Ano XVIII AGÔSTO DE 1953 Vol. 36 - N.º 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano XVIII AGÔSTO DE 1953 Vol. 36 - N.º 2

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Agôsto de 1953 | Vol. 36 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Carcinoma gelatinoso da mama — DR. OSCAR BLANCHARD e DR. JOSÉ M. GENTILE 65

Colpomicroscopia — DR. JOÃO PAULO RIEPER e DR. ORLANDO BAIOCCHI 71

Placenta acreta (Considerações em tôrno de um caso) — DR. JOÃO MARIO DA SILVA PEREIRA 79

O valor da radioterapia no tratamento do câncer da mama—DR. OSOLANDO J. MACHADO 89

EDITORIAL

Síndrome de Sheehan 97

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de Extensão Universitária sôbre Fisiologia Sexual Feminina .. 101

Aumento da natalidade nos Estados Unidos 101

"Glórias e perigos da terapêutica atual" 102

O futuro da pesquisa médica 105

I Reunião Anual de Obstetrícia e Ginecologia 107

Reunião Seccional do "American College of Surgeons" 108

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Revista Clínica do Instituto Maternal 109

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

Ata da centésima-décima-terceira sessão ordinária 110

Ata da centésima-décima-quarta sessão ordinária 111

Ata da centésima-décima-quinta sessão ordinária 113

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

Administração intravenosa de pitocin no trabalho de parto — KAUFMAN, R. H.; MENDELOWITZ, S. M. e RATZAN, W. J. 115

Avaliação do uso simultâneo da citologia e biópsia no diagnóstico do carcinoma da cervix—DARO, A. F.; RUBENSTEIN, M. W. e GOLLIN, H. 116

Estudo de 25 anos de tratamento radiológico de câncer da cervix nos Hospitais Geral de Montreal e Real Victoria — PERCIVAL, E. 117

Carcinoma primário da vagina — BIVENS, M. D. 118

Resultados tardios com a operação de interposição — BRADY, L. 119

Tratamento moderno da fístula vésico-vaginal — ALDRIDGE, A. H. 121

Apresentação de face e fronte — MORRIS, N. 122

Restabelecimento do ciclo endometrial depois do parto — SAMMARTINO, R.; GORI, R. M. e BAYONA, E. 123

As metrorragias por hipersimpaticotonia — HARAN, A. M. 123

Algumas considerações sôbre o câncer uterino no meio hospitalar—MIERY TERAN, N. S.; SILVEIRA, D. P. e LAIRET, A. C. 124

Mioma em útero duplo e separado com anexos simples — LOPEZ, L. E. e WILL, G. 125

Tempo adicional à operação de Wertheim — CUARESMA GUTIERREZ, C. 126

Casos de mioma da porção vaginal tratados na Clínica de Mulheres de 1930-1952 — ALHA, A.-L. e POHJALA, A. 127

Sôbre o carcinoma do côto cervical — TURTOLA, V. 128

Rotura de cisto do corpo lúteo durante o parto — NIEMINEVA, K. ... 128

RESUMOS

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

FEVEREIRO DE 1953

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Administração intravenosa de pitocin no trabalho de parto *(Intravenous pitocin infusion in labor)* — KAUFMAN, R. H.; MENDELOWITZ, S. M. e RATZAN, W. J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **65**:269, Fev. 1953).

Os A.A. estudam 100 casos consecutivos em que empregaram a solução milesimal de pitocin em gôta a gôta venoso, quer para induzir (46 casos), quer para auxiliar (54 casos) um trabalho de parto já começado.

Consideram-no um método eficiente e inócuo, quando propriamente controlado; o seu resultado na inércia uterina é qualificado como excelente, sendo contra-indicado, entretanto, o seu uso quando a resposta uterina não é prontamente favorável.

Acham que a administração medicamentosa deve continuar até bem depois de completa a 3.ª fase do parto.

Não houve alterações na pressão arterial ou pulso maternos e a mortalidade fetal e materna foi zero. — *C. A. Zanotta*

de um ginecologista do que a habilidade na escolha e aplicação de uma técnica cirúrgica para fechar com sucesso uma fístula vésico-vaginal. — *A. de Moraes*

Apresentação de face e fronte *(Face and brow Presentation)* — MORRIS, NORMAN — (*J. Obst. Gynaec. Brit. Emp.*, **60**:44, Fev. 1953).

Trata-se de uma análise dos casos ocorridos nos hospitais Hammersmith e Rainha Carlota durante os anos de 1934-1950. Cento e duas faces e 53 apresentações de fronte foram revistas num total de 64.817 partos. A incidência das apresentações de face foi 1 para 635. Por outro lado a incidência da apresentação de fronte foi 1 para 1.224 partos.

As várias causas dessas apresentações são relatadas e sua incidência nos casos apreciados no trabalho, inclusive em relação ao pêso fetal. O diagnóstico foi, em geral, feito tardiamente no parto. O parto foi em geral, quando isso se permitiu, muito prolongado.

Nos casos de apresentação de face 39 primigrávidas (66 %) e 39 multigrávidas (91 %) deram à luz espontâneamente. A cesárea foi praticada sòmente em 5 casos, 4 das quais posição mento-posterior, sendo a pelve estreitada em 4. Tôdas essas crianças viveram. A mortalidade fetal foi igual a 12 ou 11,8 %.

Nas apresentações de fronte o parto ocorreu espontâneo sòmente em 7 casos (13,2 %). A flexão foi tentada em 19 casos, com sucesso em 12. A cesárea foi praticada em 19 casos (35,8 %), com 4 natimortos e 1 morte neonatal. A mortalidade fetal incorreta foi 15 ou 28,3 %. Ocorreu 1 morte materna no 3.º dia do puerpério por moléstia cardíaca.

Quando a operação cesariana foi realizada em apresentações de fronte dentro das 48 horas do início do parto, não se perdeu nenhuma criança.

O A. preconiza o uso mais freqüente da operação cesariana quando numa primigrávida ocorre a apresentação de fronte. — *A. de Moraes*

Sôbre o carcinoma do côto cervical *(Über die Karzinome des Zervixstumpfes)* — TURTOLA, VILJO — *(Ann. Chir. et Gynaec. Fenn.*, **42**:101, 1953).

Trata-se de um trabalho da Clínica de Irradiações da Universidade de Helsinki (Chefe Prof. Dr. S. MUSTAKALLIO) e do Departamento de Ginecologia (Chefe Docente Dr. V. V. KAHANPÄÄ), baseado em 44 casos de carcinoma do colo restante observados em 2.051 casos de carcinoma do colo tratados de 1936 a 1951. A freqüência foi, portanto, de 2,18 %. O carcinoma primitivo do côto restante foi observado com o índice de 1,5 %. Das pacientes, 64 % tinham mais de 50 anos. Os sintomas de carcinoma apareceram em 85 % dos casos pela primeira vez 4 anos depois da operação. Ao grau I pertenciam 25 % dos casos, ao grau II 32 %, ao grau III 29 % e ao grau IV 14 %. Sob o ponto de vista favorável à terapêutica, os casos de graus I e II representavam 57 %. O radium foi aplicado em 18 casos sòmente na vagina e, em 23, também no canal cervical. A dose média de radium foi de 5.411 mg. hora e 1.670 mg. hora no canal cervical e conjuntamente na vagina e canal cervical 5.927 mg. hora. A dose de Roentgenterapia foi de 3.000 a 4.000 r (dose profunda).

O material abrange 17 casos, com 5 anos decorridos desde o comêço do tratamento, dos quais 4 sem sintomas ou cura absoluta de 24 %. A cura relativa foi de 27 %. Pelo julgamento dos resultados precários obtidos pelo A. e por outros autores, verifica-se que a cura é conseguida em poucos casos e que o emprêgo do radium intra-cervical não parece merecer apoio. Para conseguir melhoria de resultados de cura, acha o A. que, em primeira linha, é importante o diagnóstico precoce do carcinoma. — *A. de Moraes*

Rotura de cisto do corpo lúteo durante o parto *(Rupture of a corpus luteum cyst during labour)* — NIEMINEVA, KALEVI — *(Ann. Chir. et Gynaec. Fenn.*, **42**:101, 1953).

Trata-se do relato de um caso da II Clínica de Mulheres da Universidade de Helsinki (Diretor Prof. PAAVO VARA). O A. descreve caso em III para, de 35 anos de idade, que no comêço do parto, uma semana após o término presumível da gravidez, sùbitamente apresentou sintomas abdominais de complicação aguda. Na cesárea realizada encontrou-se um cisto rôto contendo material alcatroado que ao exame histológico verificou-se ser cisto do corpo lúteo. Mãe e criança vivas sem complicações pós-operatórias. — *A. de Moraes*

Ano XVIII SETEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.

Ano XVIII SETEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 3

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Setembro de 1953 | Vol. 36 — N.º 3

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Terapêutica do abortamento habitual — PROF. DR. JORGE DE REZENDE 129

EDITORIAL

Tumores do ovário 165

NOTAS E COMENTÁRIOS

I Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia 169

Dívida do médico à Medicina 171

Prof. Hans Limburg 172

Instituto de Obstetrícia e Ginecologia (Londres) 173

Dados estatísticos da Inglaterra e do País de Gales em 1952 174

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Tratado Elementar de Ginecologia — JUAN CARLOS AHUMADA, JUAN A. SALATER e JORGE L. AHUMADA 175

Gynackologische Organneurosen (Einführungsvorlesungen in die Psychosomatik) — PROF. DR. HANS ROEMER 176

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

Graduação histológica do câncer do colo uterino — GRAHAM, J. B. 177

Mortalidade fetal na operação cesariana — LITCHFELD, H. R.; STERNBERG, S. D. e HALPERIN, J. 178

Estudos sôbre as membranas fetais. I) Resistência à tração. — DANFORTH, D. N.; MC ELIN, T. W. e STATES, M. N. 178

Convulsões do pós-parto — HOFMEISTER, F. J. e BROWN, R. C. 179

Revisão da mortalidade materna em dezenove anos no Cook County Hospital — FIPZGERALD, J. E. e WEBSTER, A. 179

Carcinoma intra-epitelial da vulva — GARDINER, S. H.; STOUT, F. F.; ARBOGAST, J. L. e HUBER, C. P. 179

Morbidade e mortalidade na histerectomia total — JOHNSON, G. G. e BURMAN, R. G. 180

Tratamento da fase secretória insuficiente do endométrio — KANTOR, H. I. e HARREL, D. G. 180

Histerectomia total na operação cesária e no período imediato do puerpério — DYER, I. k..... 181

O uso do dienestrol para inibir a lactação — KOSAR, W. e BUXTON, C. L. 182

Diagnóstico de tumores da pituitária — RAAF, J. e McK WINCHELL .. 182

Esfregaços de rotina — Um método prático para a citodetecção de carcinomas cervicais não suspeitados. — MARTIN, P. L.; T. A. SLATE e J. W. MENITT 183

Alguns efeitos endócrinos da Neostigmine — FLUHMANN, C. F. 183

O prolapso genital na mulher de idade — SALABER, J. A. e GUIXÁ, H. L. 184

Estudo eletrocardiográfico da grávida normal — ALLANES, A.; DROGUETT, A. e FUENTEALBA, A. 186

Verdadeira puberdade precoce. Estudo e discussão. — MIRALBELLANDREU, E. e LUSI-RAMON, M. 187

Intervêm mediadores químicos no determinismo do fluxo menstrual? — GARRONE, G. 188

Pesquisas sôbre o diagnóstico dos cânceres genitais femininos pelos esfregaços cérvico-vaginais — VARANGOT, J.; NUOVO, V. e VASSY, S. 189

O glóbulo vermelho da mulher grávida. Influência da ração protídica animal. — SIMONNET, H.; GONNELLE, H.; ROBEY, M. e FRANÇOIS, A. 190

Ação frenadora dos estrogênios sôbre o trofoblastoma — HINGLAIS, H. e HINGLAIS, M. 191

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Mortalidade fetal na operação cesariana *(Fetal mortality in cesarean section)* — LITCHFELD, H. R.; STERNBERG, S. D. and HALPERIN, J. — (*J. A. M. A.*, **151**:783, *Março* 1953).

Os A.A. revêm a literatura a respeito da percentagem de mortalidade fetal na cesariana e suas causas; estas parecem estar ligadas, na maioria das vêzes, a perturbações respiratórias, que correspondem em geral a formação de membranas hialinas no pulmão.

Apresentam 969 operações cesárias num período de sete anos, e, se bem que com uma mortalidade fetal alta (4,5 %), atribuem-na mais à condição que indicou a operação do que à esta pròpriamente.

Crêem que a mortalidade fetal possa ser reduzida com medidas obstétricas e pediátricas apropriadas, tais como liberação vagarosa do título amniótico para evitar bruscas mudanças de pressão, colocação do feto abaixo do nível do abdome materno, permitindo maior aproveitamento do sangue placentar antes da ligadura do cordão, aspiração das vias aéreas superiores, colocação em incubadora, oxigenoterapia e administração de vitamina K e antibióticos. — *C. A. Zanotta*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Estudos sôbre as membranas fetais. I) Resistência à tração. *(Studies on fetal membranes — I. Bursting tension.)* — DANFORTH, D. N.; MC ELIN, Thomas W. e STATES, M. N. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **62**:480, Março 1953).

O estudo da resistência à tração das membranas fetais dá um índice razoável da capacidade de suportar as pressões do trabalho, podendo ser portanto usada na determinação da fraqueza ou fortaleza das membranas.

A rotura espontânea prematura das membranas não é devida, ao que parece, a êstes fatôres, quando medidos em função da resistência à tração.

Também a resistência à tração das membranas não pôde ser relacionada com a idade, paridade em duração da gravidez.

As membranas fetais parecem estar constituídas para suportar tensões superiores às que podem ser observadas durante as contrações uterinas dos partos normais. — *Cid Braune F.º*

Pode haver um retôrno espontâneo ao normal, e os agentes terapêuticos ocasionalmente bem sucdidos foram tireóide, estrogênios, estrogênio-progesterona e gonadotrofina.

Um têrço das pacientes conceberam após tratamento. A cortisona, empregada num pequeno número de casos, mostrou-se ineficiente. — *C. A. Zanotta*

Histerectomia total na operação cesária e no período imediato do puerpério *(Total hysterectomy at cesarean section and in the immediate puerperal period)* — DYER, ISADORE; — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **65**:617, Março 1953).

São apresentados pelos A.A. 85 casos de histerectomias totais em cesárias ou no puerpério imediato, 10 da clínica privada e 75 do Tulane Obstetrical Services, ocorridos no período de 3 ½ anos, para 150 cesárias por ano (3,72 % dos partos: 44 % iterativas — 23 % por disproporção). A incidência relativamente alta de toxemias, fibróides e abrupto placentar entre os negros (80 % do total dos partos) concorreram para aumentar a incidência das histerectomias.

As indicações da histerectomia total na cesária ou no puerpério imediato são as mesmas que as da operação subtotal de Peano. A técnica é descrita, amputando-se o útero acima do colo e removendo em seguida o colo.

73 doentes não apresentaram complicações, 7 tiveram choque, 2 hemorragia, 2 afibrinogenia e 1 choque espinal.

As complicações do pós-operatório foram de várias naturezas, totalizando 30 casos: atelectasia, íleo médio, infecção urinária e 1 de disrupção da ferida.

30 pacientes apresentaram morbidade para 1 ou mais dias e 7 por 3 ou mais dias.

Houve 19 natimortos, 7 dos quais por rotura uterina, 10 por abrupto, 1 por eritroblastose e 1 por situação transversa descuidada.

Duas mortes maternas incidiram neste grupo. Uma das mães tinha peritonite associada à rotura uterina e a outra mãe tinha eclampsia, abrupto, útero de Couvelaire e nefrose do nefron inferior tendo morrido no 2.º dia, de trombose cerebral.

Julgam os A.A. que esta experiência operatória mostra que não há razão de deixar o colo por medo de aumentar o sangramento ou o tempo operatório, desde que a paciente esteja em mãos de cirurgião treinado. — *Cid Braune F.º*

Ano XVIII OUTUBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Outubro de 1953 | Vol. 36 — N.º 4

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

A prevenção da sífilis congênita — DR. L. DE MELLO, DR. ROBERT L. VOUGHT e DR. OSWALDO B. PORTELLA 193

Considerações sôbre a apresentação de fronte — DR. J. ONOFRE ARAUJO e DR. A. GUARIENTO 203

EDITORIAL

Tûmores funcionantes do ovário 215

NOTAS E COMENTÁRIOS

† *Prof. Dr. Thomas Stephen Cullen* 221

Comemoração do 18.º anniversário de cátedra 223

9.ª Semana Médica de Londrina (Paraná) 225

Assises Françaises de Gynécologie 226

Revisão de 4.152 biópsias da cervix com relação ao carcinoma "in situ" 227

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Die Fruhdiagnose des Uteruscarcinoms—PROF. DR. HANS LIMBURG 228

Pediatric Gynecology, with Sections on Urology and Proctology — GOODRICH C. SCHAUFFLER 230

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO
(SERVIÇO DO PROF. DR. RAUL BRIQUET)

CONSIDERAÇÕES SÔBRE A APRESENTAÇÃO DE FRONTE

DR. J. ONOFRE ARAUJO e DR. A. GUARIENTO
Livre docentes e Assistentes

Entende-se por apresentação de fronte aquela em que o polo cefálico se apresenta em atitude intermediária entre a bregmática e a de face e assim persiste até sua expulsão.

Contestada a princípio, foi, depois, reconhecida como entidade nosológica distinta preenchendo as condições impostas por FARABEUF e VARNIER às apresentações em geral. Mme. LACHAPELLE, em suas "Memórias", analisa vários casos de apresentação de fronte e expõe seu parecer quanto ao mecanismo da insinuação. Em 1873, SCANZONI e AHLFELD dividiram as apresentações de fronte em primitivas e secundárias. Estas, mais freqüentes, são evolutivas e estabelecem-se durante o trabalho de parto; aquelas são mais raras e só há na literatura obstétrica, poucos casos descritos.

Por ser em extremo desfavorável a evolução do parto, os tocólogos são unânimes em considerá-la como apresentação distócica e de prognóstico reservado para mãe e filho.

Incidência

Na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo — Serviço do Prof. BRIQUET — Hospital das Clínicas, no período de novembro de 1944 a dezembro de 1952, tivemos 11 casos de apresentação persistente de fronte, em 10.027 partos de têrmo e prematuros, ou seja, 1:911.

No quadro I mencionamos algumas estatísticas compiladas de diferentes autores.

QUADRO I — INCIDÊNCIA DA APRESENTAÇÃO DE FRONTE

Posner e Buch	1:3543
Tavares e cols.	1:3366
Kenwick	1:2949
Rhenter	1:2500
Martius (Halban-Seitz)	1:2500
Bumm	1:2 a 3000
Jaschke	1:2000
Davis	1:2000
Delascio	1:2000
De Lee - Greenhill	1:1500
Connell e Parsons	1:1440
Maret	1:1300
Cholmogoroff	1:1294
Serment e Deturmeny	1:1038
Eastman (Williams Obstetrics)	1:1000
Ingerslev	1:1000
Hamilton	1:932
Nossa Estatística	1:911
Simpson	1:892
Sjöval	1:680
Nölting	1:584
Giuntini	1:233

As apresentações de fronte, na sua quase totalidade, são secundárias, contudo, apesar de excepcionais, tem-se descrito casos de apresentação primária. Relativamente às modalidades, consignam os obstetras serem mais freqüentes as apresentações no primeiro oblíquo. Gonçalves, H., verificou maior freqüência das N. D. P. (naso direita posterior). Em nosso material (quadro II), amais comum foi a N. E. A. (naso esquerda anterior), seguindo-se-lhe a N. D. T. (naso direita transversa) e a N. E. T. (naso esquerda transversa).

QUADRO II — INCIDÊNCIA DAS VARIEDADES DE APRESENTAÇÃO DE FRONTE

Apresentação	*N.º de casos*	*Percentagem*
N. E. A.	6	54,5
N. E. T.	2	18,1
N. D. T.	3	27,2

Serment e Deturmeny, em 21 casos, notaram predominância da N. E. A. (oito casos) e da N. D. T. (cinco casos). Giuntini, em trabalho recente, dá a seguinte incidência: N. D. P. 56,6 %, N. E. A. 26,6 %, N. E. P. 10,0 % e N. D. A. 6,6 %.

Etiologia

Grupam-se os fatôres causais da deflexão em maternos, fetais e ovulares.

Entre os maternos enumeram-se: multiparidade, vícios pélvicos, bacia ampla, tumores prévios, obliquidade uterina, espasmo do anel de BANDL, vícios de conformação uterina. Entre as *causas fetais* figuram o feto volumoso, feto pequeno, feto morto, dolicocefalia, vícios de conformação fetal, procidência de membros. Do lado dos anexos ovulares mencionam-se o encurtamento relativo ou absoluto do funículo, hidrâmnio, placenta prévia.

Causas maternas — 1) Multiparidade: WINCKEL, PINARD, v. JASCHKE, STIGLBAUER, entre outros, encontraram esta apresentação com mais freqüência entre as multíparas. Outros, como MANGIAGALLI, SIEBOLD, BRAUN, etc., atribuem prioridade às primíparas. De nossas onze parturientes cinco eram multíparas, duas das quais grandes multíparas e seis primigestas (Quadro III).

QUADRO III — INCIDÊNCIA EM RELAÇÃO À IDADE E À PARIDADE

Idade	*Paridade* 0 2 4 5 7	*Total*
menos de 25 anos	2 1 – – –	3
26 a 30 anos	2 1 – – –	3
31 a 35 anos	2 – – 1 –	3
36 ou mais anos	– – 1 – 1	2

GONÇALVES, em 46 casos, encontrou 29 (66,6 %) multíparas e 17 (37,0 %) primíparas. Nos 199 casos reunidos por HENRICIUS, 60 % eram multíparas. CHOLMOGOROFF dá a relação de 4:1 entre multíparas e primíparas. Das 200 pacientes de INGERSLEV, 105 eram primíparas e 95 multíparas; destas, 9,9 % eram primíparas idosas. Três das nossas seis primigestas eram idosas. Relativamente à côr, nove de nossas pacientes eram brancas e duas pretas.

2) O vício pélvico é unânimemente aceito pelos parteiros como causa precípua de deflexão da cabeça. Não se regista caso algum de bacia viciada em nosso material. Segundo SPILSBERG a apresentação de fronte é dez vêzes mais freqüente nas bacias viciadas. GIUNTINI e NÖLTING, e BRET encontraram o vício pélvico, respectivamente, em 16,6 %, 48,6 % e 56,0 % de seus casos.

3) A bacia ampla concorre como fator causal, pela ausência de acomodação adequada (BRAULT, BRET, etc.).

4) Obliquidade uterina. DUNCAN atribui à pressão axial do feto, ou seja, à extensão da coluna vertebral, papel de relêvo na gênese de apresentações deflectidas. Para WINCKEL, a obliquidade tem particular importância quando o útero está voltado para a direita.

5) Os tumores prévios uterinos ou peri-uterinos, que dificultam a insinuação, o vício de conformações uterina e o espasmo do anel de BANDL são invocados, freqüentemente, como fatôres causais.

6) Prenhez múltipla. Pensam alguns que a vizinhança de ambos os polos cefálicos pode concorrer para a deflexão, ou ainda, que, expulso o primeiro feto, o segmento inferior hiperdistendido, não exerça influência sôbre a cabeça do segundo feto, permitindo sua insinuação em atitude deflectida. Diz AHLFELD que a extensão da cabeça fetal é facilitada quando as faces ventrais dos fetos estão em contacto. Há, na literatura nacional, um caso interessante de OLIVEIRA MOTTA, mencionado por GONÇALVES de prenhez gemelar com ambos os fetos em fronte e dolicocéfalos.

Causas fetais — 1) Dolicocefalia. Embora não acatada por todos, admite-se a dolicocefalia como causa de deflexão da cabeça. A predominância dos diâmetros ântero-posteriores alteram as relações do braço de alavanca favorecendo a deflexão. FINK cotejando as dimensões da cabeça de recém-nascido de pacientes que haviam sido cesariadas, com a de recém-nascidos em que a apresentação era deflectida, pensa que a configuração da cabeça não seja fator muito importante.

2) Fetos de volume excessivo ou pequeno. Constituem fatôres amiúde responsabilizados pela deflexão. Em nossa casuística 81,0 % dos recém-nascidos tiveram pêso igual ou superior a 3.000 gr. Não tivemos prematuros, isto é, recém-nascidos com pêso inferior a 2.500 gr. (Quadro IV).

QUADRO IV — PÊSO DO RECÉM-NASCIDO

Pêso	*N.º de casos*	*Percentagem*
2.501 – 3.000	2	19,0 %
3.001 – 3.500	1	45,0 %
3.501 – 4.000	3	21,0 %
4.001 – 4.500	1	9,0 %

3) O feto morto, particularmente o macerado e os vícios de conformação fetal (hidrocefalia, encefalocele, tumores do pescoço, etc.) são, freqüentemente, incriminados como agentes etiológicos.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Causas ovulares — 1) Hidrâmnio. Invocado por BAUDELOCQUE e Mme. LACHAPELLE, entre outros, é, amiúde, averbado como causa pelos autores.

2) Encurtamento absoluto ou relativo do cordão. Figura com 11,0 % na estatística de INGERSLEV. Alguns incluem o prolapso do cordão entre os fatôres concorrentes.

3) Inserção baixa da placenta. Consta como causa de deflexão em 3,3 % na estatística de GIUNTINI.

Diagnóstico — A) *Clínico:* O diagnóstico pelo palpar é difícil. Contudo, em abdome com paredes flácidas e delgadas, pode-se deduzir conclusão satisfatória, mòrmente se a cabeça estiver alta. A pesquisa criteriosa da escava revela a presença de duas saliências: uma maior, arredondada, situada do lado do dorso e que corresponde ao occipício; do lado oposto, topa-se com saliência em forma de ferradura, corresposdente ao mento. A pesquisa do sulco cervical revela-o bastante acentuado, embora não tanto como nas apresentações de face (sinal do golpe de machado de TARNIER). O dorso é dificilmente palpável por estar mais ou menos côncavo ao invés de convexo.

O toque oferece dados mais seguros. No centro da escava toca-se a fronte saliente, notando-se a sutura metópica orientada em um dos diâmetros oblíquos, ou no transverso, em um das extremidades dessa sutura, que constitui a linha de orientação, reconhece-se a grande fontanela ou bregma, e na que lhe é oposta, o nariz, que representa o ponto de reparo fetal da apresentação. Nota-se, também, as arcadas orbitárias e os globos oculares. Para alguns, o ponto de reparo fetal é o maxilar superior.

Importa notar os caracteres que distinguem a apresentação de fronte das de bregma ou de face. Na de bregma, a grande fontanela está centrada na escava e nos extremos notam-se as suturas metópica e sagital. Na face explora-se fàcilmente o mento, a glabela, a porção inicial da metópica, mas não a grande fontanela. Na de fronte, não se toca a bôca ou o mento nem a pequena fontanela. Com o evolver do trabalho de parto a formação da bossa sero-sanguínea, mòrmente na variedade bregmática, dificulta sobremodo o reconhecimento da apresentação.

B) *Radiológico:* Permite elucidar o diagnóstico e avaliar o grau da desproporção céfalo-pélvica. Nota-se, sobretudo, o encurvamento peculiar da coluna e a deflexão da cabeça.

Mecanismo de parto

São três os conceitos que procuram explicar o determinismo da insinuação. Assim sendo, deduz-se que haja divergência entre

os obstetras, acatando uns êste ou aquêle mecanismo; ecléticos, como BRAULT, afirmam ser possível qualquer dos mecanismos circunstanciais peculiares a cada caso.

Vejamos as três maneiras possíveis da insinuação, de acôrdo com os ensinamentos de LACHAPELLE, MANGIAGALLI e POLLOSSON (figura 1).

Para Mme. LACHAPELLE, o diâmetro occipito-mentoneiro (O.M.) insinuar-se-ia paralelamente ao estreito superior e compara-se o polo cefálico a triângulo isóscele cujo vértice situado inferiormente corresponde à fronte.

Ao ver de MANGIAGALLI, para que se dê a insinuação, será indispensável ligeira deflexão de modo que o mento se coloque em plano inferior ao do occipito; ter-se-ia, destarte, triângulo escaleno cujo ângulo mais declive seria o mento.

Enfim, segundo POLLOSSON, a insinuação se opera mediante flexão discreta da cabeça, de maneira que o diâmetro occipito-mentoneiro se inclina obliquamente e o occipício transpõe o estreito superior antes do mento. POLLOSSON contestava MANGIAGALLI di-

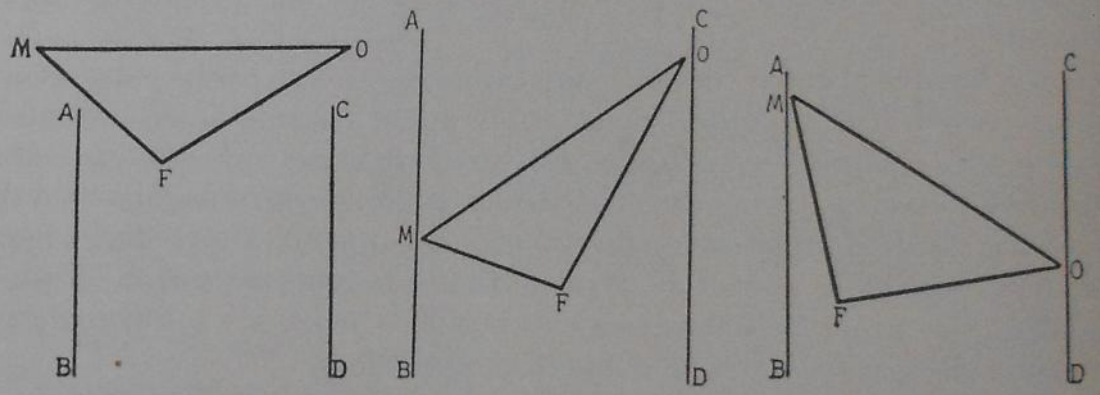


Fig. 1 — Mecanismo da insinuação das apresentações de fronte.

zendo que se a deflexão se acentuasse, a apresentação já não seria de fronte. Ora, nessa ordem de consideração, a mesma ressalva pode ser feita à teoria de POLLOSSON.

