

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

---

**DIRECTOR EFFECTIVO**

Prof. Dr. ARISTIDES NOVIS

---

**REDACÇÃO**

CLEMENTINO FRAGA, GARCEZ PRÓES, PINTO DE CARVALHO,  
GONÇALO MONIZ, MARTAGÃO GESTEIRA, PRADO VALLADARES,  
CESARIO DE ANDRADE, -

FERNANDO LUZ, J. ADEODATO, CAIO MOURA.

Professores da Faculdade de Medicina

---

**REDACTOR-SECRETARIO**

Dr. ARMANDO SAMPAIO TAVARES

Assistente da Faculdade de Medicina

---

**VOLUME 57**

NÚMERO 10 \* ABRIL 1927

---

BAHIA

ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

35, Rua Conselheiro Saraiva, 35

---

1927

## SUMMARIO

RUPTURA DO PERINEU DO PONTO DE VISTA OBSTETRICO — pelo Prof. Dr. J. Adeodato .....	Pag. 435
SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES DA BAHIA.....	» 465
REVISTAS DAS REVISTAS.....	» 469
NOTICIARIO .....	» 473
PUBLICAÇÕES RECEBIDAS.....	» 479

## ASSIGNATURAS

### Pagamento adiantado

PARA A CAPITAL	FÓRA DA CAPITAL
Por um anno . . 15\$000	Por um anno . . 20\$000
Por seis mezes . 8\$000	Por seis mezes . 12\$000

Numero avulso 2\$000

Os academicos de medicina pagarão apenas 12\$000 por anno ou 6\$000 por semestre.

A redacção não se responsabiliza pelos artigos assignados.  
Unico agente para a França — *Société Fermière des Annuaire*  
53 Rue Lafayette — PARIS.

### REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Rua Chile n. 26 — (1.º andar)  
BAHIA

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

FUNDADA EM 1866

Vol. LVII

Abril de 1927

N. 10

## RUPTURAS DO PERINEU DO PONTO DE VISTA OBSTETRICO (\*)

POR

J. Adeodato

Prof. Cathedratico da Faculdade de Medicina da Bahia

---

O que se entende como *ruptura do perineu*. — Traumatismos de varias especies pôdem produzir, na região perineal, lesões do feitio das soluções de continuidade, ás quaes se tem dado o nome de *rupturas* ou *lacerações do perineu*. Assumem, porém, caracteres especiaes e se destacam por desmarcada frequencia, as resultantes do trabalho do parto, e por isso mesmo essas denominações suggerem de ordinario a accepção de accidente obstetrico.

Das duas expressões, merece preferencia a primeira, de uso mais corrente e que dá idéa mais geral da natureza da lesão. A segunda, tenho-a por menos accetavel como designação generica, porquanto faz aceno a traumatismo mais violento e menos typico do que de regra se observa, como consequencia do parto, e deste

---

(\*) Lição feita na «Maternidade Climerio de Oliveira», a convite do Prof. Dr. ALMIR DE OLIVEIRA, illustrado cathedratico de Clínica Obstetrica, a quem muito agradeço a honrosa distincção.

modo só em casos particulares terá incontestavel cabimento. Aliás, todas as linguas cultas adoptam, ao lado de termos vernaculos, a fórma latina *ruptura*, mais ou menos modificada á feição de cada uma.

Outro ponto que carece elucidado é a dubiedade de sentido do termo *perineu*. Em obstetricia, como tal se comprehende ora o conjuncto de partes molles que fecham inferiormente a bacia, de accordo com a verdadeira concepção anatomica; ora, sómente o trecho desta região situado entre a vagina e o recto. Para evitar equívocos, costuma-se empregar no primeiro caso a expressão — *perineu anatomico* e no segundo — *perineu obstetrico*.

Rupturas de outra qualquer causa pôde produzirem-se em todos os pontos do perineu. Tambem as de origem obstetrica não são raras em alguma parte do contorno e do ambito da vulva; são, porém, mais frequentes e de mais importancia clinica as do perineu obstetrico, e são estas que mais propriamente e de ordinario são conhecidas como *rupturas do perineu*. As outras se designam melhor por *lesões traumaticas* ou *rupturas da vulva*, ou mais especificadamente — *do vestibulo*, *do clitórís*, *das nymphas*, etc. Impossivel, como é, banir da terminologia obstetrica essa accepção restricta do perineu, deve-se attentar bem nessa differenciação afim de se evitarem confusões, que pôde haver na leitura de certos livros.

*Classificação das rupturas do perineu.* — A ruptura do perineu de ordinario começa pela furcula e se estende

---

**LAXO PURGATIVO INFANTIL.** — Base manita (do maná). Unico no genero para crianças, eficaz, tem sabor de assucar e não habitua o organismo. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

mais ou menos ao longe do espaço vulvo-anal, até o esphincter, sem legal-o. A ruptura se diz, então, *incompleta*: do 1.º gráu, si se limita á furcula e do 2.º gráu, si se prolonga mais na direcção do anus. Quando o esphincter é compromettido e o rasgão interessa algum tanto a parede do recto, a ruptura é dita *completa* ou do 3.º gráu.

Além dessas espécies, que de modo geral se chamam *marginaes*, ha uma muito rara — *ruptura central*. O perineu se fende, então, na parte media, ficando intacta a furcula, havendo ou não rasgadura do esphincter.

Esta divisão classica é passivel de pequenos reparos. Não leva em consideração a profundidade da ferida. Ha rupturas que superficialmente se alargam até a margem do anus, mas não se entranham na espessura dos tecidos, e ao contrario, outras que, pouco extensas exteriormente, se altêam na vagina, ou interessam as camadas profundas. Tambem não prevê o caso de lesão parcial do esphincter, que importa em hesitação no julgar si a ruptura é do 2.º ou do 3.º gráu. Esta classificação não tem, pois, valôr sinão do ponto de vista terminologico.

*Frequencia.* — As rupturas do perineu são muito mais frequentes nas primiparas do que nas multiparas. Isto é facto incontestavel, que facilmente se explica pela maior elasticidade dos tecidos, resultante das modificações por que tem passado o perineu nas gestações anteriores. A avaliação numerica da frequencia em cada uma das condições sexuaes varia muito, entretanto, em diversas estatisticas, e isso porque está sujeita a causas de erro oriundas: — 1.º do criterio no modo de considerar as lesões, cumputando-se, ou não como rupturas do perineu as das partes anteriores da vulva e as pequeninas effracções da furcula; 2.º de observação pouco rigorosa,

ou falha, á qual muitas vezes o accidente passa despercebido, e este descuido, que nem sempre deixa de existir na organização das estatísticas hospitalares, pôde chegar ao ponto de, principalmente na clinica privada, só serem reveladas largas soluções de continuidade, quando algum indicio suggere á paciente reclamar do parteiro o necessario exame dos órgãos genitais.

São tão frequentes as lesões limitadas á furcula, que pôdem ser consideradas phenomeno habitual nas primiparas, e estatísticas mais favoraveis dão, neste caso, percentagem de 60 %. Nas multiparas, as diversas rupturas orçam em 10 %, segundo calculos correntes. Nesta ultima condição, é preciso levar em conta uma circumstancia, que é possivel não ter sido sempre attendida, isto é: devem-se distinguir os casos em que o perineu não se rasga porque já está rôto, daquelles em que os tecidos, até então intactos, ou levemente attingidos, se conservam no mesmo estado depois de novo parto.

Em falta de estatística rigorosamente organizada, e si descontarmos as exiguas lesões de miguada importancia clinica, julgamos aceitavel a média, geralmente admittida, de 30 % para as primiparas, e de 10 % para as multiparas, embóra, neste ultimo caso, nos inspire menos confiança.

As rupturas centraes são extremamente raras. Ao que me conste, uma vez unica foi assignalado, entre nós,

---

**CREME INFANTIL** — Em pó dextrinizado, 14 variedades, e m digestão quasi feita. Os pacotes são acompanhados de conselhos muito uteis sobre regime e hygiene. Preço: até 1\$300 o pacote, em qualquer parte do Brasil. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

um desses accidentes, em uma puerpera, recolhida á «Maternidade Climerio de Oliveira», o qual serviu de assumpto para a these inaugural do Dr. GÓES MONÇÃO.

*Noções de anatomia e physiologia obstetricas do perineu.*  
— Antes de proseguirmos nos pontos essenciaes desta dissertação, convém lembrar, *per summa capita*, a constituição anatomica do perineu, suas modificações obstetricas e o mecanismo da expulsão do feto, preliminares indispensaveis á comprehensão das questões de que nos occupamos.

O perineu anatomico ou *soalho perineal* dos parteiros francezes tem a fórma de losango, cujos lados anteriores correspondem aos ramos ischio-pubicos e os posteriores, aos ligamentos sacro-sciaticos e ás bordas anteriores dos musculos gluteos. Uma linha traçada entre as tuberosidades sciaticas—*linha bi-ischiatica*, divide o losango perineal em dois triangulos: um que fica por deante—*perineu anterior, genito-urinario* ou *vulvar*; outro situado por detrás—*perineu posterior, anal* ou *recto-anal*.

