

**TRABALHOS ORIGINAIS**

HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES — POLICLÍNICO FERNANDEZ  
(SALA VIIIº)

JEFE: PROF. ADJ. DR. OSCAR BLANCHARD

**CÁNCER DEL MUÑÓN CERVICAL**

**PROF. DR. OSCAR BLANCHARD**

El cáncer del muñón cervical ha sido motivo de variadas comunicaciones, no sólo para señalar su frecuencia y las dificultades que puede ofrecer su tratamiento sino también por las consideraciones que incita la posibilidad de su profilaxis. La oportunidad de estudiar siete casos, en el término de dos años de actuación, en el Hospital Naval Buenos Aires y a cargo de la Sala 8.º del Policlínico Fernández nos mueve a esta publicación.

CHROBAK (8) en 1896, hizo la primera observación que figura en la literatura médica y desde entonces, alcanzan cerca de un centenar las referencias que existen sobre el tema.

Las cifras porcentuales son sumamente variables en cuanto a su *frecuencia*, especialmente vinculándola con el carcinoma del cuello propiamente dicho; pues, PERALTA RAMOS y ALBERTELLI (23) — entre nosotros — establecen el 1, 7 %, cifra muy similar a las halladas por BOTTARO (3), del Uruguay y LACHMANN (15) del Radiumhemmet de Estocolmo (1, 4 %) y en mayor aumento lo encuentran MEIGS (18) con el 2, 1 %; HEALY y ANDERSON (13), 2, 6 %; LABORDE (14); 3, 3 %; MARTZLOFF (17), 3, 3 %; FRICKE y BOWING (10), 3, 4 %; DIONISI (9) como SCHEFFEY (28), el 3, 6 %; WALL y KLINGENSMIT (30) el 4 %; VON GRAFF (12), 4, 1 % y BEHNEY (1) llega al 4, 7 %. En lo que respecta a nuestra experiencia hemos comprobado — en los dos últimos años — 60 carcinomas del cuello de los cuales corresponden 51 casos al "Policlínico J. J. Fernández" y el resto al "Hospital Naval Buenos Aires", es decir que la frecuencia del carcinoma a nivel del muñón cervical fué del 8, 33 %.

## RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

### DEZEMBRO DE 1951

#### SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

**O Centro de Descoberta do Câncer. Sua eficácia e seu papel no controle do câncer, determinados pelo estudo do "Follow-up" de 1.000 pacientes.** (*The Cancer detection Center*) — CLIFTON, EUGENE E. e RUSH, BENJAMIN — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **93**:719, 1951).

As finalidades dêste estudo são para determinar:

- 1) Número de tumores malignos diagnosticados.
- 2) Número de tumores malignos assintomáticos diagnosticados.
- 3) Número de tumores malignos em que não se fêz o diagnóstico.
- 4) Número de tumores que surgiram durante o "follow-up".
- 5) Métodos para melhorar a atração da clínica.

O período deveria ser suficientemente longo para que se pudesse conseguir as finalidades 3 e 4.

*Material e Método* — 1.000 pacientes com "follow-up" completo em 97,7 %. A pesquisa de rotina compreendeu uma anamnese e exame físico completos: hemograma completo, exame de urina, pesquisa de sangue oculto nas fezes, R. X do tórax, esfregaços cervicais de PAPANICOLAOU e o teste de MAZZINI. Os serviços auxiliares facilitaram maiores investigações radiológicas, endoscópicas e biópsicas, conforme fosse necessário.

Ao contrário de outras clínicas análogas, foram aceitos pacientes sintomáticos e assintomáticos indiscriminadamente, levados à Clí-

**Afecções cardiovasculares e gravidez na Maternidade do Hospital Vélez Sársfield** (*Afecções cardiovasculares y embarazo en la Maternidad del Hospital Vélez Sársfield*) — MERCHANTE, F. R. e FIRPO, J. R. — (*La Semana Médica*, **24**:1095, Dez. 1951).

Nos últimos anos, as estatísticas registram o aumento das afecções cardiovasculares e a freqüência com que acompanham a gravidez. Estudam os A.A. as cardiopatias nas grávidas e crêem que a maioria das afecções cardiovasculares são de origem congênita, reumática e de causa hipertensiva. Referem-se à conduta terapêutica e à interrupção da gravidez, à anestesia e à conduta a seguir (não havendo um critério unânime, cada uma tem suas vantagens e seus inconvenientes).

Apresentam onze observações e concluem com uma frase expressiva de KELLOG : Reconhecemos nossa ignorância com o coração durante a gravidez e que embora vamos saber como ocorram as coisas.

Feita esta ressalva, como em muitas ocasiões há necessidade de firmar um prognóstico ou responder a uma pergunta, nos valemos dos seguintes elementos :

- 1) Aumento do volume cardíaco, taquicardia e dispnéia ou polipnéia, como sinais de alarme.
- 2) A enfermidade hipertensiva, com ou sem lesão renal, é a de pior prognóstico.
- 3) As afecções congênitas são bem melhor toleradas do que as adquiridas.
- 4) Ainda não está encerrada a discussão a propósito da oportunidade da interrupção da gravidez nem sobre a vida a escolher.

Cada caso deverá ser objeto de estudo acurado do obstetra com o cardiólogo. — *A. F. Madruga*

**BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

**A ginecologia operatória nos últimos 50 anos** (*La Ginecología Operatoria en los últimos 50 años*) — CRUZ, HECTOR — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, **16**:299, Dez. 1951).

O A. faz um relato histórico da Ginecologia sob o ponto de vista endócrino e cirúrgico. No primeiro quarto de século a Ginecologia Operatória foi exclusivamente mutiladora — curava supri-

mindo o órgão. A orientação biológica que tomou a especialidade trouxe uma reação viva contra esta cirurgia estabelecendo por sua vez uma cirurgia conservadora que deve ser uma cirurgia funcional, reparadora da atividade fisiológica dos órgãos — permitindo a conservação do órgão de função gestacional ou pelo menos da função menstrual. O A. conclui seu trabalho fazendo comentários da evolução das técnicas operatórias em face das várias afecções ginecológicas. — *Aurélio Ribeiro Dias*

---

**Tratamento das roturas perineais de 3.º grau (Tratamiento de los desgarros vágino-perineales de III grado)** — COLVIN, JORGE — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, **16**:307, Dez. 1951).

O A. fez uso da seguinte técnica operatória :

- 1) Preparação e estiramento do esfíncter anal extremo retráido.
- 2) Abertura do assoalho pélvano, desdobramento do tabique reto-vaginal e identificação dos extremos do esfíncter.
- 3) Sutura dos tegumentos do reto e ânus.
- 4) Sutura do esfíncter anal.
- 5) Reconstituição do assoalho pélvano com miorrafia dos elevadores do ânus e plastia vaginal.
- 6) Secção paradóxica do esfíncter anal reconstituído.

Em 25 enfermas operadas obteve 100 % de cura. — *Aurélio Ribeiro Dias*

---

## *REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA, GINECOLOGÍA Y CÁNCER*

**Câncer mamário e gravidez** (*Cáncer mamario y embarazo*) — CONRADO ZUKERMANN — (*Rev. Mexicana de Cir., Ginec. y Cáncer*, **19**:363, Dez. 1951).

O A. refere únicamente ao problema apresentado quando há associação de câncer e gravidez.

Quanto à freqüência até 1948, a proporção era de 1/709. Atualmente é de 1/701. Chama a atenção para o fato de ser feita a proporção, baseada no número de cancerosos as mamárias e não no de mulheres grávidas.

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de Redação — Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

## REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

## COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.<sup>º</sup> — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.<sup>º</sup> — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

---

ANO XVII - 1952

VOLUME 34

---

## RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

### JANEIRO DE 1952

#### SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

**X A histopatologia e a citologia do colo na gravidez** (*The histopathology and cytology of the cervix in pregnancy*) — NESBITT, R. E. L. e HELLMAN, L. M. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **94**:10, Dez. 1951).

Os A.A. fizeram um estudo cito e histológico do colo em 300 gestantes. Pela biópsia notaram o seguinte: hiperatividade das células basais em 6,8 %, hiperplasia glandular em 28,7 %, hiperplasia glândulo-epitelial em 47,4 %, hiperplasia adenomatosa em 44,1 %, epidermização em 62,7 %, hiperatividade na epidermização em 10,7 %, carcinoma intraepitelial em 0,66 %. Com a citologia encontrou células parabasais normais em 92,2 % e anormais em 20,5 %.

Há correlação acentuada entre a ocorrência de células parabasais e hiperatividade celular basal. Essas alterações regredem dentro de 7 a 12 semanas nos cortes histológicos mas os esfregaços tendem a permanecer anormais por um longo período. Isso sugere a importância no esfregaço como uma ajuda no "follow-up" dos casos suspeitos.

Deve-se ter cuidado no diagnóstico final e tratamento dos casos, durante a gravidez, que preenchem o critério histológico comum para o carcinoma intraepitelial do colo. — C. Amaral Ferreira

tratamento profilático em casos de rotura prematura da bôlha d'água. O diagnóstico foi corroborado por exames bacteriológicos.

O medicamento foi administrado na proporção de 3 gramas iniciais e de meia grama cada seis horas até o desaparecimento dos sintomas.

Tôdas as doentes responderam bem ao tratamento, tanto nas infecções das vias urinárias como as do trato genital.

As pielites gravídicas tornaram-se afebris dentro de 48 horas.

— J. P. Rieper

---

**Em torno da anestesia nas cesárias** (*Concerning Anesthesia for Cesarean Section*) — BERNSTINE, M. L. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **60**:39, Janeiro 1952).

Em revisão recente de 75 mortes em cesarianas ficou estabelecido que a sexta parte destas foi devida à anestesia.

O A. procura expor vantagens e desvantagens dos vários métodos de anestesia em cesariana, de maneira imparcial.

A anestesia local é o método mais seguro e indicado na eclampsia, diabete, distúrbios cardíio-vasculares, partos prematuros. O pré-anestésico não deve passar de um barbitúrico, morfina endovenosa e pentotal sódico na veia. É essencial que se esperem 10 minutos para o início da operação, depois da infiltração do anestésico. O método está perdendo terreno entre os obstetras mais jovens.

A anestesia epidural é considerada inadequada e mesmo perigosa para as cesarianas.

A raqueanestesia é atualmente muito popular. A administração de oxigênio é muito recomendada em todos os métodos de anestesias regionais. É importante usar pequena quantidade de anestésico que não deve passar acima de T 5 e T 6 porque então paralisa as contrações do útero.

Assim mesmo a raqueanestesia mostra a maior incidência de acidentes. A difusão do anestésico é incontrolável e muito mais fácil em grávidas. A dose única é realmente perigosa, sendo preferível a raqueanestesia contínua que pode ser considerada quase ideal para as cesarianas. As crianças sempre nascem em boas condições, havendo sómente certo perigo de aspiração de líquido amniótico.

A anestesia caudal contínua tem as mesmas vantagens porém maiores inconvenientes e perigos. Pode ser usada nas pré-eclâmpticas e cardíacas.

A anestesia geral sempre tem alguma influência sobre o feto, o que deve ser considerado. A via retal foi abandonada. A cloretila e o clorofórmio podem ser desprezados. O éter mostrou-se eficiente há um século e pode ser ainda usado com grande segu-

rança. A associação de oxigênio é desejável. A indução com trilene é útil. O éter relaxa muito a musculatura uterina.

Etilena e o gás hilarante são insuficientes. O tricloretileno, muito em voga na Inglaterra, acumula-se no feto e não apresenta vantagens sobre outros métodos.

O pentotal é, sem dúvida, um anestésico muito agradável e popular, porém na cesariana é perigoso porque dentro de 10 minutos transpõe a barreira placentária e prejudica o feto. Só com um cirurgião muito rápido pode excepcionalmente ser empregado o método.

O ciclopropano parece ser o anestésico ideal para a cesária, devendo apenas ser evitado o emprêgo de pituitrina. Raras vezes observa-se um choque tardio nas crianças.

Em conclusão prefere o A. o ciclopropano para anestesia geral e a raquianestesia contínua para a regional. Um método é tão bom como o outro. — *J. P. Rieper*

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Diagnóstico vital citológico do câncer pelo microscópio de contraste de fase** — MORAES, ARNALDO DE e FONSECA, NISIO MARCONDES — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:3, Janeiro 1952).

Os A.A. apresentam a aplicação do microscópio de contraste de fase, ao estudo da citologia ginecológica, como é realizada no Ambulatório Preventivo do Câncer, do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil. Comparam as células vaginais às atípicas que podem ser encontradas no conteúdo vaginal em casos de câncer: enumeram 15 características de atipia que podem ser encontradas. Comparam este método ao de PAPANICOLAOU e outros sobre os quais o método em questão apresenta vantagens no estudo do tecido fresco. Os maiores obstáculos ao diagnóstico precoce do câncer são as modificações inflamatórias.

O custo é baixo, a técnica é fácil. Além das características observáveis por intermédio de outras técnicas, os sinais citoplasmáticos de malignidade são observados. As desvantagens apresentadas são: Impossibilidade de conservar o material por mais de 24 horas, não se podendo fazer arquivos de lâminas, o que é compensado pela documentação fotográfica. Decorrente do 1º item há a impossibilidade de se receber material de lugares distantes, para fins de diagnóstico. — *Luiz Souza Mattos*

**A infiltração de novocaína no colo do útero em trabalho de parto** (*Infiltrazione di novocaina nel collo dell'utero in travaglio di parto*) — (*Minerva Ginecologica*, 4:25, Janeiro 1952).

O A. passa em revista os meios de que dispõe o obstetra para corrigir as situações decorrentes de espasmos do colo, com tetania uterina e perigo de ruptura da vagina durante o trabalho de parto, e, lembrando as consequências nocivas, como sejam a inércia uterina e a repercussão sobre o produto da concepção, dos espasmolíticos usuais, como a lisspamina, os brometos, o cloral, a espasmalgina e o curare, dados em grandes doses que são as eficazes, conclui pela excelência da novocaína em infiltração local. A técnica preconizada consiste na injeção intra-mural no colo de 25 a 50 cm<sup>3</sup> de uma solução de 0,5 ou 1 % sem adrenalina, associada às vezes com 100 a 200 mil unidades de penicilina e 50 miligramas de vitamina B<sub>1</sub>. A injeção é feita nos quatro pontos cardiais, procurando embeber o miométrio em todas as direções. O A. após algumas experiências muito satisfatórias, resolveu utilizar a técnica na ausência de espasmo do colo ou vaginismo para abreviar o período de dilatação afirmando ter obtido resultados extraordinários, conseguindo abreviar este período para 30 a 60 minutos. Além da ação espasmolítica há uma ação analgésica muito nítida, e uma ação anti-choque geral, levada à conta de uma penetração do agente medicamentoso na circulação geral. O benefício da infiltração traduz-se ainda pela melhor circulação uterina, diminuindo o edema e a estase, pela euritmia do coração fetal e pela encinésia das miocélulas uterinas. A ação ocitócica do extrato pituitário parece tornar-se mais rápida e enérgica após a novocainização, a qual é inteiramente inócuia. — L. Ribeiro Sanches

**TRABALHOS ORIGINAIS**

CLÍNICA GINECOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS (BELO HORIZONTE)  
PROF. DR. CLOVIS SALGADO

**“FOLLOW-UP” EM CASOS DE CARCINOMA DO  
COLO UTERINO GRAU 0 \***

**DR. ALBERTO HENRIQUE ROCHA**

Docente Livre de Clínica Ginecológica

Embora ainda pequeno o número de casos de carcinoma do colo uterino seguidos por nós, julgamos oportuna a divulgação dos dados referentes ao seu *follow-up*. Isso devido ao grande interesse, demonstrado em todos os Serviços ginecológicos, pelo problema do câncer incipiente, e principalmente agora, quando no último “Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia”, realizado em Nova York, foi recomendada uma nova classificação do câncer do colo, incluindo-se o grau 0, equivalente ao chamado “carcinoma *in situ*”, “câncer pré-invasor”, “câncer intra-epitelial”, etc. Todos os casos aqui estudados foram diagnosticados, através o exame colposcópico de 3.050 mulheres, e todos êles tiveram exame histológico de confirmação.

A idade média de 31 anos aqui encontrada, chama-nos atenção para a importante questão da profilaxia, devendo os exames periódicos para mulheres serem aconselhados a partir de uma idade muito anterior aos 45 anos, idade em que habitualmente se recomenda o início de tais exames.

\* Apresentado no III Cong. Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 1951.

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

**FEVEREIRO DE 1952**

**SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**

**Ocorrência simultânea de placenta prévia e placenta acreta**  
*(Simultaneously Occurring Placenta Previa and Placenta Accreta)* — KISTNER, ROBERT W.; HERTIG, ARTHUR T. e REID, DUNCAN E. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **94**:141, Fev. 1952).

Placenta acreta tem sido antes definida como a aderência anormal da placenta à parede uterina, no todo ou em parte. Sob o ponto de vista da Patologia, deve ser demonstrada ausência parcial ou completa da decidua basalis, especificamente da decidua esponjosa, colocando o trofoblasto em contato direto com o miométrio.

Existem 2 classificações, quer se considere a aderência em extensão ou em profundidade. Assim, no primeiro caso: total, parcial e focal (parte de um cotiledôneo); e no segundo: se o miométrio é invadido temos a placenta *increta* e se ocorre a perfuração uterina temos a *placenta percreta*.

A incidência da placenta acreta é, segundo IRVING e HERTIG, 1:1956, enquanto que KRAUS encontrou 3 casos em 60.000 partos. Em 11 trabalhos nota-se uma incidência de 1:14.622. EASTMAN, no Hospital Johns Hopkins, encontrou um único caso em 70.000 partos.

A concomitância da placenta acreta complicando a placenta prévia é ainda mais rara. Menos de 30 casos foram até agora relatados.

TRABALHOS ORIGINAIS

FAC. DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO (BRASIL)  
CLÍNICA OBSTÉTRICA E PUERICULTURA NÉO-NATAL  
CATEDRA DO PROF. DR. RAUL BRUNET

**A OPERAÇÃO CESÁRIA ANTES E DEPOIS DOS  
ANTIBIÓTICOS \***

**DR. J. ONOFRE ARAUJO**  
Assistente

**DR. B. NEME**  
Assistente

Como contribuição ao tema oficial dêste Congresso, julgamos oportuno fazer o estudo das operações cesárias praticadas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, dividindo-as em vários períodos para documentar o valor dos antibióticos, não só profilático como curativo da infecção puerperal.

