ME
R

EM SETEMBRO PRÓXIMO NÚMERO ESPECIAL COMEMORATIVO AO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Ano XIX AGÔSTO DE 1954 Vol. 38 - 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 XIX AGÔSTO DE 1954 Vol. 38 - N.º 2

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 XIX | Agôsto de 1954 | Vol. 38 — N.º 2

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

O momento da onfalotomia no recém-nascido asfítico — DR. CARLOS COLMEIRO-LAFORET 65

Considerações sôbre o parto natural — DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA 75

Tocoanalgesia e anestesia pelo Tricloroetileno — DR. LUIZ DE SOUZA MATTOS 85

EDITORIAL

Progressos da patologia do recém-nascido 91

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de Reumatologia do Prof. J. A. Lièvre 95

Secção de Anestesiologia da "Mayo Clinic" 95

Sociedade Brasileira de Ginecologia 97

X Curso Prático de Aperfeiçoamento Tocoginecológico, na Clínica do Prof. M. B. Rodriguez López. 97

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Breviloquência — W. BERARDINELLI 99

Das Oberflächencarcinom (Nicht invasives atypisches Plattenepithel) — VON E. HELD 99

Propedêutica Ginecológica — JOSÉ MEDINA e Col. 100

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da centésima-trigésima-sexta sessão ordinária 101

Ata da centésima-trigésima-sétima sessão ordinária 103

Ata da centésima-trigésima-oitava sessão ordinária 106

Ata da centésima-trigésima-nona sessão ordinária 107

Ata da centésima-quadragésima sessão ordinária 108

Ata da centésima-quadragésima-primeira sessão ordinária 109

Ata da centésima-quadragésima-segunda sessão ordinária 111

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.

CONSIDERAÇÕES SÔBRE O PARTO NATURAL *

DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA
Livre-Docente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas

Parto natural é a preparação intelectual, física e emocional para o parto, de modo que as mães compreendam suas potencialidades e possam regozijar-se em dar à luz seus filhos (GOODRICH).

A definição acima encerra filosofia diversa da obstetrícia tradicional, pois nem só a técnica é levada em conta.

A ciência e artes obstétricas elevaram a segurança no parto a níveis sem precedentes, para mãe e filho sem nada fazerem, contudo, em relação ao bem estar psíquico e tranquilidade emocional de ambos.

Coube ao inglês DICK GRANTLY READ o mérito de criar verdadeira doutrina psico-somática em obstetrícia, ao proclamar, pela primeira vez, que a dor no parto dito normal tem origem principalmente emotiva.

Devolvendo à mulher a capacidade de melhor avaliar suas possibilidades físicas e satisfazer anseios psíquicos profundos, pôde aquêle autor modificar o clima psicológico do parto, transformando-o em experiência cheia de emoções gratas e satisfatórias.

"Natural Childbirth", publicado em 1933, foi o primeiro da série de trabalhos de DICK READ que, aliados à sua coragem e perseverança, romperam finalmente, a barreira do conservantismo e merecem, hoje, a atenção dos principais centros da cultura obstétrica.

De grande importânria para os conceitos de READ foi a sanção da autoridade de FRANCIS J. BROWN, professor catedrático da Universidade de Londres, com as seguintes palavras: nada foi mais notável na prática da obstetrícia, nos últimos dez anos, que a crescente apreciação do valor dos princípios enunciados por EDMUND JACOBSON

---

* Apresentado à "Sociedade Brasileira de Ginecologia", em 18 de dezembro de 1953.

em 1929 em seu livro "Progressive Relaxation", posteriormente aplicados à obstetrícia por GRANTLY DICK READ em seus dois livros, "Natural Childbirth" e "Revelation of Childbirth".

Na América do Norte as idéias de READ tiveram a simpatia do Prof. DE LEE ao qual, entretanto, faltou a visão para reconhecer a possibilidade de aplicação prática de tôda a doutrina.

Nesse país dois obstáculos se oporiam à propagação das novas idéias: em primeiro lugar, o uso quase generalizado de métodos de analgesia e anestesia de ação central; em segundo o favor de que desfruta o intervencionismo, alicerçado nas vantagens, sem dúvida existentes, em grande parte, das indicações obstétricas profiláticas.

Os médicos americanos só começaram a dar a devida atenção ao parto natural quando passaram a ser solicitados por pacientes que haviam lido livros de READ, sobretudo, depois que êsse autor visitou os Estados Unidos, em 1947, ocasião em que a imprensa fêz certo alarde em tôrno do assunto.

BLACKWELL SAWYER, entretanto, foi um pioneiro, pois é o autor do primeiro trabalho americano sôbre parto natural, publicado em 1946, fruto da experiência em pequena maternidade de dez leitos, em Toms River.

A Maternity Center Association de Nova York, presidida pelo incansável lider, a enfermeira HAZEL CORBIN, tem desenvolvido extraordinária atividade na propaganda do método de READ.

Em 1947, o Prof. HERBERT THOMS, catedrático de obstetrícia da Universidade de Yale, deu um passo decisivo ao aplicar o método de READ em larga escala, no serviço universitário do Hospital Grace - New Haven. Nessa ocasião a fisioterapeuta inglêsa HELEN HEARDMAN foi convidada pela Universidade de Yale a lecionar os exercícios próprios do método.

