

Luiz Raposo

---

# Do emprego da pituitrina em Obstetria e seus perigos

Relatório duma Comunicação  
feita á Associação dos Médicos do Centro de Portugal  
em novembro de 1921



COIMBRA

GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

—  
1922

RC  
MNCT  
618  
RAP



So. Dr. Francisco Raposo,  
Associação dos Médicos do Centro de Portugal  
Luiz Raposo

# Do emprego da pituitrina em Obstetria e seus perigos

Relatório duma Comunicação  
feita á Associação dos Médicos do Centro de Portugal  
em novembro de 1921



REPUBLICA PORTUGUEZA  
MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO

RC

MGT

618

RAP

COIMBRA

GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

1922



## Do emprego da pituitrina em Obstetricia e seus perigos

---

A acção ocitócica dos extractos hipofisários foi assinalada pela primeira vez em 1909, por DALE, BALL, FRANCH-HOCHWART e FROELICH.

Só, porém, em 1911, com HOFBAUER, o valôr pratico destes extractos, como agentes de combate da inércia uterina, foi claramente definido e demonstrado, sendo a partir de então que o seu emprêgo em Obstetricia se generalizou.

O número de trabalhos depois publicados sôbre êste assunto foi como se compreende muito elevado; entre os vários autores que os subscreveram basta que citemos os nomes de STERN, RICHTER, PARISOT, VAYSSIÈRES, FABRE, COMMANDEUR, e entre nós o Prof. Dr. NOVAIS E SOUSA.

Uns e outros contribuíram para estabelecer, na generalidade, as indicações e contra-indicações que são do domínio geral e que hoje se ensinam, com uma concordância de vistas bastante para notar, na maior parte dos *Serviços* de Clinica Obstétrica.

Foi, segundo elas também, que até ao presente empregámos a *Pituitrina*, e, se é facto que em alguns

casos tivemos que nos arrependar, é também certo, que na grande maioria, os seus efeitos foram brilhantes. Falando dos resultados gerais obtidos, poderemos dizer que:

a) Durante o trabalho de parto, a percentagem dos seus efeitos *eutócicos* felizes, não fica á quem de 70 % dos casos.

b) Semelhantemente ao que VAYSSIERES, SCHIFFMANN, COMMANDEUR, ZULOAGA, NOVAIS E SOUSA, etc., observaram, concluímos nós que é durante o período *expulsivo* e sobretudo na parte final deste, que mais brilhante e eficaz resulta a acção da *pituitrina*. No período de *dilatação*, se a sua acção é benéfica, em muitos casos, a verdade é que, os seus resultados ficam bastante á quem.

c) Nos casos de retenção de placenta, quer *post-partum* quer *post-abortum*, não observámos efeitos práticos sensíveis. A *curetágem digital* e a *dequitação manual interna* continuam a ser ainda os meios de eleição e tanto mais exequíveis, de resto, quanto menos contraído esteja o utero. Ora, esta condição pôde faltar quando préviamente e a pouca distância da intervenção tenhamos feito uma ou mais injeções de pituitrina; donde a desvantagem, muitas das vezes, da sua aplicação.

d) Nos casos de inércia uterina em seguida á *dequitação* — de perigos grandes, pelas intensas hemorragias a que pôde dar lugar — os seus resultados foram quasi sempre brilhantes. A instantaneidade de acção tem aqui a máxima importância, e a pituitrina actua, de facto, muito mais rápidamente sôbre a fibra mus-

cular uterina do que o ergotino. Graças a ela podemos muitas das vezes evitar verdadeiros desastres; convindo lembrar, porém, que o seu uso não dispensa de forma alguma o do ergotino, pois que, a acção da pituitrina sendo muito rápida é também muito fugaz.

Em conclusão, a acção *ocitócica* e *eutócica* da pituitrina mantem-se fiel, na grande maioria dos casos, ás indicações gerais pre-estabelecidas, justificando até certo ponto, a definição espirituosa dum aluno de Partos, quando dizia: que a *pituitrina*, afinal, não era mais... do que um *forceps* líquido!... frase com tanta mais graça, quanto é certo, que significava a perda da ultima esperança de ver aplicado durante o ano lectivo um *forceps* a valer, ou seja então um *forceps*... sólido!

