

ANAIAS BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Abril de 1945

Vol. 19 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Prenhez evoluída até o 4.º mês num corno uterino rudimentar</i> — DR. ANTONIO VIEIRA MARCONDES, PROF. C. LORDY e DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO	333
<i>Estado atual da anestesia em Obstetria</i> — DR. J. ONOFRE DE ARAUJO e DR. MARIO NOBREGA	345
<i>Nati-mortalidade no Distrito Federal no triênio 1940-1942</i> — DR. CARLOS F. DE ABREU, DR. ALVARO AGUIAR, DR. MANOEL B. PINTO e DR. MOACYR DE MELLO	361
<i>Anemias na gravidez</i> — DR. ARY NOVIS	369
<i>Sobre um caso de rotura central do períneo</i> — DR. JOÃO MARIO DA S. PEREIRA	377

EDITORIAL

<i>A mulher na indústria</i>	384
------------------------------------	-----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>Sociedad Ginecotológica del Uruguay</i>	388
<i>Sociedad Nacional de Cirugia (Cuba)</i>	388
<i>Sociedad Cubana de Dermatología y Sifilografía</i>	388

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Ventures in science of a country surgeon</i> — ARTHUR E. HERTZLER	389
<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — JULIO C. GARCIA OTERO (Diretor)	390
<i>Anales de la Facultad de Ciencias Médicas</i> — QUIRINO CODAS THOMPSON (Diretor)	391
<i>Dicionário de termos médicos (Inglês-Português)</i> — HUGO FORTES ..	392

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da décima-quinta sessão extraordinária</i>	393
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer mo-
mento sempre por um dos médicos.

ESTADO ATUAL DA ANESTESIA EM OBSTETRÍCIA *

DR. J. ONOFRE DE ARAUJO

DR. MARIO NOBREGA

Assistente de Clínica Obstétrica

Do Serviço Médico de Anestesia
de São Paulo

As questões referentes à anestesia estão sempre na ordem do dia, não só porque a anesthesiologia está em permanente evolução como porque cada especialidade tem problemas que lhe são peculiares e que só aquele que se dedica a determinado ramo da ciência médica está capacitado para escolher e orientar o tipo da anestesia e do anestésico que deva ser empregado. Mesmo se considerarmos dentro de uma especialidade, as indicações da anestesia variarão de acôrdo com a intervenção a ser praticada, pois as condições técnicas do ato operatório serão facilitadas ou dificultadas, se a escolha desorientada não obedecer as bases fisiopatológicas da anestesia escolhida. Foi, pois, acertada a lembrança do Presidente da Secção de Obstetrícia de encarregar um obstetra e um anestesista para, em colaboração, fazerem o relato do estado atual da anestesia na nossa especialidade. O primeiro, conhecedor das particularidades que o emprêgo dos anestésicos réquer em obstetrícia, está apto a fornecer esses dados ao anestesista que, exercitado na prática de sua administração, cooperará de maneira eficiente e com o máximo de segurança na solução dos casos obstétricos que requeiram a administração de substâncias anestésicas. Já acentuamos em trabalho anterior que a presença do feto em íntima relação com o organismo materno e as condições especiais do canal no trabalho de parto determinam condições que particularizam a anestesia na especialidade e fundamentam as diferenças do emprêgo dos anestésicos em obstetrícia.

Tarefa árdua é para o anestesista e tocólogo a escolha do anestésico para a cirurgia obstétrica, porque sua responsabilidade se duplica, por se tratar de duas vidas em jogo, e, porque, ao contrário do cirurgião geral, que, via-de-regra, visa apenas a supressão da dor, não interessando, durante a operação, a função do órgão a ser operado, na prática obstétrica importa, também, conservar o mais pos-

* Relatório do tema da "3.^a Semana Carioca-Paulista de Obstetrícia e Ginecologia", Novembro de 1944.

sível a função contrátil da musculatura, auxiliar da expulsão durante o ato operatório, e responsável pela hemóstase fisiológica posterior.

As condições do organismo materno, por vezes, estão agravadas pelo esgotamento de horas contínuas de trabalho uterino doloroso e, destarte, é necessário maior consumo de oxigênio para suprir o desgaste energético; as fetais também se ressentem desse déficit de oxigênio e acrescidas pelo trauma do parto.

Para facilidade da tarefa que nos foi confiada, devidimos o relatório em duas partes: a anestesia geral recebeu os cuidados de um de nós (M. N.), enquanto que seu colaborador (J. O. A.) tratou da analgesia, da raquianestesia e anestésias periféricas.

Acentuamos, desde já, que não é nossa intenção entrar em minúcias da fisiopatologia de cada um dos tipos de anestesia, mas apenas informar das vantagens que determinada anestesia tem sobre as demais, acentuando suas indicações e contra-indicações, com base na experiência que temos dos diversos tipos de anestesia e na opinião dos que se tem ocupado do assunto.

Analgesia

Transcrevemos, neste passo, por ainda permanecerem de pé, as afirmações de trabalho anterior quando distinguimos o emprêgo do anestésico com a finalidade de suprimir a dor, sem concomitante abolição da consciência, que constitue a analgesia obstétrica, da supressão da sensibilidade para fins operatórios, objetivo da anestesia cirúrgica. Concluimos naquela ocasião que não tínhamos ainda processo ideal para a analgesia do parto, que ela deveria ser reservada para casos especiais e no período expulsivo, quando a inalação de gases, com técnica adequada, poderia trazer o alívio das dores concassivas desse período. A administração do protóxido de azoto ou ciclopropano por anestesista experimentado e a inalação de oxigênio antes da secção funicular obviarão os inconvenientes da anoxia fetal determinada pela analgesia. Como afirmámos, a prática da analgesia obstétrica não deve ser de uso rotineiro, mas é justificável minorar os sofrimentos maternos nos casos particulares em que a contração se torne excessivamente dolorosa. Em tais contingências é, ou foi, de uso, em alguns centros, a inalação de gases, a produção da amnésia pela associação da morfina e escopolamina (sono crepuscular), morfina e sulfato de magnésio e a instilação retal de solução alcoólica de quinino, éter, e óleo de oliva (método de GWATHMEY). Nas maternidades norte-americanas é muito comum o emprêgo da analgesia por gases, principalmente o protóxido de azoto e o ciclopropano, este último com a vantagem de ser administrado em atmosfera mais ricamente exigendada. Via-de-regra, quando a publicação dos resultados é feita por obstetras lê-se a conclusão da inocuidade da analgesia, no entanto, os fisiologistas, com HENDERSON à frente, assinalam o efeito depressor sobre o centro respiratório do recém-

nascido exercido pelas substâncias empregadas para tal fim. Em estudo crítico do assunto, SNYDER e ROSENFELD concluem ser o ciclopropano o gás que menor atuação tem sobre a respiração incipiente, graças ao teor alto de oxigênio com que é administrado.

J. KOTZ e KAUFMAN, em estudo comparativo do efeito da analgesia obstétrica sobre o recém-nascido, chegaram à conclusão que, nos casos observados, quando adequadamente administrada não aumentou a proporção da mortalidade ou morbidade infantil, em cifra superior à que ocorreu na série de casos cujas mães não receberam analgésico. No que respeita à respiração inicial, IRVING verificou que 20 % dos recém-nascidos não respiravam imediatamente quando se utilizou analgesia, em confronto com 1.9 % quando não foi empregado nenhum método para supressão da dor no parto. As verificações de GOULD e HIRST, em 1935, e de BUNDENSEN, em 1936, se referiam à atuação da analgesia não só aumentando a mortalidade, principalmente dos prematuros, como determinando maior número de intervenções.

Um de nós (M. N.) afirma que com a técnica da inalação do oxigênio antes de seccionar o cordão não tem tido oportunidade de assinalar esse efeito depressivo na iniciação dos movimentos respiratórios extra-uterinos.

Classificando-se os fatores etiológicos da asfixia néo-natal em fetais e maternos, é de conhecimento que, entre os primeiros sobressaem a prematuridade e o grau do desenvolvimento, como corrobora a colaboração de ARRUDA SAMPAIO a esta semana, com o material do Berçário da Clínica Obstétrica no período de 5 anos.

A administração de sedativos é fator preponderante na etiologia da asfixia, a morfina exerce marcado efeito depressor sobre o feto, principalmente se administrada nas 3 ou 4 horas que precedem o desprendimento fetal, variando a interpretação do seu mecanismo de atuação, pensando uns na ação direta da substância sobre o sistema nervoso fetal, enquanto SNYDER acredita na ação indireta, ou seja, repercussão sobre a evolução do parto.

A escopolamina reduz de 10 % o número de respiração imediata espontânea, e os barbituratos de ação média e curta, parecem aumentar a incidência da asfixia, além de diminuir a taxa de protrombina no sangue fetal. JUAN LEON, de Buenos Aires, na sua monografia de 1941, concluiu que apenas em 30 % das vezes se obtinha sucesso completo com o pentobarbital sódico e que essa substância não interferia na motricidade uterina. ARNALDO DE MORAES, há tempos, empregava os barbitúricos na analgesia, e, teremos ocasião, hoje, de ouvi-lo sobre os resultados que sua mais longa experiência autoriza emitir.

A observação da clínica obstétrica com o sono crepuscular não foi, já em 1922, com J. R. MEYER, de resultados satisfatórios e o método deixou de ser empregado. No capítulo da anestesia geral será estudada a ação das substâncias anestésicas sobre o feto.

Dos métodos mais recentes de analgesia obstétrica, o de HINGSON e EDWARDS, chamado de analgesia caudal contínua, tem recebido numerosa contribuição de pesquisadores, ávidos de se capacitarem das afirmações dos autores do método. A imprensa leiga não se fartou, no início, de alardear suas vantagens e inocuidade; no entanto, a experimentação mais demorada, a observação de maior número de casos veio colocar nos seus justos limites a indicação dessa analgesia, e, seria útil que essa mesma imprensa leiga, hoje mais bem informada, avisasse suas leitoras dos perigos e acidentes dela decorrentes, e já observados. HINGSON e EDWARDS, coligindo 10.000 analgesias pelo seu método, em 55 clínicas norte-americanas, encontraram 4 óbitos maternos e 2 fetais. Já na última semana aqui reunida, em 1943, nós (J. O. A.), em colaboração com ANDREUCCI, trouxemos nossas primeiras observações, e ainda agora não nos julgamos autorizados a indicar esse tipo de analgesia no trabalho de parto. Noutro centro obstétrico de nossa cidade, a Maternidade de São Paulo, o método foi também experimentado por CERRUTI e LAUDIZIO que, nesta reunião, mostrarão, com minúcias, os resultados obtidos nas suas primeiras observações, nas quais usaram o método do gotejamento e em que observaram analgesia em todos os casos, diminuição da frequência e duração das contrações, ausência da atuação dos músculos da parede anterior do abdômen, que corrigiram com a manobra de KRISTELER ou aplicação do fórceps, e ausência de rotação nas occipito posteriores. Assinalam esse autores que as dificuldades técnicas da punção são os fatores que mais cerceiam a divulgação, na prática, desse método de analgesia.

São judiciosos os ensinamentos de IRVING no tocante à analgesia obstétrica, quando diz que, nesta, o que menos importa é a supressão da dor, o que mais interessa ao obstetra, e à própria parturiente é a sua inocuidade.

Via-de-regra, a hiperalgia na fase dilatante do trabalho decorre do aumento do tono e conseqüente diminuição do trabalho útil da contratilidade, o que terá solução satisfatória no emprêgo dos anti-espasmódicos, a papaverina em primeiro lugar. No período expulsivo, o protóxido de azoto poderá ser usado, ou melhor ainda o ciclopropano, sob a condição de ser administrado com adequado suprimento de oxigênio, em grau que não subtraia a cooperação voluntária, e administrado por anestesta experimentado, sob as vistas e orientação do obstetra. Assinalou-se acima a ação nefasta dos gases sobre a respiração fetal, para ser chamada a atenção sobre a necessidade da inalação de oxigênio, em quantidade suficiente para prevenir a anoxemia fetal.

Anestesia geral

A escolha da anestesia geral deve ser determinada em cada caso e estudadas com minúcias as condições da paciente e as vantagens e os inconvenientes de cada anestésico.

Todavia, cada país, cada centro médico tem sua anestesia, de eleição, talvez devido a tradições de escola, às possibilidades diferentes de investigação, e desigualdade na dotação dos serviços, e às condições variáveis do pessoal.

O que se tem verificado é que a anestesia mais segura é aquela com a qual se tem maior experiência, e isso favorece a rotina, grande inimiga do progresso.

Atualmente, no entanto, a anestesiologia atingiu desenvolvimento fantástico; nestes últimos anos e, em especial, durante a última década, os adiantamentos em anestesia nos E.E. UU. têm sido progressivos, rápidos e quase revolucionários. Já existe novo conceito da prática da anestesia e de suas relações com o exercício de medicina, do ensino médico, e da organização hospitalar.

Até há pouco, existiam cirurgiões que pouco se importavam com o tipo de anestesia, interessando-lhe apenas um paciente insensível à dor e com bom relaxamento muscular. A anestesia era necessária, porém, sem relação com o êxito da terapêutica cirúrgica. Recentemente, com os formidáveis progressos da cirurgia é que se começou prestar atenção na anestesia e se a colocou na categoria que merece na ciência médica. Hoje em dia não interessa apenas o êxito imediato da anestesia, mas sim o desejo de se obter bons resultados pós-anestésicos. O esforço é dirigido na intenção de reduzir ao mínimo, tanto a morbidade como a mortalidade fetal e materna, eliminando todo fator que possa conspirar contra a convalescença da paciente ou seu completo restabelecimento.

A nova concepção da anestesia exige que cada paciente seja protegido por elevado critério, conhecimento, e habilidade, não só na preparação pré-operatória, eleição dos agentes e métodos de anestesia, como em sua hábil administração.

Como em toda anestesia geral há certo déficit de oxigênio, diremos duas palavras sobre as

ANOXIAS — para boa compreensão da escolha do tipo de anestesia a se empregar, esclarecendo, de início, a terminologia empregada.

Anoxemia, que devia ser a ausência de oxigênio no sangue é, na prática, uma diminuição do seu teor.

Anoxia, segundo BARCROFT, seria toda carência de oxigênio do organismo, independente da causa. Todavia, significa a diminuição do teor deste gás nos tecidos. WATERS, com muita razão propõe que se substituam estas denominações, respectivamente, por hipoxemia e hipoxia, o que, no entanto, ainda não entrou no uso corrente entre nós.

BARCROFT classifica as anoxias em três tipos: a) anóxica, b) anêmica e c) estagnante.

1.º Anoxia anóxica é o tipo decorrente da queda da tensão alveolar do oxigênio.

E' encontrada como consequência das altas altitudes, da pneumonia, do edema pulmonar e da depressão respiratória. E' a anoxia por falta na fonte, frequentemente encontrada nos pacientes cirúrgicos e destrutiva em seus efeitos. Há suficiente volume de oxigênio mas a tensão é demasiado baixo para uma eficiente difusão nos espaços tissulares.

2.º) A anoxia anêmica é corolária da diminuição do teor de hemoglobina funcionante. A tensão e o volume do oxigênio são normais, mas os condutores são muito poucos, como na anemia, ou estão de outro modo ocupados, sob a forma de meta-hemoglobina, sulfa-hemoglobina ou carboxi-hemoglobina, existindo, pois, déficit no mecanismo de transporte.

3.º) A anoxia estagnante é aquela em que o volume do sangue é tão reduzido ou seu fluxo tão lento que há uma inadequada suplência nos tecidos. A falha novamente está no mecanismo de transporte. E' tipo encontrado na cirurgia, no choque, na desidratação e na insuficiência cardíaca.

PETERS e VAN SLYKE descrevem um quarto tipo:

4.º) A anoxia histotóxica, em que as células tissulares são incapazes de utilizar o oxigênio devido à presença de algum veneno que interfere no mecanismo da respiração celular. Neste tipo não existe anoxemia, o volume e a tensão de oxigênio são normais, o mecanismo de transporte é adequado mas não há utilização.

Ocorre com frequência que os quatro tipos, ou alguns deles, se combinam, coexistindo ao mesmo tempo, como se observa, por exemplo, na doente em estado de choque hemorrágico, que tem ambos os tipos, anêmico e estagnante.

A paciente anêmica e com insuficiência cardíaca poderá ter, além do tipo anêmico, o de estagnação, devido ao reduzido volume-minuto cardíaco, o tipo anóxico ocasionado pelo edema ou congestão pulmonar.

A anoxia constitue, pelos seus efeitos, um dos mais graves perigos para a cirurgia, principalmente na cirurgia obstétrica, onde convém sempre salientar seus efeitos maléficos, exercido sobre o organismo materno e fetal, e os que mais importa salientar são os produzidos no cérebro e miocárdio e sobretudo aqueles consequentes à anestesia.

Sobre o cérebro os efeitos são profundos e destrutivos. As células cerebrais são irreparavelmente lesadas se a anoxia durar 6 ou 8 minutos. Moderados graus de anoxias produzem cefaléias, distúrbios visuais e mentais, delírio e hiperpirexia, e se se prolongar, coma e morte.

Já têm sido relatadas destruições da córtex e gânglios basais, escleroses, necroses maeças das camadas corticais. Em relação ao sistema cárdio-vascular, o mecanismo coordenados do miocárdio é extremamente sensível à falta de oxigênio e requer, em condições normais, cinco vezes a quantidade de oxigênio que o músculo esque-

lético necessita. Durante períodos de grande atividade, o miocárdio precisa de tanto oxigênio quanto o restante do corpo.

Se houver fibrose do músculo e esclerose dos vasos cardíacos, a necessidade de oxigênio é ainda maior. Até hoje, apesar de todos os progressos, os anestésicos que dispomos são todos tóxicos, e interferem no metabolismo celular por um dos tipos de anoxia acima descritos. O anestésico ideal seria aquele que não interferisse no metabolismo celular.

Muitos deles podem produzir anoxia anóxica, tais como o protóxido de azoto e etileno, porque só alcançam o sono anestésico quando ministrados em atmosfera com baixo teor de oxigênio (vide quadro I).

Já o ciclopropano e os voláteis, como o éter, clorofórmio e cloretila, podem ser ministrados com teor elevado de oxigênio. Todavia os anestésicos voláteis são mais nefastos como venenos celulares, conduzindo mais frequentemente à anoxia histotóxica. Entre os citados, o ciclopropano seria o melhor, pois além de ser anestésico tão potente quanto o éter e o clorofórmio, tem a mesma ação dos outros gases (vide quadro II) e pode ser ministrado com altas doses de oxigênio, possuindo, por isso, dois grandes característicos do anestésico ideal.

QUADRO I (BLALOCK)

<i>Anestésico</i>	<i>Perc. de O²</i>
Clorofórmio	99,3
Éter	96,7
Cloretila	95,4
Ciclopropano	80,0
Etileno	10,0
Protóxido de Azoto	8,0

QUADRO II

Potência anestésica

Ciclopropano, éter, clorofórmio	100 %
Etileno	25 %
Protóxido de Azoto	15 %

Dos anestésicos gerais usados por via intravenosa e que ultimamente estão em grande voga, devemos destacar o Tionembutal, de emprêgo restrito em obstetrícia, devido à queda que determina na pressão arterial e à sua ação depressora sobre o centro respiratório, responsáveis pela anoxia do tipo anóxico estagnante. Em Belo Horizonte, no Serviço do Prof. OTTO CIRNE, é empregada a anestesia endovenosa pelo evipan-sódico, como se depreende da leitura dos trabalhos desse autor e de seu assistente FERREIRA PINTO.

Nas "Lições de Anestesiologia", um de nós (M. N.) escreveu o capítulo sobre as anestésias endovenosas, onde o leitor encontrará as minúcias da técnica de sua aplicação.

Como em obstetrícia é ainda maior a necessidade de oxigênio, diremos apenas duas palavras sobre a fisiopatologia dos anestésicos que podem ser administrados com alta percentagem de oxigênio, o éter e o ciclopropano, abstendo-nos do clorofórmio e das misturas que o contenham, como o balsofórmio, que devem ser banidas do arsenal do anestesista, devido à sua ação histotóxica.

ÉTER — São as seguintes as alterações que produz no organismo:

Apar. circulatório — As doses mínimas atuam como tônico cardíaco. Em doses mais elevadas produz depressão circulatória, e nas excessivas dilatação cardíaca, fraqueza de contrações, relaxamento do miocárdio, vaso-dilatação periférica e conseqüente baixa de pressão arterial, como afirmam BARRET e MALLISON. Em pacientes em choque ou nas suas fases iniciais, produz profunda depressão sobre o sistema cárdio-vascular.

Apar. respiratório — Tem ação irritante sobre as mucosas, de tal modo que não é raro, durante a anestesia pelo éter, a provocação do reflexo tussígeno e a produção de secreções, às vezes muito abundante, que chega a dificultar a respiração, que se faz ruidosa, podendo levar o paciente à asfixia. A irritação leva, por vezes, a estado congestivo dos pulmões, predisponente de estados infecciosos.

Emunctórios — O fígado, nas anestésias demoradas e profundas, pode ser danificado.

Rins — Praticamente nenhuma.

Estômago e intestinos — Paresias do trato gastro-intestinal, às vezes trazendo considerável desconforto e às vezes sérias complicações, tais como: dilatação aguda do estômago e íleo.

Eliminação — Faz-se quase que exclusivamente pelos pulmões. Em 5 minutos sua concentração no sangue baixa à metade, e em 14 horas desaparece completamente.

CICLOPROPANO — Na opinião de E. ROVENSTINE, professor de Anestesiologia de Nova York, o ciclopropano, uma vez inspirado, não sofre alterações químicas. Sua eliminação se faz pelos pulmões e em certa quantidade pela pele e pela ferida, sendo muito rápida, pois entre 6 e 20 minutos está totalmente desaparecido.

O ciclopropano aumenta a irritabilidade da fibra cardíaca, donde o aparecimento de arritmias, quando em concentrações altas. Por este motivo, não se deve injetar adrenalina durante a anestesia pelo ciclopropano e devemos dele nos abster quando houver arritmias. Para as evitar, HUBBARD aconselha adicionar 10 a 20 cc. de éter às anestésias com ciclopropano. Em Maio de 1942, STUTZMAN, ALLEN e MEK demonstraram, em cães, que a adição de éter à

mistura de ciclopropano-oxigênio exerce ação favorável contra a taquicardia.

ROBINS, em seu livro "Anestesia pelo ciclopropano", atribue as arritmias à anoxemia e considera esta anestesia como a mais indicada na prática obstétrica.

Aparelho respiratório — Não é o ciclopropano excitante da respiração, não estimula as mucosas, nem aumenta as secreções já existentes, podendo-se utilizá-lo em pacientes com pneumonia ou outras doenças do aparelhos respiratório.

Excita ligeiramente a mucosa do estômago, podendo aparecer estado nauseoso passageiro logo após o despertar. Não tem ação sobre o fígado e vias biliares, não modifica o pH nem a glicemia.

À medida que se aprofunda a anestesia, o intestino se paralisa, voltando o peristaltismo ao terminá-la, coisa que não acontece com o éter.

A indução da anestesia é agradável e o despertar não é incômodo. HUTCHINSON acha o ciclopropano o agente anestésico de escolha até que um melhor nos seja dado.

Com o ciclopropano observa-se, por vezes, o aparecimento de arritmias.

NEFF e STILER, por sua vez, deduzem, pelas suas experiências sobre o ritmo cardíaco sob anestesia, não só por este gás como por outros agentes anestésicos, que os transtornos do ritmo estão em relação direta com a profundidade da narcose, qualquer que fôsse o anestésico.

Em 1939, ROBBINS, BASTER e FITZMIGH relataram que pequenas doses de morfina favorecem o aparecimento e desenvolvimento da arritmia sob a anestesia pelo ciclopropano.

GUEDEL nega a idéia de ser o ciclopropano tóxico para o músculo cardíaco, como é o clorofórmio.

O desaparecimento de arritmias durante a anestesia pelo ciclopropano pode ser conseguido pela administração de éter, como fazem notar J. MILOWSKY e E. A. ROVENSTINE.

Estudando os fatores da asfixia néo-natal, COLE e COL concluíram:

1) o fator singelo mais importante na etiologia da asfixia néo-natal é a prematuridade.

2) o fator que se lhe segue em importância é o trauma do trabalho de parto, seja no parto normal ou naquele acrescido de distócia ou no parto operatório.

3) os sedativos, em qualquer quantidade, aumentam definitivamente a incidência da asfixia fetal, em proporção direta com a quantidade administrada.

4) a anestesia geral, em qualquer quantidade, é responsável pela incidência da asfixia na criança, em proporção direta com sua duração e profundidade.

Digno de interesse para a escolha da anestesia em obstetrícia é conhecer-se os efeitos dos anestésicos sobre a oxigenação do sangue materno e fetal durante o parto.

CLEMENT SMITH estudou, sob esse ponto de vista, o protóxido de Azoto, o éter, e o ciclopropano, concluindo que, em relação ao éter, há, geralmente, elevação definitiva na capacidade de O_2 materno e na oxigenação do sangue venoso, mostrando a circulação fetal nível maior de oxigênio. Em relação ao protóxido, quando ministrado com o mínimo de 20 % de oxigênio, produz anoxemia materna e fetal; e com o ciclopropano o sangue materno (venoso e arterial) contém quantidade maior ou igual de oxigênio. O sangue do recém-nascido destas mães não é tão bem oxigenado quanto o de crianças que nasceram de mães a que foi dado éter, mas é mais satisfatoriamente oxigenado que no caso em que se emprega protóxido e oxigênio.

Também merecedora de atenção dos obstetras é a medicação pré-anestésica.

Já estudamos, linhas atrás, a ação dos sedativos sobre o feto, e aí se chamou a atenção para os perigos de sua administração em grandes doses. No entanto, o uso da atropina, na premedicação anestésica obstétrica, deve, como aconselha DILL, ser difundido, tais as suas vantagens.

Para a anestesia de inalação e endovenosa a atropina não deve ser omitida, pois relaxa os brônquios, seca as secreções e conserva o calor. Tem ação depressiva sobre o parassimpático e sobre o plexo carotídeo, que podem ser sensibilizados pelos anestésicos ou drogas sedativas.

Quando usarmos éter, devemos utilizar atropina em grandes doses. As doses pequenas são falhas. A dose ideal é 0,00064 para adultos, que é mais ou menos duas vezes e meia maior à que utilizamos habitualmente (0,00025). A dose mortal é 200 vezes superior à terapêutica.

VANTAGENS DA ANESTESIA GERAL — Uma das vantagens da anestesia geral é tornar a paciente a única pessoa indiferente numa sala de cirurgia, poupando-lhe sobremaneira os traumas psíquicos que poderiam advir, assim, pois, em Clínica Obstétrica ela é indicada quando o operador não tenha necessidade da atuação da contratilidade uterina, como acontece nas operações por via alta.

ALVARO AQUINO SALLES, em trabalho apresentado ao 1.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em Setembro de 1940, transmitiu a orientação do Serviço do Prof. ARNALDO DE MORAES, em que se vê a preferência pelo ciclopropano para as anestésias cirúrgicas, e do protóxido de azoto na analgesia do parto.

Dos anestésicos gerais, de acordo com o que relatamos anteriormente, são o ciclopropano e a mistura éter-oxigênio os que maiores indicações e melhores vantagens podem proporcionar à obstetrícia.

A administração das anestésias em aparelhos que permitam a reabsorção do CO_2 em circuito fechado, com a quota metabólica de oxigênio para cada indivíduo e gás carbônico à mão, são, para a obstetrícia especialmente, de grande valia. A habilidade do anestesista é de importância capital, pois terá que manter a anestesia num plano em que os malefícios para a paciente e o feto sejam mínimos, proporcionando ao cirurgião concomitante sossego cirúrgico e de espírito.

Sabemos dos malefícios das anestésias prolongadas e profundas. Sabemos dos benefícios de pequenas quantidades de éter (10 a 20 cc.) adicionados a uma anestesia por ciclopropano, assim como quanto desconforto, quantos inconvenientes podem advir no pós-operatório pela utilização do éter em grande quantidade e em anestesia profunda.

Daí a nossa preferência, no Serviço Médico de Anestesia e Gsoterapia de S. Paulo, para a mistura ciclopropano-éter-oxigênio. Fazemos a indução com ciclopropano e as concentrações atingidas para a manutenção são tais que não permitam o aparecimento de arritmias. O éter é dado de preferência pelo sistema de gotejamento lento, moderado, desde que a indução se tenha estabelecido. A quota metabólica de oxigênio varia entre 400 a 600 cc., e, de preferência, o gás carbônico é reabsorvido.

Antes da secção do cordão, ministramos grande quantidade de oxigênio, que proporcionará ao organismo materno e fetal uma alta concentração desse gás.

Com anestesia geral é, por vezes, necessário o emprêgo de ocitócicos, e, em tal contingência, deve-se evitar a pituitrina, que, em 5 % das vezes, é capaz de produzir, mesmo sem anestesia, o choque pituitrínico quando a paciente não está protegida, pela efedrina e éter anestesia, contra sua ação anafilática e constritora da coronária.

A injeção intra-uterina não é vantajosa, pelo contrário, frequentemente é seguida do choque pituitrínico. A injeção deve ser subcutânea, intramuscular e raramente endovenosa. A queda da pressão é devida à alergia ou à vaso-constricção da coronária.

O tratamento do choque consiste na administração de oxigênio em alta concentração, além da injeção endovenosa de efedrina, veritol, ou 0,1 cc. de epinefrina; se a paciente está anestesiada pelo ciclopropano.

A pituitrina ou pitressina não deve ser utilizada em pacientes com hipertensão ou moléstia da artéria coronária, por ser possível o aparecimento da insuficiência coronária.

A fração pressora do extrato pituitário produz um estímulo parassimpático-mimético, o qual é sempre indesejável durante a anestesia. Após 5 ou 10 minutos à injeção, aparece o laringospasmo, broncospasmo ou broncorréia.

Alguns ou todos destes desagradáveis sinais são favorecidos pela predisposição asmática ou pelo ciclopropano, que é também parassim-

pático-mimético. Complementos da anestesia geral são os cuidados pós-anestésicos. Terminada a anestesia pela mistura ciclopropano-éter-oxigênio, ministramos à paciente carbogênio a 10 %, com o fim de excitar o centro respiratório. É de boa praxe administrar oxigênio em altas concentrações, o que tornará o pós-operatório muito mais confortável, evitando a dilatação de estômago e meteorismo.

Sessões posteriores de carbogenioterapia são também úteis.

Após o desprendimento total, necessitando o feto de reanimação, toda a manobra brusca e violenta é desaconselhável. O mais indicado é, depois de desobstruídas, com aspirador, as vias aéreas superiores, a ministração de oxigênio em alta concentração, que se continuará pelo tempo necessário.

De grande utilidade, ainda, são os ressuscitadores, que possuem concomitantemente aspiradores e cânulas apropriadas.

Do exposto, conclue-se que a anestesia geral é indicada para as intervenções de curta duração e tem escolha preferencial para a prática da versão, pois promove adequado relaxamento do corpo uterino, que facilita a evolução fetal.

Na escolha da substância anestésica, o éter é eletivo para a versão e, nas portadoras de lesão cardíaca, o protóxido de azoto não é gás ideal para a cirurgia obstétrica, restando o ciclopropano como o que melhor se adapta às necessidades obstétricas: promove adequado relaxamento muscular, é administrado com suficiente oxigenação, permite silêncio abdominal, é pouco tóxico e não diminui o tônus muscular uterino e, assim sendo, a mistura ciclo-éter-oxigênio é a que melhor consulta as necessidades e indicações da anestesia geral na prática tocológica.

Anestesia regional

A anestesia regional, principalmente a raqui, tem sido no nosso meio processo de escolha para as intervenções por via alta.

Demonstramos que, no período de 5 anos, até 1943, ela foi usada 135 vezes nas 218 cesárias praticadas num só centro de assistência obstétrica.

A raquianestesia é, sob alguns pontos de vista, uma boa anestesia para cirurgia obstétrica, pois garante a hemóstase uterina, dá silêncio abdominal e, nas cesárias, permite eversão dos bordos da incisão, o que facilita a sutura.

A anestesia sub-aracnóide torna-se perigosa quando se não obedece os fundamentos de sua fisiopatologia, e na prática obstétrica não há necessidade de supressão da dor na porção supra-umbilical da parede anterior do abdômen.

São preceitos, quando se a utiliza em obstetrícia, não puncionar acima do espaço entre L3 e L4, usar solução hiperbárica, sem barbotage com o líquido céfalo-raquiano, injeção lenta, e posição céfalo-

declive da operanda só após 5 a 10 minutos depois da injeção, prazo suficiente para a impregnação da fibra nervosa pelo anestésico.

A experiência, no nosso meio, tem demonstrado que é suficiente a dose de 0,10 ctg. de scurocaína, substância mais vezes utilizada.

Cuidados especiais devem ser tomados durante a raquianestesia, devido ao aumento do tono que ela produz, com evidente transtorno da circulação placentária, o que, conjugado à possível impregnação dos ramos mais inferiores dos intercostais, constituem fatores que diminuem a capacidade de oxigenação do sangue fetal e materno. Para obviar tais inconvenientes, está, hoje, sendo aconselhada a administração de oxigênio durante a anestesia.

Outro cuidado necessário, quando se emprega a R. A., é o anestesista ter à mão aparelhagem adequada para manobras de respiração artificial, que se prolongará por tempo suficiente para que desapareçam os efeitos da impregnação dos nervos controladores da musculatura torácica.

Constituem contra-indicação para a R. A. as más condições da operanda, o estado de choque, as cardíacas, e valores tensionais que se afastam do normal.

O estudo comparativo da raqui na gestante e na mulher fora desse estado, sugeriu a SEBRECHTS uma suscetibilidade peculiar da gestante aos acidentes, atribuíveis a modificações gravídicas, que faz com que alguém tenha afirmado que a raqui é o tipo de anestesia menos indicado na prática obstétrica.

Pensa GREENHIL que os acidentes da raqui na parturiente se deve a que, durante as contrações, o líquido céfalo-raquídeo da porção mais baixa do canal é impelido para as regiões superiores da medula, determinando, com isso, distúrbios na inervação dos intercostais.

Nossa experiência, até o momento, não autoriza condenar sistematicamente essa anestesia, desde que, como foi dito acima, se obedecam as regras deduzidas do melhor ionhecimento de sua fisiopatologia.

Além da via alta, a R. R. tem indicação na distócia de partes moles e na primiparidade idosa e nas apresentações pélvicas em I paras, pois o diminuído tono no canal inferior do parto facilita o desprendimento fetal.

A impossibilidade da previsão da intensidade da queda tensional, observada com essa anestesia, indica cuidadosa verificação de suas indicações, que deverão ser individualizadas.

O emprêgo da R. A. para provocar o parto, à maneira de DELMAS, é assunto pacífico entre os especialistas que o contra-indicam de maneira sistemática.

Além das condições gerais da parturiente, são contra-indicações dessa anestesia a versão e as operações embriotômicas, maxime a degola, pois com a hipertonia que determina e com a tendência à

retificação uterina nas situações transversas abandonadas, o acesso ao pescoço fetal se dificulta.

BRIQUET, nas "Lições de Anestesiologia", compendia, no capítulo da anestesia espinhal raquídea, a técnica e indicações dessa anestesia, donde se infere suas vantagens e desvantagens na prática obstétrica.

A anestesia peridural não tem indicação eletiva na cirurgia obstétrica; ela tem sido empregada, substitutiva da R. A., fazendo-se a punção entre D-12 e L-1. Da experiência colhida, verifica-se que, conquanto não promova retração corporal tão enérgica quanto a raqui, não impede, no entanto, essa função normal da fibra muscular. À técnica mais demorada de sua execução se contrapõe, por vezes, a urgência do caso clínico, o que a tem tornado menos vezes empregada na especialidade.

Anestesia local

E' tendência moderna o emprêgo da anestesia local, troncular ou por infiltração, sendo desnecessário insistir nas vantagens do seu uso. Como toda substância anestésica aplicada localmente tem também ação tóxica, em função da droga injetada e do seu grau de concentração, é necessário evitar sempre a super-dosagem.

Sem contra-indicações gerais, poucas são as condições obstétricas em que não possa ser utilizada. Para a aplicação do fórceps, conservada a contratilidade ritmada da musculatura uterina, traz a vantagem de substituir a função tratora do instrumento por simples função condutora.

E' ainda de grande valia nas portadoras de toxemia gravídica.

Nas 2.145 anestésias locais praticadas por FRIGYESI na cirurgia alta, 304 o foram em cesárias. Para a prática desta intervenção emprega-se a infiltração, à maneira clássica, da metade inferior da parede anterior do abdômen.

Chamamos a atenção para duas minúcias na técnica operatória sob essa anestesia: o emprêgo sistemático do ocitócico, evitando a pituitrina *in útero*, de cujos inconvenientes já referimos, e a maior delicadeza na colocação dos campos absorventes e protetores da cavidade abdominal; a anestesia da parede não impede que esse tempo não seja doloroso.

Na clínica obstétrica da Faculdade de Medicina, tem-se empregado a anestesia local para as cesárias, e os resultados atestam a inocuidade do método e satisfatória abolição da dor durante o ato operatório; é necessário, no entanto, como para toda anestesia local, adequado preparo da operanda com medicação pré-anestésica.

A anestesia local do períneo tem, na comunicação de B. TOLOSA a esta Semana, valiosa contribuição, donde se deduz sua orientação técnica e, principalmente, seu ponto de vista sobre o valor desse tipo de anestesia nas aplicações do fórceps, evidenciando o autor, nesse

trabalho, as razões pelas quais prefere a anestesia local nessa intervenção, realçando o quanto ela respeita a fisiologia da parturição. Nestes últimos quatro anos a anestesia local do períneo tem sido assunto de publicações de J. D. ANDRADE, H. F. PINTO, OLIVEIRA FIGUEIREDO, CENTOLA, B. TOLOSA, que traduzem a tendência, entre nós, ao emprêgo de tão valiosa técnica de anestesia na especialidade.

A questão da anestesia dos pudendos no parto normal tem suscitado divergências entre os tocólogos, afirmando alguns que ela acarreta maior demora do período expulsivo; nossa observação, no entanto, não corrobora esse ponto de vista, que é também esposado por OLIVEIRA FIGUEIREDO e CENTOLA que, em 1942, publicaram casuística referente a 117 partos assistidos com anestesia local do períneo, e, no cotejo com outros tantos casos não anestesiados, concluem pela maior distensibilidade perineal e menor incidência de lacerações na porção mais inferior do canal do parto.

Referências

- ANDRADE, J. D. — Anestesia do parto normal — “Rev. Gin. Obst.”, 34(2): 313, 1943. ARAUJO, J. O. e ANDREUCCI, D. — Analgesia caudal contínua — Com. à “2.^a Semana Carioca-Paulista de Obst. e Gin.”, Set. 1943. ARRUDA SAMPAIO, A. — Mortalidade néo-natal — Com. à “3.^a Sem. Carioca-Paulista de Obst. e Gin.”, Nov. 1944; “Ped. Prat.”, 15:5, 1944. BRIQUET, R. — Anestesia espinhal raquídea — em “Lições de Anestesiologia”, Ed. Atlas, S. Paulo, 1944. BUNDENSEN, H., DAHM, D. A., FISHBEIN, W. e HARNON, G. E. — Mortality of new-born infants in Chicago during 1935 — “J. A. M. A.”, 107:240, 1936. CIRNE, OTTO — Anestesia obstétrica com evipan-sódico por via endovenosa — “Rev. Gin. Obst.”, 3162:324, 1937. COLLE, W. C. C., KINBALL, D. C. e DANIELS, L. E. — Etiologic factors in neonatal asphyxia — “J. A. M. A.”, 113:2038, 1939. CLIFFORD, S. H. e IRVING, F. C. — Analgesia, Anesthesia and the new-born child. — “Surg. Gyn.”, 63:23, 1937. DE LEE, J. B. — Principles and practice of obstetrics — Saunders, 7.^a ed., 1938. EASTMAN, N. J. — Fetal blood studies; rôle of anesthesia in production of asphyxia neonatorum — “Am. J. Obst. Gyn.”, 31:536, 1936. FRIGYESI, J. — Technique of local anesthesia and experience in gynecological abdominal operations — “J. Obst. Gyn. Brit. Emp.”, 46:91, 1939. GRIFFITH, H. R. e GOODALL, J. R. — Analgesia and Anesthesia in Obstetrics — “J. Obst. Gyn. Brit. Emp.”, 48:323, 1941. HIRST, B. C. e GOULD, C. — Current technics for obstetric analgesia and anesthesia — “Am. J. Obst. Gyn.”, 30:257, 1935. HEARD, K. M. — Anesthesia in cesarean section — “Surg., Gyn. Obst.”, 70:657, 1940. KOTZ, J. e KAUFMAN, M. S. — The effects of obstetrics analgesia on the newborn infant — “J. A. M. A.”, 113:2035, 1939. LEON, J. — Analgesia obstétrica. El Sueño Crepuscular Barbitúrico en el parto. — “El Ateneo”, Buenos Aires, 1941. MAXSON — The Present Status of Spinal Anesthesia — “Anest. Analg.”, 17:61, 1938. MEYER, J. R. — Narcose obstétrica — Tese Fac. Med. São Paulo, 1922. MORAES, ARNALDO DE — Analgesia obstétrica — “An. Bras. Gin.”, 10:117, 1940. NOBREGA, M. R. — Anestesia Intravenosa em Lições de Anestesiologia — Edit. Atlas, São Paulo, 1944. PINTO, H. F. — Anestesia local nas intervenções a fórceps na escavação — “Rev. Gin. Obst.”, 35(1):266 1941. OLIVEIRA FIGUEIREDO, I. e CENTOLA, A. L. — Anestesia perineal intra-parto em primíparas — “Rev. Med. Mun.”, 3:501, 1942. ROSENFELD, S. — Combination of local and general anesthesia in Obstetrics — “Am. J. Surg.”, 58:207, 1942. ROSENFELD, M. e SNYDER, F. F. — The factor of anesthesia in the pathogenesis of asphyxia neonatorum — “Am. J. Obst. Gyn.”, 38:424, 1939. SALLES, ALVARO AQUINO — Anestesia gasosa em ginecologia e obstetrícia — “An. Bras.

