

APRESENTAÇÃO PERSISTENTE DE FRONTE

DR. DOMINGOS DELASCIO

(Docente Livre de Ginecología da Faculdade de Medicina de São Paulo)

DR. EMILIO MASTROIANNI E DR. ARDÉLIO F. GUIDI

“...la presentacion de frente constituye un acontecimiento de los más desagradables y difíciles de la práctica obstétrica.

...hemos pasado momentos pésimos en la asistencia del parto en presentacion de frente.

Prof. Liepmann

O fato de observarmos três casos de apresentação persistente de frente em curto lapso de tempo, fez com que apresentássemos este trabalho.

Foi sómente no século XVII, que pela primeira vez se assinalou a possibilidade do parto em apresentação persistente de frente.

Este tipo de apresentação deu margem a numerosos trabalhos, particularmente na França, Itália e Alemanha.

Semelhante gloria pertenceu sobretudo à Maursleau, que, em 1740, relata a existencia do parto de frente cujo prognóstico ele reveste, contudo, de seria gravidade.

Em 1747 Lovret descreve um caso de apresentação de frente, dando como motivo desta, a situação oblíqua e lateral do corpo do feto. Bandeloque insiste também sobre tal apresentação.

Em 1821 Mme. Lachapelle, com experiencia de 30 anos, estabeleceu uma classificação das apresentações individualizando a apresentação de frentes.

A frente, diz ela, póde, se bem que poucas vezes, apresentar-se no centro do estreito superior, ai se fixar por muito tempo, descer, e sair em primeiro lugar, quer pelos unicos esforços da natureza, quer sôbre a ação do fórceps.

Smelie e Levret também dedicaram-se ao estudo desta apresentação cefálica deflectida.

Mangiagalli, em 1880, iniciou na Itália o estudo da apresentação de frente com a sua celebre monografia.

Liepmann, eminente tocólogo germânico, afirmou ser a “aprsentação de frente um dos acontecimentos mais desagradáveis e difíceis da prática obstétrica”, e com isto exprimiu o valôr e a importância desta apresentação.

Bumm afirma: — “nem mesmo os tocólos que mais trabalham pôdem ter uma experiência pessoal e respeito dêste parto”.

Não devemos ainda esquecer os trabalhos que caracterizaram a “fisionomia” do parto na apresentação de frente: a, pesquisa, de Henricius (Helsingfors, 1885), de A. Fochier (Lyon, 1890) e de Pollosson (Lyon 1892):

Entre os trabalhos mais recentes salientamos a revisão geral feita por Maret em 1929 e o de Audelbert em 1930.

DEFINIÇÃO, CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

De acôrdo com Rhenter entende-se por apresentação de frente áquela em que encontramos na área do estreito superior do pólo cefálico em atitude de deflexão média.

Êste tipo de apresentação pôde ser classificado do modo seguinte:

Persistentes ou verdadeiras — são as que, como frente se insinuam, como tal progridem e como tal se encontram ao atravessar a pelvis.

Transitórias — são as que, por movimento de flexão ou de deflexão, se transformam em vértice ou face.

Primitivas — são as que se formam no fim da gravidez; são raras conforme as pouquíssimas observações até hoje colhidas.

Secundárias — são a régra, formando-se por ocasião do início do trabalho de parto.

Por apresentação de frente persistente, se entendem os casos nos quais é a frente que se encontra na área do estreito superior, se insinúa nessa mesma atitude na escava, e desprende-se também, nessa mesma atitude, no estreito inferior.

Por apresentação de frente transitória entende-se aquela em que a frente residiu, por tempo mais ou menos longos, no estreito superior, antes de se tranformar em vértice ou face; êsse tipo de apresentação flectida é mais ou menos freqüente, representando em geral a fase frontal da apresentação de face.

De acôrdo com Sjövall, no seu extenso trabalho, sôbre apresentação de frente baseado em 59 casos, o conceito é diverso.

Segundo o especialista nórdico, por apresentação de frente se entendem os casos onde desde o início, a frente é a parte do fêto que primeiro se insinua e que continúa progredindo até o fim do parto, mesmo naqueles, nos quais a apresentação de frente é corrigida de uma maneira ou de outra.

Segundo Nölting, do serviço de Peralta Ramos, a apresentação de frente não deve ser iniciada no capítulo dos partos eutócicos, pois, a experiência demonstrou amplamente o carácter distócico que oferece na grande maioria das vezes.

Titus, na sua obra "Dificuldades obstétricas" admite a existência das apresentações primitivas de frente e insiste sôbre a importância do exame radilógico antes do trabalho de parto.

As deflecionadas primitivas são na maioria das vezes devidas ao relaxamento da parte abdominal, facilitando a obliquidade do útero.

I N C I D Ê N C I A

As estatísticas dos diferentes autores são muito variáveis, dentro da sua relativa raridade:

Kleinwachter	1	:	5000
Posner e Buch	1	:	3543
Martius (Halban-Seitz)	1	:	2500
Jaschke	1	:	2000
Schatz	1	:	2000
Paula Neto	1	:	2000
Hirst	1	:	1756
De Lee-Greenhill	1	:	1500
Williams	1	:	1500
Cholmogoroff	1	:	1293
Gonçalves H.	1	:	1000
Peiretti e Nieva	1	:	998
Essen-Müller	1	:	769
Twedy	1	:	750
Sjövall	1	:	680
Nölting	1	:	584
Heinricius	1	:	400
Curtis	1	:	263
Wein Markoe	1	:	100

Na Maternidade do Hospital Leão XIII, sob a nossa direção, em 364 partos, ocorridos entre 1942 e 1945, tivemos a oportunidade de observar um caso de apresentação persistente de frente.

Na Clínica Obstétrica de Escola Paulista de Medicina, serviço do Prof. Alvaro Guimarães Filho, entre 1940 e 1944, houve 1535 partos e somente uma observação persistente de frente.

Na nossa clínica particular, desde o início de nossa atividade profissional até a presente data observamos dois casos em pacientes internadas na Maternidade Condessa Filomena Matarazzo.

Essas duas observações e mais aquela ocorrida na Maternidade do Hospital Leão XIII são relatadas neste trabalho.

Posner e Buch em 46.058 partos atendidos no Harlem Hospital, em Nova York, encontraram 87 apresentações de face e 13 de frente, o que significa uma apresentação de face para 529 partos e uma apresentação de frente para 3.543.

Sjöval, da Clínica do Prof. Hauch, coletou 59 casos observados entre 1911 e 1933, no serviço B do Rigs Hospital, de Copenhague; durante este período houve 36.040 partos o que dá uma incidência de 0,15% ou seja 1:680.

Sjövall teve ocasião de examinar as observações provenientes da Clínica Obstétrica de Universidade de Lond, sob a orientação do Prf. Essen Müller, onde observou de 1900 a 1931, 51 casos de apresentação de frente, num total de 34 171 partos, o que dá uma incidência de 0,13% ou 1:769.

David E. Nölting, refletindo a experiência da Maternidade do Hospital Rivadavia e do Instituto da Maternidade da Sociedade de Beneficiencia de Buenos Aires, de 1920 a 1932, sob a direção do Prof. Peralta Ramos, observou 37 casos de apresentação de frente em 21.639 partos.