Desde essa época New Haven tornou-se a meca do parto natural, para onde se dirigem todos que desejam instruir-se a respeito.

Em 1950, THOMS publica dois livros: "Training for Childbirth" e "Understanding Natural Childbirth"; o primeiro dêles foi reimpresso no mesmo ano. Na mesma época apareceu o livro "Natural Childbirth", de FREDERICK W. GOODRICH, JR., também pertencente a Yale.

O Prof. EASTMAN, na 10.ª edição da "Willims Obstetrics", dedica quase duas páginas ao parto natural, sem dar a impressão de ter experiência sôbre o assunto.

Em recente viagem que fizemos aos Estados Unidos, encontramos grande entusiasmo sôbre o parto natural em Yale; fora

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

dêsse centro, a atitude geralmente era de aceitação teórica, em maior ou menor grau, e de reserva quanto à aplicação prática.

Na Johns Hopkins encontramos o parto natural em fase de experimentação. Duas enfermeiras, treinadas em New Haven, há pouco tempo, haviam iniciado a preparação para o parto.

Ouvimos do Prof. EASTMAN as seguintes palavras: os resultados da preparação têm sido muito bons; acho que ela pode ajudar muito; não acredito na eficácia dos exercícios, mas acho que podem ter muita influência psicológica.

Em Chicago, o Prof. DIECKMAN mantém cursos para pacientes que desejam parto natural. Encontramos apenas 27 gestantes matriculadas; a enfermeira encarregada dos cursos disse-nos que os médicos não cooperam como seria de desejar.

Em Nova York, o Prof. GORDON DOUGLAS, da Universidade Cornell, ensina aos seus alunos todos os métodos aceitos de analgesia obstétrica, inclusive o de READ. O percentual de mães preparadas para o parto no "Lying-In Hospital" de Nova York subiu de 5,7 em 1950, para 11,8 em 1952. E' digno de nota o fato de o aumento verificado ter sido inteiramente a custa de pacientes particulares.

Na moderníssima Maternidade do Hospital Mount Sinai, em Nova York, seu diretor, Dr. ALAN GUTTMACHER, demonstrou-nos certo entusiasmo pelo parto natural, o que não parece ser o sentimento da "staff", dado o grande número de sedação e anestesia lá observadas.

Por outro lado, o Prof. DUNCAN REID, de Boston, tornou-se o maior oposicionista do parto natural.

O ilustre professor de Harvard considera o parto natural um retrocesso aos tormentos da dor e mostra-se grandemente preocupado em preservar o "fórceps profilático", tido como dos maiores avanços da obstetrícia.

Veremos que não atende muita razão ao Prof. DUNCAN REID na primeira parte de seus argumentos, o que não é lícito negar-lhe na segunda.

Pessoalmente, julgamos que o verdadeiro "fórceps profilático", tal como o estabeleceu DE LEE, não precisa ser excluído do método de READ, bastando, como anestesia, a local, especialmente a técnica de KING. Não acreditamos, entretanto, em "fórceps profilático" com cobertura em cem por cento dos casos; achamos que profilaxia só cabe onde houver, realmente, alguma coisa a prevenir. Acontece que, no parto natural, a oportunidade de prevenir é menor que habitualmente.

Fizemos estágio de um mês, como residente, no Woman's Hospital de Nova York, sob a direção de ALBERT ALDRIDGE, adepto do fórceps profilático, sôbre o qual possue interessante trabalho. Naquela casa tradicional os partos vaginais são todos a fórceps, sob anestesia geral profunda, mesmo os das grandes multíparas. Certo médico daquele hospital assistiu pessoalmente, no ano de 1952, a 475 partos particulares e operou mais de 300 casos ginecológicos.

Compreende-se qeu seja difícil dar qualquer outro tipo de assistência sem desmanchar a máquina de produção em massa...

Temos a convicção que a mulher americana tem grande influência sôbre sua assistência obstétrica; qualquer modificação dos padrões tradicionais deverá partir de sua própria iniciativa.

Enquanto isso, chegam-nos notícias da Rússia de que novo e revolucionário método de analgesia do parto, baseado na psicoterapia e fisiologia pavloviana, vem sendo empregado, desde 1951, pràticamente em tôdas maternidades, sob a denominação de "método psico-profilático de analgesia obstétrica".

Já é tempo de apresentarmos as bases do método de READ.

Baseia-se êste no pressuposto de que o parto, como função natural que é, deva ser indolor e assim o teria sido em épocas imemoriais.

O mêdo, entretanto, ter-se-ia infiltrado, sorrateiramente, entre o ideal instintivo da maternidade e a atual consecução desta tarefa.

Ao mêdo básico de morte, deformação e monstruosidade fetal, a evolução social e refinamento da cultura trouxeram outros contingentes como: dificuldades econômicas, receio pela perda de atrativos femininos, limitação da liberdade, responsabilidade na criação do filho, afastamento do marido, etc.