Em trabalho, já aqui apresentado, fizemos o relato histórico da evolução por que tem passado o combate à infecção no Serviço em que, há anos, trabalhamos. Vamos, agora, especificar, de maneira mais minuciosa, os resultados da terapêutica empregada em 830 cesárias, efetuadas no período de Agosto de 1931 a Março de 1951.

As cesárias praticadas sempre o foram pela técnica transperitoneal segmentária, e as distribuímos em três grupos, conforme a terapêutica antibiótica empregada:

- 1.<sup>o</sup> grupo (1931 a 1941): 454 casos — Cesárias sem antibióticos.
- 2.<sup>o</sup> grupo (1941 a 1945): 161 casos — Cesárias com sulfoconjugados — 126 sem controle da concentração sanguínea; 35 controlada a concentração sanguínea da sulfa.
- 3.<sup>o</sup> grupo (1945 a 1951): 215 casos — Cesárias com sulfoconjugados e antibióticos — 40 apenas com sulfa; 175 com sulfa, penicilina e estreptomicina.

\* Apresentado ao III Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia — Belo Horizonte - Juiz de Fora, Julho de 1951.

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

**MARÇO DE 1952**

**THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**

**Reavaliação de operações comuns sobre o útero** (*Reevaluation of common uterine operations*) — STUART, ABEL — (J. A. M. A., 148:1111, Março 1952).

O A. emprega a colpocitologia antes de qualquer tratamento de lesões do colo. Devem ser feitas biópsias de todas as áreas suspeitas. Após um resultado negativo, simples polipos são retirados no consultório e mandados para exame anátomo-patológico; as erosões são tratadas com o eletrocautério.

Os ovos de Naboth, quando não encontrados na presença de cervicite em atividade e erosão, não são tratados.

O A. prefere a electrocauterização linear da endocérvix à conização e não emprega cáusticos químicos ou aplicações tópicas de antibióticos.

A traquelorrafia é, para todos os fins, um processo obsoleto e a amputação do colo também está se tornando. Ela foi praticada sete vêzes menos em 1950 do que na última metade da década de 1930.

Há uma tendência crescente para a histerectomia vaginal, que o A. considera ser menos perigosa do que a abdominal. Ele comprehende que a histerectomia abdominal continua sendo o tratamento de escolha e até é imperativa em certas afecções, mas em todos os casos em que se pode escolher, prefere a via vaginal.

prévia" ou "abruptio placenta". Nos 2 últimos há morte fetal por asfixia, interferência com nutrição e excreção, intoxicação e prematuridade mas, também, por anemia devida a rotura dos capilares nos cotiledones.

Um caso de "vasa prévia", dois de "placenta prévia" e um de "abruptio placenta", todos com choque hemorrágico do recém-nato, são estudados e é posta em relêvo a importância do tratamento imediato com transfusão simples. O diagnóstico diferencial com a anemia eritroblastósica e asfixia falida é estudado, assim como as diferenças do tratamento.

E' estudado um caso de "placenta prévia cesária" para ilustrar o fator perda sanguínea potencial.

Um caso ilustrativo da hipótese de WIENER, de sangramento oculto pela rotura da circulação fetal na materna, causando anemia grave do recém-nato, é discutido minuciosamente. — *Cid Braune F.<sup>o</sup>*

**Apresentação transversa** (*Transversa presentation*) — GAREIS, LOUIS C. e RITZENTHALER, JOHN G. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **63**:583, Março 1952).

Apresentam os A.A. uma análise dos 162 casos ocorridos no Baltimore City Hospitals e University Hospital, ocorridos num período de 10 anos.

Os fatores que concorreram para essa apresentação foram: multiparidade, rotura prematura das membranas, parto prematuro, útero biconvexo, estreitamento pélvico, escoliose lombar, poli-hidrâmnios e implantação baixa da placenta.

Complicações hemorrágicas ocorreram em 29 % dos casos e o prolápso do cordão em 46,3 %.

A mortalidade fetal está em relação direta com a duração do parto.

A cesariana é a medicação de escolha, só se justificando a versão quando a doente é vista pela primeira vez, já com o colo completamente dilatado. Entregue a si mesma, a paciente com feto em apresentação transversa temia por morte com rotura de útero.

A incisão longitudinal do útero é aconselhada nesses casos, visto que a transversal tem sua ampliação limitada.

A versão externa deve ser tentada sempre, ainda que a doente já se encontre em trabalho de parto.

A decapitação é a indicação de escolha quando já se encontre o feto morto. Em todo caso de parto vaginal com apresentação transversa a exploração uterina para verificação da rotura deve ser feita a seguir.

As complicações maternas mais comuns são as hemorragias e as infecções, estas últimas tendendo a diminuir nos últimos anos. O maior perigo na apresentação transversa é a rotura uterina. — *Cid Braune F.<sup>o</sup>*

---

## WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Diabete e gravidez** (*Diabetes and Pregnancy*) — WHITELY, J. M. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **60**:98, Março 1952).

O manejo dos casos de diabete em grávidas deve ter por base uma colaboração estreita entre clínico, obstetra e pediatra. A terapêutica de substituição do hormônio é de resultados variados. Diferentes condições da gravidez modificam a utilização da insulina. Até agora não foi possível determinar o prazo ótimo para o parto, para conseguir os melhores resultados em relação aos fetos. Os estudos feitos indicam que o melhor prazo de parto para garantir a vida do feto seria o tempo entre a trigésima-sexta e a trigésima-oitava semana de gestação. Nestes casos estaria indicada a operação cesária. — *J. P. Rieper*

---

**Vaginismo como causa de dispureunia** (*Vaginismus as a Cause of Dyspareunia*) — HALL, S. P. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **60**:117, Março 1952).

Baseado em 26 casos de dispureunia motivada por vaginismo, conclui o A. que este distúrbio, na ausência de fatores orgânicos, nem sempre é motivado por fatores psíquicos. A falta de coordenação na contração dos músculos genitais seria a causa da dor. Como tratamento recomenda-se o treinamento dos músculos perineais, tanto a contração como o relaxamento dos mesmos, sob o controle com a ajuda de um espelho ou de um perineômetro cujo manômetro é visível à doente. Todo o problema está em aprender o controle destes músculos, verificado pelo dedo da própria doente.

Das 26 pacientes, somente 8 não tiveram resultado satisfatório com este procedimento. — *J. P. Rieper*

---

diversos investigadores com a ressecção do plexo hipogástrico superior nos processos dolorosos pelvianos, os A.A. referem sua experiência sobre 17 pacientes observadas na Cadeira de Clínica Ginecológica de Buenos Aires, a cargo do Prof. AHUMADA. Delas, 7 foram operadas com o diagnóstico de "algias pelvianas" e 10 com o de "dismenorreia essencial". Três pacientes, as mais velhas, tinham 36 anos e a mais jovem 18. Doze eram casadas, das quais só uma estéril e 5 eram virgens. Em 9 o comêço do quadro doloroso coincidiu com a menarca; em 5 foi posterior a uma intervenção cirúrgica. Das 17 pacientes, 10 ficaram curadas de suas perturbações, 4 não tiveram resultado algum, 2 não foram seguidas e as restantes foram operadas recentemente. Das 10 que se curaram, em 2 o estudo histopatológico do tecido fibro-adiposo extirpado demonstrou falta de tecido nervoso, portanto não pode o sucesso ser considerado resultante da operação. — *Clarice do Amaral Ferreira*

---

**Considerações sobre indução do parto** (*Consideraciones sobre inducción del parto*) — DE LA COLINA, E. C. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:122, Março-Abril 1952).

O A. refere-se aos diversos métodos de indução do parto, tanto médicos como diretos, em suas diferentes variantes.

Observa que todos os métodos usados são até certo ponto empíricos desde que: "enquanto não se conhece o mecanismo íntimo que desencadeia o trabalho de parto e que fatos o determina, agiremos um pouco às cegas com todos nossos recursos para reproduzir o fenômeno biológico".

Acentua as vantagens e inconvenientes dos métodos médicos e dos diretos. Entre os primeiros prefere o de WATSON por sua simplicidade, fácil manejo e entre os últimos o de KRAUSE modificado por ECHEVARRIA e BANANTES, com o qual se obtém 100 % de sucesso tanto como indutor quanto pela ausência de morbidade, empregando a penicilina profilaticamente. — *Clarice do Amaral Ferreira*

---

- 2.º) Corte do peritônio ao nível do Douglas que se inicia e termina ao nível da ilíaca primitiva de cada lado.
- 3.º) Identificação dos ureteres e isolamento do seu leito até a entrada no paramétrio cervical.
- 4.º) Secção e ligadura dos útero-sacros.
- 5.º) Ligadura e secção dos ligamentos infundíbulo-pélvicos, seguida da dos redondos.
- 6.º) Corte do peritônio anterior, separação vesical e identificação dos ureteres.
- 7.º) Secção e ligadura das uterinas fora dos ureteres.
- 8.º) Secção da vagina, extirpação uterina, paramétrica, anexial e vaginal superior.
- 9.º) Revisão, dissecação e extirpação ganglionar linfática-pélvica.
- 10.º) Hemostasia, revisão, tratamento da vagina e peritonização. — *Aurelio Ribeiro Dias*

**Micro-incisão baixa estética longitudinal para a operação cesária** (*Microincisión baja estética longitudinal para la operación Cesárea*) — RAMIREZ, ALFREDO SARDÍNAS — (*Ginec. y Obst. de México*, **36**:91, Março-Abril 1952).

O A. defende em seu trabalho um tipo de microincisão baixa vertical praticada no triângulo do monte de Vênus para operações de cesária. Acrescenta o A. que o valor da incisão é tanto do ponto de vista estético como do pós-operatório. O A. tem a experiência de 9 casos. — *Aurelio Ribeiro Dias*

**Quinze anos de operação cesária no Hospital Geral** (*Quince años de operación cesárea en el Hospital General*) — VEGA, GUILLERMO ALFARO — (*Ginec. y Obst. de México*, **36**:111, Março-Abril 1952).

O A. apresenta um estudo de 548 partos terminados por cesariana. As indicações em ordem de freqüência: desproporção fetopélvica, placenta prévia, hipertonia ou tetanismo uterino com ou

sem infecção amniótica, eclampsia, câncer cérvico-uterino, cardiopatias, rigidez de colo funcional ou cicatricial.

Indicações excepcionais: câncer de mama, tumor prévio, desprendimento prematuro de placenta normo-inserta, procedência de cordão e mola hidatiforme.

As técnicas mais usadas foram para os casos não infectados: MICON e KERR; para os casos infectados: JEANIN-MERGER e NORTON.

Acidentes pós-operatórios: fístulas vésico-vaginais e peri-retal, bem como septicemia e pelviperitonites.

Anestesias de eleição: raquídea, local, ciclopropano-éter-oxigênio.

Mortalidade materna: 4,56 % á fetal: 22,8 %. — *Aurelio Ribeiro Dias*

**Biópsia cervical (Biopsia Cervical) — RUBIO, BORIS — (*Ginec. y Obst. de México*, **36**:124, Março-Abril 1952).**

O A. apresenta um estudo de 200 casos de biópsia cervical com os seguintes achados anátomo-patológicos: lesões cervicais benignas — 96 %; câncer "in situ" — 0,5 %; lesões cervicais malignas, tipo invasor — 3,5 %.

O A. aconselha a prática da biópsia cervical, de forma sistemática, independente do uso de outros procedimentos diagnósticos. — *Aurelio Ribeiro Dias*

**REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA, GINECOLOGÍA Y CÁNCER**

✓ **Vinte e um fatos importantes do câncer "in situ" do colo uterino (Veintiún Hechos Importantes del Cáncer in situ del Cuello Uterino) — ZUCKERMANN, CONRADO — (*Rev. Mexicana de Cir., Ginec. y Cáncer*, **3**:71, Março 1952).**

O A. em seu trabalho assinala 21 fatos importantes do câncer "in situ" do colo uterino, sendo de destaque os seguintes:

1) A conduta mais segura é tratá-lo como câncer e assim sendo, utilizar de preferência, a cirurgia amplamente extirpadora até que outras terapêuticas anticâncerosas mais seguras se descubram.

TRABALHOS ORIGINAIS

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE NACIONAL DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL  
(MATERNIDADE-ESCOLA)

**COLPOCITOLOGIA EM OBSTETRÍCIA \***

**PROF. OCTAVIO RODRIGUES LIMA**  
Catedrático

**DR. MARIO DE BENNING KAMNITZER**  
Assistente

As modificações sofridas pelo epitélio vaginal durante a gestação parecem ter sido assinaladas desde 1913 por FAVARGER e 1925 por STIEVE. Cabe a TINOCO CABRAL, com a publicação de sua tese em 1928 em São Paulo, a prioridade no Brasil, para o estudo do assunto. Todavia, o interesse clínico da questão ainda estava longe de ser compreendido. Em 1925 já PAPANICOLAOU descrevera com a precisão e a minúcia que lhe são peculiares o aspecto morfológico das células vaginais encontradas na gestação, parto e puerpério. Nada concluía quanto ao real significado semiótico dos seus achados.

Trabalhos esparsos em vasta literatura mundial revelavam fatos, descobriam alterações, mas sem a necessária conexão e a real interpretação dos mesmos para juízo de prática clínica. Cabe a PUNDEL e VAN MEENSEL com a colaboração de Z. JARVORSKI o primeiro esforço nesse sentido salutar com a publicação do seu "Gestation et Cytologie vaginale", editado por Masson & Cia., em 1951.

Concordamos com o nosso prezadíssimo amigo COURRIER, quando ao prefacear tal livro diz: "Ou saisit alors l'importance de ce test pour la surveillance de l'endocrinologie de la gestation, pour la detection des troubles endocriniens préludes de menaces d'avortement, pour le contrôle des traitements hormonaux de ces manifestation pathologique."

\* Trabalho apresentado no IV Congresso Luso-Espanhol de Ginecologia e Obstetrícia (22-25 Junho 1952).

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

**ABRIL DE 1952**

**THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**

**Apreciação de uma clínica preventiva de câncer** (*Evaluation of a cancer detection clinic*) — CLIFFTON, E. E. e DONOVAN, ARTHUR J. — (*J. A. M. A.*, **148**:1169, 5 Abril 1952).

Os centros de pesquisa do câncer não podem ser lógicamente limitados ao exame de pessoas que não apresentam sintomas a descoberto do maior número de cânceres. Neste grupo particular de pessoas um tipo limitado de exame resultaria na descoberta de tantos tumores quantos fôssem os exames completos. O exame anual de pacientes sem tumores levaria ao diagnóstico precoce de vários casos. O número de tumores assintomáticos descobertos por meio de exames anuais, em comparação com o número total de tumores que se desenvolvem e são tratados no intervalo entre as consultas anuais, provavelmente não é tão grande que justifique o tempo e o dinheiro gastos. A adição de um ou dois dos melhores "testes de câncer" ao armamentário das clínicas, em limitada escala, deve ser considerada. Um dado grupo de pacientes teria que ser acompanhado durante longo período, antes que fôsse gasta grande soma de dinheiro, para serem acrescentados êsses testes a todos os climas. Os centros de pesquisa de câncer devem ser mantidos para fins educativos e como armas clínicas experimentais, sendo aceito o serviço oferecido às pacientes mais como recompensa adicional do que como objetivo primitivo.

**Hidronefrose em gravidez** (*Hydronephrosis in pregnancy*) — WINTER, E. W. e J. K. PERLMUTTER — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **60**:180, Abril 1952).

Os A.A. apresentam um caso com hidronefrose bilateral descoberta no quinto mês de uma gestação. Com tratamento adequado conseguiram restabelecer a função renal, por meio de correção cirúrgica da junção uretero-pélvica. A situação levou a um aborto terapêutico posterior.

Concluem os A.A. que a hidronefrose é uma complicação séria da gravidez. Todo sintoma urológico deve ser considerado grave nestas condições, levando ao exame urológico completo. A explicação da ocorrência por fatores hormonais e mecânicos satisfaz para a maioria dos casos. Mesmo pequena hematúria e dor podem indicar distúrbios maiores.

Há necessidade da mais estreita colaboração entre obstetra e urologista, para estabelecer o melhor tratamento. — *J. P. Rieper*

**Capas removíveis de borracha-esponja para fórceps obstétrico** (*Removable Foam-Rubber Obstetrical Forceps Mittens*) — GREENBERG, E. M. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **60**:186, Abril 1952).

O A. descreve uma capa protetora de borracha esponjosa que é colocada por cima do fórceps comum com a finalidade de diminuir o traumatismo para mãe e filho. O emprêgo de sabão permite uma aplicação fácil do fórceps assim modificado. — *J. P. Rieper*

### THE LANCET

**Hipoplasia e aplasia da vagina tratadas com implantes de hormônio estrogênico** (*Hypoplasia and Aplasia of the Vagina treated with oestrogenic Hormone Implants*) — LIPMAN, HUJOHN — (*The Lancet*, **252**:744, 12 Abril 1952).

Ainda que a aplasia congênita da vagina não seja extremamente rara, diz o A., sua incidência era avaliada com grandes limites. Desde 1 para 250.000 pacientes (OWEN), 1 para 4.000 (BRYAN), 1 para 5.000 (ENGSTADT).

O A. deseja chamar atenção para o valor dos implantes de estrogênios nessas condições. Documenta sua opinião relatando dois casos: um de grave hipoplasia vaginal e outro de aplasia congênita que responderam satisfatoriamente a tal tratamento.

## REVISTA MÉDICA DE CÓRDOBA

**O fígado na gravidez** (*Hígado de embarazo*) — PEREIRA, C. JULIO — (*Rev. Méd. de Córdoba*, **40**:109, Abril 1952).

O A., em seu trabalho, observa que o fígado durante a gravidez não funciona com inteira normalidade. A fim de evitar distúrbios hepáticos o A. estabelece um tratamento profilático, à base de cuidados dietéticos, que põe o organismo em condições de defender-se melhor contra outras afecções. Como tratamento curativo aconselha sais biliares, anti-espasmódicos e antibióticos por via oral associados a uma alimentação hipogordurosa para corrigir os transtornos da pequena insuficiência, dispépticos ou inflamatórios suaves.

