

caixa 7
37



AS VENTOSAS EM GINECOLOGIA

INDICAÇÕES DA VENTOSA OBSTÉTRICA. PARTO PROLONGADO

JAIME SILVA PEREIRA

Especialista de Obstetrícia e Ginecologia
Bolsheiro da O.M.S.
Médico da Maternidade de Luanda

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL
DE
LISBOA
BIBLIOTECA

Separata dos ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL, Volume XVII, N.º 4

Dezembro de 1960

TICX07

AS VENTOSAS EM GINECOLOGIA (1)

INDICAÇÕES DA VENTOSA OBSTÉTRICA. PARTO PROLONGADO

JAIME SILVA PEREIRA

Especialista de Obstetria e Ginecologia

Bolseiro da O. M. S.

Médico da Maternidade de Luanda

A ideia de usar ventosas medicinais em ginecologia remonta aos primórdios da medicina antiga. As primeiras ventosas foram feitas com chifres, aos quais se cortava a ponta; por este orifício assim feito se fazia a sucção com a boca e nele se colocava uma rolha. Os índios da América e os hotentotes na África ainda usam os chifres como ventosa.

Hipócrates e Celso trataram com ventosas a menorragia e a vaginite e Galeno usou-as no tratamento da dismenorreia.

Aretus aplicou-as no tratamento do prolapso do útero, fazendo a sucção sobre a parede anterior do abdómen.

É curioso que Finderle, na Jugoslávia, em 1939, usa uma ventosa obstétrica com o formato de chifre. Isto pode fazer pensar que a ventosa obstétrica tenha derivado da ventosa médica dos povos antigos.

Mas assim não parece ter sido, visto que a primeira ventosa obstétrica foi imaginada e construída por Sympson, o genial introdutor da anestesia pelo clorofórmio. São deste obstetra as palavras publi-

(1) Entregue para publicação em 9 de Agosto de 1960.

cadadas no *Edinburgh Monthly Journal of Medical Science* de Fevereiro de 1849:

«Por meio de um pequeno disco de sucção a concha da lapa, que é tão vulgar na nossa costa marítima, agarra-se com muito vigor às pedras e rochas, nas quais se fixa... se nós pudéssemos aplicar sobre a parte «exposta» da cabeça fetal a ventosa da lapa.....».

O modelo de Sympson, e mais tarde o de McCahey, em 1890, tem um formato muito semelhante ao da lapa.

Depois de Sympson vários autores se têm dedicado à ideia do extractor pelo vácuo, mas só desde há cerca de dez anos a ventosa se tornou quase universalmente aceite como valioso instrumento em obstetrícia.

O aperfeiçoamento da mecânica moderna deve ter contribuído para este facto, por se ter podido agora dar cabal realização à engenhosa ideia de Sympson, de há cento e dez anos.

Mas, ainda em 1939, Torpin, na América, publica os seus ensaios no *Journal of Medical Association of Georgia*, 28: 230, 1939.

Foram 13 aplicações de ventosa em partos com período expulsivo há mais de duas horas.

Tudo indicava, «a avaliar pelos resultados da experiência realizada», que novos ensaios seriam feitos, mas, em 1958, este conhecido autor escreve uma carta a Eastman, declarando a propósito que:

«Ela (a ventosa) actua bastante bem, mas eu convenci-me, após o nosso estudo da acção do útero no trabalho de parto, que a mãe Natureza, convenientemente guiada, podia melhor liberar o feto. Portanto, eu emalei todas as minhas engenhocas...».

No entanto, em 1935, na Jugoslávia, Finderle publica os seus resultados com uma ventosa em forma de chifre, «que substitui inteiramente o fórceps com satisfação geral».

Malmström (1956), na Suécia, constrói um tipo de ventosa já hoje bastante conhecido e publica os seus resultados com 7% de extracções em 2 722 partos.

Conclui este autor pela inocuidade do método e faz notar que são infundados os receios de provocar no feto hemorragia intracraniana.

A primeira vez que vimos a ventosa de Malmström foi em 1957, na Faculdade de Medicina de Londres, nos serviços do Prof. Nixon.