ALFIERI chama a atenção para o fenômeno da abertura da bôca fetal, encontrado na apresentação de fronte insinuada, fato êsse que já fôra observado, entre outros, por MANGIAGALLI e HEINRICIUS, e acredita que o diâmetro cefálico de maior importância não é o occipito-mentoneiro e, sim, o maxilo-sagital, que é discretamente maior que aquêle.

No vício pélvico, o maior diâmetro cefálico se orienta em um dos oblíquos nas bacias geral e regularmente estreitadas e no transverso (fig. 9) nas bacias achatadas. INGERSLEV notou que, via de regra, a insinuação se faz no diâmetro transverso ou próximo dêle e que a descida só se inicia após cérvico-dilatação completa, salvo feto pequeno ou morto.

A insinuação e a descida se fazem graças a fenômenos plásticos acentuados, por não haver substituição de diâmetros. Assim, produz-se alongamento da cabeça no sentido fronto-cervical e o diâmetro O. Fr. pode atingir 14 a 15 cm. A extremidade cefálica adquire, então, a forma de cunha que se intromete mais ou menos profundamente na escava.

A rotação interna é dificultosa e se opera, em geral, na parte baixa da escavação ou mesmo no estreito inferior, onde a fronte roda para diante para se por em relação com a borda inferior da sínfise púbica.

No desprendimento distinguem-se dois sub-tempos: 1.º) O hipomóclio que é representado pela glabela ou pela região sub-nasal se sotopõe à arcada púbica e, por movimento lento de flexão, semelhante ao que se observa na occipito-sacra (O. S.), libera-se pouco a pouco a fronte e, ao depois, o maciço occipital, desprendendo-se



Fig. 2 — Configuração da cabeça na apresentação de fronte.

sucessivamente as circunferências sub-naso-frontal, sub-naso-bregmática e sub-naso-occipital; 2.º) por movimento de deflexão desprende-se a face.

Contudo, não é infreqüente o desprendimento em posição oblíqua ou transversa, por ausência de rotação interna adequada.

Fenômeno plásticos — No trânsito pelvi-genital, a cabeça sofre fenômenos plásticos acentuados graças ao acavalamento dos ossos da abóbada craniana. Evidencia-se, particularmente, o alongamento dos diâmetros sub-mento-bregmático que mede 11 a 12 em e do occipito-frontal. No conjunto, o polo cefálico oferece o aspecto de cone truncado ou cunha triangular cuja base corresponde ao diâmetro occipito-mentoneiro (O. M.) e o vértice à fronte.

Bossa sero-sanguínea — E' avantajada e se estende da glabela ao bregma, localização essa que, por sua fisionomia singular, mereceu de DÖDERLEIN a designação pitoresca de "gorro de granadeiro" e que CLÓVIS CORRÊA DA COSTA compara ao Pão de Açúcar.

Evolução do parto — O parto eutócico só deve ser esperado em bacia normal com feto pequeno e dinâmica uterina adequada, ou em bacia ampla e cabeça de volume normal.

A rotura inoportuna das membranas ovulares constitui complicação freqüente. INGERSLEV encontrou-a em 28,4 % nas primigestas e 16,4 % nas multíparas. GIUNTINI consigna a rotura precoce da bôlsa em 60 % dos seus casos. WICHMANN observou-a em 22 e 20 %, respectivamente, para as primíparas e multíparas.

As anomalias de contração uterina constituem complicação muito freqüente. A inércia primária ou secundária ocorreu em 27 % dos casos de INGERSLEV.

O parto prolongado é de norma dêste tipo de apresentação deflectida. Na estatística de INGERSLEV a duração média do trabalho foi de 37,3 horas para as primíparas e de 20,8 horas para as multíparas. Nos partos espontâneos a duração do período expulsivo foi de 1,5 horas nas primíparas e 1,4 horas nas multíparas. NOLTING assinala duração média de 30 horas para as primíparas e 20 horas para as multíparas.

Prognóstico — Tanto o prognóstico materno como o fetal são delicados. A paciente é exposta ao trabalho de parto moroso e sujeita a lacerações por vêzes extensas das partes moles; outrossim, a compressão prolongada dos tecidos determina isquemia e, conseqüentemente, necrose e fístulas várias.

A rotura prematura ou precoce das membranas, o trabalho de parto prolongado, os exames repetidos e as intervenções freqüentes, elevam a incidência da infecção. Esta pode ocorrer durante o parto ou no puerpério.

INGERSLEV encontrou, em seu material, a incidência de 37,5 % para infecção pós-parto, e 19,0 % para a infecção intra-parto. MARNER observou 1,3 % e 7,5 % respectivamente para a infecção intra-parto e pós-parto.

Não raro, a rotura uterina traduz o desfecho do parto prolongado e infrutífero contra obstáculo invencível. GIUNTINI cita a rotura uterina em 3,3 % dos seus casos. FRANQUÈ em 3,2 %. INGERSLEV teve 2 % de roturas uterinas e um caso de rotura da sínfise; além disso. 28 % das suas pacientes tiveram rotura do períneo e 4,5 %, rotura cervical.

Variam muito as cifras mencionadas pelos autores para o parto espontâneo: MANGIAGALLI dá 50 %; CAFFARATTO 45,7 %; MARET 59 %; COESTER 20 %; SJOWALL 40 %; WINCKEL 18 %; CHOL-

MOGOROFF 21,7 %. WARREN diz que 40 % dos partos têm evolução espontânea, e que 20 % dos casos diagnosticados como fronte se transformam em vértice, daí o motivo de se aconselhar a espectação. GIUNTINI assinala 23,33 % de partos normais. FINK, em 130 apresentações de fronte, observou apenas 43 % de partos normais.

O parto operatório é menos freqüente nas multíparas do que nas primíparas. Contudo, a incidência operatória é sempre elevada. GIUNTINI consigna 76,66 % de intervenções em sua casuística. GONÇALVES menciona 62,6 % de intervenções.

A mortalidade materna é relativamente elevada. GONÇALVES teve 6,4 % de óbitos maternos. PUTIGNANO 1,22 %; GOESTER 4 %; FRANQUÈ 6,4 %; MANGIAGALLI 10 %; SPIELBERG 5,8 %; HEINRICIUS 17,5 %; CAFARATTO 6 %; INGERSLEV 2 %. Não tivemos óbito materno nos casos ora em estudo.

O prognóstico fetal é igualmente reservado assim no parto normal como no operatório. Destaca-se na estatística de INGERSLEV 21 % para a mortalidade fetal no parto espontâneo e 43 % no operatório. FRANQUÈ refere 50 % de óbitos fetais no parto operatório e 22 no espontâneo. Em nosso material, tivemos 9 (81,8 %) recém-nascidos vivos e 2 (18 %) mortos. Dêstes, um foi admitido ao serviço com batimentos cardíacos ausentes, por se tratar de caso de descolamento prematuro, e o outro sucumbiu durante a intervenção (sinfisiotomia). A mortalidade fetal depurada foi de 9 %.

Tratamento

Deve o tocólogo apurar, sempre que possível, a causa determinante da deflexão para melhor se orientar em cada caso, a fim de resguardar mãe e filho das várias complicações amiúde encontradas nos partos dessa natureza.

Em condições propícias, a espera é permissível: bacia ampla ou normal com feto pequeno justifica a expectação prudente, em virtude da possível transformação em vértice ou face.

As manobras preconizadas para a mutação desta apresentação na de face ou occipício (BAUDELOCQUE, THORN, PINARD, ZANGEMEISTER, SHATZ, etc.), nem sempre consultam os interêsses materno e fetal, mòrmente se as tentativas forem efetuadas após insinuação, quando os fenômenos plásticos já se acentuaram; na maioria das vêzes estão fadadas ao insucesso, e podem, mesmo, ser maléficas.

A versão tem indicação restrita e requer condições favoráveis.

O fórcipe terá sua indicação quando houver condições maternas e fetais propiciadoras, mòrmente em cabeça profundamente insinuada. Utilisamo-nos desta intervenção em 27,2 % de nossos casos.

A sinfisiotomia não encontra, hodiernamente, justificativa ponderada, à vista dos progressos nos vários departamentos da medicina.

A cesária, quando praticada no devido tempo, eremos nós, tem indicação eletiva na apresentação de fronte, é a conduta ideal na maioria dos casos, e a que melhor consulta os interêsses materno e fetal. Praticamo-la em 54,5 % com bons resultados para mãe e filho.

Referências

ALFIERI, E. — Nuove osservazione cliniche sulle cause e sul mecanésimo del parto per la fronte — "Kassegna di Ostet. e Gin.", 25:65, 1916. AZEVEDO JR. — Apresentação de fronte — "Bol. Soc. Med. Cir.", 1901. BRAULT, P. — La présentation du front — "Gynée. et Obst.", 29:45, 1934. BRET, J. — Étude de la présentation du front — "Gynée. et Obst.", 44:428, 1945. BRINDEAU, A. — La Pratique de l'Art des Accouchements — Vigot Frères, Édit., Paris, 1927. BRIQUET, R. — Obstetrícia Normal — Liv. Editora Freitas Bastos, S. Paulo, 1939. BUMM, E. — Trattato Completo di Ostetricia — Societá Editrice Libraria, 1923. COESTER, E. — Zur Kindersterblichkeit in den Geburtshilflichen Kliniken — "Zbl. f. Gyn.", 39:2295, 1933. CONNELL, J. N. e PARSONS, M. — Brow presentation — "Bul. Marg. Hague Nat. Hosp.", 5:88, 1952. COURTOIS, J. et CUCHE, D. — Onze cas inédits de présentation du front — "Gazette des Hopitaux", 3:253, 1938. CUMMIN, R. C. — Twin brow presentation — "J. Obst. Gyn. Brit. Emp.", 59:401, 1952. DELASCIO, D.; MASTROIANNI, E. e GUIDI, A. F. — Apresentação persistente de fronte — "São Paulo Médico", 41:133, 1946. DÖDERLEIN, A. — Tratado de Obstetrícia — Ed. Labor S. A., Barcelona, 1923. EASTMAN, N. J. — Williams Obstetrics — 10th ed., Appleton Century-Crofts, Inc., New York, 1950. FINK, A. — Der Einflusz der Schädelform auf den Geburtsverlauf bei Deflexionshaltung — "Zbl. f. Gyn.", 73:1720, 1951. FONSECA, M. — Da conduta do parteiro na apresentação de fronte — "Palestras Médicas", pág. 115, 1918. FRANQUÉ, O. und STIRNLAGEN, WINCKEL — Handbuch f. Geb. — Vol. II, 1557. GIUNTINI, T. — Contributo clinico-statistico al parto per la fronte — "Scritti Ost. Gin.", 5:224, 1952. GONÇALVES, H. — Conduta do parteiro nas apresentações persistentes de fronte — Tese de doutoramento. Fac. Med. Rio de Janeiro, 1928. GOROSTIAGA, D. T. y LEDE, R. E. — Distocia por presentación de frente — "La Prensa Méd. Argentina", 36:545, 1949. GOUVÊA, L. R. L. — Apresentação de fronte. Artifício de técnica. — "An. Bras. de Gin.", 23:36, 1947. GRASSET, J. et LEVY, J. — A propós de quelques attitudes de déflections foetales in utero — "Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris", 46:600, 1947. DE LEE, J. B. and GREENHILL, J. P. — Principles and Practice of Obstetrics — 10th Ed., W. B. Saunders Co., 1950. HELLMAN, L. M.; EPPERSON, J. W. W. and CONNALLY, F. — Face and brow presentation — "Am. J. Obst. & Gynec.", 59:831, 1950. INGERSLEV, M. — Brow Presentation — "Acta Obst. et Gynec. Scandinav.", 30:278, 1951. KENWICK, A. N. — Face and brow presentation — "Am. J. Obst. & Gyn.", 66:67, 1953. MME. LACHAPELLE — Pratique des Accouchements — J. B. Baillière, Paris, 1825. MANGIAGALLI, L. — Lezioni di Ostetricia e di Clinica Ostetrica — Soc. Am. Ist. Edit. Scientifico, Milano, 1928. MARCONDES, V. — Um caso de apresentação de fronte — "An. Paulista de Med.", 8:43, 1917. MARET, C. — De la présentation du front — "Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.", Paris, 12:339, 1923. MARTIUS, H. — Halban-Seitz, "Biologie und Path. des Weibe — 7, Part 2, p. 245. MORACCI, E. — Contributo allo studio del mecanismo del parto per la fronte — "Arch. Obstet. e Ginec.", 51:17, 1946. NETO, P. — Apresentação persistente de fronte — "Arq. Soc. Med. Alagoas", 3:11, 1939. NEUMANN, H. O. — Die stirnlagengeburt — "Arch. f. Gyn.", 135:334, 1929. NÖLTING, D. E. — La presentatión de frente en la maternidad del Hospital

Rivadavia y en el Instituto de Maternidad — "La Semana Méd.", 1:1236, 1932. NUBIOLA, P. y ZÁRATE, E. — Tratado de Obstetricia — 6.ª ed., Lopes & Etchegoyen, S.R.L., Buenos Aires, 1951. POSNER, A. C. and BUCH, I. M. — Face and persistent brow presentations — "Surg., Gyn. & Obst.", 77:618, 1943. RAMOS, A. P. — Presentación en deflexión — "El Dia Médico", 4:118, 1931. ROSAS, J. P. — Mecanismo do parto na apresentação de fronte — Tese Inaug., Bahia, 1899. SERMENT, H. et DETURMENY, G. — A propos d'une statistique sur les présentations du front — "Rev. Fr. Gyn. Obst.", 47:62, 1952. SIMPSON, G. A. — Face and brow presentations — "Canad. M. A. J.", 63:30, 1950. SJÖWALL, A. — Contribution à l'étude du prognostic et du traitement de la présentation du front — "Gyn. et Obst.", 30:326, 1934. STIGLBAUER, R. Zur Frage der Stirnhaltungsgeburt und ihrer Behandlung — "Monats. f. Geb. u. Gyn.", 66:205, 1924. STOECKEL, W. — Tratado de Obstetricia — Ed. Modesto Usón, Barcelona, 1946. TAVARES, J.; FRANÇA PINTO, J. L. e STERSA, O. — Relatório sôbre 72 casos de apresentações cefálicas deflectidas — "Maternidade e Infância", 10:223, 1951. VARTAN, K. — Primary brow presentation — "J. Obst. & Gynaec. Brit. Empire", 56:650, 1949.

Considérations sur la présentation du front

Résumé

Onze cas de présentation du front, enregistrés par la Clinique d'Obstétrique de la "Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo (Brésil)", entre le mois de Septembre 1944 et celui de Décembre 1952, permettent au Auteurs de souligner le pourcentage (1:911), d'étudier l'étiologie, le mécanisme de l'insinuation et l'évolution de l'accouchement.

Il n'y ont pas à déplorer de mort maternelle; deux fœtus succombèrent; le premier par décollement prématuré du placenta et le second par asphyxie au cours de l'acte opératoire. La mortalité épurée s'élève à 9%. En ce qui concerne le traitement, les A.A. préconisent l'opération césarienne faite en temps opportun, comme cela fut pratiqué en 54,5 % des cas étudiés. En 27,2 % des cas, ils eurent recours à l'intervention extractive par le forceps.

Considerations about brow presentation

Summary

The A.A. report 11 cases of brow presentation which occurred in 10.027 deliveries at the Department of Obstetrics of the University of São Paulo (under Prof. Briquet's supervision), from November 944 to December 952. In this series persistent brow presentation had an incidence of 1 in 911. The A.A. mentioned the etiologic factors producing the head's deflexion and studied the engagement mechanisms and the progress of labor. There is no maternal death, and the corrected fetal mortality was 9 %. Cesarean section was performed in 54,5 % of the cases, and 27,2 % were delivered by forceps. They advocate the early evaluation of cephalopelvic disproportion, emphasizing the section as less dangerous for the fetal survival, when borderline or contracted pelves are present, and extraction by forceps after the cervix is fully dilated and the presenting part well engaged.

They disagree with internal podalic version even in an ample pelvis.

Betrachtungen über die Stirnlage

Zusammenfassung

Die Verfasser studieren 11 Stirnlagefälle die unter 10.027 Geburten in der geburtshilflichen Abteilung der Universität São Paulo (Prof. Briquet), in der Zeitspanne von November 1944 bis Dezember 1955 stattgefunden haben.

Die Frequenz der persistenten Stirnlage war in diesen Fällen 1:911. Die Verfasser haben die ätiologische Faktoren die Kopfdeflexion verursachen hervor, und studieren den Kopfeintrittmechanismus und den Fortschritt der Geburt.

Die mütterliche Sterblichkeit war gleich null und die kindliche erreichte 9 %. In 54,5 % wurde der Kaiserschnitt angewandt und in 27,2 % die Zange angelegt.

Die V.V. legen grossen Wert auf das frühzeitige Erkennen der Dispro-portion und heben hervor dass der Kaiserschnitt weniger gefährlich zei fur das Überleben des Kindes in Fällen limitären Beckens order kontrahierter Pelvis.

Die Zangenentbindung ist zu empfehlen nur wenn die Zervix ganz ver-strichen und der Kopf ganz ins Becken eigetretten ist.

Die V.V. sind gegen die Umdrehung des Kindes auf dan Fuss, auch wenn der Becken ganz räunig ist.

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.

A curabilidade absoluta do carcinoma da mama e métodos estatísticos de cvaliação dos estudos de contrôle — HOPKINS, C. E. 231

E' a mastectomia radical ainda o método preferido no tratamento do carcinoma operável da mama ? — PETERS, H. E. 232

Estudo químico do endométrio humano através do ciclo menstrual — MC LEUNAN, C. E. e KOETS, P. 232

Suprarrenalectomia e ooforectomia no tratamento do carcinoma avançado da mama — HUGGINS, C. e DAO, T. L. 233

A histerografia e a curetagem biópsica nas metrorragias funcionais da pós-menopausa — FOIX, A. 234

Síndrome de Chiari-Frommel — SCHTEINGART, M. e PROVENZANO, S. D. 234

Contribuição ao estudo do quadro hormonal e colpocitológico na gravidez patológica — MUSSI, F. e FALCOFF, E. 235

O futuro obstétrico das primíparas cesarianizadas — DIAS INFANTE, A. 235

Fluorescência vulvar — MIRANDA, G. 236

Bacteriologia do muco cervical na esterilidade — WOOD, J.; AMALIA, E.; AGUILAR, C. e LILIO, F. 236

Tumor de células gigantes de osso em cistadenoma pseudo-mucinoso do ovário — BETTINGER, H. F. 237

Parto vaginal depois de operação cesariana — LAWRENCE, R. F. 238

Masculinização de origem ovariana. Relato de um caso com virilização desenvolvendo-se durante a gravidez. — ALEXANDER, W. S. 238

Valor da biópsia do endométrio na esterilidade chamada funcional — ROCA URGELL, J. M. 239

Neoplasia da mama e androgênios — NOGALES, CH.; ROVIRA SANTALO, M. e KRAUSSE CARRASCO, F. 239

Sôbre a significação diversa da amenorréia — PHILIPP, E. 240

Estudo clínico, anatômico e histopatológico dos miomas uterinos operados após actinoterapia. — VALLE, G. 243

Endometriose pelviana. Contribuição clínica à teoria histopatogenética de Sampson. — GARRONE, G. 243

Sôbre a importância diagnóstica da pregnandiolúria na amenorréia secundária de origem funcional — P. QUAINI 244

Metabolismo da testosterona em presença de substâncias produtoras de metilos — M. ROSSI e M. GIAQUINTO 244

A exploração da função córtico-suprarrenal na idade senil — G. MASSONE 245

Pesquisas sôbre o mecanismo de regularização da atividade incretória da zona reticulada da cortex suprarrenal — G. FERRARIS 245

Balanço dos esteróides urinários de origem hormonal na fibromiomatose — G. FERRARIS 246

A influência da rantaridina sôbre as glândulas de secreção interna, com particular interêsse pela secção genital — M. BERTANI e G. BRANZI 246

Sôbre o papel da fenoxidase na inativação dos estrogênios — S. PRINCIPE 247

Aspectos endócrinos da hipertricose feminina — L. GIANAROLI e V. VALENTI 247

Sôbre a dosagem do pregnandiol urinário nas portadoras de fibromioma uterino — P. BIANCHI 248

FROMMEL já havia falado da possibilidade da hiper-involução do útero e amenorréia nas mulheres que não amamentavam. Há muitas vêzes também galactorréia.

Os A.A. sugerem fenômenos degenerativos vasculares localizados como responsáveis pela atrofia uterina. — *Clarice do Amaral Ferreira*

Contribuição ao estudo do quadro hormonal e colpocitológico na gravidez patológica *(Contribución al estudio del cuadro hormonal y colpocitológico en el embarazo patológico)* — MUSSI, F. e FALCOFF, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **XI**:85, Março-Abril 1953).

Os A.A. apresentam 10 casos de gravidez patológica (toxemias) estudados em seu quadro colpocitológico em tôdas e hormonal em quatro delas. Chegam à conclusão, no que respeita à colpocitologia, de um predomínio de células intermediárias; e no quadro hormonal, um aumento de gonadotrofinas e diminuição dos estrogênios. — *Clarice do Amaral Ferreira*

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

O futuro obstétrico das primíparas cesarianizadas *(El porvenir obstétrico de las primíparas cesareanizadas)* — DIAS INFANTE, A. — (*Ginec. y Obst. de México*, **2**:79, Março-Abril 1953).

O A. tece considerações e conclue que:

a) A operação cesárea clássica ou corporal deve ser definitivamente substituída pela baixa segmentária já que a primeira representa número maior na incidência das roturas de útero.

b) A cesárea baixa correta e eficientemente praticada, não exclue a possibilidade de rotura, porém, diminue consideràvelmente sua freqüência.

c) A conduta de esperar e permitir o parto vaginal depois de uma operação cesárea de indicação não permanente é de se aceitar, devendo-se obter uma apreciável maioria de partos felizes, desde logo com uma correta atuação obstétrica.

d) O risco que se corre agindo desta forma ante a contingência de uma rotura uterina, não é maior que o risco que representa a operação cesárea pròpriamente dita. — *Luiz Souza Mattos*

Parto vaginal depois de operação cesariana *(Vaginal Delivery after Caesarean Section)* — LAWRENCE, R. F. — (*J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp.*, **60**:237, Abril 1953).

Apesar da velha frase "uma vez uma cesárea, sempre uma cesárea" não ser mais proclamada como verdadeira, o certo é que GREENHILL (1949) ainda a aceita e obstetras da própria Inglaterra.

Duas questões ocorrem a ser respondidas no caso da cesárea prévia: 1) E' freqüente a rotura da cicatriz uterina de forma a tornar o parto vaginal injustificadamente arriscado ? 2) Que pode resultar se às pacientes cesarianadas for permitido entrar em trabalho de parto ? Os resultados de tal investigação estão sumarizados no quadro I do trabalho e êsse material foi analisado para poder responder às duas questões.

De 1.967 pacientes cesarianadas, 639 conceberam posteriormente, num total de 899 prenhezes. Os resultados das prenhezes subseqüentes foram: 50 abortos, 361 cesáreas antes do trabalho e 293 em trabalho, 195 partos vaginais e 6 roturas de cicatriz. Os casos do A. foram observados num longo período de tempo, desde os dias do "sempre uma cesárea" até à época atual quando as possibilidades do parto vaginal são mais totalmente apreciadas. — *A. de Moraes*

Masculinização de origem ovariana. Relato de um caso com virilização desenvolvendo-se durante a gravidez. *(Masculinization of Ovarian origin. Report of a case with virilization developing during pregnancy)* — ALEXANDER, W. S. — (*J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp.*, **60**:252, Abril 1953).

A masculinização da mulher adulta pode resultar da presença de um tumor ovariano biològicamente ativo. A distinção, acentua o A., entre a chamada síndrome adreno-genital, o hirsutismo benigno e a verdadeira desfeminização, com virilização podem ser clìnicamente difíceis. Dos tumores ovarianos responsáveis temos o grupo geral descrito por ROBERT MEYER (1931) como arrenoblastoma. Há um segundo grupo referido por BARZILAI (1943), como "tumores virilizantes de células lipoídicas", incluindo os tumores descritos por outros autores como tumores do ovário hipernefróides ou de restos suprarrenais. Há um terceiro grupo descrito por BERGER (1942) e revisto por STERNBERG (1949) dos tumores provindos das células do hilo ovariano.

FRAENKEL (1943) descreveu a virilização provocada por hiperplasia difusa de células da teca (tecomatose). SELYE (1945) chamou a tal estado "hipertecose testóide", para distinguir do processo feminilizante que denominou "hipertecose folieulóide".

Ano XVIII NOVEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano XVIII NOVEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 5

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Novembro de 1953 | Vol. 36 — N.º 5

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Aspectos do endométrio em carcinoma do corpo — PROF. HANS LIMBURG 249

Rotura do útero (Considerações sôbre 54 casos) — DR. MARTINIANO FERNANDES, DR. PEDRO ALVES e DR. MORAES NETO 259

O papel da psicologia em Ginecologia — DRA. MARIA GRABOIS e YOLANDA SCHNEIDER 267

EDITORIAL

Profilaxia da oftalmia do recém-nascido 283

NOTAS E COMENTÁRIOS

† *Prof. Raul Briquet* 289

Recomendações do "Primeiro Congresso Mundial de Fertilidade e Esterilidade" 293

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1953-1954 Series. — J. P. GREENHILL 296

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ROTURA DO ÚTERO

Considerações sôbre 54 casos

DR. MARTINIANO FERNANDES
Diretor da Maternidade da Encruzilhada

DR. PEDRO ALVES
Assistente Clínico da Maternidade da Encruzilhada.

DR. MORAES NETO
Chefe de Clínica da Maternidade da Encruzilhada.

Observamos na Maternidade da Encruzilhada no período de sete anos e meio (janeiro de 1946 a junho de 1953), 54 casos de rotura do útero em 27.125 internamentos, dos quais 19.550 foram de pacientes em trabalho ou no pós-parto, isto é, sujeitas ao acidente.

A *freqüência* registrada no Serviço, foi de 1 caso para 351 internamentos, reputada por nós como muitíssimo elevada, quando comparada com aquelas referida por DAVIS de um caso para 810, — 1 para 961 por IVANOFF, 1 para 2.500 STANDER, observada em New York Lying Hospital, ou sobretudo com a de DUGGER de 1 para 3.029, a relação mais favorável de tôdas registradas em Serviços de grande movimento.

Por outro lado achamos oportuno referir a incidência anotada em Peiping (China), de 1 caso para 95 pacientes, segundo o testemunho de WHITACRE e FANG (1). Nesse particular, como em muitos outros (natimortalidade e mortalidade infantil), nós estamos muito mais aproximados da China que dos Estados Unidos.

Em parte, poderíamos justificar tão elevado número de observações, com os Serviços de Pronto Socorro Obstétrico que prestamos na grande maioria das vêzes: são pacientes que nunca fizeram exame pré-natal e que ficaram horas a fio com assistência leiga durante o parto antes de ingressarem na Maternidade.

Em dois têrços dessas observações (36), as parturientes já apresentavam rotura uterina por ocasião do internamento.

O diagnóstico, desde que tomamos como norma a revisão imediata da cavidade uterina após parto operatório transpelviano difícil, ou, espontâneo precedido de franca distensão segmentar, como também, com maioria de razão em tôda paciente apresentando um estado de choque e hemorragia persistente seguida de uma operação obstétrica por via vaginal, passou a ser feito mais precocemente permitindo também maiores probabilidades de cura.

Damos um destaque especial, a essa necessidade imperiosa de se rever cuidadosamente a cavidade do útero em tempo oportuno, não esperando que se instalem quadros irreversíveis de choque ou anemia aguda, para então se tentar tardiamente, solução favorável quase sempre impossível.

A revisão uterina imediata é processo usado já há muito tempo e sempre com os melhores resultados, por GEORGHIU em 6.000 casos, BAUM 316, KELLER e BOHLER 305 e finalmente ECALLE (2) apresentando 720 revisões, insistindo todos sôbre as vantagens do uso sistemático desta prática após tôda intervenção obstétrica trabalhosa.

Se na época em que começou a ser empregada, só vantagens trouxe no que diz respeito a um diagnóstico precoce, hoje, no tempo dos antibióticos, poderemos ficar ainda mais tranquilos quanto a possíveis perigos de uma contaminação cavitária.

Esposam êsses mesmos pontos de vista (3) GORDON, ROSENTHAL e O'LARY, os quais em revisão publicada recentemente sôbre rotura do útero, assim se expressaram: "The uterus should be explored in every cases when shock and persistent bleeding follow a major operative procedure".