Gin.", 10:402, 1940. SEBRECHTS, D. — L'anesthésie en gynécologie et en obstétrique — "Brux. Med.", 20:567, 1940. SMITH, C. A. — The effect of obstetrical anesthesia upon the oxygenation of maternal and fetal blood with particular reference to cyclopropane — "Surg., Gyn. Obst.", 69:584, 1939. SNYDER, F. F. e GEILING, R. W. — Action of morphine in obstetric analgesia — "Am. J. Obst. Gyn.", 45:604, 1943. TOLOSA, B. — Anesthésia local na aplicação do fórceps — Com. à "3.^a Semana Carioca-Paulista de Obst. e Gin.", Nov. 1944.

État actuel de l'anesthésie obstétricale

Résumé

L'A. réhausse l'importance d'une collaboration étroite entre les obstétriciens et les anesthésistes.

L'anesthésie obstétricale présente des différences sensibles avec l'anesthésie chirurgicale. En plus de la suppression de la douleur il y a dans la première la présence du fœtus en connexion circulatoire avec la mère, les conditions, du canal musculaire qui doivent être préservées pendant le travail et après l'expulsion.

Après avoir passé en revue les plusieurs méthodes d'analgésie et leurs avantages et desavantages l'A. recommande l'emploi des antispasmodiques pendant la première période, suivi de celui du cyclopropane-oxygène pendant l'expulsion.

Pour l'obstétrique opératoire l'A. préfère l'anesthésie générale pour les interventions de courte durée comme la version; il conseille, cependant le cyclopropane-oxygène pour les opérations plus longues.

Dans la césarienne l'A. considère l'anesthésie rachidienne comme la méthode de choix, dès qu'on dispose d'un anesthésiste habile et dès qu'on preuve en considération les particularités de chaque cas.

L'A. ne conseille pas l'anesthésie péridurale. Il saliente les avantages de l'anesthésie locale, en particulier pour les forceps, ainsi que pour l'expulsion normale.

Selon la bibliographie brésilienne les accidents de l'extrémité inférieure du canal sont plus rares à cause de l'accroissement de la distensibilité périnéale.

Present status of obstetrical anesthesia

Summary

The advantages of close collaboration between obstetricians and anesthetists in the choice of anesthetic are stressed.

Obstetrical anesthesia differs considerable from surgical anesthesia, besides suppression of pain, in the former, the presence of the fetus in intimate connexion with the maternal system and the special conditions of the muscular birth canal which must be preserved during labor and after delivery.

After a review of different methods of analgesia, of their advantages and disadvantages, the authors recommend the use of antispasmodic drugs during the first stage followed by cyclopropane-oxygen administration during expulsion period on account of its high oxygen percentage.

As for operative obstetrics, the authors favor general anesthesia only for short duration operations, as versions, recommending however cyclopropane-oxygen for major operations.

In cesarean section spinal anesthesia is considered by writers as the method of choice when used by skilled anesthetist after due consideration of the indication. Peridural anesthesia is not advocated by the authors.

Advantages of local anesthesia, particularly in forceps extraction, are stressed, analysis of same in normal labor being made.

According to Brazilian bibliography less accidents of lower birth canal are liable to occur with this method of anesthesia, due to greater perineal distensibility.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>Paralisia materna em obstetrícia</i> — O'CONNELL, J. E. A.	395
<i>Anatomia real e desenvolvimento dos ligamentos inseridos no colo do útero</i> — POWER, R. M. H.	396
<i>O tratamento do carcinoma cervical durante a gravidez</i> — JONES JR., H. W. e NEILL, W.	397
<i>Observações sobre o fator Rh e suas relações com a anemia hemolítica do recém-nascido</i> — LUBINSKI, H., BENJAMIN, B. e STREAN, G. J. ...	398
<i>Elctrocardiografia e estetografia fetal</i> — PALEY, S. S. e KRELL, S. ...	399
<i>Púrpura trombocitopênica na gravidez</i> — FINN, W. F.	399
<i>Significação clínica do "struma ovarii"</i> — GUSBERG, S. B. e DAN- FORTH, D. N.	400
<i>Hipertireoidismo e gravidez</i> — KIBEL, I.	401
<i>Crítérios da ovulação</i> — POMMERENKE, W. T.	402
<i>A profilaxia e cura dos retrodesvios do útero após cesariana</i> — BUBIS, J. L.	403
<i>Uso diagnóstico e terapêutico da Prostigmina. Seu efeito sobre gravidez ou menstruação retardada.</i> — GROSSMANN, L. L.	403
<i>Cesária extra-peritoneal em distócias provocadas pelas partes moles da pelve e em mulheres infectadas</i> — GASTÉLUM, B. J.	404
<i>Anormalidades da genitália feminina</i> — WEINTROB, M.	404
<i>A hemorragia sub-capsular do fígado com irrupção peritoneal na grávida</i> — LASCANO, J. C. e GONZALEZ WARCALDE, J.	405
<i>Resultados imediatos e tardios da operação de Wertheim-Schauta</i> — PE- RALTA RAMOS, A. G. e GRAMAJO, G.	406
<i>O método de Enrique A. Boero</i> — VALENZUELA, R. G.	407
<i>Anemia e gravidez</i> — NOVIS, A.	407
<i>Anestesia caudal contínua em cirurgia e obstetrícia</i> — JANZON, O. G. ...	408
<i>Válvulo da trompa de Falópio</i> — MAZZINI, E. J. B. e RUSSO, A. G. ...	408
<i>O diabetes na mulher grávida</i> — ALVARIÑAS, C. E.	409
<i>O processo de Mathis no tratamento da cistalgia na mulher</i> — RUBI, R. A.	409
<i>Prolapso genital</i> — BELLOSO, R. A.	410
<i>Sobre a exploração funcional renal em grávidas e puérperas</i> — ORFILA, J. P.	411
<i>Endometriose — Novos casos pessoais</i> — POU DE SANTIAGO, A.	411
<i>Mastopatias hormonais — Suas relações com o câncer mamário</i> — AGUERRE, J. A.	412

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Cesária extra-peritoneal em distócias provocadas pelas partes moles da pelve e em mulheres infectadas (*Cesarea extra-peritoneal en distocias provocadas por las partes blandas de la pelvis y en mujeres infectadas*) — GASTÉLUM, B. J. — (*The J. of the Intern. Coll. of Surg.*, Set.-Out. 1944, Vol. VI, N.º 5, pág. 355).

E' acentuada a significação da distócia das partes moles, que pode assumir, como assinalou DÖDERLEIN, a importância daquelas devidas a deformações da pelve óssea, pela interferência com a descida do feto e tornando impossível o seu parto pelos anéis naturais. Quando o obstetra percebe a existência de distócia das partes moles, a parturiente é frequentemente submetida a vários exames e manipulações vaginais que conduzem a um tratamento espectante na esperança de um parto natural. Esse prolongamento desnecessário do parto favorece o traumatismo excessivo do canal de parturição e fadiga materna que faz perigar sua vida e a do feto. E' nesses casos infectados, com bolsa das águas róta e sofrimento fetal, mas ainda com fortes contrações uterinas, que a cesária extra-peritoneal é indicada.

E' opinião do A. que a cesária extra-peritoneal deve ser feita em todos os casos em que é indicada e, eventualmente, apesar de sua técnica difícil, deve ser o processo de escolha. — C. A.

Anormalidades da genitália feminina (*Abnormalities of the female genitalia*) — WEINTROB, M. — (*The J. of the Intern. Coll. of Surg.*, Set-Out. 1944, Vol. VII, N.º 5, pág. 381).

Um conhecimento exato das diversas anormalidades dos órgãos genitais femininos é de utilidade proveitosa na prática da obstetrícia e da ginecologia, diz o A. Este conhecimento básico evitará ou diminuirá o número de esterilizações cirúrgicas necessárias durante o período fértil da mulher.

O A. apresenta uma pequena discussão sobre a embriologia do conduto de MÜLLER com o propósito de esclarecer a origem das várias anormalidades descritas a seguir.

Expõe ilustrações de algumas dessas anormalidades e observações pessoais.

Finalmente, dá o resultado de um estudo aprofundado da literatura a respeito. — C. A.

ANALIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Libero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARAÍ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Tumor de células da granulosa</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	413
<i>Em torno das roturas do útero em trabalho de parto</i> — DR. VICTOR DO AMARAL FILHO	426
<i>Histerectomia mênstruo-conservadora (Instilação prévia de contraste corado na cavidade uterina)</i> — DR. LICINIO H. DUTRA	439
<i>Sobre um caso de cisto dermóide ovariano</i> — DR. JORGE RODRIGUES LIMA	444
<i>Abôrto retido tubário ("Missed Abortion")</i> — DR. OSCAR B. NESTAREZ e DR. NICOLAU S. ASSALI	456

EDITORIAL

<i>Progressos da embriologia humana</i>	465
---	-----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>"Prêmio Armando Fajardo"</i>	468
<i>Recepção do Prof. Dr. Nicanor Palacios Costa na Academia Nacional de Medicina (Buenos Aires)</i>	479
<i>Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Rosario</i>	471

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Olinto de Oliveira</i> — GONÇALVES VIANNA	472
<i>Temas atuais de Patologia óssea</i> — CLAUDIO BARDY	473
<i>Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo</i> —CUNHA MOTTA (Redator)	474

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMÔNIO FOLICULAR PURÍSSIMO



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PARANÁ
HOSPITAL VICTOR DO AMARAL

EM TÔRNO DAS ROTURAS DO ÚTERO EM TRABALHO DE PARTO *

DR. VICTOR DO AMARAL FILHO

Docente de Clínica Obstétrica

No exercício diário da clínica obstétrica, deparamos com inúmeras complicações, mas sem dúvida, a contingência mais grave, por vezes mais dramática é a rotura do útero.

A primeira referência feita que o órgão de maior atuação no parto podia se rasgar, foi demonstrada por GUILLEMEAU (1550-1613), que descobriu e estudou esta lesão. Cerca de um século mais tarde, GRANTZ apresentou uma tese a respeito, sendo considerado como o primeiro trabalho de fôlego, sobre tão importante assunto; além destes, outros tocólogos da têmpera de BAUDELLOCQUE, LACHAPELE, JOLLY, FROMMEL, TARNIER e outros estudaram pormenorizadamente a lesão e na atualidade são sem conta, os trabalhos publicados, por onde podemos concluir, o interêsse que o assunto sempre despertou e desperta aos especialistas.

O tema — rotura do útero — a que vamos nos referir, é um destes que precisa ser bem conhecido e estudado, pela grande importância com que se apresenta na prática, onde mesmo com o acurado conhecimento da arte obstétrica, poderá o profissional encontrar-se com um caso imprevisto de rotura, e então os leigos e até mesmo os médicos podem querer atribuir a culpa da catástrofe, ao obstetra responsável pelo caso.

As roturas uterinas podem ser classificadas em dois grupos distintos: roturas durante a prenhez e roturas durante o trabalho de parto.

* Trabalho lido em sessão da "Associação Médica do Paraná", em 1944.

Neste nosso despretensioso e modesto trabalho, só nos referiremos ao segundo grupo, isto é, roturas do útero em trabalho de parto, apresentando quatro observações de casos ocorridos no "Hospital Victor do Amaral", desta Capital, onde por longos anos, empregamos nossas atividades profissionais como interno, assistente e chefe de clínica.

Só excepcionalmente a perfuração do útero se apresenta durante a gestação, na maioria das vezes, observada como sendo o ponto de partida uma operação anterior, como a cesariana (hoje muito rara, depois do uso quase sistemático da histerotomia segmentária de KRÖNIG); a miomectomia, a mola hidatiforme etc. Com uma frequência relativamente maior no ato da parturição, produzindo-se no órgão, soluções de continuidade, de localização e de extensão variáveis, com graves danos para a parturiente e ainda maiores para o fruto de suas entranhas.

Estatística

Muito difícil é avaliarmos a frequência dos casos de rotura do útero, pois para as clínicas são encaminhadas as enfermas de rotura, o que não se dá com os casos normais, podendo ainda acontecer que alguns passem sem o devido diagnóstico e os óbitos então serem rotulados com nomes diferentes.

Em Viena, na sua clínica, BANDL teve uma rotura para 1.183 partos; CHURCHILL, em 154.303 partos computados em doze clínicas diversas, encontrou 117 roturas, dando uma proporção de 1 para 1.318.

Nas clínicas especializadas, com seus consultórios pré-natais em perfeito funcionamento, onde o trabalho de parto é bem conduzido, raros são os casos que aparecem, pois nelas terão cuidados especiais os casos mais expostos, como sejam: vícios pélvicos, apresentações anormais, cesárias anteriores e principalmente ficar alerta com os sinais de perfuração próxima.

J. A. RODRIGUEZ FEO — "Rev. Cub. de Obst. y Ginec.", Vol. IV, Nov. 1942 — "Estudio de las roturas uterinas en el curso del trabajo de parto" — apresentou doze casos de roturas uterina em 9.817 partos, quer dizer 1 para 818, e que com o tratamento cirúrgico empregado teve uma mortalidade de 50 %, achando a histerec-tomia o tratamento heróico (Ficha "Obst. y Ginec. Latino-Americanas").

CH. A. GORDON e A. H. ROSENAL — "Surg., Gyn. and Obst.", Vol. LXXVII, Jul. 1943 — "Rupture of the uterus" — Sobre 660 casos de morte de origem puerperal, ocorridos em *Brooklin*, de Janeiro de 1937 a Setembro de 1942, registraram 30 devidos à rotura uterina, ou sejam, 5,4 % do total.

Em treze observações a rotura foi espontânea, ocasionada por fatores diversos, sendo a destacar a multiparidade e três casos em

que a rotura segmentária era devida à contribuição direta de roturas cicatrizadas do colo.

Dezessete casos tiveram causas traumáticas como versão interna, fórceps, embriotomias. Roturas completas vinte e seis e incompletas quatro. O diagnóstico clínico foi feito só em dezenove casos e os restantes onze achados de necrópsias.

Dos trinta fetos só se salvaram três, dando portanto uma mortalidade de 90 %. (Ficha "Obst. y Ginec. Latino-Americanas").

Etiologia

Os autores dividem as roturas em espontâneas e traumáticas.

As espontâneas são as que se produzem fora de qualquer causa traumática, como sejam: facadas, quedas; operatórias, como sejam: fórceps, embriotomias etc.: medicamentosas com o emprêgo do extrato hipofisário, ergotina. Sendo para muitos autores consideradas como mais frequentes aquelas, vejamos as estatísticas: JOLLY, sobre 573 roturas, encontrou 376 espontâneas e 197 traumáticas; WEBER, 60,4 % espontâneas contra 39,6 % traumáticas.

Como causas preliminares temos — a multiparidade, que pode trazer uma degeneração da fibro-célula, degeneração grânulo-gordurosa ou hialina; uma endometrite e alguns processos ou intervenções que contribuam para alterar a parede uterina, como por exemplo: a miomectomia, intervenção hoje bastante vulgarizada; os tumores como fibromas, câncer, que podem trazer grandes e importantes mudanças na constituição do miométrio; a cesariana clássica, trazendo grande contingente de roturas, porém estas roturas vão se tornando mais raras, devido ao uso sistemático da cesariana baixa que é menos perigosa que a corporal e, segundo WETTERWALD, a frequência das roturas na segmentária seria de 0,28 %.

"No geral, dizia o Dr. JOÃO P. CAMARGO em "Manobras e operações obstétricas" o estado da cicatriz anatômica da cesariana segmentária é, histologicamente superior ao da cesariana clássica e tanto é assim, que apenas mundialmente se conhecem 11 casos de roturas da cicatriz segmentária, número muito baixo, em relação à percentagem alta da rotura da cicatriz da cesariana clássica, que sobe a centenas."

As diversas modalidades de distócia, contribuem para que o útero se rasgue, assim temos: o vício pélvico como obstáculo materno à saída do feto, apresenta, segundo IVANOFF, 46 vezes em 124 roturas, e para TRASH 74 % dos casos, pois com as contrações uterinas fortes, com o fim de expulsar o feto, encontrando uma barreira, distende-se o segmento inferior, essa parte mais fina do útero, até o ponto de se romper; o mesmo pode acontecer por efeito de tumores que enchem a escavação e que tragam mudanças para o lado do colo, impedindo a dilatação ou rompendo e daí prolongando-se a rotura.

A distócia não será somente materna, pois a fetal, também é capaz de ser causadora de roturas, assim podemos observar na hidrocefalia e no excesso de volume do feto, causas de desastrosos acidentes, se não diagnosticados e empregada a terapêutica necessária no devido tempo. As apresentações de espádua, frente e face ocupam também o seu lugar na etiologia das roturas uterinas.

Qual é o mecanismo dessas roturas? Muitas vezes é complexo, mas, segundo BANDL, é consequência da distensão exagerada do segmento inferior.

DÖDERLEIN, em seu "Tratado de Obstetrícia, tomo II, pág. 423; assim justifica o acidente: "Uma vez posta em marcha a potente musculatura do fundo e do corpo do útero, este continua trabalhando automaticamente "segundo as grandes leis eternas pelas quais se rege nossa existência" e sua atividade não cessa até que o feto seja expulso por completo do claustro materno, seja pelas vias naturais ou quando por qualquer circunstância isto não seja possível, pela rotura do útero na cavidade abdominal.

A explicação clara da teoria de que o útero por retração do segmento inferior se desgarrá sobre a cabeça fetal quando se opõe um obstáculo no caminho desta última, devemos a BANDL que a iniciou com sua precursora monografia "Sobre a rotura do útero e seu mecanismo", sendo sustentada por ele em publicações ulteriores. No entretanto, não foi este autor o primeiro a apresentar, pois idéias semelhantes, expostas já por MICHAËLIS, dormiam sob o pó das bibliotecas, até que foram publicadas por BANDL. Não as apresentou seu autor porque morreu antes da publicação da sua obra. A causa deste conceito permaneceu incompreendida.

A teoria de BANDL encontrou imediatamente acolhida geral porque estava bem fundamentada. Não era desconhecido o fato de que o útero podia romper-se espontaneamente, pois já anteriormente se haviam encontrado roturas sem que se houvesse praticado intervenção alguma, não sendo possível outra explicação. Todavia esses casos eram muito raros; a maior parte das roturas se consideravam como violentas e mais de uma vez se atribuiu ao médico operador a causa da desgraça. Nas roturas que de um modo indubitável se consideravam produzidas espontaneamente, dominou a opinião de que deveria existir previamente uma alteração mórbida da musculatura, isto é, degeneração gorda.

As roturas também podem ser ocasionadas por substâncias medicamentosas, sendo outrora incriminado o centeio espigado e o seu alcalóide a ergotina, hoje em desuso como ocitócicos. Atualmente, usamos os produtos oriundos do lóbo posterior da hipófise com aquele fim e sendo ativadores da contração uterina, está claro, quanto mais violenta for esta atividade maior facilidade haverá para se produzir o rompimento do miométrio.

Existem casos que a pituitrina, esse maravilhoso medicamento, de efeitos surpreendentes, é a responsável pela gênese do rompimento,

pois é considerada como faca de dois gumes, não se podendo prever antecipadamente o resultado de seu emprêgo, podendo-se concluir que muita vez, mesmo judiciosamente aplicada torna-se perigosa, facilmente deduzindo-se os graves desastres que podem ocorrer quando usada intempestivamente.

Ainda recentemente, por ocasião do "Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia", realizado no Rio de Janeiro, o Dr. CARLOS PORTELLY DA COSTA, impressionado com observações de casos de funestas consequências motivadas pelo emprêgo de pituitrina, propôs que se fizesse um apêlo ao Governo, no sentido da inclusão dos preparados do lóbo posterior da hipófise, na lista dos medicamentos a serem vendidos sob receita médica e ao terminar diz: "Tenho a certeza plena e convicção absoluta de que deste modo o "Congresso de Ginecologia e Obstetrícia", que ora auspiciosamente se realiza, dará um grande passo em defesa das mães e filhos brasileiros".

As roturas de causas traumáticas são as produzidas por ocasião das intervenções obstétricas, por operadores incompetentes ou mesmo por obstetras conscientes e experimentados, maximé em múltiparas com útero fragil.

O fórceps, o embriótomo, a versão, o gancho, as tesouras podem fazer com que o útero se rompa, mas destas intervenções, ocupa lugar proeminente a versão, principalmente quando em presença de útero sêco e amoldado sobre o feto.

Séde

Quanto à séde, as roturas podem ser: cervicais, corporais, segmentárias e segmento-corporais.

As cervicais muitas vezes passam despercebidas e sua gravidade não é grande, podendo algumas daí se propagar, aumentando assim a gravidade do caso.

Em trabalho de parto, habitualmente, a rotura se processa no segmento inferior, parte mais delgada e pode ter uma direção longitudinal, oblíqua ou transversa, podendo se estender ao corpo.

Anatomia patológica

As roturas podem ser completas, incompletas e complicadas.

As completas são as mais frequentes; DAVIS, em 82 casos, encontrou 64 roturas completas para 18 incompletas; 83 % para MERZ, 60 % para SAUVAGE.

Nesses casos o feto passa inteiramente para a cavidade abdominal, ficando como que nadando no meio do sangue e das alças intestinais, o mesmo acontecendo com a placenta. As nossas observações se referem a casos de roturas completas.

Nas incompletas a forma mais comum é a sub-peritoneal, o peritônio visceral é poupado, formando-se grande hematoma, ficando o feto e a placenta no útero. Existe outra forma de rotura incompleta muito pouco frequente, é a extra-mucosa, em que esta fica intacta.

As complicadas, quando o orifício se propaga aos órgãos vizinhos como vagina, bexiga, reto etc.

Sintomas

Da maior importância são os sinais da rotura que se aproxima, pois uma vez de posse desses indícios, uma terapêutica convenientemente aplicada poderá impedir a deflagração da catástrofe, porque no dizer dos clássicos, roturas assintomáticas são exceção.

A síndrome de BANDL-FROMMEL, característica da rotura em perspectiva do miométrio, tem como sinais: distensão dos ligamentos redondos e ascensão do anel de BANDL. Ao lado desta síndrome estaremos na presença de uma parturiente, apresentando uma distócia, há muito tempo em trabalho de parto, com contrações muito dolorosas e bastante agitada, devido ao longo trabalho e excesso de dores.

Se a rotura se processa, a parturiente é presa de dor súbita, lancinante, quase insuportável, podendo sobrevir uma síncope, então a mulher sente as contrações diminuírem e pararem sentindo-se como aliviada, sendo então um bom sinal para o diagnóstico da rotura, já consumada. Aos poucos outros sintomas denunciadores do choque peritoneal e da hemorragia vão surgindo: palidez, pele fria coberta de suores, mucosas descoradas, nariz afilado, olhos fundos, extremidades frias, pulso rápido e hipotenso.

Pela palpação podemos distinguir o útero desviado para um lado e o feto muito próximo à pele, livre na cavidade abdominal, com escuta negativa, pois este sucumbe rapidamente.

O toque vaginal revela modificação na apresentação e este mais aprofundado pode ser denunciador de uma fenda na parede uterina, nesta ocasião, poderá ter lugar uma pequena perda sanguínea, incapaz de explicar a espantosa gravidade em que se encontra a mulher.

A marcha desta complicação é célere, podendo a morte chegar dentro em pouco, mas se a parturiente reage e sobrevive ao choque e se o diagnóstico não é feito com precisão e presteza, a peritonite com suas trágicas consequências, fatalmente fará uma nova vítima.

Diagnóstico

Nem sempre os sinais se apresentam com clareza meridiana, daí as dificuldades que podem se apresentar para o diagnóstico do "estouro do miométrio" (B. TOLOSA), apresentando quadro confuso,

principalmente se se tratar de forma insidiosa, ignorada, podendo até passar despercebida.

Nos casos duvidosos só a exploração manual confirmará ou não o diagnóstico, mas esta poderá ser dificultada, nos casos em que a apresentação se encontra insinuada.

A rotura uterina poderá ser confundida de preferência com o descolamento normo-placentário e com a inserção viciosa da placenta.

No descolamento o estado geral é mau, o útero é duro, lenhoso não deformado e volumoso, sendo ainda acidente de início do trabalho de parto. Na inserção viciosa, a hemorragia quase sempre aparece no decorrer da gravidez, podendo-se encontrar para o lado do colo cotilédones placentares, se bem que VEIT tenha visto, em caso de rotura, a placenta ao nível do mesmo.

Mais difícil, sem dúvida, é a diferenciação entre rotura completa e incompleta.

Prognóstico

O prognóstico é dos mais graves. As estatísticas apresentam alto coeficiente de mortalidade, podendo a morte ser produzida por choque, anemia aguda, peritonite etc. A morte do feto é a regra, maximé quando passa para a cavidade abdominal.

O fator tempo tem aqui uma importância considerável, se o profissional é chamado prontamente, melhoram consideravelmente as probabilidades de êxito.

As estatísticas tanto antigas como modernas, são mais ou menos desanimadoras: JOLLY, em 1870, dá 82 % de mortalidade; MERTZ, 64 %; KOBLANCK, 77 %; WINTER, 50 %; BENEDITO TOLOSA, 75 %.

Tratamento

Como mais vale prevenir do que curar, em primeiro lugar o tratamento profilático, isto é, atender a parturiente com atenção, vigiando de preferência o segmento inferior, se se torna tenso e se o anel de BANDL se eleva, se as contrações aumentam de intensidade e se há hipertonia do miométrio.

“Estas roturas no parto, diz DÖDERLEIN, seriam quase sempre faceis de evitar se as parteiras e os médicos, tivessem como norma, de que quando um parto, apesar da presença de contrações fortes, não progride, não se deve deixar evoluir sem dedicar-lhe toda a atenção necessária para averiguar qual o motivo do atraso e procurar as causas dos obstáculos.”

Quando a rotura está ameaçadora, o parteiro deve lançar mão de anti-espasmódico como a espasmalgina, da morfina, do pantopon, até mesmo do clorofórmio, com o fito devéras importante de acalmar as contrações, terminando o parto pelos meios mais indicados, se os

recursos empregados não forem suficientes, orientando seu procedimento no mais rigoroso diagnóstico obstétrico.

Uma vez feito o diagnóstico de rotura do útero, impõe-se um tratamento enérgico e imediato, porém enquanto se fazem os preparativos para a intervenção, devemos providenciar a transfusão de sangue e o emprêgo de sôro em altas doses, com o fim de diminuir os efeitos do choque hemorrágico.

A terapêutica consiste em extrair o feto e tratar da ferida uterina.

Para extração do feto alguns obstetras preferem a via baixa e outros preconizam a laparotomia, só se deverá usar a via vaginal quando o feto se encontrar bem insinuado e com suficiente dilatação, devendo a intervenção ser a mais inócua possível. No caso contrário, apresentação móvel ou se o feto se encontra no meio das alças intestinais, a única via indicada é a via abdominal.

Retirado o feto e a placenta, feita cuidadosa limpeza da cavidade, se a brecha é pequena, podemos pensar em suturá-la e tamponá-la, drenando-se a MICKULICZ, mas se a ferida é grande como na maioria dos casos, com bordos irregulares, a conduta mais sábia e que é da maioria é a histerectomia subtotal, seguida também do MICKULICZ.

O uso da sutura e do tamponamento podem ser insuficientes e têm a desvantagem de deixar um foco de infecção, o útero perfurado.

Não devemos esquecer o emprêgo local da sulfamida, que tão bons resultados observamos em casos cirúrgicos, muito manipulados e suspeitos, que temos tido oportunidade de operar.

Além do tratamento intervencionista não devemos esquecer do tratamento médico com cardiotônicos, sôro, transfusões, plasma, com o fim de melhorar o estado geral, substituindo a grande massa sanguínea de que foi privado o organismo.

Observações

1.^a OBS. — M. F. L., 28 anos, brasileira, branca, dona de casa, casada, residente em Antonina, neste Estado.

Primigesta, longilínea, que entrara para o Hospital Victor do Amaral em 10 de Julho de 1934, vindo de Antonina, cidade que fica cêrca de 80 quilômetros desta Capital, em franco trabalho de parto, com regular perda sanguínea.

Antecedentes de família — Sem importância.

Antecedentes ginecológicos e obstétricos — Menarca aos 14 anos, durando o fluxo 3 dias sem cólicas. Eumenorréica.

Exame físico — Cloasma presente, panículo adiposo regularmente desenvolvido, seios com sinais gravídicos acentuados, linha fôsea presente e edemas ausentes.

Exame obstétrico — Ventre volumoso e flácido. Circunferência máxima 92. Pólo cefálico na parte inferior, muito móvel, dando a impressão de estar logo abaixo da pele. Ausência de sôpro uterino, de movimentos e batimentos cárdio-fetais. O toque vaginal encontrou uma dilatação quase completa, com ausência de bolsa de águas e por este meio não foi atingido o pro-

montório. A apresentação era cefálica e a cabeça ao menor contacto fugia a nossos dedos, suspeitando-se então de uma rotura do útero, e ampliando o toque fazendo-o quase manual deparamos uma rotura lateral do segmento inferior.

Diagnóstico — Rotura do útero em trabalho de parto, a termo, com feto morto.

Enquanto com os meios habituais era preparada a paciente para a intervenção que se impunha, procuramos obter informações da pessoa que a acompanhava, que era seu marido, sobre a história do trabalho de parto. Este, pessoa inteligente, nos referiu o seguinte: que sua senhora se encontrava em trabalho de parto, assistida por parteira, há mais de 24 horas e aconselhado por médico local, resolveu procurar esta Maternidade. Desde o início o trabalho foi penoso e a parteira, além de outras injeções, empregou um total de 5 empôlas com o fim de apressar o mesmo, injeções essas que soubemos posteriormente terem sido de pituitrina.

Intervenção — Anestesia cloro-éter pelo Doutorando CELSO VALERIO.

Operadores: Drs. VICTOR DO AMARAL FILHO e JOÃO VIEIRA DE ALENCAR.

Laparotomia mediana infra-umbilical, encontrando-se a cavidade abdominal com sangue vivo e coágulos em abundância.

Feto do sexo masculino, livre no abdômen ligado à placenta que estava ainda no interior do útero, o qual se encontrava com uma solução de continuidade, irregular no segmento inferior, por onde tinha escapado o feto, cujo pêso foi de 3.240 gramas e 49 centímetros de comprimento.

Histerectomia subtotal com conservação do ovário direito e drenagem ao MICKULICZ.

Esta doente teve um pós-operatório muito acidentado e apesar dos recursos empregados — soros, transfusões, anti-infecciosos — veio a falecer por peritonite, no 8.º dia.

2.ª OBS. — M. R. F., 38 anos, brasileira, morena, casada, dona de casa, residente à rua Comendador Macedo, nesta Capital.

Entrou para o Hospital, às 9 horas do dia 27 de Outubro de 1934, dizendo estar em trabalho há 40 horas aproximadamente.

Antecedentes de família — Sem importância.

Antecedentes ginecológicos e obstétricos — Não informa quando foi menstruada pela 1.ª vez, só dizendo ter sempre as regras normais. Grande múltipara; eis a história das suas gestações: 1.ª gestação, parto natural a termo, feto morto durante o trabalho 3 dias; 2.ª gestação, parto a termo, natural, feto vivo; 3.ª gestação, parto natural a termo, feto vivo; 4.ª gestação, idem; 5.ª gestação, abôrto no 3.º mês.

Não informa quando teve a última menstruação, dizendo ter a gravidez presente evoluído sem acidentes.

Exame geral — Normolínea, musculatura pouco desenvolvida. Nada de anormal para os diversos aparelhos, Mx. 14, Mn. 6. Pulso rápido e regular. Varizes nos membros inferiores. Edema vulvar acentuado.

Exame obstétrico — Ventre globoso, paredes flácidas, feto em posição longitudinal, apresentação cefálica móvel, estando com batimentos irregulares, fracos e perdendo mecônio.

Pelvimetria — B. C. 24, B. T. 32,5, BAUDELLOCQUE 19, Losango MICHAËLIS normal. Promontório não atingível. Périneo com rotura do 3.º grau.

Contrações fortes e frequentes, grande ansiedade, tendo sido então feita uma empôla de morfina (0,01) e cafeína. O toque revelou dilatação completa, apresentação cefálica móvel.

Decidimos terminar o parto operatoricamente e quando estávamos nos preparativos, a parturiente deu um grito, caindo em torpor, com pulso acelerado e parada das contrações, fluindo pela vulva regular quantidade de sangue.

Suspeitámos uma rotura do útero e nos certificámos quando ao praticarmos novamente o toque, a cabeça que era móvel fugiu rapidamente ao contacto dos nossos dedos. Neste momento um auxiliar não consegue mais ouvir os batimentos cárdio-fetais. Com o diagnóstico de rotura do útero, em trabalho de parto foi incontinentemente preparada a *intervenção cirúrgica*.

Anestesia geral pelo éter, pelo Doutorando MOACIR GARCEZ.

Operador: Prof. MIGUEL ISAACSON. Assistente: Dr. VICTOR DO AMARAL FILHO.

Laparotomia mediana. Cavidade abdominal plena de coágulos e sangue rutilante. Feto morto, do sexo masculino, sôlto no meio das alças intestinais, assim como a placenta. Grande rotura do segmento inferior no lado esquerdo.

Histerectomia subtotal, com oóforo-salpingectomia bilateral. Drenagem ao MICKULICZ.

Seqüência operatória — O pós-operatório decorreu com muitos acidentes tendo-se usado sôro em abundância, 2 transfusões de sangue, cardiotônicos, enfim todo tratamento indicado para esses casos e a enferma obteve alta curada, em 6 de Dezembro de 1934.

Esta paciente até hoje goza relativa saúde, é esposa de antigo funcionário da nossa Faculdade de Medicina.

3.^a OBS. — E. C., 32 anos, brasileira, casada, doméstica, de côr branca, residente nesta cidade à rua Ivaí. Entrou para o Serviço às 3 horas de 9 de Abril de 1938.

Antecedentes de família — Pai morto, mãe viva e sadia, assim como irmãos.

Antecedentes pessoais de importância — Andou quando completou 1 ano. Moléstias peculiares à infância. A menarca apareceu aos 12 anos com intensa dor no baixo ventre e escassas. Eumenorréica. Cinco gestações normais que terminaram com partos, alguns trabalhosos, porém, espontâneos e com fetos vivos.

Teve dois abortos, que foram seguidos de curetagem.

Gravidez atual — Última menstruação em 25-29 de Junho de 1937. No início algumas náuseas que passaram sem tratamento, depois a evolução da prenhez foi normal.

Descrição do trabalho de parto — As dores tiveram início em sua residência, às 18 horas de 8 de Abril.

Havendo logo rotura das membranas dando saída a grande quantidade de líquido. O trabalho de parto prosseguiu com lentidão e muito doloroso, assistido por parteira, a qual aplicara 1 empôla de pituitrina, até que foi chamado o ilustrado colega Dr. JOÃO VIEIRA DE ALENCAR, às 2 horas, que constatou ao exame: ventre volumoso, dilatação completa, bolsa de águas rôta, contrações fortes, parturiente inquieta, cabeça alta, adaptada ao 1.^o plano de HODGE, em O. I. E. T., batimentos fetais irregulares, com saída de líquido esverdeado.

Este distinto colega, vendo a necessidade da terminação do parto operativamente, propôs o internamento no "Hospital Victor do Amaral", o que foi feito e gentilmente solicitou nosso auxílio.

Preparado o material necessário, foi a parturiente anestesiada pelo Balsofórmio, com o fim de ver se conseguiríamos boa pegada para o fórceps ou então tentaríamos uma versão, pois o útero ainda não estava de todo sêco, se bem que já fôsem passadas muitas horas da rotura das membranas. Para uma cesariana não achávamos oportuno, pois os toques praticados em sua casa, foram bastante suspeitos.

Feita a tentativa de aplicação de fórceps, esta não nos satisfiz, pois a cabeça ainda mais alta se tornava. Então, foi resolvida a versão e quando a mão era introduzida à procura do pé do feto, eis que constatámos com surpresa nossa, visto como não tínhamos executado manobras importantes e perigosas, justificativa de tal acidente, que o útero se rompera em grande extensão no segmento inferior, indo a mão ter contacto direto com as alças intestinais, havendo então perda de regular quantidade de sangue.

Passado esse instante de grande emoção, fomos escutar o feto, sendo esta negativa. Sem perda de tempo foi preparada a operação, por via alta, enquanto a mulher recebia sôro glicosado, 500 cc.

Intervenção — Anestesia leve pelo Balsofórmio.

Operadores: Prof. JOÃO VIEIRA DE ALENCAR e VICTOR DO AMARAL FILHO.
Laparotomia mediana infra-umbilical. Aberto o ventre vemos a cavidade inundada de sangue vivo. Feto envólto pelas alças intestinais. Retirada do feto e da placenta.

Pratica-se uma histerectomia subtotal com conservação do ovário direito. Ligadura dos grandes vasos e peritonização cuidadosa. Limpeza da cavidade e fechamento do ventre em três planos como costume, deixando-se um MICKULICZ, na parte inferior.

Feto do sexo feminino, com 4.200 gramas e 52 centímetros de comprimento. O período que se seguiu à operação foi mais ou menos normal, cercados dos cuidados de rotina e retirada completa do dreno aos dez dias.

Alta curada em 2 de Maio de 1938.

Por diversas vezes esta paciente nos consultou, queixando-se de dores no baixo ventre, até que em Maio do ano passado fizemos o diagnóstico de quisto do ovário direito. Em 19 do mesmo mês, sob anestesia raquidiana, em companhia do distinto colega Dr. CARMELIANO DE MIRANDA, praticamos uma ooforectomia direita e apendicectomia, encontrando leves aderências intestinais com a parede, que foram desfeitas.

Alta curada em 29 de Maio.

4.^a OBS. — L. R. P., 22 anos, branca, brasileira, casada, prendas domésticas, residente à rua Nunes Machado, nesta Capital.

Entrou para o Serviço em 5 de Maio de 1943, às 9 horas, dizendo estar em trabalho de parto há quase 48 horas.

Antecedentes de família — Sem importância para o caso.

Dados da infância e puberdade — Moléstias próprias da infância. Menarca aos 13 anos, com fluxo abundante e sem cólicas. Menstruações subseqüentes tipo 27/5.

Primigesta e nulípara. Última regra em 10-8-42.

Exame físico — Mulher abatida, com olhos fundos, palidez. Estatura mediana. Taquisfigmia. Temperatura 36°. Ausência de varizes e edemas. Sangue vivo pela vulva.

Exame obstétrico — Ventre flácido, deixando-se palpar bem o feto, que era bastante móvel, encontrando-se um tumor na fossa ilíaca direita. Escuta negativa. Circunferência máxima 93.

Pelvimetria: B. E. 24; B. C. 26; B. T. 31; BAUDELLOCQUE 20.

Ao efetuarmos o toque, a cabeça era bastante móvel e rapidamente escapava ao contacto de nossos dedos. Examinando minuciosamente pudemos nos certificar que se tratava de um caso de rotura do segmento inferior.

A parteira que atendeu a mulher, negou terminantemente o emprêgo de ocitócico.

Diagnóstico — Gravidez a termo; rotura do útero em trabalho de parto. Mau estado geral. Feto morto.

Intervenção — O estado da parturiente agravava-se rapidamente; preparo indispensável e rápido para tais casos; na presença dos alunos do 6.º ano médico pratico a intervenção.