Para Clivio, Pestalozza, Vicarelli e Resinelli a apresentação persistente de frente é extremamente rara, e segundo eles a mais rara das apresentações. Em 23.343 partos tiveram 49 vezes a apresentação de frente ou seja 1:500 mais ou menos.

No Chicago Lyng-Hospital a apresentação de frente ocorreu 34 vezes em 31.113 partos, ou seja 1:1500.

Em Berna a apresentação de frente ocorreu 44 vezes em 19.725 partos, ou seja 1:448 (Citação de Hirst).

No serviço de Curtis numa série de 2.635 partos, houve 10 casos de apresentação de frente ou seja 1:263; entretanto é necessário assinalar que nesta Maternidade somente entram os casos dos distocicos.

Williams, reuniu uma série de 130 casos de apresentação de frente, na qual o parto espontâneo ocorreu em 40% dos casos.

Mangiagalli, conseguiu reunir 64 observações no espaço de 5 anos.

Neumann, em 1922, colhendo estatística Clínica de Leipzig, de 1912 a 1921, encontrou 16 observações de frente para 14.048 partos, na proporção de 1:878.

Marchioneschi reuniu 82 casos de apresentação de frente.

E' necessário para se ter uma idéia exata da freqüencia das apresentações de frente, eliminar aquelas que são transitórias, as verdadeiras "fases frontais" da apresentação de face, e reter tão somente aquelas onde a deflexão fica incompleta no momento da insinuação. Nestas condições precisas as apresentações de frente se apresentam com mais raridade.

Vemos, portanto, por estas diversas estatísticas que a apresentação persistente de frente ocorre raramente, e, pode-se de u'a maneira prática afirmar que a incidência é de 1:2000 partos.

ETIOLOGIA

De acôrdo com Williams, as apresentações de frente são causadas por algum fatôr tendendo perturbar a extensão ou impedindo a flexão da cabeça.

Devemos considerar causas maternas, fetais e dos sexos anexos ovulares.

CAUSAS MATERNAS

1 — Multiparidade	}	Heinricius	{ 118 Multiparas 81 Primiparas
		Cholmogoroff	{ 72 Multiparas 22 Primiparas
		Brault	{ 5 Multiparas 1 Primipara
2 — Obliquidade do utero	}	Para Mathew Duncan, a causa mais frequente é a posição oblíqua do utero, inclinando o tronco do fêto e facilitando a extensão.	

Winter e Pinard dão muito valôr a obliquidade do útero e à multiparidade.

Siebold, Braun, Spaeth, Mangiagalli, acreditam na primiparidade; Mangiagalli não acredita no valôr da obliquidade, dando maio valôr ao vício plevico e à dolicocefalia.

Rhenter dá grande valôr à multiparidade, acreditando que 75% das apresentações de frente sejam determinadas por esta causa.

3 — Vício de bacia. Os vícios de bacia representam uma das causas mais importantes desta apresentação deflectida tendo chamado a atenção dos especialistas.

Segundo Martius, os dados estatísticos sobre esse ponto variam entre 25 e 50%, afirmando os autores estrangeiros que a bacia estreitada seria o vício pelvico mais encontrado.

Trabalhos publicos entre nós, mostram entretanto, ser mais frequentes a bacia achatada.

Blanc, citado por Paulo Neto, em experimentos sucessivos com a bacia de bronze de Tarnier, em que reduzia de 1,5 cms. a conjugata vera, chegou a conclusão idêntica.

Spigelberg, considera dez vezes mais frequente a apresentação de frente nos vícios pelvicos de pequeno grau e a estatística de Deveaux encontra esta causa em 36% dos casos.

Na estatística de Nölting ela figura em 18 casos, o que dá uma porcentagem de 48,6% em 37 observações.

Brault insiste sobre a distocia ósea no seu trabalho sobre apresentação de frente e diz mesmo que a causa mais importante é a diminuição do diâmetro antero-posterior da bacia.

Conclui o especialista francês, que as constatações clínicas como as concepções teóricas estão de acordo para nos indicar que a apresentação de frente é a apresentação das bacias ligeiramente achatadas.

Insiste o autor que também as bacias muito amplas favorecem a apresentação de frente.

Le Lorier também acredita na importância dos vícios pelvicos como fator etiológico desta apresentação.

Não há dúvida que os vícios pelvicos representam causa importante desta apresentação anomala.

4 — Tumores do segmento inferior.

5 — Contrações espasmódicas do anel de Bandl (Elliot.)

6 — Idade: mais frequente dos 25 e 30, e mais anos.

CAUSAS FETAIS

1 — Pequeno volume (Hecker e Strumpl).

2 — Grande volume (Steinbrüchel, Walter).

3 — Dólicocefalia.

4 — Hidrocefalia.

5 — Fórmias anormais de cabeça.

Neumann que se dedicou longamente ao estudo da apresentação de frente, insiste que certas formas de cabeça tão grande valôr etiológico.

- 6 — Gravidez gemelar.
- 7 — Tumores do pescoço condicionando o encurtamento do mesmo.

8 — Anomalias na articulação occipito-atlandoidéa.

Muitos autores antigos entre êles Ahlfeld, pretendem que os fétos em apresentação de frente são geralmente pequenos ou prematuros; contudo esta opinião está em contradição com as observações colhidas por Sjövall.

Segundo Sjövall, seria ao contrário, os fétos relativamente grandes a causa da apresentação de frente. Assim é que com o feto grande, em razão da falta de espaço, mesmo na bacia de dimensões normais, o occipicio pôde fãcilmente encravar no rebordo do estreito superior, e a cabeça de colocar em apresentação de frente.

CAUSAS OVULARES (ANEXOS OVULARES)

- 1 — Hidramnio.
- 2 — Inserção baixa de placenta.
- 3 — Circulares de cordão (Mart, Nölting).
- 4 — Procedência de membros (Perez).

Segundo H. Gonçalves, as causas prováveis de apresentação de frente, em 56 casos estrangeiros são:

- 25 — Bacia viciada.
 - 1 — Testa pouco ossificada.
 - 2 — Bacia ampla.
 - 1 — Morte intra uterina.
 - 2 — Tumor materno.
 - 2 — Pequenez do feto.
 - 1 — Estreitamente móle de Fruhinholz
 - 4 — Contratura do Anel de Bandl (Utero hipertónico).
 - 2 — Hidranio.
 - 6 — Multiparidade.
 - 2 — Procidência do cordão e de um braço (acidental ou não).
 - 3 — Ventre pendulo.
 - 1 — Procidência do cordão.
 - 1 — Utero arcuado.
 - 1 — Procidencia do pé direito.
 - 2 — Excesso de volume fetal.

Resumo etiológico dos 47 casos coletados no Brasil por H. Gonçalves:

- 8 — Bacia viciada.
- 2 — Obliquidade exagerada do utero.