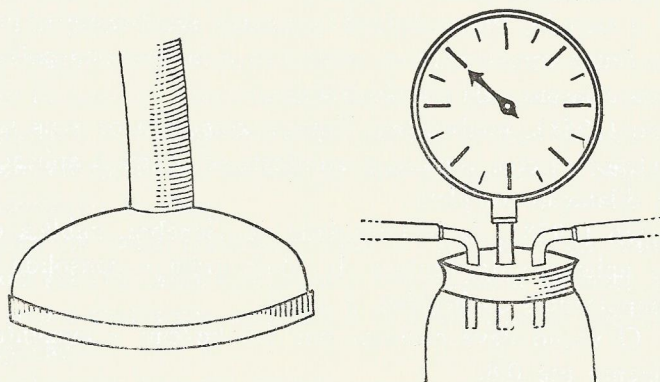


Fig. 1 — Ventosa de *Malmström*

Aparentemente tinham já sido feitas algumas aplicações, mas, passado o primeiro entusiasmo, a ventosa foi quase esquecida.

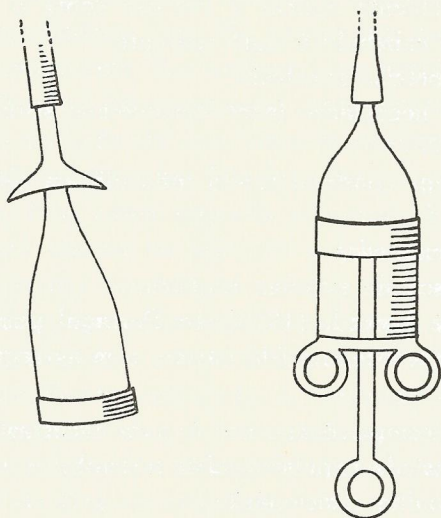


Fig. 2 — Ventosa de *Finderle*

Evelbauer (1958), na Alemanha, aplica o método a 250 partos e mostra-se grande entusiasta da tracção-sucção, advertindo, no

entanto, que a tracção deve ser síncrona com as contracções uterinas.

Em França, após as infrutíferas tentativas de Couzigou para divulgar o método, Pigeaud (1957), com o seu prestígio, publica os trabalhos feitos com a ventosa obstétrica e inicia neste país um verdadeiro entusiasmo pela sucção-tracção.

Oddo (1958), também em França, comunica os seus resultados em 30 extracções com ventosa e manifesta-se contra a aplicação desta antes da dilatação completa.

Voegeli (1958), da Maternidade de Genebra, publica os resultados da aplicação da ventosa de Malmström e consolida algumas noções importantes conhecidas, a saber:

1.º O vácuo deve começar por 0,6 kg/cm² e aumentado progressivamente até 0,8.

2.º A tracção deve ser síncrona com as contracções uterinas;

3.º Se a dilatação cervical é incompleta, deve exercer-se uma tracção contínua e longa;

4.º Em caso de urgência, pode ajudar-se com vigoroso apoio sobre o fundo do útero;

5.º É conveniente aplicar a ventosa sobre o vértex, porque é aqui que o couro cabeludo é mais aderente;

6.º Não é preciso anestesia;

7.º Não é necessário fazer episiotomia sistemática, como no fórceps;

8.º O fórceps continua sendo indicado em duas situações obstétricas:

a) Nos prematuros e

b) Nos casos de extrema urgência.

Gonçalves de Azevedo (1959), em Portugal, publica os seus resultados de 100 extracções, em 840 partos, com as seguintes indicações:

I — Por complacência, isto é, para encurtar o período expulsivo, aliás normal... ..	9 casos
II — Trabalho estacionário	37 »
III — Sofrimento fetal	32 »
IV — Trabalho estacionário com sofrimento fetal	20 »
V — Cardiopatias	2 »

O autor, quando se refere ao trabalho estacionário, não especifica se a dilatação estava completa, mas declarou na Sociedade Portuguesa de Obstetrícia, quando apresentou estas experiências, que em todos os 100 casos havia dilatação completa.

Este autor acentua que durante a diástole uterina «a tracção deverá ser firmemente mantida para impedir a ascensão do pólo fetal».

Berggren (1959), na Noruega, estabelece que as indicações da ventosa obstétrica são as mesmas do fórceps, excepto a cabeça última e a apresentação de face.

Publica os seus resultados com a aplicação da ventosa de Malmström em 100 casos e sublinha a conveniência de fazer a tracção síncrona com a contracção uterina e a de que a tracção não ultrapasse de 0,6 kg/cm².