Temos aí material suficiente para natural conflito psicológico durante tôda a gravidez ao qual podem juntar-se outros fatôres oriundos de complexos infantis insatisfatòriamente resolvidos, aos quais não cabe descer.

O mêdo atinge o acme ao declarar-se o parto, pois a paciente está na iminência de enfrentar tudo que receava e mais dores atrozes, obrigatórias segundo a tradição milenar, transmitida de geração em geração e corroborada pela atitude patética dos que a cercam.

A resposta somática à emoção mêdo é bastante conhecida, distinguindo-se franca hiper-simpaticotonia, com descargas de adrenalina, aumento da glicemia, constrição da musculatura lisa de vasos e outros aparelhos assim como hipertonia geral da musculatura estriada.

Reação saudável em outras circunstâncias, pois prepara o indivíduo para a luta ou para a fuga, o mêdo não faz sentido no parto uma vez que não há possibilidade de qualquer das duas alternativas.

A predominância do simpático faz sentir-se ao nível do colo e segmento inferior do útero, pondo em tensão a respectiva musculatura.

E' de READ o aforisma: "mulher tensa; cervix tensa".

Quebra-se, destarte, a eucinesia e as contrações tornam-se anômalas e doloridas.

Ainda de READ é a síndrome: "Mêdo-tensão-dor", a qual constitue verdadeiro círculo vicioso.

Segundo COOKE, a tocofobia seria provàvelmente responsável pela maioria das distócias motoras.

Vemos assim revividos, sob aspecto completamente novo, os trabalhos de KREIS e SCHICKELÉ, da Escola de Strassburgo, redescobertos, aliás, há algum tempo por REYNOLDS, que lhes deu bases experimentais.

READ admite duas outras causas de dor no parto. Uma delas teria origem em falsa interpretação de sensações ao nível dos centros superiores da sensibilidade. E' sabido que excitações como tato, calor, frio, sentido muscular e dor caminham pelas vias ascendentes da medula até o tálamo ótico onde a respectiva natureza é *interpretada;* dêsse centro são enviadas à cortiça cerebral onde são *percebidas*.

Em certos estados emotivos, acredita-se com bases clínicas e experimentais, que o tálamo muito solicitado, pois é o centro da emoção, possa falsear sua interpretação e enviar à cortiça sensação muscular, por exemplo, como sensação de dor. A cortiça, por sua vez, pelas mesmas razões pode não se encontrar em condições de reprimir tal êrro.

A outra causa explicativa da dor no parto seria isquemia uterina por vaso-constrição pélvica, conseqüência da hiper-simpaticotonia, observada no estado de mêdo.

READ considera a eliminação do mêdo e sua substituição por valores emocionais positivos como a pedra fundamental de seu método ao que acrescenta exercícios musculares e técnicas de relaxamento.

Sob o ponto prático, o método consiste em:

a) aulas de preparação intelectual e psicológica;

b) exercícios para certo grupo de músculos;

c) exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento.

Durante o parto a paciente nunca é deixada só, pois a solidão é grande aliada do mêdo. Ela é estimulada às práticas respiratórias e de relaxamento, preferìvelmente pela pessoa que ministrou os exercícios, a qual atua como verdadeiro "entraineur".

GOODRICH chama a êste programa: "condicionamento positivo".

Não menos importante é o que êsse autor denomina "condicionamento negativo". Consiste êste em modificação do comportamento habitual de médicos, estudantes e enfermeiras que entram em contacto com a paciente.

Diríamos que se trata de saneamento psicológicos do ambiente.

Alguns detalhes merecem ser mencionados. Preliminarmente, a palavra "dor" é riscada do vocabulário obstétrico e substituída por "contração".

À paciente é dada não só mais consideração pessoal, como a impressão disso, evitando-se designá-la pelo número, em lugar de pelo nome; tratar de seu caso clínico, em sua presença, como se ela não existisse; mencionar casos anormais e outras atitudes, nas circunstâncias consideradas como "gaffe".

Na sala de parto deve prevalecer atmosfera de espectação calma e confiante, sendo desaconselháveis as frases super-consoladoras ou excesso de mimo, assim como comportamento que demonstre preocupação e ansiedade — a paciente é informada de modo franco sôbre o progresso de seu parto.

A preparação intelectual consta de noções sumárias de anatomia e fisiologia da reprodução, explicando-se com singeleza a fecundação, gestação, parto, puerpério e lactação.

Esta preparação é importante por dois motivos: primeiro, dissipa o mêdo do "desconhecido" cujos exemplos são numerosos em psicologia e que, para WALSER, seria a principal diferença entre primípara e multípara; em segundo lugar, dá à gestante a satisfação de conhecer a extensão de sua capacidade física e como empregá-la, eficientemente, durante o parto.

A preparação psicológica direta é a parte mais delicada do método, pois visa substituir a noção de dor pela de contração muscular ou esfôrço físico violento, além de se propor a reforçar o instinto da maternidade, exaltando suas alegrias e aspectos sublimes.

Estas noções devem ser ministradas com muita finura de tato, pois doses exageradas podem parecer grotescas e conduzir a reações negativas de difícil remediar.