Anestesia levíssima pelo éter.

Operadores: Drs. VICTOR DO AMARAL FILHO e CELSO VALERIO.

Ao abrirmos o ventre, encontrámos a cavidade abdominal inundada de sangue e o feto como que nadando no meio das alças intestinais e o segmento inferior do útero rasgado.

Com a maior presteza possível praticamos uma histerectomia subtotal, com conservação dos ovários.

Quando íamos proceder o fechamento do ventre, infelizmente, a parturiente veio a falecer.

Conclusões

1.º) No "Hospital Victor do Amaral", de Curitiba, de 1930 até 1943, em 3.084 partos, tivemos 4 casos de rotura de útero em trabalho de parto, dando portanto uma proporção de 1 para 771 partos.

2.º) Nossos casos foram todos tratados pela histerectomia abdominal, parecendo-nos ser a intervenção que se deve praticar, mesmo em pessoas moças, pois os resultados são melhores.

3.º) Nossos casos tiveram 50 % de êxito.

4.º) Não observámos sobrevida fetal.

5.º) Nenhuma das nossas observadas era portadora de cicatrizes antigas.

6.º) O extrato hipofisário, cuja administração é muitas vezes útil, deverá ser usado com cautela, bem pesadas suas indicações, pois o seu mau emprêgo poderá causar acidentes graves.

Obras consultadas

ALFREDO BECK — Clínica Obstétrica. BENEDITO TOLOSA — Considerações sobre 32 casos de rotura do útero — "Rev. de Ginec. e d'Obst.", Jan. 1933. BRINDEAU — La pratique de l'art des Accouchements — Vol. III. CARLOS PORTELLY COSTA — O abuso do ocitócico; suas conseqüências — "Anais do 1.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia", III Vol. CELINA ABREU DE AQUINO — Rotura uterina abandonada no 8.º mês de gestação, com escapeamento do feto para cavidade abdominal onde permaneceu 9 meses. — "Rev. de Ginec. e d'Obst.", 1940. DE LEE — Principles and practice of obstetrics. DÖDERLEIN — Tratado de Obstetrícia — Vol. II. DOMINGOS F. MACHADO — Considerações acêrea das roturas do útero — "Rev. de Ginec. e d'Obst.", 1939. G. CARTOUX — Notes sur les ruptures uterines observées a la Maternité de Hanoi de 1930 a 1934 — "Gynécologie et Obstétrique", Vol. 33. HERMINIO FERREIRA PINTO — Um caso de rotura do útero — "Rev. de Ginec. e d'Obst.", 1931. JOÃO PEREIRA CAMARGO — Manobras e operações obstétricas. Idem — Rotura do útero anômalo — "Rev. de Obst. e Ginec. de São Paulo". JULIO BAZAN e FRANCISCO IMAZ — Experiencia en el tratamiento de la rutura uterina — "Bol. Soc. Obst. y Ginec. de B. Aires" (resumo dos "An. Bras. de Gin.", Vol. I, pág. 249). MANUEL LUIS PEREZ — Tratado de Obstetrícia — Vol. II, 4.ª edição. OCTAVIO DE SOUZA — Clínica Obstétrica — 1945. RECASENS — Tratado de Obstetrícia. "Rev. Obst. y Ginec. Latino-Americanas (2 números). VICTOR CRASS — Rutura uterina en trabajo de parto acelerado por ocitócico — "Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec." (resumo dos "An. Bras. de Gin.", Vol. IX, pág. 300).

À propos des ruptures de l'utérus pendant le travail

Résumé

L'A. présente 4 cas de rupture utérine dans un total de 3.084 accouchements.

Il étudie les aspects principaux de cet accident obstétrical, les symptômes, le diagnostic et le traitement.

Des ses cas un premier fut causé par l'injection de 5 ampoules de pituitrine, le fœtus est mort; la mère est décédée par péritonite post-opératoire. Dans un deuxième cas il y eut aussi une injection de pituitrine pendant le travail. Fœtus mort, mère sauvée. Dans les deux cas restants la rupture a été spontanée.

Rupture of the uterus during labor

Summary

The author reports one cases of rupture of the uterus occurred in a series of 3.084 deliveries.

Symptoms diagnosis and treatment are fully discussed. Clinical data concerning these four cases is offered: in the first one, the rupture resulted from 5 injections of pituitrin by a midwife; dead fetus, the mother dying with peritonitis postoperatively. In the second case a pituitrin injection was also used during labor; dead fetus, mother alive. In the last two cases spontaneous rupture occurred, the mother dying in one.

All cases were treated by abdominal hysterectomy, and in no one the fetus survived.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>O médico, a transfusão de sangue, o fator Rh e a eritroblastose fetal —</i> PIERE, R. J. e SCHWARTZ, R. C.	475
<i>Adenocarcinoma de células claras (hipernefróide) do ovário —</i> SAPHIR, O. e LACKNER, J. E.	476
<i>Sulfonamidoterapia da gonorréia. Resultados em 555 mulheres mantidas em um Centro de Tratamento de doenças venéreas. —</i> THOMAS, R. B. GRAHAM, W. E. e CANNEFAX, G. E.	476
<i>Um estudo de "fracassos da penicilina" —</i> BLOOMFIELD, A. L., KIRBY, W. M. M. e ARMSTRONG, C. D.	477
<i>O uso das sulfonamidas nas pielonefrites gravídicas —</i> CRABTREE, E. G.	478
<i>Fibromas e tumores de células da teca do ovário: comunicação sobre 78 casos com referência especial à produção de ascite e hidrotórax (Síndrome de Meigs). —</i> RUBIN, I. C., NOVAK, J. e SQUIRE, J. J.	479
<i>Análise comparativa das drogas na anestesia caudal contínua —</i> SYDNEY McCLEELAN, G. e WILLIAMS, E. L.	480
<i>Infarto placentário como critério diagnóstico da toxemia materna —</i> HILL, J. H. e TRIMBLE, W. K.	481
<i>A aplicação da versão de Braxton Hicks na obstetria moderna —</i> REID, D. E. e AABERG, M. E.	481
<i>Modificações cíclicas ováricas na mucosa vaginal artificial —</i> AYRE, J. E.	482
<i>Linfogranuloma venéreo na gravidez —</i> FINN, W. F.	483
<i>Relação de trinta causas de hemorragias benignas da menopausa —</i> REICH, W. J., H. BUTTON e M. J. NECHTOW	484
<i>Parto rápido e analgésico —</i> ZECENA, A. e RECINOS, A.	485
<i>O futuro das eclâmpticas —</i> QUIRNO, N., NOLTING, D. E. e ALTHABE, O.	485
<i>Parto médico —</i> MORASSI, A.	486
<i>Cistossarcoma filóide da mama —</i> FOX, E. A., CASTELLANO, O. e GIMENEZ, G.	486

	Págs.
<i>Tratamento das tromboflebitas dos membros inferiores mediante o bloqueio do simpático lombar</i> — BENEVENIA, M. H.	486
<i>Indicações da histerectomia no estado grávido-puerperal</i> — BAZAN, J., DUBROVSKY, R. e DE PASI, O. B.	487
<i>Desprendimento normo-placentário provocado por um traumatismo</i> — BAZAN, J. e DUBROVSKY, R.	487
<i>Diagnóstico clínico da anencefalia antes do parto</i> — SALA, S. L. e DIRADOURIAN, J.	488
<i>O problema do aborto voluntário na república oriental do Uruguai</i> — TURRENNE, A.	489
<i>Oclusão intestinal em uma operação recente de Doléris</i> — RODRIGUEZ LOPEZ, M.	490
<i>Sobre gravidez imaginária</i> — AGUERRE, J. A.	490
<i>Mieloses totais aplásticas e hipoplásticas na gravidez</i> — DIAZ, J. e TRIVELLI, O.	490
<i>Prolapso genital e câncer</i> — RIESCO, A. e DURAN, A.	491
<i>Importância do fator Rh na transfusão sanguínea em obstetria</i> — FIGUEROA, F. e PAREDES, L.	491
<i>Câncer da mama</i> — PUENTE DUANY, N. e col.	492

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

Novas experiências em animais são necessárias para estabelecer as condições mais favoráveis para a ocorrência da síndrome de MEIGS. As experiências com o líquido encontrado em casos de síndrome de MEIGS parecem ser promissoras.

As vias anatômicas pelas quais o líquido é transferido da cavidade peritoneal para a pleural são descritas. As conexões entre essas duas cavidades podem estar bloqueadas por células, restos celulares ou alterações inflamatórias crônicas do peritônio ou da pleura.

A maior incidência de efusões pleurais do lado direito pode ser explicada por condições anatômicas e fisiológicas, isto é, melhor desenvolvimento dos canais linfáticos diafragmáticos, a posição mais elevada da cúpula diafragmática e a ação de bomba do diafragma mais intensa do lado direito.

Um hidrotórax pode se formar mais facilmente não somente quando o líquido ascítico é pobre em colóides, e, portanto, pode facilmente atravessar o diafragma mas também se a absorção e deportação do líquido não é demasiado rápida na pleura para impedir seu acúmulo. — A. A. S.

Análise comparativa das drogas na anestesia caudal contínua

(Comparative analysis of drugs in continuous caudal analgesia)

— SYDNEY McCLEELAN, G. e WILLIAMS, EDWIN L. —
(*Am. J. Obst. and Gynec.*, Nov. 1944, Vol. 48, N.º 5, pág. 617).

Estudando as substâncias geralmente empregadas na anestesia caudal contínua, os A.A. referem a Meticaína em solução salina a 1,5 % e a Pontocaína em solução salina a 0,25 % associada à epinefrina em solução de 1:200,000.

A duração do efeito analgésico é indubitavelmente o ponto de grande interesse. A duração obtida com o uso de Meticaína (20-30 cc.) foi de trinta a quarenta e cinco minutos. Com a Pontocaína à 0,25 % em igual quantidade, a analgesia foi de quarenta e cinco a sessenta minutos. Usando a Pontocaína a 0,1 % associada à epinefrina o efeito foi mais duradouro prolongando-se por uma hora e meia.

Nos 100 casos separados pelos A.A. três pacientes eram portadoras de tuberculose pulmonar, três com pré-eclampsia grave, uma eclâmptica e uma com carcinoma do seio e metástases pélvicas.

Nas conclusões os A.A. referem-se às vantagens do emprêgo da analgesia caudal contínua em obstetrícia e cirurgia da pelve. Não referem inconvenientes para a respiração fetal. — A. O. S.

Infarto placentário como critério diagnóstico da toxemia materna (*Placental infarction as a diagnostic criterion of maternal toxemia*) — HILL, JACK H. e TRIMBLE, W. K. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Nov. 1944, Vol. 48, N.º 5, pág. 622).

Os A.A. estudam no seu interessante trabalho, as relações entre os estados toxêmicos da gravidez e os achados placentares.

SIDDAL e HARTMAN, em 1926, descreveram quatro tipos de infartos encontrados em 67,7 % das 700 placentas que constituíram o seu material de estudo.

BARTHOLOMEW e KRACKE, em 1932, referiram que na eclampsia existe uma área de infarto placentar. Novos trabalhos foram por esses autores dados a conhecer em 1936, sendo que em 1938 BARTHOLOMEW afirma que: "a toxemia da prenhez é associada a tipos definidos de infartos agudos da placenta. Examinando placentas provenientes de material desconhecido, é possível diagnosticar-se a pré-eclampsia, a eclampsia e o "abruptio placentae", em 90 % dos casos".

Os casos estudados pelos A.A., foram feitos em 42 placentas de casos de toxemia gravídica, tendo o diagnóstico sido feito corretamente em 8 casos (19 %). Em sete casos o diagnóstico poderia ser discutido e os 64 % restantes não apresentam sinais característicos. Nos estudos efetuados em 598 placentas de gravidez normal, em 13 (2 %) verificou-se a presença de infartos que permitiriam o diagnóstico errado de um estado toxêmico.

Das cinco placentas diretamente provenientes de mulheres eclâmpicas, em três o diagnóstico foi duvidoso e as duas restantes passaram como normais.

E' portanto evidente que não se pode fazer o diagnóstico da toxemia baseado nos achados dos infartos placentares. — A. O. S.

A aplicação da versão de Braxton Hicks na obstetrícia moderna (*The application of the Braxton Hicks version in modern obstetrics*) — REID, DUNCAN E. e AABERG, MONRAD E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Nov. 1944, Vol. 48, N.º 5, pág. 630).

Recordando o uso da versão de BRAXTON HICKS desde quando aconselhada pelo seu autor em publicação feita em 1864, os A.A. dão a conhecer os resultados por eles obtidos no Boston Lying-in Hospital durante o período compreendido entre 1930 e 1942.

As principais indicações foram constituídas por casos de hemorragias anti-parto (placenta prévia e descolamento placentar), toxemias gravídicas, viabilidade fetal, etc.

A mortalidade materna atingiu a 1,8 %, e a morbidade a 20 %.

A mortalidade fetal foi de 78,9 % em 57 crianças viáveis.

Os A.A. recomendam a versão bipolar de BRAXTON HICKS em pacientes com: placenta baixa (marginal e parcial), quando o feto é viável; nas toxemias gravídicas: a) pré-eclampsia grave mesmo quando o feto não é viável; b) na eclampsia (atendendo às condições fetais — salvo quando há desproporção); situação transversa, principalmente nas múltiparas que já tenham tido fetos vivos; e no poli-drâmnio com monstruosidades fetais. — *A. O. S.*

Modificações cíclicas ováricas na mucosa vaginal artificial

(*Cyclic ovarian changes in artificial vaginal mucosa*) — AYRE, J. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.* Nov. 1944, Vol. 48, N.º 5, pág. 690).

Este caso demonstra a existência de modificações cíclicas na mucosa de uma vagina produzida artificialmente, em uma jovem que apresentava ausência congênita de útero, vagina e hímen. Estas modificações foram encontradas examinando as células descamadas pelo método de estudo do esfregaço vaginal. Esta membrana artificial foi levada da mucosa vulvar para cima. Os esfregaços vaginais feitos diariamente durante um período de dois meses revelaram as variações normais na morfologia das células epiteliais escamosas encontradas na fase folicular (regenerativa) e na fase luteínica (secretora), sendo possível avaliar aproximadamente quando ocorre a ovulação, e quando deve ocorrer a menstruação. Mostram, além disso, uma flutuação normal na contagem das células córneas, de semana para semana, representando a curva de cornificação, a variação do nível de estrina que revela uma elevação e uma baixa cíclica durante um mês, que pareceu estar dentro dos limites normais.

A paciente, que contava 18 anos, relatava uma história de amenorréia primária. A inspeção revelava uma jovem atraente, com caracteres sexuais aparentemente normais. O exame ginecológico mostrou uretra e lábios normalmente desenvolvidos, sem qualquer traço de vagina ou hímen. Ao exame retal, nem o útero, nem outros órgãos pélvicos eram palpáveis. Um exame mais minucioso revelou desenvolvimento físico normal sob todos os outros aspectos. Os seios eram ligeiramente menores do que a média e os pêlos pubianos não eram profusos, assemelhando-se ao quadro de uma jovem que chega à puberdade.

A paciente foi hospitalizada e, sob anestesia, foi feita uma abertura entre a bexiga e o reto, para permitir a passagem de um dedo. Não foi tentada maior penetração nessa ocasião em virtude da delgadez extrema da membrana entre o reto e a bexiga. A nova passagem estava desprovida de qualquer fôrro epitelial, e a fim de mantê-la aberta um molde de cera (cera dental) foi inserido, lubrificado com pasta de sulfatiazol. Foi dada alta à paciente dentro de alguns

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Parto rápido e analgésico (*Parto breve y analgésico*) — ZECESNA, A. e RECINOS, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1944, Vol. II, pág. 839).

Depois de fazer uma revisão dos diversos métodos propostos para obter a analgesia no momento do parto, os A.A. ocupam-se da anestesia epidural. Para evitar a detenção do parto no período final, com a consequente aplicação de fórceps (70 % na experiência de HINGSON e EDWARDS), utilizam um preparado ocitócico ("Timofisina", "Pituitrina"), que acelera a dilatação e estimula a terminação rápida do parto.

Injetam os A.A. 40 cm.³ de solução de novocaína a 1 % no espaço epidural e depois de 10 a 15 minutos principiam a injetar, segundo o caso, 2 a 3 U. de Pituitrina subcutânea com os mesmos intervalos. Podem-se também diluir — para facilitar seu emprêgo — uma empôla deste preparado em 9 cm.³ de sôro fisiológico.

Referem os A.A. os acidentes que podem sobrevir e as contra-indicações do método utilizado. Chegou a 60 o total das parturientes assistidas — as que experimentaram alívio de suas dores — sem ter que lamentar acidentes maternos nem fetais e sem observar um só caso de asfixia branca. — C. A.

O futuro das eclâmpticas (*El porvenir de las eclampticas*) — QUIRNO, N., NOLTING, D. E. e ALTHABE, O. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1944, Vol. II, pág. 860).

Quiseram os A.A. seguir a evolução ulterior das eclâmpticas que foram atendidas no Instituto de Maternidade da Sociedade de Beneficência da Capital, mas sobre 220 doentes citadas, apresentaram-se sômente 19, que foram submetidas a um estudo clínico completo. A função renal se mostrou, na atualidade, normal em todas. O exame ocular não revelou anormalidade, exceto em uma doente que apresentava leves sinais de esclerose vascular. No que se refere à tensão arterial, não acharam relação com a hipertensão produzida no momento da gestação, ainda que em 11,7 % desenvolveu-se uma hipertensão crônica, pois é de pior prognóstico para o futuro uma pré-eclampsia leve de larga duração, que uma pré-eclampsia grave ou uma eclampsia.

Os A.A. concluem admitindo que o tempo de duração da gestose é o fator que mais influência tem sobre a evolução ulterior no sentido de uma hipertensão crônica. — C. A.

Parto médico (*Parto médico*) — MORASSI, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1944, Vol. II, pág. 867).

O A., depois de analisar os resultados obtidos com a técnica do parto médico de KREIS no que se refere ao encurtamento do trabalho de parto, ocupa-se da “não sistematização” de dita técnica, que foi preconizada pela Escola de Estrasburgo, dirigida pelo citado autor, e se declara partidário da Escola Argentina encabeçada por A. PERALTA RAMOS, que tem indicações muito precisas para o Parto Médico, reduzindo-as às disfunções da dinâmica uterina que prolongam a duração do trabalho, repercutindo sobre a mãe e o feto ao ponto de produzir transtornos sérios que obrigam à terminação do parto por meios obstétricos ou cirúrgicos. — C. A.

Cistossarcoma filóide da mama (*Cistosarcoma phylloides de la mama*) — FOX, E. A., CASTELLANO, O. e GIMENEZ, G. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1944, Vol. II, pág. 885):

Os A.A. relatam duas observações de cistossarcoma filóide (pelo modo de expansão; foliácea) da mama. Trata-se de uma neoplasia de natureza conjuntiva desenvolvida num fibroadenoma pré-existente; que tem pouca tendência a invadir a pele e o músculo. Apresenta a particularidade de poder simular um aspecto maligno, de não retrair nunca o mamilo nem produzir metástases nos gânglios, observando-se geralmente em mulheres jovens (uma das doentes tinha 15 anos). Sua evolução é em geral benigna, bastando a simples extirpação do tumor para obter a cura da doente, ainda que em uma delas o exame histopatológico faz prever evolução maligna. — C. A.

Tratamento das tromboflebitides dos membros inferiores mediante o bloqueio do simpático lombar (*Tratamiento de las tromboflebitis de los miembros inferiores mediante el bloqueo del simpático lumbar*) — BENEVENIA, M. H. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1944, Vol. II, pág. 894).

O A. tratou 8 casos de tromboflebite dos membros inferiores por meio do bloqueio do simpático lombar com solução de novocaína a 1 %, obtendo resultados satisfatórios. Emite considerações sobre o mecanismo de ação do dito bloqueio e discute a técnica empregada.

Os resultados se referem à precipitação da cura e ao menor número de complicações pós-flebíticas. — C. A.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Libero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Junho de 1945

Vol. 19 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS	Págs.
<i>Arsenoterapia maciça e arsenoterapia intensiva e seus efeitos sobre a gestante sífilítica e o recém-nascido</i> — PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA e DRA. SARITA RABIN	493
<i>Procidência do reto no adulto (Da Retossigmoidectomia na)</i> — DR. SYLVIO D'AVILA	504
EDITORIAL	
<i>Aspectos neuro-fisiológicos do ciclo menstrual</i>	533
NOTAS E COMENTÁRIOS	
† Fco. Arnaldo Augusto de Moraes	537
† Prof. Dr. William Latzko	539
Professor Alberto Peralta Ramos	539
<i>Jornadas Chilenas de Obstetrícia e Ginecologia</i>	540
<i>Curso de Aperfeiçoamento Obstétrico-Ginecológico no "Instituto de Maternidad y Asistencia Social del Hospital Torcuato de Alvear" (Buenos Aires)</i>	540
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Tricomoniosis vaginal</i> — MANUEL L. PEREZ e OSCAR BLANCHARD	541
<i>La Dirección General de Higiene de la Provincia de Buenos Aires</i> — DR. JUAN LEON	543
<i>Revista Española de Obstetrícia y Ginecologia</i>	543
<i>Estudos sobre a anemia produzida em cães por benzoato de estradiol</i> — W. O. CRUZ R. PIMENTA DE MELLO e E. M. DA SILVA	544
<i>Memórias do Instituto Oswaldo Cruz</i>	544
ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA	
<i>Ata da vigésima-sexta sessão ordinária</i>	545
<i>Ata da vigésima-sétima sessão ordinária</i>	546
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA	
Secção de Obstetrícia e Ginecologia	
<i>Relatório apresentado pelo Dr. Pedro Ayres Netto ao transmitir a presidência da Secção de Obstetrícia e Ginecologia, em 29 de Janeiro de 1945.</i>	548
<i>Discurso do Dr. Pedro Ayres Netto</i>	552
RESUMOS	
(Ver índice próprio).	

Sintest

HORMONIO TESTICULAR



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>Tumores masculinizantes primitivos do ovário</i> —BURKET, J. A. e ABELL, I.	555
<i>Valor do exame pélvico periódico no contróle do câncer do útero</i> — MAC-FARLANE, C., STURGIS, M. C. e TETTERMAN, F. S.	556
<i>Avaliação da irradiação no tratamento do câncer do corpo uterino</i> — CORSCADEN, J. A.	556
<i>A relação dos tumores de células da granulosa do ovário com o carcinoma do endométrio</i> — INGRAHAM, C. B., BLACK, W. C. e RUTLEDGE, E. K.	557
<i>As alterações histológicas mínimas nas biópsias para justificar um diagnóstico de câncer cervical</i> — TE LINDE, R. W. e GALVIN, G.	558
<i>Patologia dos tumores malignos da cervix coincidindo com a gravidez</i> — MAINO, C. B., BRODERS, A. C. e MUSSEY, R.	560
<i>Óbitos em ginecologia</i> — MILLER, H. E.	561
<i>Análise de 101 casos fatais de prenhez ectópica</i> — WILLIAMS, P. F. e CORBIT, J.	562
<i>Pentotal sódico na anestesia obstétrica</i> — HELLMAN, L. M., SHETTLES, L. B., MANAHAN, C. P. e EASTMAN, N. J.	563
<i>Gonadotrofinas e o problema dos anti-hormônios</i> — LEATHEM, J. H.	564
<i>Um tratamento novo dos ovários microcísticos pelo emprêgo de dietilestilbestrol</i> — KARNAKY, K. J.	564
<i>Descrição de um caso de osteomielite do sacro, complicado por gravidez</i> — SEABERG, S. P.	565
<i>Profilaxia e tratamento de mamilas fissuradas no pós-parto, por meio de aplicações locais de pomadas com vitaminas A e D</i> — BROUGHER, J. C.	566
<i>Relatório cirúrgico sobre Ginecologia em 1943</i> — COUNSELLER, V. S., MASSON, J. C., WAUGH, J. M. e FERRIS, D. O.	566
<i>Tumores calcáreos intra-abdominais</i> — ST. LOUP, B., E.	569
<i>Quisto do ovário com pedículo torcido em uma grávida de 5 meses</i> — LEON, J., LEON, C. T. e RICCI, F.	569
<i>Ação combinada da acetilcolina e hipofisina sobre o útero isolado</i> — BALAGUER, M.	570

	Págs.
<i>Retura espontânea de um dos corpos uterinos numa malformação pseudo-didelfa</i> — GINLIANO, A.	571
<i>Coréia e gravidez</i> — GOSENDE, J. C. e SANDINO, R. O.	572
<i>A barreira epitelial argentófila de Polak na vagina da mulher durante o ciclo genital normal</i> — SALERNO, E. V.	572
<i>A pretensa diferença defensiva do peritônio nos diversos setores do abdômen</i> — STAJANO, C.	573
<i>Possibilidades da cirurgia conservadora em ginecologia</i> — LOUP G., E. ..	574
<i>Sífilis do colo uterino</i> — MALAMUD, S. e LEDE, R. E.	575
<i>Falsa mama supranumerária</i> — RADICE, J. C. e CATALANO, F. E.	575
<i>Biópsia por via endocanalicular nos processos patológicos da glândula mamária</i> — LEBORGNE, R.	575
<i>Mioma e modificações estrogênicas</i> — ALVAREZ, H.	576
<i>Perfuração uterina por manobras abortivas</i> — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B.	576
<i>Perfuração uterina por manobras abortivas</i> — RODRIGUEZ LOPEZ, M. ..	577
<i>Câncer da mama na mulher e foliculina</i> — LOUBEJAC, A. M.	577
<i>A anestesia na cesariana</i> — RABAGO, J.	578
<i>Tuberculose e gravidez</i> — GOMEZ PIMENTA, J. L.	578
<i>Esterilidade. Estado atual de seu estudo, meios de diagnóstico e tratamento.</i> — GUERRERO, C. D.	578
<i>Fibroma uterino complicando a gestação</i> — BON, E. Y.	580
<i>A colibacilose gravídica</i> — BAZUL, V. M.	580

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer mo-
mento sempre por um dos médicos.

30 % das pacientes eram nulíparas, 16 % primíparas e 23 % secundíparas.

Relativamente à amenorréia, referem os A.A. o fato de que nem sempre ela estava presente. A perda sanguínea e a dor foram incluídas entre os sintomas iniciais. Quanto ao diagnóstico, a história clínica foi suficientemente típica em 13 casos, em 12 pelos sintomas pélvicos e em 19 com o auxílio de ambos, isto é, dos sintomas pélvicos e da história clínica.

Em 72 % dos casos, a hospitalização se fez dentro das primeiras 24 horas.

Quanto ao tempo da morte, três mulheres morreram durante a operação, e 19 nas primeiras 24 horas após o ato cirúrgico, todas de choque ou de hemorragia. Sete morreram no espaço compreendido entre 24 e 48 horas após, das quais três de choque e hemorragia, quatro de infecção peritoneal. Apenas uma transfusão foi feita neste grupo. Num caso houve associação de pneumonia e peritonite. Dezoito pacientes faleceram entre o 3.º, 4.º, 5.º e 6.º dias pós-operatório, sendo que sete por hemorragia, sete por infecção e quatro pelos seguintes motivos: reação pela transfusão sanguínea, hemiplegia esquerda, necrose córtico-renal, tireotoxicoses, e colapso cardíaco numa paciente portadora de cardiopatia reumatismal.

No sétimo dia pós-operatório, morreram 18 doentes, sendo 12 por infecção, 2 por hemorragia secundária e quatro pelas seguintes complicações: uma lesão renal, e três embolias pulmonares ou infarto. Em duas destas o pós-operatório era apirético. — A. O. S.

Pentotal sódico na anestesia obstétrica (*Sodium Pentothal Anesthesia in Obstetrics*) — HELLMAN, L. M., SHETTLES, L. B., MANAHAN, C. P. e EASTMAN, N. J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1944, Vol. 48, N.º 6, pág. 841).

O problema da anestesia em obstetrícia continua constituindo motivo de interessantes estudos. No artigo em questão, os A.A. dão o relato das observações feitas com a anestesia pelo Pentotal sódico, num total de 1.415 partos no Johns Hopkins Hospital.

Para as experimentações foram usadas duas soluções, tituladas respectivamente a 2,5 % e 5 %, sendo que a última concentração deu sempre melhores resultados nas mãos dos A.A., tendo mesmo sido a mais empregada.

Para a aplicação do fórceps baixo, episiotomia e episiorrafia a concentração variou entre 0,75 e 1 grama (15-20 cc. de uma solução a 5 %). Durante o trabalho foram usados sedativos do tipo dos barbitúricos e paraldeídos. Nos casos em que tais sedativos não foram empregados, fez-se necessária maior dose de pentotal sódico.

Para os casos de operações cesarianas a concentração anestésica foi de 1,5 (30 cc. de uma solução a 5 %, que é a quantidade usualmente requerida para esta intervenção).

A ação anestésica se faz sentir imediatamente, e a paciente fica inconsciente entre 20 e 30 segundos após os primeiros centímetros cúbicos da solução, e a operação pode ser iniciada com um minuto.

O pós-operatório é habitualmente calmo. Os vômitos e enjôos são raros. Em 1.415 casos que serviram para o presente estudo, verificaram-se três casos de pneumonia.

A incidência de hemorragia pós-parto na presente série (600 cc.) foi de 2,8 %. — A. O. S.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Gonadotrofinas e o problema dos anti-hormônios (*Gonadotrophin and the Antihormone Problem*) — LEATHEM, J. H. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 52, N.º 12, pág. 491).

Ficou demonstrado que os ovários humanos reagem aos extratos de gonadotrofinas, observando-se porém a formação de anticorpos com o uso prolongado destes extratos. Estas antigonadotrofinas provavelmente são de natureza anti-protéica, pois extratos purificados, com pouca proteína, dão lugar à diminuição da produção de anti-hormônios. Estes não somente neutralizam a atividade dos hormônios injetados, porém podem dar lugar a manifestações alérgicas graves. No preparado "synapoidin" há uma combinação de gonadotrofina coriônica humana que não forma antígenos e extrato hipofisário de carneiros.

O A. examinou várias pacientes tratadas com este preparado, durante vários meses, controlando a urina, sangue, metabolismo basal, biópsia do endométrio e testes cutâneos. O sangue destas pacientes foi controlado antes do tratamento hormonal, para verificar a ausência de antigonadotrofinas. Não foram encontrados anti-gonadotrofinas durante ou depois do tratamento, nem observadas reações alérgicas. — J. P. R.

Um tratamento novo dos ovários microcísticos pelo emprego de dietilestilbestrol (*A New Treatment for Microcystic Ovaries by the Use of Diethylstilbestrol*) — KARNAKY, K. J. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 52, N.º 12, pág. 507).

Chamando a atenção para o fato que ainda hoje em dia muitos ovários chegam nas mãos do patologista com o diagnóstico de "ová-

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

A anestesia na cesariana (*La anestesia en la operación cesarea*)
— RABAGO, J. — (*Gaceta Médica de México*, Dez. 1944,
N.º 6, pág. 591).

Após estudo ligeiro sobre os vários métodos de anestesia geral, por diversas vias, e local, conclue o A. que, na operação cesariana, a anestesia de escolha é a raquidiana, aplicada com a técnica indicada e respeitando rigorosamente suas contra-indicações. A anestesia geral por inalação se usará nos casos em que a raquídea seja contra-indicada e o estado geral da paciente o permita. A anestesia geral por injeção intravenosa de barbitúricos põe em risco a vida do feto; a caudal está em estudo e não ainda isenta de riscos. A local é de perfeita inocuidade e deve ser empregada nos casos de insuficiências viscerais graves, anemia intensa, hipotensão, etc. Seria desejável, diz o A., que se generalizasse sua aplicação. — C. A.

Tuberculose e gravidez (*Tuberculosis y embarazo*) — GOMEZ
PIMENTA, J. L. — (*Gaceta Médica de México*, Dez. 1944,
N.º 6, pág. 618).

De um estudo sobre a concomitância de tuberculose e gravidez, conclue o A. não existirem provas de que esta agrave a marcha da tuberculose pulmonar. A gravidez não impede o tratamento adequado da tuberculose e sua evolução e os resultados desse tratamento são sensivelmente idênticos nas gestantes e nas não-grávidas.

Nas observações pessoais o A. não comprovou a transmissão da tuberculose da mãe ao feto.

Considera ilógico, perigoso ou quando menos inútil, o abôrto terapêutico nas tuberculosas.

Aconselha a investigação sistemática da tuberculose nas gestantes e seu tratamento em um serviço de doenças pulmonares sob a vigilância conjunta do obstetra e do tisiólogo. — C. A.

ANALECTA MEDICA (México)

Esterilidade. Estado atual de seu estudo, meios de diagnóstico e tratamento. (*Esterilidad. Estado actual de su estudio, medios de diagnóstico y tratamiento.*) — GUERRERO, C. D.
— (*Analecta Médica*, México, Out.-Dez. 1944, Ano V, N.º 4, páf. 1).

O A. faz um estudo cuidadoso da esterilidade, no homem e na mulher, recordando a etiologia, a semeiologia, os métodos laborato-

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciél Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém
Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Julho de 1945

Vol. 20 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Tuberculose da vulva e cervix (Contribuição à casuística nacional)</i> — DR. ANTONIO A. QUINET	1
<i>Em torno de 4 casos de carcinoma do colo restante do útero</i> —DRA. HILDEGARD STOLTZ	10
<i>Endometriose e endocervicose (Interpretação etiológica)</i> — DR. ALCIDES SENRA	16
<i>Três anos de chefia no Hospital Maternidade de Cascadura</i> — DR. CID FERREIRA JORGE	28
<i>Proteção à maternidade e infância</i> — DR. JOÃO AMORIM	35

EDITORIAL

<i>Febre pré-menstrual</i>	44
----------------------------------	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Professor José Bonifácio Medina (Sua nomeação por concurso para a Cátedra de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)</i>	49
<i>Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil</i>	51
<i>Conferências dos Profs. Arnaldo de Moraes e F. Victor Rodrigues em S. Paulo</i>	54
<i>A propósito do X aniversário dos "Anais Brasileiros de Ginecologia"</i> ..	55
<i>Jornadas Mineiro-Paulistas de Ginecologia</i>	56
<i>Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais</i>	57
<i>Centenário do nascimento de Roentgen</i>	57

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Polipos cervicais e afecções polipóides do colo do útero (Ensaio de classificação e tratamento)</i> — LICINIO H. DUTRA	58
<i>Clasificación Clínica de los Cánceres del Cuello Uterino (Escuelas de Montevideo 1917 y de Ginebrà 1937)</i> — M. BECERRO DE BENGÓA ..	59
<i>Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital</i> — ALBERTO PERALTA RAMOS (Diretor)	60

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da vigésima-oitava sessão ordinária</i>	62
<i>Ata da vigésima-nona sessão ordinária</i>	63

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Krinchepat

INJETAVEL

Hormônio Antianêmico, Puríssimo, do Fígado



LABORATÓRIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>A difusão do carcinoma uterino e ovárico com referência especial ao papel desempenhado pelas trompas de Falópio — LYNCH, R. C. e DOCKERTY, M. B.</i>	65
<i>O efeito da analgesia caudal contínua sobre a motilidade uterina durante o trabalho de parto — FRAENKEL, D. S.</i>	66
<i>Tratamento da vulvovaginite gonocócica — COMPTON, B. C., BIEREN, R. E., JONES, E. G., INOLES Jr., B. H., KARDASH, T. e HUNDLEY Jr., J. M.</i>	67
<i>O reconhecimento e os cuidados a ter com as mulheres com predisposição para adenocarcinoma do útero — RANDALL, C. L.</i>	68
<i>Estudo dos vasos sanguíneos do útero por injeção — FAULKNER, R. L.</i>	69
<i>A relação entre o glicogênio e os problemas da esterilidade e da vida ovular — HUGHES, E. C.</i>	69
<i>Esvaziamento ganglionar pélvico no tratamento do câncer do colo — MORTON, D. G.</i>	71
<i>Gravidez e otosclerose — ALLEN, E. D.</i>	71
<i>Um regime terapêutico para a eclampsia — ARNELL, R. E.</i>	72
<i>Veias varicosas da pelve feminina — WELB, A. N.</i>	73
<i>Progressos recentes na ginecologia médica — RUTHERFORD, R. N.</i>	74
<i>Diabetes mellitus e gravidez — GASPAR, J. L.</i>	75
<i>Fases de cornificação vaginal durante a gravidez. Sua significação prognóstica. — HALL, G. J.</i>	75
<i>Absorção de pelotas de progesterona—GREENBLATT, R. B. e HAIR, L. Q.</i>	76
<i>O esfregão vaginal no diagnóstico do câncer uterino — FREEMONT-SMITH, M., GRAHAM, R. M., JANZEN, L. T. e MEIGS, J. V.</i>	77
<i>O fator Rh em abortos repetidos e partos prematuros — HUNT, A. B. ...</i>	78
<i>Histerectomia vaginal: Indicações e vantagens. — AVERETT, L.</i>	78

	Págs.
<i>Cesária extraperitoneal em distócias provocadas pelas partes moles da pelve e em mulheres infectadas</i> — GASTÉLUM, B. J.	79
<i>A roentgenterapia estimulante no tratamento da insuficiência ovariana</i> — SALABER, J. A., MOLINARI, J. L. e SARDI, J. L.	80
<i>Diante do ovo morto intacto e retido</i> — TURENNE, A.	80
<i>A assistência ao parto na Maternidade "Pedro A. Pardo"</i> — MARTINI, J. L. e PARDO, E. A.	81
<i>Cerriocpitelioma com metástase pulmonar curado por histerectomia</i> — ZEFERINO FILHO, A.	81
<i>Hermafroditismo e aumento da suprarrenal</i> —SCHNITMAN, S. e PESINO, R.	82
<i>Ação da foliculina sobre o diabete acromegálico</i> — ROCCA, F. F. e PEREZ, D.	83
<i>Incisões laparotômicas habituais em ginecologia e incisão justa-púbica transversal para a abordagem vesical</i> — POU ORFILA, J.	83
<i>Psicanálise em ginecologia</i> — ESCUDER, C. J.	84
<i>Reflexões sobre o tratamento operatório dos cânceres do seio</i> —DEMAREST	85
<i>Fibroma uterino e histerectomia</i> — SEGUY, J.	85
<i>Inserção baixa da placenta com acretismo parcial?</i> — VAUTRIN, G. e SANCHEZ ROJAS, E.	86

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer mo-
mento sempre por um dos médicos.

revelou por vezes a origem extra-uterina do tumor primário. Por outro lado, cêrca de 4 % dos carcinomas operaveis do fundo uterino acabavam por invadir o ovário ou ovários. Em ambas as circunstâncias a trompa de Falópio parecia atuar como hóspede intermediário para as células malignas. Sòmente em 1,4 % dos casos é que serviu duma maneira passiva como condutor, e só em 0,4 % foi a direção da corrente invertida, ou seja, do útero para o ovário.

Dum ponto de vista prático, portanto, parece haver pouco risco de se provocar a implantação ovárica ou abdominal ao fazer-se a raspagem dum útero que é séde duma lesão maligna, antes de se colocar o rádio. Sòmente em alguns casos se encontraram provas de terem sido implantadas células cancerosas na mucosa das trompas ao fazer-se a disseminação das lesões malignas do ovário ou do fundo do útero. *

O efeito da analgesia caudal contínua sobre a motilidade uterina durante o trabalho de parto (*The Effect of Continuous Caudal Analgesia upon Uterine Motility during Labor; a Study of Fifty Patients with the Lörand Tocograph*) — FRAENKEL, DONALD S. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Jan. 1945, Vol. 80, N.º 1, pág. 66).

O A. empregou um tocógrafo de LORAND para inscrever graficamente o trabalho de parto de 50 mulheres que estavam recebendo analgesia caudal contínua. O fator mais importante que determinava o efeito sobre a motilidade uterina era o nível que a analgesia atingia. Quando se mantinha o nível recomendado (entre o sexto e décimo segmentos torácicos), sòmente 20 % mostravam qualquer diminuição da motilidade uterina, e estas modificações eram mínimas. As outras parturientes não se mostravam afectadas. Quando se deixava subir o nível de analgesia acima do 4.º segmento torácico havia interrupção do trabalho do parto em 69 % das doentes. Quando em duas doentes se obteve um nível baixo de analgesia envolvendo sòmente os nervos sacros, notaram-se melhoras nítidas da fôrça e da frequência das contrações uterinas. Estas melhoras continuaram depois de se ter obtido a desapareição das dores. Quarenta e quatro por cento das doentes estudadas mostraram uma diminuição progressiva do tono uterino, que não parecia estar relacionado com o nível da analgesia. *

geral, executada com anestesia raquiiana, embora a anestesia retal pela avertina, a anestesia local e sedativos fossem empregados com êxito.