Diante de uma icterícia o tratamento obedecerá a classificação estabelecida. Se for devido à gravidez está indicada sua interrupção em forma urgente, seguido de tratamento adequado. O mesmo critério se deve seguir, para a atrofia amarela aguda do fígado. — *Aurelio Ribeiro Dias*

## CIRUGÍA Y CIRUJANOS (México)

**Nova técnica de cesária extraperitoneal** (*Una nueva técnica de cesarea extra-peritoneal*) — RABAGO, JOSÉ — (*Cirugía y Cirujanos*, **4**:192, Abril 1952).

O A. elaborou um procedimento para a execução da cesária extraperitoneal baseando-se na técnica de BOTELLA LLUSIÁ e tomando detalhes de outras técnicas operatórias.

O A. operou 7 casos até a presente data e acha que a técnica facilita a intervenção e evita até certo ponto os acidentes. — *Aurelio Ribeiro Dias*

**Patogenia e tratamento dos transtornos embrioplásticos urogenitais** (*Patogenia y tratamiento de los transtornos embrioplásticos urogenitales*) — GALLO, DELFINO — (*Cirugía y Cirujanos*, **4**:167, Abril 1952).

O A., em seu trabalho, faz comentários sobre as idéias atuais com respeito à patogenia e tratamento dos transtornos embrioplásticos urogenitais. Descreve as medidas de tratamento profilático destes transtornos e faz um resumo das técnicas de reparação plástica em anomalias urogenitais das quais tem a experiência de 12 casos. — *Aurelio Ribeiro Dias*

TRABALHOS ORIGINAIS

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA (RECIFE - PERNAMBUCO)

DIRETOR: PROF. DR. MARTINIANO FERNANDES

**FIBROMIOMA DO COLO DO ÚTERO**

**PROF. DR. MARTINIANO FERNANDES**

Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências  
Médicas de Recife

e

**DR. PEDRO ALVES**

Assistente da Maternidade da Encruzilhada

A localização realmente primitiva de um fibromioma na porção cervical do útero, e que tenha adquirido maiores proporções, ainda desperta interesse clínico, menos pela sua infreqüência, referida nas estatísticas com uma percentagem discreta, porém muito mais, pela sua caprichosa evolução e sobretudo pelas tremendas dificuldades técnicas que êsses tumores costumam apresentar no decorrer do tratamento cirúrgico.

A easuística brasileira sobre êste assunto é modesta segundo as referências dos trabalhos já publicados e que podemos obter: NAPOLEÃO DIDIMO, 1924; ALICIO PELTIER DE QUEIROZ, 1936; CLOVIS CORREIA DA COSTA, 1940; SOUZA RUDGE e DELASCIO, 1941. De Recife saíram as seguintes publicações: CASTRO e SILVA, 1936; ROSALDO CAVALCANTE, 1943; DJAIR BRINDEIRO, 1950 e a presente nossa, 1952.

Os três casos que reunimos de fibromioma da cérvix oferecem aspectos de certa raridade e interesse, tais como: localização exclusivamente na *portio* de tumor fibromatoso de 14 cms. de comprimento por 7 cms. de largura, cujo sintoma principal foi profusa hemorragia motivada pela rotura de um vaso de sua superfície; necrose de fibromioma da cérvix associada a prolapso genital completo no 2. caso; e no 3.<sup>o</sup> apesar do volume que o tumor já havia

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA  
DA UNIVERSIDADE DO BRASIL (MATERNIDADE - ESCOLA)  
CATEDRÁTICO: PROF. OCTAVIO RODRIGUES LIMA

## ROTURA INTRAPARTO DE CICATRIZ DE CESÁREA SEGMENTAR \*

**Contribuição ao seu estudo etiológico**

**DR. MARIO DE BENNING KAMNITZER**  
Assistente

### **Histórico**

A rotura uterina intraparto foi observada e descrita pela primeira vez por J. GUILLEMEAU (1) discípulo de Ambroise Paré, no século XVII.

A primeira rotura traumática registrada na literatura, foi cometida por CHAMBERLEN (2) quando tentava demonstrar as virtudes do seu fórceps, na clínica de MAURICEAU.

Apesar da freqüência com que deviam ocorrer as roturas do útero intraparto, desconhecia-se de todo o seu mecanismo. Atribuía-se a rotura da matriz a movimentos fetais exagerados.

Sómente em fins do século XVIII, BAUDELOCQUE (3) reconheceu corretamente o papel da contração uterina.

Osiander (4), no princípio do século XIX distingue no seu tratado "Da arte de partejar" (1825) a rotura espontânea da rotura traumática do útero. A rotura espontânea na gravidez é

\* Trabalho premiado em concurso interno instituído pelo Prof. Octavio Rodrigues Lima, em outubro de 1951.

no início do trabalho, ocorre a seu ver, devido a alterações locais da parede uterina.

Os princípios exatos que conduziram ao conhecimento dos fatores de ordem estática e dinâmica que intervêm no mecanismo da rotura do útero, foram estabelecidos em meados do século XIX por MICHAELIS (1851) (5) e BANDL (1875) (6).

### **Conceito etiológico**

O conceito etiológico da rotura uterina tem sofrido no correr do tempo importantes modificações.

No princípio havia a ignorância total; depois houve um período de hipóteses e suposições semiverídicas, baseadas em observações mais ou menos superficiais.

Posteriormente, com o advento do estudo da Pelvilogia e do mecanismo de parto, os fenômenos mecânicos relacionados com o parto insolúvel, seja por apresentação patológica, seja por desproporção feto-pélvica, mereceram maior atenção, passando para o primeiro plano.

Entretanto, não obstante à interpretação absolutamente correta destes fenômenos, descritos nos trabalhos clássicos de MICHAELIS e BANDL, a explicação etiológica das roturas do útero, mormente das que ocorrem na gravidez e no período de dilatação do parto, ressentia-se de sérias falhas.

Os pesquisadores, preocupados unicamente com os aspectos mecânicos, relegavam o estudo anatômico e histológico da parede uterina a um segundo plano.

Atualmente é manifesta a tendência para atribuir maior importância às alterações estruturais da matriz na etiologia da rotura.

ANTOINE (7) recolheu da literatura compreendida entre os anos de 1927 e 1950, 377 casos de rotura uterina devido a alterações patológicas do miométrio, ao lado de apenas 239 roturas ocorridas em parto insolúvel. O mesmo autor conclui que freqüentemente concorrem diversas causas. Geralmente há um fator predisponente ao qual junta-se depois um fator desencadeante. A determinação da causa etiológica da rotura fica portanto a critério da impressão subjetiva do observador.

Na opinião de ROBERT MEYER (8), não se justifica, na discussão da etiologia da rotura uterina, o confronto entre os fatores "Hiperdistensão" e "Fragilidade patológica" do miométrio. Estes fatores são sempre concomitantes. ROBERT MEYER empresta todavia maior importância à questão da fragilidade exacerbada do miométrio quando afirma que dificilmente se romperá uma parede uterina estruturalmente normal.

Na Maternidade-Escola temos um caso que ilustra muito bem esta assertão. Trata-se de uma multípara, VII gesta e VI para

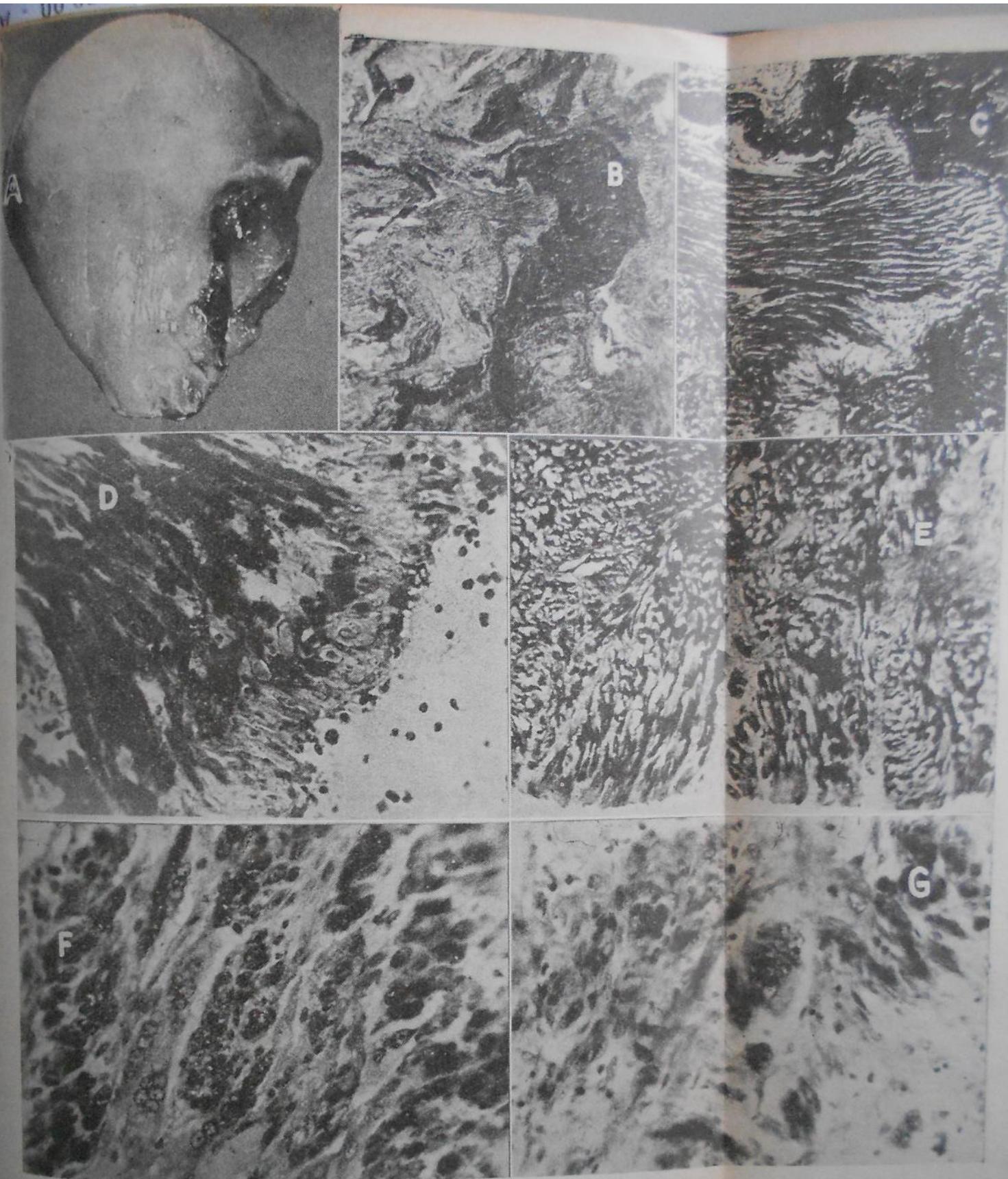


Fig. 1 — Rotura uterina espontânea no 7.<sup>o</sup> mês de gestação: A) Aspecto da peça operatória. B) Corte histológico através o bordo de rotura. Observa-se solução de continuidade dos feixes miometriais, áreas hemorrágicas e depósito de fibrina ( $5 \times 3,2$ ). C) Detalhe da microfotografia anterior. Feixe muscular róto ( $5 \times 3,2$ ). D) O mesmo feixe muscular visto com maior aumento. O bordo da rotura acha-se marginado por células degeneradas de aspecto deciduóide. Notam-se ainda pontos de rarefação textural ( $5 \times 10$ ). E) Aspecto fragmentado do miométrio. Segmento inferior ( $5 \times 10$ ). F) Zona de rotura. Células coriais migrantes cercadas por miócitos modificados de aspecto deciduóide ( $10 \times 43$ ). G) Célula corial gigante multi-nucleada no centro de uma zona de rarefação textural. Observa-se desarranjo e acentuada histólise das fibras musculares ( $10 \times 43$ ).

que deu entarda no Hospital em estado de choque e anemia grave. A paciente achava-se no 7.<sup>o</sup> mês de gestação e o acidente que motivara este quadro ocorreu há 3 dias, sem pródromos, com dor abdominal súbita, vertigens e perda de sangue discreta. Feito o diagnóstico de rotura uterina, foi a paciente laparotomizada. Constatou-se então a presença de uma ampla brecha em forma de "L" interessando o segmento inferior do útero no seu bordo direito e face posterior. O óvo estava descolado e foi encontrado sob o fígado com aderências epiplôicas recentes. O exame histológico da peça revelou uma acentuada hiperplasia do mesênquima. O miométrio apresentava um aspecto fragmentado. Na região da rotura havia entre as fibras musculares grande número de células deciduóides ao lado de outras, gigantes e multinucleadas, com o aspecto das células coriais migrantes descritas por GROSSER (9). Por vezes os feixes musculares estavam aparentemente interrompidos por zonas estreitas de células deciduóides, áreas hemorrágicas e depósitos de fibrina. Os cortes de fragmentos retirados da região corporal e fúndica do útero nada revelaram de especial. Apenas sob o sítio placentar que estava na face anterior do corpo uterino, foi encontrado um número razoável de células coriais gigantes multinucleadas que jaziam preferencialmente próximo dos vasos. Não se constatou a presença de processo inflamatório ou tumoral (figura 1).

Têm sido apontadas como predisponentes à rotura do útero os seguintes fatores:

- Redução local da musculatura uterina.
- Hipoplasia uterina.
- Telangiectasia local.
- Degeneração hialina dos elementos conjuntivos.
- Degeneração parenquimatosa e necrose do músculo.
- Processos inflamatórios.
- Placenta acreta e increta.
- Fibromioma intramural necrosado.
- Adenomiose.
- Cicatrizes uterinas.

### **Roturas do útero atribuídas a cicatrizes uterinas**

Entre as cicatrizes uterinas predominam, sem dúvida, as cicatrizes de operação cesariana. O número de roturas em úteros cesarianados tem aumentado sensivelmente em virtude da maior freqüência com que se pratica atualmente esta operação. Ao passo que, pela mesma razão apontada, o número global das roturas intraparto tem diminuído de tal forma, que constituem hoje em dia, uma ocorrência rara nos hospitais bem orientados.

As roturas em parto posterior a uma cesárea ocorrem segundo ANTOINE (10), com a seguinte ordem de freqüência, de acordo com a técnica da incisão uterina:

- a) Incisão fúndica transversal (FRITSCH).
- b) Incisão corporal longitudinal (cesárea clássica).
- c) Incisão segmentar longitudinal (KRÖNIG).
- d) Incisão segmentar transversal (KERR).

Esta opinião é compartilhada pela maioria dos autores, embora os índices estatísticos divirjam sob o ponto de vista quantitativo, numérico, de acordo com a época, a orientação obstétrica e o critério que norteou a análise da casuística.

KRU肯BERG (11), em 1866, assinala uma incidência de rotura de 50 % após cesárea.

HOLLAND (12) em 1921, observou uma incidência de 4 % de rotura uterina em 448 pacientes anteriormente submetidas a uma cesárea corporal. Todavia em 352 pacientes foi praticada uma cesárea iterativa, sem trabalho de prova. Nestas condições, parece óbvio, que o risco real da rotura uterina não corresponde absolutamente ao índice percentual referido, mas deveria aproximar-se a cerca de 25 %.

Segundo ANTOINE (13), o número de roturas após cesárea corporal em confronto com as que sucedem após cesárea segmentar, guarda uma proporção de 85 para 21. Para GEPFERT (14) esta proporção é de 10 para 1.

KERR e MOIR (15) observaram que a rotura do útero após cesárea segmentar com incisão longitudinal é mais freqüente do que naquela com incisão transversal.

ERBSLÖH (16), num grupo de 84 roturas após cesárea segmentar, verificou que 65 ocorreram após cesárea com incisão longitudinal e somente 19 após cesárea com incisão transversal.

Na Maternidade-Escola é praticada em rotina somente a cesárea segmentar de KERR. No período compreendido entre janeiro de 1948 e dezembro de 1951, tivemos um número global de 8.344 partos. Entre estes, 462 foram solucionados pela operação cesariana, sendo que em 49 casos a operação foi iterativa.

O número total de roturas uterinas foi de 4, todas espontâneas e situadas no segmento inferior.

A incidência global de rotura foi portanto de 0.0466 %. A incidência de rotura em útero cesarianado não pode ser estabelecida de maneira precisa, pois somente 59 pacientes foram reinternadas grávidas ou em trabalho de parto. Todas foram submetidas a trabalho de prova, segundo a orientação adotada na clínica dirigida pelo Prof. RODRIGUES LIMA.

Nestas condições 8 pacientes deram a luz em parto transpélvico. Em 49 foi praticada a cesárea iterativa e em 2 casos ocorreu a rotura da cicatriz uterina.

Teríamos portanto, se aceitarmos estas cifras, uma incidência de 3,38 % de rotura em útero cesarianado. Uma incidência ao nosso ver muito alta, que não parece corresponder a realidade.

Entre os nossos 4 casos de rotura uterina, um ocorreu no 7.<sup>o</sup> mês de gestação, outro no início do trabalho de parto, ambos em pacientes multíparas. Os dois casos restantes foram de rotura da cicatriz operatória de cesárea anterior, sendo que uma das parturientes era toxêmica, hipertensa.

Em 2 casos pôde ser adotada a conduta conservadora do útero, de sorte que ficaram sómente 2 peças para o estudo histológico.

As roturas do útero cesarianado ocorrem também durante a gravidez, na ausência de contrações uterinas eficazes. A maneira silenciosa, inesperada, com a qual se produzem é característico da deiscência da cicatriz operatória.

A deiscência da cicatriz operatória uterina em prenhez subsequente é rara, ocorrendo via de regra sómente no último trimestre.

Não obstante, há casos precoces, curiosos, como o descrito por HORNUNG (17), em que a rotura surgiu espontaneamente no 3.<sup>o</sup> mês de gestação.

Na rotura intraparto em útero cesarianado, o sítio da rotura nem sempre fica na cicatriz operatória. Não são raros os casos descritos na literatura nos quais foram observadas extensas roturas em localização a mais variada, enquanto a cicatriz permanecia intacta.

Há indícios que fazem acreditar que a cicatriz normal não constitui necessariamente um "Locus minor resistentiae".

São conhecidos os casos de parto transpélvico após cesáreas iterativas. Em nossa casuística constam 8 partos por via vaginal após cesárea, ao lado de uma observação de cesárea 5 vezes repetida num caso de vício pélvico relativo, sendo a operação sempre precedida de trabalho de prova.