Um outro fato que tem concorrido para esclarecer no nosso Serviço o diagnóstico verdadeiro de rotura do útero, em pacientes falecidas em estado dito de choque, sem que para o mesmo se tivesse plausível justificativa, tem sido o critério de se procurar sempre realizar uma necrópsia esclarecedora.

No decorrer do parto, logo após o acidente de rotura, os sinais clássicos sempre estiveram presentes nos casos das nossas observações, ora muito evidentes, ora mais discretos: parada do trabalho — ausculta negativa dos batimentos cardíacos fetais — hemorragia vaginal às vêzes discreta com sangue de tonalidade escura — palpação muito superficial de partes fetais — deslocamento da apresentação para as porções superiores do abdome, ou ainda possibilidade de se deparar com a mudança da apresentação preexistente, são todos em conjunto os elementos que levam o obstetra ao diagnóstico dessa terrível ocorrência.

Dos 54 casos que observamos, em 18 vêzes a rotura se deu na Maternidade, e 36 fora do Serviço. Nas primeiras, 13 vêzes ela

foi espontânea e em 5, após operações obstétricas: versões 3; grande extração 2.

Anotamos a incidência da apresentação de vértice 22 vêzes, de face 2 vêzes, de fronte 3 vêzes, pélvica 4 vêzes, espádua 6 vêzes.

Incidências não averiguadas, por se encontrar o feto dentro da cavidade abdominal quando do primeiro exame ao ingressar no Serviço, 7 casos e 2 casos em que as pacientes deram a luz espontâneamente em suas residências não nos fornecendo dados precisos.

Em 7 casos as pacientes faleceram no momento do internamento sem terem se submetido a qualquer exame, tendo sido enviadas para a devida necroscopia.

Finalmente, dado o extravio de uma observação de uma paciente curada, deixamos de computá-la nesses nossos dados estatísticos.

Na grande maioria das vêzes, podemos averiguar ter sido feito em domicílio, o uso de medicamentos ocitócicos, tipo "Pituitrina", assim como, a excessiva demora na remoção das pacientes para a Clínica.

Anotamos 7 observações de rotura após cesariana segmentar, 5 em prova de trabalho dentro da Maternidade, 2 em domicílio. Tôdas, menos uma, curaram com histerorrafia, só havendo um caso de feto nati-morto entre as deiscências de antiga cesariana.

Em algumas das nossas observações de rotura espontânea não foi possível encontrar uma causa obstétrica pròpriamente dita para justificar a razão de tão grave ocorrência clínica.

Teria havido motivo especial predisponente da fibra uterina?

Nos últimos tempos, tem-se procurado rever as questões relativas às degenerações da fibra muscular, levantando-se várias hipóteses em uma tentativa de explicação para êsses fatos: Kerr e Mahfouzbey, apesar dos seus cuidadosos estudos histológicos não depararam alteração de monta nos casos de rotura espontânea por êles observados.

Já, entretanto, no Serviço de Rodrigues Lima (Maternidade-Escola, Rio) Mario Kamnitzer documenta seu trabalho sôbre rotura do útero intra-parto de cicatriz de cesárea segmentar, com diversos cortes histológicos onde foram encontrados, fragilidade anômala do endométrio por histólise difusa, condicionada pela persistência e hiperplasia anômala das células coriais migrantes ou fragilidade provocada por endometriose. (7)

Laurence Telmus, Paul Pawitz e Seymour Nassberg em uma recentíssima publicação (4) referem como fatôres predisponentes da rotura uterina espontânea: processos agudos localizados à parede uterina com formação de abcesso; processos crônicos infiltrativos; aumento do tecido conjuntivo fibroso; excessiva invasão do miométrio por elementos vilosos; e necrose secundária do miométrio, provocada por trombos dos vasos uterinos.

Em váris cortes por nós examinados de fragmentos retirados dos bordos de uma rotura espontânea, nada conseguimos encontrar digno de registro.

Essas considerações feitas sôbre roturas espontâneas, em que se tem procurado explicar o acidente, por um possível estado de alteração das fibras que constituem as camadas do miométrio, por degeneração, ou, por invasão de elementos estranhos a essas organizações musculares, suscetíveis de lhes alterar certas propriedades que lhes são inerentes, predispõem talvez com muito mais razão, o acidente no curso de qualquer intervenção obstétrica transpelviana, mesmo executada com todo rigor de técnica e por profissional experimentado.

Felizmente êsses casos são excessivamente raros quando comparados com aquêles em que levados a intervir tardiamente, já se tendo perdido a oportunidade da operação ou quando tiver sido incorreta a sua indicação ou mal executado o ato cirúrgico, pelo que concluímos que na sua quase totalidade as roturas do útero no trabalho de parto são evitáveis. A sua freqüência varia sem dúvida em relação direta com a qualidade dos cuidados obstétricos prestados.

Evitar os fatôres predisponentes, evitar provas de trabalho de parto excessivamente longas, desconhecendo-se em tempo distócias do tipo obstrutivo, deixando-se que se instalem síndromes de distensão segmentar, quase sempre precursoras do acidente, procurando-se intervir em tempo com indicação e técnica perfeitas, só assim poderemos diminuir o número de casos observados nos serviços de clínica obstétrica, mesmo porque é sempre preferível uma operação cesariana a mais a ter de registrar no Serviço mais um caso de rotura do útero de prognóstico ainda muito sombrio.

Quanto aos casos que ocorreram em domicílio, a responsabilidade é muito mais difícil de ser apurada. A paciente, a sua família, o assistente (médico, parteira, ou curiosa na maioria das vêzes) formam um complexo de análise muito intrincada e pouco esclarecedora.

Sem dúvida que o ideal seria poder se fazer em tempo a profilaxia do acidente afastando-se as suas causas provocadoras. Desconhecê-las ou favorecê-las com interferências ousadas ou inoportunas é reunir os elementos que conduzem não poucas vêzes ao desastre clínico.

No nosso Serviço a conduta terapêutica sempre tem sido operatória: histerorrafia ou histerectomia. As nossas preferências, conforme trabalho por nós apresentado às Quartas Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia (Bahia), 1949, têm sido sempre no sentido de realizarmos a simples sutura das paredes lesadas desde que isso seja possível.

O avivamento dos bordos da brecha uterina, mesmo que êles sejam irregulares, executado com um pouco de paciência e cuidados

de técnica, poderão ser deixados em situação de se poder conseguir uma boa sutura em 2 planos. A primeira corrida, a segunda com pontos separados. As histerectomias têm sido sòmente praticadas nos casos de formal contra-indicação das histerorrafias.

Não é nosso propósito opor um processo a outro. Há seguramente indicações precisas para ambos. Assim como, não se deverá pretender resolver todos os casos de rotura do útero com histerorrafias, também não se estenderá por outro lado a indicação mutiladora a casos em que a cura poderia ser obtida por meio mais simples e de acôrdo com a tendência cirúrgica conservadora da época. Assim aconteceu em 31 dos 45 casos operados no nosso Serviço.

Fora dos casos francamente infectados e tardiamente vistos, só nos inclinamos para as histerectomias quando a lesão pela sua grande extensão ou sede, tendo alcançado os vasos uterinos, provocando hematomas que já se tenham infiltrado através os ligamentos largos, impedindo uma reconstituição das paredes do útero, é que preferimos realizar uma ablação total ou subtotal. (5) Convém salientar aqui, que realizamos duas histerorrafias com sucesso após 10 e 12 horas de rotura.

Reputamos sob todos os pontos de vista a simples sutura em 2 planos preferível à mutilação do útero lesado. E' mais simples, é mais rápida, menos chocante, ao alcance dos menos experimentados em cirurgia uterina e sobretudo tendo uma grande significação em pacientes muito jovens, pois do contrário, nesses casos, seria se juntar a um desastre obstétrico outro de graves conseqüências ginecológicas. Quanto ao futuro obstétrico dessas pacientes que sofreram uma sutura das paredes uterinas lesadas, achamos prudente complementar a intervenção com esterilização tubária, fazendo-se exceções mui raramente para os casos de roturas de cicatrizes de antigas cesáreas, cujos fetos tenham falecido, ou que se processaram sôbre zona acessível do segmento inferior, sendo operadas em tempo de se poder realizar com uma certa segurança uma boa síntese da ferida segmentar. Mesmo assim, as pacientes serão advertidas dos riscos de uma possível reincidência do acidente no fim de uma nova gestação ou início de trabalho de parto.

Não é absolutamente essa tendência conservadora, para os casos de rotura do útero, orientação com foros de novidade. Foi imaginada por Kholmogoroff e Brandt (6) e também utilizada posteriormente por muitos outros obstetras. A percentagem de cura, porém, naquela época oscilando entre 36 a 47 por cento não convenceu, sendo a técnica abandonada e substituída quase que totalmente pelos processos mutiladores.

Hoje em dia, verifica-se franca tendência no sentido da conservação no tratamento das roturas uterinas. Kerr na Inglaterra, Victor Cornil na Espanha, Clovis Corrêa, Tolosa e nós outros no Brasil, temos apregoado os seus bons resultados desde que sejam razoáveis as suas indicações e precisa a sua execução cirúrgica.

Vejamos os nossos resultados: Total dos casos 54; Total dos falecimentos 22 (40,7 %); Total de curas 32 (59,3 %).

Operamos 46 pacientes: Histerorrafias 31 (67,3 %); Histerectomias 15 (32,61 %). Curaram com histerorrafias 21 (67,74 %); Curaram com histerectomias 10 (66,66 %). Total de doentes curados cirùrgicamente 31 casos.

Mortalidade dos doentes operados: Com histerorrafia 10 (32,25 %). Com histerectomia 5 (33,33 %).

Coeficiente de mortalidade materna por roturas uterinas foi de 1,12 por mil no cômputo geral das causas de mortalidade materna. Mortalidade fetal: 66,66 %).

Resumo e conclusões

A freqüência das roturas do útero é muito elevada na Maternidade da Encruzilhada, 2,65 por mil.

Em 36 casos, as roturas verificaram-se em domicílio. Em 18 vêzes o acidente deu-se no Serviço. Dêsses, 13 casos espontâneamente e 5 após intervenções obstétricas: versões 3 e grande extração 2.

Distócias várias do tipo obstrutivo, tais como, apresentação de espádua, desproporção feto-pélvica, hidrocefalia, ventre pêndulo, ou emprêgo incorreto de ocitócicos ou, rotura da cicatriz de antiga cesárea, foram os fatôres mais responsabilizados na gênese do acidente.

O diagnóstico foi estabelecido pela verificação dos sinais clínicos, próprios da rotura e principalmente pela revisão da cavidade uterina.

O estado de choque foi sempre tratado com transfusão de sangue total e imediata intervenção. Nessas emergências o choque não deve contra-indicar o ato cirúrgico.

Na Clínica Obstétrica da Encruzilhada foram mais empregados os processos conservadores. Em 45 intervenções realizamos 31 histerorrafias com 67,3 % de curas.

Uma mortalidade materna bruta de 40,7 %, no total e de 32,9 % nos casos operados, atesta a gravidade dessa séria complicação obstétrica.

As histerorrafias de técnica mais simples, menos chocante de execução mais fácil, ao alcance até dos iniciantes, possibilitando uma cura com a conservação uterina, representa nos casos de pacientes jovens, uma indiscutível vantagem, pois, que não se junta a um desastre obstétrico um outro de natureza ginecológica.

Só realizamos qualquer processo de histerectomia nas contra-indicações formais das histerorrafias.

Essas contra-indicações não são raras, dependendo sobretudo do tipo e extensão, da lesão, da infiltração e do grau de infecção. Em 45 casos, realizamos 15 vêzes a histerectomia.

Dada a indiscutível gravidade do acidente, a melhor conduta obstétrica ainda será a sua profilaxia, na gestação, com as vantagens decorrentes de eficientes cuidados pré-natais; — no trabalho de parto, com uma minuciosa e consciente assistência obstétrica.

Bibliografia

1) De Lee, Joseph; Greenhill, J. P. e Ramos, Vespasiano — Tratado de Obstetrícia — Editora Guanabara, pág. 801. 2) Ecalle, G. — De la révision utérine immediate est-elle dangereuse ? Est-elle utile ? — Leçons du Jeudi Soir a la Clinique Tarnier, 1935. 3) Gordon, Charles; Rosenthal, Alexander e O'Leary, James — Rupture of the Uterus — "The American Journal of Surgery", LXXX, 259. 4) Pedowitz, Paul e Felmus, Laurence — Rupture of myomectomy scars during subsequent pregnancies — "Obstetrical and Gynecology Survey", Vol. VII, 305, 1953. 5) Fernandes, M. e Neto, Moraes — Indicações das histerectomias e histerorrafias nos casos de rotura do útero — "An. Bras. de Ginec.", Vol. 29, 401. 6) Laffont, A. e Bonafos, M. — Ruptures uterines — "Encyclopeide Medico-Chirurgicale-Obstetrique", Vol. II, 5080. 7) Kamnitzer, Mario — Rotura intra-parto de cicatriz de cesárea segmentar — "An. Bras. de Gin.", Vol. 34, 269.

Rupture de l'utérus

Résumé

À la Maternité de l'Encruzilhada ont été observés dans la période de Janvier 1946 à Juin 1953 54 cas de rupture uterine. Ce nombre signifie une fréquence assez grande, soit un cas pour chaque 351 accouchée à la Maternité. Cependant il faut remarquer que deux tiers du nombre total (36) ont été admises avec la rupture déjà constituée. Dans 18 cas la rupture se produisit à la Clinique, 13 fois sans cause préalable et 5 fois comme suite à une opération obstétricale, dont 3 versions et 2 grands extractions.

Les facteurs qui ont été particulièrement terms comme responsables furent des obstacles du progrès normal de l'accouchement du type obstructif présentation d'épaule, disproportion fétalo-pelvienne, hydrocéphalie, ventre penduleux l'emploi à outrance des ocitociques et la présence de cicatrices utérines dues a une césarienne.

Le diagnostic à été fuit à partir des données anamnésiques et de la révision systematique de la cavité utérine. Le thérapeutique a été conservatrice: Dans 45 traitements opératoires on executa l'hysterorraphia 31 fois, avec taux de guérison de 67,3 %. L'auteur trouve ce procedé digne dêtre accepté comme conduite générale, en réservant l'hystérectomie seulement pour les contraindication bien définies à l'hysterorraphie.

L'A. souligne l'extraordinaire importance de la prophylaxie de la rupture par une assistance obstétricale bien orientée.

Rupture of the Uterus

Summary

The frequency of rupture of the uterus at the Encruzilhada Maternity Hospital is exceedingly nigh, presenting a ratio of 1:351. It must be said however, that whole 2/3 of such cases came to the Clinic already with the rupture. In only the remaining third the rupture occurred at the Clinic. From these 18 patients in 13 there was no apparent cause for the accident, which in 5 it followed a major obstetric procedure, in 3 cases version and in 2 cases extraction.

In the greatest majority of cases the underlying factor was thought to be an obstacle to completion of labor of an obstructive character, such as shoulder presentation, hydrocephalus, a pendulous abdominal wall or in some cases the presence of old uterine scars from previous cesarean sections.

The diagnosis was established through the study of anamnestic data and with the systematic revision of the uterine cavity.

The therapy has been conservative. In 45 surgically treated cases hysterorraphy was performed 31 times with a final result of 67,3 % of cure. The authors find the method northwhile and recommend that hysterectomy be resorted to only when there are definite contraindication to hysterorraphy.

The greatest problem in correlation to rupture of the uterus in its prophylaxis through a thorough obstetrical assistance to the parturient.

Uterusruptur

Zusammenfassung

In dem Entbindungsheim an der "Encruzilhada" gelangte von Januar 1946 - Juni 1953 54 mal Uterusruptur zur beobachtung. Das bedeutet eine grosse Häufigkeit, nämlich 1 auf je 351 aufgenommene Patientinnen. Jedoch ist festzustellen, dass 2/3 der Pat. (36) bereits mit Ruptur zur Aftnahme gelangten. Bei 18 Patientinnen ereignete sich die Ruptur in der Klinik: 13 mal spontan und 5 mal nach geburtshilflichen Operationen, hiervon 3 mal nach Wendung und 2 mal nach grosser Extraktion. Verschiedene obstruirende geburtshilfliche Störungen waren die Ursache der Ruptur versehleppte: Querlage, Hydrocephalos, Hängebauch, unüberlegt gegebene Wehenmittel, Ruptur einer alten Kaiserschnittsnarbe waren die häufigsten Krashen.

Due Diagnose wurde aus der Anamnese und durch Nachtasten des entleerten Uterus gestellt. Die Therapie war konservativ. Bei 45 operativen Behandlungen wurde 31 mal die Hysteroraphie ausgefürt, 67,3 % der Pat. wurde geheilt. Der Verf. hält dieses Vorgehen für empfehlenswert und führt nur bei entschieden krontaindizierter Hysterorraphie die Hysterektomie aus.

Die Verf. betonen dass bei der schwere des Krankheitsbildes der Prophylaxe natürlich eine grosse Bedeutung zukomme: während der Schwangerschaft mit fachärtztlicher Kontrolle und sachgemäser Geburtshilfe.

Finalizam o artigo, que a par de 25 referências bibliográficas, é rico em estatísticas, com o plano de tratamento de acôrdo com os diversos graus clínicos da classificação de RICHARDS, adotado em seu Serviço. — *C. A. Zanotta*

Efeito da polivinilpirrolidona em casos obstétricos *(Effect of polyvinylpyrrolidone in obstetrical cases)* — POSNER, A. C.; CORDICE JR., J. W. W. e SCUDDER, J. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **97**:577, Maio 1953).

Numa investigação sôbre o efeitos da PVP-macrose sôbre a gestante e o feto, estudaram os A.A. 16 pacientes em trabalho de parto nas quais foram administrados 500 cm³ em solução de RINGER, com colheita de sangue do cordão no momento do parto; em 8 casos de choque obstétrico por hemorragia, foi ela empregada como terapêutica substitutiva até a obtenção de sangue para transfusão.

Concluem que a PVP-macrose difunde-se através a barreira placentar, sem efeitos desagradáveis sôbre a mãe ou o recém-nato, sendo a primeira clìnicamente beneficiada pela infusão. Os casos de choque foram satisfatòriamente controlados durante a espera por sangue compatível. — *C. A. Zanotta*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Alterações nas indicações da operação cesariana *(Changing Indications for Cesarean Section)* — SCHAEFER, GEORGE e CARPENTER, FREDERICK — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **65**:935, Maio 1953).

Estima-se que 1,5 a 2 por cento de tôdas as mulheres que se apresentam aos cuidados pré-natais nos Estados Unidos serão submetidas a uma cesária. Os relatórios referentes a doentes particulares mostra incidência duas vêzes maior. Ainda que os A.A. concordem com "novas" ou "alargadas" indicações, acham que muitas das "velhas" indicações não podem mais prevalecer. Os A.A. verificaram que a incidência de cesária no Hospital Flushing, em que fizeram uma análise de 15 anos de experiência própria, decresceu nos últimos 5 anos em relação à década anterior.

De janeiro de 1937 a dezembro de 1951, houve 34.373 partos nesse hospital, dos quais 1.303 ou 3,8 % terminaram pela operação cesariana. A incidência variou de 2,5 % até pouco abaixo de 5 %.

Acham significativo que a incidência nos 5 últimos anos tenha baixado, apesar de que a percentagem de cesárias iterativas foi mais do dôbro.

A incidência de cesária em 20 instituições "leaders" dos E. Unidos, segundo Mc Cormick, de 1941 a 1945, expressa-se em 8.118 cesárias num total de 244.369 partos, ou 3,32 %, com um índice de mortalidade de 0,61 %.

Colvin enumerou os seguintes fatôres como predispondo à realização de maior número de cesárias: 1) aumento de hospitalização; 2) profilaxia contra infecção; 3) melhoria na técnica operatória; 4) influência dos centros educacionais; 5) pelvimetria radiológica; 6) segurança fetal e 7) remuneração e conveniência.

Os A.A. adotam a classificação de R. Gordon Douglas para as indicações de cesária, a saber: 1) pelve contraída e distócia mecânica; 2) toxemia; 3) cesária anterior; 4) hemorragia; 5) moléstia intercorrente e 6) miscelânea. Comparando a incidência de cesária nos 5 últimos anos e nos 10 anteriores, observaram uma diminuição de 18 % nos últimos 5 anos nas seguintes indicações: pelve contraída 8 %, desproporção céfalo-pélvica 4 %, toxemias 3 %, moléstia intercorrente 3 %. Houve um aumento de 17 % nos últimos 5 anos em relação à década anterior, nas cesárias iterativas, anulando, assim, a diminuição observada em outras indicações. Concluem que essa diminuição é o resultado de uma mais cuidadosa avaliação das indicações e da compulsória consulta a dois obstetras qualificados antes que a cesária seja praticada. Uma discussão cuidadosa das indicações de cada cesária nas reuniões semanais do "Staff" tem revelado maiores tendências à redução das cesárias em indicações mais ligeiras. A ocorrência de cesária iterativa tende a ocorrer, a não ser que a orientação de "uma vez uma cesária, sempre uma cesária" seja alterada. — *A. de Moraes*

Estudo da operação cesariana no Hospital Evanston de 1930 a 1950 (*A Study of Cesarean Section at Evanston Hospital from 1930 to 1950*) — ZETTELMAN, Henry J. e BOWERS, Victor M. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **65**:953, Maio 1953).

O Hospital Evanston é um hospital geral com 337 leitos, nos quais o trabalho é principalmente particular. A maior parte do trabalho dêsse nosocômio é realizada por membros do "Staff" que são também membros da Faculdade do "Northwestern University Medical School".

Do ano de 1930 a 1950 foram partejadas 21.612 pacientes, das quais 896 ou 4,14 por cento foram delivradas por cesária. Houve 7 mortes maternas ou 0,84 %, mas nas últimas 441 cesárias

Os A.A. examinaram seis casos com suspeita de gravidez tubária que foi sempre confirmada pelo operação. A técnica da arteriografia percutânea retrógrada foi descrita em publicação anterior. Foi encontrado um aspecto característico dos seios placentários nas arteriografias, de maneira que foi possível fazer um diagnóstico correto em quatro casos. Nos dois casos restantes não foram vistas as imagens dos seios, sendo que num caso a gravidez foi tão recente que ainda não chegou a desenvolver bastante a placenta. No outro caso foi encontrada uma rotura da trompa com esvaziamento da placenta para dentro da cavidade peritoneal. — *J. P. Rieper*

Partos múltiplos nos Estados Unidos *(Plural Birth in the United States)* — NICHOLS, J. B. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:229, Maio 1953).

Desde 1935 dispõem os EE. UU. de registro estatístico completo dos nascimentos abrangendo o país todo. A média anual de gêmeos é de 23.600 e a de trigêmeos 235. Quádruplos ocorrem três a quatro vêzes por ano. Os partos múltiplos são mais freqüentes nas raças de côr e na idade de 35 a 39 anos. A mortalidade infantil é consideràvelmente mais alta nos partos múltiplos. E' curioso que o número de fetos do sexo masculino é menor em relação aos do sexo feminino, comparado com as condições em crianças únicas. São descritos pormenores sôbre os partos quíntuplos e sêxtuplos nos Estados Unidos. — *J. P. Rieper*

Os azares da versão externa *(The Hazards of External Version)* — HALL, C. C. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:239, Maio 1953).

Em princípio deve ser alargada a indicação para a operação cesariana em casos de apresentação de nádegas. O ideal seria eliminar tôdas estas anomalias da apresentação do feto pela versão externa. Êste procedimento é advogado pela maioria dos autores, porém rejeitado por alguns. Pode ocorrer a versão espontânea pràticamente em todos os últimos meses da gestação. Após versão externa volta o feto para a posição de nádegas em cêrca de um têrço dos casos. Para a extecução da manobra são recomendadas a posição de Trendelenburg e a genu-peitoral, e, em casos indicados, a anestesia. E' preciso controlar os batimentos do coração fetal durante a manobra a respeitar, se possível, a situação da placenta (radiografia). Há contraindicação para a versão externa em casos de fibromas, placenta prévia, cesariana ou outra operação anterior

que deixou cicatriz no útero e em caso de feto morto. Muitos autores desaconselham a manobra em caso de posição da nádega pura. A mortalidade infantil parece ocorrer mais nos casos em que for empregada anesttsia. Acidentes da versão externa são: parto prematuro, prolapso do cordão, nós no cordão, descolamento da placenta, rotura do útero.

O A. dispõe de experiência sôbre 307 casos de versão externa. 194 vêzes nasceu a criança em posição cefálica (77,9 %). Anestesia foi empregada quatro vêzes. Houve duas vêzes ligeiras perdas de sangue após a manobra, 1 parto prematuro. 2 casos de morte fetal não são relacionados com a manobra.

Ao todo parece haver uma redução considerável de partos de nádegas, em tôrno de 50 por cento, com o emprêgo sistemático da versão externa. — *J. P. Rieper*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Atuação da causa do parto *(Actuación de la causa del parto)* — NUBIOLA, P. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **XI**:119, Maio 1953).

O porque do desencadeamento do parto tem sido um problema discutido e perquirido por diversos obstetras. O A. afirma que a única diferença essencial entre gestação e parto é que as duas fôlhas da decídua, no parto, separam-se e libertam muitas células deciduais. Estas desintegrxam-se produzindo histamina, acetilcolina e outras substâncias absorvidas pelo útero que é irritalo e as contrações do parto são provocadas. Em colaboração com o Professor de Fisiologia, Gimenez Vargas e o Dr. Monche, o A. realizou uma série de experiências para provar suas asserções. Com 5 cm^3 de um extrato preparado com caduca humana, obteve em animais efeitos análogos à pituitrina. Em gestantes obteve também resultados para a provocação e aceleração do parto.

Há necessidade, por outro lado, de que o útero esteja em condições para êsse estímulo, isto é, sem seu maior grau de sensibilidade e excitabilidade, obtidos no final da gestação.

O A. dá à destruição e à degradação celular da caduca um papel importante no desencadeamento do parto. — *Clarice A. Ferreira*

Ano XVIII DEZEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.° 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano XVIII DEZEMBRO DE 1953 Vol. 36 - N.º 6

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Dezembro de 1953 | Vol. 36 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Carcinoma do colo do útero "grau 0" — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES 313

Dosagem dos 17-ceto-esteróides urinários neutros totais — DR. ERICSSON SOARES LINHARES 323

EDITORIAL

O tratamento das gestantes iso-imunizadas pelo fator Rh 335

NOTAS E COMENTÁRIOS

Novos docentes-livres de Clínica Obstétrica na Universidade do Brasil 343

"Prêmio Armando Fajardo" (1953) 344

Primeiro Congresso Mundial de Fertilidade e Esterilidade 344

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Caesarean Section in Elderly Primiparas — LEO HIRVONEN e KALEVI NIEMINEVA 351

Memoria del Servicio de Clínica Obstétrica (1949-1950-1951) — PROF. DR. VICENTE MARINO DONATO 352

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Caesarean Section in Elderly Primiparas — Leo Hirvonen e Kalevi Niemineva — "Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae", Vol. 42, Supplementum 5, Helsinki (Finland), 1953.

Trata-se de um trabalho da I Clínica de Mulheres (Prof. Aarno Turunen) e da II Clínica de Mulheres (Prof. Paavo Vara) da Universidade de Helsinki, em que os A.A. fazem uma revisão de 1.000 operações cesarianas, praticadas em primíparas idosas nessas clínicas universitárias, de 1907 a 1950, aparecendo como suplemento dos Anais de Cirurgia e Ginecologia Finlandeses.

Tais primíparas idosas assim se dividiam: 452 de 30 a 34 anos de idade, 383 de 35 a 39 e 165 além dos 40. Entre êsses casos, 423 foram operados antes de 1946 e 577 dessa data até 1950. Em 28,6 % dos casos a gravidez foi precedida de esterilidade que durou 6 anos ou mais.

A incidência de primíparas idosas da Maternidade foi de 9,1 % nos anos de 1946-1950 (a incidência em todo o país foi de 6,1 %), sendo o índice de cesárea nesses casos de 18,4 %, isto é, coeficiência 3 vêzes mais elevado do que o da média das parturientes (5,8 %).

A indicação de cesárea nas primíparas idosas distingue-se da das outras parturientes em geral, pelo fato das indicações absolutas serem mais raras do que as relativas (fraca intensidade das contrações, asfixia fetal, apresentação pélvica, desejo de ter um filho, resistência das partes moles). Se no decurso dos últimos anos, o número de indicações aumentou, a relação entre indicações absolutas e relativas deslocou-se em proveito das últimas. Assim, a indicação das bacias estreitadas que é de 28,5 % para o total, é sòmente de 22 % para os anos de 1946 a 1950, bem que o número de casos tenha aumentado e que o grau de gravidade tenha dimi-

nuído. A importância crescente da cesárea nas apresentações pélvicas na primípara idosa passou, nos anos de 1926 a 1945 de um caso em 8, para os anos de 1946 a 1950 um caso para 4. As indicações fetais subiram também de 8 % no primeiro período para 20 % no segundo período. Tanto mais idosas as pacientes, tanto mais importante o problema fetal.

O coeficiente de mortalidade materna total foi igual a 2,1 %, mas, no período de 1946 a 1950, baixou a 0,7 %. O coeficiente de mortalidade fetal, não corrigida, foi de 4,8 % e, corrigida, de 2 %.

Nas primíparas idosas de mais de 40 anos (165 casos), a incidência da cesárea elevou-se a 34,5 %. O desejo de ter filhos era triplicado, sendo a mortalidade materna e a fetal a mesma que para o total dos casos.