Além das camadas cutanea e musculo-aponeurotica superficiaes, toma parte na constituição do perineu, o musculo levantador do anus ou levantador coccy-perineal de FARABEUF. Este musculo, que constitue a elemento anatomico mais importante, do ponto de vista obstetrico, é formado por feixes que, partindo de cada lado da escavação pelvica, ao longo de uma linha que se estende da espinha sciatica á parte inferior do pubis, dirigem-se para trás e para baixo, e vêm prender-se á borda e á ponta do coccyx e a um raphe mediano, dito pré-coccygeo ou ano-coccygeo. Forrado superiormente por uma aponeurose resistente, o levantador do anus fórma um diaphragma—*soalho pelvi-muscular* de FARABEUF, concavo para cima, infundibuliforme, aberto inferiormente por uma fenda, atravessada pela urethra.

pela vagina e pelo recto. No acto do parto, o feto, antes de afrontar a vulva, tem de passar por esta fenda muscular, que FARABEUF denomina pubo-coecygea. O musculo levantador prende-se fortemente ao contorno destes conductos e, no espago vagino-rectal, as suas fibras se entrelaçam com os musculos e aponeuroses superficiaes, que ahi se concentram. O constrictor da vagina e o esphincter do anus orlam respectivamente os orificios vulvar e anal e se entrecruzam entre um e outro, a modo de um 8; os transversos superficial e profundo partem de cada lado da face interna da tuberosidade sciatica e convergem na linha média com os primeiros; as aponeuroses superficial e média, aliás de constituição incompleta neste ponto, juntam-se e se confundem com os supraditos elementos musculares.

De tudo isso resulta um massiço fibro-muscular encravado entre a vagina e o recto e forrado superficialmente pela pele, ao qual se denomina *corpo perineal*, arcabouço do perineu obstetrico ou porção ano-vulvar do perineu. Em córte antero-posterior da bacia, vê-se que os dois conductos se unem superiormente e se afastam para baixo, ao rés da pelle, medeando assim entre elles um espago triangular—*triangulo vagino-rectal*, occupado por aquelle bloco ou massa compacta de partes molles.

O perineu obstetrico apresenta, pois, á secção sagittal, a figura de um triangulo e consequentemente, em seu conjuncto, a de um prisma triangular. O vertice deste prisma, que é o limite superior do perineu obstetrico,

---

LEBERTRAN B — Emulsão concentrada de oleo de figado de bacalhão, phospho — calcio — arseno — ferruginosa. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

se acha situado de 30 a 38 milim. acima da pelle, justamente no ponto em que adherem entre si os dois conductos—vagina e recto. A base corresponde á pelle e mede, no diametro antero-posterior, ou seja a distancia da commissura posterior da vulva ao anus, de 15 a 25 millim.; lateralmente é limitada pelos sulcos genito-cruraes.

O corpo perineal não tem propriamente faces lateraes, porque são imprecisos os seus limites profundos á direita e á esquerda, mas, segundo MACALISTER, encontram-se estes, mais ou menos a 2 centm. de cada lado da linha mediana; as demais faces, em numero de tres, são livres: uma inferior ou base, sobre que já falamos, uma anterior e outra posterior. A face anterior ou vulvo-vaginal é forrada pela vagina e pela mucosa da parte posterior do vestibulo. Um tanto escavada inferiormente, onde se encontra a fossêta navicular, que se limita para baixo pela furcula, é antes levemente convexa na parte superior. A face posterior ou ano-rectal é coberta pela parede anterior do conducto intestinal e um pouco escavada pela dilatação ampullar do recto.

Os tecidos que compõem o soalho perineal, como os demais órgãos que entram em jogo no trabalho do parto, soffrem progressivamente, durante a gravidez, modificações intimas que os tornam extraordinariamente elasticos e distensiveis, no acto de expulsão do fêto. O perineu ou soalho perineal a pouco e pouco se dilata, pela propulsão da cabeça e se transfôrma por fim em verdadeiro canal, de fôrma curva de concavidade anterior. Por isso é que ao perineu anatomico, em obstetricia, se dá o nome de *bacia molle* ou *bacia dilatavel*, e ao canal que dahi resulta no acto expulsivo, o epitheto de *canal perineo-vulvar*. Este conducto, que tem como estreito superior a fenda pubo-coccygea e como estreito

inferior a vulva, tem uma parede anterior, curta, e uma posterior que se estende da base do coccyx á furcula vulvar, attingindo para mais de 15 centim., constituída principalmente pelo perineu obstetrico enormemente dilatado. O plano da vulva torna-se, então, quasi paralelo á face ventral da parturiente.

No estado verdadeiramente physiologico, as diversas condições em que se realiza o acto expulsivo harmonizam-se de modo que a distensão do perineu se proporciona á sua capacidade de resistencia. Os tecidos se dilatam gradativamente, ao impulso intermitente e rhythmico das contracções uterinas. A principio é sómente o perineu posterior que se distende, depois a vulva começa a entreabrir-se e o occiput vem, então, apontando na parte posterior do orificio vulvo-vaginal. Cessada a contracção, a parte fetal retrocede, e de novo é impellida por outra contracção, que a faz avançar um pouco mais. E assim, neste movimento de vae-e-vem as partes molles vão cedendo progressivamente, até que a cabeça *corda* na vulva e não mais recúa. Novas contracções compassadas fazem a apresentação atravessar a fenda vulvar.

Naturalmente a cabeça se orienta de modo que são os seus menores diametros que se apresentam na travessia da vulva. Em *occipito-pubica* e em attitude de flexão, quando começa a afrontar a fenda pubo-coccygea, o vertice vem, no proseguir do trabalho, pôr-se em

---

**LACTOVERMIL**—Tetrachlorureto de carbono e chenopodio.  
Polyvermicida 90% mais eficaz que os vermifugos communs.  
Usado pelo Dep. Nac. de Saúde Publica.—*Lab. Nutrotherapico.*  
—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

contacto pelo sub-occiput com a parte inferior da symphyse e, em seguida, por movimento de deflexão em torno desse ponto como eixo, apresenta successivamente na passagem da vulva os seus diâmetros sub-occipitales, que são os menores. Passado o maior destes — o sub-occipito frontal, o arco posterior da vulva escorrega rapidamente sobre a frente e a face do feto; a cabeça pende, então, em movimento flexivo.

Após pequena pausa, rôda por fóra a cabeça e se orientam internamente as espaduas em sentido antero-posterior, mas o diâmetro bis-acromial vem se apresentar de esguelha na fenda vulvar. Às mais das vezes é a espadua anterior que sae em primeiro lugar, e em torno de um ponto situado um pouco além do acromio; o thorax se encurva para deante, em quanto a espadua posterior dilata e franquea o arco posterior da vulva. Este mecanismo, porém, só é de rigôr quando o feto é bastante desenvolvido; nos de pequeno volume, as espaduas se libertam de qualquer modo.

Nas posições posteriores do vertice e nas demais apresentações, as partes fetaes tendem sempre a offerecer á passagem da vulva os seus menores diâmetros, que ainda assim, por via de regra, sobrepujam a elasticidade do perineu.

*Etiologia.* — A etiologia das rupturas do perineu comprehende diversas causas, das quaes umas dependem do feto, outras das relações deste com a bacia, umas tantas inherentes ao organismo materno e algumas outras relativas á assistencia obstétrica. Mais de uma destas causas podem collaborar em certos casos.

1.º *Causas dependentes do feto.* — O excesso de volume das partes fetaes é causa frequentissima de rupturas. Nestas condições, quando se consegue um perineu inco-

lume, depois da passagem da cabeça, muitas vezes a lesão vem se produzir na expulsão das espaduas.

2.º *Causas dependentes das relações do feto com a bacia.* — Nesta ordem de causas, o accidente se observa porque a parte fetal, mal orientada, apresenta na passagem da vulva diametros desproporcionados á capacidade de resistencia do perineu. É o que succede: *a)* quando se produz a deflexão precoce do vertice em occipto-pubica, de modo que são os diametros occipitales, ao invés dos sub-occipitales, que franqueam a vulva; *b)* quando ha rotação incompleta do occiput para deante; *c)* quando, na cabeça derradeira, se dá a passagem anormal dos diametros, como succede no vertice, mas em sentido contrario; *d)* no desprendimento sem rotação, ou passagem directa do diametro bis-acromial de fétos espaduados; *e)* no parto em apresentação da face, da fronte e na anomalia do vertice em occipito-sacral.

3.º *Causas inherentes ao organismo materno.* — As diversas causas desta ordem consistem em: *a)* insufficiente elasticidade natural dos tecidos, como se nota nas primiparas idosas, em mulheres excessivamente gordas e, em certos casos, devida a uma constituição histologica mal definida e que, segundo PINARD, se denuncia pela existencia de largas e numerosas estrias (*vergetures*) na pelle do ventre e das côxas; *b)* inextensibilidade da vulva e do perineu devida a factor pathologico, como edema e cicatrizes antigas; *c)* estreiteza da vulva; *d)* comprimento anormal do perineu obstetrico, donde

---

**PURGOLEITE** — (pastilhas). Admiravel e eficaz purgativo ou laxante para adulto. Tem sabor de confeito e não habitua o organismo. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

resulta que a impulsão da cabeça dilata mais o espaço ano-vulvar de que a propria vulva—condição favoravel á ruptura central; e) anteversão anormal da bacia; altura exaggerada da parte média dos pubis; arcada publica muito fechada—disposições todas estas que entram o movimento de deflexão natural da cabeça; f) rapidez do acto expulsivo, a não permittir a dilatação gradual dos tecidos, em consequencia de contracções uterinas desproporcionadas, de contracções subintraentes vulgarmente chamadas *contracções dobradas* e de esforços ou *puxos* inoportunos e intempestivos.