Relativamente à possibilidade de dor, convém insistir nos seguintes itens:

a) Não negar esta possibilidade que pode surgir em certos desvios da normalidade.

b) Conceder que no final da dilatação, quando o colo atinge cêrca de oito centímetros, há uma fase, chamada "período de transição" em que as contrações podem ser francamente dolorosas porque o colo é distendido passivamente pela apresentação. Êste é o momento crítico em que algumas pacientes perdem o contrôle; são apenas cêrca de dez contrações antes de iniciar-se o período expulsivo.

c) Dar a garantia de que o parto natural não exclue o uso de analgésicos e anestésicos em pequenas doses, quando a paciente o desejar, ou quando o médico julgá-lo necessário.

d) No final da gestação a paciente visita a maternidade, inclusive a sala de parto, onde trava conhecimento com os aparelhos de trileno ou protóxido destinados a ficar à sua disposição no momento oportuno.

e) Não é permitido qualquer espírito competitivo de modo a criar sentimento de fracasso, quando o anestésico for pedido.

Pessolmente continuamos adeptos da rotina de anestesia local, pela técnica de KING, para o desprendimento, pelo menos em primíparas. Com isso poupamos à paciente dores devidas à distensão ou laceração do fascia de COLLES, sabidamente muito sensível.

Os exercícios musculares do parto natural são simples ginástica sueca, adaptadas por HELEN HEARDMAN, de acôrdo com os trabalhos de READ e de KATHLEEN VAUGHAN.

Tem por objetivo exercitar músculos abdominais, lombares, das coxas e do períneo. A ginástica corrige posturas viciosas, causa freqüente de dor lombo-sacra, ao mesmo tempo que prepara aqueles músculos para a solicitação intensa do período expulsivo.

O resultado dêsses exercícios é de difícil apreciação mas é perfeitamente compreensível que músculos treinados signifiquem maior capacidade funcional, maior elasticidade e menor reação dolorosa, quando forçados a trabalho excessivo.

Não se pode negar completamente, a êsses exercícios, qualquer influência psicológica: ela é inerente a tôda ginástica. A simples tonificação geral do organismo tende a reforçar o ego, ao que se deve acrescentar, sem dúvida, o sentimento de maior capacidade física diante do objetivo especìficamente visado.

As técnicas de relaxamento, baseadas, como já foi dito, nos princípios elaborados por EDMUND JACOBSON em seu livro "Progressive Relaxation" constituem aspecto dos mais interessantes do método de READ.

Pouca atenção deu o mundo médico aos trabalhos de JACOBSON; é notável o fato de grande número das publicações que se lhes seguiram terem sido destinadas a leigos.

Relaxamento e exercícios respiratórios correlatos não são, entretanto, novidade, pois fazem parte da yoga, praticada há milênios, na Índia e no Tibet.

A finalidade última do relaxamento no parto é abolir atividades indesejáveis do colo e segmento inferior do útero por meio do relaxamento da musculatura voluntária da vida de relação.

O mecanismo conducente a êste resultado, em que pesem as explicações de READ e outros autores, ainda nos parecem algo obscuras.

Segundo a teoria de JAMES-LANGE, os estados emocionais seriam secundários a nossas reações físicas.

READ acredita, baseado nos autores acima e em JACOBSON, ser impossível entreter a emoção mêdo, se o corpo estiver completamente relaxado.

O corolário de seu aforisma é perfeitamente válido: "mulher relaxada: cervix relaxada".

Segundo KRAPF, a tensão muscular, conseqüência da tensão psíquica, reforçaria esta última, estabelecendo-se verdadeiro círculo vicioso.

Para KROGER e FREED, parto natural seria mero hipnotismo acordado (waking-hipnosis), influenciando o centro talâmico da dor.

Por outro lado, WOLLMER, antes adepto do hipnotismo, chegou à conclusão de que a maior vantagem daquele método consiste no relaxamento necessário à indução do estado hipnótico, e por êste motivo aderiu ao parto natural que julga mais prático.

Qualquer que seja o mecanismo de ação do relaxamento, é fato que êle influe benèficamente sôbre a psique da paciente, alivia consideràvelmente seus padecimentos e favorece a dilatação do colo.

Pessoalmente temos instruído, nas técnicas de relaxamento, pacientes vistas pela primeira vez no início do parto, e os resultados satisfatórios obtidos autorizam-nos a conjecturar se a principal vantagem da preparação do método de READ não consiste em aumentar a capacidade e habilidade ao relaxamento.

Finalmente algumas palavras sôbre o papel do pai no parto natural. A filosofia do método pede sua participação e favorece seu comparecimento a algumas aulas para que possa cooperar na ocasião do parto, quando não seja em pequenas tarefas como fricções do sacro e cronometragem das contrações, pelo menos com o apoio moral de sua presença. Isto é considerado útil, sob o ponto de vista psicológico, para o início sadio de uma família.

A seqüência lógica do parto natural e o "rooming-in" que melhor atende às necessidades psíquicas da mãe e aos modernos preceitos da puericultura e psiquiatria infantil. Não cabe, entretanto, maiores considerações a respeito, em trabalho desta natureza.