Esse método, diz o A., tem a vantagem de encurtar o período de convalescença. As indicações para a operação são tumores fibromatosos do útero, prolapso uterino, associado a prolapso das paredes vaginais, hiperplasia ou fibromatose uterina com metrorragia durante ou na proximidade da menopausa e extensas lacerações, ulcerações e infecções do colo uterino próximas ou na menopausa, tumores malignos do útero. A operação foi executada com êxito em 86 múltiparas e em 26 virgens. — C. A.

Cesária extraperitoneal em distócias provocadas pelas partes moles da pelve e em mulheres infectadas (*Cesarea extraperitoneal en distocias provocadas por las partes blandas de la pelvis y en mujeres infectadas*) — GASTÉLUM, B. J. — (*J. of the Int. Coll. of Surg.*, Jan.-Fev. 1945, Vol. VIII, N.º 1, pág. 85).

O A. salienta a importância que as partes moles da pelve tem na descida do feto, e como podem ser obstáculo equivalente, como assegura DÖDERLEIN, às distócias da pelve óssea, tornando o parto difícil e em certas ocasiões impossível.

Como nesses casos não tenha sido dada verdadeira importância a esses obstáculos das partes moles, acreditando-se que o parto possa se realizar, as parturientes sofrem frequentes explorações e manipulações vaginais até que a impossibilidade do trabalho compromete a vida da criança, do mesmo modo que a da mãe. Para esses casos de parturientes infectadas, com bolsa de águas róta e estando o feto em sofrimento, está indicada a cesária extraperitoneal, que deve ser praticada, diz o A., como toda cesária, quando as contrações uterinas ainda são potentes.

Por outra parte, continua o A., esta operação deveria estender-se a todos os casos em que a cesária esteja indicada. É uma intervenção mais difícil que a praticada através do peritônio, porém não obstante suas dificuldades, terá que impor-se como processo de eleição, em forma semelhante ao que ocorre com a nefrectomia por via lombar. A idéia de WATERS, aplicável a todos os casos, prevalece sobre todas as outras que inspiraram a cesária extraperitoneal. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 53
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Agosto de 1945

Vol. 20 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Aplasia parcial da vagina (Caso operado pela técnica de L. R. Warthon)</i> — DR. AFFONSO CABRAL JUNIOR	87
<i>Nossa experiência com a modificação de Frank e Berman ao teste de Aschheim e Zondek</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL	108
<i>Elitroccie</i> — DR. ADOLFO DUJOVICH	116

EDITORIAL

<i>As modalidades defensivas do peritônio</i>	140
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

† <i>Prof. Dr. Frank W. Lynch</i>	144
<i>Faculdade Nacional de Medicina (Posse do Prof. F. Bruno Lobo)</i> ..	145
<i>Jubilação do Professor Lascano</i>	147
<i>Cursos de Ginecologia para pós-graduados na Argentina</i>	148
<i>Conferência do Prof. Arnaldo Rascovsky no Ateneu da Clínica Ginecológica</i>	149

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Cirurgia Torácica</i> — DR. FERNANDO PAULINO	150
<i>Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre</i> — PROF. DR. RAUL MOREIRA (Diretor)	151
<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — DR. JULIO C. GARCIA OTERO (Diretor)	152

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Sintest

HORMONIO TESTICULAR



LABORATÓRIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>Endometriose da bexiga e do ureter</i> — O'CONNOR, V. J., M. D., F. A. C. S. e GREENHILL, J. P., M. D., F. A. C. S.	153
<i>Abôrto e vitaminas</i> — KING, W. E. e MONTGOMERY, M. D.	154
<i>Anomalias congênitas da região umbilical</i> — TRIMINGHAM, H. L., M. D. e MAC DONALD, J. R., M. D.	154
<i>A doença de Hodgkin na mama</i> — ADAIR, F. E., CRAVER, L. F. e HERRMANN, J. B.	155
<i>Gravidez e carcinoma do grosso intestino</i> — BANNER, E. A., HUNT, A. B. e DIXON, C. F.	155
<i>O tratamento do distúrbio pré-menstrual com especial consideração pelos andrógenos</i> — FREED, S. C.	156
<i>A influência do local da placentação na apresentação fetal</i> — TORPIN, R.	157
<i>Inseminação artificial como um meio de prevenir a eritroblastose</i>	157
<i>O valor dos esfregaços vaginais no diagnóstico de processos malignos incipientes</i> — JONES, C. A., NENSTAEDTER, T. e MACKENZIE, L. L.	158
<i>Gravidez cervical. Revisão parcial da literatura e comunicação de dois casos prováveis.</i> — STUDDIFORD, W. E.	159
<i>A função da contração uterina intermitente, no trabalho de parto.</i> — MURPHY, D. P.	160
<i>A prevenção do câncer cervical</i> — CASHMAN, B. Z.	160
<i>Metaplasia escamosa do colo uterino</i> — AUERBACH, S. H. e PUND, E. R.	161
<i>O tratamento rápido da sífilis primária durante a gravidez</i> — SPEISER, M. D., WEXLER, G., THOMAS, E. W. e ASHER, H. A.	162
<i>Infecção neisseriana na gravidez</i> — RICE, P. M.	163
<i>Adenocarcinoma do útero</i> — AYRE, J. E.	163
<i>Conceitos atuais de colpíte e irritação vulvar em lactentes e crianças</i> — SCHAUFFLER, G. C. e SCHAUFFLER, C.	164

	Página.
<i>O chamado "endometrioma interstitiale" — CARLE, D. W.</i>	165
<i>Rotura do útero durante o trabalho de parto — TOLLEFSON, D. G.</i>	165
<i>O ovário normal e hiper-ativo em relação à menstruação e à hiperplasia do endométrio — HARTMAN, C. G.</i>	166
<i>Fisiologia do choro do recém-nascido — ALDRICH, C. A.</i>	167
<i>Fístulas gênilo-urinárias — MACHADO, L. M.</i>	168
<i>Breve história da obstetrícia no México — QUIROS RODILES, A.</i>	169
<i>Eritroblastose fetal e fator Rh — ETCHEVERRY, M. A., GARZON, H. L. e PEREYRA, J. C.</i>	169
<i>Sarcoma de vagina em criança de 18 meses — BOLLA, I. M. D. e MARSICO, F. V.</i>	170
<i>Diferença sexual da cortiça suprarrenal — MARTIN PINTO, R.</i>	171
<i>Eritrossedimentação em ginecologia — ACHARD, A.</i>	171
<i>Apendicite sub-aguda e abôrto tubário com hemorragia peritoneal — POU DE SANTIAGO, A.</i>	172
<i>A alergia em ginecologia — AGUERRE, J. A.</i>	172
<i>Granuloma por pós de taloc. Inflamação hiperplásica proliferativa pós-operatória produzida por corpos estranhos irritantes. — BLANCO ACEVEDO, E. e MORADOR, J. L.</i>	173
<i>Diante do ovo morto intacto e retido — TURENNE, A.</i>	174
<i>Corioepitelioma ectópico da vagina três anos após a última gravidez — USANDIZAGA, M. e ALBA, C.</i>	175
<i>Um caso de provavel cura espontânea de um corioepitelioma — RECASENS MENDEZ QUEIPO DE LLANO, M.</i>	175
<i>O prognóstico do parto — BOSCH, J. M.</i>	176

Para o estudo dos casos apresenta no seu trabalho um quadro sinótico, referindo o que pôde encontrar na literatura a respeito, desde TARNIER, em 1887, até os trabalhos de DESTROTE, em 1940.

Destaca a idade da paciente, a duração da prenhez, a topografia, o tratamento, o resultado e a verificação anátomo-patológica.

Após o relato de dois casos prováveis, conclue o A. que a gravidez cervical é uma entidade rara, sendo que, em muitos casos, não é diagnosticada. Considerada a possibilidade de rotura do saco ovular, das hemorragias e mesmo da perfuração da parede cervical a intervenção cirúrgica se impõe antes do 5.º mês. A extração da placenta é habitualmente acompanhada de grande hemorragia. Quando nos primeiros meses da gestação, pequenas perdas sanguíneas acompanham a distensão do canal cervical. A possibilidade de rotura supra-vaginal da cervix é tratada pela cirurgia radical, havendo casos em que a conduta pode ser mais conservadora, tudo dependendo do grau da hemorragia e dos resultados obtidos para o seu contrôle. A transfusão sanguínea, sempre necessária, deve ser feita em quantidade elevada. — A. O. S.

A função da contração uterina intermitente, no trabalho de parto. (*The Role of the Intermittent Contractions of the Uterus in the Process of Labor*) — MURPHY, DOUGLAS P. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1945, Vol. 49, N.º 2, pág. 186).

Com observações feitas com o tocógrafo de LORAND, o A. dá a conhecer os resultados a que chegou. Ilustrando o trabalho com o desenho de gráficos obtidos, relata as suas conclusões dos 1.800 traçados.

Destaca com particular interêsse dois casos de ausência de contrações intermitentes, um associado com "abruptio placenta" e outro durante um trabalho de parto normal. — A. O. S.

A prevenção do câncer cervical (*The prevention of cancer of the cervix*) — CASHMAN, B. Z. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1945, Vol. 49, N.º 2, pág. 190).

A cervicite crônica parece ser um fator contribuinte no carcinoma cervical.

O câncer cervical é insidioso na sua instalação e dados os avançados graus em que hoje é visto, a prevenção da cervicite, a prevenção do câncer pelo tratamento adequado da cervicite existente, e o diagnóstico precoce pelo exame periódico de mulheres com mais de 25 anos de idade, oferecem a melhor solução para o problema.

Devido a idade da paciente, foi desaconselhada a cirurgia radical, sendo colocado radium intra-uterino (30 mgr. em 48 hs.) e enviada para fazer irradiação, o que a paciente não fez.

Vista 3 meses depois, apresentava-se clinicamente curada, menstruando normalmente.

O A. acredita na cura espontânea desta enferma, desde que, já passados 6 meses, não apresentou recidiva nem metástase. — C. A.

O prognóstico do parto (*El pronóstico del parto*) — BOSCH, J. M. — (*Rev. Española de Obst. y Gin.*, Fev. 1945, Tomo II, N.º 8, pág. 108).

Procurando estudar os fatores que condicionam o prognóstico do parto, separa-as o A. em: fatores maternos, ovulares e ambientes. Entre os partos analisa o estado médico atual da mulher, a disposição anímica para o parto, o grau de paridade, o estado das vias genitais e o comportamento das forças expulsivas. Entre os fatores ovulares, trata dos fetais e dos anexiais, nos seus vários aspectos. Entre os ambientais, considera o grau de alimentação a que esteve submetida a parturiente durante a gestação, principalmente no que concerne às vitaminas, a capacidade tocológica de quem assiste o parto e a vigilância prenatal. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felício dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Teratoma complicado (na infância) — DR. SYLLA O. MATTOS, DR. JOÃO FERREIRA e DR. DELFINO VIANA</i>	177
<i>Endometriose interna. Suas relações com o carcinoma do corpo do útero. — PROF. DR. JOSE' MEDINA</i>	189
<i>Útero didelfo com vagina dupla e hemi-hematocolpo lateral—DR. JOSE' PANTALEÃO</i>	198

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

<i>Abdômen agudo em Ginecologia — PROF. DR. AUGUSTO PAULINO</i>	203
---	-----

EDITORIAL

<i>A arte no ensino e desenvolvimento da medicina</i>	223
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Primeiras Jornadas Mineiro-Paulistas de Ginecologia e Obstetrícia (Belo Horizonte, 16 a 22 de Agosto de 1945)</i>	226
<i>9.º Congresso Francês de Ginecologia (Paris, 6, 7 e 8 de Out. de 1945)</i>	231
<i>Curso de Extensão Universitária de Físio-Patologia Sexual Feminina (Cátedra de Clínica Ginecológica — Professor catedrático Dr. Arnaldo de Moraes — 19 de Novembro a 15 de Dezembro de 1945)</i>	232

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Hiperplasia Basal do Endométrio, Endometriose Interna e Carcinoma do Corpo do Útero (Contribuição para seu estudo) — JOSE' BONIFÁCIO MEDINA</i>	234
<i>Lições de Clínica Cirúrgica — PROF. AUGUSTO PAULINO</i>	235
<i>El Ciclo sexual de la mujer — THERESE BENEDEK e BORIS B. RUBENSTEIN</i>	236

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da trigésima sessão ordinária</i>	238
<i>Ata da quarta sessão extraordinária</i>	239
<i>Ata da trigésima-primeira sessão ordinária</i>	239

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Krinchepat

INJETAVEL

Hormônio Antianêmico, Puríssimo, do Fígado



LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>O tratamento cirúrgico do prolapso do útero</i> — TE LINDE, R. W.	241
<i>A influência dos distúrbios ginecológicos sobre o aparelho urinário</i> — HUNDLEY, J. M. e DIEHL, W. K.	242
<i>Eritroblastose fetal</i> — DAVIDSOHN, I.	243
<i>Carcinoma do colo e gravidez</i> — KOBAK, A. J., FITZGERALD, J. E., FREDA, V. C. e RUDOLPH, L.	244
<i>Tratamento androgênico nas doenças malignas dos órgãos genitais femininos</i> — ABEL, S.	245
<i>A influência do estilbestrol sobre a lactação</i> — FIELDS, H.	245
<i>Hirsutismo durante a gravidez</i> — STODDARD, F. J.	246
<i>A histerossalpingografia como auxiliar do diagnóstico de certos tipos de rotura do útero</i> — SHEFFERY, J. B.	246
<i>Gravidez cervical</i> — FEARL, C. L.	247
<i>Algumas facilidades no tratamento de veias varicosas</i> — GOOEL, E. F. ...	247
<i>Tratamento das perturbações menstruais com a prolactina</i> — GOLDZIEHER, M. A.	249
<i>Câncer venéreo simples do colo. Apresentação de dois casos.</i> — DAY, L. A.	250
<i>A quimioterapia local preventiva em obstetria operatória</i>	251
<i>Método prático de coloração de esfregaços vaginais</i> — PINEDA, R.	251
<i>Algumas considerações sobre as mastopatias funcionais e sua relação com o ciclo do endométrio</i> — MARTINEZ ESTEVE, P.	252
<i>Os estudos de Roffo sobre o colesterol na gênese do câncer</i> — SADI FONSE, F.	252
<i>Neoplasma bilateral do seio</i> — ACARD, A.	254
<i>Profilaxia do câncer do colo uterino</i> — SCHAFFNER, E.	254
<i>Alterações da coluna vertebral consecutivas a processos inflamatórios abdominais</i> — BLANCO ACEVEDO, E. e MORADOR, J. L.	255

	Página
<i>Estado atual da titulação dos andrógenos por métodos colorimétricos</i> — MORATO MANARO, J.	256
<i>A punção aspiradora no diagnóstico das lesões tumorais da mama</i> — ALANIS, A. G.	257
<i>Importância do exame periódico das mamas e órgãos genitais das mulheres sãs para a descoberta dos cânceres iniciais</i> — PUENTE DUANY, N.	257
<i>Cardiopatias e gravidez</i> — GOVEA, J.	258
<i>A apresentação podálica na Maternidade "Concepción Palacios"</i> — ESCOBAR, R. A.	258
<i>Extração manual da placenta e dequitação hidráulica</i> — SISCO, R. D. e AGÜERO, O.	259
<i>O aborto tubo-abdominal na gravidez extra-uterina</i> — BRINDEAU, A. e LANTUEJOL, P.	260
<i>Cem situações oblíquas</i> — PEREZ O. LOZANA, J. L.	260
<i>Ligamentopexias fisiológicas</i> — CÓNILL, V.	261
<i>A ação cistógena das gonadotrofinas coriônicas foliculo-estimulantes sobre o ovário humano</i> — CLAVERO NUÑEZ, A.	262

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer mo-
mento sempre por um dos médicos.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo

E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.

End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58

1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

SUMÁRIO

EDITORIAL

O ensino e a prática da Ginecologia Págs. 265

TRABALHOS ORIGINAIS

Sobre algumas lesões vulvares — PROF. F. VICTOR RODRIGUES 271

Conceito atual do ciclo menstrual. Recentes aquisições endócrino-fisiológicas. — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES 283

Orientação cirúrgica na cura do prolapso genital — DR. ALDERICO FELICIO DOS SANTOS 295

Estudo comparativo entre aspectos colposcópicos e histológicos de lesões do colo uterino — DR. JOÃO PAULO RIEPER 300

Leucorréia e suas causas — DRA. CLARICE DO AMARAL 309

Tratamento da rotura completa do períneo — DR. ALKINDAR SOARES 318

Tumores malignos do aparelho genital feminino. 277 casos tratados durante um decênio na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina (Rio de Janeiro). — DRA. HILDEGARD STOLTZ... 327

NOTAS E COMENTARIOS

Homenagens ao Professor Arnaldo de Moraes. Decênio de sua posse na Cátedra de Clínica Ginecológica. 342

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Patologia do colo uterino — JOSE' MEDINA, A. WOLFF NETTO e JOSE' GALLUCI 355

Proceedings of the First American Congress on Obstetrics and Gynecology — FRED L. ADAIR 356

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Ata da trigésima-segunda sessão ordinária 358

Ata da trigésima-terceira sessão ordinária 359

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Sintest

HORMONIO TESTICULAR



LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
Importância da nutrição proteínica adequada na gravidez — WILLIAMS, P. P.	361
Deficiências proteínicas na gravidez — ARNELL, R. C., GOLDMAN, D. W. e BERTUCCI, F. J.	362
Histerectomia com conservação de tecido ovariano no tratamento da endometriose — CASHMAN, B. Z.	363
Complicações cirúrgicas durante a gravidez e o trabalho de parto — SCOTT, W. A.	364
Rotura do útero — LYNCH, F. J.	365
O mecanismo de defesa uterina contra infecções — GOODALL, J. R.	366
A operação de Wertheim no carcinoma cervical — MEIGS, J. V.	367
Uma análise crítica de vinte e dois anos de experiência com a cesariana — JOHNSTON, R. A.	368
Penicilina no tratamento das infecções — KEEFER, C. S.	369
O sal sódico da penicilina no tratamento da gonorréia feminina supostamente sulfanilamido-resistente — HORN, P. e COWPER, H. H.	369
Uma análise do pouco comum anticorpo Rh — HOWARD, S., McIVOR, B. C. e LUCIA, S. P.	370
Endometriose e adenomiose — JIN, J. C.	371
Eclampsia durante a gravidez ou no trabalho de parto — SADOWSKY, A.	372
Precocidade sexual em menina — KARNAKY, J. J.	373
Como se apresenta hoje o problema do câncer — REIMANN, S.	375
Vitamina E e galactogênese — BOTTIROLI, E.	376
Endometriose tubária. Endossalpingiose — GORI, R. M.	376
A propósito do método de Aburel — LAVARELLO, G. A.	377
Geração e energia radiante — RICCI, G.	378
Determinação quantitativa da viabilidade espermática — MURRAY, E. G.	379
Considerações gerais sobre eugênia — RAMIREZ BRAVO, C.	379
A histerectomia como tratamento dos prolapso genitais completos — HELGUERA FERNÁNDEZ, J.	380

	Página
<i>Influência do sistema nervoso sobre a função hipofisária</i> — HOUSSAY, B. A.	380
<i>Mortalidade feto-infantil na Argentina</i> — LÉON, J. e LEDESMA, D. A.	381
<i>A última modificação à operação de Coffey</i> — REBAUDI, L.	382
<i>Considerações sobre dois casos de malformações congênitas dos órgãos genitais femininos</i> — PUNTEL, A. A. e GARIBALDI, D. D.	383
<i>Cistoccele congênito e parto</i> — OBIGLIO, J. R.	383
<i>Mioma e gravidez</i> — LÓPEZ MONTI, R.	383
<i>Considerações etiológicas e terapêuticas diante do problema do prurido vulvar</i> — ACHARD, A.	384
<i>Expulsão espontânea de um tumor uterino intraparietal durante o puerpério</i> RODRIGUEZ XIMENO, M.	385
<i>Patologia da prenhez ectópica intersticial</i> — DE VECCHI, J. A.	385
<i>A propósito de um câncer endometrial</i> — REY VERCESI, S.	386
<i>Estímulo respiratório do recém-nascido pela expressão transfusora do cordão umbilical</i>	387
<i>A "substância E" do Professor Roffo</i> — ESCULIES, J.	387
<i>Diagnóstico e tratamento das leucorréias</i> — AGUERRE, J. A.	388
<i>Algumas considerações sobre as infecções das vias urinárias por germes intestinais na mulher</i> — COVARRUBIAS, J. H. e GAMARA, M.	389
<i>Radioterapia pré e pós-operatória do câncer da mama</i> — FARIÑAS, L.	389

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelária, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento
sempre por um dos médicos.

vadoras, a ressecção ovárica, as lesões intestinais e a histerectomia, chega o A. às seguintes conclusões:

1) Em mulheres jovens, o tratamento cirúrgico da endometriose diagnosticada deve ser adiado tanto quanto possível e a decisão da operação deve ser determinada pela gravidade dos sintomas e a extensão da moléstia.

2) Na endometriose não diagnosticada antes da operação o tratamento conservador deve ser adotado, dependente da possibilidade de futura gravidez, da intensidade dos sintomas e da extensão e localização das lesões.

3) A ablação total dos ovários no tratamento cirúrgico da endometriose em mulheres na menacme não é necessária para a cura deste processo e a precipitação da menopausa não é desejável.

4) A extirpação do útero com conservação de tecido ovariano constitui um tratamento eficiente e impede a menopausa provocada.
— A. A. S.

Complicações cirúrgicas durante a gravidez e o trabalho de parto (*Surgical complications during pregnancy and labor*) — SCOTT, WILLIAM A. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Abril 1945, Vol. 49, N.º 4, pág. 494).

Continua despertando o interêsse dos estudiosos, a questão das complicações cirúrgicas no decurso da gestação e do trabalho de parto. As inúmeras publicações em torno do assunto vêm oferecendo margem a que dados estatísticos possam ser confrontados, estabelecendo os elementos indispensáveis para as conclusões a respeito. Os verdadeiros problemas determinados pelas complicações cirúrgicas de verificação durante a gravidez e o parto, devem ser trazidos ao conhecimento dos especialistas, para que condutas mais acertadas possam ser obedecidas, desde que orientadas sobretudo nos informes dados pela experiência e o bom senso necessário à solução das diferentes circunstâncias clínicas.

No seu trabalho, o A. aponta em quadros estatísticos, os índices percentuais dos casos verificados no Hospital Geral de Toronto (Canadá), e que de um modo geral são divididos em diversas grupos assim distribuídos: 1.º) Fibromas e gravidez; 2.º) Tumores do ovário e gravidez; 3.º) Câncer do colo e gravidez; 4.º) Cistos vaginais complicando a gravidez e dificultando o trabalho de parto, e 5.º) Complicações cirúrgicas gerais durante a gravidez.

Após fazer ligeiras considerações sobre cada um dos grupos acima referidos, o A. chega às seguintes conclusões:

1) Os fibromas durante a gravidez, devem ser tratados pelo método conservador.

2) Os neoplasmas do ovário exigem, habitualmente, o tratamento cirúrgico durante a gestação.

3) É de hábito, difícil, o diagnóstico exato da apendicite na grávida.

4) No tratamento do hipertireoidismo durante a gravidez, devem ser considerados, pela sua importância, os seguintes pontos: a) Há realmente hipertireoidismo? b) Se realmente presente que tipo é? Bócio exoftálmico ou adenoma tóxico? No caso de bócio exoftálmico o tratamento conservador é o indicado, no caso porém de adenoma tóxico impõe-se a cirurgia. — A. O. S.

Rotura do útero (*Rupture of the uterus*) — LYNCH, FREDERICK J. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Abril 1945, Vol. 49, N.º 4, pág. 514).

Baseado nas observações de casos de rotura do útero verificados no Boston City Hospital, diz o A. que tal ocorrência se verificou 44 vezes nos últimos 25 anos.

Quem já teve oportunidade de defrontar-se com um caso de rotura uterina, bem sabe avaliar a importância do assunto, razão pela qual devem ser analisados, para que sejam evitados, todos os fatores causais.

Em 41.706 casos de partos, verificou o A. a rotura do útero 44 vezes, o que representa uma incidência de 1:1.118 casos.

Num quadro apresentado no trabalho, aponta o A. as causas das roturas e que assim estão distribuídas: fórceps e versão, versão por situação transversa, rotura espontânea, extração manual da placenta, fórceps alto, fórceps baixo, traumatismo externo parto normal, pituitrina e versão em hidrocéfalo.

Passa a seguir a descrição da técnica empregada no tratamento das diferentes circunstâncias clínicas.

A mortalidade materna atingiu o elevado índice de 52 %, comprovando a gravidade da ocorrência, e a fetal foi de 89 %, documentando de modo eloquente o quanto de nefasta é a resultante para o produto concepcional.

A laparotomia exploradora seguida de histerectomia é a conduta mais acertada, podendo também em certos casos ser a rotura reparada, permitindo um tratamento conservador, e até mesmo a possibilidade de nova gravidez. Os modernos recursos e as facilidades oferecidas pelos bancos de sangue vieram reduzir a mortalidade de uma terminada por tão desagradável circunstância clínica. — A. O. S.

O A. emprega a técnica que denomina WERTHEIM-CLARK-TAUB-SIG. pois pratica a dissecação dos nódulos linfáticos advogada por este último autor. O suprimento sanguíneo do ureter é cuidadosamente preservado, não lesando uma artéria que provém da artéria iliaca interna e uma veia que a acompanha. Grande cuidado de ser tomado para preservar esses vasos, acentua o A. Dá às operandas sulfadiazina durante 2 a 3 dias e depois da operação é ministrada intravenosamente até que possa ser dada oralmente. Nenhum de seus casos teve peritonite generalizada, que sempre tem sido o grande fator de morte nessas operações.

O grande inconveniente da operação é a lesão do ureter e consequente fístula uretero-vaginal. Teve o A., em sua série, 8 vezes fístulas ureterais, ou seja uma incidência de 12,3 por cento. Uma paciente que tinha um grande tumor e que não deveria ter sido selecionada para tratamento cirúrgico, teve fístulas ureterais bilaterais e morreu 6 meses depois da operação. Uma outra doente ainda perde urina. Em dois casos foi necessário praticar nefrectomias, cessando a perda de urina espontaneamente em 4. — A. M.

Uma análise crítica de vinte e dois anos de experiência com a cesariana (*A critical Analysis of Twenty-Two Year's Experience With Cesarean Section*) — JOHNSTON, ROBERT A. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Abril 1945, Vol. 49, N.º 4, pág. 576).

Desde o advento da operação cesariana que modificações técnicas têm sido propostas no intuito de melhorar os dados estatísticos, bem como constante tem sido a preocupação dos autores no sentido de fazerem conhecidos os resultados obtidos com as técnicas empregadas. E' precisamente esta a finalidade do trabalho em aprêço. Nele o A. faz conhecer os resultados de vários casos observados em clínica hospitalar e serviço privado.

O enorme progresso que vem se fazendo sentir nos diferentes setores da medicina tem, sem dúvida alguma, trazido as maiores vantagens e cujos resultados se refletem diretamente nas últimas estatísticas dadas a conhecer.

Num total de 362 casos, foram executadas as seguintes técnicas: laparotraquelotomia em 247 casos, cesariana clássica em 106, laparotomia com reparo de rotura uterina em 2 e, finalmente, cesariana seguida de histerectomia em 7 casos.

O trabalho do A. se estende em fartas considerações sobre diferentes aspectos da cesariana, os quais são cuidadosamente estudados e analisados nos mínimos detalhes técnicos, clínicos e estatísticos. Em resumo são as seguintes as principais conclusões:

a) A incidência da operação cesariana na clínica privada foi de 6 %.

- b) A anestesia pelos gases foi a preferentemente empregada.
c) A distócia pélvica constituiu a principal indicação cirúrgica na maioria dos casos.
d) A mortalidade materna (não expurgada) atingiu à taxa de 2,2 %, sendo que após a separação dos casos, ficou reduzida a 0,83 %.
- Muitos outros pontos são abordados no trabalho que aconselhamos à leitura de todos os interessados do assunto. — A. O. S.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Penicilina no tratamento das infecções (*Penicillin on the Treatment of Infections*) — KEEFER, C. S. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 53, N.º 4, pág. 93).

O A. faz um estudo sistemático do emprego da penicilina nas diversas infecções, chegando à conclusão que se trata do agente quimioterapêutico mais notável que foi elaborado até o presente. Não existe outro tão eficiente contra tantas bactérias, sendo ao mesmo tempo atóxico para o homem. Os resultados obtidos até agora excederam as expectativas mais ousadas. A descoberta da Penicilina deixa esperar a elaboração de agentes similares que podem combater as infecções bacilares gram-negativas e as por vírus.

Em 2 quadros foram reunidos os organismos susceptíveis e não-susceptíveis à ação da penicilina: A combinação de penicilina com sulfadiazina parece favorável em determinados casos. A dose mínima para o tratamento da sífilis seria 20.00 unidades de 3 em 3 horas, num total de 60 injeções, sendo frequentemente observada a reação de HERXHEIMER. Reações tóxicas não existem, praticamente. Já foram administrados até 4 milhões de unidades sem qualquer incidente. Não há contra-indicação para a penicilina nem incompatibilidade com outro medicamento, ou dieta. — J. P. R.

O sal sódico da penicilina no tratamento da gonorréia feminina supostamente sulfanilamido-resistente (*Sodium Penicillin in the Treatment of Presumably Sulfonamide-Resistant Female Gonorrhoea*) — HORN, P. e COWPER, H. H. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 53, N.º 4, pág. 108).

Em 71 mulheres com gonorréia considerada sulfanilamido-resistente, foram aplicados tratamentos pela penicilina, de 100.000 a 200.000 unidades, subdivididas em doses variáveis aplicadas de 3 em 3 horas. O controle foi feito cuidadosamente por culturas, em média

empregados alternativamente. São mais descritivos que os termos direto (ou interno) e indireto (ou externo) na endometriose. Ainda quando não apareçam com a mesma origem, ambas alterações patológicas poderão ser ativadas por excesso de secreção hormonal ovariana. — C. A.

Eclampsia durante a gravidez ou no trabalho de parto

(*Eclampsia during pregnancy or labor — A ten year survey*) — SADOWSKY, A. — (*The J. of the Int. Coll. of Surg.*, Março-Abril 1945, Vol. VIII, N.º 2, pág. 147).

Durante um período de dez anos (1928 a 1937), 13.212 mulheres grávidas foram observadas clinicamente em departamentos equipados para anteparto, segundo a organização estabelecida no Hospital da Universidade Hadassah. Entre estas pacientes, foram observadas 363 com simples hipertonia; 91 com albuminúria sòmente e 42 com ambas, hipertonia e albuminúria. Em seis casos de hipertonia e albuminúria, desenvolveu-se eclampsia e em um deles persistiu pré-eclampsia, porém todas elas se restabeleceram.

Durante o período de 10 anos (1929 a 1938), no Departamento de Obstetrícia foram observados 27 casos de eclampsia em 9.079 partos — incidência de 1.336 ,ou seja 0,29 %. Durante a segunda metade da década, observou-se diminuição na incidência e na mortalidade da eclampsia. Durante as estações de calor e secura, a incidência, gravidade e mortalidade da eclampsia elevaram-se. A eclampsia ocorreu com mais frequência no grupo de pacientes de menos de 20 anos do que naqueles de mais de 30 anos.

De 27 casos de eclampsia, 5 ocorreram durante a gravidez, 11 no parto e 11 no pós-parto. A eclampsia se manifestou 4 vezes mais frequente nas primíparas do que nas múltiparas, tomando em conta o número total de partos (17:2,926 e 10:6,153). No que respeita ao prognóstico, a gravidade da eclampsia é de maior significação que o método de tratamento.

De 5 pacientes com eclampsia grave, 4 morreram e em 22 casos menos graves, sòmente uma morreu. A mortalidade fetal por eclampsia chegou a 24 %, enquanto a mortalidade geral do feto no Hospital oscila em 5,5 %. A mortalidade materna, sem correção, foi de 18,8 % (5 casos) e a correta foi de 14,4 % (4 casos).

Em 5 casos nos quais a eclampsia ocorreu durante a gravidez, foi praticada cesária vaginal e duas pacientes morreram. Em 11 casos nos quais a eclampsia ocorreu durante o parto, houve 1 cesária vaginal, 2 abdominais, 6 partos instrumentais e 2 episiotomias, sem fatalidade.

De 11 mulheres com eclampsia durante o puerpério, duas morreram.

Em 2 casos obteve-se história de eclampsia precedente e em dois outros houve recidiva em partos posteriores; em outros dois casos a gravidez seguinte foi acompanhada de grave pré-eclampsia. — C. A.

THE JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Precocidade sexual em menina (*Premature Sexual Precocity in a Young Girl*) — KARNAKY, KARL JOHN — (*The J. of Clinical Endocrinology*, Abril 1945, Vol. 5, N.º 4, pág. 184).

O A. apresenta um caso de precocidade prematura em uma criança de 4 anos e 11 meses. A doentinha pesa cêrca de 34 quilos, com 1 metro e 32 cm. de altura. Pêlos pubianos pouco desenvolvidos, rasos e de coloração castanho escuro. Desenvolvimento corporal proporcional. Mamas um pouco volumosas, medindo 5 cm. de diâmetro. Abdômen de conformação e configuração normais, apresentando manchas e cicatrizes de infecção cutânea antiga. Orifício vaginal admite com certa dificuldade a ponta de dedo. O toque retal revelou útero e colo normais, anexos direitos empastados, esquerdos livres e de volume normal; pH cervical 7,4 e o vaginal 4. Menarca aos 4 anos, ocorrendo sempre perda de sangue cada trinta dias. Em 11 de Janeiro de 1940 teve forte perda sanguínea, com duração de seis dias, sem cólicas. Foi internada a 5 de Fevereiro desse mesmo ano. Foram procedidos testes psicológicos e determinação do quociente de inteligência, que não ultrapassaram o limite de seis anos para alguns deles. O estudo radiológico do esqueleto apresentou valores no limiar dos 12 anos. A gonadotropina e o estrogênio foram dosados variando aquela entre 5 e 7,5 unidades rato e este entre 5 e 54 U. R. por 24 horas.

Procedeu-se a uma laparotomia exploradora, que nada revelou macroscopicamente de anormal. Útero medindo cêrca de 5,5 x 3 cm. de coloração branco-pérola.

Foram feitas várias biópsias: de trompa, ovários, endométrio, peritônio, mama e vagina; nessa última o aspecto da mucosa se avizinha ao da mulher adulta.

A observação é detalhada, e as pesquisas microscópicas revelaram, sòmente, a presença de restos de suprarrenal, nos ovários e no peritônio, o que determinou a feminilização precoce e prematura da doentinha. No trabalho não foram apresentadas microfotografias, e o A. documenta-o com duas fotografias, focalizando uma o busto e a outra, a genitália externa. — E. R. R.

Considerações sobre dois casos de malformações congênitas dos órgãos genitais femininos (*Consideraciones acerca de dos casos de malformaciones congenitas de los órganos genitales femeninos*) — PUNTEL, A. A. e GARIBALDI, D. D. — (*La Rev. de Med. y Cienc. Afines*, Abril 1945, Ano VII, N.º 4, pág. 151).

O primeiro desses casos é o de anomalia genital por presença de útero duplo e vagina septada, comprovado pela histerossalpingografia e reafirmado pela laparotomia exploradora. Após secção do septo vaginal as relações sexuais tornaram-se normais e a paciente conseguiu engravidar.

No segundo caso há ausência completa de vagina; ao nível do que seria a membrana himeneal, existe uma superfície semelhante à mucosa e à custa do septo reto-vaginal, distensível, formou-se, pelas tentativas do ato sexual, uma cavidade que se distende a uns 6 cms. para dentro.

A laparotomia exploradora revelou útero didelfo, trompas e ovários normais. — C. A.

Cistocele congênito e parto (*Cistocele congenito y parto*) — OBIGLIO, J. R. — (*La Rev. de Med. y Cienc. Afines*, Abril 1945, Ano VII, N.º 4, pág. 169).

O A. menciona vários casos de cistocele congênito e parto observados num largo período de anos e faz notar sua pouca frequência. Esta alteração anatômica relacionada geralmente com disfunções glandulares ou malformações genitais, pode ser um achado acidental e comprovar-se na criança virgem ou na recém-casada. Com a descida da bexiga, vagina alargada, colos atroficos e úteros infantis, o futuro ginecológico e obstétrico, destas mulheres, diz o A., é difícil. Recomenda prudência na assistência ao parto das portadoras de cistocele congênito, pela possível distócia. — C. A.

Mioma e gravidez (*Mioma y embarazo*) — LÓPEZ MONTI, R. — (*La Rev. de Med. y Cienc. Afines*, Abril 1945, Ano VII, N.º 4, pág. 185).

Após ampla atualização do tema, onde estuda a evolução da gravidez, parto e secundamento, em 65 portadoras de miomas uterinos, o A. conclue, entre outras coisas, que:
A coincidência mioma-gravidez oscila em 2 por mil. A capacidade de conceber reduz-se em 10%. Sob a influência da gravidez,

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
Eud. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Novembro de 1945

Vol. 20 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Carcinoma do coto restante</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	391
<i>Tricomoníase vaginal</i> — DR. JOSE' MEDINA	395
<i>Enxerto hemoplástico de ovário e endométrio no tratamento da menopausa cirúrgica</i> — DR. LICINIO H. DUTRA	398
<i>Esquema de organização de serviço de combate ao câncer no Brasil, especialmente em São Paulo</i> — DR. A. FRANCIA MARTINS	417

EDITORIAL

<i>Síndrome adreno-genital</i>	433
--------------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Jubileu professoral do Professor Augusto Brandão Filho (Discurso pronunciado pelo Prof. Arnaldo de Moraes, no almoço em sua homenagem)</i>	436
<i>Falecimento do Prof. Bruno Lobo</i>	438
<i>"I Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetria" (De 11 a 18 de Novembro, em S. Paulo, Brasil.)</i>	439

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Manual Prático de Obstetria y Ginecologia. Fasc. I — La anestesia local en las intervenciones ginecológicas por via vaginal</i> — O. JÜRGENS	440
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMÔNIO FOLICULAR PURÍSSIMO



LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs
<i>Histerectomia total abdominal e o "operador ocasional"</i> — GASTON, E. A.	441
<i>A paciente obstétrica super-pesada</i> — ODELL, L. D. e MENGERT, W. F.	442
<i>Infertilidade feminina. Nossas responsabilidades diagnósticas.</i> — GARDNER, G. H.	443
<i>A histerectomia total abdominal</i> — MENGERT, W. F. e STOLTZ, R.	444
<i>Resultados finais no tratamento da cervicite</i> — FINDLEY, D.	445
<i>O tratamento das infecções gonocócicas sulfa-resistentes pela penicilina na mulher</i> — COHN, A., TAYLOR, H. C. e GRUNSTEIN, I.	446
<i>A transmissão da penicilina através da placenta</i> — HUTTER, A. M., BETHESDA e PARKS, J.	447
<i>A tiamina durante a prenhez</i> — SIDALL, A. C. e MULL, J. W.	448
<i>Carcinoma do ovário tratado pré-operatoriamente com roentgenterapia profunda</i> — PARKS, T. J.	449
<i>Manobra retal para o desprendimento da placenta</i> — GREENBERG, E. M.	450
<i>Tricomoniase</i> — GREENBLATT, R. B.	451
<i>Cesarianas em Oakland (1943)</i> — BELL, T. F.	452
<i>Inversão do útero</i> — BARRETT, C. W.	453
<i>Endometrioma da bexiga. Relato de 5 casos.</i> — BALFOUR JR., D. C.	453
<i>Endometriose do ovário e folículos atréticos</i> — MARTIM GOMES	454
<i>Sinal clínico no diagnóstico da prenhez incipiente</i> — BRAGA, E.	454
<i>As hemorragias das cápsulas suprarrenais no recém-nascido</i> — BALDI, E. M.	455
<i>Dois casos de corioepitelioma</i> — JAKOB, A.	455
<i>Rotura uterina espontânea</i> — TRECENA, A.	455

INDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Transplantação uretero-cólica e sulfasuxilina-terapia</i> — LASTRA, E. T.	455
<i>Sulfamidoterapia e anemia grave. A propósito de uma cesariana por placenta prévia oclusiva tratada com sulfamidas e penicilina.</i> — LEON, J., COATZ, S. A. e BOMCHIL, G.	456
<i>A pré-eclampsia grave. Estudo baseado em cem casos.</i> — BIZZOZERO, R. C. e MACLEAN, J. Informante: LASTRA, E. T.	457
<i>Sobre a operação de Fothergill no tratamento do prolapso genital</i> — BENZADON, J.	458
<i>Anatomose uretero-sigmoidéia por fístula vésico-vaginal incurável</i> — DIONISI, H.	458
<i>Considerações sobre gravidez e tuberculose</i> — GAZITUA, V. M.	459
<i>Algumas reflexões acerca de tuberculose e gravidez</i> — VALENZUELA, R. G.	460
<i>Rotura das membranas ovulares. Sua influência sobre a gravidez, parto e puerpério.</i> — GARCES, E.	460
<i>Sobre operações cesárias extraperitoneais por artifício. Um simples processo anatômico para a exclusão da serosa.</i> — VALENZUELA, E.	461
<i>Contribuição clínica ao estudo da endometriose</i> — RUIZ, F.	462
<i>Primíparas idosas e primíparas adolescentes</i> — BEDOYA GONZALEZ, J. M.	462
<i>Sobre um caso de carcinoma de colo e gravidez</i> — RAPOSO PICON, J....	463
<i>O valor semeiológico das metrorragias de "sangue negro" durante a gestação</i> — CLAVERO NUÑEZ, A.	464

dúvida que o tricomonas é patogênico, pois culturas, inoculadas em mulheres sãs, dão o quadro típico da colpíte. Parece haver, porém, associação de germes, principalmente do "streptococcus subacidus" que exerce papel importante na formação da colpíte.