- 15 — Bacia ampla.
- 3 — Contratura do anel de Bandl.
- 1 — Multiparidade.
- 4 — Excesso de volume feta.
- 1 — Gravidês trigemina.
- 1 — Procidencia de um só braço.
- 1 — Testa pouco ossificada.
- 2 — Morte intra-uterina.
- 2 — Fêto morto macerado.
- 3 — Pequenez do fêto.
- 1 — Hidrocefalia.
- 1 — Acraniano.
- 1 — Procidencia de cordão.
- 1 — Circular de cordão.

Do nossos 3 casos acreditamos que em 2, a multiparidade e o fêto grande, foram as causas que condicionaram a apresentação defletida de 2.^o grau. Na 3.^a apresentação julgamos que o volume pequeno do fêto determinou a apresentação de frente.

DIAGNOSTICO

O diagnóstico da apresentação de frente durante a gestação é extremamente difícil, não obstante já ter sido feito com o auxilio radiológico.

Não há interêsse no diagnóstico, neste sentido, porque esta apresentação pode ser transitória.

O diagnóstico da apresentação de frente, durante o trabalho de parto é de maior interêsse, e desde logo o tocólogo deve ter presente se trata-se de uma apresentação de frente transitória ou persistente.

Frequentemente muitos parteiros diagnosticam como apresentação de frente, a fase frontal da apresentação de face.

A palpação póde, em certas circunstâncias, levar-nos ao diagnóstico desta apresentação.

Em certos casos excepcionais de parede delgada e com o polo cefálico não insinuado, pode-se reconhecer ressaltos e saliências situados de cada lado da linha mediana, um mais baixo, representado pela frente, e outro mais alto, representado pelo occipicio.

Perez afirma que pela palpação, quando se percorre com ambas as mãos a cabeça virificam-se duas zonas que fazem relevo: o occipicio e a frente, sendo que a última, situada pouco mais baixo e de menor volume que a primeira.

Budim insiste como sinal palpatório para o diagnóstico desta apresentação, o fato do maxilar inferior sobressair sob a forma de "ferradura" quando a frente desce para se insinuar.

Para Budín, citado por Rhenter este sinal seria quase patognomônico.

Há obstetras que acreditam ser possível o diagnóstico de apresentação de frente pela palpação; assim Trochet, conseguiu fazer esse diagnóstico só por este método propedeutico.

Heinricius relata dois fatos semelhantes observados por Negri na Itália e por Engston na Maternidade de Helsingfors.

Entretanto, o diagnóstico pela palpação é difícil e incerto, devendo então o especialista recorrer ao exame interno. O diagnóstico seguro e preciso da apresentação persistente de frente nos é dado pelo toque.

Pelo toque, percebe-se durante o parto, a bolsa das águas volumosa e proeminente que não tarda a se romper devido à má adaptação cefalopelvica.

Uma vez dada a insinuação, o tocólogo reconhece um tumor ou uma saliência dura, arredondada, lisa por um dos lados e irregular pelo outro, — é a frente.

Esta é como bem diz Rhenter, o ponto de maior declive da apresentação.

Correspondendo mais ou menos ao eixo pelvico encontramos uma porção mole, depressível, quadrangular, formada pela fontanela bremática. Para os lados desta, de uma parte a porção anterior da sutura sagital e do outro, a sutura médio-frontal ou metópica; a raiz do nariz ladeada por duas saliências semi-lunares e são as arcadas orbitárias, abaixo das quais dois tumores moles e arredondados — os olhos e finalmente, a saliência piramidal no nariz com duas pequenas aberturas — as narinas.

Nesta apresentação o mento não é atingido, como também a pequena fontanela, pois si o fossem teríamos no 1.^a caso uma apresentação de face e no 2.^o uma apresentação de vertice.

Vemos então como a apresentação de frente se distingue das outras variedades de apresentações cefálicas, pelos seguintes dados: da de vértice porque a pequena fontanela não se chega a tocar e da de face, porque não se alcança a bôca nem o mento.

As partes que o dedo explorador pôde sentir na apresentação de frente são: a grande fontanela, a porção inicial da sutura coronária, a porção anterior da sutura sagital, a frente, a sutura médio frontal, as arcadas superciliares, os glóbulos oculares e a raiz do nariz.

Posição. O ponto de referência fetal é a raiz do nariz ou naso, e a linha de orientação é a sagito-metópica.

Tomando como ponto de reparo a raiz do nariz, teremos desta forma as seis primeiras posições:

Naso-antérieures	{	N.E.A. Naso esquerda anterior. N.D.A. Naso direita anterior.
Naso-postérieures	{	N.E.P. Naso esquerda posterior. N.D.P. Naso direita posterior.
Naso-transversas	{	N.D.T. Naso direta transversa. N.E.T. Naso esquerda transversa.

As duas posições que se observam com maior frequência são as N. E. R. e N. D. P. isto de acordo com a lei do "obliquo esquerdo" lembrada por Rhenter.

O diagnóstico da posição facilmente se deduz atentando para a direção da sutura médio frontal: — assim as nasso direita anteriores e as naso esquerda posteriores são aquelas em que esta sutura (médio frontal) é paralela ao diâmetro oblíquo direito; ao naso esquerda anteriores e as naso direita posteriores, são aquelas em que a mesma sutura se acha em relação com o diâmetro oblíquo esquerdo.

Quando a se saber si se trata de uma variedade anterior ou posterior, a rais do nariz, e a posição da fontanela anterior nos orientarão.

A impossibilidade de atingir porção mais baixa que o maxilar superior contitue, diz com razão Charpentier, sinal objetivo de se tratar de apresentação de frente.

MECANISMO DE PARTO

Insinuação. A insinuação representa a fase essencialmente crítica.

O diâmetro de insinuação é o occipito-mentoneiro, também chamado maxilo-parietal dos alemães ou ainda diâmetro máximo de Budin.

A cabeça apresenta o diâmetro occipito-mentoneiro paralelo ao plano da área do estreito superior; méde o occipito-mentoneiro 13,5 cms. enquanto que o transverso máximo da bacia méde no maximo 13,0 cms., sendo necessário para que haja insinuação um mecanismo especial e ainda mal esclarecido.

Existem três teorias principais que procuram descrever o mecanismo da insinuação na apresentação de frente e que são as seguintes:

APRESENTAÇÃO DE FRONTE. TEORIAS SÔBRE A INSINUAÇÃO

Teoria de Mme. Lachapelle. De acôrdo com Mme. Lachapelle o occipito-mentoneiro se coloca paralelamente ao plano do estreito supe-

rior, ficando as duas extremidades, occipicio e mento no mesmo nível. insinuando-se simultaneamente na escavação, descendo à custa de uma redução dos diâmetros cefálicos.

De acôrdo com Nölting a cabeça se encaixa em uma atitude indiferente, isto é, em uma atitude intermédia entre a flexão e a extensão; o mento e o occipicio guardam, em relação ao canal do parto, a mesma altura.

Teoria de Polosson e Herimocius. Estes autores presumem que a insinuação se faça em oblíquo, descendo em primeiro lugar o pólo occipital; realiza-se portanto, mediante ligeira flexão da cabeça, isto é, ocupando o occipicio um nível mais baixo que o mento.