4.º *Causas relativas á assistencia obstetrica.*— Estas causas derivam da inobservancia dos cuidados a prestar durante o acto expulsivo e da execução descuidada das manobras e operações que têm por fim terminar o parto. O forceps, particularmente, tem sido incriminado como instrumento productor de frequentes rupturas do perineu; mas isto só se justifica no caso de applicação inhabil, ou extracção precipitada. Manejado com proficiencia e cautela, faz evitar-se tão bem o accidente, regulando a dilatação gradual dos tecidos, que é antes um meio de lhes garantir a integridade.

*Mecanismo e formas das rupturas.*— Vimos que no acto expulsivo é o perineu ano-vulvar ou, mais precisamente, o arco posterior da vulva que soffre a maior distensão. Quando por qualquer circumstancia, os tecidos não resistem, a ruptura se inicia, segundo BUDIX, pelo anel hymenal, mas o que se póde observar facilmente é que o rasgão começa na furcula, seguido, ás vezes immediatamente, do alargamento subito da solução de continuidade; mas de ordinario, após a pequenina lesão, ha uma pausa e a novo impulso da apresentação, a ruptura se prolonga mais ou menos rapidamente para dentro ao longo da vagina e para fóra na direcção do

anus. A effracção da furcula representa, no dizer de PAJOT, o golpe de tesoura que se dá em um panno para encetar-lhe a rasgadura.

A lesão pôde ser superficial e só comprehender a pelle e a mucosa da vagina, ou se aprofundar mais ou menos nas camadas subjacentes. Succede ás vezes romperem-se fibras musculares do levantador do anus, antes que se rasguem os tegumentos, podendo mesmo estes se conservar intactos.

O traço exterior das rupturas é quasi sempre mediano, porque é no mesmo sentido que a distensão dos tecidos é mais intensa. O prolongamento da lesão á parede do recto, através do esphincter, segue a mesma directriz. Mas na vagina, ao contrario, é ás mais das vezes extramediano. A parede posterior deste conducto apresenta na parte média um espessamento— a *columna posterior*, aos lados da qual correm dois sulcos, que convergem para baixo na margem superior da fossa navicular. A ruptura da furcula se propaga habitualmente por um desses sulcos, ou pelos dois ao mesmo tempo, porque são pontos mais fracos do que a *columna posterior*. Nas multiparas, esta saliencia tende a esvaecer-se, favorecendo a possibilidade das feridas medianas. Pôde tambem haver, como tenho observado algumas vezes, uma como que bi-partição natural da *columna* por um sulco longitudinal, que eventualmente pôde tornar-se o caminho preferido pelo traço da solução de continuidade. Nada disso, porém, se contrapõe á predominante occurrencia

---

AMINA-ZIN—Extractos vitaminosos de cenoura, cevada germinada, etc. Poderoso toni-estimulante da nutrição. Unico desta classe no Brasil.—Lab. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

das lesões lateraes da vagina, principalmente nas primiparas.

Tenho observado algumas vezes que o traço de ruptura externa tem situação para-mediana, de modo que, ao invés de incidir perpendicularmente sobre o anus, se prolonga para trás por fóra do esfíncter, sem lesal-o.

Sendo triangular a secção antero-posterior do corpo perineal, a superficie da ferida, na ruptura mediana incompleta apresenta o aspecto de um losango (fig. 1), ou de dois triângulos unidos por um dos lados— $a d$ , sendo  $c c$  os pontos correspondentes á furcula,  $c a$  e  $a c$  os labios da ferida vaginal,  $c d$  e  $c d$  os da ferida cutanea. Na ruptura completa, a area cruenta se assemelha a uma borbolêta de asas abertas, sendo cada asa irregularmente quadrilatera (fig. 2), com uma borda interna commum— $a b$ , uma superior  $a c$ —vaginal, uma inferior  $b d$ —rectal e uma externa  $c d$ —cutanea. Os pontos  $s$  marcam as extremidades do esfíncter seccionado.

Nas lesões que interessam a vagina ao longo de um ou de ambos os sulcos, a fórma da superficie cruenta é variavel, conforme a ferida se estende mais ou menos de um só lado, ou dos dois. Si a ruptura é incompleta e unilateral, apresenta muitas vezes o aspecto de losango irregular. Si é incompleta, mas interessa os dois sulcos em igual extensão, temos a figura de um quadrilatero de lados transversaes muito curvos (fig. 3), dos quaes o superior  $a b a$  representa as bordas da columna posterior da vagina, o inferior  $c d c$  as margens da solução de continuidade cutanea; e dois lados—direito e esquerdo— $a b' c$  e  $a b'' c$ . A metade  $a b$  do lado superior e o trecho  $a b'$  do lado direito são as bordas da solução de continuidade do sulco vaginal direito, a outra metade  $a b$  do lado superior e o trecho  $a b''$  do lado esquerdo

representam os labios da solução de continuidade do sulco direito;  $b'c$  e  $b''c$  são as margens direita e esquerda do rasgão da furcula e da fossa navicular.

Na ruptura completa, o lado inferior desse quadrilátero é interrompido por uma fenda triangular mais ou menos profunda  $d d' d$  (fig. 4), que figura a solução de continuidade do anus e do recto;  $s s$  são as extremidades do esfíncter seccionado.

Desses diversos eschemas, é facil deduzirem-se fórmulas intermediarias, ou mais complicadas das superficies sangrentas. Em qualquer caso, esta noção é indispensavel quando se procede á reconstituição operatoria do perineu. Nas feridas frescas, a sutura terá que unir a seu homologo cada linha ou ponto acima figurados. Nas rupturas antigas, o avivamento que se torna, então, necessario, se fará de accôrdo com algum desses modêlos, que o exame local tenha suggerido.

Convem notar que a maior ou menor afastamento dos grandes labios para o exame das lesões faz variar a fórmula da solução de continuidade, sem que, entretanto, se deixem de reconhecer os traços essenciaes de determinado padrão.

As rupturas centraes do perineu ora são incompletas e só interessam a pelle, ou esta e a mucosa vaginal ao mesmo tempo, com conservação dos tecidos intermediarios; ora são completas e compromettem todas as camadas perineaes, de modo que se fórmula uma especie de canal irregular, que communica a vagina

---

**TONICO INFANTIL.**—(Concentrado). (Sem alcool). Poderoso reconstituente das crianças e unico no genero. (Iodo—tanico—arrhenio—glycero—phospho—nucleo—vitaminoso) Lic. 406).—Lab. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

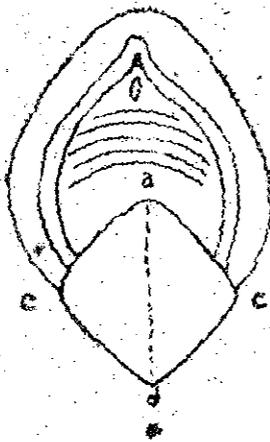


Fig. I

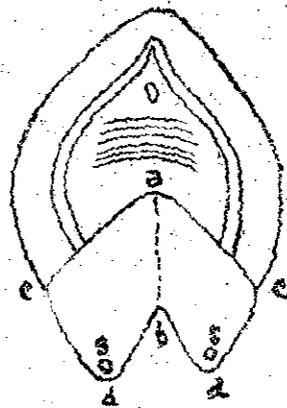


Fig. II

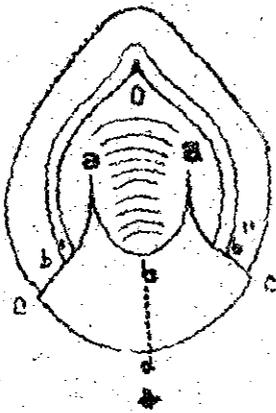


Fig. III

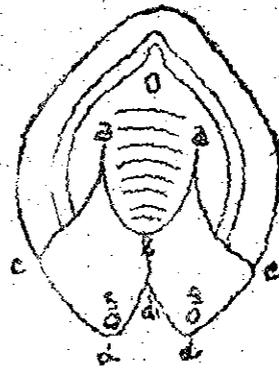


Fig. IV

PERINEORRAPHIA  
 (Eschema do Prof. J. ADEONATO)

com a superfície do perineu. Esta fórma de ruptura occorre por superdistensão do perineu posterior, quando a impulsão da cabeça vem incidir sobre elle, sem que se dê a deflexão peculiar á expulsão physiologica. É o que acontece, por exemplo, no desprendimento em occipito-sacral. O fêto pôde ser expellido pela via natural, ou pela brécha do perineu, e neste ultimo caso, a ruptura muitas vezes se alarga até a vulva ou até o anus.

Alguns autores falam de rupturas do tabique recto-vaginal sem lesão superficial do perineu, ás quaes attribuem explicação pathogenica semelhante á das rupturas centraes. Segundo VERR tambem pôdem ser devidas á compressão do perineu posterior ou da parede anterior do recto, em certas manobras que usam alguns parteiros, para auxilio da deflexão da cabeça, no intuito de protecção ao perineu.