\* \* \*

Feita esta resenha geral, que aliáz só serve para dar uma ideia da importância que a pituitrina possui como agente ocitócico, ponhamos em questão alguns perigos que do seu emprego pódem advir, em determinadas circunstâncias, do lado do feto, — objectivo principal desta Comunicação.

A HOFBAUER, o verdadeiro divulgador dos extractos hipofisários em Obstetria, tal inconveniente não passou inteiramente despercebido, citando no seu primeiro trabalho um caso em que a morte do feto parece ter resultado em consequência da administração destes mesmos extractos. O facto mereceu-lhe, porém, pouco relevo, podendo bem dizer-se que não

influiu sensivelmente no juizo critico por êle formado a respeito de tal agente terapeutico.

Os autores que se seguiram a HOFBAUER, entusiasmados com o grande número de sucessos dos extractos hipófisarios, não viram tambem que do lado do feto existisse um perigo apreciável. Se é certo que os não aconselham quando o sofrimento deste é muito pronunciado — naturalmente porque em tais condições urge actuar rápidamente, — não o é menos, que a grande maioria não hesita em os empregar nos casos de sofrimento fetal ligeiro ou suspeito, porque dizem: o seu efeito prejudicial sobre o feto não existe, ou a existir deve considerar-se desprezível.

Nesta ordem de ideias podemos notar que, ainda em 1918, o factor fetal é considerado por vários autores como de natureza muito secundária, pelo que interessa ás contra-indicações do emprego da pituitrina. Assim, por exemplo, M<sup>elle</sup> CHNEERSON, falando das contra-indicações fetais diz-nos o seguinte: « em casos de urgência, preferir os meios cirúrgicos ou mecanicos para salvar a creança que dá sinais de sofrimento grave durante o trabalho ou durante a expulsão, mas esta conduta deve ser a excepção. Na maioria dos casos (*de sofrimento do feto*) o extracto hipófisario pode ser eficazmente empregado » (1). Num outro ponto deste trabalho afirma-se claramente que « o sofrimento ou prociências fetais constituem por si,

---

(1) M<sup>elle</sup> M. CHNEERSON. — De l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse en Obstetrique — *Archiv. Mens. d'Obst. et. de Gynec.* março 1919, pag. 34.

tambem, uma indicação da hipofisioterápia ». Esta autora declára que só excepcionalmente viu nascer creanças em estado de apneia depois do emprêgo da pituitrina; o que nos permite exclamar que bem feliz foi M<sup>elle</sup> CHNEERSON nos seus exemplares clínicos! « Em nenhum caso — diz, como remate — estamos autorizados a atribuir a morte do feto á injecção hipofisaria ». Estas afirmações não nos espantam, porque de facto cada um tem a faculdade de interpretar os seus *nado-mortos*, de muitas e variadas fórmas; e deve confessar-se que nem sempre é próprio e bonito atribuir um determinado insucesso, numa pequena parte que seja, á conduta terapeutica por nós seguida.

Note-se, que não pretendemos com isto duvidar da probidade scientifica de M<sup>elle</sup> CHNEERSON, cuja felicidade clínica pôde ser, como dissémos, a razão dos seus sucessos.

Mas, se a maioria dos autores, continuava a pensar na inocuidade da pituitrina em relação ao feto, é bom dizer-se que, já antes desta data, uma ou outra voz discordante aparecia, aqui e além, apontando a possibilidade destes perigos.

Assim MUNDELL (1), em 1915 e 1916, num total de 1293 partos em que a pituitrina foi empregada, assinalou 34 casos de morte do feto (1 p. 38) e 41 de asfixia grave (1 p. 32). É possível que nem sempre, com qualquer outro meio de terapeutica obstétrica, se conseguisse um feto vivo, — acreditámo-lo

---

(1) J. MUNDELL — The present status of pituitary extract in labor — *Journal of Americ. Medical Associat.* — 2 Junho 1917.

fácilmente — todavia, não nos repugna admitir, como a este autor, que certos casos de morte podiam ter sido evitados, actuando duma maneira mais rápida.

Eis o estado da questão — que nós saibamos — na altura em que vimos prestar o nosso depoimento clínico.