A influência do meio vaginal, tanto das condições hormonais como das do pH, ainda não está esclarecida. O diagnóstico deve considerar a presença do tricomonas na uretra feminina, sendo esta ocorrência muito mais frequente do que até agora admitida. O tratamento continua a ser difícil, principalmente nos casos crônicos, ao passo que os agudos melhoram com muitos agentes terapêuticos, sendo os melhores o pierato de prata, vicfórmio, floraquin, sulfatiazol, beta-lactose e stovarsol, que curam 75 % dos casos agudos e 50 % dos crônicos. O insucesso do tratamento deve ser atribuído ao fato de não atingir o foco uretral e cervical da doente e o uretral do marido. Soluções antissépticas como acriflavina 1:1000 ou zephiran 1:2000 são indicadas para a uretra, bem como lavagens ácidas (3 colheres de chá de vinagre em 250 gr. de água quente), 2 vezes ao dia durante meses para a cervix. O A. recomenda muito os tampões com stovarsol. — J. P. R.

Cesarianas em Oakland (1943) (*Cesarean Sections in Oakland [1943]*) — BELL, T. F. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Maio 1945, Vol. 53, N.º 5, pág. 139).

Trata-se dum relatório sobre 290 cesarianas executadas em 1945 nas 5 maiores clínicas de Oakland. A incidência variou de 1,14 % a 9,97 %, sendo quase todas as pacientes (menos 3) da raça branca. A metade destas tinha a idade entre 20 e 29 anos. 96 % estavam no termo da gravidez, sendo que 11 pacientes estavam entre o 7.º e 8.º mês da gestação. Mais da metade das pacientes eram primíparas. 58 % foram atendidos por obstetras e 42 % por médicos gerais. A operação foi de emergência em 44 %. A operação sobre o segmento inferior foi feita em 52 % e a clássica sobre o corpo em 43 %. A esterilização simultânea foi executada em 82 casos, sendo 4 vezes a única indicação para o parto por via abdominal. Como anestésico foi usado gás hilariante com oxigênio na maioria dos casos. 7 tiveram raqui-anestesia, 4 anestesia local. A mortalidade fetal foi de 4,8 %. Em dois terços dos casos não houve trabalho de parto antes da operação. A indicação mais frequente foi a cesariana anterior, seguindo a desproporção feto-pélvica. Algumas indicações parecem ser insustentáveis. Ocorreram 2 mortes maternas, uma de toxemia e outra de hemorragia associada com placenta prévia. A incidência de quase 10 % num dos hospitais deve ser considerada como excessiva. E' notável como a cesariana clássica ainda é frequente. A esterilização em si não deve ser indicação para a

cesariana. A anestesia local deveria ser usada com maior frequência. A mortalidade fetal parece ser alta demais. E' melhor esperar sempre o início do trabalho de parto, se não há outra indicação especial. E' desejável mais rápida hospitalização e tratamento mais ativo nos casos de toxemia. E' digno de menção que não houve mortes por septicemia. — *J. P. R.*

Inversão do útero (*Inversion of the Uterus*) — BARRETT, C. W.
— (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Maio 1945, Vol. 53, N.º 5, pág. 146).

O A. exige a reposição imediata dum útero invertido antes que apareçam choque e hemorragia. A técnica é fácil e os resultados esplêndidos.

Tração sobre o cordão umbilical e pressão exagerada sobre o fundo do útero, episiotomia larga seguido de fórceps rápido, laceração da cervix, dosagem excessiva de extratos hipofisários, tumores, etc., etc. são as causas mais frequentes da inversão uterina.

Choque, hemorragia e edema aparecem rapidamente depois do acidente, a cervix se contrai ao ponto de tornar impossível a reposição. Infecção, gangrena, obstrução urinária são outras complicações frequentes. O prognóstico sem reposição é muito desfavorável, ao passo que com ela é ótimo. Alguns autores querem combater primeiro o choque. Os veterinários e criadores de animais há muito têm grande experiência neste sentido.

A reposição dentro de 5 minutos permite um puerpério normal na maioria dos casos. Este período imediato ao acidente é ainda livre de choque, hemorragia maior e edema. Passado este período, a reposição geralmente não é mais possível e o esforço do médico consiste de conservar a doente para o terceiro período que se caracteriza pela operabilidade do caso após semanas ou meses.

O A. relata a observação de um caso típico e menciona outros da literatura. O procedimento que propõe é o seguinte: lavagem antisséptica rápida das partes prolabadas, cateterismo, desprendimento cuidadoso da placenta, recolocamento do útero invertido dentro da vagina, segurar o fundo do útero na palma da mão e explorando a área da cervix e vagina que cede mais facilmente para dentro, procurando repor as áreas adjacentes, até que a mão se encontre dentro do útero e este em boa contração. A outra mão fica sobre o abdômen com palpação e ligeira massagem. A força da reposição deve ser aplicada na direção do eixo da pelve. A reposição deve começar na altura da cervix e não no fundo. — *J. P. R.*

O A., fazendo o ligeiro histórico da transplantação uretero-cólica, mostra as dificuldades de COFFEY, e a técnica e as vantagens deste autor, citando também outros autores e seus resultados operatórios.

O A. apresenta um caso que teve ocasião de operar e acompanhar, numa mulher de 32 anos que, após parto distócico e aplicação de fórceps, teve como consequência uma fístula vaginal-uretero-vaginal.

Resolve operá-la pela técnica de COFFEY, pela implantação do ureter no colon, tendo antes feito o pré-operatório com sulfasuxidina na dose de dezesseis grammas por dia.

Termina o A. dizendo que, o caso apresentado tem por finalidade mostrar as excepcionais qualidades antissépticas, quer nas vias urinárias quer no intestino pelas sulfamidas, tornando mais seguro, pela modificação do meio intestinal, o êxito operatório. — A. F. S.

Sulfamidoterapia e anemia grave. A propósito de uma cesariana por placenta prévia oclusiva tratada com sulfamidas e penicilina. (*Sulfamidoterapia y anemia grave. A propósito de una cesareada por placenta previa oclusiva tratada con sulfamidas y penicilina.*) — LEON, JUAN, COATZ, S. ALBERTO e BOMCHIL, GREGORIO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Maio 1945, Tomo XXIV, N.º 3, pág. 104).

Os A.A. apresentam uma interessante e minuciosa observação, de uma mulher de 25 anos que, após cesária por placenta prévia oclusiva, manifestou-se um quadro alarmante, tendo sido empregado todos os recursos exigidos pelo caso.

Empregaram a sulfanilamida intra-cavitária na quantidade de 4 grammas.

Combatem a anemia e o estado infeccioso-endometrite com lóquios purulentos por meio de transfusões sanguíneas, preparados de ferro, fígado e vitaminas e com a penicilina na dose de 25.000 unidades durante 5 dias, uma injeção de 4 em 4 horas.

Fazem longos e esclarecedores comentários sobre o emprego das sulfanilamidas, citando a opinião de vários autores, como também sobre o tratamento da anemia infecciosa. Estes comentários são elucidativos para o caso, mostrando o cuidado com que os A.A. estudaram o assunto, merecendo a atenção dos especialistas.

Os A.A. terminam dizendo que, uma só observação não basta para se chegar a conclusões, no entanto acham que:

1) Não está contra-indicada a aplicação de sulfanilamida na cavidade peritoneal, ao se efetuar uma cesária abdominal por placenta prévia oclusiva, em uma grávida ou parturiente com anemia aguda.

2) Uma vez combatidas as manifestações da anemia aguda, deve-se prosseguir com a sulfamidoterapia por via bucal ou parenteral, com as correspondentes dosagens sanguíneas.

3) Se uma operada apresenta uma anemia infecciosa, deve-se eliminar, se possível, o foco séptico e recorrer aos sulfoderivados, tratamento que no caso, trouxe melhoras ao quadro hematológico, porque desapareceu o fator que impedia a ação da medicação anti-anêmica, havendo sido mais lenta a reação do estado geral e mantendo-se por mais tempo a supuração.

4) A administração por via intramuscular de 100.000 unidades de penicilina nas 24 horas, durante 5 dias, deu um ótimo resultado, tanto sobre o estado geral, como sobre o aspecto das feridas que cicatrizaram rapidamente. — A. F. S.

A pré-eclampsia grave. Estudo baseado em cem casos. (*La pré-eclampsia grave. Estudio basado en cien casos.*) — BIZZO-ZERO, ROBERTO C. y MACLEAN, JAMES. Informante: LASTERA, ENRIQUE THWAITES — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Maio 1945, Tomo XXIV, N.º 3, pág. 119).

O informante faz a crítica do trabalho dos A.A., baseado em 100 casos dos mais graves de pré-eclampsia, discordando por vezes e expondo o seu modo de pensar e agir.

Termina com as considerações seguintes:

Os A.A. renovam um tema ausente durante os últimos anos no nosso meio, em relação com a preocupação frequente dos trabalhos dos centros médicos anglo-saxões.

O problema da eclampsia já passou para segundo plano, naturalmente é a observação e tratamento preventivo durante a gravidez, o que nos apresenta a melhor defesa, diante a eclampsia, síndrome sumamente grave, sobretudo, em relação ao futuro da mulher que apresenta uma intoxicação desta natureza durante o período da gravidez. Uma percentagem delas, fica com lesões indeleveis para o resto da vida. Este é o perigo da falta de vigilância e também da contemporização excessiva sem dispor de recursos ou de um bom tratamento que nos ofereça garantias. A colaboração constante de um clínico, contribue enormemente para a melhor assistência destas enfermas, na apreciação exata de sua evolução e na observação posterior que, oscila de seis meses a um ano, para estabelecer, em qualquer momento, seu estado de saúde, frente às perspectivas de uma nova gravidez; desde as primíparas até as grandes múltiparas, as determinações devem ser precisas, dada a grande responsabilidade do médico como salvaguarda da vida destas enfermas. — A. F. S.

Outro problema que é ventilado é o do filho de mãe tuberculosa. Termina, após considerar todos esses problemas com estrito espírito médico e humano, dizendo "como é possível que se pretenda afirmar que não é necessária a interrupção da gravidez na tuberculose?". — C. A.

Algumas reflexões acêrca de tuberculose e gravidez (*Algunas reflexiones acerca de tuberculosis y embarazo*) — VALENZUELA, R. G. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Abril-Maio 1945, Ns. 1-2, Vol. X, pág. 29).

Considerando as discussões sobre esse tema que vem sendo debatido pelo tempo afora, separa as correntes em: abstencionistas sistemáticos, intervencionistas habituais e ecléticos. O A. parece ater-se a esta última corrente, ressaltando o valor da colaboração do tisiólogo com o obstetra na avaliação provável da evolução de cada caso. Considera, na interrupção da gravidez, o método de BOERO como de eleição, porém o método verdadeiro, apenas interrompendo a relação feto-materna. Em contra dos abstencionistas expõe os perigos que se pode impor a mulheres nessas condições em risco de vida, principalmente nas classes pobres, onde não é possível um regime higiênico-dietético e sanatorial.

Enquanto não se possa realizar uma luta anti-tuberculosa, termina o A., teremos que ceder ante a solicitude do tisiólogo quando prevê um futuro sombrio para uma gravidez incipiente e socorre-se do concurso do obstetra. — C. A.

Rotura das membranas ovulares. Sua influência sobre a gravidez, parto e puerpério. (*Ruptura de las membranas ovulares. Su influencia sobre el embarazo, parto y puerperio.*) — GARCÉS, E. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Abril-Maio 1945, Ns. 1-2, Vol. X, pág. 49).

O A. estuda a rotura das membranas ovulares desde a sua definição, frequência e etiologia, até sua influência sobre a gravidez, parto e puerpério.

O trabalho é ilustrado com observações pessoais e baseia-se em 950 casos desse acidente em 14.690 casos atendidos em 3 anos na Maternidade de São Borja. A frequência foi de 6,4 %, portanto, é maior nas múltíparas que nas primíparas. Foi pouco frequente no transecurso do 7.º mês (4,8 %), mais frequente no 8.º (17,8 %) e muitíssimo no curso do 9.º mês (77,2 %).

Em 74 % dos casos o parto sobreveio dentro das primeiras 24 horas após o acidente. A inserção baixa da placenta e as apre-

sentações viciosas constituíram a maior percentagem (mais de 90 %) entre as causas possíveis de rotura prematura das membranas. Não houve aumento da duração do parto, tanto em primíparas como em múltiparas. Houve um ligeiro aumento na frequência dos partos operatórios, de 7,3 % para as com membranas intactas e de 9 % para as com membranas rôtas.

Finalmente, a rotura prematura das membranas, diz o A., é causa frequente de infecção ovular e puerperal (13,5 % de morbidade em seus casos) e predispõe à retenção da placenta e membranas (2,8 % de secundamento artificial). — C. A.

Sobre operações cesárias extraperitoneais por artifício. Um simples processo anatômico para a exclusão da serosa.

(*Sobre operaciones cesareas extraperitoneales por artifício. Un sencillo procedimiento anatómico para la exclusión de la serosa.*)

— VALENZUELA, E. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Abril-Maio 1945, Ns. 1-2, Vol. X, pág. 69).

Do estudo dos casos impuros e da conduta a seguir na operação cesariana nesses casos, o A. faz a crítica do processo utilizado em 41 pacientes, sendo 24 casos puros e 17 impuros ou infectados. Suas conclusões são as seguintes: "As complicações e em especial a peritonite pós-cesária podem ser afastadas por meio de artifícios de técnica, o que permite ampliar as indicações da via alta aos casos impuros e incluso infectados. A finalidade essencial que o artifício deve procurar é o isolamento definitivo, além do momento da intervenção, entre a cavidade peritoneal e a histerectomia, como único meio de fazer a profilaxia da contaminação secundária da serosa. A proteção e assepsia do campo e em especial a quimioterapia intraperitoneal, constituem recursos simples e eficientes para afastar as possibilidades de uma contaminação primitiva, já por si mesmos frequente. A operação deve ser de execução simples e rápida, o que é possível com a condição de praticar a exclusão peritoneal uma vez esvaziado o útero. A técnica deve respeitar as relações anatômicas normais, evitar os extensos descolamentos da serosa e suprimir as relações de continuidade entre a histerotomia e a ferida operatória, a fim de fazer a profilaxia das infecções locais profundas e extensas e das sequelas por cicatrização defeituosa, relativamente frequente nestas operações. O peritônio visceral, ao nível de sua reflexão vésico-uterina, reúne as condições ótimas de grossura, amplitude e elivagem para obter de sua sutura de reconstituição o isolamento da histerotomia, por sua vez da cavidade peritoneal e da ferida operatória, com a condição de praticar a incisão uterina transversalmente e na zona extraperitoneal do segmento inferior situada por trás da bexiga. A colpotomia profilática, mantida permeável

por meio da drenagem vaginal, comunica com o exterior o espaço virtual resultante do descolamento da bexiga do segmento inferior, convertendo o isolamento seroso em uma extraperitonização. A drenagem vaginal realiza uma derivação fácil e precoce pelo trajeto mais curto e no sentido do declive, substituindo com vantagem a drenagem supra-púbica e facilitando a correta cicatrização da parede. A simplicidade da técnica e o melhor prognóstico que o artifício imprime à operação, representam condições que devem ser aproveitadas também nos casos puros, em substituição aos processos transperitoneais correntes. — C. A.

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Contribuição clínica ao estudo da endometriose (*Aportación clínica al estudio de la endometriosis*) — RUIZ, F. — “*Rev. Española de Obst. y Ginec.*”, Maio 1945, Tomo II, N.º 11, pág. 303).

O A. se ocupa de 21 casos de endometriose, apresentando 10 histórias clínicas, cuidadosamente descritas, com os respectivos estudos histológicos das peças operatórias: endometriose tubárica, 2 casos; ovárica, 4 casos; do miométrio, 4 casos. A estes, junta mais 11, a saber: 8 do ovário, 2 do útero e um da camada subperitoneal do útero, já comunicados. Faz um estudo clínico de conjunto, chegando à conclusão de ser a endometriose afecção de difícil diagnóstico pré-operatório. O estudo histológico das peças operatórias é de grande necessidade.

O A. assinala os diagnósticos que levaram à operação, estabelece a frequência e a terapêutica cirúrgica seguida. As operações executadas foram: histerectomia subtotal com anexectomia uni ou bilateral em 13 casos; ooforectomia unilateral, 2 casos; anexectomia total unilateral, 5 casos e extirpação do nódulo subperitoneal em 1 caso, às vezes acompanhadas por ligamentopexia. Não houve mortalidade; a evolução foi normal, com total desaparecimento do quadro clínico. — C. A.

Primíparas idosas e primíparas adolescentes (*Primíparas viejas y primíparas adolescentes*) — BEDOYA GONZALEZ, J. M. — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*), Maio 1945, Tomo II, N.º 11, pág. 327).

Continuando seu estudo estatístico do parto nas primíparas idosas e nas adolescentes, o A. trata destas últimas no presente tra-

balho. Estudou 175 partos em primíparas menores de 18 anos, entre 5.500 partos (3,16 %). A menarquia oscilou dos 12 aos 15 anos; o espaço máximo da menarquia à gravidez foi de 4 anos, havendo no entanto 21 casos de instalação da menarquia havia apenas 2 anos. Houve 9 prematuros, correspondendo um aos 14 anos, 2 aos 16 anos, 4 aos 17 anos e 2 aos 18 anos. Oito mulheres tinham vícios pélvicos capazes de produzir distócia. A apresentação pelviana ofereceu 6,9 %; a occipito-púbica em 90,6 %; tendo ainda a assinalar 3 occipito-sacras, uma de frente e 2 de face.

Em 54,7 % dos casos a duração total do trabalho foi de 18 a 24 h. A frequência de partos operatórios foi de 5,7 %. A frequência de episiotomia é apenas de 3,84 % (6 casos), contando, ao lado de 96 casos de períneo íntegro, 28 roturas de 1.º grau, 25 de 2.º e 1 de 3.º grau.

A mortalidade fetal foi de 5,7 %. — C. A.

Sobre um caso de carcinoma de colo e gravidez (*Sobre un caso de carcinoma de cuello y embarazo*) — RAPOSO PICON, J. — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*, Maio 1945, Tomo II, N.º 11, pág. 343).

O A. refere um caso de concomitância de carcinoma do colo e gravidez. Estuda a frequência dessa coincidência, explicando as várias causas que podem determinar a sua raridade.

No caso em aprêço o câncer parece ter precedido a gravidez, de acôrdo com a história clínica. A influência da gravidez sobre a evolução do carcinoma e deste sobre aquela e sobre o parto, quando pode haver sérios acidentes como roturas e hemorragias. O prognóstico, portanto, para a mãe e para o filho, é bastante grave. Para a mãe, porque o processo evolue de tal forma que chega ao final sem probabilidades de salvar-se; durante o trabalho de parto a distócia pode ser tal que impeça o parto; no pós-parto pode a doente morrer por carcinomatose generalizada ou por infecção puerperal. O prognóstico fetal não é também animador: o abôrto é muito frequente; as distócias acarretam muitas vezes a morte fetal; pode ainda o feto se infectar, no parto normal, e morrer dias após. Impõe-se, assim, uma terapêutica em qualquer fase em que se encontre a grávida cancerosa. Quando o câncer é descoberto com viabilidade fetal, todos estão de acôrdo em praticar uma operação cesariana com histerectomia total ampla, seguida de actinoterapia. Precocemente, deve-se ter em conta a cura da mãe e a conservação do feto, isto pela roentgen e radiumterapia. O A. faz a crítica destes processos e também a da cirurgia, método a que recorreu em seu caso. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Salomão Zagury
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>O problema das occípito-posteriores</i> — DR. JORGE DE REZENDE	465
<i>Operação cesariana e seus efeitos sobre a fecundidade</i> — PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA	485

EDITORIAL

<i>Erros crassos em Ginecologia e Obstetria</i>	489
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Primeiras Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetria</i>	493
<i>Nomeação do Prof. Ugo Pinheiro Guimarães para Diretor da Faculdade Nacional de Medicina</i>	508
<i>O Prof. Arnaldo de Moraes no Conselho Universitário</i>	508

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>"El Hombre, nuestro tema morfológico"</i> — PROF. DR. PEDRO BELOU	509
<i>Le Fibrome utérin</i>	510

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Sintest

HORMONIO TESTICULAR



LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

OPERAÇÃO CESARIANA E SEUS EFEITOS SOBRE A FECUNDIDADE

PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

Do Instituto Nacional de Puericultura (Rio de Janeiro)

Lendo as belas lições do Professor BERUTI, enfeixadas em "Producción Científica y Cultural", obra com que os seus colaboradores, discípulos e amigos brindaram-no por ocasião das suas bôdas de prata professoral — encontramos no primeiro tômo, na conferência inaugural da cátedra de Clínica Obstétrica, uma expressão que vivamente nos impressionou, como afirmação e como engenhosidade.

Referindo-se à cesária, o Professor BERUTI cita a opinião de GAUSS, da clínica de WÜRZBURG: *por meio da cesária alcança-se um êxito tático momentâneo — uma vida salva; porém, comete-se um erro estratégico — é restringida a fecundidade.*

A nós que, frequentemente, recorremos a esta operação, o problema não podia deixar de interessar profundamente.

A literatura consultada não nos satisfazia inteiramente; dados nacionais, a respeito do assunto, eram inexistentes — resolvemos investigar a matéria.

Quinhentos endereços de pessoas que haviam sofrido a operação, em diversas maternidades desta cidade, de dez anos a esta parte, foram tomados, e uma visitadora foi encarregada de colhêr as informações específicas sobre o assunto, as quais diziam respeito principalmente à idade da paciente, o número de filhos antes da operação, os anos decorridos após a mesma, gestações e partos verificados ulteriormente, práticas anticoncepcionais, estado de saúde após a operação etc.

De saída, devemos alijar das nossas cogitações 312 pacientes, que não foram encontradas no endereço constante nas respectivas observações clínicas.

Informação completa	136
Informação incompleta	52
Extraviadas	312

As informações incompletas foram fornecidas por pessoas amigas, conhecidas e parentes da paciente, e se referem à questão crucial do inquerito — se houve ou não gestações ou partos, após a cesária. As pacientes, propriamente, não foram encontradas.

Temos assim que nos haver apenas, com 136 casos de informações completas e 52 de informações incompletas — 188 casos ao todo.

Idade (fichas completas):

15 a 20 anos	5
21 a 30 anos	92
31 a 40 anos	36
41 para cima	3

Concepção ante-operatória:

0	102
1	18
2 a 3	9
4 a 5	3
6 ou mais	4

O número total de fetos a termo, antes da operação, foi de 83, e o de abortos 5 — ao todo 88 concepções em 34 indivíduos.

Nuliparidade e multiparidade — Nas 136 fichas completas, verificamos que 102 casos são de nulíparas e 34 de múltiparas.

Gestações após a cesária — Após a cesária, em 188 casos (informações completas e incompletas), verificamos que 108 indivíduos tornaram a conceber, uma ou mais vezes, resultando 142 gestações — 57,4 % de concepções e 42,6 % de esterilidade:

0 vez	80
1 vez	83
2 vezes	19
3 vezes	3
4 vezes	3

Entre as que não mais procriaram, seis, assim, se comportaram pelas seguintes causas:

Falecimento no ato operatório	2
Ligadura das trompas	2
Histerectomia	1
Encarceramento do marido	1

Gestações interrompidas — Entre os 108 indivíduos que conceberam, 16 abortaram espontaneamente e 8 provocaram abôrto. Ao todo, 30 abortos, pois alguns abortaram mais de uma vez.

Partos a termo — Os 108 indivíduos, deram à luz, após a cesária, a:

1 feto	69
2 fetos	15
3 fetos	1

Gravidez atual — Dez estão grávidas presentemente.

Práticas anticoncepcionais — Entre as 136 fichas completas, verificamos que 38 indivíduos se entregaram a práticas anticoncepcionais, com receio de lhes ser de novo praticada a operação — 27,9 %. Seis pacientes não conceberam por morte, histerectomia, ligadura da trompa etc. — 4,4 %.

Não podemos deixar de fazer a ressalva que as 27,9 % que não conceberam, embora não o tivessem feito logo após a operação, não significa que permanecessem definitivamente estéreis.

À vista do resultado da nossa observação, como concluir a respeito do êrro estratégico?

Vejam os.

Entre os 80 casos que não conceberam, havia decorrido o prazo de:

2 a 3 anos após a cesária — 56 casos, em 86 operações, sejam 65,7 %.

Destes casos, 22 davam-se a práticas anticoncepcionais, e 6 não conceberam por histerectomia, ligadura das trompas e morte — ao todo 28 casos, isto é, a metade, o que significa 31,8 % de esterilidade operatória.

4 a 5 anos após a cesária — 17 casos, em 46 operações, sejam 36,9 %.

Destes, 7 davam-se a práticas anticoncepcionais; restam, pois, 21,6 % de esterilidade operatória.

6 anos após a cesária — 4 casos, em 24 operações, sejam 16,6 %. Práticas anticoncepcionais três vezes — restam 4,2 % de esterilidade operatória.

Mais de 6 anos após a cesária — 3 casos, em 32 operações — 9,3 %. Práticas anticoncepcionais uma vez; restam pois, 6,1 % de esterilidade operatória.

Vemos que a esterilidade vai diminuindo à medida que o tempo se escoia, pois atinge a 31,8 %, nos três primeiros anos; abaixa-se para 21,6 % no quinto ano, e alcança 4,2 % no sexto, após a cesária.

Estes números modificam o conceito da esterilidade após a cesária, operação geralmente praticada na juventude, nos primeiros anos da puerperalidade — em 136 casos, foi praticada 92 vezes entre 21 e 30 anos — dando por conseguinte, margem para procriação em quantidade satisfatória, em época ulterior da vida.

Corroborando esta observação, vemos que as operadas, 102 vezes eram nulíparas e 34 vezes múltiparas.

Assim pois, a redução da capacidade de procriação não atinge a números tão elevados, a ponto de constituir realmente êrro estratégico, pois, com o tempo, o indivíduo recupera a faculdade de procriação até alcançar nível razoável. As taxas de seis anos e mais se referem a casos relativamente pouco numerosos; já dão porém, uma indicação a respeito do assunto em aprêço.

Como a operação cesariana pode determinar a esterilidade ?

Pode fazê-la por infecção do peritônio pélvico, infecção que interessando as trompas com as respectivas franjas, ocasiona a formação de aderências e distorções do conduto, responsáveis direta e indiretamente pela obstrução tubária — salpingovarite, anexite.

Infecção endometrial, propagando-se por continuidade, pode também alcançar aqueles condutos por dentro — endossalpingite — chegando-se aos mesmos resultados interruptores da canalização.

E' esta uma ocorrência, cujos efeitos se podem tomar aos do primeiro mecanismo.

E' sempre um processo infectuoso localizado primitivamente no endométrio, que alcança e obtura as trompas.

Para este efeito, a drenagem peritoneal, outrora tão em voga, deve ser de efeito indesejável pelas irritações que provoca.

A cesária segmentar, que de maneira mais perfeita resguarda a serosa peritoneal, deve ser de melhor prognóstico, neste particular, que as antigas cesárias corporais.

Les opérations césariennes et leurs effets sur la fécondité

Résumé

L'A. fait une enquête sur 500 cas d'opérations césariennes, pratiquées aux maternités de Rio de Janeiro. Il considère l'âge, la parité antérieure à l'opération, la parité postérieure, les pratiques anti-conceptionnelles, l'état de santé ultérieure.

Il a été impossible de tracer 312 patientes. Des restantes, sur 136 on a pu obtenir information complète et chez 52 des informations incomplètes. Dans ce total de 188 patientes il y a eu 108 qui sont devenues grosses, 142 grossesses (57,4 % de fertilité et 42,6 % de stérilité).

Des 108 qui ont conçu 69 ont eu grossesse unique et 15, grossesse bigémellaire; une a eu une grossesse trigémellaire. Dix sont enceintes à ce moment. Des pratiques anti-conceptionnelles sont pratiquées dans 27,9 % de celles qui n'ont pas conçu.

Cesarean sections and their effects on fecundity

Summary

A trial is made by the author to investigate 500 cases of cesarean sections, performed at the lying-in hospitals of Rio de Janeiro. The age of the patient, previous parity and postoperative parity, contraceptive practices, posterior health condition, and a number of other topics are studied.

Complete follow-up was carried on in 136 patients and an incomplete follow-up in 52; 312 patients could not be followed.

Of the first 188 patients, 108 conceived with 142 resultant pregnancies (57,4 per cent fertility and 42,6 per cent sterility).

Out of these 108 women, 69 gave birth to one fetus, 15 to two fetuses, 1 to 3 fetuses. Ten are pregnant at present. In 27,9 per cent of the cases with no pregnancies contraceptive measures are used.

The causes that may lead to sterility after cesarean section are discussed by the writer.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
<i>Profilaxia pós-operatória de câncer residivante da mama, com o propionato de testosterona.</i> — PRUDENTE, A.	511
<i>Tratamento da tromboflebite</i> — JAHR, M. D., REICH, C. e EGGERS, C.	512
<i>Nutrição na gravidez</i> — LUND, C. J.	513
<i>Pielite gravídica. Os focos de infecção na sua profilaxia.</i> — HEANEY, N. S. e KRETSCHENER, H. L.	514
<i>A uretra feminina</i> — FELSON, A. L. e O'BRIEN, H. A.	515
<i>O diagnóstico das afecções cirúrgicas agudas da pelve feminina e do abdômen inferior.</i> — CARRINGTON, W. J.	516
<i>Anemia na gravidez. Uma correlação do sangue periférico com os achados da medula óssea.</i> — WOLFF, J. R. e LIMARZI, L. R.	517
<i>Uma dose de penicilina no tratamento da vaginite gonorréica infantil</i> — SAKO, W., TILBURY, R. e COLLEY, J.	518
<i>Influência do metilsulfato de neostigmina sobre as pacientes pré-eclâmplicas e a atividade colesterinásica de placentas de pacientes normais e pré-eclâmplicas</i> — WODBURY, R. A., ABREU, B. E., TORPIN, R. e FRIED, P. H.	518
<i>Cesariana supra-vesical extra-peritoneal (Tipo de Waters)</i> — WATERS, E. G.	519
<i>O tratamento da infecção gonocócica nas mulheres pela sulfanilamida</i> — HESSELTINE, H. C., LUCILE, R. H., FRED, L. A. e DONALD, K. H.	520
<i>Exercícios na dismenorréia</i> — HAMAN, J. O.	521
<i>Interrupção terapêutica da prenhez</i> — KUDER, K. e FINN, W. F.	522
<i>Gravidez em corno uterino rudimentar</i> — MULSON, F. W.	523
<i>Perturbações menstruais no hiper-tireoidismo</i> — PAOLO, DI G., SINIS-CALCO, O. e CASANOVA, A.	523
<i>Reação de Aschheim e Zondek acelerada. O teste das 2 horas.</i> — SALA, S. L., ORELLANA, D., GONZALEZ, J. M. L.	524
<i>Achatamento do 8 sigmóide nas afecções ginecológicas de origem tumoral (Sinal de Mirizzi)</i> — LONGO, O. e FEDELICH, M. M. Informante: GUARDANO, J.	525
<i>Reanimação do recém-nascido por meio da auto-transfusão placentó-fetal</i> — FERRARO, L. S. Informante: BOTTIROLI, E.	526
<i>Platos vaginais</i> — BORRAS, P. E.	526
<i>Vagina artificial recoberta com enxerto dermo-epidérmico</i> — PALAZZO, O. R.	527

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Metodologia intelectual ginecológica</i> — POU ORFILA, J.	527
<i>Estudo experimental e clínico da influência da glândula tireóide sobre o ovário</i> — ARRIGHI, L. A.	528
<i>O futuro da Obstetrícia</i> — RODRIGUEZ, E. U.	529
<i>Torção aguda de útero fibromatoso ou vôlvulo de útero fibromatoso</i> — BALDI, E. M. e MASCIOTRA, E.	529
<i>Anatomia patológica do câncer da mama</i> — POLETTO, E.	530
<i>A roentgenterapia com pequenas doses para a amenorréia e a esterilidade</i> — HEILMAN, CH. e HUNTER, G. W.	530
<i>Ciclo e patologia da mucosa tubária</i> — ARRIGHI, L. A.	531
<i>Considerações sobre a mola hidatiforme</i> — BAGNANI, E. P. e QUIRINO, J. N.	532
<i>Quisto do útero</i> — BAGNATI, E. P.	532
<i>Divertículos da uretra feminina</i> — RIGANTI, J. S. e BERUTTI, E. G. ...	534
<i>Útero bicornio com corno acessório rudimentar</i> — ROMER, I., MARTINEZ SOSA, P. e RUIZ MONSERRAT, M.	535
<i>Fisiopatologia da úlcera congestiva dos prolapso uterinos</i> — STAJANO, C.	535
<i>Câncer do colo do útero e gravidez</i> — RIESCO, A. e RODRIGUEZ, F. ...	536
<i>Torção axial do útero miomatoso e grávido</i> — DURAN, A.	537
<i>A biópsia rápida ou extemporânea e a punção no diagnóstico do câncer da glândula mamária</i> — RODRIGUEZ, H.	537
<i>Histopatologia geral das endometrioses</i> — PERRIN, T. G.	538
<i>Diagnóstico da gravidez com animais de experiência. Valor da reação de Salmon e Geist. Apresentação da reação A1.</i> — ARZAC, J. P.	539
<i>Dois casos de cesária e miomectomia, por fibroma prévio.</i> — YERO BOU, E.	539
<i>A ação estrogênica da yohimbina e suas aplicações em Ginecologia</i> — COLOMER, L. A.	540
<i>Considerações sobre uma forma especial e incipiente de tumor funcional de ovário</i> — GIL-VERNET, E. e BIEL, J. M.	541
<i>Considerações sobre cardiopatias e gravidez</i> — TURNER, G. G. e LOPEZ AREAL, L.	541
<i>Tumores hormonais do ovário</i> — DOMINGUEZ-ADAMES, U.	542

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelária, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento
sempre por um dos médicos.

quais a administração foi continuada durante doze horas ou mais tempo o útero tornou-se hiperativo e hipertônico, resultando em um trabalho prolongado.

A presença de pré-eclampsia influencia o tipo de resposta à quantidades moderadas de neo-stigmina. A droga não baixa a pressão sanguínea de pacientes grávidas a não ser que elas sejam pré-eclâmp-ticas. Ela baixa a pressão arterial de algumas, mas não de todas as pacientes pré-eclâmp-ticas. A redução na pressão arterial foi sempre precedida ou acompanhada por arrepio, ligeira ascensão de temperatura e início de trabalho. As pacientes pré-eclâmp-ticas têm grande resistência no leito placentar vascular materno e a redução da pressão sanguínea parece ser causada pela diminuição da resistência periférica no leito vascular uterino. Parece ser acompanhada por vaso-constricção dos vasos musculares, cutâneos e possivelmente renais.

A observação de que diferentes pacientes pré-eclâmp-ticas podem responder diferentemente a doses moderadas de neostigmina, contribue para apoiar a crença de que pode haver vários tipos diferentes de pré-eclampsia.

A atividade colesterinásica de placentas de pacientes pré-eclâmp-ticas é maior que a de pacientes normais. — *O. S. L.*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Cesariana supra-vesical extra-peritoneal (Tipo de Waters)

(*Supravesical extraperitoneal cesarean section [Waters' Tipe]*)

WATERS, EDWARD G. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1945, Vol. 49, N. °6, pág. 739).

A cirurgia abdominal do caso obstétrico impuro está na ordem do dia. Nota-se que desde algum tempo, antigos trabalhos, idéias e recursos técnicos vêm sendo discutidos com maior interêsse, no sentido de que possam ser conhecidos os dados que autorizem uma orientação mais acertada e uniforme.

A cesariana extra-peritoneal, constitue sem dúvida alguma, o ponto de maior interêsse, e para qual, encontram-se voltadas as atenções dos interessados, que com maior número de casos de emprêgo do recurso cirúrgico, vão se fazendo mais autorizados a conclusões amparados pela experiência.

O trabalho do A. é a descrição da técnica empregada bem como os dados estatísticos obtidos num total de 250 casos.

A incidência das cesarianas é de 2,67 %. Entre as anotações saliente-se a observação de que em 4 casos, verificou-se a perfuração da bexiga, ocorrência para a qual o A. faz particular referência.

No total das cesarianas extra-peritoneais (250 casos) verificaram-se 2 óbitos (0,8 %).

A anestesia espinal foi usada em 190 casos, a espinal mais éter em 51, o éter-oxigênio em 8 e o ciclopropano apenas 1 vez.

O artigo, que merece a atenção dos interessados, termina aconselhando a difusão do recurso técnico pelos bons resultados oferecidos. — A. O. S.

O tratamento da infecção gonocócica nas mulheres pela sulfanilamida (*Sulfonamide therapy in gonococcal infection in women*) — HESSELTINE, H. C., LUCILE, R. HAC, FRED, L. ADAIR e DONALD, K. HIBBS — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1945, Vol. 49, N.º 6, pág. 746).

Este trabalho é o resultado de um estudo de quatro anos sobre o tratamento da infecção gonocócica nas mulheres pela sulfanilamida. Uma série suficientemente grande de mulheres foi tratada com cada tipo de sulfanilamida para se poder chegar a conclusões precisas relativamente aos melhores métodos de diagnóstico e tratamento, e para determinar a droga de escolha, bem como o critério de cura necessário.

No decurso desta investigação foram tratadas 1.126 mulheres com sulfanilamida, sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina. O critério de cura exigia que as pacientes fossem observadas pelo menos dois meses em seguida ao tratamento antes de terem alta como curadas. Conseqüentemente, 551 pacientes que responderam ao tratamento, mas tornaram-se delinquentes antes de completarem o período de observação foram eliminadas. Aqui são consideradas detalhadamente as restantes 575 pacientes que tiveram alta como curadas, ou que deixaram de responder ao tratamento. Destas, 430 (75 %) responderam a um único tratamento, e tiveram alta curadas; 145 tiveram culturas positivas repetidas ou recidivantes e fizeram nova série terapêutica. Provavelmente o problema mais difícil na avaliação do tratamento de uma infecção como a gonocócica, reside na diferenciação entre a reinfeção e a verdadeira incapacidade da paciente em responder ao tratamento.

A sulfadiazina foi a droga de escolha no tratamento da infecção gonocócica nas mulheres. O sulfatiazol é ligeiramente menos eficiente. Ambas as drogas deram melhores resultados e foram melhor toleradas pelas pacientes do que a sulfanilamida ou a sulfapiridina.

O diagnóstico da gonorréia e o critério de cura, sempre que possível, devem ser baseados em estudos culturais.

As pacientes devem ser observadas durante, pelo menos, um período menstrual negativo e preferentemente dois.

O futuro da Obstetrícia (*El porvenir de la Obstetricia*) — RODRIGUEZ, E. U. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Junho 1945, Vol. III, N.º 6, pág. 435).

Afirma o A. que, devido aos importantes progressos técnicos, a cirurgia tende a substituir as grandes operações clássicas. A cesariana constitui, atualmente, a operação preferida para os casos difíceis; com o emprego local de sulfamidas, é aplicável ainda em casos de infecção, não existindo motivo para praticar a operação de PORRO.