A amamentação natural é encorajada em tôdas oportunidades cabíveis, mas nunca forçada.

A eficiência do parto natural pode ser avaliada, de certo modo, pelos dados estatísticos que a seguir citamos.

THOMS e GOODRICH conduziram o parto, segundo o método de READ, em 546 pacientes das quais 27,5 por cento sem nenhuma instrução prévia e apenas 17,8 freqüentaram o mínimo de seis aulas. O percentual de fracasso foi 14,8 sendo de notar-se que êste índice 21,3 para as mães sem preparação e 5,2 para as que assistiram tôdas as aulas.

DICK READ, em 516 pacientes preparadas, só precisou usar sedação mais anestesia geral 48 vêzes, ou 9,9 por cento.

HELEN HEARDMAN estudou o parto de 1.000 primíparas, 500 segundo o método de READ e outras tantas para comparação. A duração média do parto foi: pacientes treinadas, 17 horas e 10 minutos; grupo de contrôle, 20 horas e 42 minutos. Aplicação de fórceps: treinadas, 47; contrôle, 88. Hemorragias pós-parto: treinadas, 9; contrôle, 15.

Para terminar, o parto natural se nos afigura como um raio de luz a clarear a luta incessante dos que porfiam em livrar a mulher das penas e tormentos de uma condenação injusta.

Vêm a propósito as palavras de ALAN GUTTMACHER ao encerrar seu magnífico livro "Into this Universe": "Em futuro não muito distante, a chegada do recém-nascido será salva de perigo, isenta de dor e livre de inconveniência — uma entrada triunfal neste Universo."

Bibliografia

1) COOKE, W. R. — cit. *in* WALSER. 2) EASTMAN, N. J. — Williams Obstetrics — Apleton - Century-Crofts, 1950. 3) GOODRICH, F. W. JR. — Natural Childbirth — New York, Prentice Hall, 1950. 4) GOODRICH, F. W. JR.

— In Problems of early infancy — New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1948. 5) GUTTMCHER, A. F. — Into this Universe — New York, The Viking Press, 1932. 6) HEARDMAN, H. A. — Way to Natural Childbirth — Edimburgh, Livingstone, 1951. 7) KRAPF, E. E. — Angustia Tension Relajacion — Buenos Ayres, Ed. Paidos, 1952. 8) KROGER and *Freed* — Psicosomatic Gynecology — Philadelphia, W. B. Saunders, 1951. 9) READ, G. D. — Childbirth Without Fear — New York, Harper & Brother, 1944. 10) READ, G. D. — Revelation of Childbirth — London, William Heineman, 1947. 11) SAWYER, B. — Experiences with Labor Procedure of G. D. Read — "Am. J. Obst. & Gynec.", 51:852, 1946. 12) THOMS, H. J. — Training for Childbirth — New York, Mc Graw Hill, 1950. 13) THOMS, H. J. — Understanding Childbirth — New York, Mac Graw Hill, 1950. 14) WALSER, H. — In Problems of Early Infancy — New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1948. 15) WOLLMER, A. M. In Problems of Early Infancy — New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1948.

Considérations sur l'accouchement naturel

Résumé

A propos de l'accouchement naturel, l'A. parcourt la littérature étrangère et présente les bases de la méthode de Read. Cette dernière repose sur le principe de l'accouchement-fonction normale et par conséquent indolore. L'appréhension de la mort, la crainte des malformations fœtales, l'évolution et le raffinement culturel constituent les facteurs contraires au principe normal.

L'A. souligne le rôle des exercises préparatoires à l'obtention du relachement musculaire et celui de la préparation psychologique de la patiente.

Comments on the natural childbirth

Summary

The A. refers to the so called natural childbirth as it is understood in foreign medical litterature and presents the bases of Read's procedure.

This procedure is based on the principle that the childbirth is a normal function; thus it should be painless.

Fear of death, fear of fetal malformations and development and improvement of knowledge have built up factors which are opposed to the principlts of normality.

He stresses the role of the preparatory exercises to obtain the muscular relaxation and the psychological preparation of the patient.

Die normale Entbindung

Zusammenfassung

Der Verfasser bespricht die sogenannt normale Entbindung und, an hand der auslaendischen Literatur berichtet er ueber die Readsche Methode. Die beruht auf der Auffassung, dass die Entbindung eine normale Funktion sei und deshalb schmerzlos sein muesse. Todesangst, Angst vor Kindesmissbildung und die Verfeinerung der Kultur haben Faktoren geschaffen, die im Gegensatz zu normalem Geschenen stehen. Er betont besonders den Wert der vorbereitenden Uebungen, die die Muskelerschlaffung bezwecken und die psychologische Vorbereitung der Patientin.

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.