\* \* \*

Não se depreenda do que temos dito que admitimos que a pituitrina tem uma acção prejudicial directa sobre o feto. As desvantagens a que se alude e aliás tão importantes que podem ir até à morte do feto, como succedeu em alguns casos que vamos relatar, não são condicionadas pela possível acção tóxica do produto sobre o tenro organismo fetal. Não. A causa única do sofrimento do feto, é função, sim, da potencia exagerada das contracções uterinas, que a pituitrina, mesmo nas doses habituais, pode provocar; o mecanismo desse sofrimento resalta à evidência se atendermos a que, durante as contracções do útero, a circulação uterina e especialmente a *feto-placentar* é muitissimo prejudicada.

Apliquemos esta concepção, que não é nenhuma utopia, mas sim fisiologicamente explicavel, a um caso em que o sofrimento do feto exista, embora veladamente e, para maior clareza, admitamos ainda que o feto não é expulso com a brevidade desejada, o que tambem é corrente; deduz-se, logicamente, como resultante destes três factores — contracções muito intensas, sofrimento fetal e demora da expulsão —

que a morte do feto pode dar-se. O primeiro e terceiro destes factores podem, por si só, e independentemente dum certo grau de sofrimento fetal primitivo, provocar êste mesmo resultado, para o que tanto basta, como se comprehende, que eles actuem prolongada e intensamente.

Ora, sendo estas condições inteiramente possiveis e até não raras, que de extranhar é que um ou outro caso de morte do feto possa dar-se, quando com muita freqüência se lida com a pituitrina e sobretudo quando da leitura da grande maioria dos trabalhos publicados se não depreende que êste perigo existe, pois, repetimos, quasi todos os autores o tem negado?

A que attribuir-se, perguntamos ainda, o sofrimento e a morte do feto durante o trabalho de parto, quando êsse sofrimento e essa morte são conseqüências únicas do seu arrastamento? Regra geral o feto morre por asfixia uterina, o feto perece pelos abalos successivos que o impedimento da circulação feto-placental produz no seu debil organismo; ... a mesma causa, afinal, que a invocada para a explicação dos poucos casos, felizmente, de morte do feto por efeito da pituitrina.

Mas façamos, antes de continuar, a apresentação dos exemplares que constituem o objecto principal desta comunicação, deixando para depois o resto das considerações que eles nos sugerem.

## Observação I

M. D., de 34 anos, residente em Coimbra — Internada em 26-XII-919.

É VIII-Gesta. O trabalho de parto iniciára-se dois dias antes da sua hospitalisação. Contrações sempre fracas e bastante espaçadas. Rutura da bolsa das águas no segundo dia de trabalho.

*Estado ao ser internada*: Inércia uterina bastante pronunciada. Colo: completamente dilatado. Bacia: normal. Apresentação: de ápice e descida até ao pavimento perineal. Feto vivo com 115 pulsações por minuto (um pequeno grau de bradicardia, mas nada impressionante). Alguns edemas dos membros inferiores, accentuados especialmente à esquerda. Urinas: ligeiramente abuminosas ( $0,50 \text{ ‰}$ ). A indicação da pituitrina sendo completa, injectou-se 1 c.c. desta substância.

Dois minutos após, estabeleceu-se uma contracção muitissimo violenta e permanente (de tipo averiguadamente tetanico) cedendo sómente 5 minutos volvidos a alguns fumos de cloroformio. Não ouvimos mais os ruidos do coração fetal e como nós, alguns alunos do 4.º ano que assistiram ao parto. As contracções sucederam-se depois muito fortes, mas já ritmadas. O parto deu-se passados 30 minutos e o feto vinha morto. Após a saída dêste foi expulsa uma grande quantidade de mecónio. (Tomaram-se as disposições

para a applicação dum forceps de urgência, mas o parto deu-se antes que êste podesse ser feito ).

Os efeitos da pituitrina nêste caso não pôdem deixar de considerar-se desastrosos. A morte do feto, foi sem dúvida alguma um efeito da contracção exaggeradissima produzida; até por isto êste caso é particularmente interessante, pois demonstra-nos a possibilidade da pituitrina originar uma *contracção tetanica* do útero, facto que tem sido também negado pela maior parte dos autores.