Rhenter admite que êste mecanismo é infinitamente mais lógico. Para êste autor mecanismo associado à uma moldagem do pólo cefálico satisfaz plenamente.

A moldagem deve ser tal que a região que comanda a progressão deve se tornar um verdadeiro cilindro resultante de uma pressão concentrica relacionada a um eixo que vai do bregma ao orifício occipital.

Teoria de Mangiagalli, Marchioneschi e Cevais. E' a teoria mais lógica, segundo Paulo Neto, para explicar a insinuação; a cabeça penetra oblíquamente na escavação, insinuando primeiro um dos pólos que é o mento, prosseguindo a descida com a mesma oblíquidade.

De acôrdo com Nölting a insinuação se realiza por uma ligeira deflexão da cabeça, isto é, o mento ocupa uma porção algo mais baixa que o occipicio.

Lendo com cuidado o trabalho de Brault, verifica-se que as três teorias podem satisfazer de acôrdo com o caso. Para êste autor, em duas observações a insinuação se processou pelo mecanismo de Mme. Lachapelle, em outras duas, a insinuação se realizou pelo mecanismo de Polosson; em uma vez observou o mecanismo de Mangiagalli, embora êsse mecanismo possa se produzir outras vezes.

Segundo Nölting, parece firmado e certo, que o mecanismo de Mme. Lachapelle é o verdadeiro e perfeitamente possível de realizar-se em caso de bacia em que a diâmetro tranverso é maior, ou em casos de bacias normais, quando a cabeça fetal é pouco calcificada e oferecendo ante os obstáculos do canal de parto grande plasticidade.

De acôrdo com Rhenter esta concepção não tem razão de ser, comparando-se os diâmetros occipito-mentoneiro e aqueles da área do estreito superior.

Para Polosson, que combate a teoria de Mangiagalli, o diâmetro occipito-mentoneiro se insinua bem oblíquamente na escavação, mas é a extremidade occipital do diâmetro que penetra primeiramente.

Puech é adepto da teoria de Polosson, assim como Valois de Mont'pellier.

Descida e rotação. A descida é completada por uma rotação em que a glabella se deve colocar no sub-pube e a bossa occipital na concavidade do sacro. Aqui a dificuldade é grande, porque tem que rodar, descer e flexionar-se ao mesmo tempo.

A descida terminou somente quando o rebordo alveolar do maxilar superior chegou nitidamente ao plano sub-sinfisário.

Desprendimento. Faz-se por dois movimentos: um de flexão sobre a raiz do nariz (glabella), em que a medida que a flexão progride vão se desprendendo da furcula, e frente, o bregma, o sinciput e o occipicio; e outro movimento de extensão pelo qual vão se desprendendo do sub-pude as arcas orbitárias, o nariz, e o mento sucessivamente.

Fenômenos plásticos. A insinuação tem que se produzir por redução plástica, havendo diminuição do diâmetro occipito-mentoneiro e alongamento do sub-occipito-frontal.

A deformação cefálica é característica na apresentação de frente. A parte anterior do crânio forma um verdadeiro tumor saliente constituído pelo frontal, e pelos dois parietais; a região occipital, pelo contrário, termina em ponta. A face em geral não apresenta fenômenos plásticos e isto é importante para o diagnóstico retrospectivo.

Os fenômenos plásticos que mostram as cabeças de fétos nascidos em apresentação de frente, são muito pronunciados e por assim dizer, típicos.

Dois diâmetros estão alongados: o fronto-mentoneiro e occipito-frontal, oferecendo então aspecto inconfundível de cunha triangular pão de açúcar, cuja base corresponde ao diâmetro occipito-frontal.

Considerada no seu conjunto, vista de perfil a cabeça apresenta a forma grotesca de uma esfera ponteaguda (Döderlein) de um triângulo cujo ápice está na frente (Bumm) de um pão de açúcar cujo vértice corresponde à saliência fronto-bregmática (Bar e Brindeau), de um ângulo (Maygister e Schwal), de cone triangular (Masson da Fonseca), de um cone truncado (Azevedo Junior), tendo o ápice na frente e a base ao longo do diâmetro occipito-mentoneiro.

Uma bossa séro-sanguínea assenta-se ao nível da frente, é ordinariamente muito volumosa, traduzindo não só a duração habitualmente longa do trabalho, como também a grande flacidez do tecido celular sub-epicraniano, ao nível da região frontal; êste tumor se estende desde a raiz do nariz pela frente até a proximidade da grande fontanela, merecendo de Döderlein, por está curiosa disposição, a pitoresca denominação de "gorro de Granadeiro".

P R O G N Ó S T I C O

Segundo Nölting, do serviço de Peralta Ramos, a apresentação de frente não deve ser incluída no capítulo dos partos eutóticos, pois, a experiência demonstrou amplamente o caráter distócio que oferece na grande maioria das vezes.

E' uma apresentação pouco freqüente e de prognóstico sério.

Ela realiza seu mecanismo através do canal de parto, graças a contrações uterinas intensas, e uma moldagem forçada, pois o pólo cefálico oferece ao estreito superior e à escava os seus maiores diâmetros e circunferencias.

Uma vez insinuada, o escravamento da apresentação é a consequência mais temível e freqüente; entende-se por isto à falta absoluta de progressão e à impossibilidade de flexioná-la, deflexioná-la ou deslocá-la em qualquer sentido.

Todos os autores estão de acôrdo, que, de tôdas as apresentações cefálicas, esta é a mais desfavorável, para a mãe e para o fêto, sendo que o prognóstico materno é função do tipo das intervenções realizadas.

Mme. Lachapelle, já afirmava que nestas apresentações as intervenções são extremamente frequentes (58%). Pinard e Wallich, dão quase 99% de intrevensões. Nölting necessitou intrevir em 64,8%.

Maret 41% e Cholmogoroff, numa estatística de conjunto, houve necessidade de intervenção em 79%.

H. Gonsalves conseguiu coligir 81 observações nacionais com 71,5% de intervenções, 22,2% de mortalidade fetal, e 5,4% de mortalidade materna.

A mortalidade materna, segundo a estatística de Heinricius (1883) é de 17,5%.

Para von Franqué é de 6,4% (1905). Tôdas as estatísticas são unânimes em afirmar um amortalidade materna que varia de 5 a 10%.

Para Sjövall a mortalidade fetal é de 33,3%. Para Greenhil a mortalidade é de 40%. Para Schröder é de 10%, Nölting 18%.

Para Cholmogoroff a mortalidade fetal oscila entre 30 e 46%.

Maret, na sua estatística recente, relata 23% de mortalidade.

A razão dêste máu prognóstico reside essencialmente na própria apresentação, que apresenta o maior diâmetro da cabeça para se insinuar, e que para terminar o parto trans-pelvico, exige uma redução notável dos diâmetros.

O trabalho prolongado, a procidência de cordão, a compressão do pescoço, os acidentes respiratórios secundários e a queda da língua, ligados a retropulsão do mento, seriam as principais causas.