Facto curioso, que ainda não vi por outrem referido, é a ruptura propagada á parede do recto, sem interrupção do anel esphincteriano. Ha muitos annos, observei dois casos desta natureza, sem que atinasse desde logo com explicação plausivel. Desde então, procurando pesquisar attentamente, tenho-me certificado da existencia de mais algumas lesões do mesmo feitio. Si se examinar bem o traço de rupturas extensas, verifica-se que uma vez por outra elle passa por cima do esphincter e parece continuar através do anus. Introduzido o dêdo no recto, comprova-se a persistencia pelo menos parcial do anel musculoso e, eventualmente, uma fenda que se abre pela pressão da extremidade digital, na parede anterior do recto. Esta especie de ruptura tem-me parecido produzir-se do seguinte modo. Quando, no acto expulsiivo, a distensão do perineu chega ao auge, acárreta muitas vezes a exteriorização da mucosa rectal através do anus. Si porventura se dá neste momento uma

solução de continuidade do perineu, ella pôde estender-se directamente á mucosa prolabada, sem attingir o esphincter, ou comprometendo apenas as suas fibras mais excentricas. Após o parto, a mucosa fendida retrocede, indo a brécha occupar uma situação acima do esphincter. A lesão, sem uma pesquisa conveniente, como a que acima referimos, passará certamente despercebida, até que venha a ser denunciada pela passagem das materias fécaes. E ainda quando seja reparada por sutura immediata a ferida vagino-cutanea, não deixará de resultar dahi uma fistula recto-vaginal.

Alguns autôres, a exemplo de Pozzi, admittem que as fistulas recto-vaginaes muitas vezes se originam de ruptura completa do perineu, por *cicatrização espontanea* do esphincter, e persistencia da comunicação entre os dois conductos, porque é impossivel a reparação natural do septo fendido. Ora, a reconstituição do esphincter, nessas condições, é facto mais que duvidoso. Interrompido por secção o anel esphincteriano, as extremidades se retraem e se afastam, em virtude da tonicidade que lhe é propria. Sómente quando a solução de continuidade do esphincter é incompleta, as fibras incolumes poderão manter certa aproximação das extremidades do musculo, o que, de facto, muitas vezes se observa. Mas neste caso, não se comprehende como se possa produzir uma fenda do septo, pelo mecanismo habitual

---

**GUARANIL**--(Concentrado)--Tónico poderoso, estomachico-hematogenico, de inegavel superioridade sobre os existentes, devido á sua acção anti-toxica, estimulante intestinal e concentração. (Guaraná—iodo—kola—arrhenio—phospho—calcio—nucleo—vitaminoso).—Lab. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

das rupturas, si não se admittir a explicação acima exarada. Na ruptura completa, o processo de cicatrização natural da ferida do recto, quando se effectua, marcha de cima para baixo e, por mais regular que se faça, esbarra um pouco acima do esphincter, justamente porque a retracção deste musculo lhe impede o proseguimento. Si o tabique está rôto e o esphincter intacto, a reparação espontanea não é capaz de obliterar a fenda, porque a isto se oppõe a passagem dos gazes e das materias fecaes. Parece-me, pois, que a pathogenia das fistulas recto-vaginaes que venho combatendo se originou de observação defeituosa dos factos. Nos casos que lhe serviram de base, deve ter havido, quando muito, lesão parcial do esphincter e rasgadura do septo, pelo mecanismo da propagação da ruptura cutanea á parede do recto em prolapso, no momento da expulsão do fêto.

Sobre a cicatrização natural das rupturas do perineu, devo dizer ainda alguma cousa. Em meio aseptico, a *via medicatrix* é capaz de refazer, em parte pelo menos, a continuidade dos tecidos, nas lesões limitadas á furcula e até nas de maiores dimensões, quando é mediana a séde da solução de continuidade vaginal, e não tanto quando esta se faz ao longo de um ou de ambos os sulcos. Nas lesões bi-lateraes, a linguêta de mucosa, correspondente á columna posterior, se interpõe aos labios da ferida, a escancarar a vulva, de modo que a cicatrização natural vem tornar permanente esta deformidade.

Vimos que a parede do recto fendida se reconstitue bem ou mal, de cima para baixo, e que o esphincter é impassivel de refecção quando totalmente seccionado. Tecido fibroso pôde, entretanto, remendar por deante o circuito das fibras musculares interrompidas, de modo que se torna possivel certo gráu de oclusão do anus.

Quando ha infecção e mórmente nas lesões irregu-

lares, é muito mais defeituosa a reparação dos tecidos. Ha perdas de substancia e se fórnam bridas fibrosas, que não só deformam, como tornam a vulva, a vagina e o perineu inextensíveis, predispondo-os a ultteriores rupturas. Nas lesões que compromettem a parede ano-rectal, o reparo cicatricial, irregular e sobremodo deficiente, importa demais na incontinencia mais ou menos notavel dos gazes e das materias estercoraes.

Como accidente immediato das rupturas frescas do perineu, devemos mencionar a penetração dos germes infecciosos por via sanguinea ou lymphatica, até os órgãos profundos. E isto, bem como as consequencias supraditas, nos impõem a necessidade e justificam as vantagens da reconstituição immediata das partes lesadas, por meio de suturas. Antes, porém, de me occupar deste assumpto, quero dizer alguma sobre a

*Prophylaxia das rupturas do perineu.*— Como medidas prophylaticas estudaremos: 1.º— regras e preceitos relativos á orientação das partes fêtaes e a marcha do trabalho expulsivo; 2.º— manobras e pequenas intervenções que, em imminencia do accidente, se põem em pratica para evital-o, ou pelo menos tornal-o menos grave.

1.º— A primeira ordem de medidas consiste em promover o possivel para que a expulsão da parte fetal se faça pelos menores diâmetros e para regular a distensão gradativa do perineu. Na expulsão em occipito-pubica,

---

**GUARAINA— Comprimidos).** Base guaranina do guaraná-Cura ou allivia em minutos qualquer dor, enxaquecas, etc., aborta a grippe, resfriados, etc., e é tonico do coração, ao contrario dos similares que são depressivos.— Tome um ou dois comprimidos.— Lab. Nutrotherapico—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

a intervenção do parteiro é nulla até o momento em que o occiput entreabra de tal modo a vulva, que não mais retroceda, e o perineu se mantenha distendido no intervallo das contracções uterinas. O primeiro preceito é, então, prohibir á mulher de secundar por puxos as contracções. Bom meio para isto é ordenar-lhe a manutenção da bocca aberta.

Afóra esse preceito, têm sido aconselhadas varias manobras, que visam umas sustentar o perineu, outras, mais racionaes, guiar a deflexão natural e impedir a sahida precipitada da cabeça. São illusorios e inuteis todos os processos de sustentação, os quaes consistem essencialmente em abarcar e comprimir com a palma da mão o perineu dilatado. Dos processos da segunda categoria, menciono apenas aquelle de que ordinariamente me utilizo. Quando o vertice já não retrocede, no intervallo das contracções uterinas, procuro moderar-lhe o avançamento a cada novo impulso, por meio dos dedos da mão direita applicados sobre o bojo perineal, com os quaes ao mesmo tempo exerceo uma especie de tracção dos tecidos de trás para deante, o que faz minorar a tensão do arco posterior da vulva. Com a mão esquerda, passada sobre a côxa direita da parturiente, arregajo sobre o occiput, durante a contracção, como aconselha VARNIER, o arco anterior da vulva, recalçando-o para a nuca, de maneira a facilitar a passagem da cabeça pelos diametros sub-occipitales. Neste meio tempo, faço tambem escorregar um e outro grandes labios, successivamente, sobre as bôssas parietales correspondentes.

Quando o perineu oppõe obstaculo á expulsão do thorax, o que só acontece quando o fêto é volumoso, deve-se fazer passar primeiro a espadua anterior, e effectuar o desprendimento da espadua posterior e do

braço correspondente, por movimento de rotação do thorax para deante, em torno de um ponto sub-acromial que se põe em contacto com a parte inferior da symphyse. Melhor será retirar desde logo o braço anterior e, em seguida, a outra espadua e o membro respectivo. Em qualquer dos dous casos, a expulsão se faz por um diametro algo menor do que o bis-acromial. Outra manobra que facilita muito a libertação das espaduas, poupando o perineu, quando o fêto apresenta largo diametro bis-acromial, consiste em impellir para trás da symphyse a espadua anterior e abaixar a posterior, de modo que vem atravessar a vulva um diametro cervico-acromial, muito menor. Desprendido o braço posterior, a expulsão da outra espadua se faz por diametro tambem mais curto—*axillo-acromial*.

Na cabeça derradeira, o desprendimento deve obedecer, *mutatis mutandis*, aos mesmos preceitos que no vertice em occipito-pubica.

Quando se recêa ruptura em qualquer outra circumstancia mencionada a proposito da etiologia, a acção preventiva da assistencia obstetrica se limita a regular quanto possivel a distensão gradual do perineu e da vulva, si não é que se julgue opportuno lançar mão de outros recursos, que passamos a expôr.