MASON e WILLIAMS (18) estudaram a resistência da cicatriz de cesárea em animais. Verificaram que o sítio da incisão, quando bem cicatrizado, oferece melhor resistência à tração e à rotura do que o próprio miométrio. Por outro lado, nos casos de feridas mal cicatrizadas, defeituosas, a rotura processava-se invariavelmente na própria cicatriz.

O processo de cicatrização da ferida uterina inicia-se pela formação de uma camada de fibrina que une os bordos da incisão; esta camada trás um acolamento de surpreendente solidez e funciona como ponte de sustentação através da qual proliferam os fibroblastos.

Para que haja uma boa cicatrização, assinala COUVELAIRE (19), a coaptação cirúrgica das paredes da ferida deve ser perfeita, a camada de fibrina uniforme, bem formada, sem soluções de continuidade. Nestas condições, apesar do contínuo movimento das fibras, contraindo-se e relaxando-se alternadamente no puerpério, a união dos bordos processar-se-á sólida e duradoura, por um tecido cicatricial fibroso no seio do qual, mais tarde, surgem pontes de regeneração muscular.

Entretanto, se houver áreas de necrose, quer devido à uma infecção, quer devido à sutura demasiadamente apertada, surgirão pertuitos abertos que possibilitam a infecção e invasão da cicatriz pelo endométrio. Estas cicatrizes, descreve COUVELAIRE, são constituídas em gravidez subsequente, exclusivamente por decidua e peritônio.

SCHWARZ e PADDOCK (20) estudarammeticulosamente o processo de cicatrização no útero da cobaia. Constataram que a união dos bordos da ferida se processa pela proliferação de fibroblastos, juntamente com capilares de neoformação ao longo de toda área da incisão e também entre os feixes musculares adjacentes. Entre o 12.<sup>º</sup> e o 25.<sup>º</sup> dia depois da operação, este tecido adquire o aspecto típico do tecido cicatricial. Nos espécimes examinados depois de 10 semanas, a zona de tecido cicatricial acha-se tão reduzida a ponto de tornar difícil distingui-la, nos cortes histológicos, do resto do miométrio.

Os autores mencionados atribuem todavia à regeneração muscular um papel secundário no processo de desaparecimento da cicatriz; por quanto os trabalhos de LOEB (21) teriam comprovado que a partir do 11.<sup>º</sup> dia da incisão cessa a atividade mitótica no miométrio da cobaia; portanto a regeneração muscular, se desempenhasse papel relevante no processo de desaparecimento da cicatriz, só poderia fazê-lo nos primeiros 10 dias, coisa que definitivamente não acontece.

A questão da regeneração da fibra muscular lisa, negada por muitos e afirmada por alguns, é matéria controvertida. Não obstante parece-nos oportuno citar a opinião de HUECK (22). Este autor acredita na regeneração da fibra lisa por metaplasia de células indiferenciadas do mesênquima de natureza retículo endotelial.

RODRIGUES LIMA (23), investigando o processo de cicatrização da ferida uterina da cesárea de KERR em duas peças do arquivo histopatológico da Maternidade-Escola, fez as seguintes observações: "No caso do útero cesarianado em paciente falecida de edema agudo, 7 horas depois da operação, o estudo histológico permite-nos ver a presença de uma delgada faixa de fibrina, como assinalara COUVELAIRE, interposta entre os bordos da abertura segmentar. Na musculatura adjacente observa-se discreto edema do mesênquima ao lado de infiltração linfoplasmocitária (fig. 2)."



Fig. 2

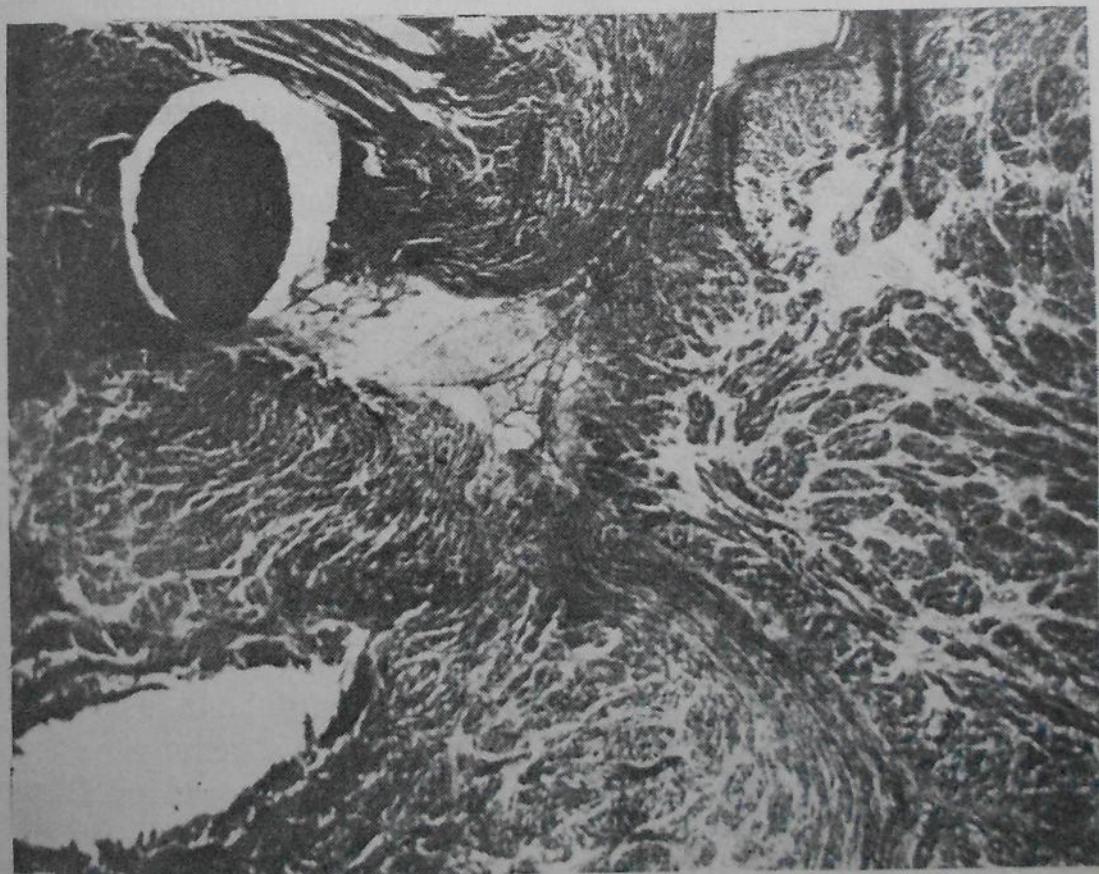


Fig. 3

Em outras lâminas, de útero cesarianado em mulher falecida de hipertensão maligna no 4.<sup>o</sup> dia pós-operatório, observamos aspectos que nos parecem dignos de nota. A faixa de fibrina já foi invadida pelos fibroblastos que atravessam o hiato operatório de um a outro lado. Em torno dos nós de catgut observa-se uma rarefação do tecido que se apresenta aparentemente reduzido na intensidade do processo regenerativo" (fig. 3).

Quando praticamos uma cesárea iterativa é comum não encontrar no útero vestígio algum da operação anterior; outras vezes observa-se somente um discreto espessamento da prega vésico-uterina, e quando esta é descolada, surge então uma tenue rafe, uma depressão linear parecendo apenas esboçar a incisão anterior.

Diversas vezes praticamos nesta região biópsias em pontos diferentes, retirando fragmentos de cerca de 2 cms. de extensão. O exame histológico, entretanto, não pôde evidenciar nestes fragmentos a presença de tecido fibroso cicatricial bem delimitado. Não obstante, constatamos no miométrio pequenas áreas irregulares de fibrose que emitem prolongamentos digitiformes. Estas áreas, constituídas por um tecido conjuntivo denso, são percorridas em todos os sentidos por delgados feixes ou fibras musculares isoladas.

O corte seriado do material revelou que estas zonas são cordões de trajeto sinuoso. Tudo leva a crer que tais cordões constituem os resquícios da cicatriz uterina.

Não compartilhamos a opinião daqueles que acreditam em uma reconstituição integral, no sentido estrito. Não nos parece viável a idéia de que um tecido cicatricial fibroso venha a ser absorvido ou substituído pelo miométrio. E' muito mais lógico atribuir o desaparecimento da cicatriz aos fenômenos de retração, enovelamento e deslizamento dos feixes miometriais nos primeiros dias do puerpério.

Se aceitarmos o postulado da formação do segmento inferior à cesta do colo uterino, fica óbvio que a ferida da cesárea segmentar, especialmente daquela com incisão transversal, deve sofrer desnivelementos durante o processo da involução do útero. Esta involução é mais notável por volta do 4.<sup>o</sup> dia quando o segmento inferior apresenta o dôbro da espessura do período do pós-parto imediato.

Nestas condições a cicatriz acaba sendo englobada e repuxada em diversos sentidos, de sorte que no futuro mais remoto, especialmente após nova gravidez, quedam apenas alguns cordões fibrosos remanescentes do processo cicatricial.

Esta seria a evolução normal, favorável, da cicatriz uterina; uma reconstituição funcional integral do miométrio, compatível com qualquer esforço ou distensão dentro dos limites da norma.

### Fatores responsáveis pela fragilidade anômala da cicatriz uterina

Os fatores que modificam a cicatriz uterina predispongão à mesma à rotura, são de natureza múltipla:

*Atrofia do tecido cicatricial.* Condicionada pela sutura demasiadamente apertada, com prejuízo da irrigação sanguínea e da inervação trófica. A cicatriz fica então reduzida aos revestimentos, mucosa e serosa.

*Atrofia da decidua.* O tecido cicatricial constitui um terreno impróprio para o bom desenvolvimento da decidua. Este fato adquire importância quando a placenta, em gravidez ulterior, se implanta sobre a cicatriz. Isto cabe especialmente à cicatriz de cesárea corporal.

*Hematoma.* O hematoma que resulta da sutura descuidada, afasta os bordos da cicatriz. O produto da organização do coágulo é constituído por vasos neoformados e tecido areolar frouxo. Somente a serosa e a mucosa se regeneram.

*Supuração.* O hematoma, em virtude da sua contiguidade com a cavidade uterina puerperal, pode sofrer infecção. A supuração que daí resulta acaba drenando para a cavidade uterina, deixando uma cicatriz insuficiente. KING (24) relata 4 casos de prenhez abdominal secundária à deiscência da cicatriz uterina de cesárea. Em um dos casos, que terminou pelo êxito letal, o autor encontrou a ferida uterina da cesárea anterior, completamente aberta.

*Implantação da placenta sobre a cicatriz uterina.* A implantação da placenta sobre a cicatriz predispõe à mesma à rotura pela embibição serosa e pelo incremento exagerado da vascularização. Por outro lado há sempre a possibilidade da placentação acreta ou inereta, trazendo um adelgaçamento perigoso.

*Interposição da mucosa.* A interposição da mucosa é consequência de má técnica de sutura. A mucosa interposta, em gravidez subsequente, transforma-se em decidua com grave prejuízo para a solidez da cicatriz uterina. ROBERT MEYER (25) pôde observar inclusões heterotópicas em três peças obtidas em necropsia.

Não é fácil impedir de todo a interposição da mucosa; no caso de útero obtido 7 horas após cesárea pudemos observar, em local próximo a um dos ângulos da incisão, fragmentos de decidua e membranas ovulares entre os bordos da ferida.

*Distensão excessiva do miométrio adjacente.* Aponta-se por vezes a ocorrência de uma hiperdistensão e adelgaçamento do miométrio na vizinhança imediata de uma cicatriz uterina aparentemente normal. KÜSTNER (26) quer atribuir este fenômeno à degeneração das fibras musculares por distúrbios tróficos causados pela cicatriz.

*Gravidez subsequente precoce* KÜSTNER acentua ainda que a gravidez précoce, instalada pouco tempo depois de uma cesariana, pode contribuir decisivamente para o enfraquecimento da cicatriz operatória.

*Endometriose.* A endometriose pré-existente no útero ou aquela que resulta da interposição da mucosa no ato operatório, enfraquece a cicatriz. Admite-se também uma modalidade de invasão endometrial da cicatriz condicionada pelos pertuitos deixados pela sutura transfixante e demasiadamente apertada. Em nosso arquivo dispomos de uma peça interessante cedida por outro Hospital.

Trata-se de uma rotura espontânea de cicatriz de útero cesarianado que ocorreu no início do trabalho de parto. O exame histológico da peça revelou que os bordos da rotura eram constituídos por decidua no seio da qual jaziam glândulas hiperplásticas. Outros cortes, praticados em diversos pontos do segmento inferior e do corpo do útero, revelaram a presença de numerosas e extensas áreas de endometriose.

### **Rotura de cicatriz de cesárea de Kerr, constituída por decidua. Reação decidual difusa do mesênquima uterino.**

O presente caso que aqui relatamos apresenta aspectos aparentemente inéditos.

Trata-se de uma rotura espontânea de cicatriz uterina em paciente II gesta, 0 para, submetida em parto anterior a uma cesárea segmentar de Kerr, indicada por placentação baixa central.

O exame clínico e roentgenpelvicefalométrico evidenciavam uma perfeita proporcionalidade feto-pélvica.

A parturiente, ao ser admitida, apresentava um útero hipertônico com metrossístoles espaçadas, pouco intensas, anel de Bandl impalpável. O colo achava-se apagado de bordos grossos, não distensíveis, dilatado para 3 cms. A cabeça estava alta, na área do estreito superior, bôlsa d'água rôta. Os batimentos cardio-fetais estavam bem audíveis, normais.

Nestas condições foi adotada a conduta da expectação armada e instituída a terapêutica anti-espasmódica, penicilinoterapia e administração de oxigênio.

Eram decorridas 4 horas de assistência, a situação obstétrica praticamente inalterada, já se cogitava na cesárea iterativa diante do sofrimento fetal que se esboçava, quando ao palpar o abdome da parturiente, foi notada uma proeminência estranha 2 dedos transversos acima da sínfise. Aos poucos foi possível identificar perfeitamente os contornos de um membro, depois, lentamente, como em câmara lenta, se foi desenhando a sintomatologia da rotura uterina com passagem do feto para a cavidade abdominal. Enquanto isto, a paciente continuava em bom estado geral, calma, sem referir a dores ou especial mal estar. Pelo contrário; dizia que as dores do parto haviam melhorado.

A laparotomia revelou uma ampla rotura irregular situada na região que devia corresponder à cicatriz da cesárea anterior. O feto estava morto entre

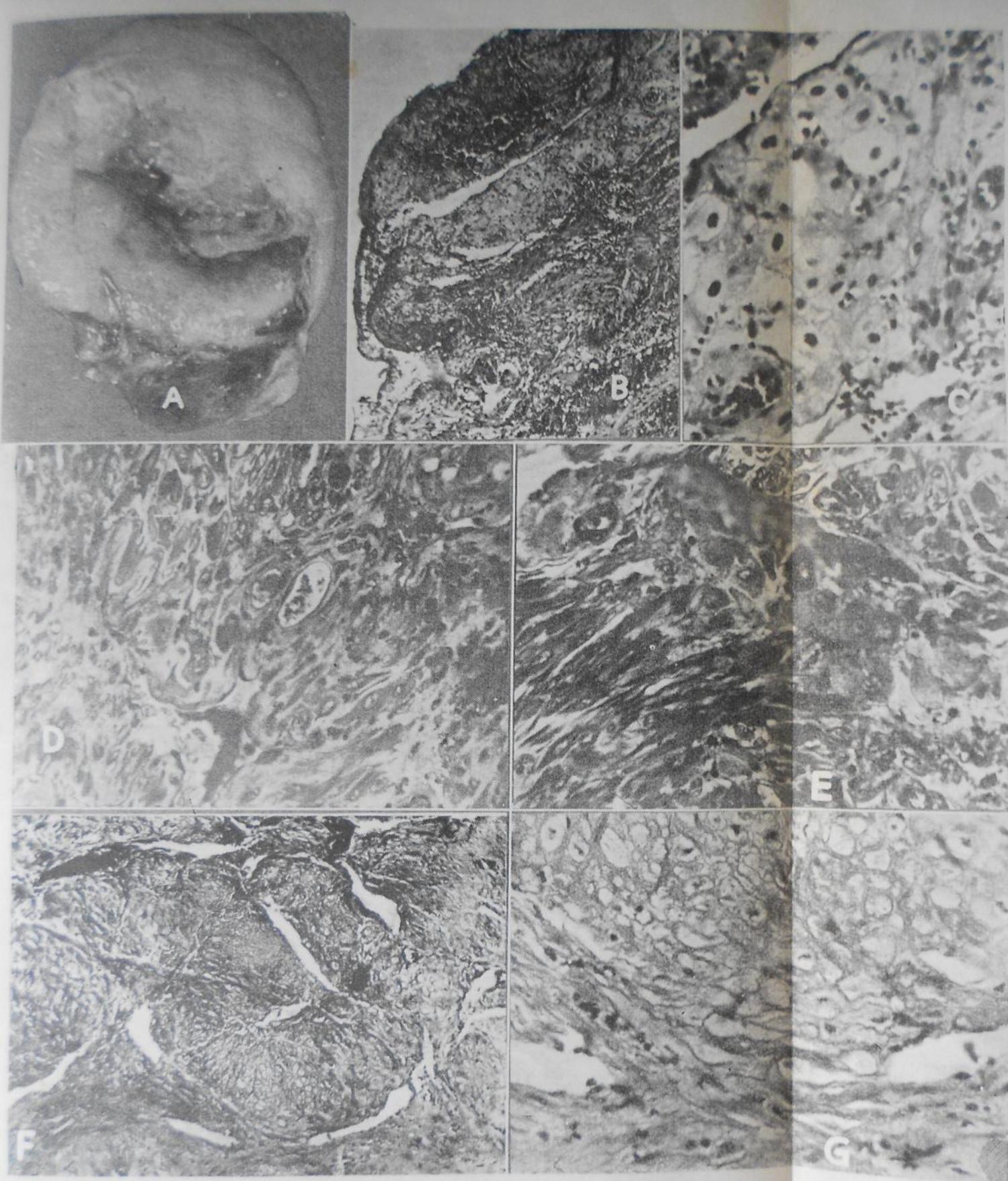


Fig. 4 — Rotura intraparto de cicatriz de cesária segmentar de Kerr: A) Aspecto da peça operatória. B) Corte histológico através o bordo de rotura. Observa-se que o mesmo é constituído por decidua e escasso tecido fibroso. Notam-se freqüentes soluções de continuidade e áreas hemorrágicas ( $5 \times 10$ ). C) Decidua, detalhe do centro da microfotografia anterior ( $5 \times 43$ ). D e E) Zona limítrofe entre o setor da rotura constituído por decidua e o miometrio adjacente ( $5 \times 43$ ). F) Miométrio da região corporal. Notam-se numerosas células decíduas dispostas isoladamente entre as fibras musculares ( $5 \times 10$ ). G) Detalhe da microfotografia anterior com maior aumento ( $5 \times 43$ ).

as alças intestinais, a placenta ainda estava inserida na face anterior do corpo uterino. Havia pouco sangue na cavidade abdominal.