Morbilidade. A rutura uterina é na apresentação de frente um acidente relativamente comum (Sjövall) bem como as fistulas vesico-vaginais e réto-vaginais. Grandes lacerações perineais são frequentes devido ao diâmetro de desprendimento (occipito mentoneiro que mede 13,5 cms.).

Na série da Clínica de Lund, contam-se 18 ruturas de perineo e ainda foram praticadas 12 episiotomias (65%). No serviço B da mesma Clínica houveram 21 ruturas, e praticaram-se 12 episiotomias, havendo um caso de rutura do clitóris.

As fistulas uro-genitais não são complicações muito raras; assim, no serviço B da Clínica de Lund, foram observados dois casos.

Sendo em geral parto prolongados é comum a infecção puerperal de caráter grave.

Nas nossas três observações, dado o diagnóstico precoce desta apresentação, não houve mortalidade materna e fatal devemos acrescentar ainda que somente a terceira observação apresentou infecção "intra-partum" grave.

CONDUTA TERAPÊUTICA

Acreditam os autores ser possível o parto normal nas apresentações de frente. Julgamos, entretanto, que o parto espontâneo só possa ocorrer em condições muito excepcionais.

Nölting, em 37 casos de apresentação de frente teve 12 partos espontâneos.

Jaschke teve 12 casos de apresentação de frente, com 10 partos espontâneos e concluiu que a assistência nesta apresentação há de ser estritamente expectante. (?)

Para Davis, o parto espontâneo póde ocorrer quando o feto é pequeno ou permáturo, sendo impossível o parto quando o feto é volumoso.

Maret, baseado em 17 casos de apresentação de frente, observados na Clínica de Partos de Strasburgo, afirma que em 58% dos casos o parto foi espontâneo. Julgamos, que certamente as apresentações de frente, observadas por êste autor, sejam possivelmente a fase frontal da apresentação de face.

Brault em 6 casos de apresentação de frente teve 2 partos normais.

De Lee, acredita que o parto normal possa ocorrer na apresentação de frente, porém considera esta apresentação como estritamente patológica. Para De Lee, o Mestre de Chicago, a apre-

sentação de frente exige um tratamento ativo, insistindo ainda sobre o aspecto da bacia para vêr se há possibilidade de parto espontâneo.

A conduta a seguir na apresentação de frente varia, conforme se trate de apresentação transitória ou persistente.

Se fôr transsitória, esperar, pois ela se transformará em face ou vértice, porém deve ser uma expectativa armada.

Póde o parteiro resolver os casos de apresentação persistente de frente, tanto por via abdominal com por via vaginal.

Está claro, que a conduta do tocólogo depende principalmente do estudo cuidadoso das condições obstétricas que se apresentam, e acrescentamos ainda, com justa razão, do estudo precioso da causa que condiciona tal apresentação.

Aquí mais que nunca, merece ser lembrado o postulado de Fernando de Magalhães: Saber esperar com Ciência, com Paciência e com Consciência.

A conduta é essencialmente variável, e importa que se faça o diagnóstico de apresentação de frente e decidir, seja pela intervenção imediata, seja pela expectação.

Estas conductas expectante ou intervencionista dependem essencialmente de cada caso em si, pois, a distócia que condiciona esta apresentação anormal é variável.

Não resta dúvida, todavia, que levando-se em consideração que o parto espontâneo é estritamente raro, a conduta intervencionista talvez seja a mais razoável.

A conduta a seguir, segundo Nölting, na apresentação de frente, tem variâtes, dependendo do grau de insinuação e do estado de dilatação do cólo.

Assim é a conduta dêste autor nesta apresentação anormal:

Cabeça não insinuada	{	Dilatação incompleta	{	Bolsa íntegra — Esperar
		Dilatação completa		Bolsa róta — Esperar
				Versão
				Fórcipe
				Cesarea
				{ (estreito superior)

Cabeça insinuada (apresentação de frente encaixada)	{	Expectante a principio, porém constando a falta de progressão do fêto, e com muito mais rigôr o encravamento definitivo da apresentação, está indicado o Fórcipe.
		Em determinadas circuntancias, na apresentação de frente, está indicada a Sinfisiotomia.

Suzor esquematiza do seguinte modo a orientação na apresentação de frente:

1 — Cabeça não insinuada:

- a) Dilatação completa, bolsa recém-rotas — Versão.
- b) Bacia achatada, conjugado verdadeiro menor de 9 cms. — Cesarea.
- c) Dilatação incompleta, bacia lig. achatada — Esperar.

2 — Cabeça insinuada:

- a) Dilatação incompleta — Esperar.
- b) Dilatação completa, indicação de extrair — Fórcepe.
- c) Fronte encravada — Sinfisiotomia.

O fórcepe é uma intervenção má, numa apresentação de frente rigorosamente pura, diz Brault, com o qual estamos plenamente de acôrdo. Fazer uma aplicação de fórcepe sobre uma cabeça que luta contra uma bacia óssea é o mesmo que, segundo a judiciosa frase de Pinard: “Correr ao encontro de um desastre”.

Se as condições são favoráveis, deve-se praticar a versão; mas é necessário que se trate de uma multipara, que a dilatação eseeja completa, a bolsa intacta ou rota há pouco tempo, ou ainda que o fêto não seja muito grande e a bacia não apresente acentuado vício pelvico; caso contrário se uma ou outra destas condições faltarem deve-se recorrer à cesarea.

Palacios Costa, desde 923, vem aconselhando a sinfisiotomia nas apresentações deflectidas.

Peiretti e Nieva praticaram 8 vêzes a sinfisiotomia em 23 partos de frente com 100% de fêtos vivos.

Hoje com os sulfo-conjugados e com a penicilina ampliam-se as indicações de cesarea, e o tocólogo póde recorrer à ela com muito mais freqüencia e segurança.

Em caso abandonados, sem assistência obstetrica apropriada, nos quais o pólo cefálico está profundamente insinuando, devemos geralmente intervir, em momento oportuno, por via baixa. E' nestes casos que se aplica o fórcepe ou faz-se a sinfisionomia.

Curtis afirma que a cesarea e a versão são duas boas intervenções na apresentação de frente e diz que o fórcepe é sempre difícil, e como regra geral nunca deve ser usado nas posteriores, excepto o rotatório.

Alguns autores como Pinard e von Uhreninberg pensam, que se deve recorrer a cesarea largamente na apresentação de frente.

No caso de feto morto, devemos terminar o parto pela basiotripsia ou cranioclasia, afim de livrar a parturiente ao penoso trabalho de parto a que está sendo submetida.

Existem manobras corretoras, afim de modificar a apresentação de frente, que podem ser externas, internas e combinadas, cabendo a estas maior número de sucesso.

As manobras externas exclusivas, tipo Schatz são tidas como sem valôr prático; da mesma forma são consideradas as manobras exclusivamente internas como a de Baudelocque; o mesmo não acontece com as manobras combinadas como as de Thorn, Pinard, Wishmann, e as de Musse.

O princípio destas manobras consiste em “orientar o útero” fazendo coincidir o seu eixo com aquele do tronco fetal e abaixar o occipicio.

Titus nos casos em que encontra juntamente com a apresentação de frente a obliquidade do útero, recomenda o uso das faixas abdominais.