A técnica de KERR modificada por REZENDE, para cesariana baixa, diz o A., dá ótimos resultados; o pós-operatório evolue igualmente como o de um parto normal. Esta operação é indicada em todos os casos de estreitamento pelviano, incluso os mais leves. Na primípara, que oferece remotas probabilidades de parto espontâneo, a cesariana baixa é superior a qualquer outra intervenção e particularmente ao fórceps alto, à versão e à extração manual, de cujos riscos, tanto maternos como fetais, o A. fala detalhadamente. Constitue também, a cesária baixa, a operação mais segura e menos traumatizante em todos os casos de eclampsia e na maioria dos de placenta prévia. Outras indicações são: as estenoses cicatriciais ou neoplásicas do colo ou vagina em múltiparas; a co-existência de gravidez com tumor uterino ou peri-uterino; os fetos gigantes ou monstruosos e todos aqueles casos com história de distócia anterior, ou suspeita de estreitamento pelviano, sendo necessário então realizar medições radiográficas da pelve. — C. A.

Torção aguda de útero fibromatoso ou vólvulo de útero fibromatoso (*Torsion aguda de útero fibromatoso o vólvulo de útero fibromatoso*) — BALDI, E. M. e MASCIOTRA, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Junho 1945, Vol. III, N.º 6, pág. 445).

A propósito de duas observações de torção aguda de útero fibromatoso, os A.A. realizam o estudo crítico dos elementos semiológicos que permitiram chegar ao diagnóstico pré-operatório. Analisam os fatores etiopatológicos e detêm-se a considerar a designação correta que, julgam, corresponde aplicar a este quadro clínico, argumentando em prol do emprego do termo "vólvulo do útero", pela semelhança clínica e patogênica que existe entre a torção do útero e a de qualquer outra víscera ôca do abdômen. Chamam a atenção para um sinal que tem, para os A.A., certo valor diagnóstico diferencial e que consiste na percepção do batimento da artéria uterina através do fundo-de-saco vaginal anterior, sinal que foi encontrado com muita nitidez em um dos casos pelos A.A. referidos. — C. A.

de estrutura sarcomatosa globo ou fuso-celular foram dados como derivados de endometriomas estromatosos benignos e conduziram a metástases pulmonares, neste caso benignas.

Acha que o nome de endometriose deve ser dado para a ectopia desses tecidos, não incluindo as manifestações de hiperplasia e da hipertrofia e quando tiverem caráter neoplásico, o de endometrioma.

Ilustram este trabalho 15 figuras esquemáticas dos diversos tipos descritos. — C. A.

Diagnóstico da gravidez com animais de experiência. Valor da reação de Salmon e Geist. Apresentação da reação A₁.
(*Diagnóstico del embarazo con animales de experimentación. Valor de la reacción de Salmon y Geist. Presentación de la reacción A₁*) — ARZAC, J. P. — (*Analecta Médica, México, Abril-Junho 1945, Ano VI, N.º 2, pág. 29*).

O A. refere-se às modificações surgidas até agora à reação de ASCHHEIM e ZONDEK para o diagnóstico biológico da gravidez, apresentando sua experiência com a modificação de SALMON e GEIST. Introduziu ligeira modificação, que consistiu na utilização de camundongos de 20 a 30 dias, em vez de ratas, o que chama de reação A₁. Praticaram-se 119 reações, confirmando os resultados, em cada exemplar, com outras reações biológicas. Nas 12 reações "A₁", a percentagem de duvidosas foi de 8,3 % (1 caso). A reação de FRIEDMAN deu, em 66, 3 duvidosas e 4 erros. O A. acha, no entanto, melhor a de SALMON e GEIST, sendo a A₁ como método complementar e a de KUPPERMAN para um caso de urgência. — C. A.

REVISTA MÉDICA CUBANA

Dois casos de cesária e miomectomia, por fibroma prévio.
(*Dos casos de cesarea y miomectomia, por fibroma previo.*) — YERO BOU, E. — (*Rev. Médica Cubana, Havana, Junho 1945, Tomo LVI, N.º 6, pág. 401*).

O A. faz a apresentação de dois casos clínicos de tumores pré-vios e irreductíveis, nos quais praticou cesária seguida de miomectomia, coroados de pleno êxito. Em ambos o obstetra praticou a cesária segmentar tipo POLLACK, e através da mesma ferida do segmento inferior praticou a extirpação tumoral, fechando com a técnica habitual. As evoluções se processaram sem acidentes e as pacientes receberam alta curadas, aos 12 dias, havendo menstruado posteriormente em plena normalidade. Tratava-se em ambos os casos, de tumores únicos, de fácil acesso, e de execução técnica relativamente boa, o que foi executado sem perda sanguínea apreciável.

O A. refere-se a um emprêgo de um detalhe de técnica interessante: com o fito de evitar a prática de nova ferida peritoneal, utilizou a anteriormente praticada no segmento inferior, a fim de extrair o feto, através da qual na parede uterina praticou uma incisão que o levou até a zona de descolamento do tumor, o que conseguiu com facilidade até atingir um único ponto que mereceu uma ligadura entre pinças. A cavidade consequente à extirpação tumoral em ambos os casos reduziu-se espontaneamente, e para evitar espaço morto foram utilizadas suturas de aproximação. Foi fechada a parede do segmento inferior, cruzando por cima dos bordos peritoneais.

O A. ressalta a importância da via abdominal nos casos em que a situação do tumor acarreta dificuldades no mecanismo de parto normal.

E conclue dizendo que, a cesária segmentar é a melhor solução para o tumor fibromiomaso prévio irreductível originário da distócia de trânsito. A enucleação tumoral é de técnica relativamente fácil, devendo-se realizar de preferência a miomectomia, principalmente em face dos tumores únicos. A incisão da cesária segmentar pode ser utilizado como via de acesso ao tumor evitando deste modo nova incisão peritoneal. A histerectomia fica reservada para os casos de nódulos fibromiomasos múltiplos, e abstenção operatória só tendo lugar nos casos de contra-indicação cirúrgica consequente à precariedade do estado geral das pacientes. — G. R.

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

A ação estrogênica da yohimbina e suas aplicações em Ginecologia (*La acción estrogénica de la yohimbina y sus aplicaciones en Ginecología*) — COLOMER, L. A. — (*Rev. Española de Obst. y Gin.*, Junho 1945, Tomo II, N.º 12, pág. 390).

O A. traz ao conhecimento o emprêgo que fez da yohimbina em vários processos, nos quais obteve efeito terapêutico estrogênico. Recorda a química desse alcalóide e do seu cloridrato, substância empregada no comércio. Na ação farmacológica desse alcalóide encontra-se a afrodisíaca e a ação vaso-dilatadora; alguns estudos experimentais foram feitos, em ratas, procurando demonstrar sua ação estrogênica por uns, luteinizante, através da hipófise, por outros.

O A. procurou comprovar a ação estrogênica da yohimbina em pacientes com perturbações hipoestrogênicas, controlando essa ação por meio da citologia vaginal (estudo do glicogênio celular). Como resultados, verificou-se que as referidas pacientes beneficiaram-se com o seu emprêgo e a citologia vaginal comprovou um possível efeito sobre a cornificação vaginal e o aumento do glicogênio celular. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felício dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Janeiro de 1945

Vol. 19 — N.º 1

SUMÁRIO

	Págs.
EDITORIAL	
<i>Este número</i>	3
TRABALHOS ORIGINAIS	
<i>Cório-carcinoma do útero</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	7
<i>Diagnóstico precoce do câncer cervical</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES e DR. JORGE RODRIGUES LIMA	22
<i>Para a casuística da tuberculose do colo uterino</i> — PROF. DR. F. VICTOR RODRIGUES	35
<i>Endocervicose</i> — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES	43
<i>As celulites pelvianas crônicas</i> — DR. A. FELICIO DOS SANTOS ...	55
<i>Método auxiliar para o diagnóstico das lesões do colo uterino</i> —DR. JOÃO PAULO RIEPER	63
<i>Colpocitologia</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL	67
<i>Considerações em torno da vascularização arterial dos anexos</i> — DR. JOÃO CARDOSO DE CASTRO	77
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>Encerramento das aulas de Clínica Ginecológica em 1944</i>	86
<i>Encerramento do Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica. Entrega dos diplomas.</i>	89
<i>"Sociedade Brasileira de Ginecologia". A nova diretoria para 1945-46</i>	91
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Lições de Clínica Cirúrgica</i> — PROF. AUGUSTO PAULINO	92
<i>Libro de oro</i>	94
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA	
<i>Ata da sexagésima-segunda sessão ordinária</i>	95
ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA	
<i>Vigésima-primeira sessão ordinária</i>	96
<i>Vigésima-segunda sessão ordinária</i>	99
<i>Vigésima-terceira sessão ordinária</i>	100
<i>Vigésima-quarta sessão ordinária</i>	101
<i>Vigésima-quinta sessão ordinária</i>	102
RESUMOS	
(Ver índice próprio).	

Neo-Krinotan

SULFANILAMIDA

Extrato total de fígado — Fração G de fígado

Hormônio córtico suprarrenal

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro



ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Pág.
<i>Um novo método rápido de intubação com o tubo de Miller-Abbott —</i>	
HARRIS, F. I.	103
<i>Levantar precoce no puerpério —</i>	
ROTSTEIN, M. L.	104
<i>Sobre o quimismo dos cistos ovarianos —</i>	
WATTS, R. M. e ADAIR, F. L.	105
<i>Morbidade da operação cesariana e mortalidade séptica em relação ao tipo de operação —</i>	
BRISCOE, C. C.	106
<i>O tratamento simplificado de Zondek para a amenorréia secundária —</i>	
FINKLER, R. S.	107
<i>Transfusões pelo cordão nos recém-nascidos —</i>	
MAYES, H. W.	108
<i>Prognóstico e conduta na rotura prematura das membranas —</i>	
BISHOP, E. H.	109
<i>Um estudo do tipo endometrial antes e depois do tratamento por amenorréia —</i>	
BICKERS, W.	110
<i>A frequência da menstruação anovulatória determinada pela biópsia do endométrio —</i>	
LÉVAN, A. B. e KANTO, C. B.	112
<i>Hormônios gonadotrópicos com referência especial às suas ações sobre o mecanismo reprodutor feminino —</i>	
SIMPSON, M. E.	113
<i>O problema da esterilidade —</i>	
POMMERENKE, W. T.	114
<i>Ressecção dos cornos para o tratamento da salpingite —</i>	
FALK, H. C. ...	115
<i>Absorção perlingual de progesterona e anidro-hidroxi-progesterona —</i>	
GREENBLATT, R. B.	116
<i>Infantilismo sexual feminino —</i>	
WILKINS, L. e FLEISCHMANN, W. ...	117
<i>Estado do ovário no mioma do útero —</i>	
CALVO MARCOS, M. e BOTELLA LLUSIA', J.	118
<i>A colposcopia na profilaxia do carcinoma do colo —</i>	
MARTINEZ, DE LA RIVA, A.	118
<i>Um caso de tuberculose do colo uterino —</i>	
HORNO LIRIA, R.	119
<i>Câncer do colo e gravidez —</i>	
ALBERTELI, J. F.	119
<i>Encurtamento intra-peritoneal dos ligamentos redondos. Técnica do Prof. W. Latzko. —</i>	
ROJAS, D. A.	120

	Pág.
<i>Citoesteatonecrose da mama</i> — BENZADON, J.	120
<i>Técnica de dupla incisão na mamectomia com esvaziamento axilar por câncer da mama</i> — MORELLO, F. S. e ANGEL SANS, P.	121
<i>Rotura do útero grávido. Histerectomia — Sulfamidoterapia intra-peritoneal.</i> — SILVESTRE, S. L.	122
<i>Câncer do coto cervical</i> — PERALTA RAMOS, A., PERALTA RAMOS, A. G. e ABERTELLI, J. F.	123
<i>Um detalhe de terminologia ginecotológica. Exérese da expressão "normo-placentário".</i> — TURENNE, A.	123
<i>O conteúdo vaginal da recém-nascida; a crise genital.</i> — GORI, R. M. e BAYONA, E.	124
<i>Fibromioma uterino com pedículo torcido</i> — FERRACANI, R. S.	124
<i>O cirurgião geral em face do tratamento do mioma uterino</i> — CIRIO, C. R.	125
<i>Síndrome de Meigs (Fibroma de ovário com ascite e hidrotórax)</i> — BRACCO, J. A. e FISCHMAN, J.	125
<i>Malformação adquirida da vulva</i> — PLANAS, A. e CUERDA, E.	126
<i>Curetagem uterina e esterilidade</i> — OBIGLIO, J. R.	126
<i>Tumor de Krukenberg</i> — POU DE SANTIAGO, A.	126
<i>Operação cesariana extraperitoneal retrovesical</i> — GUERNICA, E.	127
<i>A biópsia rápida ou extemporânea e a punção no diagnóstico do câncer da glândula mamária</i> — RODRIGUEZ, H. H.	128

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

DIRETORES:

Alberto Peralta Ramos — Juan Carlos Ahumada

Manuel Luis Perez

Assinatura anual (Janeiro a Dezembro) 20 pesos argentinos
ou U. S. \$6.00

Publicação mensal

Direção, Redação e Administração

CALLE JOSE' E. URIBURU' 1578 — BUENOS AIRES

— REPÚBLICA ARGENTINA —

paraovário foram também examinados. Os valores obtidos foram variáveis não só entre os líquidos de diferentes tipos de cisto, como também nas diversas cavidades do mesmo tumor. Os achados foram postos em correlação com o tipo histológico do tumor.

Parece que a composição do líquido está dependendo da atividade secretória da camada que forra o cisto. Em geral, os líquidos dos cistos com epitélio ativamente secretante e uma camada basal celular possuem alto teor de azoto e proteína, alto de potássio e baixo de cloretos; os que possuem epitélio menos ativamente secretante ou uma parede cística desnuda ou atenuada e em que a camada basal é avascular ou hialinizada mostram baixo teor azótico e proteínico, baixo teor de potássio e alto de cloretos. — *A. M.*

Morbidade da operação cesariana e mortalidade séptica em relação ao tipo de operação (*Cesarean section morbidity and septic mortality in relation to the type of operation*) — BRISCOE, CLARENCE C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1944, Vol. 48, N.º 1, pág. 16).

Revisões anteriores, diz o A., têm demonstrado que o índice de mortalidade cai abruptamente desde que o tipo de cesáreas eletivas aumenta. Quando a operação segue um período de trabalho, há um aumento da mortalidade na razão da duração daquele. A infecção séptica, particularmente a peritonite, tem uma posição proeminente como causa principal das mortes após cesárias, atingindo 36,3 por cento das mortes na cidade de Philadelphia em 1941. A A. havia acentuado que um terço dos casos de mortes por infecção após cesária poderia ser evitada, nas doentes mortas entre 1931 e 1940, porque a operação se seguiu a parto prolongado. Os resultados de um questionário enviado por SCHUMANN, em 1940, aos hospitais dessa cidade revelou que 4,2 por cento das cesárias praticadas nesse ano foram da variedade denominada "distócia negligenciada".

Na Maternidade de Philadelphia ("Philadelphia Lying-in Hospital") a maioria dos médicos preferem a operação clássica para as doentes antes do trabalho, reservando a cesária cervical de KERR para as doentes em trabalho ou com membranas rôtas e as operações de WATERS ou de PORRO para as pacientes infestadas.

Do seu estudo conclue a A. que a cesária antes do parto oferece a maior garantia contra a infecção. Os dados relativos aos últimos 3 anos mostram, na Maternidade de Philadelphia, superioridade da cesária segmentária sobre a corporal nos casos eletivos e especialmente nas mulheres em trabalho. Acima de um terço das mortes após cesária são devidas à infecção e a metade em pacientes que estiveram em trabalho 12 horas, 37 por cento das quais apresentavam sinais de infecção antes da operação. A operação de escolha nos

casos infectados parece ser a cesária extra-peritoneal, segundo séries relatadas. — A. M.

C tratamento simplificado de Zondek para a amenorréia secundária (*Zondek's simplified treatment of secondary amenorrhea*) — FINKLER, R. S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1944, Vol. 48, N.º 1, pág. 26).

A cessação do sangramento cíclico uterino na mulher não grávida na idade concepcional com órgãos pelvianos íntegros é algumas vezes uma fonte de grave preocupação para a paciente e sua família; frequentemente mulheres com esse distúrbio vêm a apresentar várias neuroses e estados depressivos.

Assim, é muitas vezes imperativo produzir sangramento uterino afim de tranquilizar a paciente e auxiliá-la num reajustamento de seus problemas; em muitas oportunidades isto deve ser resolvido no menor espaço de tempo possível. É inteiramente indiferente para a paciente se o sangramento uterino provocado é uma menstruação fisiológica ou o resultado de uma terapêutica substitutiva; a manifestação externa do sangramento uterino é suficiente para lhe assegurar de que a função normal não estava completamente perdida.

Num grande número de casos a amenorréia é devida a processos patológicos pélvicos, moléstias debilitantes, deficiências nutritivas e distúrbios psicogênicos. Tendências hereditárias, também, devem ser consideradas, bem como doenças e tumores do sistema nervoso central e das glândulas endócrinas. No fim verifica-se que nestes casos a perturbação é de origem endócrina.

De fato, os vários tipos de amenorréia funcional constituem a maioria dos casos de amenorréia. As glândulas geralmente interessadas são a tireóide, a hipófise, os ovários e as suprarrenais.

A amenorréia provocada pelos distúrbios da tireóide é comparativamente rara; quando encontrada responde rapidamente ao tratamento. Aquela devida a uma ligeira deficiência hipofisária ou ovariana, frequentemente responde à terapêutica glandular estimulante. Entretanto, os tipos mais graves de amenorréia que são devidas seja a hiperatividade suprarrenal ou a deficiência primária hipofisária ou a ovariana, raramente respondem à terapêutica estimulante; nestes casos a terapêutica substitutiva com estrogênios potentes e progestogênios está indicada.

Quando ZONDEK, ROZIN e VESELL demonstraram que não havia necessidade de provocar uma proliferação completa do endométrio com estrogênios para produzir sangramento uterino com progesterona, estava lançada a base para nova simplificação do tratamento eficaz da amenorréia secundária. A vantagem do plano de trata-

órgãos e o estado geral deficiente. Falecendo a paciente, a autópsia (sòmente do abdômen) revelou: tumor ovariano bilateral, epiploíte com gânglios aumentados de volume, tumor do estômago, necrótico, aderente ao fígado e neste vários nódulos tumorais. O exame histológico dessas tumorações comprovou: presença de células típicas "em anel" nos ovários e no epiteloma gástrico; epiteloma hepático.

O A. passa em revista o histórico, caracteres gerais, o estudo macro e microscópico desses tumores, o caminho que seguem as metástases, etc., terminando por concluir: 1) que o tumor de KRUKENBERG é, em geral, um epiteloma ovariano metastásico, de origem gastro-intestinal; 2) a característica fundamental é a forma em "anel" que adotam as células epiteliomatosas, especialmente no ovário; 3) quando forem encontrados tumores sólidos bilaterais nos ovários, é necessário pensar no tumor de KRUKENBERG e em consequência buscar o neoplasma primitivo. — C. A.

VIDA NUEVA (Cuba)

Operação cesariana extraperitoneal retrovesical (*Operación cesarea extraperitoneal retrovesical*) — GUERNICA, E. — (*Vida Nueva*, Julho 1944, Tomo LIV, N.º 7, pág. 18).

O A. apresenta um caso impuro com 81 horas de trabalho de parto, no qual foi praticada a operação cesariana extraperitoneal retrovesical SELHHEIM-RICCI. Teve os seguintes cuidados prévios: sonda de Nelaton na bexiga ligada a um recipiente contendo azul de metileno; tamponamento vaginal com gaze afim de levantar o colo para cima. Raquianestesia. *Técnica*: Incisão para-mediana direita infra-umbilical; afastamento do reto para fora incidindo sobre a linha posterior do mesmo. Neste momento observa intacto o peritônio e enche a bexiga com solução de azul de metileno. Dissecção da bexiga incisando transversal e muito superficialmente o fascia vesical um pouco para baixo do seu bordo superior até cair no plano de clivagem, descobrindo o lado esquerdo do segmento inferior; continua pelo lado direito e termina pela parte superior da bexiga, ponto aderente ao peritônio devido a presença do uraco e secciona-o entre duas ligaduras; afasta por meio de duas valvas, o fundo-de-saco para cima e a bexiga para baixo, descobrindo o útero e seccionando-o ao nível do segmento inferior; praticou então a retirada de um feto vivo com 8 libras de peso. Extração manual da placenta.

Desta forma o A., publicando este caso, teve em vista chamar a atenção para a facilidade da operação e seu pós-operatório eficiente. — E. L.

ANAIAS BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

U. F. R. J.
MATERNIDADE E LA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano X

Fevereiro de 1945

Vol. 19 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Endometrosi fornical posterior perforante</i> — DR. NORMANDO ARENAS e DR. OSCAR BLANCHARD	129
<i>Câncer na mulher e hormônio sexual masculino (Tratamento das algias por câncer do colo uterino pelo propionato de testosterona)</i> — DR. JOSE NEMIROVSKY	136
<i>Tratamento cirúrgico dos miomas uterinos (Análise de 163 casos)</i> — DR. OSWALDO DA SILVA LOUREIRO	150
<i>Câncer do endométrio, seu diagnóstico.</i> — DR. A. VESPASIANO RAMOS	157
<i>Anemias do tipo macrocitário na gravidez (Observação de três casos)</i> — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO	164

EDITORIAL

<i>A castração no câncer mamário</i>	179
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Relatório da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (Prof. Dr. Arnaldo de Moraes)</i>	183
<i>"1.º Congresso Médico-Social Brasileiro"</i>	195
<i>50.º aniversário da "Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo"</i>	196

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Exploración funcional del riñon. Su aplicación al estado grávido-puerperal normal y patológico. Estudio clínico-experimental.</i> — MARIO B. D. TORRE	197
<i>Dadores de sangue (Organização, clínica e laboratório)</i> — ALMERINDO LESSA	198
<i>Hormônios gonadotróficos e estrogênicos. Sua avaliação quantitativa.</i> — CLARICE DO AMARAL	199

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da sexagésima-terceira sessão ordinária</i>	201
<i>Ata da sexagésima-quarta sessão ordinária</i>	202
<i>Relatório da Diretoria da Sociedade Brasileira de Ginecologia durante o biênio 1943-1944</i>	204

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
Tratamento dos miomas uterinos — PHANEUF, L. E.	209
Alterações biológicas de epitélio escamoso transplantado no tecido conjuntivo pelviano — WHITACRE, F. E. e WANG, Y. Y.	210
O abuso de repouso em obstetrícia — EASTMAN, N. J.	211
Antigalactógenos — GAVIOLI, R. L.	212
Considerações sobre um caso de alongamento hipertrófico do colo do útero — ROJAS, D. A.	213
Herpes gestationis — MUELLER, C. W. e LAPP, W. A.	213
Terapêutica substitutiva oral com etinil-estradiol e alfa-estradiol — HARDING, F. E.	214
A histerossalpingografia, um auxiliar de rotina no diagnóstico ginecológico. — BERNSTEIN, C. P.	216
O controle da menorragia pela prolactina — KUPPERMAN, H. S., FRIED, P. e HAIR, L. Q.	217
Cesariana sob anestesia caudal contínua — LULL, C. B. e ULLERY, J. C.	218
Eclampsia sem convulsões, hipertensão ou coma. — REIS, R. A. e BERNICK, E. A.	219
O controle da concepção pelos pessários plásticos do colo — GRAFENBERG, E. e DICKINSON, R.	220
Indicações gerais para o tratamento radiológico do câncer — BUSCHKE, F.	221
Vitaminoterapia — ZIMMERMAN, B.	222
Agnesia ovariana — WILKINS, L. e FLEISCHMANN, W.	222
Alguns efeitos da testosterona, do propionato de testosterona, da metil-testosterona, do estilbestrol e dos raios-X sobre uma paciente com síndrome de Cushing. — DEAKINS, M. L. FRIEDGOOD, H. B. e FERREBEE, J. W.	223
Controle do sangramento provocado por estrogênios — MARGOLESE, M. S.	224
Rotura completa da face posterior e inferior da bexiga. Fistula reto-vaginal. — PAVLOVSKY, A. J.	225
Considerações sobre a prenhez prolongada — SCHWARCZ, R. e PINTO, R. M.	225
Morte do feto durante a gravidez, por estrangulamento do cordão umbilical devido a uma brida amniótica. — FARRARI, R. A. e COLOTTA, F.	226

	Págs.
<i>Atresia vulvar por soldadura ou aglutinação dos pequenos lábios. — BO-</i> <i>VERI, J. L.</i>	227
<i>Gravidez gemelar com feto papiláceo — D'AQUILA, E.</i>	228
<i>Transfusão de sangue placentário — BALAGUER, M.</i>	228
<i>Histerectomia meno-conservadora — CORRÊA DA COSTA, C.</i>	229
<i>Diagnóstico dos processos patológicos da glândula mamária pela biópsia</i> <i>endocanalicular — LEBORGNE, R.</i>	230
<i>Resultado, nos filhos, do tratamento anti-sifilitico intenso durante a gra-</i> <i>videz — MURTAGH, J. J.</i>	231
<i>Pelviperitonite arenosa — SALABER, J. A., CONTRERAS ORTIZ, N. e</i> <i>SAMMARTINO, R. L.</i>	231
<i>Dois novos êxitos no tratamento cirúrgico da esterilidade — JAKOB, A.</i>	232
<i>Descolamento da retina nas grávidas — MARTINEZ BARRIOS, R. e</i> <i>NANO, H. M.</i>	232
<i>Diabete insípida e gravidez — MARINO DONATO, V.</i>	233
<i>Estruma ovárico com hipertireoidismo — DIONISI, H. e FERRARIS, L. V.</i>	233
<i>Distribuição do fator Rh na população de Montevidéu — INVERNIZZI, D.</i> <i>e YANNICELLI, S.</i>	234
<i>Sobre um caso de arrenoma — BRITO, V. e RIVERO, A.</i>	234
<i>Metropatia hemorrágica — Enfermidade de Brennecke-Schroeder—APONTE</i> <i>PORRAS, A.</i>	235
<i>Tratamento cirúrgico dos fibromiomas uterinos. Estatística pessoal de</i> <i>365 casos. — CÓRDOBA, S.</i>	235

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituente - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR



Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

Esta permanência ou semi-permanência no efeito da prolactina supriu um intervalo suficiente para permitir à paciente sujeitar-se a um regime mais severo para corrigir a causa responsável pelo sangramento uterino excessivo.

Algum sucesso foi obtido em mitigar a dismenorréia pela administração de prolactina quando estava associada a sangramento uterino excessivo.

Além disso, os sinais e sintomas de ameaça de abôrto foram aliviados pela administração de prolactina em 3 de 6 pacientes com história de interrupções de gravidez anteriores. A administração de preparados lactogênicos a mulheres com ciclos normais não teve um efeito apreciável sobre a duração do ciclo, o sangramento menstrual ou a aparência morfológica do endométrio.

Sugerem os A.A. que a capacidade do hormônio lactogênico em controlar o sangramento uterino está provavelmente ligada às suas propriedades luteotróficas.

Dada a inocuidade do efeito da prolactina sobre o ciclo menstrual normal e sua ação corretiva na metropatia menorragica, julgam os A.A. indicado o seu emprego no contrôle do sangramento uterino excessivo. — A. A. S.

Cesariana sob anestesia caudal contínua (*Cesarean section under continous caudal anesthesia*) — LULL, CLIFFORD B. e ULLERY, JOHN C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1944. Vol. 48, N.º 2, pág. 235).

A questão da anestesia caudal contínua, está em foco quanto ao seu emprego em obstetrícia.

Os A.A. referem os primeiros 50 casos em que a anestesia caudal contínua foi empregada para a operação cesariana. No trabalho atual, acrescentam 62 outros casos, perfazendo um total de 112 em que a referida anestesia foi sempre usada. Dão a seguir a lista das indicações em que se sobressai a desproporção feto-pélvica que contribuiu com 62 do total dos casos.

Nos cuidados pré-operatórios chamam a atenção para vários pontos entre os quais o da absoluta necessidade do preparo mental da paciente à qual administram barbitúricos antes da anestesia.

Nos dados estatísticos referem os A.A. que dos 112 casos a anestesia caudal contínua deu excelente resultado em 108. Houve quatro falhas que foram atribuídas a defeitos da técnica. Não se verificaram casos de morte materna nem complicações pós-operatórias dignas de registro. Os 3 casos de morbidez constatados pelos A.A. não devem ser atribuídos à anestesia.

Relativamente aos fetos nada se fez particularmente digno de nota. Melhorando a técnica da anestesia, os A.A. acentuam que a queda da pressão sanguínea referida da imensa maioria dos autores, não se verificou tão acentuadamente. — *A. O. S.*

Eclampsia sem convulsões, hipertensão ou coma. (*Eclampsia without convulsions, Hypertension or coma.*) — REIS, RALPH A. e BERNICK, ELI A. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1944, Vol. 48, N.º 2, pág. 257).

A eclampsia sem convulsões é rara. SLEMONS referiu 9 casos, sendo os dois últimos verificados em 1907. Na pesquisa bibliográfica sobre o assunto feita por COFFIERE em 1927, foram reunidos 38 casos. Mais recentemente, em 1933, ARTHUR G. KING voltou a tratar da questão, conseguindo o 44.º caso. No livro de DIECKMANN encontramos mencionado um outro caso. Conforme referem os A.A., outros casos devem ser considerados, sendo que para sua comprovação faltam os dados de necrópsia, que são como sabemos dados pela presença de infartos anêmicos ou trombozes da veia porta, e hemorragias hepáticas peri-portais.

Nos informes estatísticos fornecidos por CRUISCHHANK, HEWITT e COUPER encontramos que em 18 % dos seus casos de eclampsia a pressão sanguínea foi menor que 141 mm. de mercúrio, enquanto em 22 % foi superior a 200 mm., dando em média 168 mm. Segundo HERNSON, seus pacientes tiveram em 95 % das vezes, uma pressão sistólica superior a 136 mm. Hg. Em 85 % dos casos de eclampsia foi verificado edema dos membros inferiores.

Os A.A. descrevem um caso bastante interessante de eclampsia sem convulsões, observado em primípara de 29 anos de idade, que faleceu. A necrópsia feita revelou tratar-se de um caso típico de eclampsia, tendo todas as características anátomo-patológicas sido verificadas. Justificam a publicação do caso, baseados nos seguintes fatos:

- 1) A presença de eclampsia sem convulsões e coma;
- 2) Pressão sanguínea normal associada à eclampsia;
- 3) Ausência de edema aparente;
- 4) A possível relação entre a ausência do líquido amniótico na presença da toxemia, e finalmente
- 5) Comprometimento agudo do fígado com pequena ou nula alteração do rim e outros órgãos. — *A. O. S.*

ANAI S BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00
Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)
Número avulso, Cr\$ 8,00

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Resultados obtidos com o parto dirigido</i> — DR. EDUARDO MARTINS C. RAMOS e DR. A. FRANÇIA MARTINS	237
<i>Contribuição ao estudo da síndrome de Chiari</i> — DR. JOSE RICARDO ALVES GUIMARAES e DR. FRANCISCO BERGAMIN	256
<i>Da escolha da anestesia em Ginecologia</i> — DRA. HILDA PAONESSA	266
<i>O parto nas cardíacas</i> — DR. B. NEME	286

EDITORIAL

<i>Aspecto social do câncer do aparelho genital feminino</i>	297
--	-----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>Sobre o "Relatório da Clínica Ginecológica, em 1944"</i>	302
<i>Relatório da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina</i>	303

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Profesor U. Fernandez"</i> — MANUEL LUIZ PEREZ (Diretor)	304
<i>Alocações</i> — MIGUEL COUTO FILHO	305

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Relatório da "III Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia"</i>	306
--	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Kringcerl

HORMÔNIO CÓRTICO-SUPRARRENAL



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

TRABALHOS ORIGINAIS

RESULTADOS OBTIDOS COM O PARTO DIRIGIDO *

DR. EDUARDO MARTINS C. PASSOS

Chefe de Clínica da Maternidade de São Paulo. Cirurgião Adjunto da Santa Casa de Misericórdia. Diretor do Hospital Santa Cecília.

DR. A. FRÂNCIA MARTINS

Assistente da Maternidade de São Paulo. Cirurgião Adjunto da Santa Casa de Misericórdia. Assistente do Instituto do Radium "Arnaldo Vieira de Carvalho" (Serviço Ayres Netto).

O conceito clínico de parto dirigido tem sofrido ligeiras alterações desde que, pela primeira vez, VORON e PIGEAUD o descreveram.

Baseado nos estudos de SCHICKELÉ, KREIS introduziu na prática obstétrica uma terapêutica sistemática a ser empregada em todo o parto, desde o seu início, conquanto não houvesse um vício absoluto de conformação.

O termo de "parto médico", por ele proposto, ganhou logo grande divulgação e as razões aventadas eram calcadas em estudos anteriores de fisiologia e de físiopatologia obstétrica.

Uma vez desencadeado o trabalho, insistia na rotura precoce da bolsa de águas, qualquer que fôsse o grau de dilatação do colo, empregando imediatamente depois a spasmalgina, cujo número de empôlas poderia atingir mais de vinte no decurso do trabalho. Afirmava que a bolsa de águas só prejudicava o parto, quebrando o velho conceito, aliás clássico, de que as membranas só deviam ser rompidas quando a dilatação se achava completa. Na opinião de BURGER, foi VAN DER HOEVEN, em 1912, o primeiro a propor a rotura precoce das membranas como medida capaz de acelerar o parto, quando o colo estivesse dilatado para 4 cms.

* Trabalho apresentado à "3.ª Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia", realizada em Novembro de 1944, no Rio de Janeiro.

A dilatação do colo não poucas vezes é perturbada por aderências anormais das membranas âmnio-coriais à parte inferior do segmento, o que não dá oportunidade a que se processe o deslizamento e conseqüentemente a sua distensão, fatores essenciais a que se forme a bolsa de águas. A esta negava KREIS o papel de dilatador mecânico do colo, bem como elemento indispensável do mecanismo excitador da fibra uterina, trazendo como provas afirmativas do seu ponto de vista a dilatação nos casos de apresentações transversas com rotura prematura das membranas, os casos de fibromas submucosos paridos, etc. A presença da bolsa de águas provoca muitas vezes a falta de insinuação da cabeça fetal, obrigando a fibra uterina a esforços violentos que redundam em seu esgotamento e conseqüente parada do trabalho.

Negando qualquer valor à bolsa de águas, KREIS rompe-a precocemente, entrando logo a seguir com espasmolíticos (spasmalgina) a fim de obter uma regularização das contrações, com relaxamento dos anéis circulares espasmódicos porventura formados dos desvios da normalidade.

Os estudos iniciais de KREIS apontavam um número médio de horas de trabalho muito superior aos que obteve posteriormente, indicando um aperfeiçoamento de sua técnica inicial, que só se estabeleceu com base nesta última fase. Assim pois, em 1923, nas primíparas, 114 casos, num total de 540, ultrapassaram 20 horas de trabalho, ao passo que em 1930, num total de 598, só ultrapassaram aquele número de horas, 14 casos. Nas múltiparas, em 1923, 62 casos excederam de 16 horas e somente 11 casos em 1930, sendo, respectivamente, o total, de 591 e 652 casos.

VORON e PIGEAUD, animados com os estudos de KREIS, introduziram modificações na técnica deste, sem no entanto, deixar de reconhecer que o valor do trabalho original deve-se ao mestre de Strasbourg. A variação consistia no fato de que empregavam ocitócicos como coadjuvantes das contrações em caso de inércia relativa, praticavam a rotura sistemática da bolsa mas somente quando o colo atingia o diâmetro aproximado de 4 cms., e usavam anti-espasmódicos, conforme a necessidade do caso. Alegavam também que nem todo o parto necessita intervenção medicamentosa e que esta é desnecessária em grande número de casos e só deverá ser introduzida nas ocasiões em que se despertar qualquer anomalia contrátil da fibra uterina.

Defendendo sua orientação sistemática, KREIS insiste na necessidade de se praticar o seu método desde o início do trabalho, pois assim agindo, consegue-se evitar que se estabeleçam na maioria das vezes, anormalidades, ou melhor, consegue-se evitar que um parto que poderia ser distócico, se mantenha eutócico, numa verdadeira terapêutica profilática excessiva.

Deve-se realmente à escola de Strasbourg o reavivamento e a divulgação de ensinamentos no campo da fisiologia obstétrica, já

descritos por BARNES em 1873 com o nome de antagonismo funcional fisiológico.

SCHICKELÉ observou que, em determinados casos, o colo apresentava certa rigidez à dilatação, embora as contrações fossem enérgicas e a bolsa de águas se mantivesse intacta. Observou também que em casos com rotura prematura da bolsa, o fenômeno se repetia e que as contrações corporais tornavam-se mais violentas quanto mais intransponível fôsse o obstáculo cervical.

Notou então que, com o emprego de anti-espasmódicos, na maioria das vezes, o orifício cervical se dilatava rapidamente com prévia regularização das contrações do corpo.

SCHICKELÉ atribuía ao desequilíbrio funcional da inervação autônoma e antagônica do corpo e do colo as contrações violentas da musculatura corporal com ausência de dilatação da cervix caracterizadas por sensibilidade exagerada do tipo espasmódico localizada na região lombar. Este quadro clínico tão bem descrito, é hoje conhecido, desde 1931, por proposta de PERALTA RAMOS, por "Síndrome de SCHICKELÉ".

O emprego de anti-espasmódicos produz uma acalmia na fibra uterina super-excitada, em consequência ao excesso de trabalho a que esteve submetida devido ao obstáculo assestado no colo. O desaparecimento deste em consequência ao emprego da spasmalgina, provoca uma retomada do sincronismo das contrações, o que resulta no prosseguimento normal do trabalho.

Algumas vezes, porém, notou SCHICKELÉ que a dilatação da cervix não se processava, embora grande fôsse o uso dos anti-espasmódicos. Geralmente assim acontecia quando o colo havia sido séde de fenômenos inflamatórios ou devido a causas inerentes à sua constituição embriológica, ou o que sóe acontecer habitualmente, quando o tratamento da distócia não era feito a tempo e se instalava o quadro de edema patológico. Bastavam alguns cortes ligeiros de tesoura neste anel rígido, na maioria dos casos, para se processar uma dilatação completa.

Os espasmos do orifício externo determinam muitas vezes um bloqueio do trabalho e uma dose pequena de anti-espasmódico produz, inicial e paradoxalmente, o efeito de ocitócico. Nesses casos, em que a hipertonia frustra simula um verdadeiro estado de inércia, o uso do ocitócico tem efeito contrário e acarreta resultados desastrosos. Daí, a necessidade de nunca se empregar qualquer ocitócico, mesmo quando nos pareça haver inércia, sem primeiramente fazermos uso da spasmalgina.

Admite SCHICKELÉ que, nos casos normais, há um verdadeiro sincronismo entre o corpo e o colo, porque, enquanto aquele se contrai, este se dilata, enquanto aquele tem uma ação ativa, este tem uma ação passiva. É o que em clínica se denomina sinergia funcional. Qualquer desvio desta rota é patológico e encontramos então os casos em que tanto o corpo como o colo se contraem simultanea-

mente ou à contração do corpo segue-se uma indiferença do colo, criando impecilhos ao movel e transformando o quadro geral do parto, que se não fôr despistado e medicado a tempo, resulta em perigo para a parturiente e para o feto.

Esses conceitos de SCHICKELÉ estão naturalmente baseados nos estudos anatômicos de BAYER, aliados a uma interpretação fisiológica que tinha fundamento na inervação antagônica entre o corpo, o segmento e a cervix, isto é, o corpo era inervado pelo sistema simpático e o colo e o segmento o eram pelo vago. Daí originar-se a concepção anátomo-fisiológica do conceito de SCHICKELÉ.

Entretanto, desde 1930-1935, novos estudos vêm trazendo luz sobre o problema. Com o aparecimento dos trabalhos sobre arquitetura funcional do útero, de autoria de GOERTTLER, somos obrigados a negar a interpretação da sinergia funcional, mas não nos furtamos, todavia, a reconhecer que se esta estava baseada em conceitos errados, a observação clínica tanto propedêutica como terapêutica, era exata e dela, inegavelmente, se obtiveram resultados práticos de inestimável valor.

O parto dirigido começa com VORON e PIGEAUD que, em 1934, apresentaram uma estatística razoável a seu favor, salientando sempre que seus estudos se baseavam nos de KREIS e que é a este que se deve o início de tais observações.