2.º Dentre as manobras, já arroladas como velharias, pelas quaes se tem pretendido evitar as rupturas obstetricas, lembro apenas as manipulações sobre a

---

**NUTRAMINA**—(Aminas da nutrição). Farinha fresca polyvitaminosa e do crescimento, mineralizadora dos tecidos, calcificante dos ossos e estimulante do appetite. Unica no genero. —Lata 3\$500.—Lab. Nutroterapico.—Dr. Raul Leite & C. —Rio.

cabeça fetal, através do perineu posterior ou da parede anterior do recto, quando, por orientação defeituosa, superdistende os tecidos do espaço ano-vulvar, ameaçando rasgá-lo. Temos dito que taes manobras, condemnaveis, têm sido incriminadas de lesões do tabique recto-vaginal.

No caso, raro, aliás, em que haja entrave á deflexão do vertice em O. P., durante o acto expulsivo, uma applicação de forceps bem dirigida salvaguarda, de modo efficaz a integridade do perineu. O mesmo beneficio se consegue com este instrumento, quando o vertice attinge o estreito inferior muscular em attitude de insufficiente flexão, ou com tendencia a rotação para trás, vindo deste ou daquelle modo dilatar a fenda vulvar, por mecanismo propicio á ruptura. Em qualquer das duas hypotheses, o forceps corrige a attitude viciosa, flectindo na primeira, rodando para deante na segunda, e se pôde, então, deixar a expulsão ultimar-se pelas forças naturaes, ou effectual-a, acto continuo, com o mesmo instrumento.

É tempo agora de falar sobre uma pequena operação a—*episiotomia* (de *epision*—vulva e *tome*—secção), que se tem aconselhado e se pratica na imminencia de ruptura do perineu. Consiste em seccionar mais ou menos profundamente, e em um ou mais pontos, o rebordo da vulva distendida pela parte fetal. Não é propriamente meio preventivo: visa antes evitar a lesão do anus e do recto, ou pelo menos substituir o traumatismo obstetrico por ferida cirurgica, regular e de mais facil reparação.

A episiotomia tem sido tambem utilizada para alargamento do conducto vulvo-vaginal, com o fim de facilitar o accesso das partes profundas em certas operações, como a cesareana vaginal.

Em caso de ameaça de ruptura do perineu, esta pequena operação, que aliás não tem sido muito applaudida, se executa com bisturi, ou tesoura, a partir da bórda vulvar, incisando-se os tecidos excentricamente. Alguns aconselham o córte mediano, encetado na furecula e prolongado até certa distancia do anus; mas como este modo de proceder comporta a grave objecção de ser possível, pela passagem do fêto, o alargamento da ferida, até comprometter o esphincter e o septo rectal, justamente o que se deseja evitar, preferem outros incisar lateralmente, ou começar a incisão na linha média e, depois de curto trajecto, desvial-a para fóra do orificio anal. TARNIER acha mesmo conveniente este prolongamento para ambos os lados, dando assim á incisão a fórmula de Y invertido.

*Tratamento das rupturas do perineu. Perineorrhaphia.*

—O tratamento das rupturas do perineu consiste essencialmente na reconstituição cirurgica da continuidade das partes lesadas. Esta operação, quando praticada nas rupturas frescas, qualifica-se de *perineorrhaphia immediata* e consta apenas de uma ou mais series de sutura, que afrontam as superficies cruentas. Quando se effectua após o processo de cicatrização natural, denomina-se *perineorrhaphia tardia* e comprehende, então, a mais, um avivamento prévio.

Póde-se operar tambem no periodo de granulação da ferida e neste caso a intervenção se diz *perineorrhaphia*

---

LACTARGYL—(Específico infantil). Lactato neutro de hydrargirio e extractos vitaminosos. Notavel toni-purificador do sangue das crianças. Único no genero no Brasil. —Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

*secundaria*, a qual requer a raspagem preliminar dos botões carnosos.

Logo após a expulsão do feto ou do delivramento, é dever do parteiro pesquisar alguma ruptura eventual e examinal-a cuidadosamente para determinar-lhe a fórma e a extensão, noções indispensaveis á indicação cirurgica. Muitas vezes basta o simples afastamento dos grandes labios, para se reconhecerem as condições dos tecidos; mas é pela applicação de uma valva vaginal que se terá melhor idéa de lesões altas da vagina, as quaes de outro modo pôdem passar despercebidas. Quando a ruptura attinge os dous sulcos ao mesmo tempo, a extensão do ferimento parecerá menor, si se não tiver o cuidado de levantar com uma pinça a ponta da linguêta mediana correspondente á columna posterior. Para facilitar o reconhecimento do estado das partes lesadas, é util irrigal-as com agua esterilizada quente, que ischemia um tanto a mucosa intacta, pondo em destaque a superficie cruenta.

Dada uma ruptura do perineu, deve-se proceder sempre á perineorrhaphia immediata; ou haverá circumstancias que a tornem dispensavel, inexequivel, ou contra-indicada? Pequenas lesões da furcula pôdem prescindir da sutura: bastam-lhes alguns toques com tintura de iodo, repetidos nos dias subsequentes. Não será demasia, porém, passar-lhes algum ponto, no intuito de fechar a porta de entrada aos germes infecciosos.

As soluções de continuidade de certo vulto, por via de regra, devem ser reparadas pela sutura immediata. Justificam plenamente desistir deste preceito a anemia aguda post-hemorrhagica e accidentes graves outros de qualquer natureza, que façam perigar a vida da paciente e requeiram promptas e inadiaveis medidas therapeuticas de ordem diversa. Edema e infecção local não

são contra-indicações absolutas, mas apenas relativas, porquanto constituem probabilidades de fracasso da cicatrização.

Na pratica obstetrica privada, frequentemente deixam as rupturas do perineu de receber o necessario tratamento cirurgico, já por insubmissão da paciente, já por motivo de ordem profissional, como falta de commodidade e de sufficiente aparelhamento, ou, o que é menos justificavel, desconhecimento da lesão e receio de attrahir a attenção dos intessados para o accidente, que pôde ser levado á conta de inhabilidade.

Difficil é precisar o prazo dentro do qual é aconselhavel ou exequivel a perineorrhaphia immediata, sem prejuizo do exito cicatricial. De regra, a operação deve ser feita logo após o delivramento, descontado o tempo necessario para o exame das lesões e os preparativos immediatos da intervenção, o que se consegue de ordinario dentro de uma hora. Nestas condições, é geralmente dispensavel o emprego de qualquer aesthesiaute geral, ou local, porquanto a sensibilidade adormecida dos tecidos, em virtude do trabalho obstetrico, torna a intervenção pouco dolorosa. Com protelação de algumas horas, perde-se essa vantagem, mas a operação pôde ser ainda effectuada, attendendo-se, porém, que decresce tambem com o decorrer do tempo a notavel capacidade de cicatrização de que gozam os tecidos depois do parto, e que é uma das razões em favor da perineorrhaphia immediata.

---

**EMAGRINA** - Comprimido para emmagrecer. Thyroide-triido—lithinado. Não prejudica o organismo. Acompanhado de regime alimentar muito útil.—Lab. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

*Técnica da perineorrhaphia immediata.*—A intervenção pôde ser feita no proprio leito, principalmente si a ruptura é pequena; mas é muito mais commodo, ou se torna mesmo de rigôr, conforme a gravidade do caso, executal-a em uma mèsã operatoria ou, na clinica domiciliaria, em pequena mèsã commum.

Em qualquer hypothese, a superficie cruenta será expurgada, por meio de uma compressa, de pequeninos coalhos adherentes; regularizam-se, si fôr necessario, as bordas da soluçao de continuidade, destacando-se por golpes de tesoura alguma franja de tecido contundido, e aseptica-se a pelle com tintura de iodo diluida em alcool (1:2), convindo evitar se entranhe o liquido na ferida, o que pôde prejudicar a cicatrizaçao.

A operaçao é muito simples, quando a ruptura é mediana regular e attinge apenas exigua extensao da vagina e dos tecidos profundos. Mantida a paciente na posicao obstetrica, passam-se apenas uns dous ou tres pontos de crina de grossura média, com uma agulha de EMMET, através do perineu, carregando os tecidos profundos. Nestas pequenas rupturas, pôde empregar-se mesmo fio de catgut, com o fim de dispensar a retirada dos pontos, a qual de ante-mão amedronta as doentes pusillanimes.

Si a lesao é larga, compromette os sulcos da vagina, ou se prolonga até o anus e o recto, ha necessidade da posicao perineal, que, em falta de mèsã operatoria, se pôde conseguir por um ou dous ajudautes a manterem as côxas em abduçao e flexao sobre o abdomen. Expõe-se a vagina por meio de uma valva larga, mantida pelo ajudante e, si a paciente estiver anesthesiada, será de vantagem prender e afastar os grandes labios com uma pinça de Museux de cada lado. Introduz-se, eutao, uma compressa de gaze no fundo da vagina, no intuito de

suspender temporariamente o corrimento de sangue, que viria de algum modo estorvar as manobras operatórias.

Nas rupturas incompletas, procede-se em primeiro lugar á sutura da vagina, na qual se emprega catgut n. 2 ou 3, com agulhas curvas ordinarias e um portá-agulha apropriado. Os pontos serão passados a uns 4 mill. das bordas da solução de continuidade e estas afrontadas meticolosamente por nós de cirurgião. Dado o primeiro ponto, na extremidade superior da ferida, é util conservar longas as pontas excedentes do fio e prendel-as a uma pinça de PÉAN, sobre a qual, no proseguimento da costura, o operadôr exerce moderada tracção, que abaixa os tecidos, facilitando a feitura dos pontos.