Não se tratou, note-se bem, da célebre *Sturmwehn* dos autores alemães, ou *Tempête* de contracções, dos autores franceses, — uma e outra destas expressões querendo dizer: uma série de contracções muito repetidas, lembrando um estado de tetanisação. Quando assim é, ha intervalos, embora pequenos, entre umas e outras; ora, no nosso exemplar, repouso algum se constatou nos primeiros 5 minutos — e até quando esta contracção duraria se não temos empregado o clorofórmio! É escusado dizer que o *contrôle* da contracção foi por nós feito, segundo a boa prática, isto é, com a mão sôbre o ventre da parturiente, única fórma de evitar erros de apreciação, como é sabido.

Desde êste dia, não mais dirêmos que a pituitrina é incapaz de provocar a *tetanisação* do utero, embora reconheçamos que a raridade de tal efeito é de facto muito grande.

Mas continuemos na narrativa dos nossos exemplares.

## Observação II

Parturiente n.º 1513.

Em trabalho de parto durante quatro dias.

Nos dois primeiros, contracções fracas e espaçadas; no 3.º foram de intensidade regular.

Na manhã do 4.º dia, inercia uterina. Não se notam sinais de sofrimento fetal. Apresentação de ápice e descida até de encontro ao pavimento perineal. Bacia normal; partes moles um tanto resistentes devido á primiparidade e idade. Nada contra-indicando a pituitrina, injectou-se, ás 10 horas, 1<sup>cc.</sup> deste produto. Efeito rápido e contracções muito intensas. A cabeça do feto progrediu ligeiramente e não se notou alteração apreciavel dos ruídos do coração fetal. Ás 11 horas — 1 hora depois, portanto, novo estado de sub-inércia. Administrou-se mais 1<sup>cc.</sup> de pituitrina e fez-se a episiotomia bi-lateral. A mesma reacção forte per parte do útero. Os ruídos do coração são agora pouco distintos. A cabeça progrediu bastante, aparecendo á vulva uma boa parte da calote craniana. Na ancia dum a liberação rápida desta, lançamos mão dum a colher do forceps que nos permitiu completar a desflexão — visto as manobras de RIGHTEN e OHSHAUSEN serem insufficientes. O feto nasceu morto, (foi expulso 3/4 h. aproximadamente, depois da 2.ª injecção).

### Observação III

E. F., 24 anos, residente em Torre de Véra (Almalaguez). Internada em 17.7.921.

Primipara — A gravidez foi a termo, evoluindo sem acidentes. Iniciou o trabalho de parto dia 14 de Julho, á noite. Dôres fracas neste dia. Ruptura da bolsa das águas dia 15. Dia 16 as dôres foram mais fortes.

*Estado quando internada* (14 horas). Subinércia uterina.

Posição O. I. E. Transversa. — A apresentação está descida na escavação. Ruídos do coração fetal: ligeira bradicardia, mas pouco pronunciada. Partes moles: muito elásticas. Era para contar que pela acção da pituitrina o parto se terminasse em bem.

Ás 14 1/2 horas injecta-se 1<sup>cc.</sup> de pituitrina. Efeito rápido e muito intenso; as contracções sucedem-se depressa e são bastante fortes. A apresentação desce até começar a aflorar á vulva. A rotação mantém-se por fazer.

Ás 15 1/2 horas, tendo novamente diminuído as contracções e estabilizando em consequência a progressão cefálica, injecta-se mais 1<sup>cc.</sup> de pituitrina. Intensa reacção uterina no 1.º quarto de hora. Os efeitos expulsivos são, porém, pouco nítidos — ligeira progressão da cabeça. Ruídos do coração fetal menos nítidos. Pulsações 100 por minuto (note-se que um certo gráu de bradicardia é apontado como nada de extraordinário

devido significar, nos primeiros instantes após a administração da pituitrina; isto nos tranquilisou um pouco, mas não completamente, devemos confessá-lo).

Às 16 1/2 horas, depois dum novo estado de inércia, demos mais 0,5 cc de pituitrina. A mesma reacção forte e pouco depois o parto, com a rotação da cabeça incompletamente feita.

Creança: morta.

É para notar que em nenhum destes casos o sofrimento do feto era *nítido*, entretanto é natural admitir que a sua vitalidade devia estar um tanto comprometida dado o arrastamento do trabalho de parto.

Nos partos arrastados, não querendo ter mais tarde desilusões, é bom que se conte sempre com um certo grau de sofrimento fetal, embora clinicamente nada haja de importante que no-lo traduza.