Aproveitando-se das inscrições gráficas obtidas pelo método de FABRE, colheram uma série de provas sobre o valor de diversos medicamentos que atuassem sobre a musculatura uterina. Partindo do fato de que a inércia é muitas vezes combatida por medicamentos calmantes, associaram a estes o emprego de quinino ou extratos pós-hipofisários, com resultados animadores. O uso de opiáceos, cuja ação calmante sobre o útero é conhecida, foi pôsto de lado em razão da ação tóxica sobre o organismo fetal. No entanto, drogas do tipo da Spasmalgina, cujo emprego na obstetrícia se deve a SCHICKELÉ, possuem uma ação verdadeiramente notável sobre o ritmo das contrações, sem atuar geralmente de maneira prejudicial sobre o feto. Os extratos pós-hipofisários, que eram inicialmente ocasionadores de inúmeras roturas uterinas, passaram a ser melhor utilizados após a sua dosificação em unidades internacionais (Genebra). Assim verificaram ainda VORON e PIGEAUD, que o efeito tetanizante da pós-hipofisina desaparecia com o emprego cuidadoso de doses pequenas e espaçadas que passavam a produzir movimentos contráteis, ritmados, em determinados casos.

Estes casos devem ser perfeitamente estabelecidos e meticolosamente apreciados. Quando a inércia é relativa, assinalam aqueles autores, o emprego dos extratos hipofisários deve ser feito porque muitas vezes evita-se uma aplicação de fórceps. No entanto, a sua utilização é perigosa quando já há sofrimento fetal, mais nociva ainda sobre o feto do que a própria aplicação do fórceps.

Impõe-se também o uso destes agentes contratores quando a inércia relativa segue-se à rotura precoce espontânea ou artificial da bolsa de águas, pois verifica-se, e esse é realmente fato costumeiro na prática diária, logo após a rotura das membranas, em numerosos casos, uma tendência passageira para o enfraquecimento das contrações. Estas retomam seu poder normal com duas unidades, assinalam aqueles obstetras franceses, repetidas a intervalos regulares.

A originalidade do parto dirigido consiste no emprego de ocitócicos em fracas doses, associados aos métodos clássicos estabelecidos por KREIS (VORON e PIGEAUD). A preferência para este termo baseia-se no fato acentuado pelos autores, de que o seu emprego não é sistemático, mas variável, de acordo com as condições clínicas do caso, ora empregando um ocitócico, ora um anti-espasmódico, ora os dois em conjunto, após prévia rotura da bolsa de águas, quando a dilatação da cervix atingir 4 cms.

Admitem ainda, com grande clarividência, uma ampla divulgação deste termo — parto dirigido — pelos ensinamentos que ele introduziu na prática obstétrica e pelo princípio assim estabelecido, que se resume numa conduta espectante sobre o desenvolvimento do parto eutócico, a fim de corrigir qualquer anomalia de contração porventura originada em qualquer das fases de seu desenrolar, para, destarte, reconduzir à normalidade.

A finalidade a atingir, além da assinalada, é também de reduzir o número de horas de trabalho e diminuir tanto quanto possível os fenômenos dolorosos.

O seu emprego está condicionado às bacias normais ou pouco abaixo do normal e com fetos pequenos.

Em 1938, acrescidos de maior experiência e coligindo maior material, VORON e PIGEAUD alteraram ligeiramente sua conduta, ampliando as indicações outrora restritas, em consequência também da evolução natural dos conhecimentos histo-fisiológicos.

Dentre as condições previstas, estabeleceram:

- a) os elementos essenciais da mecânica obstétrica devem estar normais;
- b) a parturiente deve estar realmente em trabalho;
- c) o parto é dirigido por médico que saiba distinguir o normal do patológico.

As medidas terapêuticas então preconizadas pelos autores são as seguintes:

- 1) rotura artificial precoce das membranas desde que a dilatação tenha atingido 4 cms., com ampla dilaceração das mesmas e orientação do eixo cervical para o canal normal do parto caso esteja dele desviado.

- 2) emprego sistemático após a rotura das membranas, de anti-espasmódicos. O número de injeções ou supositórios pode ser grande, sem nenhuma ação prejudicial.
- 3) emprego de medicamentos ocitócicos, extratos pós-hipofisários dosados a 2 unidades internacionais, quando necessários e não sistematicamente. No entanto, quando o seu emprego se justificar antes da dilatação completa, associa-se na mesma seringa, uma empôla de Spasmalgina, com resultados sempre surpreendentes.

Notamos pois que a conduta introduzida pelos próprios autores do parto dirigido, tem sofrido alterações e acreditamos que isto tenha sido observado por quantos parteiros existam, pois a sequência cuidadosa de cada parto necessariamente leva a variar a terapêutica, no intuito sempre de conduzir o movel da melhor maneira possível através as vias naturais, a fim de se obter um feto em boas condições de vitalidade, procurando resolver o parto no menor número de horas possível.

Assim agindo, o obstetra está praticando sempre o parto dirigido, absolutamente dentro do sentido proposto por seus autores, que, muito a propósito, deixaram margem a maiores amplitudes, num elevado espírito de compreensão e num sentido verdadeiramente obstétrico.

Justa homenagem devemos render a KREIS, pioneiro na sistematização do que denominou "parto médico", porém peca o seu método pelo exclusivismo irrestrito, não desviando sua maneira de agir, embora muitas vezes o caso assim o determinasse. Parecem-nos mais coerentes os princípios do parto dirigido, pois o ecletismo dos seus conceitos e a elasticidade admitida pelo próprio termo e proposta pelos seus autores, resolvem melhor os casos surgidos atuando como verdadeira bússola a indicar qual o ponto que deverá ser corrigido, desde que a rota saia da normalidade. Eis porque BERUTI acha que o parto dirigido nada mais é do que um parto corrigido.

Finalmente, em 1940, no Congresso Argentino de Ginecologia e Obstetrícia, discutiu-se largamente a "Fisiopatologia da Contração Uterina", numa tentativa de esclarecer determinados pontos que permaneciam obscuros, antes dos magistraes estudos de GOERTTLER. Isso conseguido, dar-nos-ia um processo terapêutico de inegavel valor que viria trazer à ciência tocológica uma das mais belas conquistas.

Exemplifiquemos a nossa conduta com algumas observações resumidas, salientando que, sempre que é possível, envidamos todos os esforços para levar o parto a bom termo, e quando isto se torna impossível procuramos agir por via baixa, guardando apenas a via alta — a cesariana — para aqueles casos dentro das suas precisas indicações.

Cremos que com o parto dirigido podemos alcançar um grande número de partos normais, reduzindo a mortalidade fetal e materna, numa defesa justa, principalmente ao organismo gerador.

A obstetrícia, como a ciência médica em geral, deverá seguir as normas indicadas pela natureza.

Observações

OBS. 1 — P. L., 37 anos, branca, brasileira, casada. Ficha 3.072. Maternidade de São Paulo. II para. Pelvimetria externa: 25-30-31-20. Entrada em 18-10-944.

Gravidez de termo. Primeiras dores às 10 horas de 18-10-44. No mesmo dia da entrada, às 15 horas, em razão das fortes contrações, receitaram no plantão três spasmalginas, uma cada hora, portanto terminaram as injeções às 17 horas. Às 19,30 hs. mais uma spasmalgina. Bolsa íntegra. No dia seguinte (19-10-44) receitaram mais uma spasmalgina. A dilatação do colo ao entrar era de 1 dedo e depois não ultrapassou dois dedos até o dia 21., conforme bem se acompanha no quadro abaixo. Fomos encontrar a paciente às 24 horas do dia 21-10-44, portanto com 86 horas de trabalho, com quase 3 dedos de dilatação, colo rijo, espasmódico, bolsa íntegra.

<i>Exames</i>	<i>Contr.</i>	<i>Foco</i>	<i>Colo</i>	<i>Apresent.</i>	<i>Insin.</i>	<i>Bolsa</i>
Ao entrar	fortes	.+	1 d.	cefálica	alta	íntegra
6,30 h. 19/10	fracas	.+	2 d.	"	"	"
10,45 h. 19/10	regul.	.+	2 d.	"	"	"
16,00 h. 19/10	"	.+	2 d.	"	"	"
24,00 h. 21/10	espaç. int. reg.	.+	quase 3 d.	"	"	Rut. art.

Pelo quadro acima, vemos que a doente passou por vários plantões, recebeu medicação e ficou sob as vistas de parteira aguardando o momento para resolver o caso.

Antes de praticarmos o exame às 24 horas do dia 21-10, tivemos a oportunidade de examinar a papeleta e, pelos dados, pareceu-nos haver uma indicação de cesária, por várias razões: trabalho prolongado, bolsa íntegra e contrações espaçadas e de regular intensidade, e ausência de dilatação do colo, embora não houvesse sinais objetivos de sofrimento fetal. Praticamos o toque, encontramos uma dilatação para quase 3 dedos, bolsa íntegra e tensa, cabeça no estreito superior. Indiscutivelmente tratava-se de uma hipertonia relativa secundária, resultante de um espasmo da cervix, que, medicado insuficientemente, não surtiu o menor efeito. Resolvemos romper a bolsa, receitar spasmalgina, uma cada 30 minutos, e junto com a 2.^a e a 4.^a associar uma empôla de cardiazol-quinino.

Esta medicação foi feita rigorosamente e às 20,10 do dia 22-10-44, isto é, duas horas e dez minutos após a rotura da bolsa e tratamento sistemático pela spasmalgina, deu-se o parto normal, feto vivo, bem constituído, peso 3.150 grs., rodando a cabeça para a direita, confirmando o diagnóstico de uma O. D. P.

E' este caso altamente instrutivo no que diz respeito ao parto dirigido e bem orientado. Se logo no primeiro dia após algumas horas de trabalho, se tivesse usado a terapêutica aconselhada, a doente não teria permanecido 86 horas em trabalho, com graves perspectivas para a mãe e o feto.

No entanto, se pela terapêutica instituída às 24 hs. do dia 21-10, nada tivéssemos conseguido para o lado do colo, dentro de 6 horas praticaríamos a cesária, em condições favoráveis e confortados com a prova do trabalho, após orientação correta.

A rotura da bolsa fez com que a apresentação fôsse diretamente agir sobre o colo, e o espasmo deste, foi corrigido pela spasmalgina, que atuando sobre a hipertonia relativa secundária, modificou o ritmo da contração das fibras contraeis uterinas impelindo o movel pelo canal pelvi-genital.

OBS. 2 — A. C., 30 anos, branca, brasileira, casada. Ficha 3.106. Maternidade de São Paulo. V gestação. Pelvimetria externa: 24-28-32-19.

Entrada: 9,30 hs do dia 21-10-944.

Antecedentes bons. Wass. negativo.

Primeiras dores à 1 hora de 21-10-944. Ao entrar, às 9,30 do mesmo dia, contrações fracas, foco +., rítmico, insinuação apenas esboçada, bolsa íntegra, apresentação cefálica (O. E. A.), colo dilatado para 2 dedos. Às 11,30 hs. contrações regulares, foco rítmico a esquerda, dilatação para 3 ½ dedos, cabeça fixa. Rotura artificial da bolsa nessa ocasião. Terapêutica a partir desse momento: Spasmalgina, 1 empôla cada 40 minutos, terminando 3 empôlas às 12,50 hs. Cardiazol-quinino 1 empôla às 13,30 e outra às 14 hs. Dilatação completa. Pituitrina 1 empôla (5 unidades) às 16 hs. Parto normal às 16,30 hs., feto pesando 2.270 grs.

A morosidade de dilatação do colo desapareceu após a rotura artificial da bolsa de águas, com o emprêgo de spasmalgina. O esgotamento parcial da fibra uterina, cedeu depois do repouso a que foi submetida com o emprêgo do spasmolítico, excitando-se as contrações em seguida por meio de doses fracas de quinino, que não foram suficientes para expulsar o feto. O extrato pós-hipofisário atuou energicamente, já com dilatação completa, dando lugar ao desprendimento fetal.

O abandono nessa fase resultaria em pouco tempo no sofrimento fetal, obrigando-nos a intervir com uma aplicação baixa de fórceps. Convém frizar que o foco fetal estava normal no momento do emprêgo da pituitrina.

OBS. 3 — F. D. C., 39 anos, branca, casada, brasileira. Registro geral n.º 11.758. Secção Maternidade do Hospital Santa Cecília. II para (Clínica particular).

Pelvimetria externa: 24-26-32-22.

Entrada: 6-9-944.

Antecedentes obstétricos — Primeira gestação terminada por cesária após 26 horas de trabalho de parto, segundo informou, por falta de dilatação do colo. Sessenta dias de hospital por infecção puerperal e supuração da parede.

Segundo parto — Apresentou-se ao nosso consultório no 4.º mês de gravidez, aterrorizada pelo fato de ter sido cesariada e perguntando se era possível evitar nova intervenção dessa espécie. Dissemos que só faríamos nova cesária se houvesse indicação precisa, porquanto nem sempre em partos posteriores se repetem as causas que determinaram a distócia dos anteriores e mal sabíamos nós que haveria repetição. Seguimos desde então sua gravidez que decorreu normalmente, tendo o cuidado de verificar os diâmetros da bacia, que eram normais, assim como o restante do canal pelvi-genital, notando apenas ligeiro estreitamento vaginal. Nosso prognóstico foi favorável a um parto por via baixa, até mesmo normal, dependendo apenas de algum fator imprevisível surgido no decorrer do trabalho.

Às 16 horas do dia 6-9-944, deu entrada no Hospital Santa Cecília, com dores fracas, características de início do trabalho. Examinada pela parteira, esta nos informou que a doente se apresentava com contrações fracas e espaçadas, mas que o colo do útero, embora se encontrasse apagado, não dava passagem sequer à polpa digital. Às 18 horas praticamos um exame objetivo e verificamos, nesse momento, que o órgão uterino se apresentava com contrações

espaçadas com 3 minutos de intervalo, com duração de 10 a 15 segundos, produzindo dores acentuadas na região lombar. Não praticamos o toque, a fim de evitar excesso de manipulações desnecessárias. O feto era volumoso e a cabeça se encontrava alta e movel. Bolsa íntegra. Contrariando a orientação de KREIS, entramos com uma primeira série de três spasmalginas, dadas com intervalos de 40 minutos, findos os quais as contrações se ritmaram. Essas condições perduraram até às 21 horas, quando houve uma volta ao estado primitivo. Resolvemos então praticar o toque antes de uma nova orientação terapêutica. Verificamos então que o colo se encontrava desviado para trás e com grande dificuldade se conseguia tocar o seu orifício externo, o que foi conseguido quando mandamos a parteira corrigir externamente a anteversão forçada com que o útero se apresentava. Nessa ocasião atingimos o orifício externo, que se encontrava fechado, mas dando agasalho apenas à polpa do dedo. Tentamos forçar a passagem, o que não conseguimos em consequência de falta de apoio. Mandamos então a parteira praticar mais uma manobra acessória, desta vez representada pela manobra de MÜLLER, que nos proporcionou o ponto de apoio de que tanto necessitávamos para franquear o colo. Logo após esse procedimento o colo, como que por encanto, se dilatou para três dedos, rompendo-se simultaneamente a bolsa, cujas membranas se achavam aderentes à coalescência existente e pudemos verificar que no seu contôrno havia um círculo resistente, dando-nos a impressão que era constituído por tecido cicatricial, portanto de difícil solução por meios medicamentosos. Resolvemos submeter a doente à prova de trabalho durante 6 horas, de acôrdo com a orientação de PERALTA RAMOS, não com o fito de obtermos a dilatação completa do colo, mas sim para dar tempo à descida do polo cefálico, que após a retirada da mão que procedera à manobra do tacto impressor de MÜLLER, voltara à sua posição primitiva. Entramos com medicação anti-espasmódica, a fim de restabelecer o ritmo das contrações, o que foi conseguido. Desse momento em diante resolvemos fiscalizar a progressão da descida do pólo cefálico pela palpação externa, que foi se processando paulatinamente. Às 24 horas do mesmo dia fizemos novo toque e verificamos que a dilatação, como prevíamos, continuava na mesma, mas que a cabeça se encontrava já no 2.º plano de HODJE, em posição O. D. P. Meia hora após, verificando o aumento e o prolongamento excessivo da duração da contração resolvemos, como medida profilática de qualquer acidente para o órgão gestatório, intervir; foi o que fizemos incontinenti. Feitos os preparativos de praxe, procedemos à incisão bilateral do colo e aplicamos o fóreeps, tendo feito previamente uma ampla episiotomia. Retiramos a seguir um feto do sexo masculino com pêso de 4.200 grs.

Pela seqüência dos fatos desenrolados no decorrer do trabalho de parto e acima de critos, somos forçados a concluir que a primeira intervenção foi devida ao mesmo fator, que não foi descoberto e tratado convenientemente. Esta norma de conduta evita intervenções intempestivas e desnecessárias, praticadas exclusivamente por não ter sido a doente submetida a um parto dirigido e bem orientado.

OBS. 4 — I. T. F., 34 anos, casada, branca. Registro geral 9.787. Secção Maternidade do Hospital Santa Cecília. II para.

Pelvimetria externa: 26-28-31-21.

Entrada: 17-9-943.

Primeiro parto cesariada por distócia dinâmica irremovível.

Segundo parto — Primeiras dores às 17 horas do dia 17-9-43. Entrada às 19 horas do mesmo dia. O primeiro exame praticado às 20,50 hs. revelava colo dilatado para dois dedos, apresentação cefálica, cabeça alta, contrações irregulares e com dores assestadas na região lombar. Rotura artificial das membranas. Em seguida empregou-se 3 empôlas de spasmalgina com intervalos, entre uma e outra, de 40 minutos. Dores regularizadas até 23,30 hs. quando empregamos uma empôla de cardiazol-quinino. Às 24 horas, já com dilatação completa fizemos 1 empôla de Pituitrina (5 unidades) em razão da

hipotonia que se instalava. Às 0,30 hs. do dia 18-9-43, processou-se o parto normal, feto masculino pesando 3.750 grs., em boas condições de vitalidade. Duração do trabalho 5 horas e 30 minutos.

OBS. 5 — A. E. C. M., 38 anos, casada, branca. Registro geral 11.696. Secção Maternidade do Hospital Santa Cecília. III para.

Pelvimetria externa: 24-26-30-20.

Entrada: 17 horas de 26-8-944.

Primeiro parto normal, segundo prematuro.

Dores rítmicas às 18 horas, embora as contrações fôsem fracas. Empregamos uma spasmalgina, que regularizou as contrações. Às 19,30 horas o exame revelava um colo dilatado para 4 dedos O. E. A. Rotura artificial da bolsa, seguida de mais uma spasmalgina. Contrações ritmadas até 20,30 hs., quando uma empôla de cardiazol-quinino veio provocar aumento de sua intensidade. Empregamos uma empôla de Pituitrina, após dilatação completa e o parto deu-se normalmente às 21,55 hs. Feto do sexo feminino, pesando 4.620 grs., em ótimo estado.

Duração do trabalho 4 horas e 55 minutos.

OBS. 6 — E. R., 27 anos, branca, casada. Registro geral 11.711. Secção Maternidade do Hospital Santa Cecília. III para. Entrada: 29-8-944.

Pelvimetria externa: 24-26-30-32.

Parto atual — Primeiras dores às 20,30 hs., muito fraças, melhoradas com 1 empôla de spasmalgina e 20 minutos depois com outra de cardiazol-quinino. Cabeça alta. O. E. A. Às 21 horas colo dilatado para 3 dedos. Rotura artificial da bolsa e emprêgo de 2 empôlas de spasmalgina, devido ao exacerbamento das dores, uma empôla cada 40 minutos. Ao terminar o emprêgo da última empôla houve diminuição das contrações: fez-se necessário mais uma outra empôla de cardiazol-quinino, que regularizou-as novamente, o que perdurou até às 11,50 hs. Em seguida, nova redução do ritmo contrátil. O toque revelou dilatação quase completa. Com uma empôla de pituitrina dada em duas porções, houve contrações fortes e o parto se processou normalmente aos 0,40 hs. do dia 30-8-944. Feto masculino, pesando 4.120 grs.

Duração do trabalho 4 horas e 10 minutos.

OBS. 7 — R. M. S., 22 anos, preta, brasileira, casada. Papeleta 3.104. Maternidade de São Paulo.

Pelvimetria externa: 20-25-30-18. I para.

Entrada: 21-10-944, às 7,40 hs.

Primeiras dores às 15 hs. de 20-10-944. Rotura espontânea da bolsa às 2 horas de 21-10-944. Examinada ao entrar, às 7,40 hs. deste último dia, constatou a parteira de serviço: Contrações regulares, foco rítmico, à direita, 140 por minuto. Colo com dilatação quase completa; cabeça fixa, O. D. P. Bolsa rôta. Às 9,30 hs. encontrou-se a parturiente nas mesmas condições, mantendo-se ainda um bordo do colo nas mesmas situações do primeiro exame, isto é, ao entrar às 7,40 hs., embora as contrações tivessem acelerado seu ritmo, tornando-se fortes e frequentes. Foi receitada então spasmalgina, uma empôla cada 40 minutos, num total de três, iniciadas às 9,40 hs. e terminadas às 11 hs. Logo após a última empôla, entrou a doente em período expulsivo, dando-se o parto normal às 12,15 hs., feto vivo, de sexo feminino, pesando 3.020 grs., rodando a cabeça para a direita.

Esse caso demonstra claramente a ação da spasmalgina quase no final da dilatação, pois estando a doente com cerca de 17 horas de trabalho, bolsa rôta, o espasmo cervical instalou-se e obrigou o útero a contrações exageradas que, se fôsem abandonadas sem medicação trariam uma complicação no quadro geral por hipertonia da fibra contrátil uterina e conseqüente bloqueio do trabalho. A spasmalgina obrigou o espasmo a ceder, regularizando as contrações, tanto assim que, menos de 3 horas depois do início da medicação adequada, o parto deu-se normalmente, sem emprêgo de qualquer ocitócico.

OBS. 8 — L. C., 42 anos, branca, brasileira, casada. Papeleta 2.984. Maternidade de São Paulo.

Pelvimetria externa: 24-28-32-20.

Entrada: 8,10 hs. do dia 11-10-944.

A doente era grande múltipara; primeiras dores às 9 hs. do mesmo dia. A doente veio para esta Maternidade às 8,10 hs., apresentando hemorragia de intensidade regular quase sem dores. Examinada pela parteira de serviço, esta observou foco rítmico à esquerda, prenhez de 7 meses, colo dilatado para dois dedos, bolsa íntegra, apresentação cefálica, alcançando o dedo, à esquerda, o bordo placentário.

Diagnóstico: Prenhez de 7 meses, com placenta prévia marginal à esquerda.

Reexaminada às 13,30 hs. por nós, foram confirmados todos os elementos anotados pela parteira de serviço. Procedemos a rotura artificial da bolsa e iniciamos o tratamento com a spasmalgina aplicando-a em número de 3 com intervalo de 40 minutos entre uma e outra. Após a rotura da bolsa houve parada quase completa da perda sanguínea. Ao exame praticado após a aplicação da última empôla de spasmalgina, isto é, às 15,30 hs., verificamos que todos os fenômenos necessários à terminação do parto desenvolviam-se normalmente, tendo este se dado espontaneamente às 15,50 hs. Feto vivo, mas reanimado apresentando sinais evidentes de deficiência vital, vindo a falecer às 23,30 do mesmo dia. Era um feto prematuro como já tínhamos verificado, branco, do sexo masculino, pesando 2.150 grs.

Queremos aqui chamar a atenção para um fato de observação comum, traduzido pela intolerância à spasmalgina de quase todos os fetos que ainda não atingiram o seu completo desenvolvimento.

OBS. 9 — D. B. S., 23 anos, parda, brasileira, casada. Papeleta 2.876. Maternidade de São Paulo.

Pelvimetria externa. 21-25-30-19. I para. Prenhez de termo.

Entrada às 6,30 hs. de 1-10-944.

Primeiras dores às 23 hs. de 30-9-944.

Ao entrar, o exame revelou o seguinte: contrações fracas, foco rítmico, batendo à esquerda, 136 p. m., colo dilatado para 1½ dedo; cabeça alta e movel, bolsa íntegra. Às 17,50 hs. do mesmo dia, reexaminada, verificou-se o seguinte: contrações fortes, foco rítmico, colo dilatado para 3 dedos, cabeça baixa; rotura artificial da bolsa e receitadas 3 empôlas de spasmalgina, uma cada 40 minutos, iniciadas às 18 hs. e terminadas às 19,20 hs. Parto normal às 21,20 hs. do mesmo dia, rotação para a esquerda e uma circular no pescoço. Feto vivo, pesando 3.050 grs., sexo masculino. Período expulsivo pouco demorado.

OBS. 10 — I. M. C., 23 anos, brasileira, branca, casada. Papeleta 2.927. Maternidade de São Paulo, Apart. 64.

Pelvimetria externa: 23-26-29-18. I para. Prenhez de termo.

Entrada: 1 hora, 12-10-944.

Primeiras dores às 14 hs. de 11-10-944. Ao entrar a parteira examinou-a e verificou: contrações fracas, foco rítmico 140, batendo à direita; colo dilatado para 2 dedos; apresentação cefálica, bolsa íntegra. Às 6,30 hs. de 12-10-944, fomos chamados para vê-la e encontramos a doente com contrações fracas, foco 120, rítmico, um pouco surdo, dilatação para 3 dedos, cabeça alta, bolsa íntegra; com receio de romper a bolsa em razão da redução do ritmo cardíaco fetal, resolvemos receitar apenas spasmalgina, associada com cardiazol quinino. A primeira spasmalgina, foi feita associada com o cardiazol-quinino às 6,40 hs. A segunda spasmalgina foi feita às 8,30 hs. Às 11 hs. as contrações eram regulares, foco rítmico, 110 p. m., dilatação quase completa, bolsa íntegra (exame da parteira). Às 13 horas praticamos novo exame assinalando-se o mesmo ritmo das contrações e dos batimentos cardíacos fetais, dilatação completa, bolsa íntegra, cabeça apenas ajustada. Rotura artificial da bolsa e

receitadas duas empôlas de cardiazol quinino, com espaço de 30 minutos. Líquido claro, O. D. P. Parto normal às 13,45, rotação para a direita, feto vivo, sexo feminino, pesando 3.600 grs.

Notamos neste caso que fomos chamados ainda em tempo de corrigirmos um defeito de contratibilidade da fibra uterina, que mantinha um espasmo da cervix, mas que poderíamos ter evitado um trabalho tão demorado se fôssemos chamados mais cedo. Logo após a primeira medicação o resultado foi favorável e ainda mais com a segunda empôla de spasmalgina. Com dilatação completa a bolsa se mantinha íntegra, razão porque praticamos sua rotura, pois qualquer demora no desprendimento nos facilitaria uma aplicação de fórceps sem prejuízo para o feto, cujo coração reduzirá seus batimentos durante o trabalho, de 140 para 110.

A rotura das membranas fez com que a cabeça se fixasse e o parto se desse pouco depois.

Estudo crítico — Nesse caso procedemos de uma maneira que talvez se apresente como antagônica ao processo que estamos discutindo. Mas, se assim agimos foi em defesa do organismo fetal e ao mesmo tempo para provar de forma evidente que a permanência da bolsa d'água impede de modo flagrante frequentemente a descida do pólo cefálico.

OBS. 11 — M. C. S., 23 anos, branca, portuguesa, casada. Papeleta 3.148. Pelvimetria externa: 23-27-30-20. I para. Prenhez de termo. Entrada às 11,25 hs. de 1-11-944.

Primeiras dores à 1 hora de 11-11-944. Sòmente deu entrada na Maternidade às 11 horas e 25 minutos do mesmo dia, sem ter médico para assisti-la. Examinada pela parteira, esta encontrou o seguinte: contrações fracas, foco rítmico, à esquerda; colo com dilatação para 1 dedo, não havendo insinuação; apresentação cefálica; bolsa íntegra. Às 2,10 hs. do dia 2-11-944, portanto com 25 horas de trabalho, as contrações eram muito fortes, foco abafado, rítmico, 140 p. m., mantendo-se o colo com a mesma dilatação de 1 dedo; bolsa íntegra. A parteira então solicitou-nos uma medicação qualquer, pois as dores eram fortes e a família ainda achava que talvez não precisasse de médico. Mandamos fazer 1 spasmalgina. Às 3,50 hs. foi feita outra spasmalgina. Fomos examinar a doente quando chamados, às 8 horas de 2-11-944, e encontramos o seguinte: contrações sub-intrantes muito violentas, foco uterino 140, abafado, dilatação para 2 dedos, cabeça movel. Praticamos a rotura artificial da bolsa e receitamos 4 empôlas de spasmalgina sendo as duas primeiras com intervalo de 15 minutos e a terceira de 30 minutos. Antes da quarta spasmalgina, praticamos outro exame. As contrações eram regulares, espaçadas de 4 a 5 minutos, com duração média de 30 segundos, foco rítmico bem audível, colo dilatado para três dedos e meio, forçado no momento para quatro dedos, cabeça ajustada, líquido claro. Com a quarta spasmalgina mandamos fazer uma empôla de cardiazol-quinino e receitamos mais duas spasmalginas para serem aplicadas com intervalo de 30 minutos, terminando dessa maneira a nossa terapêutica, às 11,00 hs. Reexaminada às 13 horas do dia 2-11-944, encontramos o colo dilatado para a palma da mão, embora as contrações se apresentassem fracas; foco normal, mas o sofrimento materno era evidente. Em vista disto, praticamos imediatamente a aplicação do fórceps, com prévia dilatação manual do bordo restante do colo. Houve rotura bilateral do colo que foi suturada com catgut. Suturamos em seguida a episiotomia prévia que praticamos. Feto reanimado com carbogênio pouco depois chorando de maneira satisfatória. Pêso 3.900 grs., sexo masculino, branco.

Comentários — E' um exemplo evidente dos prejuízos ocasionados à mãe e ao feto pela idéia errônea de que o médico só deverá ser chamado quando houver grande complicação do parto. O abandono do caso presente durante 25 horas, sem qualquer medicação, quando esta se fazia necessária, se não resultou em consequências funestas, arriscou ao conjunto obstétrico — mãe e filho — a perigos de morte. Bem mais cedo poderíamos ter intervindo, após

uma prova de trabalho de parto dirigido, sem obrigar a parturiente aos riscos que sofreu. Quando extraímos o feto, já havia certo grau de fisiometrio e o pós-operatório foi febril até o 4.º dia. Medicada com Sulfatiazol, teve violenta crise eruptiva cutânea, agravando um estado existente anterior, que cedeu no 4.º dia.

Considerações gerais

As observações que juntamos na presente exposição, escolhidas entre várias centenas que possuímos, tem apenas o intuito de esclarecer a conduta seguida, em certos casos. Exemplificar esquematicamente uma orientação terapêutica em obstetrícia e se assim quisermos, em qualquer ramo da medicina, é fugirmos aos conceitos básicos que regem a própria medicina.

O organismo humano é sujeito a uma série de oscilações que por si caracterizam a própria vida, pois a Biologia subordinada às leis mais complexas da Natureza, ocupa uma escala elevada na disposição geral das matérias filosóficas, delas dependente em razão de sua própria organização.

Quase nada, diante da imensidade dos fenômenos naturais, conhecemos de suas leis, e aquelas que o espírito humano conseguiu desvendar, são as mais singelas e rudimentares na barreira que cerca a albumina viva e sua inter-relação com o meio ambiente.

Se correremos os olhos pelas frequentes e novas teorias que aparecem em face do progresso a que cada dia a ciência é sujeita, mais nos convencemos da instabilidade dos meios terapêuticos que possuímos.

O aperfeiçoamento da máquina contribue insofismavelmente para um aperfeiçoamento da ciência, dotando os meios de pesquisas com elementos capazes de um rigor verdadeiramente notável. A associação dos conhecimentos de laboratório àqueles observados pela clínica, constituem um todo harmônico que impulsiona novas conquistas numa aproximação cada vez mais veemente das coisas perfeitas.

Desde o século passado que se vêm notando variações do ritmo contrátil da fibra uterina e as aplicações práticas desses ensinamentos, resultaram em conquistas satisfatórias para a terapêutica obstétrica.

As hipercinesias criaram tratamentos adequados e a morfina, o ópio e a atropina já eram aplicados muito antes que se estabelecesse o conceito clínico da sinergia funcional. A anatomia do útero como a concebia BAYER, veio explicar alguns fatos até então observados na clínica e a textura plexiforme da malha fibrilar uterina permaneceu intangível durante muitos decênios.

A dilatação do orifício externo da cervix, como a concebia DEMELIN, era resultante da retração das fibras longitudinais do corpo, tracionando para cima o anel circular das fibras cervicais, num ver-

dadeiro sentido de repuxamento sobre o pólo fetal que se apresentava.

Em suas observações clínicas, SCHICKELÉ insistia na inervação autônoma e antagônica do corpo e da cervix, criando a célebre hipótese da sinergia funcional antagônica, que no seu desequilíbrio provocava a mais tarde denominada "Síndrome de SCHICKELÉ".

A necessidade de um fundamento mais verdadeiro desses movimentos uterinos no decorrer não só do estado gestatório como do trabalho de parto, se impunha, e coube a GOERTTLER a sua explicação, estabelecendo o conceito de anatomia funcional, única capaz de alterar as idéias estáticas anatômicas passando aos conceitos dinâmicos do órgão.

Nem de outra forma se poderia explicar a mecânica do parto, as distócias anulares e os fenômenos do desencadeamento do trabalho que encontram em sua teoria perfeita razão de ser.

A introdução na clínica de medicamentos cuja síntese foi possível aos laboratórios modernos, trouxe benefícios incalculáveis à obstetrícia, que cada vez mais, tende a corrigir por esses meios, os defeitos da força para que o parto se processe normalmente.

No entanto, a aplicação desses medicamentos, obriga ao tocólogo moderno um profundo conhecimento da fisiologia e fisiopatologia da contração uterina.

As contrações espasmódicas assestadas no colo apresentam-se sob diversas formas. Ora as encontramos desde o início do trabalho, provocando contrações cada vez mais violentas do corpo, que leva a um esgotamento mais ou menos remoto da capacidade contrátil de suas fibras, e conseqüente bloqueio do trabalho; outras vezes o espasmo se instala em determinado período da dilatação, exigindo sempre uma terapêutica adequada, sem a qual vamos recair no quadro clássico da hipertonia ocasionando a parada do trabalho de parto.

Os espasmos podem assestar-se num ponto mais elevado, no denominado anel de SCHROEDER, conhecido clinicamente com o nome de Sinal de BANDL, impelindo o feto para o alto, quando esse ainda se encontra acima daquele, ou uma parte do mesmo, quando a outra já o tenha ultrapassado, exigindo do corpo movimentos contrateis desordenados e violentos, que encarcerarão o feto de tal forma que, somente uma terapêutica dupla obtida pela morfina e anestesia geral, quase sempre acrescida de um ato cirúrgico obstétrico, poderia solucionar: é o síndrome denominado de BANDL.

A intensificação desses fenômenos, sem terapêutica adequada, leva à síndrome de BANDL-FROEMMEL, cuja única terapêutica praticável é a histerotomia, pelo menos com o fito de salvar a mãe.

Explica GOERTTLER que esses anéis contrateis são zonas limites entre determinados segmentos, que por desvios da contração não acompanham as demais fibras nos seus movimentos normais de levantamento.

As distensões espiralares sincrônicas de todo conjunto arquitetônico, processado por meio de fibrilas laterais, encontram obstáculos de ordem particular, provocando uma verdadeira secção patológica do órgão, resultante da distócia da fôrça. Assim, o achatamento do cone de contração não se processa dentro das leis naturais, deixando de proceder ao alargamento do orifício externo, bloqueando o trabalho.

A intervenção do parteiro deverá se fazer sentir no momento da instalação da distócia, ou o mais cedo possível. Só com terapêutica precoce é que se consegue restabelecer o ritmo das contrações e essa medicação deverá ser ministrada conforme o caso se apresente. Feito o diagnóstico, devemos insistir no emprego medicamentoso, controlando sua ação, corrigindo com outros suas deficiências ou excessos, mantendo-se sob vigília o estado do feto, para em caso de fracasso, intervir na forma aconselhada. E' o verdadeiro conceito do parto dirigido.

Pouco importa a terminologia aplicada, apenas nos devemos cingir a esta conduta terapêutica.

TURENNE prefere o termo de parto conduzido, denominando de parto vigiado, os casos em que o médico observa a parturiente na expectativa de surpreender uma irregularidade.

Julgamos apenas que o critério rígido estabelecido por KREIS no parto médico não condiz com os conhecimentos atuais da obstetria moderna, pois na grande maioria das vezes, e aí estão as estatísticas hospitalares, o parto se processa sem o menor auxílio terapêutico.

Eis a razão porque não nos filiamos aos princípios de KREIS e preferimos uma atitude expectante ante nossas pacientes.

O termo "parto dirigido", como queriam VORON e PIGEAUD, é bem claro e adapta-se perfeitamente à clínica, qualquer que seja a sua modalidade.

Denomina-se parto eutócico fisiológico, aquele em que todos os fenômenos inerentes ao trabalho evoluem sem qualquer perturbação, tanto de origem dinâmica como mecânica. De parto eutócico normal, aquele que, embora termine normalmente, apresenta no decorrer do trabalho variações que são auto-corrigidas, mas que trazem como conseqüências o aumento do tempo do mesmo. De *parto eutócico normal dirigido* aquele que evolue sob as condições explanadas dentro do conceito de VORON e PIGEAUD.

Insistimos porém que a todo parto, o médico deve assistir, cabendo apenas à parteira auxiliar aquele nos seus misteres e acompanhar a parturiente e o feto para despistár o início de seu sofrimento.

Entretanto, apesar dos resultados brilhantes obtidos no presente século com o parto dirigido, enfrentamos, entre nós, um grave problema que deve ser eliminado e que se encontra traduzido na frase: "Médico! ... só se precisar".

E' a frase clássica ouvida sempre que presenciamos a entrada de uma parturiente em qualquer serviço de Maternidade.

E' um velho hábito arraigado dentro da mentalidade popular que anualmente rouba um sem número de vidas à comunidade. Esta nefasta compreensão relativa ao parto vem sendo seguida e orientada de geração em geração, resistindo à sequênciã do tempo e a todos os progressos da ciência obstétrica.

E' ao médico parteiro, exclusivamente a ele, que cabe banir de modo preponderante da massa popular esse conceito falso e prejudicial. E agindo de maneira instintiva de uma vez por todas, está o médico concorrendo com eficacidaãe para que o índice de morbidade e mortalidade passe a figurar apenas em percentagem mínima dentro de uma função essencialmente fisiológica.

E' preciso proteger e defender a maternidade dessa nefasta prática, relatando às parturientes e aos seus responsáveis os perigos a que se expõem quando se colocam dentro desse ponto de vista de pensar e agir.

O parto é considerado uma função fisiológica quando se processa sem quaisquer perturbações quer de origem dinâmica, quer de origem mecânica, a fim de que o seu término se dê em curto espaço de tempo, sem ocasionar danos a qualquer um dos componentes do conjunto obstétrico. E' o parto eutócico fisiológico.

Entretanto as condições em que o trabalho de parto se desenrola — isento de perturbações — só nos é dado verificar em pequeno número de casos. Logo, o parto considerado como função fisiológica é fenômeno raro.

O parto eutócico normal é aquele que evolue de maneira normal até o seu final, não deixando todavia de apresentar pequenas anomalias contrateis. Essas anomalias contrateis, embora se auto-corrijam, vêm concorrer indubitavelmente para o aumento do tempo de trabalho que determina uma série de consequênciãs objetivas e subjetivas para o lado materno e fetal.

As perturbações de ordem dinâmica e as de ordem mecânica quando necessitam de correção, devem ser feitas a hora e a tempo.

E' um fato de observação diária que todas as perturbações do trabalho de parto aparecem inopinadamente durante o seu desenrolar e têm que ser combatidas imediatamente com rapidez e eficiência a fim de evitarmos consequênciãs muitas vezes irreparáveis.

Eis porque o parto deve ser assistido por médico cuja presença é necessária nesse momento supremo da vida da mulher, afim de poder distinguir em tempo oportuno o normal do patológico, concorrendo desse modo para o restabelecimento fisiológico do trabalho. Em caso contrário o médico quando é tardiamente chamado, só tem em geral um único caminho — intervir cirurgicamente.

E' o que sempre acontece a todas as parturientes que ao penetrar no edifício de uma Maternidade declaram inconscientemente: "Médico ! ... só se precisar".

Em tais casos é o médico parteiro obrigado a intervir cirurgicamente em condições nem sempre favoráveis à mãe e ao feto, porque já não se lhe apresenta a oportunidade de tratar e muito menos de prevenir, mas sim de agir, porém, incontinenti. Nesse fato, encontramos motivos que por si sós falam a favor da vigilância médica em todos os casos de parto, não somente sob o ponto de vista de prevenir e tratar de pronto as perturbações que surgem, como agir no sentido de evitar profilaticamente um grande número de atos cirúrgicos.