Aconselha também êste autor o uso do fórcepe de Willet para manter a flexão e afirma que esta manobra é às vêzes bem sucedida.

OBSERVAÇÃO 17.º 1

A. G. B., 35 anos, branca, brasileira, natural da Bahia, de prendas domésticas, casada residindo no Distrito do Ipiranga, em São Paulo.

ANAMNÉSE GERAL

Antecedentes familiares: Pais falecidos; 15 irmãos fortes.

Antecedentes pessoais: Sarampo, Coqueluche, Gripe.

Antecedentes menstruais: Menarca aos 11 anos, com ciclo eumeno-
norreico, durando 3 dias, sem fenômenos subjetivos.

ANAMNÉSE OBSTÉTRICA

a) *pregrêssa* S. gigesta, quintipara, não referindo abortamentos.

N.	Gravidês	Idade	Data	Parto	Horas	Puerpério	Lactação	Filho
1	Normal	9 m.	1929	Normal	20	Normal	Normal	vivo
2	Normal	9 m.	1931	Normal	18	Normal	Normal	viva
3	Normal	9 m.	1933	Normal	12	Normal	Normal	vivo
4	Normal	9 m.	1936	Normal	12	Normal	Normal	vivo
5	Normal	9 m.	1940	Normal	10	Normal	Normal	vivo
6	Atual							

b) *atual*: Última menstruação: 2-1-44. Idade de gravidez: 9 meses; Percepção dos movimentos ativos aos 5 meses; Vômitos —; Varises, sim; Edema —; Vertigens —; Cefaléia, sim; Sonolência —; Irritabilidade —; Astenia —; Tremores —; Caimbras —; Formigamentos —; Perturbações visuais —; Perturbações auditivas —; Prurido —; Corrimento: amarelado, espumoso, em quantidade regular; Hemorragia —; Dôr —.

HISTÓRIA DO PARTO

Internou-se na Maternidade Condessa Filomena Matarazzo, às 18 horas do dia 5-10-44, em franco trabalho de parto, referindo que as dôres se iniciaram às 12 horas, com rotura da bolsa às 14 horas do mesmo dia, perdendo líquido amniótico em quantidade regular, de côr clara.

Inspeções Pela inspeção do abdômem verificamos que se apresenta abaulado e simétrico; é interessante assinalar o volume exagerado do ventre. Não verificamos latero-desvios do útero. Apresenta-se com pigmentação intensa da linha alba do umbigo, bem com estrias numerosas; antigas e recentes.

Ausculta: Percebemos nitidamente os batimentos cardíacos fetais no quadrante inferior esquerdo, com 130 batimentos por minuto, bem rítmico.

Pelvimetria: B.E. 24; B.C. 28; B.T. 30; C.E. 20; Tridondâni 12; Triângulo supra-sacro de Tarnier: Base 10; Altura 4.5.

Tóque: Às 19 horas do dia 5-10-44 constatamos dilatação para 3 dedos, cólo grosso, pouco dilatável, bolsa rôta, apresentação cefálica deflectida do 2.º grau. Percebe-se nitidamente, pelo tóque, tratar-se de uma apresentação de fonte em N.D.P. em — 2.

Promontório não acessível.

EXAME CLINICO GERAL

Aspecto geral bom; Marcha normal; Temperatura 36,5; Pulso 96; Pressão arterial: Mx. 170, Mn. 120.

Tipo morfológico: Picnica; Esqueleto bem conformado; Musculatura regularmente desenvolvida; Pêlo quente e humida; Pânículo adiposo regularmente desenvolvido; Mucósas bem coradas; Sistema ganglionar normal.

Aparelho digestivo: Sem anormalidades, defecações diárias.

Aparelho respiratório: Sem anormalidades.

Aparelho circulatório: Coração normal à ausculta, ectasias venosas numerosas.

Aparelho urinário: Polaquiuria, nicturia.

Sistema nervoso: Reflexos tendinosos, cutâneos e oculares presentes e normais Psiqué-Normal.

Sistema endócrino: Tireoide ligeiramente aumentada à palpação, sem presença de outros fenômenos de hipertiroidismo.

Resumindo, portanto, estamos em presença de uma grande multipara, cujo trabalho de parto iniciou-se às 12 horas de dia 5-10-44.

Pelo exame realizado às 19 horas, principalmente após o tóque, concluímos por uma apresentação deflectida do 2.º grau em N. D. P..

Levando em consideração que se trata de uma grande multipara e que a bacia é normal, e as condições fetais são boas optamos pela expectativa.

Às 23 horas, a parteira nos informa que as contrações uterinas tornaram-se hipersistolicas, encontrando-se a paciente extremamente desassosegada.

Verificamos então, que os batimentos cardíacos fetais, se aceleraram (180), tornando-se abafados. Recomendamos, para solucionar esta distocia funcional, uma ampola de Spasmalgine.

Às 24 horas, persiste ainda a hipersitolia, o que, nos obrigou ao emprego de nova dose de citada anti-espasmódico.

A paciente sossegou, normalizou-se o ritmo das contrações e os batimentos cardíacos melhoraram acentuadamente, tanto na frequência, como no ritmo.

Às 3 horas do dia 6-10-44, constatamos nova fase de sofrimento fetal, caracterizada pela perda de mecônio, taquicardia (180) e arritmia.

Praticamos novo tóque, para precisarmos as novas condições obstétricas do momento e, constatamos, então, que a dilatação continuava para 3 dedos, e a apresentação era nitidamente de frente (D.N.P.) em menos 2.

Havendo indicação extrativa urgente, e diante das condições obstétricas que se apresentavam, optamos pela Cesarea segmentária, que decorreu normalmente.

Extraímos um fêto vivo, do sexo masculino pesando 4200 grs. e medindo 51 cms. de altura com os fenômenos plásticos característicos da apresentação de frente.

Para finalizar, seria interessante discutir, qua a causa determinante desta apresentação, nêste caso.

Acreditamos, que muito provàvelmente a multiparidade, e o fêto grande tenham condicionado, esta apresentação distócica.

OBSERVAÇÃO N.º 2

L. P, 36 anos, branca, brasileira, natural de São Paulo, de prendas domésticas, casada, residindo no Distrito do Cambucí em S. Paulo.

ANAMNÉSE GERAL

Antecedentes familiares: Pai falecido, mãe viva e forte; 6 irmãos vivos e 2 falecidos na primeira infância.

Antecedentes pessoais: Sarampo, varicela, parotidite e amigdalites repetidas.

Antecedentes menstruais: Menarca aos 12 anos, com ciclo eumorreico, durando de 3 a 5 dias, sem fenômenos subjetivos.

ANAMNÉSE OBSTÉTRICA

a) *pregrêssas* Sestigesta, quartipara, referindo dois abortamentos, sendo o primeiro espontâneo na primeira gestação e o segundo provocado na quinta gestação.