Agradecendo a oferta do trabalho aos ilustrados Autores, acentuamos a importância de seu estudo que se estende por 71 páginas e os felicitamos pelos dados apresentados.

A. DE MORAES

Memoria del Servicio de Clínica Obstétrica (1949-1950-1951) — PROF. DR. VICENTE MARINO DONATO — Juan Bautista Alberdi 6350, Buenos Aires.

Trata-se de um resumo estatístico relativo ao número de pacientes atendidas nesse Serviço que dispõe de 46 leitos, além de dois na sala de partos. O número de hospitalizações foi, nesses anos, 1.886, 2.625 e 1.637. Apresenta depois a incidência das apresentações, a morbidade, a mortalidade materna (sem depuração: 2,09 por mil), a mortalidade fetal (sem depurar 49,9 por mil). A operação cesárea foi praticada na seguinte percentagem: em 1949, 1,5; em 1950, 1,1 e em 1951, 1,1.

Agradecendo a remessa do interessante relatório, felicitamos seu Autor e os colaboradores que o auxiliam nessa bem dirigida Maternidade de Buenos Aires.

A. DE MORAES

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.

O reconhecimento do cromosoma sexual nos hermafroditas por uma biópsia de pele — MOORE, K. L.; GRAHAM, M. A. e BARR, M. L. 353

Sarcomas da mama — GRIMES, O. F.; FENSTON, E. B. e BELL, H. G. 354

Diagnóstico radiológico da patologia uterina — DAVIDS, A. M. 354

Um estudo clínico da tensão pré-menstrual — MORTON, J. H.; ADDITON, H.; ADDISON, R. G.; HUNT, L. e SULLIVAN, J. J. 355

Anestesia caudal em obstetrícia com técnicas de relaxamento associadas — RUTHERFORD, R. N.; A. L. BANKS; H. M. LAMBORN e J. O. BORGEN 355

Ouro coloidal radioativo no carcinoma do colo — SOULE, S. D. 356

Amenorréia secundária — MARTINS, S. M. 357

Ausência da inativação hepática dos estrogênios no macaco — G. VAN WAGENEN e W. U. GARDNER 357

Anóxia intra-uterina não reconhecida como causa de morte fetal durante o parto — H. TAYLOR 358

Ação da morfina sôbre a contratilidade uterina — ALVAREZ, H.; BARCIA, R. C. e POSEIRO, J. J. 358

Metrorragias funcionais com endométrio atrófico — ARENAS, N. e FOIX, A. 359

Valor comparativo do dietilbestrol e a progesterona em altas doses no tratamento da ameaça de abôrto — AYALA, L. O. 359

Contribuição ao estudo da placenta em sua relação com a blastomatose — DUBROVSKY, R. 360

Pág.

A mortalidade fetal no parto — PARADELO, C. A. 360

O diagnóstico dos carcinomas cervicais pelo método da esponja de Gladstone — CALANDRA, D. (M. A.) e NICHOLSON, E. P. 361

Estruma do ovário — RUIZ, V.; URIBE, C. R. e FUENTES, M. B. 361

Fibromioma uterino gigante prévio abdominal e gravidez a termo — SALA, S. L. e CABILLO, J. A. 362

Diagnóstico citológico do câncer do colo uterino pelo método do carbonato de prata — PALLARES, V. R. e CAMAN, G. J. F. 363

Valor clínico dos exames do muco cervical—CONTRERAS, J. J. e CEDI, A. 363

Incidência aumentada das infecções em crianças cujas mães tiveram infecções do tracto urinário na época do parto — ZILLIACUS, H. e TOETTERMAN, E. 364

A importância do período de dilatação no parto de nádegas — KOLONJA, S. e SCHREINER, W. 364

Sôbre o tratamento da gestose pelo Hydergin — RUPP, F. 365

Uma nova e eficiente técnica cirúrgica de salpingectomia parcial para corrigir a esterilidade por obstrução tubária — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. 365

Por que sangram os miomas? — BELLOSO, A. R. 366

O valor da colpocitologia no estudo da esterilidade feminina — MAUTONE, J. A. 366

Pancreatite aguda e gestação — BRIQUET, R. 367

Sôbre a multiplicidade neoplásica nas portadoras de carcinomas do aparelho genital feminino — CUGNIOLIO, G. 367

Contribuição ao estudo do hipertiroidismo na gravidez e ao seu tratamento com produtos antitiroideanos — CUGNIOLIO, G. 368

Contribuição ao estudo da função sexual da córtex suprarrenal — DECIO, R. e G. CAMAGNI 368

Edema pelviano experimentalmente provocado — DINO CAZZOLA 369

Considerações sôbre um caso de doença hemolítica do recém-nascido, com particular atenção ao estudo da placenta. — G. SANSONE e G. PESCETTO 369

Fibromiomas e xantomatoses — CLEMENTE PULLÈ 369

A citologia exfoliativa oral dos recém-nascidos, nos primeiros dias de vida. — F. SALVI e E. MORANO 370

Thiouracil na gravidez; seu efeito sôbre o feto. — ELPHINSTONE, N. ... 370

Um estudo clínico da tensão pré-menstrual *(A clinical study of premenstrual tension)* — MORTON, J. H.; ADDITON, H.; ADDISON, R. G.; HUNT, L. e SULLIVAN, J. J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **65**:1182, Junho 1953).

Os A.A. estudaram 249 voluntárias, entre as prisioneiras da "Westfield State Farm", que apresentavam tensão pré-menstrual, número que corresponde a 51 % da população da prisão (onde se encontram as criminosas cumprindo penas de prisão perpétua) e 33 % da população do reformatório (presas por crimes menos graves).

Verificaram, na fase pré-menstrual, nas 12 pacientes em que foi feita a curva de tolerância à glicose, uma curva hipoglicêmica, e nas 14 em que se fêz a colpocitologia, esfregaços hiperestrogênicos.

A terapêutica consistiu em cápsulas entéricas contendo cloreto de amônia, complexo vitamínico B, metilbrometo de hematropina e cafeína, administradas nos 10 dias pré-menstruais, juntamente com uma dieta rica em proteínas e restrita em sal e açúcar.

Referiram melhoras de seus sintomas:

— 15 % apenas com placebo.
— 39 % com placebo e proteínas suplementares.
— 61 % apenas com medicação.
— 79 % com medicação e proteínas suplementares.

Notou-se acentuada melhoria no estado geral e comportamento das prisioneiras.

Uma revisão dos casos policiais, revelou que 62 % dos crimes de violência foram cometidos na semana pré-menstrual. — *C. A. Zanotta*

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Anestesia caudal em obstetrícia com técnicas de relaxamento associadas *(Caudal Anesthesia in Obstetrics with Associated Relaxation Technics)* — RUTHERFORD, R. N.; A. L. BANKS; H. M. LAMBORN e J. O. BORGEN — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:285, Junho 1953).

Os A.A. se referem, principalmente à anestesia caudal contínua executada em 2.213 parturientes da clínica particular, entre 1946 a 1951. Não houve morte materna nem complicação grave

nesta série. Trata-se de casos selecionados, porque também outros métodos de anestesia obstétrica foram empregados.

A inserção da agulha é feita em posição genu-peitoral da doente. Empregou-se, de preferência Meticaína e ùltimamente Xilocaína que só necessita ser renovado de 45 a 60 minutos, bastando 10 cc. para a fase final, inclusive para o reparo do períneo. A anestesia é iniciada com uma dilatação de 4 cm. em multíparas e 5 em primíparas. O uso de Pitocine para compensar a diminuição da intensidade do trabalho de parto em conseqüência da anestesia é usada freqüentemente.

As pacientes podem optar pela indução do parto por meio de Pitocina e rotura das membranas. Em mais de 1.000 partos assim induzidos, o método só falhou duas vêzes.

A baixa pressão observada logo após o início da anestesia é compensada com injeções de epinefrina.

E' considerado de grande importância a educação pré-natal do casal, propondo a presença do marido por ocasião do parto. — *J. P. Rieper*

Ouro coloidal radioativo no carcinoma do colo *(Radioactive Colloidal Gold in Carcinoma of the Cervix)* — SOULE, S. D. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:297, Junho 1953).

Experiências em animais feitas por SHERMAN e colaboradores mostraram o efeito curativo de Au198 (ouro coloidal radioativo) sôbre tecido tumoral maligno de animais. A irradiação consiste, principalmente de raios beta; o tempo de meia vida do preparado é de 2,7 dias e não há efeito tóxico sôbre o organismo. O preparado é suspenso em solução de pectina e injetado localmente no tecido canceroso. Em cada paramétrio é injetado o preparado em três pontos diferentes, imitando a técnica de colocação de agulhas de radium. O volume injetado é cêrca de 35 cc., corresponde cêrca de 50 a 75 milicurie para cada paramétrio. Ao lado disso aplica-se a dose total de radium ou a operação radical dentro dos 18 a 30 dias que seguem à injeção.

De 60 pacientes tratadas, 45 sofreram a histerectomia radical posterior com linfadenectomia.

A irradiação obtida com o Au 198 sôbre os gânglios linfáticos obturatórios e hipogástricos e sôbre o paramétrio lateral é consideràvelmente maior que aquela conseguida com qualquer outro pro-

adultos castrados. Desde logo desaparecem os fenômenos de hipo-ovarismo pelo restabelecimento de secreção vaginal e dos ciclos menstruais normais, nos animais castrados. Os imaturos tornam-se sexualmente maduros. Examinando o enxêrto cinco ou seis meses depois, observaram-se três folículos: dois com células luteinizadas da granulosa. Os enxertos intra-esplênicos produzem hormônio bastante para estimular a mucosa vaginal, o endométrio, depois de ter atravessado o fígado, evidenciando assim a ausência da inativação dos estrogênios pelo tecido hepático dos macacos. — *M. Péano*

Anóxia intra-uterina não reconhecida como causa de morte fetal durante o parto *(Unrecognized Intrauterine Anoxia as a Cause of Fetal Death During Labor)* — H. TAYLOR — (*The Yale J. of Biol. and Med.*, **25**:525, Junho 1953).

O A. faz o estudo da anóxia intra-uterina como causa de morte fetal, citando TRAUT e BECK que mostram haver mesmo na gravidez normal, quantidade de oxigênio inferior a que o feto necessita. O A. passa a explicar sua opinião sôbre a anóxia intra-uterina nos casos de partos com contrações excessivamente fortes e muito aproximadas. Apresenta três casos e acrescenta ser a operação cesariana em casos selecionados, o método de escolha a fim de evitar a morte fetal. — *M. Péano*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Ação da morfina sôbre a contratilidade uterina *(Acción de la morfina sobre la contractilidad uterina)* — ALVAREZ, H.; BARCIA, R. C. e POSEIRO, J. J. — (*Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, **11**:175, Junho 1953).

Estuda-se a ação do cloridrato de morfina em doses de 10 a 20 mgrs. sôbre a contratilidade uterina, registrada pelo método dos A.A. (inscrição da pressão amniótica), em 10 mulheres durante o parto, em 5 durante os dias que o precede.

Durante o parto a morfina tem muito pouco ou nenhum efeito sôbre a contratilidade normal ou patológica. Nos dias antecedentes ao parto tem o efeito ligeiramente estimulante. Apesar de não modificar a contratilidade uterina, acalma as dores intermitentes que acompanham as contrações do parto e a dor contínua que acompanha as hipertonias prolongadas. Não se encontram fundamentos

reservou-se um grupo teste de 102 pacientes. Todos os tratamentos foram suspensos entre 1 e 7 dias depois de desaparecidos os sintomas.

A incidência de prenhezes salvas foi de 74 % para os casos tratados com a progesterona, e de 68,3 % para os tratados com DEB e de 58,8 % para os grupos testes. Houve 10,2 % de reincidência no total de casos, que foram novamente tratados, obtendo-se para elas uma incidência global de resultados satisfatórios de 67 %.

Utilizando-se as investigações rebuscadas na literatura sôbre o tema, discutem-se as bases teóricas e experimentais da terapêutica com doses altas de esteróide na ameaça do abôrto. Tendo em vista o resultado dêste estudo, sua utilização está plenamente justificada. A progesterona nas doses mencionadas constitue o tratamento de eleição; sua utilidade alcança provàvelmente a todos os casos de ameaça de abôrto, seja de origem materna, tenha ou não deficiência de progesterona. A utilidade do DEB é evidente ainda que seja de qualidade inferior à progesterona. Não é indispensável prolongar o tratamento esteróide durante tôda a gravidez, a menos que se comprovem deficiências hormonais persistentes ou reapareça ameaça de abôrto. — *Luiz Souza Mattos*

Contribuição ao estudo da placenta em sua relação com a blastomatose *(Contribución al estudio de la placenta en su relación con la blastomatosis)* — DUBROVSKY, R. — (*Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, **40**:204, Maio-Junho 1953).

A escassa proporção de gigantes entre os fetos hipermaturos, fêz o A. suspeitar de que a placenta segrega um hormônio capaz de deter o crescimento dos tecidos, levando-o a investigar a possibilidade de frenar ou deter o crescimento dos tumores.

Ensaiou-se em animais, o extrato total de placenta, em diversas concentrações e classes, observando-se uma real ação inibitória sôbre um sarcoma transplantado. São necessárias ulteriores investigações. — *Luiz Souza Mattos*

A mortalidade fetal no parto *(La mortalidad fetal en el parto)* — PARADELO, C. A. — (*Obst. y Ginec. Lat. Amer.*, **40**:208, Maio-Junho 1953).

Consideram-se 8.840 partos em cujo transcurso morreram 155 fetos, dos quais 41,29 % no período expulsivo; 45,16 % no de dilatação e 13,55 % no início do trabalho de parto.

Nas apresentações de vértice 57,02 % de partos foram espontâneos e em 60 % das apresentações pélvicas. Entre as múltiplas causas, figuram a prematuridade (25,8 %), malformações fetais (12,80 %), procidência de cordão (9,76 %), seguindo-se em menor proporção, por hidrâmnio, eclampsia e placenta prévia (aproximadamente 5 %).

Realizada a necrópsia em 130 nascidos mortos, 26,15 % o foram em virtude de hemorragia meningéia e entre as cefálicas, 55,17 % devido a parto operatório.

Encontrou-se 21 casos de hemorragia suprarrenal (16,15 %), entre os quais 61,69 % correspondem a partos espontâneos.

Em 3 casos de lesões inflamatórias das vias respiratórias, despertadas durante a vida intra-uterina e com rotura prematura de membranas. — *Luiz Souza Mattos*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

O diagnóstico dos carcinomas cervicais pelo método da esponja de Gladstone *(El diagnóstico de los carcinomas cervicales por el método de la esponja de Gladstone)* — CALANDRA, Dante (M. A.) e NICHOLSON, Edgardo P. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **455**:126, Junho 1953).

Os A.A. apresentam o resultado do estudo que fizeram em 95 casos, com o emprêgo da esponja de Gladstone, no diagnóstico dos carcinomas cervicais.

Consideram o método da esponja de Gladstone, como intermediário entre a citologia e a histologia.

Depois de considerações sôbre o método de Gladstone, mostram em síntese as suas vantagens comparativamente, sôbre a colpocitologia e a biópsia e as desvantagens sôbre a colpocitologia e a biópsia.

Ilustram o trabalho 4 microfotografias.—*A. Felicio dos Santos*

Estruma do ovário *(Estruma de ovario)* — RUIZ, Vicente; URIBE, Ciriaco R. e FUENTES, Miguel B. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **455**:101, Junho 1953).

Apresentam os A.A. um caso de tumor do ovário relativamente raro, observado em uma mulher casada, de 49 anos de idade.

GYNAECOLOGIA (SUÍÇA)

Incidência aumentada das infecções em crianças cujas mães tiveram infecções do tracto urinário na época do parto *(Raised incidence of infection in infants born to mothers with infections of the urinary tract at the time of delivery)* — ZILLIACUS, H. e TOETTERMAN, E. — (*Gynaecologia*, **135**:353, Junho 1953).

Em estudos comparativos realizados na 2.ª Clínica de Mulheres da Universidade de Helsinki, Finlândia, sob a direção do Prof. H. Zilliacus, foram observados 2 grupos de crianças nascidas espontâneamente a termo em apresentação cefálica. Foi investigada a morbidade infantil durante a estada de mãe e filho na clínica. Em um dêstes grupos a mãe tinha infecção do tracto urinário na época do parto, sendo a incidência de morbidade neste grupo com 20,1 % de afecções febris de natureza vária muito mais elevada do que no grupo em que a mãe não apresentava semelhante infecção (morbidade de 8,1 %). Os A.A. procuram interpretar êste fato admitindo a possibilidade da presença de germes virulentos na vulva durante o parto, sendo assim explicável a contaminação da criança. — *C. A. Zanotta*

A importância do período de dilatação no parto de nádegas *(Die Bedeutung der Eroeffnungs-periode fuer die Geburt in Beckenendlage)* — KOLONJA, S. e SCHREINER, W. — (*Gynaecologia*, **135**:357, Junho 1953).

Depois de tratar dos vários métodos de desenvolver a criança em parto de nádega, como também das causas da morte infantil durante o parto de nádega, os A.A. apresentam os resultados obtidos na 1.ª Clínica Universitária de Mulheres de Viena durante os últimos 12 anos. Salientam os bons resultados conseguidos pela atitude conservadora de observação atenta do parto, principalmente durante o período de dilatação. Comunicam as suas experiências com a anestesia pela plomba peridural que estão aplicando e que parece ser especialmente eficiente em parto de nádega durante a dilatação. Em estudo comparativo apresentam os seus resultados: De 1940-1949 foram atendidos 16.700 partos, dêstes, 685 (4,1 %) eram apresentações de nádega; de 1950-1951 foram atendidos 2.875 partos, dos quais 160 (5,6 %) em apresentação de nádegas. A incidência das intervenções operatórias baixou de 20,3 % no 1.º período para 3,5 % no 2.º, com uma mortalidade infantil deplorada de 5,9 % no 1.º período para 0 % no 2.º período. — *C. A. Zanotta*

Ano XVIII JANEIRO DE 1953 Vol. 35 - N.º 1

SAME

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Janeiro de 1953 | Vol. 35 — N.º 1

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Albuginectomia múltipla e ovarotomia total mediana na disfunção ovárica — DR. FRADIQUE CORRÊA GOMES 1

Pneumonia congênita do prematuro (Problema obstétrico)—DR. MARIO DE BENNING KAMNITZER 9

Alergoses hormonais femininas — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA 13

Diagnóstico e terapêutica do "carcinoma de superfície" — DRA. HILDEGARD STOLTZ 19

Colposcopia na gravidez (Considerações etiopatogenéticas sôbre o carcinoma do colo uterino) — DR. JOÃO PAULO RIEPER 25

EDITORIAL

Preparo para o chamado "parto natural" 33

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem ao Prof. F. Victor Rodrigues 37

Prêmio "Armando Fajardo" de 1952 38

Sociedade Brasileira de Ginecologia 39

Congresso Interamericano do Colégio Americano de Cirurgiões 39

Société Française de Gynécologie 40

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Die Transfusion von konserviertem Blut in der Geburtshilfe und Gynäkologie — SCHWALM, H. 42

Contribuição ao emprêgo do Beta Glicerofosfato sódico na Clínica Obstétrica — JOSE' ANIBAL CUERVO 42

Ansprachen — VON WALTER STOECKEL 43

Spanish-English Chemical and Medical Dictionary — MORRIS GOLDBERG 44

Office Psychiatry — L. G. MOENCH 44

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

EDITORIAL

PREPARO PARA O CHAMADO "PARTO NATURAL"

Todos os que exercem a Obstetrícia conhecem o valor do fator confiança na assistência ao parto. A tranquilidade que o médico ou parteira escolhidos trazem ao meio familiar, repercute favoràvelmente sôbre a paciente. Não é raro observar parturientes irritadas, impacientes, aos gritos, readquirirem a calma ao saber da chegada de quem as vai assistir.

Tudo isso é fàcilmente compreensível, nesta época da Medicina psicossomática. A notável psicologista HELENE DEUTSCH [1] *pensa que a base dêsses temores no parto decorre do mêdo da morte e do receio do nascimento de uma criança anormal. O treinamento para o parto e a assistência não eliminam tais temores, mas os efeitos podem ser mitigados pela supressão de outros fatores.*

Por ocasião do XII Congresso Britânico de Obstetrícia e Ginecologia, realizado em Londres, em 1949, tivemos ocasião de visitar a Maternidade da Universidade de Londres, Serviço do Prof. BROWNE, *hoje emérito, e de assistir a exercícios musculares praticados aí, no preparo para o "parto natural". Aliás é a* BROWNE [2] *que devemos a divulgação das idéias de* GRANTLY DICK READ *quando o prestigiou, convidando-o a escrever no seu livro sôbre cuidados prénatais, o capítulo relativo à influência das emoções sôbre a gravidez e a parturição.*

Na última edição do mesmo livro [3], *acentua* READ *que os "aspectos psicossomáticos da parturição têm ocupado a atenção dos obstetras nas Universidades e nos estabelecimentos de ensino em muitos países." Confirmaram-se assim, as palavras com que iniciou, havia já quinze anos, o capítulo que lhe fôra confiado: "Durante os recentes anos a influência do espírito sôbre o corpo tem sido mais plenamente reconhecida."*

READ *procurou divulgar suas idéias, publicando um livro de grande repercussão, também nos Estados Unidos* [4], *em que até*

---

(1) "The Psychology of Women", 2 vol., Grune & Stratton, Inc., New York, 1945.
(2) "Antenatal and postnatal care", 2d edition, J. & A. Churchill Inc., Londres, 1944.
(3) Idem, 7.ª ed., 1951.
(4) "Childbirth without Fear", Harper & Brothers Publ., New York e Londres, 1944.

revistas populares deram grande ênfase ao método. Acentua que o mêdo e a tensão são, de qualquer forma, agentes que produzem dor nos chamados partos normais. Proclama que, se o temor for eliminado, poucos partos fisiológicos serão tão penosos, de forma que as parturientes solicitem alívio. O antídoto do mêdo é a confiança, e o método mais eficiente de diminuir a dor é estabelecer-se completa fé no espírito das pacientes.

Acha READ que a civilização e a cultura têm trazido influência sôbre o espírito feminino, determinando temores justificados e angústias em relação ao parto. O parto tem sido considerado, nos países civilizados, como um transe perigoso e doloroso. Tal ponto de vista ocasiona um estado de "stress" que se manifesta por meio de reações de que participam os próprios músculos, inclusive as fibras circulares do útero que interferem na dilatação. Há um estado de inibição, criando resistência. Essa resistência e essa tensão ocasionam dor. Mêdo, dor e tensão, são no dizer de READ, os fatores introduzidos pela civilização e cultivados pela ignorância dos que assistem ao parto. Melhorar a tensão e suprimir o mêdo seria a maneira de eliminar a dor no parto. Sua teoria ficaria comprovada desde que a prática do relaxamento físico e mental que elimina a tensão, levasse ao parto sem dor.

As medidas que propõe devem ser postas em ação nas clínicas pré-natais. As gestantes têm aulas e demonstrações de que participam, como referimos, para aprender o relaxamento físico, ministradas por enfermeiras convenientemente treinadas. Não são sòmente instruídas na arte do relaxamento corpóreo, mas também na importância da respiração profunda e controlada. Acentua que respirar corretamente é um dos fundamentos da boa saúde, o que é de particular importância na gestação. Tal prática sobreleva de valor no momento da parturição. São também ensinados exercícios que mobilizem as articulações e músculos do corpo, principalmente em relação à região da bacia e da parte inferior da coluna vertebral.

Num interessante livro, prefaciado pelo Prof. NIXON, da Universidade de Londres, e aparecido logo depois de um acidente automobilístico que a vitimou, HELEN HEARDMAN [5] expôs, com figuras ilustrativas, não sòmente as causas da dor, como os exercícios que levam à sua supressão. Quem desejar se aprofundar nesse método terá que consultar tal trabalho.

THOMS e GOODRICH [6] conseguiram ótimos resultados com o método de READ, no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Yale, nos Estados Unidos. Instituiram um programa educacional que compreendia treino físico para as gestantes e lições, dadas no começo da gestação e, de novo, na última metade do terceiro trimestre. Concluiram que a compreensão dos fenômenos fisiológicos da gravidez e do parto, através dos ensinamentos de

(5) "Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology", E. & S. Livingstone Ltd., London, 1951.
(6) "J. A. M. A.", 140:1256, 1949.

médicos e enfermeiras, reduzem a ansiedade, aumentam a confiança da paciente. Acham que o uso de técnicas terapêuticas físicas auxiliam para o esfôrço muscular da parturição. Concordam que o mêdo e a ansiedade desempenham grande papel na criação de tensão, mas não dão a êsses fatores indevida ênfase para explicar a dor do parto. Expressam seu pensamento a respeito do método com as seguintes palavras: "Preferimos pensar sôbre o nosso programa num sentido lato, como sendo dirigido para o parto com compreensão, antes que mantê-lo com o propósito do parto sem mêdo."

Em seu tratado, GREENHILL [7] *não está de acôrdo com* READ *que a causa principal das dores seja o mêdo, mas concorda com êsse autor que, de forma a mitigar a intensidade da dor, deve ser instituída a fé na paciente, em os que a assistem, antes do comêço do parto.*

THOMAS *e* WYATT *apresentaram sua experiência, pela observação de mil partos consecutivos* [8] *realizados na Universidade de Yale. Tôdas as mulheres tiveram treinamento para o programa da parturição, constituído em seus aspectos físico e psicológico. Possuiram os autores, como assinalam, a cooperação da própria Senhora* HELEN HARDMANN *que permaneceu na clínica, ensinando médicos e enfermeiras, graças ao auxílio da Maternity Center Association, de Nova York. Fizeram também uma experiência, usando 8 leitos em que as pacientes ficaram com os recém-nascidos junto. Embora não atribuam ao método tais resultados, representados por 0,8 por cento de nati e néo-mortalidade em 1.000 partos (crianças de 1.500 g. ou acima) acreditam que o mínimo emprêgo de agentes anestésicos usado e o encurtamento do parto devem ter contribuído para isso.*

Merece referida a observação do Dr. CLAVERO NUÑEZ [9] *de que não "maravilha tanto a* DESCOBERTA *de* READ *como a surpresa acusada por seus colegas anglo-saxões ao comprovar sua veracidade: que as mulheres podem parir* SÒZINHAS *e que resistam sem falência — e sem anestesia — ao que vem sendo conceituado como experiência duríssima e perigosa".*

Ensaiado por muitos, o método, segundo STOLL [10], *costuma falhar nas mulheres nervosas, nas tímidas, nas esgotadas, nas desequilibradas e nas predispostas a contrariar o processo. O próprio* READ, *autor do método referido, diz a seus opositores: "*CLAYE *e outros têm proclamado que não é permitido o uso de anestésicos.* ***Isto é absolutamente inverídico*** *(o negrita é nosso). Tôda a mulher tem o aparelho de anestesia à mão para usá-lo se o deseja. E' a ausência de dor insuportável que é notável, não a ausência da anestesia."*

---

(7) "Principles and Practice of Obstetrics", 10.ª ed., W. B. Saunders Co., Philadelphia e Londres, 1951.
(8) "Am. J. of Obst. and Gynec.", 61:205, 1951.
(9) "Aspectos Humanos del Parto Normal", Valência, 1952.
(10) "West. J. Surg., Obst. and Gynec.", 59:49, 1951.

Essa é a conduta que temos mantido em nossa prática profissional, pois as pacientes só têm analgesia quando a solicitam e anestesia nos partos operatórios. As visitas pré-natais constituem verdadeiro intercâmbio entre médico e paciente que estabelece a confiança. Os exercícios físicos naturais e respiratórios são sempre aconselhados. No entanto, nas doentes nervosas, excitadas, temerosas do parto, do desprendimento da cabeça, não trepidamos no emprêgo de um barbitúrico de base na fase de dilatação e no emprêgo do tricloroetileno na fase pré-expulsiva e na expulsão. Também não vacilamos no uso dos espasmolíticos, se existir indicação em seu emprêgo.

A inocuidade do tricloroetileno foi comprovada experimentalmente em animais, desde 1921, e preconizada, em 1922, por Hewer *para a analgesia obstétrica. Sua segurança foi demonstrada por muitos autores e especialmente por* Ostlere [11] *com os resultados de 40.000 anestesias realizadas no "Hill End Hospital", sem nenhum acidente imputável à droga. A nossa experiência na "Maternidade Arnaldo de Moraes" foi apresentada às VI Jornadas Brasileiras de Ginecologia* [12] *e era representada até essa data, por cêrca de 500 casos, sem o menor acidente e com magníficos resultados, pois foi gradativamente, suprimida qualquer outra anestesia associada inicialmente empregada (anestesia local, protóxido de azoto etc.) até para realizar e suturar episiotomias, aplicar fórceps de desprendimento etc.*

De qualquer forma, o método de Read *vem focalizar, uma vez mais, o valor do aspecto psicossomático da Medicina, agora no campo da Obstetrícia, metodizando fatos que eram do conhecimento dos obstetras e que se traduziam pelo fator confiança.*

Pensamos que é oportuno, ao finalizar estas considerações, mencionar as palavras da Sra. Rustin Mc Intosh, *diretora do Barnard College, da Universidade de Columbia, proferidas no banquete do Congresso Internacional e IV American de Obstetrícia e Ginecologia, realizada a 17 de maio de 1950, em Nova York quando tratou do tema "Educação para a Maternidade": "A técnica e a experiência do médico e do homem de ciência, devem de qualquer forma ser, mais claramente interpretadas pelo leigo, através maior compreensão e mais estreita cooperação entre o educador e o médico, e de ambos com o indivíduo... Se médicos e educadores trabalharem conjuntamente, reconhecerão que a preparação para a maternidade é a mais importante tarefa de nossa Sociedade." —* Arnaldo de Moraes

---

(11) "Brit. Med. Jour.", 4:603, março 1949.

