram 6,4 % das mães e 35 % das creanças; e em 219 casos de parto prematuro artificial morreram 15 % das mães e 66,9 % das creanças.

Esta estatistica que parece á primeira vista provar contra a pratica do parto primaturo artificial, não tem, como bem objecta Dohrn, o valor que lhe pretende dar Spiegelberg, visto que não menciona o grão dos estreitamentos nos casos de parto espontaneo e de parto prematuro.

Correspondem mais de perto a esta indicação scientifica os dados estatisticos reunidos por Litzmann, que dividio as bacias estreitas em quatro secções, segundo os grãos do estreitamento,¹ e examinou comparativamente em cada uma d'estas secções os resultados do parto de termo e do prematuro. Achou que nos estreitamentos de

1 Na classificação de Litzmann o 1.º grão comprehende as bacias igualmente estreitadas em todos os diametros e tendo o antero-posterior (conjug. vera) de 10 a 9 centimetros, e as bacias estreitadas em todos os diametros e achatadas, tendo o antero-posterior de 9,50 a 8,25 cm. O 2.º grão comprehende as de estreiteza absoluta com o conjugata vera de menos de 9 centim. e as achatadas e com estreiteza em todos os diametros, tendo o antero-posterior de 8,20 a 7,40 cm. No 3.º grão está comprehendida esta ultima especie de bacias, tendo o conjugata vera de 7,30 a 5,50 cm. No 4.º grão estão as que teem o diametro antero-posterior ou conjugata vera de 5,40 cm. ou menos. (Archiv. f. Gynäk., vol. 2,º, f. 172.)

grao medio o parto prematuro artificial é menos nocivo a vida da creança e da parturiente do que o parto de termo. Em 47 casos que elle classificou como estreitamentos do segundo grão, de bacias simplesmente chatas (einfache platte), e chatas e geralmente estreitadas, com o diametro antero-posterior de 7,4 e 8,2 cm. (allgemein verengte platte Becken mit einer Conjug. vera von 7,4—8,2 cm.) e bacias geral e uniformemente estreitadas com o diametro antero posterior de menos de 9 cm. (gleichmassig allgemein verengte Becken mit einjer Conjug. vera von weniger als 9 cm.); em 47 casos de estreitamentos d'esta ordem salvaram se com o parto de termo 81, 2 % das mães e 25 % das creanças, e com o parto prematuro artificial 92, 5 % das parturientes e 25, 9 % das creanças.

Entretanto, a estatistica de Litzmann não satisfaz ainda a todas as exigencias da sciencia.

Não se pôde fazer uma apreciação exacta da proficuidade do parto prematuro artificial comparando-o com o parto de termo em pessoas differentes. Os dados estatisticos devem, segundo Dohrn, satisfazer a esta questão capital: qual o resultado em relação á creança e á parturiente, nos casos em que as mesmas mulheres ora soffreram o parto prematuro artificial, ora chegaram ao parto de termo? Assim poder-se-hão apreciar melhor as probabilidades em favor da continuação ou da interrupção da prenhez.

Infelizmente, porém, é ainda pequeno o material que existe para uma classificação sob estas vistas. Dohrn reuniu 32 casos de bacias estreitadas, nos quaes praticou o parto prematuro artificial. Comprehendiam 18 multiparas, nas quaes 29 partos tinham sido de termo, havendo entre estes 13 com o puerperio grave (44, 8 %) e 26 creanças mortas (89, 6 %); e com o parto prematuro artificial houve n'estas mesmas mulheres em 18 operações somente 7 com o puerperio grave (38, 8 %) sendo um caso fatal, e 8 creanças mortas (44, 4 %). Mencionando tambem os casos da litteratura medica, que lhe são conhecidos, reuné Dohrn com estreitamentos do 2.º e 3.º grão 64 partos de termo e 46 partos prematuros artificiaes nas mesmas mulheres, dando os primeiros 68 % de puerperios graves e 86 % de mortalidade das creanças, e os segundos 26 % de puerperios graves, entre os quaes 5 fataes, e 46 % de mortalidade das creanças.

O resultado total é em resumo: 93 partos de termo em mulheres

com estreitamentos de bacia no 2.º e 3.º grão deram 81 vezes ou em 87 % dos casos creanças mortas e 26 vezes ou em 54 % dos casos estado puerperal grave. D'outro lado, 64 partos prematuros artificiaes nas mesmas mulheres deram somente 29 ou 45 % de creanças mortas, e 28 % de casos com puerperio grave.