Praticou-se então uma histerectomia supra-vaginal com conservação dos anexos. A operação transcorreu bem, sem incidentes e foi seguida de um pós-operatório excelente e pronta convalescença.

O exame histológico da peça revelou que os bordos da rotura eram constituídos por decídua compacta desprovida de glândulas (fig. 4 - B, C).

Este tecido apresentava algumas áreas irregulares de fibrose delimitando-se nitidamente do miométrio adjacente (fig. 4 - D, E).

As fibras musculares estavam tumefactas, notavam-se disseminadas por todo o útero, inúmeras células de aspecto decidual. Estas células jaziam entre as fibras musculares, conferindo ao miométrio um aspecto absolutamente inusitado (fig. 4 - F, G).

### Conclusões

Nas 3 peças estudadas histologicamente foram encontradas alterações estruturais do miométrio, tanto nos bordos da rotura como em outras zonas do útero. Em todos os casos observamos a presença de células habitualmente estranhas ao miométrio.

No primeiro caso descrito, de rotura espontânea da matriz no 7.<sup>o</sup> mês, notamos a presença de grande número de células coriais gigantes multinucleadas. Estas células conhecidas como células coriais migrantes ou migratórias (GROSSER). Tem dado origem a muitas suposições falsas. Entre estas salienta-se a hipótese de KEIFFER (27) que lhes atribui um papel de glândula endócrina do miométrio.

HINSELMANN (28), em face das alterações que se encontram freqüentemente no tecido circunvizinho, atribui a estas células propriedades histológicas e trípticas. Esta suposição pode ser confirmada experimentalmente por CAFFIER (29).

Em condições tidas como normais as células coriais migrantes são encontradas em quantidade no miométrio, próximo do sítio placentar; elas aparecem cedo e desaparecem após o 5.<sup>o</sup> mês de gestação. A permanência destas células indica uma deficiente defesa do organismo materno, uma incapacidade funcional na elaboração dos antifermentos de Abderhalden.

No caso a que nos referimos observamo saíndo nos bordos da rotura, a presença de células peculiares por vezes polinucleadas, de aspecto deciduóide (fig. 1 D, F). Estas células jaziam entre os feixes e entre as próprias fibras musculares em aglomerados irregulares, pouco densos. Estas formações analisadas cuidadosamente mediante diversos processos de coloração, não puderam ser identificadas como deciduais. Acreditamos que se trata de miócitos e fibróцитos modificados pela ação tríptica das células coriais migrantes.

A causa etiológica da rotura uterina neste caso seria: *Fragilidade anômala do miométrio por histólise difusa condicionada pela persistência e hiperplasia anômala das células coriais migrantes.*

O segundo caso estudado, re rotura espontânea em útero cesariano tem etiologia clara e inequívoca: *Fragilidade anômala da parede uterina por endometriose.*

Também no terceiro e último caso a causa da rotura pode ser perfeitamente esclarecida: *Fragilidade anômala da cicatriz de cesárea segmentar por interposição da mucosa no ato operatório anterior.*

Efetivamente, o estudo histológico revelou que os bordos da rotura eram constituídos por decídua genuína. Entretanto, como já foi assinalado antes, constatamos também inúmeras células de aspecto decidual disseminadas por todo o miométrio, tanto na região segmentar do útero como na corporal.

Estas células jaziam de preferência no meio dos feixes musculares entre as fibras, em disposição isolada, raras vezes em pequenos grupos.

Acreditamos tratar-se de células deciduais genuínas.

Estariamos então diante de um caso de reação decidual ectópica da parede uterina.

A reação decidual ectópica é conhecida há bastante tempo e a sua localização tem sido observada em numerosos órgãos.

COURRIER (30) assinala a ocorrência da reação decidual no ovário, serosa uterina e tubária, ligamento largo, peritônio parietal, serosa do apêndice e intestino delgado, epíplano, face abdominal do diafragma, gânglios linfáticos abdominais e inguinais; mucosa tubária e vaginal.

DE SNOO (31) considera êstes focos de decídua ectópica como focos de endometriose incompleta, sem glândulas, modificadas pela gravidez.

REYNOLDS (32) admite que a reação decidual pode ocorrer em qualquer parte do trato genital derivado dos tubos de MÜLLER.

RODRIGUES LIMA (33) baseado em estudos meticulosos, conclui que a reação decidual resulta da metaplasia das células do estroma conjuntivo de origem mesenquimal, particularmente pericelomática.

Há portanto inúmeras possibilidades de reação decidual ectópica.

No presente caso, as células deciduais observadas por todo o miométrio, não parecem oriundas de uma endometriose, contra isto depõe o fato de não termos encontrado nenhuma estrutura glandular; por outro lado, a sua distribuição e o caráter isolado da sua disposição distinguem-nas particularmente da endometriose estromatosa, difusa descrita por GOODALL (34).

Estariamos então diante de um caso raro senão inédito de reação decidual ectópica primária por metaplasia de células do mesenquima uterino.

Os achados histológicos mencionados acima parecem esclarecer de um modo inequívoco a causa estrutural, orgânica, dos nossos casos de rotura uterina. Entretanto, não seriam estas mesmas alterações estruturais o substrato anatômico de muitos distúrbios funcionais da contração uterina?

Infelizmente ainda não foi estabelecida uma correlação precisa entre os fenômenos funcionais e anatômicos do útero gestacional e parturiente.

“Nós obstetras estamos em relação à terapêutica das desordens contraturais do útero em equivalência com os ginecólogos de 30 anos atrás”, assinala RODRIGUES LIMA (35). “Enquanto os ginecólogos só conheciam grosseiramente a histologia do endométrio, a terapêutica das desordens menstruais era empírica e ineficaz. Foi preciso que o ciclo endometrial histológico fosse filiado às ações hormonais, que a citologia das células mostrasse as alterações conhecidas agora, para que a terapêutica ginecológica se tornasse científica e oferecesse resultados proveitosos.”

“Pouco sabemos sobre a estrutura do miométrio e da significação das alterações já observadas. Ainda não nos é possível estabelecer de forma aceitável um ciclo *Miometrial Normal* como o fazemos em relação ao endométrio.”

Cumpre portanto não descuidar, nesta era dos tocodynamômetros e histerocinesiógrafos eletrônicos, do estudo histológico do útero gestacional e parturiente, se quizermos solucionar o problema do Ciclo Miometrial.

### Bibliografia

- 1) GUILLEMEAU — Cit. in Freud H. W. in Winkel: Handbuch der Geburtshilfe — Wiesbaden, Bergmann, 1905, Vol. 2, T. 1, pág. 2116.
- 2) CHAMBERLEN, HUGH — Cit. in I. Fischer, in Halban u. Seitz, Biol. u. Path. des Weibes — Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1924, Vol. 1, pág. 143.
- 3) BAUDELOQUE — Cit. in Freund, H. W. in Winkel — op. cit. pág. 2116.
- 4) OSIANDER — Cit. in I. Fischer in Halban u. Seitz, op. cit. pág. 155.
- 5) MICHAELIS — Cit. in Zweiffel, P. in Doederlein, Tratado de Obstetrícia, Barcelona, Editorial Labor, 1924, Vol. 2, pág. 427.
- 6) BANDL — Cit. in Zweiffel P. in Doederlein, op. cit.
- 7) ANTOINE, T. — In Seitz u. Amreich — Biol. u. Path. des Weibes, Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 9, pág. 469.
- 8) Robert Meyer — In Henke u. Lubarsch, Handbuch der Spez. Pathol. Anat. u. Hist., — Berlin, Julius Springer, 1930, Vol. 7, T. 1, N.º 71.
- 9) GROSSER — In Seitz u. Amreich, Biol. u. Path. des Weibes, Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 7, T. 1, pág. 31.
- 10) ANTOINE, T. — In Seitz u. Amreich — Biol. u. Path. des Weibes, Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 9, pág. 469.
- 11) KRUKENBERG — Kasuistische Beiträge zur Frage der Uterusrupturen u. Usuren — “Med. Klin. Wschr.”, 2:1092, 1929.
- 12) HOLLAND, J. — Cit. in Kerr and Moir — Operative Obstetrics — London, Bailliere, Tindall and Cox, 1949, pág. 531.

- 13) ANTOINE, T. — In Seitz u. Amreich, Biol. u. Path. des Weibes — Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 9, pág. 480. 14) GEPFERT — Antepartum ruptur of the Uterine Scar, following low flap cesarean section — "Am. J. Obst. and Gynee.", 37:466, 1939. 15) KERR and MOIR — Operative Obstetrics — London, Bailliere, Tindall and Cox, 1949, pág. 532. 16) ERBSLÖH — Cit. in Winter u. Naujoks in Seitz u. Amreich, Biol. u. Path. des Weibes — Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 10, T. 4, pág. 274. 17) HORNUNG — Schwangerschaft und Geburt nach Kaiserschnitt — "Zbl. f. Gynäk.", 55:782, 1931. 18) MASON and WILLIAMS — Cit. in Newell: Cesarean Section — Gynecological and Obstetrical Monographs, New York, Appleton & Co., 1931, Vol. 7, pág. 222. 19) COUVELAIRE — Cit. in Newell, op. cit. 20) SCHWARZ and PADDOK — The Cesarean Scar — "Am. J. Obst. and Gynee.", 10:153, 1925. 21) LOEB — Cit. in Schwarz and Paddok, op. cit. 22) HUECK — Patologia Morfológica — Editorial Labor, Barcelona, 1938, pág. 180. 23) RODRIGUES LIMA, O. — Alguns pontos de técnica da operação cesareana — "Obs. y Ginec. Lat.-Amer.", Janeiro de 1952. 24) KING — Postoperative separation of the cesarean section wound with subsequent abdominal pregnancy. Report of four cases. — "Am. J. Obst. and Gynee.", 24:421, 1932. 25) ROBERT MEYER — In Henke u. Lubarsch: Handbuch der Spez. Path. Anat. u. Hist. — Berlin, Julius Springer, 1930, Vol. 7, T. 1, pág. 72. 26) KÜSTNER — Zur Frage der Uterusruptur nach vorhergehender Schnittentbindung — "Mschr. f. Geburtsh.", 79:286, 1928. 27) KEIFFER — Cit. in Courrier: Endocrinologie de la Gestation — Paris, Masson et Cie., 1945, pág. 42. 28) HINSELMANN — Cit. in E. Kehrer in Seitz u. Amreich: Biol. u.a Path. des Weibes — Viena, Urban & Schwarzenberg, 1950, Vol. 7, T. 1, pág. 349. 29) Cit. in E. Kehrer in Seitz u. Amreich, op. cit. 30) COURRIER — Endocrinologie de la Gestation — Paris, Masson et Cie., 1945, pág. 40. 31) DE SNOO — Cit. in Courrier, op. vti. 32) REYNOLDS — Physiology of the Uterus — New York, Paul Hoeber, 1949, pág. 248. 33) RODRIGUES LIMA, O. — Reação Decidual — Tese de Concurso para a Cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, 1945. 34) GOODALL — A Study of Endometriosis — Philadelphia, Lippincott, 1943. 35) RODRIGUES LIMA, O. — Contribuição ao Estudo da Contração Uterina — "Anais do 3.º Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia", Belo Horizonte, 1951.

## Rupture de cicatrice de cesarienne segmentaire pendant l'accouchement. Contribution à l'étude étiologique.

### Résumé

La rupture de la paroi de l'utérus par un mécanisme d'hyper-distension et de compression du segment inférieur dans les cas d'accouchement insoluble, est actuellement un accident rare qui ne doit plus avoir lieu dans la pratique des hôpitaux.

Cependant les statistiques des meilleurs services nous montrent qu'il y a encore des cas inévitables qui défient tous les efforts.

Ces lacerations sont déterminées par une fragilité exagérée de la paroi. Parmi les principaux facteurs qui rendent possible une telle faiblesse, figurent en premier lieu les cicatrices des opérations césariennes.

Dans ce travail l'auteur présente trois cas de rupture:

1) Rupture spontanée de l'utérus pendant le 7ème mois de grossesse, attribuée à l'fragilité anormale du myomètre dûe à l'histolyse diffuse des fibres, conditionnée par la persistance et l'hyperplasie anormale des cellules choriales migrantes.

2) Rupture spontanée d'une cicatrice de césarienne segmentaire dûe à la fragilité anormale de la paroi par endométriose.

3) Rupture spontanée de cicatrice de césarienne segmentaire dûe à la fragilité anormale de celle-ci, par l'interposition de la muqueuse pendant l'acte opératoire.

Ce cas a démontré la présence d'une réaction déciduale diffuse du mésenchyme de l'utérus.

L'auteur émet l'hypothèse que ces modifications de structure du genre de celles des cas observés, pourraient constituer éventuellement le substratum anatomique d'anomalies de la contraction utérine d'étiologie encore obscure.

### **Rupture of the uterine scar of the segmental cesarean section in labor. Contribution to the etiological study.**

#### **Summary**

Rupture of the uterus by the mechanism of hyperdistention and compression of the lower segment, when spontaneous delivery is impossible, is now a rare accident.

Actually it should not happen at all in the hospital practice. Notwithstanding, the best statistics never fail to show a certain number of cases despite all efforts.

These ruptures occur in consequence of an abnormal fragility of the uterine wall.

Among the predisposing factors of such a fragility, the abnormal or defective scars of cesarean section stand in first place.

In the present paper three cases are studied from an etiological standpoint:

1) Spontaneous rupture at the seventh month of pregnancy in consequence of an abnormal fragility of the miometrium due to the diffuse histolysis of the muscular fibers by an abnormal persistence and hyperplasia of the choriocytic migrating cells.

2) Spontaneous rupture of a low cesarean section scar in consequence of diffuse endometriosis of the uterus.

3) Spontaneous rupture of a low cesarean section scar in consequence of the interposition of the mucous membrane at the previous operation. In this case, a diffuse decidual reaction of the uterine connective tissue was observed.

The author points out that these structural changes may eventually be an anatomical substratum of contractual anomalies of the uterus.

## Beitrag zur Ätiologie der Uterusrupturen nach Vorhergehenden Kaiserschnitt

### Zusammenfassung

Die Uterusrupturen infolge Überdehnung und Klemmungen des Durchgangsbauchs bei Geburtsunmöglichkeit sind heutzutage ein seltenes Ereignis und dürften in der Krankenhauspraxis überhaupt nicht mehr vorkommen.

Trotzdem findet man in den besten Statistiken eine gewisse Anzahl Gebärmutterzerreissungen, allen Bemühungen zuwider.

Diese Zerreissungen werden auf Wandschädigungen zurückgeführt. Unter den Faktoren die zur Wandschwäche führen, stehen die schlechten oder anormalen Kaiserschnittnarben im Vordergrund.

In dem vorliegenden Beitrag werden drei Fälle ätiologisch untersucht.

1) Spontanruptur im siebenten Schwangerschaftsmonat. Die Ruptur wird auf Wandschädigung durch Histolyse und Entartung der Uterusmuskulatur infolge anormaler Persistenz und Hyperplasie der Chorialen Wanderzellen zurückgeführt.

2) Spontanruptur im unteren Uterinsegment unter Geburt nach vorhergehendem Kaiserschnitt, infolge weitverbreiteter Endometriose.

3) Spontanruptur einer queren Kaiserschnittnarbe im unteren Uterinsegment unter Geburt, infolge Interposition der Schleimhaut bei der vorhergehenden Uterusnaht.

Es wurde in diesem Fall eine weitumgehende deziduelle Umartung des Bindegewebes der Gebärmutter beobachtet.

Es wird darauf hin gewiesen das diese Strukturveränderungen eventuell ein anatomisches Substrat der Wehenanomalien darstellen könnten in Fällen bisher ungeklärter Ätiologie.

## RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

MAIO DE 1952

### *SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS*

**A resposta hematológica da mulher grávida ao óxido de ferro sacaratoado endovenoso** (*The hematologic response of the pregnant woman to intravenous saccharated iron oxide*) — NICHOLSON, D. R. e ASSALI, N. S. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **94**:513, Maio 1952).

São estudadas as respostas ao óxido de ferro sacaratoado intravenoso, em 4 pacientes grávidas a término (contrôle), 6 anêmicas no pré-parto e 6 anêmicas no post-parto, num trabalho documentado com vários gráficos e boa bibliografia.

Após apresentarem o método, cálculo de dosagem e efeitos colaterais, discutem os A.A. os resultados, concluindo que a terapêutica promove hematopoiése imediata em pacientes com anemia microcítica na gravidez, sendo o grau da resposta, em geral, inversamente proporcional à severidade da anemia antes do tratamento.

A substância pode ser administrada gôta a gôta endovenosamente, ou em injeções endovenosas intermitentes, e sendo a dose total calculada, segundo fórmula apresentada, para cada doente, é inócuia, com efeitos colaterais mínimos; deve entretanto ser reservada para as pacientes que não podem fazer uso da terapia pelo ferro por via oral. — C. A. Zanotta

TRABALHOS ORIGINAIS

**UMA QUESTÃO DE PRINCÍPIO EM CIRURGIA  
VAGINAL — A PINÇA EM “S”**

DR. ERIC WEBER  
(Strasbourg)

Aos instrumentos destinados a se manterem fixos durante parte de uma intervenção, deve-se desejar, tanto quanto possível, que não perturbem, nem a visão, nem as manobras.

Em cirurgia vaginal, visamos nessa ordem de idéias, duas espécies de instrumentos: os afastadores e as pinças hemostáticas. Das primeiras já tratamos em diversas ocasiões.<sup>(1)</sup> Eis algumas reflexões quanto às segundas.