Para concluir, devemos lembrar que urge uma campanha ampla, orientada pelos tocólogos interessados na redução das intervenções cirúrgico-obstétricas, a fim de esclarecer as futuras mães que o parto deverá ser observado desde o seu início pelo médico. Da sua utilidade aí está o exemplo dos brilhantes resultados eugênicos que se obtêm com a assistência pré-natal.

Batemo-nos com isto, por uma orientação tanto quanto possível conservadora e não medimos esforços para conduzir o movel pelas suas vias naturais adrede criadas.

Batemo-nos pela atualização dos antigos preceitos que regeram a obstetrícia de antanho, isto é, relegar apenas à cesária para os casos absolutamente indicados, não forçar sua indicação, por pressa ou comodismo, num atentado flagrante aos conhecimentos modernos que regem o assunto, em desrespeito aos direitos da vida humana.

O uso das vias normais que a natureza tão sabiamente criou, no momento foi quase que relegado para planos secundários pelo aumento excessivo da cesária com os obstetras substituídos por médicos não especializados.

Entramos na era cirúrgica da obstetrícia cujas desastrosas consequências futuras já podemos avaliar; basta reviver os desastres presenciados há alguns anos passados, durante a fúria cirúrgica sobre os anexos da mulher. Aí está o fato a clamar prudência e não nos esqueçamos da tragédia que vitimou um dos mais eminentes ginecologistas brasileiros. Sirva isso de exemplo. Devemos, portanto, retroceder para ouvirmos a voz da experiência daqueles que colocaram a arte obstétrica exatamente onde deve estar; e que nos ensinaram com sabedoria que a obstetrícia do futuro está no seu passado.

O parto normal e os atos cirúrgicos obstétricos obedecem a preceitos incisivos e a precisas indicações que não podem ser pisados nem pelo interesse, nem pela pressa, nem pela ignorância, se se quiser fazer da especialidade um fator que venha proteger a pátria e a família.

A obstetrícia deve viver no presente a história do passado; desse tempo remoto em que avançava a custa de profundos estudos, meditações e desejo de acertar, em que não se pretendia violentar a natureza em sua marcha progressiva, procurando alterar a sequên-

cia de suas fôrças. A arte obstétrica deve ser estudada, meditada e praticada com ciência, senso e consciência.

Resumo

Os A.A. tecem considerações sobre as diversas doutrinas que levaram SCHIKELÉ, KREIS e VORON e PIGEAUD, a estudarem seus métodos de conduta conservadora do parto. Revivem os pontos capitais dos métodos de "parto médico" e "parto dirigido" adaptando o conceito deste último às idéias modernas de fisiologia e físiopatologia obstétrica. Trazem como argumentos a esses novos conceitos, os estudos de GOERTTLER sobre arquitetura funcional do útero. Juntam várias observações de casos tratados com esta orientação moderna, mostrando em cada uma as vantagens desta maneira de agir. Terminam num apanhado geral sobre o assunto, salientando a importância da assistência médica especializada a todo o parto, porquanto só ela é capaz de despistar precocemente qualquer variação da normalidade e corrigir seus defeitos, em benefício exclusivo da parturiente e do feto. Insistem em firmar que a cesária tem suas precisas indicações, procurando, sempre que possível, agir por via baixa, razão pela qual empregam o parto dirigido, a fim de obterem condições favoráveis para a mãe e o feto.

Bibliografia

- 1) BERUTI, J., JUAN, A. LEON e DIRADOURIAN, J. — Parto médico — "Gynéc. et Obstétrique" (Résumé), 30:87, 1934.
- 2) BINDSCHAEDLER — Les douleurs spasmodiques au cours de l'accouchement — "Gynéc. Obstétrique", 17:353, 1928.
- 3) BURGER, PAUL — États spasmodiques du muscle utérin et leurs traitements — "Gynéc. Obstétrique", 2, 1930.
- 4) BURGER, PAUL — Accouchement dirigé — Accouchement médical? — "Gynéc. Obstétrique", 32:145, 1935.
- 5) FIGUEIREDO, IWAN DE O. e GOUVEA, LÉO R. LIMA DE — Ensaio de uma nova classificação dos partos — "Rev. Ginec. Obstetricia", Março 1941.
- 6) FIGUEIREDO, IWAN DE O. e GOUVEA, LÉO R. LIMA DE — Parto auxiliado ou parto dirigido? — "Rev. Ginec. Obstetricia", Julho 1943.
- 7) GOERTTLER — Die Architektur der Muskelwand des menschlichen Uterus und ihre funktionelle Bedeutung — In "Beiträge zur Anatomie funktioneller Systeme", Bd. 1, S. 45.
- 8) GUCHTENEERE, R. DE e HAYE, P. LA — Étude expérimentale et clinique de l'hypertonie utérine au cours du travail — "Gynéc. Obstétrique", 37:366, 1938.
- 9) GUGGISBERG, HANS — Variations en obstétrique; accouchement rapide medicamenteux — "Gynéc. Obstétrique" (Résumé), 29:553, 1934.
- 10) HENRIQUE, JOSÉ — Síndrome de Schickelé — "Arq. Bras. Cir. Ortopedia", 3:343, 1936.
- 11) HORRENBERGER — Contraction spasmodiques localisées au col de l'utérus en travail — "Gynéc. Obstétrique", 17:378, 1928.
- 12) IVY, A. C. — The functional anatomy of labor, with special reference to the human being — "Am. Jour. Obst. Gynec.", 44:952, 1942.
- 13) KREIS, J. — Le rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement, en particulier dans les cas de non-engagement de la tête avec dystocie osseuse relative ou sans dystocie — "Gynéc. Obstétrique", 17:421, 1928.
- 14) KREIS, J. — L'accouchement médical — "Rev. Franc. Gynéc. Obst.", Out. 1929.
- 15) KREIS, J. — Resultats de l'accouchement médical — "Gynéc. Obstétrique", 24:21, 1931.
- 16) KREIS, J. — Technique de l'accouchement médical — "Bull. Soc. Obst.

et Gynéc.", 5:323, 1931. 17) KREIS, J. — Critiques de l'accouchement médical — "Gynéc. Obstétrique", 32:481, 1935. 18) KREIS, J. — Le rendement de l'accouchement médical dans les cas de dilatation difficile — "Gynéc. Obstétrique", 34:24, 1936. 19) LIMA, OCTAVIO RODRIGUES — Contribuição ao estudo clínico da contração uterina no parto — "Rev. Ginec. Obst. do Brasil", 12, 1926. 20) OSTRICIL, A. — L'accouchement forcé d'après le procédé de Delmas et notre modification de son procédé — "Gynéc. Obstétrique" (Résumé), 52:551, 1935. 21) SCHICKELÉ, G. — Les contractions spasmodiques de l'utérus parturient troublés d'innervation autonome du corps et du col — "Gynéc. Obstétrique", 17:406, 1928. 22) VORON, J. e PIGEAUD, H. — L'accouchement dirigé — "Gynéc. Obstétrique", 30:113, 1934. 23) VORON, J. e PIGEAUD, H. — À propos de l'accouchement dirigé — "Rev. Franc. Gynéc. Obst.", 31:849, 1936. 24) VORON, J. e PIGEAUD, H. — Quelques précisions à propos de l'accouchement dirigé — "Gynec. Obstetrique", 37:94, 1938. 25) YAÑIS, ANGEL MOLINA — El parto médico en la pelvis viciada — Santiago, Chile — La Gratiitud Nacional Ed.

Résultats obtenus avec l'accouchement dirigé

Résumé

Les A.A. exposent des considérations sur les plusieurs doctrines qui ont amené Schickélé, Kreis et d'autres à étudier leurs méthodes de conduite de l'accouchement. Passant en revue les points capitaux des méthodes de l'accouchement dirigé, ils adaptent la conception du dernier aux idées modernes de physiologie et physiopathologie obstétricales. Il apportent les idées de Goerttler sur l'architecture fonctionnelle de l'utérus. Ils publient des observations de cas traités selon cette orientation. En finissant, ils soulignent l'importance d'une assistance médicale spécialisée à chaque accouchement.

Results obtained with "conducted labor"

Summary

After a brief review of different theories which led Schikele, Kreis and others to study their method of conservative management of delivery, the authors point out the maior features of the "conducted" and of the "medical" labor, connecting the principles of the former to modern ideas of obstetrical physiology and pathology.

To support these new conceptions the writers quote Goerttler's studies on functional architecture of the uterus, and report several cases treated according these new ideas, and stress the advantages of this method with reference to each individual case.

The importance of specialized medical assistency to every delivery is the only way for early detection of any deviation of normalcy and to correct its defects to the exclusive advantage of mother and fetus, is stressed by the authors.

The vaginal delivery being the preferred, whenever possible, the cesarian section having its definite indications, the authors use "conducted labor" as a means to obtain favorable conditions for both mother and fetus.

CLINICA OBSTÉTRICA E PUERICULTURA NÉO-NATAL DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIV. DE S. PAULO
PROF. DR. RAUL C. BRIQUET

O PARTO NAS CARDÍACAS *

DR. B. NEME

Assistente extranumerário de Clínica Obstétrica e Puericultura Néo-Natal da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo. Assistente da Clínica Obstétrica da Fac. de Medicina. Médico interno e assistente da Maternidade Condessa Filomena Matarazzo (Serviços do Prof. Raul C. Briquet).

A Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo (Serviço do Prof. RAUL CARLOS BRIQUET) contribuiu para o estudo do capítulo "Coração e Gravidez" com três publicações distintas. A primeira, da autoria de LEMOS TORRES, JAIRO RAMOS e GUIMARÃES FILHO (1935), estudou 18 casos de Estenose Mitral, em face do ciclo gravídico puerperal. A segunda, de caráter doutrinário, deve-se ao Prof. RAUL BRIQUET que em 1942 expunha em Buenos Aires, em conferência realizada no Ateneo "Eliseo Canton", a conduta clínico-obstétrica que imprime e faz executar no seu Serviço. Finalmente, a terceira, de BERNARDINO TRANCHESI, estuda o problema das "Molestias do Coração e Gravidez". Analisando 105 observações serviu este trabalho de Tese de Concurso à Livre-Docência de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de São Paulo (1944). Por isso mesmo, os dados estatísticos, eminentemente obstétricos, foram colocados de lado e esse fato justifica o nosso propósito de trazê-los a esta "Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia".

Além das 105 observações daquela tese, incluímos ainda 19 casos, alguns do mesmo Serviço e outros da Maternidade Condessa Filomena Matarazzo.

Contamos assim com 124 observações de cardíacas grávidas.

* Contribuição à "III Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia", em Nov. de 1944, no Rio de Janeiro.

Da sua evolução em face do parto, obtivemos os seguintes dados:

	<i>N.º total</i>	<i>Percentual</i>
Parto normal	98	79,2 %
Cesária	12	9,7 %
Fórceps	11	8,9 %
Versão	3	2,2 %

Verificamos que o número de intervenções somou um total de 20,9 % e que os casos resolvidos por via vaginal alcançaram uma percentagem elevada de 90,3 %. Esses resultados são tão animadores quanto os de GORENBERG e MC GLEARY que, numa série de 345 casos de cardíacas, obtiveram 91,5 % de partos por via vaginal e 8,4 % por via abdominal.

Duração do parto

Os autores são unânimes ao afirmarem que o parto nas cardíacas é frequentemente rápido. Apenas a causa desse fato continua a ser objeto de discussão. A alta incidência de prematuridade (MC LENNAN) o edema das partes moles e, especialmente, da cervix (HENDERSON e SCOTT), a anoxemia (CASIELO, PALACIOS COSTA, etc.) frequentemente presente, têm sido as causas inerminadas para explicar a rapidez do parto nas cardíacas. Entre nós, LUÍS DECOURT lembra a possibilidade de influir a terapêutica digitálica na determinação desse fenômeno.

Analisando cuidadosamente este capítulo chegamos a algumas conclusões cuja enumeração faremos a seguir:

Duração média do parto (de termo)

Primíparas:

O. D. P.	16 ^h ,04'
O. E. A.	8 ^h ,20'

Múltiparas:

O. D. P.	9 ^h ,13'
O. E. A.	7 ^h ,56'

Duração média do parto (Prematuro)

Primíparas:

O. D. P.	14 ^h ,20'
O. E. A.	8 ^h ,55'

Multíparas :

O. D. P.	11 ^h ,08'
O. E. A.	11 ^h ,0'

A prematuridade em nossa estatística, teve a incidência de 30,9 % e tendo sido o pêso médio dos recém-nascidos, 2.120 gr. Como se depreende, apesar do menor volume fetal, a duração média do trabalho de parto, para os prematuros, foi sensivelmente maior.

DURAÇÃO DO PARTO (anoxemia presente) — A evidência da anoxemia tem, neste trabalho, critério puramente clínico. Sempre que a dispnéia era uma das queixas e quando o exame clínico revelava estertores das bases pulmonares, tosse e escarros muco-sanguinolentos, ortopnéia, asma cardíaca e, em grau mais avançado, o edema agudo pulmonar, admitíamos como presente a anoxemia.

Duração média do parto

Anoxemia:

Primíparas	12,20'
Multíparas	8,22'

Ausência de anoxemia:

Primíparas	11,17'
Multíparas	7,30'

O parto foi, portanto, mais rápido entre as doentes em ótimas condições de compensação, e nas quais se pressupõe que a anoxemia poderia ser clinicamente negada.

Por outro lado, observamos que, estando presente a anoxemia, a incidência da prematuridade foi muito maior.

N.º total de partos

Anoxemia presente:

Parto prematuro	68,75 %
Parto de termo	31,25 %

Poderíamos, por conseguinte, afirmar endossando a opinião de vários autores, que a anoxemia é fator desencadeante do parto, embora não o apresse. A sua relação íntima com a prematuridade explica-se porque a curva de sobrecarga cardíaca durante a gestação se eleva progressivamente, desde o início do ciclo gravídico-geral, até atingir o máximo durante o sétimo e o oitavo meses.

Segue-se a descida progressiva até o parto, para se elevar no puerpério novamente, embora de modo transitório. A análise do comportamento cardíaco das nossas pacientes permite-nos assegurar que essa curva apresenta uma elevação aguda durante o período expulsivo em que se pode instalar, durante ou logo após, a insuficiência aguda do miocárdio.

Observamos ainda os seguintes fatos:

Pêso médio fetal

Anoxemia presente	2.413 gr.
Anoxemia ausente	3.027 gr.

Em relação ao período expulsivo obtivemos os seguintes números:

Primíparas:

O. D. P.	1,02'
O. E. A.	0,30'

Múltiparas:

O. D. P.	0,26'
O. E. A.	0,24'

Conclue-se da observação desses algarismos que, estando em foco a prematuridade estavam também presentes a anoxemia e o menor volume fetal. Ora, se do ponto de vista obstétrico se pode afirmar que o parto é mais fácil e rápido nos fetos de menor volume, concluimos óbvia e forçosamente que, tendo sido mais demorado em tais condições, é que a anoxemia foi elemento desfavorável ao parto rápido nas cardíacas. O edema das partes moles não parece satisfazer o espírito clínico-obstétrico porquanto sabe-se que os períneos edemaciados oferecem mais resistência e são menos elásticos. Por outro lado, não nos parece lógico que a dilatação se realize mais rapidamente numa cervix infiltrada por líquido de estase.

Entre as doentes por nós observadas o parto foi mais rápido. Se o fato não pode ser explicado pela anoxemia e pelo edema das partes moles restam, como causas possíveis, o menor volume fetal e a digitalinoterapia.

O pêso médio total dos recém-nascidos tendo sido 2.270 gr., conclue-se que o menor volume fetal (por prematuridade ou imaturidade) esteve presente e deve, por isso mesmo, ser considerado causa favorável ao parto rápido das cardíacas. Sobre a possível ação da terapêutica digitálica não se pode emitir ponto de vista baseado em dados estatísticos; contudo, aí fica a idéia, para novos estudos.

I) FÓRCEPS:

	<i>Percentual</i>
Número total	11 — 8,9 %
Paridade:	
Primíparas	5
Múltiparas	6
Altura:	
Alto	2
Médio	2
Baixo	7
Indicações:	
Sofrimento fetal	2
Alívio materno	9
Anestesia:	
Éter	7
Local	2
Sem anestesia	2
Recém-nascido:	
Vivo	10
Morto	1

Chama atenção a alta incidência do fórceps baixo, geralmente de indicação materna (alívio). Tal indicação extrativa, como veremos adiante, é medida obstétrica de grande valor. Estudando a mortalidade fetal em cardíacas, TEEL e GRIER concluem pela sua maior incidência nos partos normais de período expulsivo demorado, que naqueles apressados por fórceps. A relativa anoxia de estagnação (BARCROFT) presente nesses casos, talvez explique o fato. Numa das nossas pacientes o período expulsivo se prolongou por 1,30 horas. O desprendimento fetal se fez após episiotomia e manobra de KRISTELLER; o feto, contudo, sucumbiu.

Por duas vezes, a aplicação do fórceps se ultimou sem anestesia. A primeira delas se realizou numa secundípara, com cabeça fetal baixa e regulares condições de compensação. Na ocasião, temia-se a ação anestésica e porque as condições obstétricas o permitissem, prescindiu-se da anestesia. Na segunda, tratava-se de grande múltipara; cabeça fetal no estreito médio. Durante o período expulsivo, que não foi longo (0,30'), ocorreu edema agudo do pulmão que exigiu medicação enérgica: sangria larga (600 cc.) e cardiotônicos

(uabaína, estrofantina). Após relativa melhora e quando as contrações expulsivas se reiniciavam aplicou-se o fórceps, sem anestesia.

Nessa ocasião ainda não nos utilizávamos da anestesia local. O óbito de um recém-nascido ocorreu durante a aplicação de fórceps de KIELLAND. Tratava-se de secundípara com cabeça fetal ajustada. A causa-mortis foi o trauma obstétrico. Diga-se de passagem que as operações extrativas, em cabeça ajustada, são sempre mal toleradas pelas cardíacas e pelos fetos, já em relativa anoxemia.

II) CESÁRIA :

	<i>Percentual</i>
Número total	12 — 9,7 %

Paridade :

Primíparas	5
Secundíparas	2
Múltiparas	5

Anestesia :

Éter	8
Peridural	2
Raqui	1
Sem anestesia	1

Indicações (fetal e materna) :

Sufrimento fetal	2
Morte materna	1
Esterilização	7
Vício pélvico	1
Distócia cervical	1

Recém-nascido :

Vivo	11
Morto	1

Evolução operatória :

Normal	11
Morte	1

Devem ser justificados alguns destes dados. Nas primíparas nunca praticamos a laqueadura tubária. A intervenção sem anestesia relaciona-se a uma cesária "post-mortem". A doente deu entrada no Serviço em estado pré-agônico e, ao ser transportada para a Sala de Partos, faleceu. Imediatamente procedeu-se a extração

fetal, que se processou minutos após. O feto, contudo, já estava morto. Os informes obtidos posteriormente, por intermédio dos familiares, referem que já há mais de doze horas, a paciente se apresentava em franca insuficiência cardíaca (asma cardíaca, escarros sanguinolentos, etc.). Sabe-se hoje, que esta intervenção só deve ser realizada, nos casos de morte súbita. A literatura refere um caso de êxito, para o feto, quarenta minutos após a morte materna (JENSEN). Considerando essa questão escreve BERNARDINO TRANCHESI: "Parece não ser provável que o feto morra por anoxemia, enquanto a mãe ainda estiver viva. Frequentemente a anoxemia materna estimula as contrações uterinas, acarretando o esvaziamento prematuro. Talvez seja essa a razão porque, raramente, se tem necessidade de realizar a cesária em cardíaca morta". Nas condições ótimas de sua indicação "admite-se que a criança não sobrevive no útero mais do que vinte minutos após a morte da mãe".

A laqueadura tubária levou à indicação operatória sete vezes, ou seja em 58,5 %. Atualmente é norma, no Serviço, optar-se pelo parto normal, fazendo-se posteriormente a esterilização. O inconveniente representado pela possibilidade da doente estar novamente grávida, ao voltar à Clínica, pode ser justificado pelas possíveis complicações do pós-operatório em cardíaca. A mortalidade materna, segundo a estatística de IRVING, é maior quando se prefere a cesária ao parto por via vaginal. Teríamos, respectivamente, 8,3 % e 2,0 %, como índices daquela mortalidade. Diga-se de passagem que todas as cardíacas cesariadas no Serviço evoluíram bem.

Entre os doze recém-nascidos apenas um nasceu morto (cesária "post-mortem").

Nas cardíacas bem compensadas, a cesária é relativamente benigna e o fórceps alto é mal tolerado pelo feto e mãe, preferindo-se aquela na solução obstétrica de casos limiares. Nessas condições, a prova do trabalho deve ser reduzida ao mínimo a fim de poupar-se, quanto possível, a fôrça de reserva do miocárdio.

III) VÊRSÃO — Foi realizada três vezes. A primeira em sextípara, grávida de 8 meses mais ou menos. Durante o período de dilatação ocorre o edema agudo pulmonar, tratado com sangria larga (600 cc.) e cardiotônicos. Logo após, sob anestesia geral, procedeu-se à versão de BRAXTON-HICKS. Perdeu-se o feto. A evolução materna foi regular. A segunda, realizou-se em múltipara que, durante o trabalho, apresentou síndrome de hipertonia. Contrariamente à orientação catedrática (sempre consultada nestas ocasiões) procedeu-se a uma versão sob anestesia geral, profunda. Ocorreu encravamento da cabeça terminando-se o parto, após verificação da morte fetal, pela craniotomia. Seguiu-se o choque obstétrico vindo a paciente a falecer.

Finalmente, a terceira, teve sua indicação em múltipara cujo feto apresentava situação transversa e prociência de braço. O resultado foi satisfatório para mãe e filho.

Do exposto se conclue que, nos casos de solução obstétrica delicada, por via baixa, é preferível optar-se pela cesária, tanto mais razoavel, quanto mais evolue a técnica operatória e as modernas diretrizes ao combate e profilaxia da infecção.

Dequitação

Analisando a dequitadura das nossas observações encontra-se:

Patológica:

Normal	103	—	83,0 %
Hemorrágica	4	—	3,4 %
Descolamento manual	2	—	1,7 %
Credé	1	—	0,9 %

A maioria dos autores (HINSELMANN, NÜRNBERGER, VANDESCAL, JENSEN, FROMME, FABRE e FELLNER), estudando a dequitação nas cardíacas assinala a frequência maior de sua patologia. Explicam tal fato pelas alterações circulatórias locais — congestão da mucosa uterina, sufusões sanguíneas da caduca, hemorragias retro-placentárias, infartos — dependentes todas da estase venosa mais ou menos intensa, presente no caso. Há autores (GEORG DANEFF) que explicam certas formas de abortamento habitual pela maior pressão venosa dos vasos uterinos. Não se pode deixar de reconhecer que a nossa casuística conta com número relativamente alto de dequitações patológicas, apesar dos cuidados e da vigilância que tal fase do parto merece no Serviço.

Quando a hemorragia se relaciona à hipotonia ou atonia uterina não utilizamos o extrato total do lobo posterior da hipófise. Sua ação hipertensora, embora discutida, por alguns, deve ser considerada. Importa considerar ainda sua relação com o chamado choque vasogênico. Lançamos mão, numa primeira assistência, da massagem uterina, e, quando a indicação for premente, dos produtos farmacêuticos que encerram apenas a fração ocitócica daquele extrato (Orastina, Pitocin).

Puerpério

A morte das cardíacas, durante o ciclo gravídico puerperal, ocorre mais frequentemente no puerpério. Entre os nossos casos contamos com 17 óbitos, dos quais 16 ocorreram durante o puerpério.

O quadro que se segue dá idéia da evolução puerperal que nos foi dado observar:

Puerpério imediato:

Normal	110
Choque	2
Edema agudo do pulmão	9
Patológico:	
Hemorragico	3
Total	124

Puerpério tardio:

Normal	99 — 81 %
Patológico:	
Insuf. cardíaca congéstica	9
Edema agudo pulmonar	2
Infarto pulmonar	4
Embolia cerebral e infarto renal ...	1
Taquicardia paroxística	1
Hemorragia tardia	1
Tromboflebite da humeral	1
Tbc. miliar aguda	1
Mastite	1
Endometrite	4

Devemos esclarecer que, incluímos dentro da epígrafe “puerpério imediato”, todas as ocorrências das primeiras 24 horas após o parto. Verificamos que a incidência da insuficiência cardíaca, de instalação lenta e aguda, foi relativamente grande.

A redução da capacidade vital e o esforço dispendido no trabalho de parto — particularmente durante o período expulsivo — explicam esse fato assim como a gravidade da insuficiência cardíaca e a elevada mortalidade puerperal. Após as laparotomias a capacidade vital costuma reduzir-se (CHURCHILL e MC NEIL) por isso, sempre que possível, deve-se evitar a cesária nas cardíacas. A fim de diminuir essa redução da capacidade vital pratica-se o enfaixamento abdominal logo após o parto. Compensaríamos, assim, embora parcialmente, a descompressão que se segue ao despendimento fetal.

Por outro lado, chamou-nos a atenção, a constância dos processos embólicos nesta fase do ciclo. Tal ocorrência se relaciona: 1) com a mobilização súbita e mais ou menos violenta, da massa sanguínea circulante, logo após a descompressão acarretada pela expulsão fetal e retração uterina, 2) com o levantar tardio tão frequente, no puerpério, das cardíacas.

Sendo o edema agudo pulmonar, depois da insuficiência cardíaca a causa mais frequente da morte, nessa categoria de pacientes, vejamos em que condições teve lugar:

Incidência total	19
Gestação	2
Parto:	
durante a expulsão	5
durante a dilatação	1
Puerpério:	
imediate	9
tardio	2

Desperta atenção a alta incidência do acidente agudo como dependência do esforço expulsivo, seja durante a expulsão propriamente dita, seja no puerpério imediato. Por isso, sempre que condições mecânicas dificultem ou retardem a insinuação e a expulsão fetal, as medidas obstétricas capazes de vencê-las devem ser realizadas sem protelação (cesária, fórceps, episiotomia). No caso particular das cardíacas, salvaguardam e consultam, de maneira preciosa, os interesses da mãe e do feto.

A iminência desse acidente agudo pode ser prevista pelo controle cuidadoso e metódico da frequência respiratória e esfígmica assim como dos valores da pressão arterial. Quando esses dados se elevam acima de 120 e 30 (por minuto), respectivamente para o pulso e respiração de 3 a 4 mm. de Hg. para a pressão arterial, as medidas que apressam o parto estão justificadas. A redução da massa circulante pela sangria (de 300 a 400 cc.) é também medida útil nestes casos.

Na dilatação, a incidência do edema agudo pulmonar foi praticamente nula. Isto porque, dependendo desse período mais particularmente da contração dos músculos lisos, não estão em jogo direto, os fatores que contribuem, de modo sensível, para o esgotamento miocárdico. Quando a dilatação se fizer lenta e excessivamente dolorosa, o desassossêgo, a dor, a falta de alimentação e a perda de sono são os elementos que mais diretamente contribuem para o possível esgotamento materno. Está indicada, nestas condições, a terapêutica anti-espasmódica, que além de favorecer a dilatação cervical, garante melhor irrigação miocárdica por vaso-dilatação das artérias coronárias. Os anti-espasmódicos, que contêm morfina, devem ser contra-indicados pela ação definida sobre a mortalidade fetal. Na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina preconiza o Prof. R. BRIQUET papaverina (0,01) preparada especialmente, para a terapêutica obstétrica.

Os acidentes embólicos talvez pudessem ser reduzidos ao mínimo, senão pelo levantar precoce pelo menos, pela ginástica sistemática e progressiva no pós-parto.

Os ensinamentos que a observação desses casos prodigalizou são frutos da assistência sinérgica entre o especialista e o parteiro. Em São Paulo, foram, na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, RAUL BRIQUET e LEMOS TORRES os pioneiros de tão sábia e segura orientação. Acima de tudo foi e é profundamente humana porque esclareceu e divulgou, no nosso meio, as medidas que permitiram à mulher cardíaca o casamento e a sua consequência mais nobre: a maternidade.

Bibliografia

- 1) BRIQUET, R. C. — Coração e Gravidez — Arch. Clin. Obst. Ginec. "Eliseo Canton", 1:17, 1942.
- 2) C. SIDNEY BURWELL, M. D. and W. DAVID STRAYHORN, M. D. etc. — Circulation during pregnancy — "Archives of Internal Medicine", 992, Vol. 62, 1938.
- 3) CASTELO, A. e HANONO, H. — Cardiopatias y embarazo — "Rev. Med. Rosario", 29:226, 1939.
- 4) CHURCHILL, E. D. and Mc NEIL, D. — The Reduction in vital capacity following operation — S. G. O., 1927.
- 5) FRANKLIN F. SNYDER, M. D. and E. M. K. OEILING, M. D., Chicago III — Ação da morfina na analgesia obstétrica — "Revista de Ginec. e d'Obst.", Out. 1944, pág. 226 (Resumo).
- 6) GOREMBERG, H. and Mc CLEARY, J. — "Am. J. Obst. and Gyneec.", 41:45, 1941.
- 7) GEORG DANEFF — Über den seriösen Blutdruck bei einigen Fällen en habituellen Abortus — "Zent. f. Gynäk.", 11, IV, 1931.
- 8) HAMILTON & THOMSON — The Heart in Pregnancy and the Child bearing age, 1941.
- 9) LEMOS TORRES, A. — Coração e Gravidez — "Rev. de Med. de S. Paulo", 25:7, 1941.
- 10) LEMOS TORRES, A., RAMOS, J. e GUIMARÃES FILHO, A. — Coração e Gravidez — "Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo", 1:103, 1935.
- 11) PALACIOS COSTA, NICANOR — Cardiopatias y Embarazo en la Maternidad "Dr. Samuel Gache" — "Anales del Ateneo del Instituto de Mat. y Assist. Social "Dr. Samuel Gache" —
- 12) REIS, R. A. e FRANKENTHAL, L. E. — Labor in Cardiac Patient — "Am. J. Obst. Gyneec.", 29:44, 1935.
- 13) STANDER, H. J. e KUDER, K. — The treatment of heart disease complicating pregnancy — "J. A. M. A.", 108:2.092, 1937.
- 15) TRANCHESI, BERNARDINO — Moléstias do Coração e Gravidez — Tese de Concurso e Livre docência de Clínica Médica da Fac. Med. de S. Paulo", 1944.

L'accouchement chez les cardiaques

Résumé

L'A. donne une étude de l'accouchement chez les cardiaques: la durée du travail, le délivrement et les suites de couches. Il analyse l'incidence des applications de forceps à la vulve comme mesure de grande valeur, de la césarienne et de la version. L'étude se base sur un total de 124 observations.

Delivery in patients with heart diseases

Summary

Evolution of delivery, its duration, placental detachment and puerperium in patients with heart diseases, are studied by the author.

The incidence of low forceps, cesarian section and version, as valuable measures is analysed. This study is based on data obtained in a series of 124 cases.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

	Págs.
Histerectomia vaginal (Apreciação da modificação de Gellhorn-Emmert da técnica de Dickinson, em 600 casos) — EMMERT, F.	313
O tratamento da sífilis inicial pela penicilina. Relatório preliminar de 1.418 casos. — MOORE, J. E., MAHONEY, J. F., SCHWARTZ, W. e WOOD, W. B.	314
As modificações na cirurgia ginecológica durante o último quarto de século — PHANEUF, L. E.	315
A penicilina no tratamento da gonorréia químio-resistente na mulher — GREENBLATT, R. B. e STREET, A. R.	316
Uma consideração do aborto terapêutico — COSGROVI, S. A. e CARTER, P. A.	316
Avaliação das variações cíclicas na quantidade de muco cervical e sua correlação com a temperatura basal — VIERGIVER, E. e POMMERENKE, W. T.	318
Aspecto clínico e bacteriológico da gonorréia na mulher — COHN, A. e GRUNSTEIN, I.	319
A condição do parto vaginal após operação cesariana — KUDER, K. e DOTTER, C. T.	320
Quimioterapia local na profilaxia da mastite — AUSTIN, B. R.	321
Coréia gravídica: observação de um caso — RUCH, W. A.	322
Proteção para as mulheres na indústria — ANDERSON, M.	323
O uso da Methergina (Ergonovina sintética) no terceiro período do parto — ROBERTS, P. C.	325
Adenocarcinoma do corpo uterino — PAVLOVSKY, A. J. e BRACCO, J. A.	325
Útero duplo miomatoso — LEON, J., RODRIGUEZ PONTE, R. R. e GONZALEZ, J. M. L.	326
Câncer do colo uterino e grávidas — ROJAS, D. A.	326
As alterações da função menstrual na patologia da tireóide — PECORONE, R.	327
Hiperadenia mamária — MALAMUD, L.	327
O conceito sintético na ginecologia moderna e sua importância prática — POU ORFILA, J.	328
O futuro renal das eclâmpticas — KUNZ, A. C. e RAFFO, J. C.	329
Reações histológicas e funcionais do ovário e da hipófise consecutivas a intervenções experimentais — FELS, E.	329
Câncer do colo uterino e retite estenosante operados em um só tempo — SALGADO, C.	330
Eritroblastose fetal — ORELLANA, R.	330
Considerações sobre endometriose — CARIDE, J. J. e WYBERT, A.	331
Asmas pré-menstruais — RODRIGUES FOLGUERAS, J. M. e TOULET, J. P.	331
Estruma ovariano — SCHLOSSBERG, R.	331
Tumor de Krukenberg — MOLFINO, A. H. e DEL TOGNO, J.	332
A mastografia no diagnóstico dos nódulos do peito — ST. LOUP B., E.	332

dos 19 casos apresentaram inicialmente o gonococo positivo na uretra ou no colo, e 6 deles haviam sido tratados antes da operação pela quimioterapia.

O comprometimento dos anexos foi encontrado em 79 % do grupo infectado e em 82 % do grupo não infectado. Foram empregados dois esquemas de tratamento: num, uma dose total de 12 gramas de sulfatiazol foi empregada durante um período de três dias, ao passo que pelo outro foi administrada uma dose total de 21 gramas de sulfatiazol durante um período de 7 dias. Os resultados terapêuticos foram quase idênticos em ambos os grupos. A resistência à sulfanilamida nas infecções gonocócicas é determinada pelo menos por dois fatores conhecidos: a presença de uma raça de gonococo sulfa-resistente, e a ação de um "fator hospedeiro humano", que parece desempenhar o papel decisivo. São descritas pelos A.A. as tentativas para desenvolver um único tratamento para a gonorréia sulfa-resistente.

Os efeitos provocantes ou irritantes do material de sutura dérmica estéril, da cauterização e do cloreto de sódio foram observados e julgados pouco satisfatórios. As observações realizadas num grupo de 139 mulheres não infectadas, e 91 pacientes infectadas indicam que a quantidade e o caráter da secreção uretral e cervical são de pouco ou nenhum valor para o estabelecimento do diagnóstico. A designação de "gonorréia clínica" é imprópria e não representa uma verdadeira entidade clínica.

A designação de "possível contacto infeccioso" é sugerida para designar mulheres em promiscuidade sexual que constituem fontes de infecção conhecidas. — A. A. S.

A condição do parto vaginal após operação cesariana (*The character of vaginal delivery following cesarean section*) — KUDER, KATHARINE e DOTTER, CHARLES T. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Set. 1944, Vol. 48, N.º 3, pág. 371).

Não existe concordância nas opiniões relativamente às condições do primeiro parto vaginal em paciente anteriormente submetida à operação cesariana. O importante no caso é saber se o trabalho de parto deve ou não ser comparado ao da primípara ou da múltipara, especialmente em relação à duração total do trabalho e o curso da sua primeira fase.

O trabalho dos A.A. é baseado num estudo feito em 34.356 gestações ocorrentes na Clínica de Mulheres do New-York Hospital entre 1.º de Setembro de 1932 e 31 de Dezembro de 1943. Num total de 496 pacientes a incidência da operação cesariana foi de 1,44 %. Neste grupo, 109 pacientes, ou sejam 21,97 %, tiveram

partos a termo ou prematuros por via vaginal após terem sido operadas de cesariana.

Destes casos foi feito um estudo pormenorizado, dividido em três grupos, tornando possível a comparação dos diversos períodos do trabalho de parto.

Apresentam a seguir os A.A. quadros sobre a distribuição em que foi feito o estudo dos diferentes casos clínicos. Nas conclusões dizem que a duração do trabalho de parto pélvico em antiga cesariana é virtualmente idêntico ao da primípara. Entre as pacientes que constituíam o grupo das 109 operadas, houve um caso de morte devido a embolia cerebral, e a mortalidade fetal foi de 4,58 %. — A. O. S.

Quimioterapia local na profilaxia da mastite (*Local chemotherapy in the prophylaxis of mastitis*) — AUSTIN, B. R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Set. 1944, Vol. 48, N.º 3, pág. 387).

Desde a introdução dos compostos de sulfanilamida como agentes profiláticos e curativos, muita experiência tem sido acumulada sobre a sua aplicação tópica. A observação nos últimos anos demonstrou que a medicação oral, tópica, ou oral mais tópica, com as sulfanilamidas impedirá a infecção da ferida. Não existe hoje dúvida que a infecção pode ser geralmente evitada nas pequenas lacerações envolvendo a pele e tecido subcutâneo ou camadas musculares superficiais, sem destruição extensa de tecidos pela aplicação tópica de compostos de sulfanilamida.

O fim do estudo clínico realizado pelo A. e aqui relatado foi determinar o mérito de uma combinação de alantina-sulfanilamida-sulfatiazol misturados em uma base hidro-solúvel para a quimioterapia na profilaxia da mastite.

Foram observadas 22 pacientes consecutivamente admitidas no Serviço de Obstetrícia do Greene County Memorial Hospital, que amamentavam seus filhos e que foram submetidas ao seguinte tratamento: dentro das quatro primeiras horas após o parto, as mamas das pacientes eram lavadas com água e sabão, e depois enxutas. Os mamilões eram limpos com álcool a 70 % e secos. O unguento de 2 % de alantoína, 5 % de sulfanilamida e 5 % de sulfatiazol era aplicado com ligeira massagem sobre os mamilões e aréolas, deixando apenas uma leve camada sobre a superfície. Um pedaço de gaze esterilizada era aplicado sobre a área do mamilo e mantido na posição por uma faixa de pano de sustentação. Antes de cada mamada, os dedos maternos eram limpos com uma solução de ácido bórico. Após a mamada os mamilões eram novamente limpos com a mesma solução de ácido-bórico, secadas e o unguento aplicado como já foi anteriormente descrito. Este tratamento era continuado até

para a melhor utilização do trabalho feminino, tanto do ponto de vista da Indústria como da operária. E' seu propósito e obrigação fazê-lo na base da mais completa e técnica informação que se possa obter. — A. M.

O uso da Methergina (Ergonovina sintética) no terceiro período do parto (*The use of Methergine [Synthetic Ergonovine] in the third Stage of Labor*) — ROBERTS, PAUL C. — (*W. J. Surg., Obst. and Gynec.*, Set. 1944, Vol. 52, N.º 9, pág. 380).

Trata-se de um relatório preliminar, tal é o subtítulo do trabalho, sobre o emprêgo da Methergina, substância que o A. aponta como um notavel avanço de ordem química e terapêutica. Segundo STOLL e HOFMANN, a Methergina é o alcalóide que possui maior atividade sobre o útero. KIRCHHOF e colaboradores estudaram a atividade ocitócica da Methergina e sobre o sistema nervoso simpático, encontrando ser sua atividade superior à da ergovina, não tendo sido demonstrada toxidez fatal nos pequenos animais de laboratório. Há uma pequena ação sobre o sistema simpático que difere grandemente da ergotamina, daí sua atividade ser limitada à obstetrícia.

A Methergina foi ministrada intravenosamente na dose de 1 cm.³ contendo 0,2 mgr. em 34 casos, 6 primíparas e 28 múltíparas, imediatamente após o nascimento. Usualmente 20 a 30 segundos depois o útero está endurecido e tenta-se a expressão da placenta. Usualmente a expressão é praticada procurando comprimir-se as paredes anterior e posterior do útero, sem fazer pressão no sentido da pelve.

Apesar do reduzido número de casos, acha o A. que o preparado é mais promissor e aparentemente superior aos outros preparados derivados da ergotina, em uso. — A. M.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Adenocarcinoma do corpo uterino (*Adenocarcinoma del cuerpo del útero*) — PAVLOVSKY, A. J. e BRACCO, J. A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Set. 1944, Tomo XXIII, N.º 9, pág. 445).

Acentuam os A.A. ser, no câncer do endométrio, somente a cirurgia radical a terapêutica que assegura a cura, tendo a curie ou a roentgenterapia como tratamento complementar. Preferem a via vaginal e usam a técnica de PEHAM e AMREICH.