— Em qualquer dos nossos exemplares, a reacção á pituitrina foi sempre muito intensa nos primeiros minutos após a injeccção, produzindo-se contracções de intensidade bastante superior ás contracções normaes em igual período; d'aqui a indicação, que julgamos de vantagem seguir: de não se ultrapassar inicialmente e como de regra, a dose de 0,5 (1) de pituitrina. Desta maneira podemos explorar o grau de excitabilidade e reacção do útero, o que nos permitirá em certos casos — os hiper-sensíveis — regular

---

(1) A *pituitrina*, producto da casa Parke, Davis & C.<sup>o</sup>, de Londres, está titulada á razão de 0,gr. 20 de substancia fresca por 1cc.

a acção da pituitrina de fórma a não obter efeitos violentos, o que equivale, para o nosso caso, a salvaguardar a vitalidade do feto. Segundo a intensidade destes efeitos, orientarêmos de futuro, a nossa conduta.

Nos partos arrastados, ou sempre que se suspeite dum certo gráu de sofrimento fetal, não devemos confiar demasiado no efeito da pituitrina; duas injeccões — a 1.<sup>a</sup> de 0,<sup>c</sup> 5 e a 2.<sup>a</sup> podendo ir até 1<sup>cc</sup> se a reacção á primeira não foi sufficiente, são quanto a nós mais que o bastante. Se o parto ameaça demorar, a repetição destas injeccões póde fazer-nos incorrer no gráve risco de contribuir, pela nossa inercia, ou antes, terapêutica pouco apropriada, para a morte do féto, que têmos obrigação de evitar, na medida do possível. Quando se trate duma apresentação cefálica e as condições de applicação do *forceps* se realizem, esta intervenção executada desde logo só oferece vantagens. É claro que pômos de parte os casos de féto á vulva, porque nestas circunstâncias, a pituitrina e se fôr necessário uma episiotomia, são habitualmente suficiêntes para completar rápidamente o parto.

Sempre que, após uma injeccão de pituitrina se nota, pela primeira vez, um certo estado de sofrimento fetal e sem tendência a modificar se favoravelmente, depois de passadas as contracções mais fortes do inicio, têmos por obrigação de intervir cirúrgicamente e depressa, segundo o processo para o caso indicado.

Procedendo assim, não vá supôr-se que se pratica uma intervenção *de favôr*. Não, uma coisa é esperar

o preciso, outra, o esperar demasiado; e em casos de sofrimento fetal, embora pequeno, alguns minutos de espera são como regra bem mais prejudiciais que uma bôa intervenção feita a tempo.

\*

O emprêgo da pituitrina fóra das indicações que deixámos expostas e quando haja sofrimento do fêto, só pôde ser permitido se as condições da parturiente são tais que se torne impossivel aplicar um meio rápido de terminação do parto; por exemplo, quando a apresentação estando alta ou o cólo não dilatável uma aplicação de *forceps* (no caso de apresentação de ápice), ou extracção pelvica (no caso de apresentação pelvica), não pôde ser executada. Nestas circunstâncias têmos de esperar um pouco mais do efeito da pituitrina, porquanto, uma manobra de dilatação forçada do cólo ou então um *forceps* muito alto, são intervenções que pôdem ser votadas aos mais graves insucessos, quer da parte da mãe (rutura do cólo, vagina ou bexiga) quer da parte do fêto (lesões traumáticas da cabeça e quási sempre a morte, que queríamos evitar).

\*

Quando se trata dum parto com a duração normal ou pouco excedida e sem que da parte do fêto haja a menor suspeita de sofrimento, então já o emprêgo da pituitrina é de riscos nulos ou quási nulos. Mas,

mesmo assim, entendêmos de bôa prática não ultrapassar de inicio a dóse de 0,° 5, renovando-a ou excedendo-a em outras injeccões que eventualmente haja a praticar, confôrme o gráu de contractilidade uterina e o estado do fêto, que ainda e sempre figura como a pedra de toque principal.

\* \* \*

É de todo natural, que áquem dêste perigo máximo — a morte — se registem casos de sofrimento fetal ao nascimento, susceptível de debelar-se com a prática das manobras de excitação e respiração artificial habitualmente em uso. Referimo-nos aos casos de asfixia do feto e que nos partos ajudados de pituitrina se verifica um bom número de vezes. Entre as 50 a 60 parturientes injectadas com este producto, podemos também recrutar três casos de asfixia gráve, cujas histórias clínicas, sendo de interêsse, importa conhecer.