O problema do Rh em Toronto (1947-1952) — DONOHUE, W. L.; MOLLINGER, M. A.; COOK, E. G. e SWELLING, C. E. 113
Conduta obstétrica com paciente Rh negativo — LOW, D. M. 114
Resultados finais em crianças nascidas de partos a fórceps médios e altos — CORSTON, J. Mc D. 114
Contribuição anatômica ao problema da continência e incontinência da mulher — POWER, R. M. 114
Hemorragia maciça do pós-parto associada com defeito de coagulação — SAWITSKY, A.; LEAHY, D. J. e CARPENTER, F. 116
Câncer primitivo da vagina — PALMER, J. P. e BIBACK, S. M. 116
Incisão transversa baixa com secção muscular em cirurgia ginecológica — WILLIAMS, G. S. 117
Radioterapia dos epiteliomas do aparelho genital feminino—FERNANDEZ-COLMEIRO, J. M. 117
Endometriose estromatógena — ARRIGHI, L. A. 118
Ciclos monofásicos e ritmo menstrual — FIGUEROA CASAS, P. 118
Tratamento da ovarite supurada — NOGUÉS, A. E.; GUIXÁ, H. L. e OTTURI, J. E. 119
Posologia dos estrogênios naturais e sintéticos na produção da menstruação foliculínica — MORICARD, F. 119
Sofrimento fetal. Causas. Conduta a seguir. — AYALA, C. 120
Gravidez e miomas uterinos — ZUCKERMANN, C. 120
Varizes e estado grávido-puerperal — SAENZ, J. e URQUIZA, G. 121
A excreção de 17-cetosteróides durante a gravidez—HUIS in't VELD, L. G. 121
Um fator tubárico na esterilidade funcional da mulher — RUBENSTEIN, B. B. 121
A primiparidade idosa — TORRES, M. 122
A neurectomia do pré-sacro no tratamento da infertilidade conjugal por subfecundidade do homem — SIGLER, G. 124
Estado do metabolismo glucídico nas pacientes em pré-menopausa — BINDI, E. 124
Observações sôbre a patogênese e sôbre a morfologia das lesões pré-cancerosas da genitália externa feminina — MOSSETTI, C. e FANZAGO, G. 125
Os anti-histamínicos no tratamento da ameaça de abôrto — SORA, P. 125
Sôbre as complicações primárias na pequena cesárea — OJANEN, R. e NIEMINEVA, K. 126
Parterggin como medicação ocitócica nos partos — BRUNILA, T. 127
Ectopia cordis, rara malformação congênita. — SAXÉN, L. e KINNUNEN, O. 127
Toxoplasmose adquirida — SKIPPER, E.; BEVERLEY, J. K. A. e BEATTIE, C. P. 128

A exsanguino-transfusão parece ser o tratamento de eleição, salvo possìvelmente nos casos de mediana gravidade. O número de casos de kernícterus reduz-se acentuadamente com emprêgo da exsanguino-transfusão. — *Cid Braune*

Conduta obstétrica com paciente Rh negativo *(The obstetrical management of the Rh-negative patient)* — LOW, D. M. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:248, fev. 1954).

Conclue o A. que enquanto não seja encontrado um meio de promover a profilaxia da doença hemolítica congênita, no período pré-natal, deve a gestante Rh negativa ser submetida a uma observação constante, deixando-se, como regra, que evolua a gravidez até o parto espontâneo a termo. O teste de COOMBS deve ser feito de rotina no sangue das crianças nascidas de mães iso-imunizadas, de seu resultado positivo nascendo a indicação de exsanguino-transfusão com resultados animadores desde que não haja hidropisia.

A histeria inicial e o mêdo que atingiu os obstetras, relativamente às pacientes Rh negativas no último decênio, devem ser acalmados. — *Cid Braune*

Resultados finais em crianças nascidas de partos a fórceps médios e altos *(The end results in children delivered by mid or high forceps)* — CORSTON, JAMES MC D. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:263, fev. 1954).

Neste estudo iniciado com a idéia preconcebida de que os partos a fórceps em alguns casos, acarretavam lesão permanente à criança e que tais crianças freqüentemente desenvolviam epilepsia durante a vida, demonstra o A., pela análise de 430 crianças nascidas de fórceps médios e altos, que isto não se deu e que física e mentalmente elas apresentaram um desenvolvimento normal, não se encontrando nenhum caso de epilepsia na presente série.

Portanto, dos resultados obtidos neste estudo, resulta que se uma criança sobrevive a um fórceps médio ou alto não se justifica a expectativa de alteração físico-mental tardia. — *Cid Braune*

Contribuição anatômica ao problema da continência e incontinência da mulher *(An anatomical contribution to the problem of continence and incontinence in the female)* — POWER, RICHARD M. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:302, fev. 1954).

Em minucioso estudo procura o A. demonstrar que a continência e o processo de micção resultam de um intrincado meca-

nismo de ações sincrônicas e sinérgicas. Depende êle: 1.º) das alças esfincterianas; 2.º) da integridade do dispositivo semelhante a uma funda das fibras trigonais que se continuam pela uretra; 3.º) da integridade dos músculos e ligamentos pubo-vesicais; 4.º) da ação dos padecimentos venosos submucosos; 5.º) da integridade nervosa, e 6.º) primàriamente do assoalho perineal.

A musculatura estriada que recobre a parte perineal da uretra, deve exercer uma função esfinctérica, derivada que é do "sphincter cloacae".