(12) "Tocoanalgesia e anestesia pelo Tricloroetileno", Luiz Souza Mattos. Comunicação inédita, feita às VI Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, nov. 1952.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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.

Fragilidade capilar e menstruação — SALVATORE, C. A. 45
Carcinoma primitivo da vagina — MESSELT, O. T. 45
Anencefalia em fetos de mãe com tetralogia de Fallot — OLIM, C. B. e TURNER, H. B. 46
Retenção urinária aguda como complicação da gravidez — SPRING, M. e HUGHES, J. J. 47
Estudo psicossomático da congestão pélvica — DUNCAN, C. H. e TAYLOR Jr., C. 47
Extração manual da placenta — HALSEY II, H. 49
Resultados fetais e néo-natais nas apresentações podálicas em primíparas a termo — POMERANCE, W. e DAICHMAN, I. 49
O recurso citológico para atingir o carcinoma uterino: descoberta, diagnóstico e terapêutica. — HECHT, E. L. 50
O recente adiantamento na terapêutica estrogênica — REICH, W. J.; NECHTOW, J.; KURZON, A. M. e RUBENSTEIN, M. Wm. 51
Mastectomia por mamaplastia para ginecomastia — EISENSTODT, L. W. 52
Endometriose umbilical — RABINOVITCH, J.; PINES, B. e GRAYZEL, D. M. 52
Disfunção endócrina na esterilidade — PELLEGRINO, L. 52
Gravidez abdominal com sobrevidas materna e feta! — SIEGAL, H. A. 53
Teratomas císticos. Apresentação de 82 casos. — SILVERMAN, M. M. e ALBAN Jr., E. J. 53
Estruma do ovário — BAGNATI, E. P. e GAETA, C. L. 54
Sôbre um caso de rotura espontânea do esôfago em uma grávida—GUIROY, A. J.; CASTRO, S.; CORDES, A. A.; KOREMBLIT, E. e BUR, G. E. 54
Exames hormonais e bioquímicos na prática da endocrinologia. Sua interpretação. — JAUREGUI, G. R. — 55
A colposcopia nas lesões do colo uterino — CERUTTI, N. J. 56
Etiopatogenia do prurido vulvar — CALANDRA, D.; TURKIELTAUR, M. VIÑAS, M. E. Z. de 56
Crise comicial única como complicação tardia de uma escarlatina na menopausa — SCHACHTER, M. 57
Cesária e miomectomia pela técnica isquemiante de Borrás — BOGUSA, I. e SEÑOR, J. C. 58
Demonstrações de colpomicrofotografia — PRASSOLI, A. 58
Considerações clínico-estatísticas a propósito de trezentos casos de eclampsia — DECIO, R. e CENTARO, A. 59
Sôbre a flora micótica do canal cervical — FERRARIS, F. 61
Dor lombar durante a gravidez — VARA, P. e WARIS, W. 61
Trombo-embolismo após irradiação de câncer dos órgãos genitais — ZILLIACUS, H. 62
Histerectomia subtotal ou total — KÄSER, O. 63
Gravidez ectópica dentro da parede uterina num útero fibromatoso — ACHMATOWICZ, L. 63

MEDICINA CLÍNICA (Barcelona)

Cesária e miomectomia pela técnica isquemiante de Borrás *(Miomectomia con la técnica isquemiante de Borrás)* — BOGUÑÁ, I. e SEÑOR, J. C. — (*Medicina Clínica*, **12**:24, Julho 1952).

Os A.A. usaram a técnica isquemiante de Borrás na miomectomia, por ocasião de praticar 4 cesárias por mioma prévio.

São as 4 primeiras observações da literatura e além da prioridade atribuída a um dêles (Boguña), acham que será de grande utilidade a publicação e conhecimento, pois auxiliam a cirurgia conservadora, resolvendo o grande obstáculo que constitui a hemorragia para a miomectomia na cesária.

A simplicidade do ato cirúrgico, a limpeza do campo operatório, permitem recomendá-la vivamente. — *Luiz Souza Mattos*

RIVISTA DE OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Itália)

Demonstrações de colpomicrofotografia *(Dimostrazione di colpomicrofotografia)* — PRASSOLI, Armando — (*Riv. Ost. e Ginec.*, **7**:353, 1952).

Depois de acentuar que a *portio* vaginal, por suas características anatômicas, é fàcilmente accessível não sòmente à exploração digital, mas também à visão direta, diz que certo número de casos de câncer do colo pode ser reconhecido ou suspeitado pelo habitual exame ginecológico. Todavia, a experiência ensina que, apesar de todo o cuidado, escapam muitos casos por não suspeitados ou que fogem à necessária biópsia.

Daí a descoberta de vários recursos, como a prova serológica de Hirszfeld e Haber, o teste de Schiller, a colposcopia de Hinselmann, o método do esfregaço de Papanicolaou, com a variante cariológica de Barigozzi-Dellepiane. Naturalmente, além da biópsia que encontra uma repulsa da parte das pacientes se se pretende repeti-la, como ocorre nos casos duvidosos.

Passa depois o A. a tratar do método que deu origem ao seu trabalho atual, a colpomicroscopia de Antoine, de Viena. Foi em 1950 que o Prof. Antoine fêz a sua primeira comunicação, com demonstração do aparelho, em New York, por ocasião do Congresso Internacional e IV Americano de Ginecologia e Obstetrícia e não no Congresso Internacional da Sociedade Francesa de Ginecologia, em 1951 em Paris, como diz o A.

Ano XVIII FEVEREIRO DE 1953 Vol. 35 - N.° 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Fevereiro de 1953 | Vol. 35 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Recentes aquisições sôbre a patogênese do fibromioma uterino — PROF. ESPEDITO MORACCI 65

Mioma uterino e hipertensão arterial (Estudo sôbre 147 casos) — DR. JOSE' LEITE 81

EDITORIAL

Dosagens químicas dos estrogênios 91

NOTAS E COMENTÁRIOS

O Brasil no Congresso Mundial de Esterilidade 94

"Jornal do Médico" 95

VII Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria 95

Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil 96

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Sterility. The Diagnostic Survey of the Infertile Couple. — WALTER W. WILLIAMS 99

Hematologia. Hemoterapia. Reanimação. 100

Esterilidad por factor cervical — PARADELO, C. A.; MEZZADRA, J. M. E. e BETTINOTTI, A. E. 101

Boletin del Centro de Documentación científica e técnica 101

British Medical Bulletin 102

Jornadas Médicas Luso-Brasileiras 102

Die Göttinger Univ. Frauenklinik 1751-1951 — HEINRICH MARTIUS 103

Fundamentos da Radioterapia — RICHARD KURT KEPP 103

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

Avaliação num período de vinte e cinco anos do tratamento do carcinoma da cervix pela irradiação — SCHEFFEY, L. C. *et al.* 105
A técnica da colpotomia posterior — BRADBURY, W. 107
Uma revisão clínica do carcinoma davulva — NEWELL, J. e Mc KAY, D. 108
Placenta acreta — DE CARLE, D. W. 109
Atresia uterina total pós-raspado — BREA, C. A. 110
O parto nas imediações da puberdade — FIRPO, J. R. 110
Investigação do fator Rho e grupos sanguíneos em 2.000 enfermas — HÜBNER, M. 111
Histerografia e tumores pelvianos de origem genital — MONTES DE OCA, C. J. 112
Contribuição à casuística e à técnica da cirurgia "ultra-radical" do câncer uterino — CONILL SERRA, V. 113
Alergia gonadal — GUITIAN, A. 114
A analgesia obstétrica e a anóxia fetal — NUBIOLA, P. 114
A hiperfoliculinemia: moléstia reacional. — GARES, R. e BONAFOS, M. 115
Uma nova técnica de coloração diferencial dos esfregaços vaginais. Citologia vaginal. — ISAAC, J.-P. e WURCH, T. A. 116
Considerações sôbre diabete e gravidez — VAGLIO, N. 117
Sôbre o valor comparativo do índice colpocitológico e do índice acidófilo no diagnóstico órgano-funcional: pesquisa sôbre o esfregaço vaginal na recém-nascida. — GERLI, M. 119
Contribuição ao estudo do metabolismo dos esteróides na fibromiomatose uterina — MORACCI, E. 120
Contribuição ao tratamento da tuberculose genital feminina com a hidrazida do ácido isonicotínico isolada e associada à estreptomicina. — OGIER, E. 121
A avaliação do número de espermatozóides em amostras seminais humanas — M. MICHAEL 122
O hirsutismo na síndrome de Stein-Leventhal — ROTTINGHULS, H. ... 123
Sôbre a reação de estrogênios do próprio organismo, após passagem pelo fígado, sôbre a morfologia da tireóide. — GITSCH, E. e H. TULZER 123
Síndromes de origem infecciosa focal em Obstetrícia e Ginecologia — STEFANCSIK, Sz. 124
Sôbre tumores do ovário e do para-ovário como complicação da gravidez — JÄAVINEN, P. A. 125
Contribuição ao conhecimento da etiologia da endometriose—KINNUNEN, O. 125
Carcinoma ovariano bilateral seguindo-se a endometriose do ovário e simultâneo carcinoma mamário bilateral — ZILLIACUS, H. e WIDHOLM, O. 126
Prolapso do útero em nulíparas — JÄRVINEN, P. A. 127
Tratamento no Centro de Maternidade e seus resultados — SAURAMO, H. 127
Valor dos antibióticos na esterilidade feminina — ACHARD, A. 128

trar que há mais casos de placenta acreta na clínica privada do que se poderia pensar pela literatura o A. enviou questionários para 150 obstetras da Costa do Pacífico, recebendo 46 comunicações de casos dos quais sòmente 2 haviam sido publicados. — *Ribeiro Sanches*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Atresia uterina total pós-raspado *(Atresia uterina total post-raspado)* — BREA, Cesar A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **172**:445, Agôsto 1952).

O A. apresenta a observação de um caso de certa raridade, como é a atresia uterina conseqüente a raspagem, em uma mulher de 27 anos, cuja queixa era ser portadora de amenorréia secundária. A paciente, 15 dias após um parto, é presa de forte hemorragia, sendo submetida a uma curetagem de tal modo violenta, tendo se instalado uma amenorréia, causada pela destruição do endométrio.

O A. verificou ser a paciente também portadora de atresia.

O tratamento constituiu de dilatação e um enxêrto de endométrio que trouxe melhoras passageiras, isto porque sòmente tinha perdas sanguíneas quando submetida a terapêutica hormonal. — *A. Felicio dos Santos*

O parto nas imediações da puberdade *(El parto en las inmediaciones de la pubertad)* — FIRPO, Jorge Roberto — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, **172**:445, Agôsto 1952).

Estuda o A. o parto em 276 mulheres cujas idades variavam entre 12 e 15 anos, nos últimos 38 anos, na Maternidade da Policlínica Alvear.

Mostra o A. nas suas considerações, o tempo de duração dos partos, as dificuldades apresentadas no desprendimento da placenta e os casos de distocia quer materna quer fetal; e assim conclue:

"Parece haver certa tendência a apresentar manifestações de gestoses. Deve-se admitir a possibilidade de que a situação social-

mente anormal da maioria, pela falta de cuidado pré-natal, tenha ocasionado uma percentagem elevada de manifestações tóxicas, embora, excepcionalmente, apresentassem gravidade.

Em nenhum caso foi revelada predisposição para o abôrto ou parto prematuro.

O parto apresenta poucas dificuldades, e com uma proteção adequada do períneo, durante o período expulsivo, pode-se esperar na grande maioria, o parto espontâneo.

O prognóstico materno é bom, com pequena morbidade e quando existe uma complicação geralmente é benigna; o prognóstico fetal é igualmente bom.

Conclue-se que a primiparidade juvenil não constitui um problema obstétrico e a análise de uma série de casos nos leva a considerar a idade juvenil, como mais favorável à gravidez. .

Expressamo-nos de uma forma um tanto forte, diríamos que, sejam as grávidas pior atendidas, em geral são as que têm melhor parto.

Talvez ao qualificar a idade considerada como mais favorável para a gravidez, não deve assinalar um limite inferior, senão um nível superior, e acima do qual começam as complicações favorecidas pela maior idade da mulher e diríamos que, a idade ótima poderia ser encontrada na adolescência, ao menos partindo de um ponto de vista estritamente médico e obstétrico. — *A. Felicio dos Santos*

ACTAS GINECOTOCOLÓGICAS
(Montevidéu)

Investigação do fator Rh$_o$ e grupos sanguíneos em 2.000 enfermas *(Investigación de Fator Rh$_o$ y grupos sanguineos en 2.000 enfermas)* — HÜBNER, Mario — (*Acta Ginecotocológicas*, **6**:130, Agôsto 1952).

Trata-se de um trabalho realizado na Clínica do Prof. Crotogini, da Faculdade de Medicina de Montevidéu. A finalidade da Secção Rh, criada nessa Clínica, é a de efetuar a determinação sistemática do fator Rh$_o$, com quatro propósitos imediatos: 1) *Evitar a sensibilização ao Rh*, o que pode ocorrer por uma transfusão de sangue Rh-positivo em paciente Rh-negativa; 2) *Investigar sistemàticamente o sôro de cada paciente Rh-negativa*, para verificar a

Ano XVIII ABRIL DE 1953 Vol. 35 - N.° 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Abril de 1953 | Vol. 35 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Prenhez ectópica (Dados clínicos relacionados a 338 casos) — DR. B. NEMEI 185

Choque em Obstetrícia — DR. RIBEIRO GOMES 205

EDITORIAL

Provas para o estudo da coagulação do sangue 215

NOTAS E COMENTÁRIOS

† *Prof. Antonio Moreira Junior* 220

VI Congresso Internacional de Câncer 221

43.ª Reunião da Sociedade Italiana de Obstetrícia e Ginecologia 222

Tuberculose genital feminina 222

LIVROS E PUBLICAÇÕES

The Story of the Adaptation Syndrome — HANS SELYE 223

Progressos da Medicina 224

Catálogo das obras da Coleção Portuguêsa de 1825 a 1910 224

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

CHOQUE EM OBSTETRÍCIA *

DR. RIBEIRO GOMES
Chefe de Clínica da Maternidade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Diz GREENHILL (1) "nos Estados Unidos morrem anualmente, em conseqüência direta ou indireta do parto, cêrca de 20.000 mulheres. Pelo menos duas têrças partes dessas mortes poderiam ser evitadas, por meio da devida assistência durante a gravidez e o parto". E' portanto, a assistência à gestante, o primeiro passo a fim de baixar tão elevado índice letal. E' a labilidade neuro-vegetativa da gestante, acrescida por causas predisponentes, tais como: anemias, hipertensão, infecções, intoxicações, cardiopatias, hidrâmnios, hipotensão, hiper-emotividade, desordens endócrinas, fatôres climáticos, etc..., que nos obriga a uma assistência pré-natal efetiva e bem esclarecida.

A história minuciosa de gestações e partos anteriores, completada pelas informações sôbre a prenhez atual, é particularmente instrutiva e orientadora. Só assim, poderemos enfrentar as causas determinantes do choque (parto prolongado, traumatismos obstétricos, dor, hemorragias, anestesias, etc...), em condições favoráveis, diminuindo portanto a gravidade dessa síndrome.

PAULO SCHMIDT GOFFI (São Paulo), em 3 anos, coligiu 87 mortes de 19.887 parturientes na Maternidade São Paulo; sendo a média de 7,5 ‰ nas indigentes e de 1,8 ‰ nas pensionistas, o que vem realçar o tratamento pré-natal. A morte pelo choque foi de 39,1 %, restando às infecções e toxemias, a mesma percentagem, 24,1 %. Dos 39,1 % das chocadas: 29 % foram de pensionistas e 71 % de indigentes! Eis a importância da assistência pré-natal.

BRIQUET (2), lembra que a agressão mecânica, química ou tóxica do setor neuro-vegetativo periférico, pode fàcilmente desen-

---

* Conferência proferida na Associação dos Médicos de Santos (Março 1953).

cadear o choque, uma vez que se trabalha numa região eminentemente vascularizada e nervosa, como o é a pelve. Eis porque, a mulher ao ser mãe, expõe-se ao perigo obstétrico, que vai desde o início do parto até 48 horas depois de terminado — é a zona de perigo — que devemos ter sempre em mente, particularmente quando a um pré-natal inadequado, se acresce a má conduta no parto, levando seguramente à tríade: trauma-hemorragia-infecção (Rodrigues Lima — 3).

Schmid (1927) — na Alemanha — citado por Briquet (2) diz: "achamos que a morte por hemorragia, de mulheres, no parto ou no néo-puerpério, é o mais triste evento na prática obstétrica. Tais ocorrências, que freqüentemente atingem mulheres robustas e no início da vida, são bastantes deploráveis, considerando que na maioria dos casos, com tratamento adequado, elas poderiam ser evitadas. O sangramento do terceiro período do parto ou logo após, sem complicações, tais como da placenta prévia ou descolamento prematuro, em conseqüência da assistência insuficiente, inconsciência ou assepsia imprópria, é rotineiramente prevenível, e, apesar de particularmente trágico, é não sòmente atribuível ao imprevisto, como também e não raramente, à falha profissional. Labhart (Basel), tem a impressão que se pode mais fàcilmente consolar-se de uma morte por eclampsia ou por placenta prévia, do que por uma hemorragia atônica."

Êsses comentários iniciais são mais um esfôrço para chamar a atenção da importância da assistência pré-natal adequada. E' essa a orientação que seguimos há longos anos, pois, só assim é que contribuiremos para baixar tão elevado índice de chocadas e mortes conseqüentes.

Os partos muito curtos ou "partos em avalanche", pela descompressão brusca, néo-adaptação hemodinâmica supressiva, o exvácuo violento ou reflexos neuro-vasculares, são tão predisponentes ao choque como os partos prolongados, onde a exaustão abolindo a reserva compensadora, leva à desidratação, que pela perda de líquidos não vistos ou apreciáveis, acarreta ràpidamente a acidose.

Quanto mais tardio, mais grave o choque.

E o que é o choque ?

"E' a soma de todos os fenômenos gerais não específicos, passivos, provocados por estímulos, aos quais o organismo não se adaptou, nem quantitativamente, nem qualitativamente" diz Selye (4).

Há o choque obstétrico ? Sim: ao lado do choque traumático, hemorrágico, nervoso, tóxico, anafilático e combinado, merece um lugar à parte o choque obstétrico — estado ligado ao esvaziamento

do útero, acidental ou não, num organismo com profundas modificações, como sóe ser nas gestantes.

Em seu conjunto sintomatológico, a sensação de mal-estar, ansiedade, agitação, palidez, facies escavada, midríase, resfriamento, taquicardia, taquipnéia, hipotensão e sudorese; é uma resposta ao estímulo de alarme, é uma reação inespecífica comum em todos os tipos de choque, é a chamada *Reação de Alarme*. SELYE, que formulou a "Teoria do Stress", explica admiràvelmente o desenvolvimento do choque, desde o estímulo inicial até a morte, por exaustão. Diz êle, que, na reação de alarme há fenômenos meramente passivos, que constituem o choque; e fenômenos de defesa ativa, que constituem o contra-choque.

LABORIT (5) vai mais longe, e diz que qualquer agressão ao organismo produz uma reação oscilante pós-agressiva (R. O. P. A.), que será harmoniosa (parto normal) ou não, conforme a intensidade da agressão.

O parto que se processa com absoluta normalidade, assistência perfeita e levantar precoce, é assim mesmo, uma agressão ao organismo. A anemia pós-parto, a grande labilidade neuro-vegetativa, a emotividade (particularmente no primeiro parto), a astenia geral, o trauma físico, etc., são pequenas agressões de duração maior ou menor, que passam muitas vêzes despercebidas, levando um ou dois meses para o reequilíbrio harmônico. Êsses desajustes motivam as freqüentes consultas do primeiro mês do puerpério.

Há a primeira fase de "desequilíbrio imediato", depois vem a fase de reação "neuro-vegetativa" e finalmente a terceira fase ou "neuro-endócrina", com predominância catabólica e posteriormente anabólica. Daí o nome de "Reação Oscilante Pós-Agressiva".

Nos fenômenos passivos do choque é considerado característico a perda da permeabilidade seletiva dos capilares. Diz SELYE: "as membranas celulares perdendo sua capacidade de manterem suas características biológicas, levam à morte parcial ou necrobiose". E, noutras palavras: "uma aguda e generalizada necrobiose". Por isso o choque é acracterizado pelo encadeamento de fenômenos físio-patológicos constantes. Transporta-se portanto tôda a patogenia do choque para a hemodinâmica, para o equilíbrio do meio interno, a "Homeostasia" de CANNON.

Segundo MOON: "é uma deficiência circulatória generalizada, caracterizada por uma redução progressiva da massa sanguínea circulante com diminuição do débito cardíaco e aumento da permeabilidade capilar". Com essa definição, a redução da circulação é o ponto de partida para se compreender todos os demais, quer

haja expoliação intensa (hemorragia), quer haja desequilíbrio na distribuição visceral por reflexos vasoconstritores ou por transudação plasmática determinando uma hemoconcentração; é o volume-minuto que nos interessa sobremodo. Êsse volume-minuto foi demonstrado por COURNAND, no qual o coração recebe apenas de 1/3 a 2/3 do retôrno venoso normal. A redução do volume de sangue circulante, segundo WANG, OVERMAN, ROOT e GREGERSEM (1945), é de 40 a 48 % do volume normal. Na prática obstétrica, uma redução de 30 a 40 %, já inspira sérias preocupações e temores. Como conseqüência, diz SHEEHAN (6): pulso rápido e os ventrículos que normalmente recebem 70 cc., passam a receber sòmente 20 cc.

São perturbações capilares vasomotoras, quer de origem reflexa vago-simpática, quer de origem endócrina, quer local ou mecânica, que conduzem a redução da circulação.

FRANZ MULLER e MARIO RAMOS NOBREGA (7) (São Paulo), crêem que a atonia capilar determinando um aumento de 24 a 60 % do volume habitual, é um dos mais sérios problemas a serem vencidos no choque, e em particular nos capilares pulmonares, levando ao edema alveolar e agravando ainda mais a anoxemia; daí recomendar o oxigênio em máscara fechada, na média de 6 a 8 litros por minuto de 12 a 48 horas .

No choque, é ponto pacífico, que a circulação está profundamente atingida.

ZWAIFACH e SCHORR, citados por MAYES (8), estudando a vascularização do mesentério e epíploon no decorrer dum choque experimental, observaram dois estados sucessivos: primeiro, há dilatação vênulo-arteríolo-capilar, mas com vasoconstrição intermitente, acelerada e muito influenciável pela adrenalina. Nesse momento, ainda a circulação é direta, venoso-arterial e a pressão se mantém, é a chamada fase de compensação, de adaptação ou de acomodação. E' a síndrome *geral de adaptação de* SELYE, que é a soma de tôdas as reações não específicas, é a reação de alarme, no seu período de resistência.

Continuando o choque experimental nesse caso, o sistema capilar dilata-se, há lentidão circulatória, as paredes vasculares não reagem mais à adrenalina; nesse momento, a transfusão de sangue é inoperante e o choque progredindo leva o coração a contrair-se vazio. E' o *estado de Exaustão e Morte*.

Os estudos experimentais norte-americanos muito têm contribuído para uma melhor interpretação dos fenômenos patogênicos do choque. São de real valor os trabalhos de CANNON, BLALOCK, DAVIS, WIGGERS, CHAMBERS e ZWEIFACH (1944 e 1945).

Como conseqüência dêsse profundo desequilíbrio hemo-dinâmico, aos poucos instala-se a anóxia tissular, com transudação intercelular e acidose, que por sua vez aumenta a transudação. Há o desequilíbrio hídrico intracelular, intercelular e intravascular. SCHORR, citado por LEVY-SOLAL (9), diz que a anóxia produz inicialmente o aparecimento de um fator vasodilatador ao nível do fígado e tecidos, e de um fator vasoconstritor ao nível dos rins; porém, se a anóxia se prolonga, há a incapacidade do fígado e rins na destruição dêsses próprios fatôres, e daí por diante a adrenalina ficará sem efeito. O fígado perde imediatamente o poder de síntese dos glucídios, esgotam-se as reservas glicogênicas e a glicemia cai.

E' de capital importância o fator bioquímico no choque e os estudos até hoje realizados, ainda não puderam fixar se êsse fator é causa ou efeito do choque; parece entretanto, que junto com o fator hemorragia, são as causas desencadeadoras do mesmo. Essa é a impressão que temos nos casos que nos foi dado observar.

Atualmente, está sendo estudado por diversos pesquisadores a análise do sangue venoso proveniente da zona traumatizada.

Substâncias do tipo histamínico, sódio, potássio, trifosfato de adenosina (resultante do traumatismo da fibra muscular), pituitrina, etc., têm sido imputadas como desencadeadoras do choque. LEVY DE ALMEIDA (São Paulo), chama a atenção para o choque desencadeado pela pituitrina e pela ergotina, a cujo extremo leva à gangrena das extremidades (ergotismo).

SHORR, ZWEIFACH e FURCHGOTT (1945) demonstraram a presença de fatôres vaso-depressor e vaso-excitador, em excelentes trabalhos experimentais e parece que a elucidação do desenvolvimento do choque, parta dêsses conhecimentos básicos.

Sôbre as glândulas endócrinas, por sua vez a anóxia determina, a princípio, uma diminuição e posteriormente, a parada dos seus fatôres hormonais, em geral. Na hipófise, ao lado duma diminuição dos hormônios somatotrófico, gonadotrófico e tireotrófico; há um aumento da secreção corticotrófica, particularmente do fator mineralo-corticóide: a desoxycorticosterona ou "fator sódio" de HARTMANN. E a porção nervosa ou posterior da hipófise, nesse momento, por sua vez secreta abundantemente a vasopressina, que estimula a reabsorção da água pelos rins, daí a oligúria dos chocados, seguida da crise poliúrica, uma vez que a secreção diminua.

Quanto às suprarrenais, SAYERS em 1950, citado por LABORIT, em exaustivo trabalho, provou a hipertrofia com hiperplasia do parênquima, sendo pelo menos pacífico o seguinte princípio: "a taxa de utilização hormonal cresce paralelamente à atividade celular, sendo o hormônio necessário à libertação energética do trabalho celular".

Enquanto que os mineralo-corticóides, D. O. C. A., ao lado da acetilcolina e histamina, facilitam os processos inflamatórios ou anabólicos, com vasodilatação, diapedese, edema e mesma transformação de células reticulares em histiócitos ativos; os gluco-corticóides-Cortisona — ao lado da adrenalina e das colinesterases e histaminases, bloqueiam a reparação tissular, pois são vasoconstritores e catabolizantes.

Sôbre o sistema nervoso, de início a anóxia é contrabalançada pela via direta central, além de ser o último a sofrer as conseqüências da insuficiência circulatória, e, só depois do esgotamento total, é que cai em exaustão.

As fases de depressão e normalização mental, exemplificam a reação oscilante pós-agressiva.

O alentecimento circulatório aumenta ràpidamente os excretas e os produtos metabolisados em circulação, irão agravar sobremaneira o desequilíbrio geral com a conseqüente e lógica irreversibilidade.

Como diz SELYE: há três estados de choque — primeiro, a pressão arterial cai em virtude da agressão; segundo, devido a reação de alarme, há um esfôrço para o reequilíbrio, é a adaptação ou acomodação; terceiro, a pressão arterial entra em colapso; se o choque é severo, é a exaustão e morte.

Eis o que SHEEHAN, uma das maiores autoridades no mundo sôbre patologia obstétrica, relata: "os achados patológicos encontrados nos indivíduos chocados, são típicos duma circulação lenta... a mais frisante lesão dêste tipo é a queimadura que pode ser produzida pela aplicação duma bôlsa moderadamente quente. No chocado, a pele é fria e não há os reflexos vasomotores. Normalmente, o calor aplicado à pele provoca o reflexo vasodilatador local e daí o aumento circulatório levando o sangue, o calor, evitando assim a lesão da pele. No chocado, o calor não produz o reflexo vaso-dilatador, de forma que a circulação não aumenta e então queimará provavelmente a pele, se não se tiver em mente êsse fato. Eis um exemplo, que infelizmente foi observado: uma paciente gravemente chocada por uma complicação obstétrica, foi regularmente aquecida com um cobertor elétrico sôbre seu lado direito. Uma hora depois removido o cobertor, havia queimaduras na pele. Três horas depois falecia, e a autópsia revelou não só queimaduras da pele e tecido subcutâneo, como também da superfície do fígado, até meia polegada de profundidade. Essa observação desagradável, leva à conclusão de que o sistema porta e o hepático tinham uma circulação extremamente lenta."

As lesões da suprarrenal, fígado, rim, pâncreas, etc..., são típicas no choque geral, mas, há lesões que são extremamente fre-

qüentes em todos os casos de choque obstétrico (SHEEHAN); é a necrobiose isquêmica do lóbo anterior da hipófise. Com seis horas após a morte do tecido, já aparece essa lesão. Com doze horas, há a picnose, e com vinte e quatro horas, o aspecto é de infarto isquêmico.

Essas necrobioses foram encontradas na média de 11 % das autópsias de rotina em puérperas, e em 5,5 % dessas autópsias, tôda ou quase tôda hipófise estava destruída.