#### Observação IV

C. de J. C., de 25 anos, residente em Almala-guez, internada na Clínica em 28-10-920.

Primipara. Inicio do trabalho de parto em 23 de outubro. Dôres muito fracas até 25. Neste dia as dôres tornaram-se mais intensas e regulares. Em 27 e 28 diminuíram novamente de intensidade.

*Estado ao ser internada*: — Inércia uterina muito pronunciada. Posição fetal O. I. D. A. Feto com 150 pulsações por minuto. Colo quasi completamente dilatado. Bolsa das águas rôta. Edema vulgar muito pronunciado. Não tem albumina nas urinas. Bacia aproximadamente normal (diametros externos diminuídos em geral de 2<sup>cm</sup> cada; o *promonto-pubico mínimo* é bom). Tecidos vulvo perineais muito resistentes.

Ás 13 horas deu-se 1<sup>cc</sup> de pituitrina, com efeito rápido e bom. A cabeça progrediu até aparecer á vulva. Passada 1/2 hora as contrações tornaram-se fracas, fazendo-se uma *episiotomia* bilateral e dando-se mais 1<sup>cc</sup> de pituitrina. Notou-se em seguida um certo gráu de bradicardia fetal.

Ás 15 1/2 horas, depois duma nova injeção de pituitrina, dá-se o parto, vindo o feto em *asfixia azul* muito pronunciada. Reanimou-se difficilmente. Pêso 3<sup>k</sup>,500.

## Observação V

T. de G., 19 anos, residente em Coimbra. — Internada em 10-11-920.

Primipara. — Em 7 de dezembro começa a ter dôres ritmadas e semelhante em tudo as do parto, mas só dia 10 de manhã se iniciou a dilatação do colo.

A partir das 10 horas, contracções fracas, embora muito frequentes: *fraqueza espasmodica das contracções*. Bacia normal. Feto não aparentando sofrer. Apresentação de ápice.

Às 12  $\frac{3}{4}$  horas, injectou-se 1<sup>cc</sup> de pituitrina. Marcha brusca a seguir com contracções muito violentas.

O feto foi expulso dentro de  $\frac{1}{4}$  de hora, o que em grande parte se deve ao seu pequeno volume. Creança em *asfixia branca*, reanimando-se com muito custo. Peso 2<sup>k</sup>, 150. Tem pemfigo na planta e dorso dos pés. Morreu passadas 6 horas do nascimento.

É bem possível que o estado asfíxico sob que esta creança nasceu contribuisse de muito para a sua morte; todavia como se trata dum *débil* e *heredo-sifilítico* com sinais clínicos de sífilis activa, não podemos em rigor pedir só á pituitrina as responsabilidades do sucedido.

### Observação VI

M. A., 38 anos, residente em Semide. Internada em 7-5-920.

Primipara. — Início do trabalho de parto em 21-7 ás 5 horas. Contracções fracas durante todo o dia. Bacia geralmente apertada — compatível, porém, com um parto espontâneo; *promonto pubico mínimo*: 10<sup>cm</sup>,5. Apresentação de ápice.

Às 24 horas: dilatação completa do colo. Subinércia uterina nesta altura. Injecta-se 1<sup>cc</sup> de pituitrina; reacção boa.

Às 2 horas de 22, mais 1<sup>cc</sup> de pituitrina e rutura artificial da bolsa das águas. Pulsações fetais 114 por minuto. A calote craniana começa a aflorar ao anel vulvar.

Parto: ás 3 horas. Creança em *estado asfíxico*, reanimando-se a muito custo e incompletamente. Respiração rudimentar. Pêso 2<sup>k</sup>,500. Morreu 30 horas depois. A creança apresentava de tempos a tempos algumas contracturas; não tendo sido possível fazê-la ingerir liquido algum. A reacção de Wassermann da mãe era negativa.

A asfíxia fetal neste caso, póde também considerar-se um mixto da debilidade congénita e da acção do ultimo periodo de contracções que provocamos com a pituitrina. E' verdade que estas contracções, embora fortes, não podiam considerar-se excessivas e assim se o parto evolucionasse naturalmente o mesmo estado asfíxico devia ter existido. Mas, nem por isso estamos menos autorisados a dizer que as contracções provocadas pela pituitrina contribuíram essencialmente para o sofrimento fetal, que anteriormente se não verificava.