O músculo elevador do ânus parece desempenhar um importante papel no ato da micção e conseqüentemente na continência. O deslocamento para baixo e para trás do orifício vesical interno, inicia a micção e o principal agente no contrôle dêsse movimento é o elevador do ânus.

Sòmente a parte intramural da uretra, direta e automàticamente, participa no mecanismo do fechamento normal.

A continência normal é mantida pelo tono de um elevador funcionalmente normal.

A incontinência de esfôrço é devida ao deslocamento momentâneo da bexiga, para baixo e para trás, o qual relaxa os esfíncteres lisos pela tensão sôbre os músculos pubo-vesicais.

A incontinência gotejante, pode ser devida: a) a um permanente deslocamento da bexiga para baixo e para trás, ou b) a um tráuma da musculatura esfinctérica lisa ou c) possìvelmente a um encurtamento do músculo pubo-vesical, ou d) ela pode ser de origem nervosa.

Se algum músculo tem direito ao título de "músculo da micção" êsse deve ser o elevador do ânus. O esfíncter estriado da extremidade inferior da uretra, derivado do "sphincter cloacae", é usado provàvelmente só num esfôrço de contrôle voluntário, quando falha o mecanismo involuntário.

O elevador do ânus, trazido em ação no caso de contenção voluntária, recebe seu estímulo parcialmente do nervo pudendo. E' portanto concebível que as ramificações do pudendo, recebam por sua parte, estímulos simultâneos, e que, correspondentemente, os músculos esfinctéricos supridos por aquelas ramificações, produzam uma constrição accessória do tubo uretro-vaginal.

Em conclusão breve, a uretra é construída em linhas gerais semelhantes ao canal anal. Há um dispositivo interno esfinctérico, formado de musculatura lisa, especialmente desenvolvido na extremidade cranial; além dêste há um dispositivo esfinctérico externo, especialmente desenvolvido na extremidade caudal. — *Cid Braune*

compatíveis, de aumento de eosinófilos circulantes e de intradermoreação à histamina positiva, tratou 23 casos de ameaça de abôrto com um anti-histamínico de síntese. Os resultados foram favoráveis, observando-se a regressão e desaparecimento dos sintomas (hemorragia e contrações uterinas intermitentes) em 18 casos (78,26 %). Nos cinco casos com resultado pouco satisfatório foi estabelecida em dois casos a ausência do embrião no saco ovular expulso, indicando que havia ocorrido morte e reabsorção do embrião antes do início da terapêutica.

O número de casos tratados é demasiado pequeno para permitir conclusões definitivas, e também o A. chama a atenção para a aplicação desta terapêutica sòmente quando não é possível estabelecer a etiologia orgânica (inflamações, intoxicações, vícios de posição do útero, neoplasias, desequilíbrios hormonais e defeitos ovulares).

Êste trabalho, segundo o A., parece confirmar a hipótese de Hirszfeld de que haja uma base alérgica para o conflito serológico materno-fetal.

Segundo o A., nos campos de abôrto de repetição de causa não determinada, esta terapêutica é a única racional de que dispomos no momento. — *L. Ribeiro Sanches*

ANNALES CHIRURGIAE ET GYNAECOLOGIAE FENNIAE (Helsinki)

Sôbre as complicações primárias na pequena cesárea *(Ueber die primaeren Komplikationen beim kleinen Kaiserschnitt)* — OJANEN, Reim e NIEMINEVA, Kalevi — (*An. Chir. et Gynaec. Fen.*, **43**:17, 1954).

Os A.A. tratam das complicações primárias que se seguiram à pequena cesárea abdominal, no período de 1935-51, nas I e II Clínicas de Mulheres da Univerhidade de Helsinki (551 casos). A incidência da pequena cesárea subiu entre as laparotomias de 3,4 % (1935-38) a 10,2 % (1950-51).

As complicações primárias foram tratadas em relação com a idade, paridade, duração da gravidez, eventualmente intervenções distantes e a doença primária. Igualmente foi tomado em consideração o período antes e depois da introdução de antibióticos e o significado da hemossedimentação e da hemoglobina do ponto de vista das complicações primárias.

A reduzida mortalidade das boas doentes foi 0,18 %. A mortalidade total foi 0,9 %. Como fundamento para que êstes números sejam mencionados, saiba-se que a morbilidade materna total na Finlândia é expressa por 0,22 %.

O número total das complicações primárias foi 23,5 %, as complicações mais graves (trombose, embolia, íleo, febre alta, choque operatório) 3,6 %.

As complicações primárias parecem ser dependentes da idade, paridade, duração da gravidez e, eventualmente, intervenções distantes. A doença primária não parece representar nenhum nítido influxo.

Os A.A. procuram provar, por suas pesquisas, que as complicações primárias merecem atenção na dependência com as pequenas cesáreas. — *A. de Moraes*

Partergin como medicação ocitócica nos partos *(Partergin als Wehenfoerderndes Medicament bei Geburten)* — BRUNILA, Tom — (*An. Chir. et Gynaec. Fen.*, **43**:50, 1954).