N.	Gravidez	Idade	Data	Parto	Horas	Puerpério	Lactação	Filho
1	Interrompida	2 m.	1928	Exp.		Normal	—	—
2	Normal	9 m.	1929	Normal	16	Normal	Normal	viva
3	Normal	9 m.	1931	Normal	12	Normal	Normal	viva
4	Normal	9 m.	1933	Normal	12	Normal	Normal	vivo
5	Interrompida	2 m.	1934	provocado		Com hemorragia e febril	—	—
6	Normal	9 m.	1940	Normal	14	Normal	Normal	viva
7	Atual							

b) *atual:* Última mentruação: 30 de setembro de 1943. Idade da gravidez: 9 meses; Percepção dos movimentos ativos aos 4 e meio

meses; Vômitos, sim, intensos no 1.^a trimestre; Varises, sim; Edema, sim, discreto; Vertigens —; Cefalea —; Sonolência —; Irritabilidade, sim; Astenia —; Tremores —; Caimbrás —; Formigamentos —; Perturbações auditivas —; Prurido —; Corrimento: branco, seroso, em pequena quantidade, exclusivamente durante a gravidez; Hemorragia —; Dôr —.

HISTÓRIA DO TRABALHO DE PARTO

Internou-se na Maternidade do Hospital Leão XIII, às 4 horas da madrugada do dia 10 de julho de 1944, em trabalho de parto, referindo apresenta dôres desde às 20 horas do dia anterior. Com as dôres se intensificassem e não podendo resistir mais, procurou internar-se na Maternidade, onde constatamos o seguinte:

Inspeção: O abdomen mostra-se abaulado, em obú, porém simétrico com volume que reputamos um pouco exagerado. Não constatamos latero — desvios do útero. Há ligeira pigmentação do umbigo e numerosas estrías gravídicas recentes e antigas.

Palpação: Altura do útero, 38 cms.; circunferência abdominal, 97 cms.. Por êste meio de exame verificamos que se trata de uma situação longitudinal, de fêto de termo, em apresentação cefálica, cabeça ajustada na área do estreito superior, dorso à esquerda e pequenas partes à direita.

Ausculta: Pela ausculta, percebemos batimentos fetais mais ou menos abafados e arritmicos, batendo em média 160-180 batimentos por minuto. O fóco de ausculta encontrava-se no quadrante inferior esquerdo, sôbre a linha de Ribemont.

Pelvimetria: B.E 23,5; B.C. 27; B.T. 31; C. E. 20; Tridomdani 11,5. Triangulo supra-sacro de Tanier: Base 10; Altura 4.

Tóque: Realizando um tóque vaginal às 8 horas do mesmo dia verificamos que havia dilatação quase completa, bolsa integra, que se rompeu durante o exame deixando sair grande quantidade de liquido amnico de côr esverdeada. Apresentação cefálica, deflectida de 2.^o gráu apresentação de frente, cabeça em — 3, em N.D.P. Promontorio não acessível.

EXAME CLÍNICO GERAL

Aspecto geral — bom; Marcha normal; temperatura 37°; pulso 100. Pressão arterial: Mx. 135; Mn. 90.

Tipo morfológico: Hiperplastica — displastica; Esqueleto, bem conformado; Musculatura bem desenvolvida; Pêlé quente e úmida;

Paniculo adiposo, regularmente desenvolvido; Mucósas coradas; Sistema ganglionar: normal.

Aparelho respiratório: Som claro pulmonar e murmúrio vesicular normal.

Aparelho circulatório: Bulhas cardíacas audíveis e normais.

Aparelho digestivo: Náuseas freqüentes, asia pós-prandial.

Aparelho urinário: Disuria, polaquiura, nictura.

Sistema nervoso: Reflexos cutaneos, tendinosos e oculares presentes e normais. Psiqué: Normal.

Sistema endócrino: Tireóide papável sem aumentar de volume.

Estamos, portanto, em presença de uma multipara em trabalho de parto há 30 horas, com um fêto de termo em estado de sofrimento intenso caracterizado pela arritmia do fôco e pela perda de grande quantidade de mecônio, além de se tratar de uma apresentação de frente, N.D.P., bem nítida.

Havendo trânsito e indicação de intervir urgentemente a-fim de salvar o fêto, optamos pela via baixa. Ficamos entre o Fôrcipe e a Versão.

Colocada a paciente na mesa operatória, foi anestesiada, pelo Balsoforme em máscara de Ombredane e após os cuidados pré-operatórios de rotina foi de novo a paciente examinada e constatamos então que a apresentação estava pouco insinuada (— 3) e que facilmente podia ser desencaixada ao nível da área do estreito superior, motivo pelo qual fez com que realizássemos uma Versão.

A versão, decorreu normalmente, nascendo um fêto vivo, em morte aparente do sexo feminino, pesando 4.500 grs. e 52 cms, de altura. O fêto foi reanimado com manobras respiratórias, desobstrução das vias aéreas superiores, injeção de coramina intra-muscular.

A dequitação processou-se 20 minutos após a saída do fêto, saindo uma placenta, com cotilédones e membranas integros, com inserção paracentral de cordão, com 50 cms. de comprimento.

Havia certa projeção da frente, dando-lhe um aspecto de pirâmide de cône truncado.

OBSERVAÇÃO N.º 3

B. N., 26 anos, branca, brasileira, natural de São Paulo, casada, residindo no Distrito da Lapa, em São Paulo.

ANAMNÉSE GERAL

Antecedentes familiares: Pai vivos, 3 irmãos fortes.

Antecedentes pessoais: Sarampo e coqueluche.

Antecedentes menstruais: Menarca aos 13 anos. Ciclo menstrual eumenorreico.

ANAMNÉSE OBSTÉTRICA

- a) *pregrêssa:* Primigesta, não referindo abortamento.
b) *atual:* Última menstruação: 2-3-1945. Idade da gravidez: 9 meses; Percepção dos movimentos ativos aos 5 meses; Vômitos —; Varizes, sim; Edema, bastante acentuado nos membros inferiores; Vertigens —; Cefaléa —; Sonolência —; Irritabilidade —; Astenia —; Tremores —; Caimbras —; Formigamento —; Perturbações auditivas e visuais —; Prurido —; Corrimento —; Hemorragia —; Dôr—.

HISTÓRIA DO PARTO

Internou-se na Maternidade Condessa Filomena Matarazzo, às 14 horas do dia 7 de dezembro, em franco trabalho de parto, referindo que as dôres se iniciaram às 12 horas do mesmo dia.

Refere ainda a paciente, ruptura da bolsa às 8 horas do mesmo dia, com líquido amniótico em quantidade discreta.

Às 15 horas examinamos a paciente e constatamos o seguinte:

Inspeção: Pela inspeção do abdomen, verificamos que se apresenta abaulado e simétrico; é digno de referencia e julgamos já pela inspeção, volume pequeno do fêto.

Não havia obliquidade do útero. Pigmentação discreta da linha alba e numerosas estrías recentes.

Palpações Altura do útero, 33 cms. Circunferência abdominal, 90 cms..

Verificamos nesta ocasião que se tratava de uma apresentação cefálica, em O.E.A. e com o pólo cefálico alto e móvel na área do estreito superior. Percebemos ainda nitidamente na parede lateral do abdomen os ligamentos redondos.