Lembre-se que a inercia uterina deve ser, muitas das vezes e especialmente nas primiparas, considerada como fisiologica, significando em vários dos casos uma boa salvaguarda do feto que convém não inuti-

lisar de animo leve. D'aqui o devermos ponderar cuidadosamente qual dos dois meios de acção — *pituitrina* ou *intervenção* — é menos prejudicial para o feto e para a mãe. Se bem pensarmos, em face dos elementos que agora possuímos, quer parecer-nos que o 2.º destes meios tem de ser muitas das vezes, ainda, o preferido.

\* \* \*

Resumindo, deve concluir-se dos dados clínicos constantes desta comunicação, que:

1.º) *A pituitrina, sendo um bom ocitocico, não é, contudo, isenta de perigos pelo que diz respeito ao feto. É susceptível, embora indirectamente, de originar um sofrimento fetal, cuja expressão máxima — a morte — não pode hoje considerar-se duma extrema raridade (4 a 5 por 100, segundo os nossos casos).*

2.º) *Não deve empregar-se, por princípio, quando haja sofrimento nitido do feto e seja possível optar por um outro meio de acção que termine o parto mais rapidamente e não produza sobre o feto efeitos tão prejudiciais. Esta conduta, de resto, tem sido sempre a mais seguida.*

3.º) *Nos casos de sofrimento ligeiro do feto, ou ainda quando dêste se suspeite — e devem considerar-se como tais todos os partos bastante arrastados — deve, com vantagens seguir-se a mesma conduta.*

O «forceps» — a intervenção que a pituitrina geralmente substitue — é, quando aplicado em boas condições,

*menos prejudicial para o feto do que as contrações uterinas fortes e sucessivas habitualmente produzidas pela pituitrina, sobretudo se a expansão se torna um tanto demorada. É licito, porém, na maioria destes casos, ensaiar o efeito da pituitrina, mas não começando nunca por uma dose superior a 0<sup>cc</sup>5 e regulando-se o resto da conduta, pelos efeitos obtidos sobre a mãe e sobre o feto com esta primeira injeção. (É prudente, quando assim proceder-mos, ter tudo disposto para intervir na hipótese de vir a ser necessário).*

4.º) *Fóra destas circunstancias a pituitrina mantém as suas indicações usuais, mas não devemos começar a injecta-la numa dose superior a 0<sup>cc</sup>5.*

\* \* \*

Alguns mezes depois de têmos feito esta comunicação, pudemos jubilosamente constatar que outras vozes mais clamam já contra o uso imoderado da pituitrina.

Tratando-se, em grande parte, de reforçar as conclusões a que chegámos e ainda porque alguns aspectos novos e de interêsse, pelo que respeita aos perigos da pituitrina, são também ponderados, entendemos de vantagem acrescentar, em *addendum* ao relato da nossa Comunicação, a sùmula de semelhantes críticas.

\*

A Sociedade d'Obstetria e de Ginécologia de Bordeus (*sessão de 8 de março de 1921*), tendo apre-

ciado e discutido o Relatório de MARC RIVIÉRE sôbre o uso da pituitrina e seus perigos, vota, como medida de resguardo, a moção seguinte: « La Soc. d'Obst. et de Gynec. de Bordeaux, préoccupée des dangers que l'emploi inconsidéré, comme ocytocique, des extraits hypophysaires injectables, dont l'action est encore assez mal établie, peut faire courir, a la mère et à l'enfant, émet, le voeu que l'usage de ces médicaments soit réservé aux médecins et que les sages-femmes ne puissent pas en obtenir des pharmaciens sur simple demande de leur part ».

— Semelhantemente se procede, quási ao mesmo tempo, na Sociedade de Obstetricia e de Ginecologia de Paris, depois da discussão dum relatório sôbre a regulamentação do uso da pituitrina, apresentado por LE LORIER. É a seguinte, a moção votada:

« 1.º) Les préparations d'hypophyse, sous quelque forme que ce soit, doivent être considérés comme un médicament dangereux, et, bien que dépourvues de toxicité, figurer sur la liste des substances à ne pas délivrer sans ordonnance médicale

2.º) Les sages femmes ne devront pas recevoir le droit de prescrire les préparations d'hypophyse, ni d'en obtenir pour elles mêmes » (1).