Essa necrose pós-parto do lóbo anterior da hipófise é que constitui a "Doença de SHEEHAN". De fato, a correlação entre a patologia e a sintomatologia nessa doença, foi primeiramente assinalada por SIMMONDS, mas foi SHEEHAN que deu-lhe o caráter de entidade nosológica, caracterizada após o colapso e hemorragia no parto. Assim, no parto normal há uma atrofia fisiológica dessa glândula, acompanhada de relativa e lógica redução sanguínea; porém, se sobrevêm o colapso circulatório, há conseqüentemente a estase e a propiciação da trombose nos seios venosos. E' portanto, o trombo fibrinoso o ponto de partida para a necrobiose, que aos poucos atinge parte ou todo lóbo anterior da hipófise. E' o tecido fibroso que vai substituir as células glandulares em maior ou menor porção. Conseqüentemente, a tireóide, suprarrenal, gônadas, etc., sofrem a ação da hipofunção hipofisária. SHEEHAN calcula em 9 casos para 10.000 partos. COOK, BEAN, FRANKLIN, EMBICK (13).

Há estreita relação entre a gravidade do colapso inicial e a necrobiose hipofisária. Quando o choque ou hemorragia são moderados, as lesões são pequenas. E diz SHEEHAN: "os maiores causadores da necrobiose hipofisária são: a retenção placentária e a hemorragia "post-partum". E' excepcional encontrar-se essas lesões em não grávidas". Essas lesões não são de efeito imediato, mesmo em extensas áreas atingidas na hipófise. O puerpério recente não sofre a menor perturbação, apenas há a supressão da lactação. Posteriormente é que uma síndrome de hipopituitarismo crônico, poderá ser de considerável importância (involução dos seios, amenorréia, queda de pêlos, emagrecimento, esterilidade, etc.).

Às vêzes, após um período de latência, a astenia, sonolência, desordenspsíquicas e intolerância ao frio, aparecem como sintomatologia menos grave.

Ainda SHEEHAN, justificando o choque obstétrico, aponta as hemorragias sub-endocárdicas em pequena área do lado esquerdo do septo interventricular, dois a três centímetros abaixo das lacínias da aorta; isso em mais de 75 % das mortes por choque. O mesmo autor, revendo 147 mortes por choque em 451 necrópsias obstétricas, no Glasgow Royal Maternity and Women's Hospital (1933-1945), chegou a essa importante conclusão: 46 mortes por trabalho

prolongado de 2 a 4 dias ou mais, e 30 mortes por retenção placentária, no qual a hemorragia não foi o fator causal.

Ricci (10), da Maternidade Martin, analisando 6.656 partos, teve 1,32 % de choques obstétricos em gestantes a termo e de 2,7 % em prematuros. A razão do aumento dêsses últimos é difícil de ser explicada, com os conhecimentos atuais. Estas percentagens estão de acôrdo com os trabalhos nacionais e estrangeiros.

Partindo dêsses conhecimentos fisiopatológicos e da experimentação, qual seria a profilaxia e tratamento ?

1.º) A correção de desequilíbrios pré-agressivos, tais como: perturbações da crase sanguínea, deficiências renais, hepáticas, cardíacas e afecções pulmonares, não perdendo de vista a condição neuro-vegetativa do paciente; tem por fim a exaltação dos próprios meios de defesa.

A presenção de hemorragias, a exata indicação da operação obstétrica e oportunidade, o tratamento das toxemias, são condições elementares na profilaxia do choque obstétrico. E no pré-parto imediato, é de se realçar a hidratação abundante da gestante, glicose e repouso quanto possível.

2.º) A transfusão de sangue total, nos casos de expoliação, em volume sempre que possível igual. O restabelecimento do volume circulante é essencial. Perigo da transfusão endo-arterial (Bingham — 12).

Sabendo que tôda velocidade excessiva numa transfusão de sangue é perigosa, recomendamos como velocidade máxima 100 cc. por 5 minutos. Transfusões de 1.000 cc., preferentemente grupo 0-Rh negativo. Diz Garcia Oliver: "no chocado, a possibilidade de agravar o colapso circulatório por excesso de velocidade na venoclisis, é um perigo real que sempre se deve levar em conta, e no qual, desgraçadamente, temos que atribuir algumas mortes, cuja causa verdadeira passa desapercebida".

3.º) Plasma ou soluções salinas ou glicosadas, especialmente nos casos em que não houve hemorragia ou foi pequena.

Agindo no mesmo sentido de repor o volume circulante, recomendamos o emprêgo das soluções glicosadas. Atuando como protetor tissular e plasmático do parênquima hepático, a glicose é eliminada sob a forma de anídrido carbônico, e é sob o ponto de vista energético, incomparável para suprir as necessidades de hidrato de carbono no organismo.

As soluções cloretadas, com bem menores indicações, deverão ser sempre administradas com cuidado. Pensar na possibilidade de edema pulmonar e mesmo insuficiência renal.

4.º) O oxigênio administrado com liberalidade, de 6 a 10 litros por minuto, durante um, dois ou quatro dias.

A administração do oxigênio deve ser: precoce, contínua, prolongada e abundante. MEAKINS insiste no emprêgo do oxigênio antes que haja franca anóxia, pois do contrário há o risco da irreversibilidade das lesões.

5.º) Os elementos auxiliares — repouso, calor moderado, morfina (exceto se houver cianose), substâncias simpaticomiméticas (quase sempre inúteis), e outros medicamentos de aplicação cada vez mais restritos e pràticamente ineficazes: lobelina, estricnina, óleo canforado, coramina, etc.

O emprêgo dos extratos corticais e da infiltração do gânglio carotidiano, têm seus adeptos.

O gânglio ou seio carotidiano desempenha um papel importante no equilíbrio circulatório, e, comporta-se mesmo como uma glândula endócrina tais são suas relações com as suprarrenais e paratiróides (LUZUY).

O bloqueio do seio carotidiano, cujo objetivo é modificar o regime circulatório dos centros diencefálicos e hipófise, e conseqüentemente reações vasomotoras e hormonais altamente benéficas na luta ao colapso circulatório, é fàcilmente realizável. Infiltra-se 10 a 20 cc. de novocaína a 1/200 na zona do seio direito ou melhor, em tôda região da bifurcação da carótida primitiva em carótida externa e interna. Se repetirá na zona do seio esquerdo, sòmente depois de algumas horas, e, se for necessário !! Injeção tão lenta quanto possível.

Recomendamos o emprêgo da técnica de LUZUY (14).

Podemos concluir que o estado de pré-choque freqüentemente observado, é o momento mais oportuno para iniciarmos o tratamento do choque: a perda dessa evanescente oportunidade poderá ser fatal ou então condicionar futuras doenças de adaptação, uma vez que, lesões íntimas irreversíveis, mas, compatíveis com a vida, permitam uma existência de acôrdo com o hiper, hipo ou disadaptação.

Bibliografia

1) GREENHILL, J. P. — Obstetrícia Prática — A Casa do Livro, 1943. 2) BRIQUET, R. — Hemorragia na 3.ª e 4.ª fases do parto — Fourtr American Congress on Obstetrics and Gyneclogy, C. V. Mosby, 1951. 3) RODRIGUES LIMA, O. — Choque em obstetrícia — "Arch. Bras. de Med.", 38:99-126, 1948. 4) SELYE, H. — Stress — Medical Publishers, Montreal, Canadá, 1950. 5) LABORIT, H. — Reaction Organique a l'Agression et Choc — Masson e Cie., 1952. 6) SHEEHAN, H. L. — Tissue Changes in Schock in Obstetrics —

Fourth American Congress on Obstetrics and Gynecology — C. V. Mosby, 1951. 7) MÜLLER, FRANZ e RAMOS NOBREGA, M. — Oxigenoterapia no choque obstétrico — "An. Fac. Med. da Univ. de São Paulo", 2:93-102, 1948. 8) MAYER, B. T. — Shock in Obstetrics — Modern Trends in Obstetrics and Gynecology — Butterworth & Cia., London, 1950. 9) LEVY, SOLAL E. e GRASSET, J. — Syndromes pathologiques de la gravido-puerperalit — Masson e Cie., Paris, 1952. 10) RICCI, G. — Antecedentes obstétricos y choque — Quintas Jornadas Rioplatenses de Ginecologia y Obstetricia, Rosario, 1944. 11) BROWNE, F. G. — Shock in Obstetrics — Postgraduate Obstetrics and Gynecology — Butterworth & Cia., London, 1950. 12) BINGHAM, D. L. C. — Shock — "The Journal of International College of Surgeons", Vol. 5, No. vembro 1952. 13) COOK, J.; BEAN, W. B. etc., citado, pág. 233 — Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1951. 14) LUZUY, M. — Les infiltrations du Sympathisue — Masson & Cie., pág. 266, 1950.

Le "shock" en Obstétrique

Résumé

L'Auteur accentue l'importance du traitement pré-natal dans la prophylaxie du "shock" obstétrical. Il fait, en outre, un commentaire sur l'étiopathogénie du "shock" obstétrical et mentionne la maladie de Sheehan (nécrose post-partum du lobe antérieur de l'hypophyse).

En dernier lieu, l'Auteur analyse la thérapeutique du "shock" en Obstétrique.

Obstetric shock

Summary

The A. emphasizes the importance of the prenatal treatment in the prophylaxis of the obstetric shock.

A commentary is made on the etiopathogeny of the obstetric shock and the Sheehan Disease is pointed out.

The treatment of the obstetric shock is analysed.

Schock in Geburtshilfe

Zusammenfassung

Verf. hebt die Bedeutung der praenatalen Behandlung für den geburtshilflichen Schock hervor.

Dessen Aetiopathogenie wird erwogen und die Sheehan'sche Krankheit erwaehnt. Schliesslich wird die Behandlung des geburtshilflichen Schocks abgehendelt.

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.

Doença secretória e mastite "plasma-cell" na mama feminina—GERSHON-COHEN, J. e INGLEBY, H. 225

Observações "post-mortem" vinte anos após mastectomia bilateral — FICARRA, B. 225

Observações sôbre incontinência urinária ao esfôrço — JEFFCOATE, T. N. A. e ROBERTS, H. 226

Cortisone e gravidez — DE COSTA, E. J. e ABELMAN, M. 227

Leucoplasia da vulva — MILLER, N. F.; RILEY, G. e STANLEY, M. .. 228

Pré-eclampsia-eclampsia não é causa de doença vásculo-renal permanente — DIECKMANN, W. J.; SMITTER, R. C. e RYNKIEWICZ, L. 228

Serviço obstétrico de emergência. Uma revisão de 489 casos na área de Manchester. — DEWHURST, C. J. 229

Câncer do corpo do útero — VAN BOUWDIJK BASTIAANSE, M. A. 230

Aspectos da gravidez prolongada — BLAY, C. C. 231

As obstruções funcionais da trompa, causa de esterilidade ?—PUIGMACIÁ, L. P. 232

Sôbre um tipo de hemorragia tardia nas colpoplastias — ARBAT, J. M. 232

Um sintoma clínico da mola vesicular — ARBAT, J. M. 233

Fibroma bilateral da vulva — BAGNATI, E. P. e BUR, G. E. 233

Significado das hemorragias genitais anormais, depois dos 40 anos de idade. — ARMANDO E. NOGUÉS e ROBERTO ZUZA 234

Fibroadenoma phyllodes incipiente da mama — PROVENZANO, S. D. e GADER, R. 236

Futuro imediato e remoto dos fetos extraídos por operação cesárea tardia — ROSENVASSER, E. B. 236

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

Corioma (mola) e corioblastoma (coriocarcinoma) de característicos peculiares — ZUCKERMANN, C. 237

Agenesia vaginal. Formação de uma vagina com enxertos heteroplásticos homólogos — RAMIREZ, D. 237

Considerações sôbre a tuberculose útero-anexial — GARCIA LOMBARDERO, J. 238

Ensaio de parto dirigido. Resultados. — ROUCHY, R.; COURTILLIE, P. e CREZE 239

Ensaio de tratamento pela para-oxi-propiofenoma nas dores intermenstruais — MATHIEU, J. 240

A propósito de roturas de cicatrizes de histerectomias — CHASTRUSSE 240

Estudo do papel da gonadotrofina luteíno-estimulante sôbre a migração dos espermatozóides — CREZE, J. 241

Sôbre um caso de síndrome de Demons e Meigs — BAUDON, J. 241

Uma rara complicação da mola hidatiforme — THIBAULT DE BEAUREGARD 242

Sôbre a medida da velocidade da circulação venosa, especialmente ao nivel dos membros inferiores. — DOUAY, E. 243

Pode-se evitar o perigo de "trombo-embolia" nas operações ginecológicas? — CHALIER 243

Resultados do tratamento das hemorragias funcionais uterinas pelos estrogênios de síntese — DEMIOT 244

A terapêutica hormonal através os dados da biópsia do endométrio — BÉDRINE 244

Hermafroditismo androginóide — Cl. BÉCLÈRE 244

Parto espontâneo pela vagina artificial — FAUVET, E. 245

Crítica do teste químico da gravidez segundo Richardson — KRAUS, H. H. 246

Sôbre um teste de amenorréia aplicável na Clínica Geral — SCHRAUK, P. 246

O colpopicnograma como método de contrôle à ação do hormônio folicular — ROTH, O. A. 247

Sôbre o valor da irradiação pré-operatória no carcinoma da mama e do colo — KREIBICH, H. 247

Colpofotografias estereoscópicas — GAUSE, R. 248

Determinação dos tipos mais importantes de colpocitograma — NYKLICEK, O. 248

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Fibroadenoma phyllodes incipiente da mama *(Fibroadenoma phyllodes incipiente de la mama)* — PROVENZANO, S. D. e GADER, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:490, Out. 1952).

Os A.A. comunicam um caso de mastopatia fibrosa em mulher virgem de 31 anos, cujo estudo histológico mostra zonas com aspecto que sugere diagnóstico de fibroadenoma phyllodes incipiente.

Admite-se que o tumor phyllodes se desenvolve a custa de um fibroadenoma intracanalicular típico. O comêço da transformação coincide com a degeneração mixomatosa do estroma. As causas da mencionada transformação seriam desconhecidas até o momento.

O caso apresentado permite supor que o fibroadenoma phyllodes possue, desde o início, as características estruturais que lhe são peculiares ou seja sòmente um determinado tipo de fibroadenoma intracanalicular possue, em potência, as indispensáveis condições para o desenvolvimento de um tumor phyllodes — *Luiz Souza Mattos*

Futuro imediato e remoto dos fetos extraídos por operação cesárea tardia *(Porvenir inmediato y alejado de los niños extraídos por operación cesárea tardia)* — ROSENVASSER, E. B. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **10**:495, Out. 1952).

O A., num trabalho dividido em 3 partes, analisa a repercussão do parto prolongado sôbre a criança extraída através cesárea tardia. Em primeiro lugar, estuda o futuro imediato do feto, através 225 histerectomias abdominais praticadas entre 1942 e 1949 no Instituto de Maternidade e Assistência Social Professor "Ubaldo Fernandez", a cargo do Prof. MANUEL LUIS PEREZ, e depois, o futuro remoto de 53 crianças extraídas por cesárea tardia, estudando-os sob o tríplice ponto de vista: clínico, psíquico e eletroencefalográfico, concluindo:

A cesárea tardia não influe no futuro imediato da criança, mas sim em seu futuro remoto ou afastado; 41,50 % das crianças estudadas apresentam taras neurológicas, psíquicas e eletroencefalográficas.

Existe correlação entre a gravidade eletroencefalográfica e o número de horas do trabahlo de parto.

São necessárias novas observações para se obter conclusões definitivas. — *Luiz Souza Mattos*

---

tonite fibro-caseosa reconhece-se como a forma mais grave de tôdas as localizações genitais da tuberculose.

Diz que a endometrite tuberculosa tem merecido atenção de muitos investigadores. Particularmente na II Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Madrid, Cátedra do Prof. BOTELLA LLUSIÁ. Em 40 por cento dos casos de endometrite tuberculosa foi observada a hipoplasia uterina e em 90 por cento a esterilidade é o resultado da endometrite fímica. Em 44 por cento observam-se ciclos unifásicos anovulatórios (BOTELLA) e a mesma em estado de hiperplasia, hipoplasia, atrofia ou destruição caseosa, com conteúdo pobre em glicogênio.

Nas considerações terapêuticas é necessário um tratamento de base e uma conduta condicionada a se tratar de processo agudo ou crônico.

Passa em revista a estreptomicina, o ácido paraaminossalicílico (PAS) combinado à estreptomicina, o TB1, no tratamento da t. g. f., bem como o tratamento cirúrgico da t. útero-anexial.

Resume sua orientação dizendo que chegou à conclusão de que a exérese total dos órgãos afetados produz melhores resultados afastados do que a cirurgia conservadora na cura de enfermidade. E' preciso não esquecer, acentua o A., que semelhante tática implica na castração com tôdas as suas conseqüências bem conhecidas. "Aqui, como em tantas outras situações clínicas, acentua o A., temos de pôr em ação nosso melhor juízo clínico, nossos mais puros sentimentos, valorizando minuciosamente todos os fatôres que concorrem em cada caso." — *A. de Moraes*

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Ensaio de parto dirigido. Resultados. *(Essai d'accouchement dirigé. Résultats.)* — ROUCHY, R.; COURTILLIE, P. e CREZE — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, **9-10**:315, Set.-Out. 1952).

Os A.A. relatam suas experiências em 150 pacientes cujos partos terminaram por via natural. Chegam à seguinte conclusão:

1) Excetuando os casos em que a parturiente chega com dilatação completa, faz-se sistemàticamente, desde a entrada em trabalho de parto, uma injeção de "Spasmalgine". A bôlsa das águas é rompida, se o colo está apagado, dilatação para 3 cms., e boas contrações uterinas. Em condições diferentes a bôlsa é deixada intacta.

2) Os anti-espasmódicos serão repetidos segundo o estado do útero e a intensidade das dores.

3) Uma vez o trabalho bem começado, procede-se a injeção endovenosa de uma mistura de 500 cc. de sôro glicosado isotônico e 5 U. de pós-hipófise.

4) Criar um clima psíquico favorável.

5) Estabelecer ao lado dos dados anatômicos clássicos, um estado psicológico e hormonal da paciente.

Os A.A. ressaltam, ao lado da medicação anti-espasmódica o papel psíquico do parteiro. Facilitar as pesquisas hormonais para a manutenção da gravidez como para o bom desenvolvimento do parto.

Estas regras gerais necessitam de adaptação para cada caso, em função com as condições anatômicas, fisiológicas e psíquicas da parturiente. — *M. Péano*

Ensaio de tratamento pela para-oxi-propiofenoma nas dores intermenstruais *(Essai de traitement par la para-oxy-propiophénone des douleurs inter-menstruelles)* — MATHIEU, J. — (*Rev. Fr. de Gyn. et Obst.*, **9-10**:320, Set-Out. 1952).

Trata-se de uma experiência terapêutica praticada com a "para-oxi-propiofenona" em 25 pacientes sofrendo de dores intermenstruais nítidas, com ou sem lesão anexial crônica. Obteve-se melhoras das mais importantes: houve 3 fracassos, 20 melhoras importantes e 5 melhoras discretas. Esta terapêutica é considerada pelo A. como a preferida nas dores chamadas de ovulação em tôdas as pacientes em que não se aplicam, por diversos motivos, os androgênios. O A. a considera também como uma terapêutica secundária após fracasso do tratamento hormonal, antes mesmo de qualquer tratamento cirúrgico. — *M. Péano*

A propósito de roturas de cicatrizes de histerotomias *(A propos des ruptures de cicatrices d'hystérotomies)* — CHASTRUSSE — (*Rev. Fr. de Gyn. et Obst.*, **9-10**:326, Set.-Out. 1952).

O A., tendo observado em alguns meses, 3 deiscências de cicatrizes de histerotomia, chega após revisão da literatura especializada neste assunto, às considerações seguintes:

1) Não se deve praticar cesariana sem uma indicação segura.

2) Deve-se escolher a cesariana antes do sofrimento fetal ou da infecção materna.

idade em amenorréia primária, de constituição feminina normolíneo (mamas normais, sistema piloso normal, clitoris um pouco aumentado). Ao toque retal: ausência dos órgãos genitais.

A paciente tinha sido operada de uma hérnia inguinal esquerda e de uma hérnia inguinal direita. Nesta última intervenção encontrou-se um órgão herniado considerado como um ovário, o qual extirpado, revelou ser ao exame histológico, constituído por um tecido semelhante ao testicular. Sob influência de um tratamento pelos estrogênios, apareceu posteriormente na região inguinal esquerda uma pequena massa tumoral, sensível.

Os exames complementares realizados apresentaram: esfregaços vaginais hipoestrogênicos leves (acíclicos); as dosagens hormonais: Gonadotrofinas urinárias 96 U. I., estrogênios 130 U. C., 17-cetoesteróides 12,6 mgrs., e Pregnandiol menos de 1 mgr.

No segundo caso trata-se de uma paciente de 55 anos de idade em amenorréia primária, apresentando uma grande tumoração no hipocôndrio esquerdo (mamas pequenas, sistema piloso normal, ausência dos órgãos genitais). Numa das regiões inguinais encontrou-se uma pequena tumoração, sensível à palpação. De outro lado, uma cicatriz lembrava uma ablação feita hà anos, de uma tumoração semelhante. Os cortes histológicos dêste tumor revelaram um tecido maligno semelhante ao dos tumores malignos do testículo (seminoma).

O A. considera os dois casos como síndrome de pseudo-hermafroditismo androginóide. Explica o mecanismo destas anomalias congênitas do seguinte modo: inicialmente, no embrião, produz-se uma anomalia no desenvolvimento da eminência genital, resultando uma glândula genital anormal, parcialmente testicular e parcialmente ovariana. Esta glândula anormal segue a descida normal do testículo, porém pára anormalmente no canal inguinal. A atividade androgênica atrofia os canais de MULLER e impede o desenvolvimento da trompa e do útero. A atividade estrogênica permite o desenvolvimento das mamas e dos caracteres femininos ectodérmicos. — *M. Péano*

GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE

Parto espontâneo pela vagina artificial *(Spontangeburt durch eine plastisch gebildete Vagina)* — FAUVET, E. — *(Geburtsh. u. Frauenhk.*, **12**:904, 1952.

Após um histórico dos métodos cirúrgicos para cura da aplasia total ou parcial da vagina, o A. cita detalhes interessantes das publicações de WAGNER, SCHUBERT e outros sôbre o assunto, com exposição sôbre os problemas de diagnóstico diferencial pré-operatório

e pela laparotomia exploradora. Opina que para a garantia de procriação em casos de malformação semelhante é indispensável: 1) ausência completa do útero ou presença rudimentar de 2 cordões pares, faltando por completo nestes casos o colo e a vagina; 2) casos em que ocorre a solda dos dutos de MÜLLER, com formação de útero sem colo e vagina; e 3) o útero possue um colo pequeno canalizado, que desemboca num saco de vagina fechado.

Os problemas oriundos da aplasia completa (grupo 1) o A. não discute, lembrando os trabalhos do simpósio de KRAATZ, nos casos do grupo 2 o problema máximo não é apenas a formação de uma vagina, e sim a formação de um colo canalizado e epidermizado, citando os esforços coroados de êxito de BUMM e OTTW quando fizeram o tratamento cuidadoso e ponderado de WARNEKROS, no pós-operatório. Neste trabalho cita um caso seu do grupo 3 na qual pretendia, em menina de 15 anos, fazer uma plástica de vagina por meio dos pequenos lábios, técnica por muitos tida como sendo de GROSSWANN. Encontrou, quando abrira o espaço para a vagina, depois de 5 cm., a parte superior da vagina cega, e um colo bem conformado. Depois de abrir a vagina, fixou os pedículos dos pequenos lábios aos bordos da vagina, o pós-operatório decorreu sem complicação, tendo a menina alta com uma vagina permeável para 2 dedos. Ano e meio depois esta cliente deu à luz espontâneamente a uma criança de 3.670 g, sem laceração da vagina. Tece em seguida considerações em tôrno do caso no particular. — *H. Stoltz*

ZENTRALBLATT FUER GYNAEKOLOGIE

Crítica do teste químico da gravidez segundo Richardson
(Zur Kritik des chemischen Richardsonschen Schwangerschaftstestes) — KRAUS, H. H. — (*Zentralbl. f. Gyn.*, **74**:1527, 1952).

Após descrever os pormenores da técnica do método original, relata o A. os resultados conseguidos com a aplicação do mesmo. São decepcionantes e não alcançam nem de longe as cifras favoráveis descritas por RICHARDSON. A reação foi freqüentemente positiva em mulheres não-grávidas e na urina de homens. — *J. P. Rieper*

Sôbre um teste de amenorréia aplicável na Clínica Geral
(Über einen in der Allgemeinpraxis anwendbaren Amenorrhoetest) — SCHRAUK, P. — (*Zentralbl. f. Gyn.*, **74**:1569, 1952).

O A. propõe um procedimento clínico para esclarecimento do tipo de determinada amenorréia. Começa por aplicar 30 mgr. de

Ano XVIII MAIO DE 1953 Vol. 35 - N.° 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Maio de 1953 | Vol. 35 — N.º 5

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Um caso de pré-eclampsia grave com hemorragia cérebro-meningéia. Cesariana baixa. (Comunicação de um caso clínico)—DR. ISMAR PINTO NOGUEIRA 249

Dados estatísticos da Clínica Obstétrica do Hospital General Vargas, durante o ano de 1951—DR. J. J. PIZARRO e DR. MARIO LEITE 263

EDITORIAL

Síndrome de Stein-Leventhal 273

NOTAS E COMENTÁRIOS

Sétimas Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia 277

Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (Cátedra do Prof. José Medina) 278

Complicações da cirurgia pélvica 278

Incontinência urinária ao esfôrço 279

Novos internos na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina 280

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Lições de Clínica Obstétrica — CLOVIS CORRÊA DA COSTA 281

Arquivo de Patologia — F. GENTIL e TOSCANO RICO 282

Revista Clínica do Instituto Maternal 282

Die Zusammenarbeit des geburtshelfers, des Kinderarztes und des Serologen bei der Prophylaxe und Therapie der Neugeborenen-Erythroblastose. — PROF. P. DAHR, PROF. K. SCHAFER, PRIV. DEZ. A. STADTMUELLER 283

Klinische Vorlesungen — PROF. DR. WALTER STOECKEL 284

Recopilación Bibliográfica Nacional 284

Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo 285

El Arte de la Expresion Médica — JOSÉ A. AGUERRE 286

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

TRABALHOS ORIGINAIS

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO
CLÍNICA OBSTÉTRICA
CHEFE DO SERVIÇO: DR. WALDIR G. TOSTES
RIO DE JANEIRO - D. F.

UM CASO DE PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE COM HEMORRAGIA CÉREBRO-MENINGÉIA. CESARIANA BAIXA. *

(Comunicação de um caso clínico)

DR. ISMAR PINTO NOGUEIRA
Livre docente de Clínica Obstétrica da Universidade do Brasil.
Chefe de Clínica do Serviço de Obstetrícia do H. S. E.

A observação de um caso de hemorragia cérebro-meningéia, no curso de pré-eclampsia grave, verificado na Clínica Obstétrica do H. S. E., vem descrita abaixo.

L. R. F., branca, casada, portuguêsa, 30 anos de idade, examinada pela primeira vez em 6-7-49; n.º de registro 45.344.

Antecedentes familiares — Mãe viva e sadia. Pai falecido de gangrena (sic). Possui 9 irmãos vivos e sadios.

Antecedentes pessoais — Refere-se apenas às doenças habituais da infância.

História genital — Menarca aos 12 anos. Ciclo: 3 a 4/30, eumenorréico. Partos: nenhum. Abortos: 1, provocado no primeiro trimestre. Últimas regras: 24-11-48.

Data provável do parto: 24 de agôsto a 6 de setembro de 1949.

História da gravidez atual — Está evolvendo normalmente.

Exame geral — Pêso 62 quilos. Altura 1,53 m. Estado físico: bom. Nutrição: boa. Dentes: tratados.

Pelvimetria: B.E: 26; B.C.: 28; S.P.E.: 20.

Abdome: Útero com o fundo a 30 cms. do púbis. Feto em situação longitudinal. Apresentação cefálica. Foco máximo de batimentos fetais no Q.I.E.

Mamas: Túrgidas. Presença de tubérculos de Montgomery.

Diagnóstico — Gestação tópica no 7.º para 8.º mês.

---

* Trabalho comunicado na 21.ª reunião geral do Centro de Estudos do H. S. E., em 5 de agôsto de 1950.

Observação — A paciente fôra atendida no Ambulatório de emergência, quando foram pedidos os seguintes exames: reações sorológicas de lues, no sangue, e exame parcial de urina. Os resultados foram êstes:

1) Reações de Wassermann, Kahn e Kline: negativas (6-7-49).
2) Urina: volume 40 cc.; reação ácida; côr amarelo-citrina; vestígios de albumina e, no sedimento, presença de células e leucócitos.

Retornou em 7-8-44 e nesse dia o exame revelou: F.U. a 33 cms. do púbis; feto em apresentação cefálica, foco máximo no Q.I.E. Pêso 63.700 gr. T.A.: 180 x 120. O médico do ambulatório recomendou alimentação com pouco sal e repouso. Receitou injeções intramusculares de Sulfanesion e injeções venosas de glicose a 50 %.