Em ginecologia, como se sabe, fazemos sempre (pelo menos nas operações radicais, isto é, nas histerectomias), ligaduras “em massa”, dos pedículos vasculares. No caso de se preferir a hemostase “indireta” (colocando-se de antemão, clamps), lança-se mão de pinças fortes, de garras curtas e cabos longos, como as de PÉAN, de SÉGOND, etc. O instrumento conhecido geralmente pelo nome “pinça para a artéria uterina”, de J. L. FAURE, é também, em realidade, uma pinça pedicular.

Em cirurgia “por via baixa” qualquer que seja o modelo de pinça hemostática de que se faz uso, pode-se sempre observar o seguinte: os cotos vasculares dos paramétrios cortados retraem-se

(1) WEBER, ERIC — Techniques Chirurgicales Vaginales — J. B. Baillière, Paris.

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

JUNHO DE 1952

*THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*

**Relação clínica do carcinoma "in situ" e carcinoma invasivo do colo** (*Clinical relationship of carcinoma in situ and invasive carcinoma of the cervix*) — GALVIN, G. A.; JONES JR., H. W. e TE LINDE, R. W. — (*J. A. M. A.*, **149**:8, 744, 21 Junho 1952).

Os A.A., numa tentativa de demonstrar a relação entre o carcinoma "in situ" e o invasivo do colo, reviram as histórias de tôdas as pacientes tratadas no "John Hopkins Hospital", durante os anos de 1940 a 1950.

Dos 723 casos de câncer cervical, 13 tinham sido submetidas à biópsia cervical mais de 1 ano antes, e 8 à curetagem uterina; êstes 21 espécimes histológicos originais foram novamente estudados à luz dos conhecimentos atuais.

Dêstes, foi possível demonstrar a existência de epitélio cervical carcinomatoso em 11 das 13 peças de biópsia e em 2 das 8 curetagens. Êsses 13 casos são discutidos individualmente, com microfotografias das peças histopatológicas, permitindo o estudo dos mesmos as seguintes conclusões:

1) O carcinoma "in situ" é potencialmente invasivo, e se não tratado pode progredir para um câncer cervical clínicamente evidente.

Episiotomia deve ser feita de rotina, o fórceps evitado. Oxi-gênio deve ser administrado em abundância porém observou o A. que com excesso de oxigênio seco podem aparecer membranas hialinas nos alvéolos pulmonares e mesmo a fibroplasia retrórente do olho.

A criança deve ser conservada no hospital até alcançar o peso de 2.500 gramas, o que representa uma despesa considerável. A criança deve ser entregue logo ao pediatra, se bem que o ideal seria o obstetra que ao mesmo tempo fosse pediatra. — J. P. Rieper

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Orientação na condução e terminação do parto de acordo com os conceitos atuais sobre as consequências da anoxia fetal** (*Orientación en la conducción y terminación del parto de acuerdo con los conceptos actuales sobre las consecuencias de la anoxia fetal*) — ECHEVARRIA, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:235, Junho 1952).

O A. faz múltiplas considerações referentes à anoxia fetal e suas consequências imediatas e tardias. Refere-se igualmente à profilaxia da mesma desde a prenhez e no curso do trabalho de parto, como a sua terapêutica médica ou obstétrico-cirúrgica, a fim de evitar lutas estéreis nas quais o mais prejudicado é sempre o feto.

Para o sofrimento fetal leve, aconselha a expectação prudente, porém, não prolongada, para o sofrimento grave, uma rápida interrupção cirúrgica pelas vias naturais ou abdominais, com o menor traumatismo possível.

Segundo o A., sómente assim poderá-se conseguir a diminuição do índice de natimortalidade e de morbidade imediata e tardia (seqüelas e neuropatias). — Luiz Souza Mattos

**Conceitos modernos sobre a tuberculose útero-anexial** (*Conceptos modernos sobre la tuberculosis útero-anexial*) — WOOD, J. e ELGUETA, H. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:254, Junho 1952).

Descreve-se a experiência obtida no estudo de 256 casos de tuberculose útero-anexial; insiste-se em conceitos fundamentais sobre a etiopatogenia, diagnóstico e tratamento desta ginecopatia, apresentou-se os resultados obtidos em 30 pacientes com a estrepto-

caso se recordará que as indicações da histerectomia total abdominal e vaginal não são concorrentes, mas, complementares. — A. Felicio dos Santos

**Análise estatística de 2.701 casos de primiparidade idosa**  
*(Análisis estadístico de 2.701 casos de primiparidad anosa)*  
 — FIRPO, JORGE ROBERTO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **442**:95, Junho 1952).

O A. no presente trabalho, procura demonstrar se é uma verdade o conceito antigo de que a primeira gravidez numa mulher de mais de 30 anos constitue motivo de sérias preocupações.

Estuda a gravidez e suas possíveis complicações, o parto, o prognóstico materno e o fetal, e chega às seguintes conclusões:

A idade de 30 anos, assinalada como limite, a partir da qual espera-se inconvenientes nas grávidas primíparas, se aproxima da realidade, e em nossa estatística a patologia mostrou predileção pelos 38 anos, com um desvio de  $\pm 6$ , o que engloba entre os 32 e 44 anos.

A duração média do parto, foi de  $24 \pm 16$  horas, o que deve ser tido em conta para o médico, evitando precipitações inúteis. Estes partos prolongados, cuja freqüência aumenta com a idade da mãe, podem e devem ser suportados pela enferma em homenagem ao menor risco que significa, tanto para elas, como para o filho, a terminação natural. O médico deve ajudá-las a suportar as longas horas, não sómente manejando a fibra uterina com ocitócicos e espasmolíticos, como hidratando convenientemente a enferma e ainda fazendo com que descance com os opiáceos por períodos breves, com o que faz a profilaxia do choque obstétrico, correndo por conta dos antibióticos a profilaxia da infecção.

E' aconselhada a conduta abstencionista com respeito à bôlha das águas, já que a sua integridade protege a mãe e o filho, permitindo maior esperança com o propósito de conseguir o parto espontâneo; sómente se deve romper artificialmente, quando seja um obstáculo real à boa dinâmica, encaradas assim as coisas, a necessidade de fazê-lo se reduz, porquanto a maioria das inércias nas primíparas idosas, obedece a um envelhecimento do tecido, mais que a um obstáculo das membranas.

Em geral o parteiro chamado a atender a estes casos de primiparidade tardia, inicia o parto com certa tendência operatória e especialmente nos últimos anos, cremos não exagerar dizendo que, desde o comêço das dores nestas mulheres ronda silenciosamente a sombra da operação cesária. Muitas vezes a conduta atenta, serena,

sem pressa, levará à terminação espontânea que, em última instância, parece ser a que mais assegura a saúde materna e a sobrevida do feto. — A. Felicio dos Santos

---

**Remissão espontânea de metástases pulmonares em um caso de corioepitelioma** (*Remision espontanea de metastasis pulmonares en un caso de corioepitelioma*) — ALBERTELLI, JORGE F.; MONACO, HORACIO e BENSADON, MIGUEL — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **442**:103, Junho 1952).

Os A.A. apresentam interessante observação de uma mulher portadora de corioepitelioma e que após a operação (cistectomia, vulvectomia e colpectomia), por via abdômino-perineal, com implantação de ambos os ureteres na sigmóide, segundo a técnica de COFFEY, houve a regressão espontânea das lesões metastáticas pulmonares.

E concluem:

- 1) Apresentamos um caso de corioepitelioma ortotípico com metástases pulmonares, vaginais, vulvares e vesicais.
- 2) As metástases pulmonares comprovadas radiológica e biologicamente, involuiram espontâneamente depois da extirpação do foco primitivo.
- 3) Ao mesmo tempo evoluíram desfavoravelmente metástases vulvares e vesicais que, não respondem ao tratamento radioterápico.
- 4) A explicação deste fato, torna-se mais difícil do que nos casos em que existe um só grupo de metástase.
- 5) A involução de um só grupo metastático poderia ser explicado pela presença de substâncias líticas circulantes no sangue, que seriam as que, em condições normais, destróem as "metástases fisiológicas".
- 6) Em nosso caso particular pode-se pensar em um mecanismo tissular de defesa.
- 7) O corioepitelioma deve escapar à lei cancerológica que implica na abstenção cirúrgica, ante a presença de metástases múltiplas afastadas.

A cirurgia alargada, do tipo do esvaziamento pélvico está justificado como o tratamento em certos casos de tumores malignos.

9) A anastomose uretero-intestinal foi neste caso de brilhante resultado.

Fotografias da peça e radiografias dos pulmões ilustram o trabalho. — A. Felicio dos Santos



# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de Redação — Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

## R E D A T O R E S

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos  
— Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal  
— Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto  
Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro  
Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques  
da Cunha.

## C O L A B O R A D O R E S

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa,  
Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres  
Netto, Alvaro Guimarães F.<sup>º</sup> — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado,  
Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz,  
J. Adeodato F.<sup>º</sup> — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes,  
Martiniano Fernandes.

---

ANO XVII - 1952

VOLUME 33

---

## RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

### JULHO DE 1951

#### *THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*

**Tratamento do acne** (*Treatment of Acne Vulgaris*) — ANDREWS, G. C. e DOMONKOS, A. N.—(*J. A. M. A.*, **146**:1107, Julho-Agosto 1951).

Os A.A. propõem-se a estudar o tratamento medicamentoso do acne, à base de hormônios estrogênicos, particularmente em comparação com os Raios X, até então advogado pela maioria dos dermatologistas. Além dos estrogênios utilizam, nos casos indicados, sulfamidas e antibióticos (casos de erupção pustular), retirada de focos de infecção (dentes, amígdalas, etc.), medidas de ordem geral (anti-anêmicos, restrição de alimentos gordurosos, etc.) e também tratamento local (lavagem com álcool, emprêgo de pastas com enxofre, mercúrio, etc.). Os resultados finais, de uma série de 384 pacientes, são: 90 curas (23 %); 276 melhorias (71 %) e 18 (6 %) sem resultado. Ou seja, 94 % obtiveram bons resultados, o que evidencia a superioridade do método, em comparação com 60 % de resultados bons numa série de 253 pacientes tratados exclusivamente pelos Raios X.

Terminam afirmando que os Raios X, apesar disso, em pequenas doses, serão sempre úteis em certos casos, para o tratamento local.  
— Ericsson Linhares

**Mortalidade materna e infantil** (*Maternal and Infant Mortality*) — FAZAN, R. H. — *W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **59**:324, Julho 1951).

E' um estudo suplementar de relatório apresentado em 1946 sobre mortalidade materna e infantil em 20 anos. O suplemento se refere aos últimos 5 anos. Em 10.470 casos houve 4 mortes maternas. Foram dois casos de eclampsia, um de obstrução intestinal e perfuração e o último de hemorragia das suprarrenais após cesariana com hysterectomy. O material é exposto em quadros e gráficos.

Conclue o A. que houve, como aliás em toda parte do mundo civilizado, uma baixa dramática da mortalidade materna e uma baixa promissora da mortalidade infantil. — *J. P. Rieper*

---

**Cesárias no Hospital-Maternidade Sutter** (*Cesarean Sections at Sutter Maternity Hospital*) — SCHLUTER, H. F. — *W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **59**:330, Julho 1951).

A estatística abrange os casos da Maternidade, de Janeiro de 1938 a Janeiro de 1950, havendo 29.843 partos neste período. 21.763 partos foram espontâneos, 22,4 % foram terminados por fórceps; em 4,2 % foi feita a extração em posição de nádegas e 2,6 % sofreram operações cesarianas.

O A. expõe o tipo de operação empregado pelos diferentes médicos do Hospital; as indicações várias; a anestesia empregada e finalmente a mortalidade e morbidade. Não houve morte materna e a mortalidade fetal corrigida foi de 4,3 %.

Advoga o A. o aumento nas indicações para as cesárias. — *J. P. Rieper*

---

**Reavaliação das indicações para cesárias** (*The Case for Reevaluation of Indications for Cesarean Section*) — HARRIS, J. M.; ROSENBLUM, G.; GINSBURG, B. L.; STOLLMANN, B. D. e FEUMORE, M. S. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **59**:337, Julho 1951).

Admitem os A.A. que as indicações aceitas para cesárianas têm sido muito conservadoras. São analisadas 2.617 cesárianas consecutivas do Hospital Cedros do Líbano, executadas entre 1930 e 1950.

Devem ser abandonados fórceps alto e médio, incisões de DÜHRSSEN, versão e extração. Mesmo a extração de nádegas em primíparas e desproporções até ligeiras devem passar para o domínio da cesariana.

No período de 1930 a 1937 foram feitas cesarianas em 8,30 % dos casos, sendo a mortalidade materna de 2,20 % e a fetal de 4,75 %. No período de 1937 a 1950 os números correspondentes foram 9,79 % de cesarianas, 0,05 de mortalidade materna e 2,99 fetal. As indicações mais freqüentes foram, pela ordem: desproporção céfalo-pélvica; cesariana anterior; sangramento uterino; indicações fetais; distocia cervical; toxemia.

Com a maior liberalidade nas indicações para cesarianas decresce a mortalidade também dos fetos, como demonstram as séries descritas. — *J. P. Rieper*

## *BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES*

**Citodiagnóstico do câncer do útero** (*Citodiagnóstico del cáncer de útero*) — MEZZADRA, JOSÉ MARIA — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **431**:176, Julho 1951).

O presente trabalho é um resumo feito pelo A. no qual não são descritos com minúcia os diversos capítulos em que dividem a sua comunicação.

De modo que, para bem podermos compreender o assunto, basta transcrever as conclusões do A. que são as seguintes:

“Consideramos o citodiagnóstico como um elemento de importância a considerar no estudo do câncer, especialmente no diagnóstico precoce e insuspeito. É feito como rotina, devendo a sua interpretação ser praticada por pessoas capazes e experientes. De nenhum modo, como bem diz PAPANICOLAOU, dispensa a biópsia como método de diagnóstico. A biópsia será encarregada sempre de confirmar ou não, o citodiagnóstico, antes de tomar uma determinação terapêutica.

Existe em tôdas as publicações uma maior ou menor percentagem de falsos negativos e positivos, o que demonstra as dificuldades do método. Com êste critério é que se deve realizar e dar valor ao citodiagnóstico e não se terá então desilusões do processo.” — *A. Felicio dos Santos*

## REVISTA MÉDICA DE CÓRDOBA

**Dilatação bidigital do colo uterino** (*Dilatación bidigital de cuello uterino*) — PEREIRA, C. JULIO — (*Rev. Méd. de Córdoba*, **39**:319, Julho 1951).

O A., após ter comentado as condições e indicações da dilatação bidigital do colo uterino, apresenta a seguinte estatística:

De Abril a Novembro de 1946 no Instituto da Maternidade de Córdoba foi realizada a dilatação bidigital em 6 casos com êxito; 4 casos terminaram com fórceps e 2 espontâneamente. No Sanatório da Maternidade praticou-se 49 vezes a dilatação bidigital desde Junho de 1941 até Fevereiro de 1949. Em 23 pacientes o parto foi normal e em 26 fizeram uso do fórceps. Dos 49 casos, 43 eram primíparas, sendo que 16 destas tinham mais de 30 anos. — *Aurélio Ribeiro Dias*

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

**Aceleração do parto com solução glicosada de sulfato de esparteína por via endovenosa** (*Aceleración del parto con solución glucosada de sulfato de esparteína por via endovenosa*) — CAPETILLO, E. C. e PEÑAFIEL, A. K. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, **16**:95, Julho 1951).

Os A.A. estudam o emprêgo ocitócico do sulfato de esparteína em solução a 0,10 gr.% em sôro glicosado a 50 %, por via venosa, gôta-a-gôta. Consideram tal recurso como de bons resultados, quando há trabalho de parto franco, apresentação cefálica já insinuada, membranas recentemente rôtas e dilatação mínima de 3 cms. De qualquer modo, porém, os resultados são inferiores aos obtidos com os preparados de hipófise posterior. Utilizaram o método em 34 primíparas e 46 multíparas. Houve hiperdinâmia em 11 % dos casos, resolvida com a diminuição ou mesmo suspensão do gotejamento ou com o uso de antiespasmódicos. Aconselham não ultrapassar a dose de 0,60 grs. de substância em 12 horas. O processo se revelou inócuo para a criança, sempre que se respeite esta dosificação. — *Ericsson Linhares*

**Trabalho de parto a termo prolongado** (*Trabajo de parto prolongado de termino*) — SOLARI, D. C. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, **16**:101, Julho 1951).

O A. estuda 200 partos a termo prolongados, tomando como base de julgamento mais de 20 horas de trabalho nas primíparas e mais de 15 hs. nas multíparas. Em oito primíparas maiores de 35 anos de idade todos os partos terminaram com intervenção. Por outro lado, houve intervenção em 66 % das primíparas, e em 41 % das multíparas. A intervenção mais freqüente foi o fórceps: 40 nas primíparas e 18 nas multíparas. A asfixia fetal encontrou-se em 16 casos de primíparas e 10 de multíparas. Houve 6 mortes fetais. Não houve formas graves de infecção puerperal e a mortalidade materna foi nula. Termina afirmando que a obstetrícia moderna possue recursos para dirigir o parto que se desvia de sua evolução normal, e está no critério e experiência clínica do tocólogo saber buscar o método adequado para que o trabalho não exceda seu tempo normal. — Ericsson Linhares

### *BOLETIM CLÍNICO DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA (Portugal)*

**Síndrome de Meigs. Evolução do seu primitivo conceito. Algumas considerações sobre a forma maligna.** — FERNANDO FRAZÃO — (*Bol. Cl. dos Hospitais Civis de Lisboa, Portugal*, **15**:386, 1951).

De início, revê o A. a bibliografia mundial, historiando toda a evolução e, comenta a publicação de três casos na literatura portuguesa sobre a Síndrome de MEIGS, especificando o conceito primitivo instituído por MEIGS que se deve ao fato que esta síndrome deveria ter sempre como causa um tumor benigno.

Cita o primeiro caso português de um cisto-adenoma, da autoria de MELEIRO DE SOUZA, publicado em 1947 e, o segundo caso publicado em 1949 por JOÃO DE OLIVEIRA MACHADO, MANUEL FRAZÃO e colaboradores e, em 1950 JAIME CELESTINO DA COSTA e HASSE FERREIRA por tumores benignos.

Apresenta o primeiro caso registrado em Portugal de Síndrome de MEIGS por tumor maligno — adenocarcinoma — bilateral do ovário, complicado com ascite e de hidrotórax do lado direito, relatando a história clínica acompanhada de fotografias da doente, de radiografia, de material histológico, referindo-se também sobre as formas chamadas atípicas desta síndrome.