— LE LORIER ao apresentar a sua tésese lembrou que, desde 1913 a 1921, se registáram 53 casos de

---

(1) *Bulletins de la Soc. d'Obstét. et de Gynec.* — Paris — 1921 — pág. 317.

rutura do útero em seguida ao emprêgo da pituitrina. Este autôr sublinha que, a maior parte das vezes, « não existia contra-indicação alguma ao emprêgo desta substância ».

MUNDELL (cit.), entre 1293 parturientes injectadas com pituitrina, assinala também 12 casos de rutura do útero.

RUCKER e HASKELL (1) são de parecer que estas ruturas devem existir ainda em maior número, porque, dizem elles, nem sempre os casos infelizes são dados a conhecer como era de justiça (tal qual como a respeito dos casos fatais para o fêto, acrescentaremos nós).

Estes autôres entendem mais, que os extractos hipófisários são susceptíveis de provocar um estado de tetanisação uterina, embóra, só mui raramente possa manifestar-se na mulher. O que nunca falta, segundo elles, é um *tonus uterino permanentemente elevado*, o que não se verifica no intervalo das contrações fisiológicas normais. Compreende-se assim que haja uma irregularidade grande da circulação fêto-placentar.

Estes dados fôram obtidos medindo directamente a tensão intra-uterina n'uns e n'outros casos.

MISS MARY ALLEN (Memorial Hospital de Richmond), demonstra também que nos partos terminados com o auxilio da pituitrina, a percentagem de

---

(1) RUCKER AND HASKELL — « The dangers of pituitary extract; some clinical and experimental Observations ». *Jour. of the Amer. Med. Associat.* — 21 de Maio de 1921.

lesões das vias genitais é de 61 %<sub>o</sub>, enquanto que nos partos espontâneos esta não excede 32 %<sub>o</sub>.

Ainda pelo que diz respeito aos perigos da pituitrina é interessante anotar, que CAWENBERGHE (1) e H. VERMELIN (2) citam alguns casos de *eclampsia* sobrevindo á sua administração e isto quando nada anteriormente a fazia suspeitar (3).

\* \* \*

Pelo que interessa aos perigos dos extractos hipofisários sôbre o fêto, a estatística do Memorial Hospital de Richmond fornece-nos ainda dados de valôr. Segundo esta, a percentagem de nado-mortos nos casos em que se empregou a pituitrina foi de 8,8 %<sub>o</sub>, enquanto que nos partos sem pituitrina ela não foi além de 3,4 %<sub>o</sub>.

Ora a êste 2.<sup>o</sup> grupo não pertencem só os partos fáceis, como á primeira vista póde supôr-se, mas ainda alguns terminados pelo *forceps* e *versão*.

Os autôres americanos estão, duma maneira geral, restringindo muito o emprêgo da pituitrina em Obs-

(1) M. VAN CAWENBERGHE — *Soc. belge de Gynec. et d'Obste.* sessão de 5 de fevereiro de 1921. — in *Gynec. et Obstet.* — 1921, t. III.

(2) H. VERMELIN — « *Extrait d'hypophyse et eclampsie* ». *Soc. d'Obst. et de Gynec. de Nancy* — sessão de 22 de julho de 1921.

(3) Provando-se que a pituitrina teve influência no aparecimento da eclampsia, receberia uma certa confirmação a teoria de J. HORB-BAUER (DRESDE) sôbre a sua etio-patogenia. Para este autor este estado resulta duma actividade exagerada da hipófise (especialmente lobo posterior), que vai originar espasmos arteriaes no cerebro, os responsáveis directos des crises convulsivas.

tetria. Na opinião de alguns (JOSEPHSON), só está bem indicada nas hemorragias *post-partum* (3).

— Não pretendêmos cair neste excêso, mas nem por isso deixamos de concordar que as indicações latas até agora adoptadas teem de ser muito reduzidas. Só desta forma poderão evitar-se muitos dos insucessos que lhe estão sendo atribuidos e alguns dos quais claramente demonstramos.

---

(3) «L. CEINISSE — « Les dangers de l'extrait hypophysaire en Obstétrique ». — *Presse Médicale* — 1921, n.º 28.



UNIVERSITY OF TORONTO  
LIBRARY





RÓ  
MU  
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

\*1329679431\*