No dia 14-8-49 a gestante compareceu ao nosso Serviço às 20 e 30 minutos e o médico de plantão, se bem que não a encontrasse em trabalho de parto, resolveu interná-la, porque apresentava sintomatologia de eclampsismo: cefaléia, tonteiras, epigastralgia; tensão arterial: Mx. 185 e Mn. 125. Ausência de edemas. Foi medicada da seguinte maneira: sôro glicosado a 50 % — 40 cc. por via venosa; sulfato de magnésio a 10 % — 10 cc. por via venosa e um comprimido de 0,10 de gardenal. Às 22,40 a paciente acusou vômitos. Foi-lhe administrado 20 gotas de Atroveran.

15-8-49 — 1 hora: A tomada da tensão arterial acusou Mx 200 e Mn 100 (Tycos). Vômitos sanguíneos. O médico de plantão mandou, então, aplicar uma ampola de Sedol por via intramuscular, na paciente, que adormeceu. Às 8 horas a doente estava sonolenta, acusando tonteiras, cefaléia e informava que não estava vendo as pessoas em volta e a tensão arterial encontrava-se em Mx 200 e Mn 120. Foi medicada novamente com 500 cc. de sôro glicosado hipertônico, por via venosa, gôta a gôta; 10 cc. de sulfato de magnésio por via venosa e um comprimido de gardenal de 0,20 g.

Às 11 horas, apesar de tôda esta medicação, a paciente não acusou melhoras e a tensão arterial ascendeu para Mx 230 e Mn 120. Nesta ocasião, verificou-se haver hemiparesia direita. Foi indicada, então, a operação cesariana, que haveria de ser realizada com o emprêgo da anestesia local, diante do agravamento do quadro e estado do estupor.

Boletim operatório

Diagnóstico pré-operatório: Pré-eclampsia grave.

Indicação terapêutica: Esvaziamento uterino (feto e anexos).

Complicações pré-operatórias: Hemiparesia direita flácido-espasmódica.

Condições pré-operatórias imediatas: Estado físico: bom. Psiquismo: estado de estupor. Estado de nutrição: bom. Temperatura axilar: 36°,3. Pulso radial: 94 batimentos por minuto. Excursões respiratórias: 30 por minuto. T. A.: Mx 140 e Mn 120.

Intervenção

Início: 12,15 horas. Fim: 14 horas. Duração: 1 hora e 45 minutos. Operador: Dr. Ismar Pinto Nogueira. Auxiliar: Dr. Euvaldo Rodrigues Lima Tanajura. Anestesia: loco-regional. Anestesista: o cirurgião. Anestésico: Solução de novocaína a 1 %. Acidentes e medicação durante a intervenção. Foi feita uma ampola de Methergin por via venosa.

Condições ao sair da sala — Estado geral: mau. Temperatura axilar: 36°,5. Pulso: 100 batimentos por minuto. Excursões respiratórias: 30 por minuto. Tensão arterial: máxima 140 e mínima 120.

Relato da Intervenção:

1) A anestesia loco-regional empregada foi a de Beck modificada por Luiz Alfredo Corrêa da Costa e foi satisfatória.

2) A técnica cirúrgica usada foi a de Kerr.

3) Drenagem subcutânea com um tubo de Penrose.

4) A criança, que nasceu, era do sexo feminino, gritou logo após a remoção das mucosidades, pesou 2,495 g. e tinha 50 cm. de comprimento.

SEQÜÊNCIA

16-8-49 — Estado de obnubilação. Incontinência urinária. T. A.: Mx 110, Mn 80 (Tycos). Pulso 90.

17-8-49 — Foi examinada pelo neurologista, que a encontrou na situação de diagnosticar um edema cerebral no curso de surto hipertensivo com efusão sanguínea, sub-aracnoidéia; o cardiologista, que a viu, informou-nos que o eletrocardiograma revelara uma isquemia da parede posterior do miocárdio e o oftalmologista nos disse existir uma retinopatia ângio-espástica. Além da medicação rotineira do pós-operatório da cesariana, acrescentou-se o uso de Sulfanesion 1 ampola por via intramuscular, duas vêzes ao dia; rutina, por via oral, 4 comprimidos ao dia; sôro glicosado hipertônico por via venosa e aminofilina por via venosa.

17-8-49 — Continua obnubilada. T. A.: 150 e 100. Pulso 88. Às 18,30 foi colocada na tenda de oxigênio.

18-8-49 — Continua torporosa. T. A.: 150 e 110. Ventre flácido e depressível. Retirado o dreno de Penrose. Continua na tenda de oxigênio. Persiste a medicação anterior.

19-8-49 — Torporosa. T. A.: 140 x 90. Pulso 96. Incontinência urinária. Continua com a mesma medicação acrescida de papaverina, 1 ampola intramuscular, de 12 em 12 horas. Os soros isotônicos que vinham sendo administrados foram suspensos porque a coxa e perna direitas apresentavam-se edemaciadas, dando-nos a impressão de que o sôro não estava sendo reabsorvido. A muito custo a paciente começa a deglutir alguns goles de leite, por insistência cuidadosa das enfermeiras.

20-8-49 — Persiste o mesmo estado de torpor. Incontinência urinária. O edema da coxa e perna direitas está em regressão. Deglute um pouco de leite. T. A.: 138 x 88. Pulso: 96. Como estivesse muito deshidratada, foi administrado, à tarde, 500 cc. de sôro glicosado isotônico por via intramuscular.

21-8-49 — Continua o torpor, a deglutição é difícil.

Está na tenda de oxigênio. Tensão arterial: 150 x 110.

22-8-49 — Os pontos da incisão da laparotomia são retirados e verifica-se boa cicatrização. Drena um pouco de serosidade no ângulo inferior da cicatriz. Estuporada. T. A.: 140 x 80. Pulso com 88 batimentos por minuto. Recusa os alimentos que lhe são apresentados. Está muito prostrada.

23-8-49 — Continua no mesmo estado e a paciente não mais deglute. T. A.: 150 x 90. Pulso com 100 batimentos por minuto. O útero encontra-se aumentado de volume e desviado para a direita. A temperatura axilar, que se vinha mantendo normal, começou a ascender a partir do dia 21 e desde então tem-se conservado acima de 38°. Está sendo administrada a mesma medicação. Tenda de oxigênio; penicilina 100.000 U. O. de 4 em 4 horas; sôro glicosado isotônico 500 cc., por via intramuscular, duas vêzes ao dia; gardenal, 1 comprimido de 0,10, à noite.

24-8-49 — Continua prostrada. Persiste a hipertermia (38°,6). A deglutição de líquidos quase não se faz pois a recusa é impertinente. T. A.: 150 x 96. Pulso com 120 batimentos por minuto. Realizamos um exame ginecológico que revelou o seguinte: útero aumentado de volume e amolecido. Ao

nível no fundo-de-saco vaginal direito e dirigindo-se para a parede lateral direita da vagina palpa-se uma resistência linear saliente de cêrca de 5 cms. de comprimento. Suspeitamos de um processo de tromboflebite pélvica. Solicitamos a presença dos neurologistas que examinam a paciente e executam na mesma uma punção lombar. Relato dêsse ato: "Puncionada às 16 horas. Posição deitada — cabeça mais baixa que o corpo. Tensão do líquido: 18 cms. (manômetro de Fleischer), líquor caindo gôta a gôta, de aspecto sanguinolento (colhido em 2 tubos). Quantidade retirada: 8 cms., aproximadamente. Foram solicitados os exames habituais."

25-8-49 — Está melhor. Movimenta o pescoço com mais facilidade. Tem tido apetite e deglute os alimentos (líquidos, geléias e pastas). O pulso com 110 batimentos por minuto. T. A.: 140 x 90. Continua na tenda de oxigênio; injeções intramusculares de 100.000 U. O. de penicilina de 3/3 horas; injeções intramusculares de cloridrato de papaverina (0,03) de 12/12 horas; sôro glicosado subcutâneo 500 cc. duas vêzes ao dia; sôro fisiológico, 500 cc., subcutâneo, uma vez ao dia.

26-8-49 — Passou bem êste dia. Está inapetente; gemeu durante tôda a noite. Foi retirada da tenda de oxigênio.

27-8-49 — O neurologista que a visitou encontrou a hemiparesia em regressão e a rigidez da nuca menos acentuada. Aconselhou retornar ao uso do Rutinol na dose de 4 comprimidos ao dia. Pulso com 100 batimentos por minuto; temperatura: 38°,2. T. A.: 135 x 80. Como não tem evacuado, mandamos fazer uma lavagem intestinal que não surtiu efeito satisfatório.

28-8-49 — Passou bem o dia mas gemeu durante tôda a noite e dormiu pouco.

29-8-49 — A paciente recusa os alimentos e não responde ao que se lhe pesgunta. Agitou-se no início da noite e caiu da cama às 21,30. Foi-lhe aplicada, por via intramuscular, o conteúdo de uma ampola de 0,10 de gardenal.

30-8-49 — Pouco dormiu na noite passada. Às 3 horas foi necessário aplicar nova ampola de 0,10 de Gardenal. Fizemos novo exame genital e suspeitamos de uma tromboflebite pélvica. Solicitamos o concurso do clínico que, após o seu exame, pediu várias pesquisas de laboratório e indicou o uso da estreptomicina na dose de 2 gramas nas primeiras 24 horas e depois 1,50 cada dia. Mandamos administrar 4 colheres de sopa de leite de amgnésia.

31-8-49 — Apresenta melhor apetite. T. A.: 140 x 80. A temperatura axilar às 16 horas atingiu a 39°,6. Receitamos, como laxativo, 4 comprimidos de Neolaxan. O exame do oftalmologista revela: "Desaparecimento das hemorragias, dos espasmos locais, persistência de moderado engurgitamento venoso, e edema da papila esquerda, arteríolas moderadamente estreitadas. Diminuição do edema do polo posterior do ôlho direito. O bordo nasal da papila (O. D.) está levemente turvo".

1-9-49 — A tensão arterial caiu para 110 x 70. Evacuação intestinal abundante. A temperatura axilar ascendeu a 38°,5 às 16 horas. Suspendemos a penicilina persistindo, todavia, o uso da estreptomicina. Melhorou da incontinência urinária a partir desta data.

1-9-49 — Desta data em diante normalizou-se a tensão arterial da paciente e o quadro térmico apresentou pequenas alterações. Terminou o uso da estreptomicina em 9-9-50. Do dia 10-9-49 a 15-9-49 fêz uso de Sulfatalidina na dose de 2 comprimidos de 6 em 6 horas. No dia 14-9-49 foi reexaminada por nós e observamos estar o útero de volume normal e em retroversão. O espessamento linear da parede lateral direita da vagina diminuira e só se o verifica no têrço superior.

A hemocultura foi repetidamente negativa e a reação de Widal nada assinalou.

Desde o dia 2-9-49 até o dia da alta fêz uso de medicação tônica e antianêmica. Sentou-se em 10-9-49 e iniciou o uso de massagens leves no membro

inferior direito. Levantou-se em 23-9-49 e teve alta em 27-9-49 com regressão da hemiparesia direita; persistiu, porém, certo grau de afasia amnéstica.

Pareceres clínicos

Clínica Cardiológica (10-8-49) — A paciente estava em tratamento no ambulatório de obstetrícia com cifras de T. A. de 130 x 70 no mês passado. Foi internada neste hospital em 14-8-49 às 21 horas com o diagnóstico de toxemia gravídica, tendo sido operada ontem de cesariana. A sua tensão arterial, quando internou-se, era 200 x 100.

Encontrâmo-la sonolenta e sem nada informar. Pulso: 92 batimentos por minuto, regulares. Pressão arterial: 110 x 80. Sôpro sistólico na ponta e no foco pulmonar com P 2 acentuado.

O eletrocardiograma sugere isquemia da parede posterior que deverá ser controlada com traçados evolutivos.

17-8-49 — Encontrâmo-la ainda mais torporosa com hemiparesia esquerda. Pulso de 132, regular e cifras de T. A. de 140 x 100. O exame do fundo de ôlho mostra sinais de retinopatia ângio-espásticca (AoH2).

Sugerimos seja a paciente colocada em tenda de oxigênio e lhe seja administrada aminofilina venosa muito lentamente além de sôro glicosado hipertônico conforme está prescrito.

Relatório da Seção de Eletrocardiografia — Foram feitos traçados no período de 16-8-49 a 21-9-49, tendo-se registrado alterações diversas principalmente no segmento S. T. e da onda T que permitiram evidenciar de modo indiscutível o comprometimento miocárdico nessa paciente. No 1.º traçado (16-8-49) observa-se onda T difásica (+ —) em D 3 e V. F. além de uma onda S profunda em V 1 (moderada hipertrofia esquerda ?) com onda T positiva em tôdas as posições precordiais. Dois dias após (18-8-49), registrava-se grande diminuição de amplitude de T em VL; em D 3 e V F essa deflexão tornou-se positiva. No dia 20-8-49 persistiam essas alterações gráficas tendo-se registrado as derivações precordiais altas (não apresentadas em fig.) que não deram maiores esclarecimentos.

Acreditamos que estas modificações do eletrocardiograma podem ser interpretadas como indicactivas no 1.º traçado de uma lesão da parede posterior seguida de um comprometimento da parede anterior do ventrículo esquerdo a qual neutralizou os efeitos da primeira. Em 25-8-49 registramos grande aumento de amplitude da onda T, principalmente nas derivações precordiais a partir de V 2, o que associado a maior inversão de T em V R (potencial intra-cavitário) sugere fortemente uma isquemia sub-endocárdica da parede anterior, tendo em vista principalmente a regressão dessas alterações em traçado subseqüente (27-8-49). Neste último dia assinalou-se ainda inversão de T em V 1 e D 3. Cêrca de um mês após (21-9-49) a configuração do traçado era pràticamete normal (30-9-49). — *Dr. Aarão Benchimol*

Clínica Oftalmológica (17-8-49) — 1) Arteríolas moderadamente estreitadas. 2) Moderado engurgitamento venoso. 3) Múltiplos e intensos espasmos arteriolares focais (em setor). 4) Edema da retina ao nível do polo posterior. 5) Raias hemorrágicas superficiais nas proximidades da papila esquerda. 6) Cruzamentos normais.

Conclusão: Retinopatia angiospástica. — *Dr. Ruy Fernandes.*

31-8-49 — 1) Arteríolas moderadamente estreitadas. 2) Moderado engurgitamento venoso. 3) Desapareceram os espasmos focais. 4) Diminuição do edema do polo posterior do ôlho direito. O bordo nasal da papila (O. D.) está levemente turvo. 5) Edema da papila esquerda. 6) Desapareceram as hemorragias. 7) Cruzamentos normais.

2-9-49 — 1) Acentuada diminuição do edema papilar.

Clínica Neurológica (17-8-49) — Paciente grandemente obnubilada reage aos excitantes cutâneos satisfatòriamente. A observada exibe uma hemiparesia direita flácido-espasmódica. Reflexos profundos no dimídio direito universalmente exagerados. Fenômeno de Babinski pela manobra clássica (a D.). Esbôço de clono do pé. Hemi-face direita com fenômeno parético (paralisia facial direita do tipo central supra-nuclear).

No dimídio E., observamos vivacidade dos reflexos profundos sem contudo sinais denunciadores de lesão piramidal. Rigidez de nuca: Kernig e Brudzinski presentes. Estas manobras despertam na paciente esgares dolorosos. Impressão: possìvelmente a paciente exibiu um quadro de edema cerebral na vigência do surto hipertensivo com fenômenos de efração sanguínea subaracnoidéia. Pensamos ser bastante interessante tentar o emprêgo de substância a base de Rutina, soluto glicosado hipertônico (50 %) venoso, 40 cc., duas vêzes ao dia; Sulfanesion, ampolas intramusculares, 2 por dia. Manter o uso dos barbitúricos. Novocaína a 1 % endovenosa.

18-8-49 — Sugerimos o emprêgo de ampolas de Papaverina (2 ao dia) no espaço de 12 em 12 horas.

22-8-49 — Sugerimos retirar da medicação o Rutinol.

30-10-49 — Atualmente: hemiparesia direita e discretos fenômenos afásicos com componentes nominais. a) Hipotonia discreeta à direita. b) Esbôço de clono no pé direito. c) Equivalente ao M. Bechterev na mão direita. d) Hoffmam na mão direita. e) Discreta diminuição da fôrça muscular à direita. f) Afasia predominantemente nominal.

Pressão: Máxima 12; Mínima 6 ½. — *Dr. Thomaz de Almeida Brumm.*

Clínica Médica (30-9-49) — Examinamos a paciente fazendo uma revisão dos diferentes elementos de evolução do caso, incluindo pareceres anteriores, exames complementares, etc.

A hipótese de um quadro febril por efeito da hemorragia cérebro-meningéia parece mais remoto em virtude da regressão que vêm tendo os sintomas neurológicos.

Por outro lado, o exame físico da paciente não fornece elementos de localização do processo infeccioso, salvo a suspeita de flebite pélvica sugerida pelo exame ginecológico (Dr. Ismar). Enquanto não se realizarem os exames para esclarecimento completo, sugerimos que se acrescente a estreptomicina: 1 gr. de 12 em 12 horas nas primeiras 24 horas e depois 0,75 de 12 em 12 horas.

Exames complementares indispensáveis:

1) Hemograma completo e pesquisa de hematozoários. Hemossedimentação. 2) Hemocultura para germes piogênicos e do grupo coletífico. 3) 3) Telerradiografia dos campos pleuro-pulmonares. 4) Reação de Widal. — *Dr. Rodrigues da Silva.*

5-9-49 — Aguardamos os resultados dos exames. Continuar com a mesma medicação.

Exames complementares

A. *Telerradiografia dos campos pulmonares:* 17-6-49 — normal. 318.-49 — normal.

B. *Sangue:* 1) Reações sorológicas de lues: Wasserman, Kahn e Kline: negativas (6-6-49). 2) Hematologia (17-8-49): Hematias, 3.200.000. Hemoglobina, 61 % Sahli. 19-8-49: Sangue total — 1051,5. Plasma — 1027,5 Proteínas totais: 7 gr.%. Hemoglobina: 11,8 ou 82 %. Hematócrito: 38,5 %.

Hemograma (30-8-49) — Hematias: 3.020.000 m.3. Hemoglobina: 52 %. Valor globular: 0,86. Anisocitose: sim. Anisocromia: sim. Pecilocitose: não. Leucócitos: 9.100. Mielócitos: 0. Metamielócitos: 0. Bastonetes: 4. Seg-

mentados: 66. Neutrófilos totais: 70. Linfócitos: 27. Monócitos: 1. Eosinófilos: 2. Basófilos: 2.

Observações: Acentuada policromatofilia, numerosas hematias com granulações tóxicas e leucócitos com vacúolos citoplasmáticos.

10-9-49 — Hematias: 4.300.000. Hemoglobina: 70 %. Valor globular: 0,82 %. Anisocitose: sim. Anisocromia: sim. Pecilocitose: ligeira. Leucócitos: 7.000. Mielócitos: 0. Metamielócitos: 3. Bastonetes: 16. Segmentados: 49. Neutrófilos totais: 68. Linfócitos: 25. Monócitos: 6. Eosinófilos: 1. Basófilos: 0.

Observação: Ligeira policromatofilia.

Exame químico: 15-8-49 — Uréia, 50 mgs.%; Glicose, 138 mgs.%. 24-8-49 — Uréia, 70 mgs.%; Creatinina, 1,4 mgs.%. 30-8-49 — Uréia, 20 mgs.%; Creatinina, 1,1 mgs.%.

Hemossedimentação: 31-8-49 — 1.ª hora 45 mm.; 2.ª hora 90 mm. Índice de Katz: 45 mm.

Reação de Widal (15-9-49) — Títulos: 1/150, 1/100, 1/200. Tifo O: negativo. Tipo H: positivo 1/200. Paratifo AH: negativo. Paratifo BH: negativo.

Hemocultura:

2-9-49 — Resultado com 24 e 48 horas: ausência de germes.

6-9-49 — Com 7 dias: ausência de germes.

13-9-49 — Com 14 dias: ausência de germes.

1-10-49 — Com 30 dias: resultado final — ausência de germes.

C. *Líquido céfalo-raquidiano:*

1) 24-8-49 — Dosagem de cloretos e da glicose: Cloretos, 790 mgs.%; Glicose, 55 mgs.%.

2) 25-8-49 — Bacterioscopia e cultura: Ausência de germes. Cultura em agar sangue glicosado: Ausência de germes.

3) 26-8-49 — Reação de Wassermann: Anti-complementar.

D. *Urina:*

8-6-49 — Parcial.

Vol.: 40 cc. Densidade: prejudicada. Côr: amarelo-citrina. Reação: ácida. Elementos anormais: vestígios de albumina.

15-8-49 — Parcial.

Vol.: 120 cc. Densidade: 1013. Côr: amarelo-âmbar. Reação: ácida. Albumina: presente 1 %. Glicose: presente 12,50. Pus: ausente. Sedimento: células raras. Cilindros hialinos: raríssimos.

10-8-49 — Parcial.

Vol.: 100 cc. Densidade: 1022. Côr: amerelo-âmbar. Reação: ácida. Albumina: traços leves. Ácidos biliares: vestígios. Pus: vestígios. Sedimento — células: algumas, piócitos alguns, hematias raras.

17-8-49 — Vol.: 120 cc. Densidade: 1019. Côr: amarelo-citrina. Reação: ácida. Albumina: sim. Glicose: sim, 1,50 %. Sedimento: células, algumas; piócitos, raros. Cilindros hialinos: alguns. Cilindros granulosos: alguns.

18-8-49 — Albuminúria. Albumina: traços indosáveis.

18-8-49 — Vol.: 100 cc. Densidade: 1018. Côr: amarelo-âmbar. Reação: ácida. Albumina: vestígios. Pigmentos biliares: vestígios. Urobilina: levemente aumentada. Sedimento: células: algumas. Leucócitos: alguns.

23-8-49 — Vol.: 240 cc. Densidade: 1020. Côr: amarelo-âmbar. Glicose: vestígios. Sedimento. Células: sim; leucócitos: alguns; hematias: raras; cilindros hialinos: sim. Presença de granulações de uratos amorfos.

27-8-49 — Vol.: 200 cc. Densidade: 1024. Côr: amarelo-âmbar. Reação: ácida. Albumina: traços acentuados. Glicose: vestígios. Sedimento — células: raras. Leucócitos: raros.

30-8-49 — Vol.: 80 cc. Densidade: 1013. Côr: amarelo-citrina. Reação: ácida. Albumina: traços acentuados. Urobilina: ligeiramente aumentada. Células: raras. Leucócitos: raríssimos.

E. *Exame Coprológico* (2-9-49) — Caracteres e exame microscópico.

Côr: parda. Cheiro: inodoro. Forma: pastosa. Reação: normal. Consistência: normal. Muco: não. Restos alimentares vegetais: normal. Restos alimentares animais: normal. Elementos de origem intestinal: normal. Concreções: não.

Sangue (ex quim): não.

Exame microscópico — Restos alimentares vegetais: normal. Restos alimentares animais: normal. Elementos intestinais: normal. Protozoários: não. Cistos: não. Helmintos: não Ovos: não.

Comentários sôbre o caso

Trata-se de uma nulípara que fêz um tratamento pré-natal irregular, tendo comparecido apenas a uma consulta após a matrícula no hospital. Nesta consulta, em 7-8-49, comprovou-se que a gestação estava no 9.º mês e havia uma alteração da pressão arterial. O médico recomendou repouso, dieta hipocloretada e receitou injeções de glicose a 50 %, por via venosa.

Sete dias após, a paciente retornou ao hospital e foi internada imediatamente em virtude de sinais de pré-eclampsia grave: cefaléia, tonteiras, epigastralgia e tensão arterial de Mx 185 e Mn 125. Não estava em trabalho de parto. A despeito da intensiva medicação realizada, a tensão arterial ascendeu aos seguintes valores: Mx 230 e Mn 120, quinze horas depois de sua admissão. Neste momento, verificou-se hemiparesia direita flácido-espasmódica.

Dada a gravidade do caso, foi feito o esvaziamento uterino por meio de uma cesariana abdominal, realizada com anestesia local. Na seqüência imediata observou-se uma queda da tensão arterial para Mx 110 e Mn 80 no dia 16-8-49. Após a operação, permaneceu inconsciente e em estado de torpor.

A partir de 16-8-49 teve assistência do neurologista, do cardiologista e do oftalmologista. Os dados obtidos pelo eletrocardiograma evidenciaram comprometimento do miocárdio e isquemia subendocárdica da parede anterior do ventrículo esquerdo. Houve regressão completa destas alterações e, em 21-9-49, o eletrocardiograma era normal.

O oftalmologista encontrou o quadro típico de uma retinopatia angioespástica que sofreu remissão completa no correr do tempo.

O evolver do caso, conforme está descrito, foi dos mais acidentados. A paciente permaneceu nove dias em estupor, esteve nove dias na tenda de oxigênio e ficou dezessete dias em incontinência urinária.

Certos aspectos desta grave seqüência merecem especial destaque em virtude da relação com os distúrbios nervosos. A tensão arterial, que caira no dia imediato à intervenção, voltou a se elevar no segundo dia de pós-operatório a Hx 150 e Mn 100. No dia 23-8-49, sete dias após a intervenção, a temperatura axilar ascendeu a 38° e a tensão arterial atingiu os seguintes valores: Mx 150 e Mn 90. A prostração tornou-se intensa a partir desta data, persistindo a hipertermia.

A suspeita de uma tromboflebite pélvica, dado o achado no exame ginecológico, não pôde, todavia, ser confirmada de modo definitivo. Em 24-8-49 a punção lombar revelou a presença de líquido sanguinolento e a paciente melhorou após a punção. Voltou a deglutir e a movimentar o pescoço com mais facilidade. Em 27-8-49 a hemiparesia entrou em regressão.

Nos dias 28 e 29-8-49 a paciente esteve agitada e caiu da cama. A hipertermia persistiu por alguns dias e só cedeu após evacuação intestinal abundante. Em 1-9-49 a tensão arterial normalizara-se definitivamente e a temperatura começou a declinar.

Os sintomas nervosos verificados permitem o diagnóstico de hemorragia cérebro-meningéia, uma vez que estavam presentes: a rigidez da nuca, os sinais de Kernig e Brudzinski, assim como a hemiparesia direita flácido-espasmódica. A impressão do neurologista é de que o acometimento cerebral deveria ter tido sua provável localização na cápsula intensa ou na zona sub-cortical. Afasta-se a possibilidade de acometimento da cortiça cerebral, dada a ausência de crises convulsivas.

A hemiparesia que se manifestou no dia da intervenção (15-8-49), quando a tensão arterial ascendera a níveis bem altos (230 x 120), e o reagravamento dos distúrbios nervosos a partir de 23-8-49, com tensão arterial de Mx 150 e Mn 90, prostração, rigidez da nuca, dificuldade de deglutição; sintomas êstes que regrediram após a punção lombar, fazem supor que a paciente tenha tido dois surtos hemorrágicos na zona do cérebro e meninges, na vigência das crises hipertensivas assinaladas — 15-8-49 e 23 a 24-8-49.

A paciente sentou-se em 10-9-49, vinte e cinco dias após a operação. Levantou-se em 23-9-49, trinta e oito dias depois do ato cirúrgico. Teve alta em 27-9-49 e permaneceu quarenta e quatro dias no nosso Serviço.

Foi revista em 3-10-49. Persistia ainda a hemiparesia direita e discreta afasia predominantemente nominal. A tensão arterial era normal: Mx 120 e Mn 65.

Considerações sôbre a etiologia — Apesar de discutida a maneira pela qual se produzem as hemorragias e o amolecimento do cérebro nas pacientes com toxemia gravídica, há, no caso relatado,

certos fatos que levam a admitir o espasmo arterial e o edema do cérebro como a causa provável da hemorragia cérebro-meningéia então assinalada.

A paciente não apresentava hipertensão arterial prévia e a pressão arterial voltou aos limites normais, ao cabo de dois meses da crise hipertensiva. Dentro do quadro de toxemia, com aumento da tensão arterial e evidência de espasmo arteriolar, estavam presentes ainda a retinopatia angioespástica e as alterações cardíacas, reveladas pelo eletrocardiograma, sugerindo mesmo isquemia subendocárdica da parede anterior do ventrículo esquerdo.

Ora, tôdas estas alterações desapareceram gradualmente, o que fala em favor de uma toxemia pura, sem alterações prévias do aparelho circulatório. A regressão dos distúrbios nervosos foi também satisfatória e, como seqüela, permaneceu apenas uma hemiparesia direita e uma ligeira afasia nominal.

Em certos casos de acidentes cerebrais, em pacientes toxêmicas, a autópsia demonstrou a existência de lesões de arteriosclerose. Tratava-se, com tôda certeza, de casos de hipertensão arterial prévia associada à toxemia gravídica.

O neurologista apontou o edema cerebral como fator dominante no mecanismo do acidente, produzindo efração sanguínea subaracnoidéia. E' uma hipótese que merece atenção, pois o edema cerebral tem sido assinalado na necrópsia de alguns casos de eclampsia. Do ponto de vista da sintomatologia clínica, não se verificou a presença de convulsões, ocorrência comum nos casos de edema cerebral. Surgiu, é verdade, uma súbita hemiparesia direita.

Alguns autores não admitem o espasmo arterial como a causa dêstes acidentes, mas, no conjunto do quadro de toxemia que a paciente exibiu, as alterações circulatórias e as do fundo do ôlho estão tão ligadas ao espasmo arteriolar, que se não pode deixar de cogitar na existência do mesmo como causa provável do acidente. A duração do espasmo, o vaso comprometido e a anóxia produzida no tecido ocasionariam a degeneração das paredes vasculares e a hemorragia em pequenas áreas.