Gonçalves de Azevedo (1960) novamente publica os seus resultados em cerca de 352 extracções com ventosa, num período de doze meses, tendo aplicado, pela primeira vez na literatura médica, a ventosa em cesariana abdominal. Tratava-se de uma cesariana na qual não foi possível enuclear a cabeça fetal com a mão. Graças à ventosa, a extracção «realizou-se em menos de um minuto e a criança nasceu em boas condições». Das 352 extracções, foram 276 em primíparas e 76 em múltiparas. Em nenhum caso precisou fazer episiotomia ou anestesia. Por fim, apresenta uma relação de 7 casos de insucesso, que não deixa de ser uma fonte de ensinamento. Em 3 destes casos havia cabeça alta e em 7 a força exigida para a extracção não foi suficiente. Nos casos segundo e terceiro havia cabeça alta e também hipotonia uterina no segundo e falta de colaboração por inconsciência (epilepsia) no terceiro. Nestes dois casos e até nos oito restantes o autor, aparentemente, não recorreu a qualquer apoio sobre o fundo do útero, como o teria talvez feito Voegeli, de Genebra, em emergência semelhante, sobretudo no segundo e terceiro casos. É possível que este apoio, só por si, ou suplementado com manobras adequadas por via extra-útero, tivesse resolvido a rotação do quarto caso de insucesso, da lista em referência.

Os dois tipos de ventosa mais conhecidos e usados são o de Malmström (semelhante ao que construiu McCahey em 1890), que se adopta na Europa Ocidental, e o de Finderle, em forma de chifre, que se usa na Europa Oriental.

Na Maternidade de Luanda temos usado com bons resultados a ventosa de Malmström e temo-la aplicado servindo-nos dos conhecimentos obtidos pela leitura dos autores acima referidos.

Há, no entanto, alguns esclarecimentos que nos parece útil apresentar sobre algumas indicações mais importantes que se nos depararam.

1 — *Prolapso de um braço e apresentação cefálica.*

Observámos dois casos de apresentação cefálica com procidência de um braço.

A cabeça estava pouco descida na escavação e uma mão apresentava-se à vulva. Havia sofrimento fetal em um caso e morte fetal em outro. Fizemos a redução do braço depois de fazer subir a apresentação previamente fixada com a ventosa. Aplicámos em seguida a tracção-sucção, fazendo apoio sobre o fundo do útero, e deu-se a liberação do feto.

2 — *Placenta prévia marginal.*

Ainda não tivemos ocasião de aplicar a ventosa após a rotura hemostática das membranas. Estamos certos de que a cabeça fixa com a ventosa em tracção contínua moderada levará rapidamente à dilatação cervical e à liberação do feto. É certamente um extraordinário avanço sobre o anacrónico método de tracção da cabeça com as pinças de Wilet ou sobre o fórceps de Ivanoff.

3 — *Prolapso do cordão.*

Também já aplicámos com sucesso a ventosa num caso de prolapso de cordão umbilical.

Era uma grande múltipara com prolapso de cordão e feto vivo, em apresentação cefálica.

Colocada a mulher em Trendlenburgo, fizemos a redução do cordão com manobras manuais e fixámos a cabeça fetal sobre o estreito superior, com o auxílio da ventosa — disco pequeno da ventosa de Malmström.

Com a tracção síncrona com as contracções uterinas, tendo estas sido excitadas com ocitocina, deu-se rapidamente, e com sucesso aparente, a liberação do feto.

4 — *Cesariana segmentar electiva.*

Em cesarianas electivas quase sempre com a cabeça acima do estreito superior, ou no caso de o parteiro deixar subir a cabeça acima desse estreito, no decorrer da cesariana segmentar, pode ser aplicada a ventosa.

Nestes casos a incisão segmentar tende a encolher (Donald) e é difícil encaminhar com a mão o vértex para a liberação; a ventosa será aplicada com sucesso, como aliás aconteceu em um caso do Prof. Gonçalves de Azevedo.

5 — *Paragem da cabeça em transversa.*

Aplicada a ventosa nestes casos, pode resultar em insucesso, mas nós resolvemos esta distocia, em dois casos, com manobras externas, para rodar os ombros do feto, ajudados com vigoroso apoio sobre o fundo do útero.