Portanto, com o parto prematuro artificial em casos identicos se salvaram mais 42 % de creanças e pouparam-se ás parturientes mais 26 % de casos de puerperio grave.

Das considerações e dados estatísticos precedentes deduz Dohrn a seguinte indicação para o parto prematuro artificial:

• Quanto pela marcha de partos anteriores em multiparas com estreitamento de bacia no grão medio, podemos prever que o parto de termo será de grave risco para a parturiente ou para o feto, é indicado o parto prematuro artificial, e justificada a operação pela experiencia de nossos tempos.

Assim resolvida a questão em relação á maioria dos casos, o professor Dohrn passa a examinal-a em relação ás primiparas.

Comquanto se tenha querido sustentar que somente a observação da marcha de um parto possa fornecer ao parteiro um juizo bem fundado acerca das relações de capacidade, tamanho da bacia da parturiente e da cabeça do feto, grão de compressibilidade da cabeça e de força das contracções uterinas, sustenta Dohrn que não é isto motivo bastante para que não se emprehenda nas primiparas esta operação, visto que os meios de exame de que dispõe actualmente a obstetricia permitem julgar tambem na primipara, com a segurança necessaria ao tratamento, qual a capacidade e a forma da bacia; e as conclusões que se podem tirar da observação d'um parto anterior do mesmo individuo; são illusorias em relação ao tamanho da cabeça do feto e á força das contracções do utero. É exactamente nas primiparas, diz Dohrn, que se deve esperar melhor resultado do parto prematuro artificial, porque faltam ahí muitas complicações, que muitas vezes prejudicam o resultado nas primiparas. Uma principal desvantagem, pensa elle como Michaelis, que é produzida pela fraqueza das contracções uterinas que cresce com o numero das prenhizes. Em 180 casos de parto em bacias estreitas, dos quaes 60 eram do primeiro, 60 do segundo e 60 do terceiro parto, observou elle contracções mais fracas ou irregulares em 10 % dos primeiros.

em 18 % dos segundos e em 28 % dos terceiros. Em mais 37 casos do 4º ao 8º parto as contracções foram fracas em 38 %.

Assim, conclúe Dohrn, que tanto nas primiparas como nos multiparas o estreitamento da bacia deve igualmente pesar na indicação do parto artificial.

Nas bacias simplesmente chatas com 7 a 8 centímetros no diâmetro *conjugado vero* (antero-posterior) ou nas geral e regularmente estreitadas (estreiteza absoluta) com 8 a 9 centímetros no *conjugado vero*, as probabilidades de resultado n'um parto de termo são tão duvidosas, que com o parto prematuro serve-se melhor a mãe e á creança.

A epocha mais opportuna para a operação do parto prematuro artificial é de 34ª á 35ª semana, e em sua opinião o resultado é muito duvidoso para a creança se o estreitamento é tal que exige a operação duas ou tres semanas mais cedo.

As cautelas devem ser as mais rigorosas possiveis. O risco da infecção puerperal é maior do que em qualquer outro caso, e a operação portanto não deve ser praticada senão n'uma clinica que offereça boas condições de salubridade.

« A gravidade, diz aquelle professor, está na longa duração do período de dilatação, nas repetidas explorações que a vigilancia do caso exige, e não menos no emprego intra-uterino de instrumentos que serviram já a outros casos.

« Pela experiencia de casos anteriores cheguei á resolução de não permittir a ninguem a exploração d'estas parturientes, e julgo imperdoavel que o director d'uma clinica permitta aos estudantes a livre observação d'estes casos, conjunctamente com a de todos os outros.»

(*Sammlung klinischer Vortraege von Richard Volkmann, Ueber kunstliche Fruhgéburts bei engem Becken, von R. Dohrn*).

Kysto fibroma do utero e de ambos os ovarios.—O Dr. Thomaz Bryant, distincto cirurgião do Guy's Hospital referio á sociedade Obstetricia de Londres o seguinte caso, um dos mais interessantes que se encontram nos annaes d'aquella erudita sociedade:

Uma senhora de 26 annos de idade consultou-o por causa d'um tumor do ventre que começara a desenvolver-se havia tres annos