Auscultas Os batimentos cardíacos fetais, ouvem-se nitidamente no quadrante inferior E. com 140 batimentos por minutos e bem ritmados.

Pelvimetria: B.E. 24; B.C. 27; B.T. 31; C.E. 20. Tridondani 12. Triângulo supra-sacro de Tarnier: Base 10; Altura 4,5.

Tóque: Às 20 horas do mesmo dia, constatamos dilatação para um dedo, colo grosso, pouco dilatável, bolsa rota, apresentação cefálica, cabeça alta e móvel. Promontório não acessível.

EXAME CLÍNICO GERAL

Aspecto geral, máu. Temperatura 37°. Pulso 90. Pressão arterial: Mx. 120; Mn. 75

Tipo morfológico: Picnica; Esqueleto bem conformado; Musculatura regularmente desenvolvida; Péle quente e úmida; Paniculo adiposo pouco desenvolvido; Mucósas descoradas: Gânglios não palpáveis; Edema acentuado dos membros inferiores.

Aparelho digestivo: Sem anormalidades, defecações diárias.

Aparelho respiratório: Sem anormalidades.

Aparelho circulatório: Coração normal à ausculta.

Aparelho urinário: Nada digno de referência.

Sistema nervoso: Reflexos tendinosos, cutaneos e oculares presentes e normais.

Sistema endócrino: Tireóide ligeiramente aumentada.

Resumindo, estamos em presença de uma primigesta cujo trabalho de parto iniciou-se às 12 horas, do dia 7 de dezembro de 1945.

O exame praticado às 20 horas nos informou tratar-se de uma apresentação cefálica flectida em O.E.A. Cabeça alta e móvel, dilatação para 1 dedo e com rutura precoce de bolsa.

Levando em consideração o peso provável do fêto (pequeno), a bacia normal e as contrações uterinas bem ritmadas e o fóco mantendo-se bom, optamos pela expectação.

A paciente passou tôda a noite com contrações normais e às 7 horas da manhã do dia seguinte, 8-12-1945, praticamos novo exame.

Verificamos neste momento que a dilatação era para 2 dedos e com grande surpresa constatamos modificação da apresentação e posição.

Estamos agora em presença de uma apresentação de frente em N.D.R. e para agravar ainda a situação a paciente se encontrava com 39° de temperatura.

Diante destas novas condições obstétricas resolvemos intervir por via alta (cesarea).

Praticamos a cesarea segmentária que decorreu normalmente, sob raque anestesia. (Scurocaine C.).

Extraímos um fêto vivo do sexo masculino, pesando 2 quilos e 800 gramas, com os fenômenos plásticos característicos da apresentação de frente.

Durante a intervenção colocamos 4 gramas de Sulfanilamida intraperitoneal. Logo após a intervenção a paciente continuou a receber sulfo conjugado e iniciamos em seguida ao ato cirúrgico e administração durante vários dias, de Penicilina, num total de 600.000 Unidades, assim como transfusões de sangue (total 800 gramas).

Acreditamos sinceramente que a ação sinérgica dos sulfoconjugados com a penicilina foi a causa determinante da boa evolução desse caso grave de infecção "intra-partum".

CONCLUSÕES

1) É necessário a distinção nítida entre a apresentação de frente transitória e a persistente; esta constitui a verdadeira apresentação de frente.

2) A apresentação de frente é rara. A incidência é em média de 1 para 2.000 partos.

3) Nas nossas observações a multiparidade constituiu a causa mais importante desta apresentação deflectida.

4) O diagnóstico desta apresentação, essencialmente patológica, foi feito somente pelo tóque.

5) nas nossas observações não houve mortalidade materna e fetal.

6) A conduta terapêutica foi intervencionista. Das nossas três pacientes, em duas foi praticada a cesarea segmentária, e numa a versão mixta.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Audebert e Gasparron** — Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris. Sept. 1927.
- 2) **Bolloi, D.** — Riv. d'Ostet. e Giec. Pratica X. 18. 301-310. Oct. 1936.
- 3) **Brault, P.** — Gynec. et Obst. 29. 45-54, Jan. 1934.
- 4) — **Bar, Brindeau, Chambrelent** — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1914
- 5) **Bumm** — Tratado completo de obstetricia.
- 6) **Curtis** — Obstetrics and Gynecology.
- 7) **Clivio, Pestalozzi, Vicarelli, Resinelli** — Trattato di Ostetricia.
- 8) — **Döderlein** — Tratado de obstetricia.
- 9) **Davis, Henry** — Gynecol and Obstetric.
- 10) **Falsia, Miguel** — La Semana Medica. Tomo 2. Dezembro, 7. 1933. Pag. 1788-90.
- 11) **Gonçalves, Hamilton** — Tese de doutoramento 1928.
- 12) **Greenhill, De Lee** — Principles and Practice of Obstetrics. Eight Edition.
- 13) **Martius, H.** — Operaciones Obstetricas.
- 14) **Maret, M.** — Bull, Soc. d'Obst. et de Gynec. de Paris, 1923. Vol. 12. Pag. 339.
- 15) **Mangiagalli, Luigi** — Lezione de Ostetricia i de Clinica Ostetrica. Vol. 1. Pág. 452.

- 16) **Nölting, E.** — La Semana Medica. Vol. 1. 21 de abril. Pag. 1236-1242.
- 17) **Neto, Paulo** — Arquivos da Soc. de Med. de Alagoas. Vol. 3. Abril-Julho, 1939. Facs. 3 e 4. Pag. 12
- 18) **Suzor** — Hospital: 23. 254-258.
- 19) **Sjõwall, Alf.** — Ginocolo. et Obst. Vol. 30 p. 326 Out. 1934.
- 20) **Titus, P.** — Management of Obstetrics Difficulties 1945. III Edition. Pag. 552.
- 21) **Perez** — Tratado de Obstetricia.
- 22) **Kovaes, F.** — Zent, f. Gynak. 64.960. -971. Junho 8. 1940.
- 23) **Newciler, W.** — Zent, f. Gyna. 63. Jan. 14. 1939.
- 24) **Winkler, H.** — Zeit. f. Gyn. 62. 2700-2706. Dec. 3. 1938.
- 25) **Jeno A.** — Zeit. f. Gyn. 61. 460-462. Fev. 20. 1937.
- 26) **Nordwayer, K.** — Zeit. f. Gynak. 59. 1343. 1346. June 8. 1935.
- 27) **Faureau** — Bull. de la Sos. d'Obstet. et de Ginec. 1929. 343.
- 28) **Stoeckel** — Tratado de Obstetricia.
- 29) **Stander** — Williams Obstetricia.
- 30) **Winter** — **Operazione Obstetriche.**
- 31) **Rhenter** — Encyclopédie Medico Chirurgicale.
- 32) **Posner, A. and Buch, I. M.** — Surg. Gynec and Obst. Pag. 618. N.o 6. Dec. 1943.
- 33) **Peiretti e Nieva** — Anales Ateneo. Inst. Mat. Assist. Social Buenos Aires. 1943. Pag. 295.
- 34) **Martius** in Halban Seitz. Vol. 7. II. Pag. 204.