6 — *Parto prolongado.*

Na raça quimbunda é frequente o parto prolongado por distocia mecânica.

Nas nossas estatísticas oficiais não figura o parto prolongado.

Os autores anglo-saxónicos dividem o parto em normal, difícil e obstruído (*normal, difficult e obstructed labor*), conforme a liberação do feto tem lugar nas primeiras, nas segundas ou nas terceiras vinte e quatro horas de trabalho. Nestes períodos não se inclui o tempo necessário para a dequitação.

Outros autores apenas distinguem o parto normal e o prolongado, sendo este assim chamado se demora mais de 48 horas. É esta última classificação que adoptamos na presente comunicação.

Em verdade, o limite de 36 horas deveria ser marcado para definir o parto prolongado, mas, em certos casos raros, este último período

não correspondia ao mau prognóstico que caracteriza o parto prolongado.

Para os autores que consideram parto prolongado aquele que evolui para além das 48 horas, o parto obstruído é o parto prolongado que parou na sua evolução. E, neste caso, o útero apresenta-se em contracção tetânica, o segmento inferior distendido ao máximo, há sofrimento ou morte fetal e há sofrimento materno, sendo este caracterizado por hipertermia, taquicardia e desidratação.

O parto prolongado pode aparecer por desproporção cefalopélvica, por apresentação viciosa e por actividade uterina deficiente ou ineficaz.

O parto prolongado por desproporção cefalopélvica é frequente na raça quimbunda, sobretudo nas mulheres com menos de 1,60 cm de altura.

Esta anomalia deve ainda ser observada por mais alguns anos, enquanto houver grande diferença e melhoria de sistema higienodietético de geração para geração.

Muitas mães, que agora se alimentam bem e olham pela sua saúde, não tiveram a mesma sorte quando na infância, isto é, na época do desenvolvimento do sistema ósseo e hormonal.

Também é característico desta raça a maior percentagem de bacias afuniladas ou andróides. Muitas destas bacias são apertadas e se o parto se prolonga poderá complicar-se de sofrimento fetal ou materno ou, passados alguns dias, de fistula vesicovaginal.

A pelvimetria externa, especialmente na raça quimbunda, não merece confiança.

Nas latitudes tropicais as bacias estão sendo estudadas sobretudo com a medida do conjugado interno e com a medida do ângulo subpúbico.

Uma bacia com promonto-púbico mínimo de 10 cm pode chamar-se bacia limite e o parto será normal apenas se a cabeça for muito pequena.

À semelhança do que encontrou Sen (1953) na Índia, nós também encontrámos na raça quimbunda as seguintes medidas de diâmetro biparietal:

Cabeças muito pequenas	— d.	biparietal de	7,5 cm
» médias	— d.	» de	9 »
» grandes	— d.	» de	10 »

O diâmetro promonto-púbico mínimo deve ter cerca de 1,5 mais que o biparietal, de modo que a liberação da cabeça se dê em razoáveis condições (Bowesman).

O cavalgamento ou amoldamento do crânio fetal, quando vai além de 4 mm, compromete seriamente a vida do feto e por isso não se deve contar com este encurtamento do biparietal.

O parto prolongado por apresentação viciosa continua sendo ainda relativamente frequente, porque muitas grávidas não recorrem às clínicas da especialidade e também porque é frequente a grande multiparidade nas regiões tropicais, sendo esse facto, só por si, causa frequente de apresentação viciosa.

Quanto ao parto prolongado por actividade uterina ineficaz, isto é, por distocia dinâmica, diremos que não é tão frequente como por distocia mecânica.

Podemos mesmo dizer que são raros os síndromas de hipodinamia, de contracção uterina desordenada e de distocia cervical.

A inércia uterina que se encontra vulgarmente na parturiente quimbunda é a secundária, por motivo do esgotamento do músculo uterino.

Muitas vezes, portanto, o médico em Angola será confrontado com um parto prolongado por distocia mecânica, apresentando-se a cabeça muito alongada, em forma de cabeça romana, por haver dificuldade em transpor os planos inferiores da escavação pélvica.

A cabeça fetal encontra-se por vezes tão amolgada, com os ossos tão cavalgados e tão justa à escavação pélvica afunilada, como se fosse uma rolha apertada numa garrafa.