**Plasmoterapia heteróloga na obstetrícia e ginecologia, com plasma de ovelha desanafilactizado** (*La plasmoterapia heteróloga en obstetricia y ginecología con plasma de ternera desanafilactizado*) — R. FUSTER CHINER — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*, **58**:237, Julho-Agosto 1951).

Considerando o colapso periférico e a anemia aguda uma das causas principais da mortalidade materna e operatória, o A. propõe como meio prático de defesa, o plasma de ovelha desanafilactizado.

Analizando em seguida, a ação dêste plasma, no tratamento da anemia aguda pós-hemorrágica, como complemento da transfusão de sangue e no tratamento do colapso periférico, o A. salienta a eficiência desta, quando o plasma citado emprega-se após ter cessada a hemorragia. A via endovenosa, gôta-a-gôta isoladamente ou alternando com transfusão de sangue é aconselhável segundo o A. A boa tolerância do produto é for fim, assinalada. — *M. Péano*

**Distocia obstétrica por oclusão do orifício externo do colo uterino** (*Distocia obstétrica por oclusión del orificio externo del cuello uterino*) — D. ESTANGA — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*, **58**:252, Julho-Agosto 1951).

O A. apresenta o caso de uma paciente em trabalho de parto, 30 anos de idade, 2 partos anteriores normais, o último há 13 meses, puerpérios normais, lactação normal, com oclusão total do orifício externo do colo uterino apesar do trabalho de parto adiantado.

O A. pensa não se tratar de uma estenose, porque nem o menor traço de orifício subsistia. Efetuou operação cesariana por via vaginal.

O A. termina perguntando o que teria dado origem a esta oclusão. — *M. Péano*

## ACTA OBSTETRICA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA

**Gêmeos “enganchados”. Relatório de dois casos.** (*Interlocked Twins. A report of two cases.*) — STENSTRÖM, BENGT — (*Acta Obst. et Gyn. Scand.*, **31**:1, 1951).

O A. refere um caso ocorrido no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Upsala (Suécia), cátedra do Prof. JOHN NOESLUND e outro similar ocorrido no Hospital em

Borås (Suécia), de gêmeos "enganchados". É uma ocorrência rara (1 em 99.000 partos, segundo HOLLAND e BRAUN, ou seja 1 vez em cada mil partos gemelares).

O oligohidrâmnio parece ser uma das causas do acidente. Tal ocorreu no primeiro caso relatado. A diminuição do líquido amniótico mantendo os fetos junto facilitaria o "enganchamento". No segundo caso relatado, contudo, tal não ocorreu.

Em cinco casos publicados (BRADLOW 1944, GREIG 1946, HORDER 1944, LOVE 1944, v. WINCKEL 1905), em todos eles tratava-se de prenhez gemelar uni-ovular. Isso é para acentuar, pois a relação entre as prenhezes uni e bi-ovulares é de 1:5. É de admitir-se que o líquido amniótico seja em menor quantidade na prenhez uni-ovular, daí o maior risco do acidente.

Segundo a literatura (SEITZ 1945) o "enganchamento" decorrerá do fato das duas partes de ambos os fetos entrarem simultaneamente na pelve.

A terapêutica que o A. seguiu no seu caso foi a da extração do feto em apresentação pélvica até aos ombros, enquanto o outro feto tinha a cabeça aprofundada na pelve. Foi feita a decapitação, impelida a cabeça para cima e retirada do 2.º feto por aplicação de fórceps. A criança que sobreviveu pesou 2.900 gr. e media 52 cms. Seqüências maternas e fetais boas.

No segundo caso a cabeça de um feto estava insinuada na pelve. Ao lado da cabeça prolabava uma perna, havendo uma alça de cordão que pulsava. Foi praticada a cesária, sobrevivendo os 2 prematuros, pesando 2.300 e 2.500 grs. e medindo 45,5 e 46 cms.

A raridade da freqüência do acidente merece o resumo dêste trabalho, em que no 1.º caso só quando se tentava extrair a cabeça no desprendimento fetal em apresentação pélvica foi descoberta a prenhez gemelar, o que não ocorreu no 2.º caso, em que a paciente foi radiografada. — A. de Moraes

**Climatério após histerectomia supra-vaginal (The climacteric following supravaginal hysterectomy) — KNUTSEN, KNUT — (Acta Obst. et Gyn. Scand., 31:9, 1951).**

A questão está em saber se os ovários devem ser conservados na histerectomia vaginal, de forma a preservar as pacientes dos distúrbios do climatério que ocorrem após sua remoção. É fato notório que tais distúrbios têm lugar ainda quando se conserva o tecido ovariano. Tais distúrbios têm sido atribuídos ou à perda de função ineradora do útero ou às lesões causadas nas conexões nervosas ou vasculares dos ovários. Os autores dividem-se em seus pontos de vista.

TRABALHOS ORIGINAIS

HISTÓRIA DA COLPOSCOPIA \*

Escrta por sugestão do meu amigo Professor ARNALDO DE MORAES, Catedrático da Cadeira de Ginecologia da Univ. do Brasil, e a êle dedicada.

PROF. DR. HANS HINSELMANN  
Da Universidade de Hamburgo

Foi em Março de 1924. Os meus esforços no estudo da eclampsia por meio da microscopia dos capilares aproximavam-se do estudo dos pormenores. Em colaboração com numerosos representantes de outras especialidades da medicina foi escrito o grande livro sobre eclampsia e entregue à editora (Editora Cohen, em Bonn, 1924, que não existe mais hoje em dia). Estava eu convenido de ter estabelecido a fórmula patogenética que indicaria à investigação da eclampsia o caminho certo que levaria à teoria, profilaxia e terapêutica desta doença, até então tão misteriosa, a resultados rápidos e seguros. Isto foi realmente o caso até certo ponto, de maneira que hoje quase não aparecem casos mortais de eclampsia.

Assim estava praticamente livre para um novo problema que me foi apresentado súbitamente. Ainda me lembro da situação como se fosse ontem. Estava no meu lugar de trabalho na biblioteca da Clínica Ginecológica da Universidade de Bonn quando fui avisado que o Professor von FRANQUÉ, neste tempo diretor da clínica, desejava falar comigo. Propôs que escrevêssemos conjuntamente o capítulo sobre o câncer do útero para a nova edição do "Handbuch der Gynäkologie". Eu ficaria encarregado da parte clínica, ele próprio ficaria com a histologia e PANKOW com a ter-

\* Traduzido do original em alemão, inédito, pelo Dr. João PAULO RIEPER, docente e assistente de ensino da Clínica Ginecológica da Fac. Nac. de Medicina.

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

**AGOSTO DE 1951**

**SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**

**Novo método de tratamento da tricomoníase vaginal (A new method of treatment of trichomonas vaginalis vaginitis) —**  
MC VAY, LEON V.; EVANS, LAREY e SPRUNT, DOUGLAS H.  
— (*Surg., Gyn. and Obst.*, **93**:177, Agosto 1951).

Tendo observado que a aureomicina, administrada por via ceral, em doses terapêuticas, não tinha ação sobre a tricomoníase intestinal nem sobre a tricomoníase vaginal, os A.A. decidiram investigar a ação local da substância no tracto inferior do aparelho genital feminino.

Em 6 pacientes não grávidas com tricomoníase sintomática, insuflaram a vagina com duas gramas de talco, durante dois dias consecutivos; a insuflação foi repetida no quarto e sexto dias; no fim desse período, a vagina estava livre de tricomonas. Dentro de oito dias, contudo, todas as pacientes apresentavam novamente esfregaços positivos.

O tratamento foi então recomeçado com 2 gramas de talco e 500 mg. de aureomicina. Durante três meses após o tratamento, essas pacientes foram examinadas duas vezes por semana, verificando-se que os sintomas tinham desaparecido assim como os parásitos em todas as pacientes.

O estudo foi prosseguido em mais 95 pacientes, das quais 32 grávidas. Além da insuflação, os A.A. empregaram cápsulas

na cavidade uterina, no segundo; 2.º) a roentgenterapia à razão de 2.800 r. sobre quatro campos no primeiro e no segundo casos. A paciente do primeiro caso sobreviveu 6 meses, a do segundo, 3 meses e a do terceiro 18 meses.

Dado o polimorfismo do exame histopatológico, emite o A. a possibilidade de que os vários aspectos do exame, sejam a expressão das diversas e sucessivas fases de um mesmo processo neoplásico. Assinala igualmente as dificuldades de diagnóstico devidas à ausência de sintomas característicos. — M. Péano

## GYNAECOLOGIA (SUÍÇA)

**Sobre a determinação do teor de progesterona pela eliminação do pregnandiol e pelo método do esfregaço vaginal segundo Papanicolaou** (*Ueber die Beurteilung des Progesteronspiegels durch die Pregnandiolausscheidung und die Vaginal-Smear-Methode nach Papanicolaou*) — BURGER, H. e ROTH, O. A. — (*Gynaekologia*, **132**:11, Agosto 1951).

Os A.A. fizeram estudos comparativos sobre a atividade da progesterona pela determinação da eliminação do pregnandiol na urina pelo método de WESTPHAL e pelo exame do esfregaço vaginal segundo PAPANICOLAOU.

Concluem que os dois métodos se completam. A interpretação correta do esfregaço pode ser difícil, requerendo um diagnóstico exato às vezes bastante experiência. Dividem os aspectos citológicos em vários grupos, de acordo com a intensidade da atividade progesterônica. Comprovam o valor clínico das suas investigações com a documentação de vários casos clínicos dos quais resulta que os dois métodos se integram, permitindo estabelecer precocemente o diagnóstico da morte fetal. — H. Stoltz

**A influência do momento da rotura da bolsa de águas no parto** (*Die Bedeutung der zeitlichen Variationen des Fruchtblasensprunges sub partu*) — ABT, von KURT — (*Gynaecologia*, **132**:65, Agosto 1951).

Conclue o A., neste número, o seu trabalho, elaborado na Clínica Universitária de Mulheres de Bâle, de que é diretor o Prof. Dr. TH. KOLLER, sobre a influência do momento da rotura da bolsa

de águas em função da paridade, sobre 2.182 partos por via vaginal. Não são considerados os casos em que o feto, medindo menos de 38 cm., estava vivo no comêço do trabalho. Foi verificado o seguinte:

1.º) O momento da rotura da bolsa de águas é influenciado por certos fatores maternos e fetais.

2.º) O momento da rotura da bolsa de águas desempenha papel preponderante na evolução do parto.

3.º) O prognóstico materno e fetal é influenciado pelo momento da rotura da bolsa de águas.

Em regra geral as condições foram as melhores em caso de rotura tempestiva da bolsa de águas. — *H. Stoltz*

**As diferenças sexuais da pelve humana** (*The Sexual Differences of the Human Pelvis*) — KRUKIEREK, STANISLAW — (*Gynaecologia*, **132**:92, Agosto 1951).

As medidas de bacias de 150 homens e 150 mulheres mortos em 1949 em Varsóvia, demonstraram que contrariamente à opinião admitida, a bacia masculina apresenta um estreito superior mais achatado que o apresentado pela bacia feminina. A diferença entre estas medidas e as estabelecidas no Século XIX, se explica pela modificação das influências pós-embrionárias.

A bacia feminina sofre mais estas modificações do que a do homem.

A bacia feminina é mais achatada que a do homem quando as condições de meio são desfavoráveis (XIX século).

Desde que melhorem as condições, o grau da transformação é menos pronunciado e as diferenças mais características se manifestam sómente então. — *H. Stoltz*

NÚMERO DEDICADO AO  
I CONVÊNIO DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTERILIDADE  
E  
COMEMORATIVO DA FUNDAÇÃO  
DA  
ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE FERTILIDADE

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

	Págs.
<i>Doença de Paget do mamilo no estado pré-clínico — DOCKERTY, M. B. e HARRINGTON, S. W. ....</i>	211
<i>Introdução de sangue na cavidade peritoneal — MENGERT, W. F.; COBB, S. W. e BROWN JR., W. W. ....</i>	212
<i>Inexatidão de quatro testes químicos para diagnóstico do câncer—HENRY, R. J.; BERKMAN, S.; LIME, M. S. e WINZLER, R. J. ....</i>	212
<i>Observações sobre a patologia e disseminação da endometriose baseadas na teoria de metástases benignas — JAVERT, C. T. ....</i>	213
<i>A dor e seu tratamento na dismenorréia essencial — SCHUCK, F. ....</i>	215
<i>Carcinoma da vulva — PEARSON, E. A. ....</i>	216
<i>Indicações da via alta em Obstetrícia — PEREZ, M. L. ....</i>	216
<i>Metrorragia pós-menopásica não blastomatosa — PERALTA RAMOS, A. G. ....</i>	217
<i>Tratamento de êxito da eclampsia grave — DONATO, M. V. ....</i>	218
<i>Reação de Schlor no diagnóstico da gravidez — SALERNO, V. E. e LA- VASELLI, A. J. ....</i>	218
<i>Dismenorreia e dissensibilização hormonal — AGUERRE, J. A. ....</i>	219
<i>Experiência com Pregninolona na artrite reumatóide — OKE FRANCE, M. L. e JUAN ZAÑARTU ....</i>	219
<i>Struma ovarii — COLMEIRO LAFORET, C. ....</i>	220
<i>A influência do ciclo ovariano sobre as endometrioses — T. ANTOINE</i>	221
<i>Alergia e hormônios sexuais — MASSAZZA, M. ....</i>	222

dilatador, existente ou atinado pelo hormônio estrogênico, desempenha um papel na menstruação não dolorosa e que sua deficiência constitui uma causa freqüente de dismenorréia essencial. Tentativas estão sendo realizadas para identificar êste fator.

Conclue o A. que não é possível apontar um único fator fisiológico como responsável por tôdas as formas de dismenorréia essencial; nem é possível decidir se existe qualquer dêsses fatôres isolados. Há uma forma de dismenorréia essencial, particularmente em pacientes jovens e mal desenvolvidas, que não se enquadra no capítulo de espasmo da musculatura uterina e cólicas uterinas, mas no de "angiospasmos", provocados químicamente. E' devida a um desequilíbrio no estímulo químico e parece ceder à medicação específica. — A. A. Salles

### *ANNALS OF WESTERN MEDICINE AND SURGERY*

**Carcinoma da vulva** (*Carcinoma of the vulva*) — PEARSON, E. A. — (*Annals of West. Med. and Surg.*, **5**:785, Set. 1951).

O A., após considerações gerais sobre o carcinoma da vulva, em que focaliza sua sintomatologia, diagnóstico e tratamento cirúrgico, apresenta o caso de uma gestante incipiente com leucoplasia vulvar.

A gestação decorreu normalmente e por ocasião do parto, excisou-se as zonas de leucoplasia, que foram diagnosticadas histopatologicamente como carcinoma epidermóide grau III, por vários anátomo-patologistas.

No 15.<sup>º</sup> dia pós-parto fez-se a vulvectomia, e no 29.<sup>º</sup> a operação de BASSET, ambas sem incidentes.

Não tendo sido encontrado em nenhuma das peças operatórias sinais de malignidade, a paciente foi considerada curada, após mais de 4 anos de observação. — C. A. Zanotta

### *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Indicações da via alta em Obstetrícia** (*Indicaciones de la vía alta en Obstetricia*) — PEREZ, M. L. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:375, Set. 1951).

Após um resumo histórico da operação cesariana, o A. considera suas indicações atuais, confrontando-as com outros recursos

terapêuticos. Analisa o grau de sua inocuidade atual e assevera que tudo isso não autoriza ainda a ser mais intervencionista abdominal que antigamente. — Clarice do Amaral Ferreira

---

**Metrorrágia pós-menopásica não blastomatosa** (*Metrorrágia postmenopásica no blastomatosa*) — PERALTA RAMOS, A. G. — (*Ginec. y Obst. Latino-Americanas*, **9**:381, Set. 1951).

Continuando o trabalho sobre metrorragia pós-menopásica, não blastomatosa, verificou o A. em seu material, que aquelas se apresentam com maior freqüência, 68,6 % entre os 2 e 10 anos de instalada a menopausa, observando-se um ligeiro predomínio durante os 3 primeiros anos. Nas formas proliferativas (33,3 %) a hemorragia endometrial pode ser a consequência do estímulo estrogênico prolongado com quedas abaixo do limite mínimo. Pode ser o efeito de ciclos anovulatórios esporádicos, de tumores do ovário (tum. de cel. da granulosa, ou da teca), inapercebidos ao exame, ou ainda da possível inclusão de células funcionantes em outros blastomas do ovário.

No endométrio atrófico (47 %) a causa da hemorragia explica-se facilmente quando está associado a processos de caráter inflamatório ou blastomatoso.

Nos casos de adenoma da basal (19,6 %) explica-se também por fenômenos mecânicos e por freqüente associação com processos de caráter inflamatório e mais raramente por sua degeneração.

O estudo histológico da mucosa uterina é indispensável para fazer o diagnóstico. O diagnóstico diferencial entre a hiperplasia endometrial e o adenoma da basal continua a oferecer grandes dificuldades; e ainda mais, entre a hiperplasia, se é intensa, e o adenocarcinoma.

Os endométrios com atividade proliferativa, especialmente quando há hiperplasia, são de prognóstico reservado; existe a possibilidade de sua transformação maligna.

O tratamento da metrorragia pós-menopausa com endométrio atrófico e por adenoma, pode limitar-se à curetagem uterina. Nos casos de hiperplasia hormonal, principalmente quando surge vários anos após a menopausa, indica-se a anexohisterectomia total.

Conclui o A. que até se conheça um pouco mais sobre este problema, convém chamar a atenção sobre o perigo que representa o uso indiscriminado dos estrogênios. — Clarice do Amaral Ferreira

---

TRABALHOS ORIGINAIS

CLÍNICA GINECOLÓGICA DA FACULDADE NACIONAL DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL  
PROF. DR. ARNALDO DE MORAES

**GRAVIDEZ ABDOMINAL \***

**DR. EDGAR DA ROSA RIBEIRO**

Auxiliar de Ensino da Clínica Ginecológica da Fac. Nac. de Medicina.  
Cirurgião da Sec. Geral de Saúde e Assistência.

**Considerações gerais**

No decurso de mais de 14 anos de prática de cirurgia de urgência, na Assistência Municipal do Rio de Janeiro, tivemos oportunidade de operar todos os tipos de prenhez ectópica, com exceção da do tipo cervical.