Nas rupturas bi-lateraes, dá-se o primeiro ponto (o mais profundo) de um lado, prendendo, como acima ficou dito, as extremidades do fio com uma pinça de PÉAN, e em seguida procede-se do mesmo modo no lado opposto. Os pontos subsequeutes serão dados alternadamente de um e outro lado, tendo-se o cuidado de não estirar a linguêta mediana correspondente á columna posterior, o que importaria em vir prendel-a muito baixo, dando em resultado o alargamento da fenda vulvá. Ao contrario, o vertice da linguêta deve ficar um pouco acima da commissura posterior. No primeiro caso, a sutura da vagina, quando completa, teria a fórma de um V, cujos ramos superiores representariam os sulcos a se terminarem na commissura posterior da vulva,

---

**PEPSIL**—Tri-digestivo infantil, papaina virgem, pancreatina, diastase, vitaminas.—Ladr. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

contrafazendo a morphologia natural; no segundo ter-se-á o aspecto de um Y, cujo ramo inferior cõrresponde á fossêta navicular refeita, em cuja extremidade superior vêm convergir os dous ramos superiores da figura, que são os sulcos vaginaes, conforme a disposição anatomica normal.

Quando se tiver terminado a costura de ambos os sulcos da vagina, um ponto mais forte, que em certos casos será melhor fazer de crina, unirá o vertice da linguêta com os dous lados do angulo reintraente onde nasce o ramo inferior do Y. Conservadas e prêsas a uma pinça de PÉAN as pontas sobejantes desse nó, cortam-se as similares dos pontos superiores, e se retiram da vagina a valva e a compressa. A ferida apresenta, então, a figura de uma ruptura da furcula, mais ou menos prolongada para trás, ou seja a de um losango.

Trata-se ágóra de refazer com um ou dous pontos de catgut a fossêta navicular, mas é preferivel cuidar logo da sutura do espaço ano-vulvar. Com uma agulha de EMMET, penetra-se a cerca de 6 millim. da bõrda da ferida, carregando bõa porção de tecidos profundos, de um e outro lado, fazendo sair a igual distancia do lado opposto a ponta do instrumento, na qual se eufia a crina, retirando em seguida a agulha. As extremidades dos diversos fios de cada lado são prêsas successivamente a uma pinça de PÉAN. Com duas pinças *dente de rato*, o operadõr coapta com exactidão as bõrdas da ferida, em quanto o ajudante amarra cada ponto. Completa-se a

---

**HUSTENIL** (gottas) — Allium, aconito, belladonna, bromoformio, phosphato de codeina. Poderoso anti-grippal, coqueluche resfriados, etc. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

suturá com um ou dous pontos na furcula, si anteriormente não tiverem sido feitos.

Conservam-se as extremidades excedentes das crinas, com as quaes se dá um nó em conjuncto; protege-se o perineu com uma compressa espessa de gaze esterilizada, que se renova com frequencia. A operada pôde urinar livremente, observando-se, porém, a medida de banhar as partes com uma solução antiseptica, após cada urinação.

Retiram-se os pontos no 8.º dia, e antes deste prazo, sómente algum que porventura tenha inflammado e esteja cortando os tecidos. Em caso de suppuração manifesta, destaca-se immediatamente a sutura e trata-se a ferida pelos meios ordinarios.

Quando ha lesão ano-rectal, sutura-se primeiramente a parede do recto, com fios de catgut n. 2, procedendo-se de cima para baixo e fazendo passar cada fio, da mucosa do recto para a cavidade da vagina, e do lado opposto, em sentido inverso, de modo que os nós sejam dados dentro da cavidade rectal. Ao praticar a costura, que se estende até o anus, deve-se attentar que as bórdas da mucosa não revirem para cima, e sim para dentro do recto, com o que se faz melhor afrontamento. Passa-se depois um ponto com crina, a comprehender a pelle da margem do anus e as extremidades do esphincter, deixando longas as pontas do fio e prendendo-as com uma pinça de PÉAN. A ferida fica, então, nas condições de uma ruptura incompleta e vae ser tratada como acima se descreveu, a requerer os mesmos cuidados

---

**HUSTENIL** (xarope) — Allium, aconito, belladonna, bromoformio, louro cerejo. Poderoso específico do aparelho respiratorio. — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

post-operatorios, sendo, a mais, necessario administrar-se á paciente algum preparado de opio, para entreter prisão de ventre, durante uns 5 ou 6 dias, após os quaes serão provocadas as dejecções por qualquer purgativo, mas nunca por clysteres.

Dada a fallencia da operação nas rupturas completas, não ha outro recurso sinão a *perineorrhaphia tardia*; nas incompletas, porém, pôde tentar-se a chamada *perineorrhaphia secundaria*, que se pratica dias depois do parto, no periodo de granulação da ferida e após raspagem preliminar dos botões carnosos.

**ANTI-ANEMICO — ANTI-NERVOZO**

**GRAGÉAS**  
do Dr.

**HECQUET**

Laureado da Academia de Medicina de Paris  
de *Sesqui-Bromureto de Ferro.*

O melhor medicamento ferruginoso, contra:

**ANEMIA, CHLOROSE,  
NERVOSIDADE, CONSUMPÇÃO.**

O unico que reconstitue o sangue, calma os nervos e nunca occasiona prisão de ventre.  
DOSE: 2 a 3 gragéas a cada refeição.

**ELIXIR e XAROPE do Dr. HECQUET**  
de *Sesqui-Bromureto de Ferro.*  
Deposito: *Paris, Montagu, 49, B° de Port-Royal,*  
E EM TODAS AS PHARMACIAS

EMPHYSEMA      BRONCHITES  
DYSPNEA      ASTHMA

**JODEINE MONTAGU**

**PILULAS  
XAROPE  
AMPULLAS**  
de *Bi-Iodureto de Codeina*

**ANTIDYSPNEICO  
CALMANTE DA TOSSE  
EXPECTORANTE**

MONTAGU, Ph<sup>co</sup>, 49, Boulevard de Port-Royal,  
em todas as Pharmacias.

XAROPE: 2 a 3 colheres, das de sopa, puro, por dia.  
PILULAS: 4 a 8 pilulas por dia.

# BOLETIM

DA

## Sociedade Medica dos Hospitaes da Bahia

---

SESSÃO 1.<sup>a</sup> DE 24 DE ABRIL DE 1927

Teve lugar no domingo ultimo, no Hospital Santa Izabel, a primeira sessão dessa utilissima Sociedade, no curso do anno vigente.

Presentes os Drs. Flaviano Silva, vice-presidente, Octavio Torres, José Anisio Teixeira, Colombo Spinola, Canna Brazil, Leoncio Pinto, José Olympio, Antonio Maltez, Vidal da Cunha, João Martins, Pedro Bastos, Almir Braga, Armando Tavares, Aristides Novis e crecido numero de academicos de medicina, deu-se inicio á sessão, pela eleição da nova mesa, a qual deu o seguinte resultado:

Presidente, Dr. Flaviano Silva; vice-presidente, Dr. Octavio Torres; secretario geral, Dr. Aristides Novis; 1.<sup>o</sup> secretario, Dr. Armando Tavares; 2.<sup>o</sup> secretario, Dr. Vidal da Cunha; thesoureiro, Dr. Antonio Maltez.

Empossada a nova mesa, o Dr. Flaviano Silva agradece a prova de distincção e apreço dos seus collegas, elegendo-o, e apella para a collaboração de todos como garantia ás bellas tradições da Sociedade.

O Dr. José Olympio pede seja inserto na acta um voto de louvor á mesa que terminou o mandato, representada na pessoa do seu ex-presidente, o Dr. Caio Moura, pela maneira por que soube conduzir os destinos da Sociedade.

O Dr. Aristides Novis, secretario geral, relata os traba-

lhos do anno social proximo findo, expressos em importantes communicações, que bem dizem da vitalidade da aggremação.

O Dr. Octavio Torres propõe seja nomeada uma commissão para rever o regimento e o premio Oswaldo Cruz; chama a attenção dos collegas de quem tudo espera, para o brilho do futuro Congresso Medico, a reunir-se na Bahia, a 2 de Julho do anno vindouro; agradece, finalmente, aos jornaes da capital a gentileza com que costumam attender ás sollicitações da Sociedade, publicando-lhes os convites. Encerra-se o expediente com a proposta para socios dos Drs. Estacio Lima, Antonio Leone e Pedro Bastos.

*Um caso de ainhum.*—O Dr. Almir Braga apresenta photographias de um caso de ainhum, (molestia de Silva Lima) observado na pessoa de um preto, ha alguns annos, quando frequentava como estudante, a Sala do Banco do Hospital Santa Izabel. Descreve os symptomas iniciaes da affecção, de accordo com as informações colhidas do doente, e diz que as dôres que o mesmo accusava por occasião do exame, e que muito lhe embaraçavam a locomoção, lhe inspirára a secção do dedo affectado, (o dedo minimo de um dos pés), peça hoje pertencente ao Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, ao qual offereceu, por intermedio do Dr. Octavio Torres.