São estes casos característicos e alarmantes e podemos ver neles:

- a) A doente infectada por múltiplos toques já feitos;
- b) Sofrimento fetal;
- c) Sofrimento materno caracterizado por vagina seca, língua suja e seca, pulso a 120 e hipertermia;
- d) Anel de Bandl disposto obliquamente, a dois dedos travessos ou menos da cicatriz umbilical, a prenunciar rotura iminente do segmento inferior.

A aplicação do fórceps impõe-se de urgência e a anestesia geral é necessária. No entanto, a aplicação da segunda colher do fórceps faz-se nestes casos com muita dificuldade, porque, como dizia Sym-

pson, na sua apologia da ventosa, há cento e dez anos: «o fórceps ocupa uma parte do espaço pélvico...»

Ora é este espaço pélvico que está minguado e nota-se isso, sobretudo, quando se pretende fazer a rotação da segunda colher para a colocar em posição oblíqua.

O edema e amoldamento da cabeça fetal com sua bossa insinuada na garganta bisquiática e o edema das partes moles maternas tornam difícil a aplicação da segunda colher.

A parte mecânica da distocia já foi resolvida, em parte, pelo amoldamento, mas o útero fatigado já não tem contracções eficazes.

É nestes casos, não raros nas regiões tropicais, que nós com simplicidade, sem anestesia, temos empregado com sucesso a ventosa de Malmström para prover à liberação do feto.

RESUMO

1 — Descreve-se a evolução do tratamento com ventosas em ginecologia desde os tempos primitivos até à ventosa obstétrica de Malmström.

2 — São revistas as técnicas dos diferentes autores no emprego da ventosa obstétrica e apresentam-se algumas sugestões de acordo com a experiência colhida pelo autor na Maternidade de Luanda.

3 — Estuda-se o parto prolongado e o obstruído, as suas causas e tratamento na mulher quimbunda (Angola).

RÉSUMÉ

1 — On décrit l'évolution du traitement avec des ventouses en gynécologie, dès les temps primitifs, jusqu'à la ventouse de Malmström.

2 — On fait la révision des techniques des différents auteurs dans l'emploi de la ventouse obstétrique et on présente quelques suggestions d'accord avec l'expérience que l'auteur a eu dans la Maternité de Luanda.

3 — On étudie l'accouchement prolongé et l'accouchement obstrué, ses causes et son traitement chez la femme quimbunda (Angola).

SUMMARY

1 — The story of cupping in gynecology is given, from the earliest times down to the present day, with the Malmström's vacuum extractor.

2 — The indications and technique of the use of the Malmström's vacuum extractor by the different authors are reviewed and some suggestions regarding the application of the instrument are presented.

3 — The prolonged and obstructed labor, its causes and management are studied in the native women in quimbunda people (Angola).

PEREIRA, J. S. — *As ventosas em ginecologia*

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, T. B. — «A inervação e a dinâmica uterina», *Revista CL. I Maternal*, vi, 6, 1954.
- AZEVEDO, G. — «Extracção fetal por ventosa», *Portugal Médico*, XLIII, 2, 1959.
- AZEVEDO, G., e col. — «A ventosa obstétrica», *Boletim da O. dos Médicos*, 7, 1960.
- BERGGREN, O. G. A. — «Experience with Malmstrom's vacuum extractor», *Acta Obst. Gyn. Scandinav.*, 38: 315, 1959.
- EASTMAN, N. J. — «Notas Editoriais», in *Obst. & Gynec.*, 15: 2, 1960.
- FINDERLE, V. — «Extractor instead of forceps», *Am. J. Obst. Gynec.*, 69: 1148, 1955.
- MALMSTROM, T. — «The vacuum extractor», *The Midwives Chronicle and Nursing Notes*, 70, 184, 1957.
- PIGEAUD — «Nouvelle technique de dégagement de la tête foetale chez les primipares au cours de l'accouchement», *Gyn. et Obst.*, 56, 2, 1957.
- SEN, N. C. — «A report on birth weight and head dimensions of Indian babies», *J. Obst. Gy. India*, 3, 233, 1953.
- VOEGELI, H. — «Pratique de l'extraction par ventouse à la Maternité de Genève», *Gyn. et Obst.*, 57, 1, 1958.

Imprensa Portuguesa ★ Rua Formosa, 108-116 ★ PORTO

SEP25