De modo geral, o diagnóstico se impõe, porque a maioria dos casos se nos apresenta com a sintomatologia clássica e alarmante das roturas em peritônio livre. Por vezes, entretanto, podemos chegar ao diagnóstico antes de se processar êsse quadro. Essa eventualidade se nos apresentou uma vez na clínica privada e a outra na hospitalar.

Quando o quadro apresentado vem acompanhado dos sintomas alarmantes de hemorragia interna, fácil é, quase sempre, estabelecer-se o diagnóstico imediato.

Outras vezes, entretanto, a sintomatologia, mascarada por outros processos mórbidos, com suas características iniciais graves, ou mesmo pela própria afecção, que se estabelece em etapas, vem acarretar sérias dificuldades, no que diz a respeito ao diagnóstico.

\* Apresentado ao III Congresso Brasileiro de Ginecologia e de Obstetrícia em Belo Horizonte, sessão de 27-7-1951.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

	Págs.
<i>Evisceração pelviana parcial ou completa por necrose de vísceras pelvianas na mulher pela irradiação excessiva — BRUNSWIG, A. ....</i>	277
<i>Câncer do corpo — STEARNS, H. C. ....</i>	278
<i>Algumas fases do problema das hemorragias uterinas — MC LENNAN, C. E. ....</i>	278
<i>Estudos sobre a patologia do sangramento uterino anormal — WEBB, A. N. ....</i>	279
<i>Anomalias congénitas da prole de união consanguínea — MELINKOFF, E. ....</i>	279
<i>Hemorragia complicando a gravidez e o parto — RUSSEL, K. P. ....</i>	280
<i>Hemorragia interna por torção aguda de útero miomatoso — RUIZ, V. ....</i>	280
<i>Dilaceração completa do períneo com rotura do esfíncter anal em um feto, por manobras obstétricas. — ARENAS, N. e VOLTA, R. A. ....</i>	281
<i>Avaliação do efeito de preparados estrogênicos — NOGUÉS, A. E. e MEZADRA, J. M. ....</i>	281
<i>A ressecção cuneiforme do ovário no tratamento das alterações do ciclo menstrual — DUJOVICH, A.; SAPISOCHIN, E. e TYNJANKES, J. ....</i>	282
<i>Infertilidade e estreptomicina — MATERA, U. ....</i>	283
<i>Tricomoníase vaginal e seu tratamento pela tirotricina — NOGUÉS, A. E.; GUIXA, H. L. e OTTURI, J. E. ....</i>	283
<i>Peritonite aguda difusa por acesso central do ovário ....</i>	283
<i>A tuberculose do útero — BOTELLA, J.; NOGALES, F.; BEDOYA, J. e VILLAR, E. ....</i>	284
<i>A prova da progesterona no diagnóstico da gravidez — PEREA, J. J. ....</i>	284
<i>Tumores sólidos do ovário — DAVID GUTIERREZ GARCIA ....</i>	285
<i>Quistos e tumores sólidos do peritônio (Estudo clínico e radiológico de um tumor calcificado do abdome) — ROGERIO ANTUNES MONTEIRO ....</i>	285
<i>Resultados na miomectomia com a técnica isquemizante de Borrás — BOGUÑA I., J. C. ....</i>	286
<i>Os potenciais elétricos do sistema genital feminino — PRASSOLI, A. ....</i>	286
<i>O diabetes floridzinico e os hormônios sexuais femininos (pesquisas experimentais) — BALASSI, G. P. ....</i>	287

**ANNALS OF WESTERN MEDICINE  
AND SURGERY**

**Hemorragia complicando a gravidez e o parto** (*Hemorrhage complicating pregnancy and labor*) — RUSSEL, K. P. — (*Annals W. Med. and Surg.*, **5**:883, Out. 1951).

E' muito importante a hemorragia como complicaçāo da prenhez, não só porque é atualmente a causa n.<sup>o</sup> 1 de morte materna nos Estados Unidos, como também porque existem hoje em dia métodos eficientes de tratamento.

E' além disso, responsável por 1 terço das complicações não mortais da gravidez.

Refere-se o A. à placenta prévia e à separação prematura da placenta, responsáveis pela grande maioria dos casos de hemorragia no 3.<sup>o</sup> trimestre, e que podem ser tratadas com sucesso em 90 % dos casos com a rotura das membranas ou com a operação cesariana.

Depois de citar as outras causas menos freqüentes, refere-se a estudos recentes sobre a fibrinogenopenia e sobre medidas do volume sanguíneo circulante.

Finalizando o trabalho, faz o A. breve resumo dos métodos de tratamento empregado, os novos métodos de transfusão de sangue.

Acompanha o trabalho um gráfico das causas de morte materna nos Estados Unidos. — C. A. Zanotta

**BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES**

**Hemorragia interna por torção aguda de útero miomatoso** (*Hemorragia interna por torsion aguda de útero miomatoso*) — RUIZ, VICENTE — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **435**:296, Out. 1951).

Descreve o A. um caso de abdome agudo que teve ocasião de observar e acompanhar, em uma mulher de 32 anos, casada.

Estuda o caso de torção de útero miomatoso mostrando as dificuldades que são encontradas para que se possa fazer um diagnóstico preciso.

No caso que apresenta diz ter sido assintomática a torção, para, dada a rotura da veia uterina, tornar-se grave, com abdome agudo e todos os sintomas de hemorragia interna.

A torção de útero miomatoso, tem sido confundida com cistoadenoma ovárico com pedículo torcido, com torção de anexo, com

TRABALHOS ORIGINAIS

INSTITUTO DE GINECOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL  
(RIO DE JANEIRO)  
DIRETOR: PROF. DR. ARNALDO DE MORAES

**AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE**

(Resumo estatístico dos primeiros 10 anos de  
funcionamento)

**DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA**

Docente livre e Assistente de ensino

**DRA. LOURDES BITTENCOURT**

Médica estagiária

e

**DRA. AVANI MOREIRA**

Médica estagiária

Desde 1942 funciona na Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil um Consultório especializado para o diagnóstico e tratamento da esterilidade. Dificuldades quanto a local, pessoal, etc., fizeram com que nos primeiros anos tivéssemos poucas doentes matriculadas. Após 10 anos, certas dificuldades ainda se opõem ao seu bom funcionamento, como por ex.: o exame do marido não pode ser feito pelo urologista da Clínica por falta de lugar apropriado; a fertilidade masculina é apreciada através de informações das doentes de que tem o parceiro filhos extra-conjugais, ou por meio do teste de HÜHNER. Este negativo, algumas vezes nosso urologista examina-os, em seu consultório particular, por favor; outras, mandamos que o marido vá a um serviço de urologia em outro Hospital. Nestes casos, é raro que a doente volte.

Outro óbice aos bons resultados é que grande percentagem, como veremos adiante, vem sómente à primeira consulta. Se mar-

RESUMOS

Nesta secção serão sempre resumidos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade seis meses antes.

**NOVEMBRO DE 1951**

**SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS**

**XA ectocervix durante a gestação** (*The ectocervix during gestation*) — NOLAN, JAMES J. e POLLAK, OTAKAR J. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **93**:609, Nov. 1951).

Os A.A. estudaram 75 pacientes em várias fases de gestação, no que diz respeito ao aspecto morfológico das estruturas cervicais.

A análise de 77 biópsias do colo de 75 mulheres confirma as observações de outros investigadores mas difere quanto à incidência de alterações.

Nenhuma das alterações encontradas é característica da gravidez ou é observada na gravidez mais freqüentemente do que fora da gravidez.

Não pôde ser estabelecida correlação de alterações estruturais com a idade, freqüência de gestação, duração da gravidez, aborto e curetagem.

A hipertrofia do revestimento da ectocervix é atribuída mais a alterações de zona intermediária do que à atividade da camada basal.

Os A.A. esmiuçam a relação entre a produção de estrogênios e a atividade das células escamosas, tomando por base as observações feitas num caso de mola hidatiforme.

Os A.A., baseados no que encontraram em 2 casos, mencionam a possível relação com a leucoplasia.

**Episiotomia mediana: um método de sutura** (*Median Episiotomy: a method of repair.*) — WARD, G. H. — (*Annals of Western Med. and Surg.*, **5**:939, Nov. 1951).

O A. apresenta uma técnica de sutura da episiotomia mediana, que se descreve pelas 4 gravuras apresentadas. A primeira sutura de catgut cromado 00 é colocada do plano mediano superficial para uma inclusão lateral profunda do fascia intercolunar e fibras da porção pubo-retal do elevador do ânus, para um lado e depois para o outro, pela reversão da agulha.

A 2.<sup>a</sup> sutura, catgut 000, é feita imediatamente abaixo da mucosa vaginal, para traz, para os lados, e depois para diante, sempre fugindo do reto. — C. A. Zanotta

---

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

**Fibroma do ligamento redondo** (*Fibroma del ligamento redondo*) — BLANCHARD, OSCAR e GENTILE, JORGE M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **436**:321, Nov. 1951).

Os A.A. apresentam um caso observado em uma moça de 16 anos, portadora de um tumor na região inguinal direita, doloroso e pouco móvel.

Estudam os fibromas do ligamento, na sua etiologia, histologia e diagnóstico, mostrando quanto este está sujeito a erros, principalmente quanto ao segmento intraperitoneal que só é diagnosticado no ato operatório. Pode ser confundido com hérnia inguinal e crural, admite linfogranulomatose inguinal e endometriose.

Situados no grande lábio, é possível a confusão com varizes, cistos de Bartolino etc.

Boa bibliografia, e uma microfotografia e fotografia da peça, ilustram o trabalho. — A. Felicio dos Santos

---

**Tratamento da incontinência de urina pelo processo de Aldridge** (*Tratamiento de la incontinencia de orina por el procedimiento de Aldridge*) — BREA, CESAR A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **436**:326, Nov. 1951).

O A. apresenta 4 casos de doentes portadoras de incontinência urinária, sendo 2 já operadas sem resultado por plásticas vaginais, e praticada a técnica de ALDRIDGE, foram consideradas curadas.

rações degenerativas do trofoblasta dos ovos abortivos (49 % — BOTELLA LLUSIA-TAMARGO), ou porque as anormalidades do mesmo embrião (61,7 % — HERTIG) ocasionem a morte do produto da concepção, antes de fazer-se presentes as primeiras manifestações da complicação precoce da gravidez.

Impõe-se, portanto, o estudo sistemático e rotineiro da histopatologia do óvo abortado, para esclarecer sua etiopatogenia e assinalar o valor merecido do tratamento efetuado.

Boa bibliografia acompanha o trabalho do A. — *A. Felicio dos Santos*

---

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Contribuição à limitação das indicações do fórceps no estreito superior** (*Contribución a la limitación de las indicaciones del fórceps en el estrecho superior*) — DUBROVSKY, R.; BAEZ, J. J. e FERLONI, E. R. J. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:521, Nov. 1951).

Os A.A. sublinham o fato de ser, atualmente, o fórceps no estreito superior, uma operação de indicações restritas, dada a alta mortalidade fetal (cêrca de 25 %). O médico do interior que é obrigado a intervir em casos de pelves estreitas e de desproporção feto-pélvica, faz exceção à regra com o intuito de salvaguardar a vida materna.

Os A.A. acentuam que em sua série de 72 casos de fórceps alto, a mortalidade materna foi de 0 %. A tendência atual é para resolver êsses casos pela via alta, já que os antibióticos reduzem ao mínimo os riscos maternos. — *C. Amaral Ferreira*

---

**Avaliação do efeito de preparados estrogênicos (II parte)** (*Valoración del efecto de preparados estrógenos*) — NOGUÉS, A. E. e MEZZADRA, J. U. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:530, Nov. 1951).

Após considerar as bases do emprêgo da suspensão aquosa dos estrogênios, os A.A. compararam, na mesma paciente, o efeito de 1 mg. de benzoato de estradiol (escolhido em trabalho anterior como a dose mínima efetiva desse hormônio) e quantidades variá-

veis da suspensão aquosa de cristais de estrona. Para isso empregaram sempre a mesma mulher castrada, injetando o hormônio após esperar o repouso da castração. O controle foi feito seriadamente pela colpocitologia.

Os A.A. acham que todos dois estrogênios produzem uma reação colpocitológica evidente, desenvolvendo curvas de efeito semelhante começando com 72 h. após a injeção e durando um pouco mais com a suspensão aquosa (7-9 dias).

Os A.A., estudando a colpocitologia na mulher castrada establecem uma equivalência de ação entre 1 mg. de benzoato de estradiol e 1 mg. da suspensão aquosa de cristais de estrona. — *C. Amaral Ferreira*

**Considerações sobre trinta casos de analgesia obstétrica com Trilene** (*Consideraciones sobre treinta casos de analgesia obstétrica con Trilene*) — TABARES, C.; LAJONCHESE, C. A. e DIAZ GERLIN, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, 9:538, Nov. 1951).

Os A.A. apresentam os resultados obtidos com o emprêgo do Trilene como analgésico obstétrico em 24 casos de primíparas e 6 multíparas, durante o trabalho de parto e período expulsivo. Foram realizadas algumas operações complementares, como fórceps, episiotomias, suturas, etc. Em 9 casos foi usado anti-espasmódico. O parto terminou espontaneamente em 28 casos, com delivramento natural em todos os trinta.

Os resultados analgésicos foram avaliados como: alívio nítido da dor em 27 casos e mediocre em 3. A dose máxima usada foi de 25 cm.<sup>3</sup> e o tempo máximo de aplicação de 9 horas. — *C. Amaral Ferreira*

### LA SEMANA MÉDICA (Buenos Aires)

**Prenhez ovariana** (*Embarazo ovárico*) — NORMANDO ARENAS e ERNESTO CESAR CANALLE — (*La Semana Médica*, 859:19, Nov. 1951).

Apresentam os A.A. um caso de prenhez ovariana primitiva, com anamnese cuidadosa, documentada com excelentes microfotografias.

E' feito um estudo retrospectivo e estatístico que é de frequência rara.

Na Argentina foram publicados nove casos.

Admite duas variedades: 1.<sup>a</sup> cortical ou superficial e a 2.<sup>a</sup> profunda ou intrafolicular. De sintomatologia habitual da prenhez ectópica de evolução conhecida.

O tratamento varia: se se trata de uma prenhez não complicada, a ressecção cuneiforme do ovário correspondente é o suficiente, como no presente caso. Contudo, quando existe uma prenhez mais desenvolvida, sobremodo na forma intrafolicular que segundo BOENING, são as que chegam com freqüência a termo, o cirurgião pode ver-se obrigado a marsupializar o saco, ante a impossibilidade de extirpar a placenta, por estar fortemente aderida às vísceras vizinhas.

De prognóstico favorável em quase todos os casos quando são operados em época oportuna. — *A. F. Madruga*

## CIRUGÍA Y CIRUJANOS (México)

**Micro-incisão baixa estética longitudinal para a operação cesariana** (*Microincisión baja estética longitudinal para la operación cesarea*) — RAMIREZ, A. S. — (*Cirugía y Cirujanos* (México), **19**:574, Nov. 1951).

O A. passa em revista as incisões transversais do abdome (Pfannestiel e semelhantes), e embora destacando seu valor pelo lado estético, descreve numerosas desvantagens, entre as quais: hemostasia trabalhosa, campo menor, maior freqüência de hematomas sub-aponeuróticos, com infecção e necrose, resultando cicatrização demorada e viciosa. De modo que, para a operação cesariana não é a incisão transversal a técnica ideal para a laparotomia. Por outro lado a incisão mediana infra-umbilical, reunindo maior número de vantagens, é executada habitualmente em uma extensão desnecessária. Daí o A. propor a sua "micro-incisão baixa estética longitudinal", com cerca de 6 cm. de comprimento a partir do pubis, com as vantagens de ser longitudinal ao mesmo tempo que o resultado estético é bom, pois a incisão fica nos limites da zona pilosa acima do Monte de Vênus. Expõe detalhadamente a técnica operatória, sobretudo quanto à extração do feto, que exige geralmente versão interna. Acompanham fotografias. — *Ericsson Linhares*

## GINEKOLOGIA POLSKA (Polônia)

**Vagino-uretro-suspensão retropúbica** (*Vaginourethrosuspensio retropubica*) — MAZUREK, L. — (*Gin. Polska*, **23**:43, 1951).

Depois de discutir a deficiência dos métodos cirúrgicos atuais para a cura da incontinência urinária da mulher, o A. descreve o seu método de operar.

Procede a suspensão da parede anterior da vagina por meio de dois retalhos pediculados de fascia da parede anterior do abdome que aproxima da vagina por sutura. Consegue um suporte da uretra, aproximando esta do osso pubiano.

Os retalhos são obtidos por uma incisão transversa da pele abdominal e do músculo reto do abdome, sendo em seguida suturados sobre o lado oposto da parede anterior da vagina, junto à uretra. Assim os retalhos se cruzam sobre a uretra.

Considera vantajosa a simplicidade da operação, não havendo necessidade de cateterizar após a operação, a incisão da pele é pequena, o ligamento vésico-púbico e vésico-uretral não são prejudicados, evitam-se lesões da uretra e da vagina, pois a uretra não é dissecada da vagina, sendo possível remover ao mesmo tempo a citocele vaginal. — *H. Stoltz*

**Sequestração parcial do miométrio necrosado após operação cesariana e metrite dissecante** (*Sequestratio partialis myometrii e necrosi post sectionem caesaream et metritis dissecans*) — SOBIERANSKI, S. — (*Gin. Polska*, **23**:51, 1951).

O A. descreve 1 caso raro de sequestração e eliminação do sequestro de musculatura uterina no 8.<sup>º</sup> dia após operação cesariana, em primípara de 37 anos. O exame histológico revelou que se tratava de necrose de fibras musculares. Como foi encontrado um longo fio de catgut dentro do sequestro o A. julga provável que o sequestro foi uma consequência da operação, talvez devida ao 2.<sup>º</sup> chuleio na reconstituição do miométrio, estrangulando este os vasos sanguíneos com a seqüência de necrose do tecido. O A. opina que a 2.<sup>a</sup> camada de sutura do útero talvez deva ser feita com pontos separados. Ao mesmo tempo que o caso relatado o A. discute o conceito da assim chamada "metrite dissecante", sua etiologia, aspectos clínicos, diagnóstico e prognóstico. — *H. Stoltz*