Entra a estudar a pathogenia da affecção, passando em revista as diversas theorias propostas para dizerem do seu respectivo mecanismo, e conclue por consideral-a uma

---

**LEBERTRANA**—Leber,—figado tran-bacalhão. Emulsão concentrada de oleo de figado de bacalhão, phospho-tricalcinada  
—Lab. Nutrotherapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

«degeneração tecidual», de ponto de partida epidermico, obedecendo á simultaneidade de dois processos diferentes para o lado da epiderme, com paralela exfoliação das camadas superficiaes.

Em discussão o caso, fala o Dr. Leoncio Pinto, que discorda das theorias geralmente aventadas para a explicação do ainhum, em virtude de todas elles, (inclusive aquella agora mesmo apresentada pelo communicante), basearem-se num falso conceito de estrutura da pelle, encarada hoje de modo muito diverso pelas recentes pesquisas histo-pathologicas. Assim, a hypothese da degeneração da camada córnea, pensa não se applicar bem ao caso, pois o que descreve o communicante não passa de uma «dysceratose», e o que se observa no ainhum é antes uma fibrose, por alterações sympathicas, tendo inicio na dérmis, para reflectir-se, secundariamente, sobre a epidérme, que tem a sua nutrição subordinada áquella, passando, então, a fazer igual reparo ás relações osteo-periósticas, já agora bem diversas do classico conceito de Ollier.

Em vista do adeantado da hora, o Dr. Presidente resolve suspender a sessão, marcando para a reunião vindoura, que terá logar a 8 de Maio, o proseguimento da discussão do interessante assumpto.

**BIOPHORINE**  
**GIRARD**

**KOLA GLYCERO-PHOSPHATADA**

**NEVROSIS, ANEMIA CEREBRAL, VERTIGEM**

**A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia, PARIS (FRANCE)**

Depositorio: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO DE JANEIRO

## REVISTAS DAS REVISTAS

---

*Ausencia do instincto de sucção como symptoma preannútor de alterações cerebraes congenitas.*— (Pelo Dr. Mario de Assis Brasil — *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia* — de Março e Abril de 1927 ).

Apresenta o A. uma creança que nascida a termo e de constituição normal não mamava.

Sendo-lhe apresentada aos seis dias de nascida em bom estado de saúde, tentou fazel-a pegar o peito ou a mamadeira sendo todos os meios para tal fim improficuos. Entretanto, deitando o leite com uma colherinha na bocca do pequeno conseguiu fazel-o deglutir; e assim alimentaram-n'o até o fim do primeiro mez, quando appareceu o instincto de sucção.

Diz o A. ser preciso notar não haver obstaculo nem defeito algum, quer do lado da mãe ou do filho, que pudesse impedir a sucção. Postos, pois, á margem estes impedimentos, considera o A. ser o acto de mamar dividido em dois tempos, o de sugar e o de deglutir, verificando-se que a ausencia pôde ser de ambos ou do primeiro sómente, nas creanças prematuras ou debeis isto é, congenitamente fracas.

No 2.º caso está a creança apresentada. Diz o A. que «a razão desta anomalia é que, segundo ensina Marfan, o reflexo que coordena os movimentos dos labios, da lingua e dos musculos da pharynge não se produz, sem duvida porque os centros nervosos que presidem este reflexo são insufficientrmente desenvolvidos ao nascimento».

Desenvolvidos os centros nervosos, para logo se torna

possível a sucção. Chama o A. a atenção para essa relação que ha entre as alterações cerebraes congenitas e a falta do instincto de sugar. A creança de que se trata desenvolveu-se sem alteração alguma, até os sete mezes de idade, quando notou o A. uma «microcephalia (fontanellas fechadas com ossificação completa do craneo), um estrabismo convergente, e ausencia de desenvolvimento intellectual».

Continuando a assistil-a, constatou o A. a rigidez e paralyisia dos membros inferiores, sendo que na idade de andar, isto não foi possível; sómente aos seis annos, e isto mesmo amparada e apoiando ao chão unicamente a ponta dos pés, conseguiu andar. Resiste pouco á marcha, apresentando fortes contracturas dos membros inferiores.

Os membros superiores movem-se lentamente. E' cega e articula poucas palavras.

Deante de tudo isso, acha o A. que o caso desse doentinho enquadra-se bem no syndromo de Little, e conclue «que a ausencia do instincto de sucção no nosso cliente foi a primeira manifestação das lesões congenitas do cerebro».

---

*A vaccinotherapia na coqueluche.*—(Pelo Dr. F. Osmond Coelho—Da *Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia*—De Março e Abril de 1927).

Começa o A. mostrando o grande passo que deu a medicina com a descoberta das vaccinas.

A principio usadas como meio preventivo de certas molestias, a pouco e pouco se foram desenvolvendo e aperfeiçoando os seus processos de emprego.

Após proficuos e brilhantes estudos, conseguiram que as vaccinas, ampliando os seus effeitos, agissem não sómente prevenindo a molestia mas tambem defendendo o organismo quando por ella invadido; e assim surgiu a vaccinotherapia.

Com essa nova therapeutica conseguiram os experimen-

tadores que, pelo processo da formação de anticorpos, os germens pathogenos a si proprios extinguissem; e desse modo incalculaveis são os beneficios auferidos. Desnecessario se torna proclamar o valor da vaccinotherapia, pois por demais conhecidos são os seus resultados, quando prudente e opportunamente empregada. Passando ao estudo da vaccinotherapia na coqueluche, cita o A. grandes experimentadores, que se mostram partidarios do seu emprego, emprestando-lhe uma grande importancia. Graves fórmas de coqueluche têm sido tratadas com a vaccinotherapia.

Observando o uso relativamente pequeno dessa therapeutica, diz o A: «lamentamos que a vaccinotherapia na coqueluche não tenha ainda a divulgação de que é merecedora, como recurso therapeutico insubstituivel, numa doença, perante a qual, até bem pouco tempo quedavamos impotentes, abandonando os infelizes e innocentes doentinhos á angustia convulsiva das quintas e aos soluços e lagrimas das mães».

Enorme tem sido o successo obtido com o uso das vaccinas nos casos de coqueluche. Apresenta o A. uma creança, que atacada de coqueluche, foi submettida pelo seu medico ao tratamento antiespasmodico e symptomatico, sem resultado favoravel.

Chamado a vel-a, aconselhou o A. a vaccinotherapia, e «com sete injecções de Pertussol, applicadas com intervallo de dois dias, e com algumas prescripções de hygiene, os vomitos desapareceram e as quintas desceram, segundo informes da familia, de 15, na primeira injecção, para 10, 13, 6, 7 e 3, respectivamente, nas 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup>, 5.<sup>a</sup>, 6.<sup>a</sup>, e 7.<sup>a</sup> injecções, entrando a creança em franco periodo de convalescença». Casos ha, entretanto, que além da vaccinotherapia, outros meios therapeuticos são necessarios á cura. Todavia diz o A. parece resolvido o problema therapeutico da coqueluche.

E terminando, assim discrimina os effeitos da vaccinotherapia no quadro coqueluchoso:

«1.º)—Diminue a intensidade e a frequencia das quintas, desde o inicio do do tratamento».

«2.º)—Supprime immediatamente os vomitos, quando estes existem.

«3.º)—Fluidifica os escarros e facilita a expectoração, subtrahindo a suffocação».

«4.º)—Actua sobre o estado geral, produzindo-lhe sensação de euphoria, bem como estimula as forças e o metabolismo».

«5.º)—Diminue e regularisa o cyclo evolutivo da doença».

«6.º)—A sua acção benefica está na rasão directa da precocidade da intervenção e da frequencia das injecções».

«7.º)—A sua acção é inócua, curativa especifica, e, na opinião de muitos autores, altamente prophylactica».

A. S.



**OUATAPLASMA**  
do Doutor **ED. LANGLEBERT**  
Curativo emolliente aseptico instantaneo  
**ABCESSOS, ECZEMAS, PHLÉBITES, INFLAMMAÇÕES DA PELLE**  
DEPOSITO GERAL : 10, Rue Pierre-Ducroix, PARIS. — E em todas as Pharmacias.

# NOTICIARIO

## A Gazeta Medica da Bahia na Imprensa Medica Brasileira

POR

Clementino Fraga

(Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro e  
Director do Departamento Nacional da Saúde Publica.)

O primeiro jornal medico brasileiro appareceu na Bahia, em Julho de 1866. Ha 60 annos, portanto, existe a «Gazeta Medica da Bahia». Vale a pena recordar, remontando a testemunhos authenticos, a origem e fundação do decano dos nossos periodicos profissionais.