A rotura de um grande vaso não está em causa porque provocaria uma hemorragia de vulto e determinaria logo convulsões, estado de coma e morte. Não foi o que se verificou no caso presente.

A trombose arterial, que também é uma das causas de certas alterações nervosas no curso da toxemia gravídica, encontra-se com maior freqüência quando há concomitância de sífilis, arteriosclerose e doença vascular hipertensiva. Comumente a punção lombar, nos casos de trombose, revela líquido céfalo-raquidiano claro. A doente tinha as reações sorológicas de lues, no sangue, negativas e não apresentava história de hipertensão prévia nem lesões renais.

A punção lombar revelou líquido sanguinolento. E' difícil, pois, admitir-se a trombose como causa do acidente no caso em estudo.

Caberia dentro das cogitações sôbre a etiologia do acidente a suposição da existência de um aneurisma, de maneira a constituir a lesão prévia, propiciadora da hemorragia após um período prolongado de espasmo arterial. Não se pode excluir totalmente esta hipótese, uma vez que a angiografia do cérebro não foi realizada.

A incidência das hemorragias cerebrais na gravidez e nos casos de toxemia. Etiopatogenia. — As hemorragias intracranianas constituem acidente relativamente raro durante a gestação. Dieckman (3) cita Goodfriend, Klein e Smolev que, em 1949, relataram cinco casos de hemorragia intracraniana em 25.000 parturientes o que dá uma incidência de 1 caso para 5.000 grávidas. Nestas cinco pacientes que faleceram foram verificadas lesões antigas do aparelho cardiovascular e tôdas apresentavam hipertensão prévia. Havia três casos de hipertensão arterial, um de glomerulonefrite crônica e outro de doença do aparelho circulatório.

Acreditam os autores citados que o aumento da pressão arterial, associado ao trabalho de parto e às flutuações da tensão arterial, seria o responsável pela hemorragia.

Na estatística do Serviço de Dieckman, compreendendo o período de 1931 a 1950, figuram 61.050 parturientes e 2.926 que tinham abortado, perfazendo um total de 63.976 grávidas. Neste grupo numeroso houve um caso de toxemia gravídica em que o exame anátomo-patológico revelou uma hemorragia cerebral e dois outros com sinais clínicos de hemorragia, mas sem ter sido realizada a autópsia. Reafirma-se, mais uma vez, a raridade das hemorragias cerebrais nas grávidas.

William C. Eller (4), num interessante trabalho sôbre o assunto, chama a atenção para a importância das complicações cérebro-vasculares na prenhez pelos seguintes fatos: 1) Uma grande hemorragia cerebral é encontrada em 15 a 20 % das autópsias de doentes que faleceram de eclampsia. 2) Uma apreciável hemorragia cerebral impõe um índice de letalidade de 50 % e assume o segundo lugar na ordem de freqüência das causas de morte da eclampsia. 3) As zonas de amolecimento ou de encefalomalácia são relativamente freqüentes; podem provocar a morte na ausência de hemorragia e habitualmente não são reconhecidas.

Apesar de admitir a noção geralmente aceita de que as lesões prévias do aparelho cardiovascular são fatôres predisponentes obrigatórios, Eller não despreza a noção do espasmo arterial. Num dos casos estudados, com provas de exame histopatológico, não foi possível evidenciar qualquer lesão de esclerose arterial. Tratava-se de uma primípara toxêmica de vinte anos de idade.

Sheehan, citado por Dieckman, declara que nas pacientes que falecem de eclampsia ou de coma que se segue a casos de pré-eclampsia, não há grandes lesões cerebrais na maioria das vêzes. O quadro mais característico é o da hemorragia cerebral macroscópica. Existem ainda as zonas de amolecimento e as hemorragias meningéias. Estas lesões encontram-se em 35 % dos casos de pré-eclampsia que entraram em coma sem convulsões ou que tiveram apenas uma convulsão. Muitas outras pacientes apresentavam hemorragias que só foram verificadas após exame microscópico.

Parks e Pearson (9), estudando as causas das alterações cérebro-vasculares verificadas na toxemia da gravidez, classificam-nas em quatro grupos: espasmo arterial, edema cerebral, trombose dos vasos cerebrais e hemorragia intra-craniana.

Consideram também a hemorragia intracraniana como complicação freqüente e grave da eclampsia. Os fatôres que favoreciam a rotura dos vasos, nos casos de toxemia da gravidez, seriam: a) modificações nas paredes das arteríolas em conseqüência do espasmo, edema e isquemia; b) o aumento da tensão vascular associada às convulsõs da eclampsia; c) as alterações vasculares produzidas pela sífilis e a hipertensão essencial; d) o aneurisma congênito.

Conclusões

Da revisão que se fêz sôbre êste assunto, na literatura médica especializada, conclue-se pela raridade das hemorragias cerebrais nas grávidas, o que demonstra o interêsse desta comunicação, ainda mais realçado pela inexistência da hipertensão arterial ou doença renal.

Nota — O autor, ao terminar êste artigo, reviu a literatura médica nacional e teve conhecimento, então, dum trabalho do Prof. Arnaldo de Moraes sôbre "Hemiplegia toxêmico-gravídica", assunto da prova oral do concurso para a Livre-docência de Clínica Obstétrica, realizada em 1924. O referido trabalho apareceu na "Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia" e está assinalado na bibliografia (7).

Bibliografia consultada

1) Abbot, D. W. — Surgical treatment of intracranial hemorrhage complicating eclampsia — "Am. J. Surg.", 59, 112, Jan. 1943; apud "The Y. B. of Obst. and Gyn.", 1943, 117. 2) Abbot, D. W. — Intracerebral clot complicating eclampsia without convulsions surgical removal with recovery — "J. A. M. A.", 117, 1939, 25 Out. 1941; apud "The Y. B. of Obst. and Gyn.", 97, 1941. 3) Dieckman, W. — The Toxemias of Pregnancy — The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1951. 4) Eller, C. W. — Cerebrovascular complications of preg

nancy — "Am. J. Obst. and Gynec.", 52:448, Set. 1946. 5) GIBBS, A. F. & REID, E. D. — Electroencephalogram in pregnancy — "Am. J. Obst. and Gynec.", 44:672, Out. 1942. MAC LANE, M. C. & KUDER, K. — Severe pre-eclampsia — "Am. J. Obst. and Gynec.", 46:549, Out. 1943. 7) MORAES, A. DE — Hemiplegia toxêmico-gravídica — "Rev. de Gyn. e d'Obst.", 28:401, Nov. 1924. 8) NEUWEILER, W. — Complications of central nervous system in eclampsia — "Schweiz. Med. Wchschr.", 79:3, 8 Jan. 1949; apud "The Y. B. of Obst. and Gyn.", 1949, 135. 9) PARKS, J. & PEARSON JR., W. J. — Cerebral complications occuring in the toxemias of pregnancy — "Am. J. Obst. and Gynec.", 45:774, Maio 1943. 10) ROSENBAUN, M. & MALTBY, L. G. — Cerebral dyshytmia in relation to eclampsia — "Arch. Neurol. & Psychiat.", 49:204, Fev. 1943; apud "The Y. B. of Obst. and Gyn.", 1943, 118.

Un cas de pré-éclampsie grave avec hémorrhagie cérébro-méningienne. Opération césarienne segmentaire. (Rapport d'un cas clinique)

Résumé

L'Auteur rapporte un cas de pré-éclampsie grave chez une primipare agée de 30 ans, au terme de la gestation, compliquée d'hémorrhagie cérébro-méningienne. On a pratiqué une opération césarienne segmentaire, dont la période post-opératoire fut accidentée.

Vu l'absence de maladie cardiovasculaire ou rénale, l'Auteur attribue la complication cérébrale de ce cas de toxémie gravidique à un spasme artériel ou à un œdème cérébral, accompagné d'hémorrhagie sous-arachnoidienne.

Les altérations cardiovasceulaires et au niveau de la rétine, caractéristiques de la toxémie gravidique, ont complètement disparu après quelques jours. La régréssion des symptomes neurologiques fut très lente. Un mois après sa sortie de l'hôpital la malade présentait encore une hémiparésie droite et une discrète aphasie.

A case of serious pre-eclampsia with cerebral meningeal hemorrhage. Low cesarean section. (Report of a clinical case)

Summary

The Author reports a case of serious pre-eclampsia in a 30 years old primipara at the end of the pregnancy, bringing up a complicated situation, owing to the fact that it was followed by a cerebral meningeal hemorrhage. A low cesarean section was performed. The post operatory period showed various disturbancies.

As there was no notice of cardiovascular and renal diseases, the Author believes that the cerebral characteristics in this particular case of toxemia of pregnancy, was produced by an arterial spasm or cerebral edema with sub-

arachnoidal hemorrhage. The symptoms noticed in the cardiovascular system, and the retina edema (symptoms of the toxemia of pregnancy), disappeared in a few days.

The neurological symptoms deminished slowly. At the examination of the patient within a month from the patient's discharge, the hemiparesis still existed as well as a slight aphasia.

Ein Fall von schwerer Prä-Eklampsie mit Hirn-Meningealblutungen

Zusammenfassung

Verf. schildert einen Fall von schwerer Prä-Eklampsie bei einer 30 jährigen Erstgebärenden, bei der gegen Ende der Schwangerschaft Hirn- und Meningealblutungen auftraten. Nach einem zervikalem Kaiserschnitt folgte eine Periode mit mehrfachen Komplikationen.

Da über vorherige Kreislauf- und Nierenkrankheiten nichts bekannt war, nimmt Verf. in diesem Fall von Schwangerschaftstoxämie an, dass die zerebrale Komplikation durch arteriellen Spasmus oder Ôdem des Hirns mit subarachnoidalem Blutaustritt bedingt waren. Die für die Schwangerschafts-Toxämie charakteristischen Veränderungen des Kreislauf-Apparates und an der Retina verschwanden vollständig nach wenigen Tagen.

Die neurologischen Symptome gingen langsam zurück. Einen Monat nach der Entlassung bestand bei der Patientin noch eine rechtsseitige Hemiparese und leichte nominale Aphasie.

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.

Lugar dos compostos de hidrazinoftalazina e do tiofânio no tratamento das complicações hipertensivas da gravidez — ASSALI, N. S. e SUYEMOTO, R. 287

Complicações da gravidez por coagulação intravascular — WEBER, L. L.; MERANZE, D. R. e KAPLAN, F. 288

Análise de dez anos de partos podálicos (1939-1948) — KNIGHT, R. VAN D. e O'CONNELL, P. 289

Novo fator etiológico da prenhez ectópica — KROHN, L. e GOTLIEB .. 289

O colo puerperal — MOORE, J. H. e HILL, F. A. 289

Avaliação clínica e laboratorial do "Vagisol" no tratamento da colpite por tricomona vaginal — SHAW, H. N. 290

Lupus eritematosus em gravidez — DONALDSON, L. B. 290

Testes rotineiros de gravidez com ratas e rãs — O'HANRAHAN, J. 291

Resultados do tratamento do câncer do colo — BLAIKLEY, J. B.; LEDERMAN, M. e LEWIS, T. L. T. 291

Hematoma vulvo-perineal pós-parto com esfacelo do esfíncter anal—SALA, S. L. e CABELLO, J. A. 292

Alterações menstruais na doença de Werlhof — NOGUÉS, A. E. e PEÑA, H. J. 293

Estudo histoquímico do endométrio pós-menopausa—FOIX, A. e BUR, G. E. 293

Hemoperitônio por corpo amarelo sangrante — BAGNATI, E. P. e PEYCERE, L. N. 294

Pneumoperitônio pré-operatório nas obesas—ALBERTELLI, J.; MONACO, H. e SCALA, C. 295

Uso do extrato póstero-hipofisário em aplicação intravenosa durante o trabalho de parto — AHUMADA, J. L. e DIRADOURIAN, J. 296

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

Cistos do ovário e gravidez — NOYOLA, J. N. 296

Fundamentos e valor de la citologia vaginal no diagnóstico do câncer do colo uterino — GIL VERNET, E.; CABALLERIA, J. E. e SORIANO, R. I. 297

Metrorragias sucedendo à terapêutica pela testosterona — NETTER, A.; LAMBERT, A. e AUMAITRE, J. 297

A prova de Thorn com Adrenalina e ACTH—SALCEDO ,I. DE e SANTOS, H. 298

Colposcópio monocular de visão direta com aumento variável. Nova apresentação. — PECKER, A. 299

Hemorragias do colo uterino restante, após administração de estrogênios — FABRE, M. 299

Reumatismo e leucorréias — ARMEILLA, M. 300

Influência da progesterona sôbre a curva térmica — NETTER, A.; LAMBERT, A.; MORNET, P. e MONDOR, C. 300

Comparação entre os meios de contraste utilizados em histerossalpingografias — DALSACE, J. 301

Algumas observações de tuberculose genital — MARCEL e PYE, A. 301

Duas observações de tratamento de amenorréias pós-parto, pelos enxertos placentários. — PAGAULT, A. 301

Sôbre alguns fatôres que condicionam a hiperemia ovariana no camundongo impúbere — CATTANEO e HECHT-LUCARI 302

O mecanismo patogenético da metropatia hemorrágica disfuncional e emprêgo de uma terapêutica pluri-hormonal adequada — ANDREOLI .. 302

Influência do Alfa-tocoferol sôbre alguns distúrbios de menopausa e sôbre o trofismo da mucosa vaginal — GIARDINELLI 303

A secção transversal dos músculos retos do abdome, na inserção pubiana, na laparotomia ginecológica. — QUAINI 303

Hematométrio secundário na menopausa em conseqüência de hormonioterapia forçada em caso de atresia da vagina — HOYME, S. 303

Normalização do ciclo após irradiação do baço; uma função gonadotrópica ? — WAGNER, H. 304

Análise de dez anos de partos podálicos (1939-1948) *(A ten year analysis of breech deliveries, 1939-1948)* — KNIGHT, RICHARD VAN D. e O'CONNELL, PAUL — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **64**:1049, Nov. 1952).

No presente trabalho são analisados 658 casos de apresentação podálica ocorridos no Sloane Hospital em dez anos.

Evidencia-se pelos achados de autópsia nos 12 fetos que sucumbiram após partos de nádega não complicado, o caráter altamente traumático deste parto mesmo na sua variedade espontânea. Torna-se assim patente as vantagens dos esforços em corrigir a posição e justifica-se também o emprêgo da cesárea quando o parto se desvie no menor grau da normalidade. Êstes desvios incluem não sòmente os pequenos graus de desproporção feto-pélvica mas as roturas prematuras das membranas com inércia ou parto prolongado. — *Cid Braune F.º*

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Novo fator etiológico da prenhez ectópica *(New etiological factor in ectopic pregnancy)* — KROHN, L. e GOTLIEB — (*J. A. M. A.*, **150**:1291, Nov. 1952).

Apresentando 55 casos de gravidez ectópica encontrados na clínica privada dos A.A. e no "Cedars of Lebanon Hospital", nos anos de 1949 a 1951 inclusive, verificam a veracidade das estatísticas de outros autores, que mostram um aumento da incidência da gravidez ectópica nos últimos 10 anos.

Atribuem-na ao uso dos antibióticos, particularmente a penicilina, nos processos inflamatórios da genitália feminina, que podendo tornar permeável uma trompa prèviamente ocluída, facilitam a nidação ovular na mesma. — *C. A. Zanotta*

O colo puerperal *(The postpartum cervix)* — MOORE, J. H. e HILL, F. A. — (*J. A. M. A.*, **150**:1187, Nov. 1952).

Admitindo a necessidade de maior cuidado com o colo uterino, advogam os A.A. o exame rotineiro do mesmo, com tratamento prénatal de lesões encontradas, sutura de lacerações no puerpério imediato e "follow-up" completo subseqüente.

Ano XVIII JUNHO DE 1953 Vol. 35 - N.° 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano XVIII JUNHO DE 1953 Vol. 35 - N.º 6

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

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.

Fluorescência vulvar na gravidez normal e patológica — BENSON, R. C. e CHAPPELL, C. C. 349

Formação, regressão e diagnóstico diferencial dos infartos verdadeiros da placenta — ZEEK, P. M. e ASSALI, N. S. 350

O teste de Krasno Ivy na toxemia da gravidez — BRILL, H. M.; LONG, J. S.; KLAWANS, A. H.; GOLDEN, M. e SEAMAN, D. 350

Histerectomia nos estados pélvicos benignos — SMITH, C. J. 351

Tuberculose pélvica — BOBROW, M. L. e BATTS, J. A. 351

A incidência de malignidade nos tecomas — ROGERS, W. S.; GORDON, R. E. e MARSH, M. R. 352

O diagnóstico do carcinoma muito precoce do colo uterino durante a gravidez — HIRST, J. C. e BROWN, M. L. 352

Melhoramentos técnicos no exame culdoscópico — FRENKEL, D. A.; GREENE, B. A. e SIEGLER, S. L. 353

Uma incisão para facilitar a cirurgia pélvica radical em mulheres — HILLER, R. I. 354

Diagnóstico do câncer uterino — WALKER, H. L. e CURPHEY, T. J. .. 355

Terapêutica pela irradiação nos distúrbios menstruais e esterilidade — BONAR, L. D. e GARBER, R. L. 355

Gravidez prolongada e suas conseqüências — TEMESVARY, A. 356

Lipoma do útero — HENRIKSEN, E. 357

Envenenamento crônico das glândulas endócrinas de ratas albinas por meio de fumo de cigarros — EISENBERG, J. M. 357

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

Estudo do endométrio na primeira menstruação pós-parto — SAMMARTINO, R.; GARI, R. M. e BAYONA, E. 357

Coloração de esfregaços vaginais e do sedimento urinário sem fixação prévia — LENCIONI, L. J.; STAFFIERI, J. J. e CARDONNET, L. J. 358

Os estrogênios no tratamento do abôrto de repetição — GUERRERO, D. C. 359

Cisto papilar maligno isolado da mama — POENTE DUANY, N. 359

Observações, ao contraste de fase, sôbre a célula exfoliada do aparelho genital feminino. — DANESINO, V. e TESAURO, B. 360

Ação dos extratos hepáticos homólogos e heterólogos sôbre o ovário da cobaia — GERLI, M. 360

Valor da prova biológica de gravidez com a rã esculenta, mediante inoculação endoperitoneal — MARTELLA, E. 361

Atrofia do endométrio e ozena em casos de disfunção hipotalâmica — KLEES, E. e MUELLER, H. G. 361

Sôbre o valor da vitamina E no tratamento da toxemia do fim da gravidez — MASTBOOM, J. L. e SIKKEL, A. 362

Ano XVIII JULHO DE 1953 Vol. 36 - N.° 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Rua Buenos Aires, 66-A — 5.° andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano XVIII JULHO DE 1953 Vol. 36 - N.º 1

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 — Alipio Augusto Camello — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — 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. José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martim Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 68A - 5º andar - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. LUIZ SOUZA MATTOS

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS,
Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVIII | Julho de 1953 | Vol. 36 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Estudos sôbre dismenorréia (Observação de 97 casos) — DOC. DR. A. VESPASIANO RAMOS e DR. MARCEL PÉANO 1

Metil-testosterona (Sua ação nas dismenorréias primárias funcionais) — DOC. DR. A. VESPASIANO RAMOS e DR. MARCEL PÉANO 9

Curva térmica, estrogênios, progesterona e testosterona. — DOC. DR. A. VESPASIANO RAMOS e DR. MARCEL PÉANO 17

Teste de Soskin e prova da privação da progesterona — DOC. DR. A. VESPASIANO RAMOS E DR. MARCEL PÉANO 21

A Vitamina B1 na patologia funcional ginecológica — DOC. DR. A. VESPASIANO RAMOS E DR. MARCEL PÉANO 29

EDITORIAL

Terapêutica do carcinoma do corpo do útero 35

NOTAS E COMENTÁRIOS

Seleção de doentes para operação de Wertheim 41

Clínica Ginecológica da Fac. de Medicina da Universidade de S. Paulo 43

Congressos Médicos em Comemoração ao IV Centenário da Cidade de São Paulo 44

Cirurgia ginecológica conservadora e exame pré-operatório das lesões 45

Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Pernambuco 46

LIVROS E PUBLICAÇÕES

La Sterilità nel Maschio — GUGLIELMO LONGO 47

Presentación Pelviana (Obstetricia práctica) — PROF. JUAN LEON 48

Anual Report on the Results of Treatment in Carcinoma of the Uteros — DR. J. HEYMAN (Editor) 48

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo 49

Die Kreuzschmerzen der Frau — PROF. DR. HENRICH MARTIUS 50

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

Estudos citológicos nas lesões malignas da vagina-I — CUYLER, W. K.; KAUFFMANN, L. A.; PALUMBO, L. e CARTER, B. 51

Mudando as indicações para o abôrto terapêutico — RUSSELL, K. P. .. 51

Histerectomias desnecessárias — DOYLE, J. C. 52

Significado da poliomielite durante a gravidez — BOWERS, V. M. e DANFORTH, D. N. 53

Diátese hemorrágica no "abruptio placentae" — STEVENSON, C. S.; JOHNSON, J. F. e SEEGERS, W. H. 54

Virose na gravidez e seu efeito sôbre o embrião e o feto — KAYE, B. M.; ROSNER, D. C. e STEIN, I. F. 54

Tratamento eficiente da dismenorréia e molimen menstrual pela administração pré-ovulatória de metiltestosterona ou metilandrostenediol — KUPPERMAN, H. S. e GOODMAN, S. J. 55

Longevidade e câncer — DIXON, Cl. F. e PITSCHFORD, C. F. 56

Relaxamento da sínfise pubiana em macacos — GOLD, J. e EMERY, F. E. 57

Uso rotineiro da episiotomia com a descrição do reparo contínuo sem nó — DALLAS, D. A. 57

Retenção pós-operatória de água e sódio — LE QUESUE, L. P. e LEWIS, A. G. 58

Insuficiência pituitária nas mulheres — WILSON, L. A. 59

Síndrome caracterizado por insuficiência estrogênica, galactorréia e diminuição de gonadotropina urinária. — ARGONZ, J. e DEL CASTILLO, E. B. 60

Carcinoma do corpo do útero combinado com gravidez ectópica — KINNEN, O. 61

Sôbre a evolução do parto nas jogadoras de bola ao cesto e nas nadadoras — NIEMINEVA, K. 62

Os fibromas sub-uretrais na mulher — FUNCK-BRENTANO, P.; ROBERT, H. e GUILHERMO, B. 62

A propósito de 6 novos casos de sarcomas verdadeiros primitivos da mama FRÜHLING, L. e LE GAL, Y. 63

Tumores malignos do ovário com derrames serosos reabsorvíveis — ROMAN, C. e COUDERC, Y. 64

Sôbre tratamento cirúrgico do prolapso genital total em idade avançada — KOLONJA, S. 64

Os A.A. relatam alguns casos de longevidade após tratamento radical do câncer. São 32 casos dos mais variados carcinomas, incluindo alguns da mama, com uma sobrevida até 42 anos. Todos os casos são descritos com pormenores. — *J. P. Rieper*

Relaxamento da sínfise pubiana em macacos *(Relaxation of the Symphysis Pubis in Monkeys)* — GOLD, J. C. e EMERY, F. E. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:24, Janeiro 1953).

Os A.A. trataram 3 macacas e cinco macacos machos com estrogênios, Prostigmine e Releasin, para observar o relaxamento dos ligamentos pelvianos, particularmente da sínfise pubiana e dos ligamentos sacro-ilíacos. A Prostigmine mostrou um relaxamento destas formações após 1 a 2 dias, ao passo que a Releasin já mostrava êste efeito após 7 horas. Ao todo, o relaxamento é pequeno e não pode ser aumentado por doses maiores de Releasin. — *J. P. Rieper*

Uso rotineiro da episiotomia com a descrição do reparo contínuo sem nó *(The Routine Use of Episiotomy with a Description of the Continuous Knotless Repair)* — DALLAS, D. A. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **61**:29, Janeiro 1953).

O A. advoga o emprêgo sistemático da episiotomia em todos os partos, conforme usou durante os últimos vinte anos, exigindo para isto facilidades hospitalares excelentes, anestesista médico treinado, bom "staff" hospitalar e enfermeiras bem treinadas da sala de partos. O A. emprega tanto a episiotomia mediana como a lateral, consideràvelmente antes de ser o períneo atingido e distendido pela cabeça. As vantagens para a mãe são: prevenção de lacerações do assoalho pélvico, de cisto- e retocele, aceleração do parto, cura perfeita do corte em oposição das lacerações e suturas. Como vantagens para a criança são considerados: o encurtamento da pressão sôbre o crânio, prevenção de hemorragias intracranianas, particularmente nos partos prematuros. Estabelece o A. a lei: quanto menor a criança, maior deve ser a episiotomia !

A sutura comum da episiotomia pode causar dores no pós-parto, dispaurenia, endurecimentos profundos.

Baseado na técnica de RUCKER elaborou o A. uma técnica de sutura do períneo em vários planos, geralmente quatro. Emprega catgut 0 ou 00 cromado e não dá nenhum nó. E' uma sutura contínua que atravessa os bordos da ferida na parte vaginal, sendo sub- e intracutânea na parte externa. Não deve haver tensão

sôbre o fio, os bordos da ferida devem apenas ser aproximados. O fio terminal atravessa a pele em certa extensão e ainda é deixado alguns centímetros para fora da pele. Êste excesso de fio desaparece no decorrer de 24 horas por retração dentro da ferida o que mostra o aumento da tensão na mesma.

O A. considera êste método, que usou durante dez anos, superior a qualquer outro. Os resultados são excelentes. — *J. P. Rieper*

THE LANCET

Retenção pós-operatória de água e sódio *(Postoperative Water and Sodium Retention)* — LE QUESUE, L. P. e LEWIS, A. A. G. — (*The Lancet*, **264**:6752, 24 Janeiro 1953).

Há muitos anos que se sabe que depois de operações cirúrgicas existem alterações no metabolismo da água e do sal. PRINGLE e colaboradores (1905), COLLER e colaboradores (1936) e JONES e MORGAN (1938) escreveram sôbre o tema que deu origem a numerosos outros estudos.

Os A.A., contudo, planejaram investigar o problema usando métodos mais simples e mantendo quanto possível a quantidade de ingestão de água e de electrólitos antes, durante e depois da operação.

Escolheram 21 casos de grandes operações, em indivíduos bem nutridos. Estudos do balanço foram feitos de 8 horas da manhã até 20 horas, durante 3-4 dias antes da operação e 1-8 dias depois.

Verificaram que existem três fases separáveis de retenção, depois da operação: retenção primária de água; retenção inicial de sódio; retenção tardia de sódio. A primeira ocorre nas primeiras 24 horas, bem como a segunda; a terceira inicia-se 24-48 horas depois da intervenção e pode prolongar-se por vários dias. A deficiência em potássio influe grandemente sòmente a terceira fase que ela encarece.

As possíveis causas dessas fases são discutidas pelo A. A primeira parece resultar da liberação do hormônio anti-diurético, devido, não a alterações dos níveis plasma-electrolíticos, mas de estímulos tais como a emoção, trauma e drogas. A liberação do h. adrenocortical é provàvelmente responsável em parte ou no todo por ambos os episódios de retenção de sódio, ainda que fatôres renais hemodinâmicos contribuem provàvelmente para a retenção inicial. — *A. de Moraes*

nada pela prenhez ectópica e o carcinoma foi incidentemente diagnosticado. Sob o ponto de vista do diagnóstico diferencial, acha o A. que esta combinação oferece oportunidade para interessante exercício mental, ainda que só teórico, pela raridade de sua ocorrência. — *A. de Moraes*

Sôbre a evolução do parto nas jogadoras de bola ao cesto e nas nadadoras *(Über den Geburtsverlauf bei Nestballspielerinnen und Schwimmerinnen)* — NIEMINEVA, KALEVI — (*Ann. Chir. et Gynaec. Fenn.*, **42**:48, 1953).

O A. tratou da significação da bola ao cesto e da natação no sentido da evolução do parto. Seu material abrange 53 jogadoras de bola ao cesto e 41 nadadoras, que durante os anos de 1933-45 participaram ativamente de competições desportivas. Sob o ponto de vista da fertilidade, as pacientes do seu material de estudo comportaram-se normalmente. A gravidez decorreu normal, principalmente quando não havia nenhuma anomalia pélvica em relação às mulheres normais finlandesas. As contrações uterinas realizaram-se normalmente. A não elasticidade do colo do útero não foi mais freqüente, o que também aconteceu em relação às roturas do períneo. A freqüência de cesárias e de fórceps alto foi normal.

Conclui o A. que, nas mulheres finlandesas em relação às competições desportivas realizadas em bola ao cesto e natação, sob o ponto de vista obstétrico, não ocorre qualquer influxo prejudicial. — *A. de Moraes*

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Os fibromas sub-uretrais na mulher *(Les fibromes sous-urétraux chez la femme)* — FUNCK-BRENTANO, P.; ROBERT, H. e GUILHERMO, BALZA — (*Gyn. et Obst.*, **52**:12, Janeiro 1953).

Os A.A. salientam de início que os fibromas sub-uretrais, habitualmente descritos como fibromas da vagina, são raros. De acôrdo com RENÊ MULLER, em 75 casos de tumores vaginais conjuntivos e musculares, encontram-se 35 fibromiomas, 17 miomas, 11 fibromas e 8 adenomas.

No tocante ao aspecto clínico dos fibromas da vagina, resumem os A.A. dizendo que se caracteriza por longo período de latência,