Em 1865, Paterson, então clinico famigerado na capital bahiana, instituirá interessantes palestras quinzenaes, tendo por thema assumptos medicos, principalmente clinicos; «não havia estatutos nem programmas, nem formulas de discussões, nem actas; ninguem ali tinha por obrigação fazer coisa alguma em tempo, modo e materia determinada, mas como, quando e o que queria ou podia!» E accrescentou Silva Lima: Foi nestas palestras nocturnas, por diversas vezes interrompidas e recomeçadas, que appareceu e se poz por obra em 1866 a idéa da publicação da «Gazeta Medica», que tão bons serviços tem prestado á profissão e á literatura medica brasileira; foi alli que successivamente foram objecto de conversação e de estudos micrographicos a hypohemia intertropical e suas relações com o «ankylostomum duadenale», de Dubini, a Hematolchyluria e a filaria, aqui primeiro descripta por Wucherer, nas urinas

1866

chylosas (*Filaria Wuchereri* dos medicos brasileiros) e depois independente em 1872 nas Indias Orientaes achada tambem no sangue humano por Lewis, que por isso a denominou «*Filaria sanguinis hominis*», cujo representante adulto feminino foi alguns annos mais tarde, em 1876, encontrado por Bancroft, na Australia («*Filaria*» Bancroft, Cobbold); foi ali, finalmente, que por muitas vezes veio á tela da discussão a singular molestia que desafiava a sagacidade dos medicos da Bahia e que se achou ser identica ao beriberi indiano, descripto ha mais de dois seculos por Bontius, e se ventilaram muitas outras questões de interesse geral ou particularmente utilizavel em suas applicações praticas á medicina ou á cirurgia.

Do grupo assiduo ás palestras, que se realizaram em casa de Paterson, ou de qualquer dos companheiros, fizeram parte os professores Januario de Faria, Antonio José Alves e Drs. Paterson, Otto Wucherer, Silva Lima, Pires Caldas, Pacifico Pereira, Maia Bittencourt, Silva Araujo, Americo Marques e Hall, os quaes, num ambiente de simplicidade e modestia, sem pretensões academicas ou doutrinarias, contavam-se mutuamente os seus casos clinicos, e permitiam-se a confidencia das duvidas e ousadias, perfilhadas ou não no commentario dos presentes.

A «Gazeta Medica» logo nos primeiros annos de sua existencia, disse Pacifico Pereira, deu admiravel impulso ao estudo da nossa pathologia e enriqueceu a medicina nacional com estudos de alto valor.

O apparecimento da «Gazeta Medica» reflectiu o espirito da época; por esse tempo repontava na Bahia a cultura medica brasileira, desde logo assignalada por notaveis trabalhos originaes, em que a observação clinica se soccorria

---

**CA-ZEON**—Caseinato de calcio (Diarrhéas das crianças)  
Poderoso medicamento alimento. Unico no Brasil.—Lab. Nutro  
therapico.—Dr. Raul Leite & C.—Rio.

da experiencia ainda nos albores da sciencia experimental. Foi sem duvida o primeiro marco na evolução da medicina brasileira.

Wucherer mostrava em 1866 que a anemia morbida dos nossos naturaes—a opilação, ligava-se a um entozoario—o «*ankylostomum duodenale*», que Dubini havia descoberto alguns annos antes em Milão; em 1868 estudou a hematochyluria revelando a sua etiologia.

Silva Lima, na mesma época, de 66 a 68, publicava seus memoraveis trabalhos sobre o beriberi, sob o titulo «Contribuição para a historia de uma molestia que reina actualmente na Bahia, sob a fórma epidemica e caracterizada por paralysisa, edema e fraqueza geral». Ainda em 67 sahio a lume o seu estudo original sobre o «ainhum».

Das colleções da «Gazeta Medica», apenas duas se encontram completas: as que pertenceram a Silva Lima e a Pacifico Pereira. Nellas estão registrados os trabalhos dos profissionaes bahianos, muitos dos quaes são ainda hoje procurados pelos estudiosos, que não desestimam os subsidios do saber classico.

Foram fundadores da «Gazeta Medica», os Drs. Paterson, Wucherer, Silva Lima, Januario de Faria e Pires Caldas. O seu primeiro director foi o Prof. Virgilio Damasio no primeiro anno; do segundo ao quarto anno, o Prof. Pacifico Pereira, e na ausencia deste, quando em viagem de estudos, assumio a direcção o Prof. Demetrio Tourinho, que a exerceu durante tres annos. Depois tornou Pacifico Pereira ao seu posto, á frente da revista medica bahiana, e nella se conservou, até pouco antes de fallecer.

Do editorial que inicia a publicação consta a profissão de fé: «O nosso proposito é simples, o seguinte: concentrar, quanto possivel, os elementos activos da classe medica, afim de que mais unidos e fortificando-se mutuamente, concorram para augmentar-lhe os creditos e a consideração publica; diffundir todos os conhecimentos que a observação propria ou alheia nos possa revelar; acompanhar o pro-

gresso da sciencia nos paizes mais cultos, estudar as questões que mais particularmente interessam o nosso paiz e pugnar pela união, dignamente, e independencia da nossa profissão».

Ha dez annos a «Gazeta Medica» celebrava o seu 50 anniversario, publicando bello numero commemorativo, de 364 paginas, todas consagradas a assumptos de pathologia regional. Da redacção faziam parte nessa época os Drs. Gonçalo Moniz, Oscar Freire, Garcez Fróes, Eduardo de Moraes, Caio Moura, Martagão Gesteira, Aristides Novis e Clementino Fraga.

O numero especial publicado em Junho de 1926 traz o seguinte summario:

Esboço historico da fundação da «Gazeta Medica da Bahia», pelo Prof. Pacifico Pereira; «O beriberi na Bahia», pelo Prof. Clementino Fraga; «O impaludismo na Bahia», pelo Prof. Garcez Fróes; «A schistosomose na Bahia», pelo Prof. Pirajá da Silva; «Leishmaniose tegumentar na Bahia», pelo Prof. Eduardo Moraes; «Tuberculose Infantil», pelo Prof. A. Ferreira de Magalhães; «As affecções digestivas no Instituto de P. e A. á Infancia da Bahia», pelo Prof. Martagão Gesteira; «Trachoma na Bahia», pelo Prof. Cesario de Andrade; «Granuloma ulcerotropical na Bahia», pelo Prof. Dr. Alfredo Britto; «Um caso raro de mycetoma observado na Bahia», pelo Dr. Genesisio Salles; «Verminose intestinal endemica e latente na Bahia», pelo Dr. Octavio Torres; «Lesões cardiacas na Bahia num periodo de 50 annos», pelo Dr. Armando Tavares; «Dois anatomistas da Bahia esquecidos (Soares de Castro e Jonathas Abbot)»,

---

**TONICO INFANTIL** — (Concentrado). (Sem alcool). Poderoso reconstituente das crianças e unico no genero. (Iodo—tanico—arrheno—glycero—phospho—nucleo—vitaminoso) Lic. 406). — Lab. Nutrotherapico. — Dr. Raul Leite & C. — Rio.

pelo Prof. Oscar Freire; Reminiscências clinicas», pelo Prof. Pacifico Pereira.

A imprensa professional no Brasil deve á «Gazeta Medica da Bahia», preciosa contribuição; a Pacifico Pereira, que por espeço de 50 annos a dirigiu, deve o nosso meio professional a obrigação de sincero culto á sua memoria venerada. Hoje a «Gazeta Medica» passou á propriedade e direcção do Prof. Aristides Novis, illustrado cathedratico de Physiologia da Faculdade de Medicina da Bahia, formoso espirito de professional e de cientista que tanto se recommenda ao apreço e admiração de seus contemporaneos. Sob tão alto paronymphado certo, a velha e querida «Gazeta Medica da Bahia», viverá tempos adiante, como dias atrás viveu e honrou as letras medicas brasileiras.

(Do Supplemento da Bahia — *O Jornal*, do Rio, 30—4—927).



<b>VINHO GIRARD</b>	<b>IODO-TANICO PHOSPHATADO LYMPHATISMO-ESCROFULA<sup>®</sup></b> <i>A. GIRARD, 48, Rue d'Alsia, PARIS (FRANCE)</i> Depositario: FERREIRA, 165, Rua dos Andradas, RIO de JANEIRO
-------------------------	---

## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

---

- Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, Setembro de 1926.  
*Prophylaxia da Lepra* (pelo Dr. G. A. de Paula Souza), S. Paulo.  
*L'Art Médical*, 28-2-1927. (Nice)  
*Le Nord Médical*, 1-3-1927. (Lille).  
*Revue Gynécologique, Obstétricale et Pédiatrique*, Abril e Maio, de 1926.  
*Ars Medica*, Janeiro e Fevereiro de 1927. (Barcelone).  
*Gazeta Clinica*, (S. Paulo). Janeiro de 1927.  
*Jornal de Medicina de Pernambuco*, Fevereiro de 1927.  
*La Semana Médica* (Buenos-Aires), ns. 6, 11, 12, 13 e 14—1927.  
*Paris Medical*, ns. 3, 10, 11, 12 e 13.  
*Brasil Médico*, ns. 11 e 12.  
*Relatorio do Prof. Sarmiento Leite Director da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*—1926.  
*Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*, ns. de Junho, Julho e Agosto de 1926.  
*The Rockefeller Foundation*, (Relatorio annual)—1925.  
*Fundation Rockefeller*, Compte-Rendu—1925.  
*Bulletin of The New York Academy of Medicine*, Fevereiro de 1927.  
*Cronica Medico-Quirurgica de la Habana*, Janeiro de 1927.  
*Sciencia Medica*, n. 3—Março de 1927.  
*Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, Rio de Janeiro, ns. 2 e 3—1927.  
*La Crónica Médica*, (Perú-Lima). Novembro e Dezembro de 1926, Janeiro e Fevereiro de 1927.  
*Annaes Merck*, 1927 (1.<sup>a</sup> parte).  
*Laboratorio Clinico*, (numero em homenagem á classe medica do Rio Grande do Sul).
-