Na II Clínica de Mulheres de Helsinki, de I-XI-1948 a 1-X-1950 foi empregado um medicamento ocitócico, fabricado pela casa Sandoz (Suíça) e que sob o nome de Partergin foi empregado numa experiência clínica de 459 casos. Mostrou-se o medicamento eficiente em cêrca de 2/3 dos casos tratados. Nunca se mostrou tóxico. Deve ser cuidadosamente dosado. Depois de uma dose de 5 gotas pode ser empregado ½ a 1 hora após, na dose de 10 a 15 gotas. O total por dia não deve ultrapassar 30 a 45 gotas e o tratamento não deve ser usado dois dias seguidos.

Durante o tratamento devem ser observados o tono de repouso do útero e os batimentos do coração fetal. A droga é contra-indicada nos batimentos cardíacos irregulares, bem como na toxemia materna e no parto prematuro.

O material do A. compreende 433 casos tratados com Partergin, podendo ser-lhe atribuída uma morte fetal com certeza e outras três serem também atribuídas à medicação. Em todos êsses casos recebeu a parturiente, ou uma dose excessiva ou a asfixia fetal não foi observada atentamente.

O A. acha que, ministrado com as cautelas que foram mencionadas, Partergin é empregável com um recurso que desperta as dores e as faz prosseguir. — *A. de Moraes*

Ectopia cordis, rara malformação congênita. *(Ectopia cordis, a rare congenital malformation.)* — SAXÉN, Lauri e KINNUNEN, Olavi — (*An. Chir. et Gynaec. Fen.*, **43**:60, 1954).

A ectopia cordis é referida nos manuais sem menção de qualquer explicação. Taussig diz que se trata (1947) de um exemplo

EM OUTUBRO PRÓXIMO NÚMERO ESPECIAL COMEMORATIVO AO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Ano XIX SETEMBRO DE 1954 Vol. 38 - 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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

SAIDE

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 XIX SETEMBRO DE 1954 Vol. 38 - N.º 3

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 XIX | Setembro de 1954 | Vol. 38 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Considerações sôbre a cancerização do côto cervical — PROF. DR. OSCAR BLANCHARD 129

Hidrâmnio e atresia esofágica congênita — DR. ORESTE CARVALHO 137

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

O fator genético na teratogênese — PROF. DR. RAUL BRIQUET JUNIOR, M. Sc. 143

EDITORIAL

Considerações sôbre o "complexo celular pré-canceroso" de Ayre 167

NOTAS E COMENTÁRIOS

† *Prof. Dr. Alberto Peralta Ramos* 169

1.º Congresso Brasileiro e 2.º Latino-Americano de Anestesiologia ... 170

Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil (Curso de Extensão Universitária sôbre "Câncer Ginecológico") 171

3.º Congresso Panamericano de Endocrinologia 172

30.ª Reunião da Sociedade Alemã de Ginecologia 172

I Congresso Venezuelano de Obstetrícia e Ginecologia 173

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Étude comparée de l'insuflation utéro-tubaire et l'hystéro-salpingographie dans 250 cas de stérilité — JOSETTE PROUST 174

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo 175

Carcinoma del Útero (Clínica) y Tratamiento Quirúrgico del Cáncer del Cuello del Útero — OSCAR BLANCHARD 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.

Dano à posteridade causado pela irradiação das gônadas — MÜLLER, H. J. 177

"Follow-up" de três gerações de mulheres tratadas com terapêutica pelos Raios X por disfunção menstrual e esterilidade vinte e oito anos antes, com histórias detalhadas de netos nascdos dessas mulheres. — KAPLAN, I. I. 179

Função adrenocortical na toxemia gravídica — VENNING, E. N.; SINGER, B. e SIMPSON, G. A. 180

Hemangiopericitoma do útero — PEDOWITZ, P.; FELMUS, L. B. e GRAYZEL, D. G. 181

Função ovariana em seguida a abôrto induzido — SUZUKI, M. e WATANABE, T. 181

Tuberculose extra-pulmonar e gravidez — SCHAEFER, G.; DOUGLAS, R. G. e DREISHPOON, I. N. 182

Síndrome caracterizada por galactorréia, amenorréia e baixo teor de F. S. H. urinário: comparação com acromegália e lactação normal. — FORBES, P. H.; HENNEMAN, G. C. G. e ALBRIGHT, F. 183

Experiência preliminar no tratamento da menopausa com Tace, um novo tipo de estrogênios. — GILLIAM, J. S.; HUNTER, G. W. e DARNER, C. B. 183

Tratamento da grávida diabética — MERCHANTE, R. F. 184

Contribuição ao valor diagnóstico do muco cervical — BORRUAT, C. A. 185

Nota preliminar sôbre o emprêgo da cortisona em endocrinologia genital — JAYLE, F.; VALLIN, Y.; GUÉGUEN, M. J. e VEYRIN-FORRER, F. 185

O parto prematuro na Maternidade de Barcelona — CARCELLER, C.; CARMONA, M. e DEXEUS, S. 186

Analgesia no parto mediante o bloqueio dos pudendos favorecida pela hialuronidase — NOVO, A. 187

Pesquisa histoquímica sôbre o epitélio tubário da mulher — BALBONI, G. 188

Considerações clínicas e anátomo-patológicas acêrca de um caso de rotura espontânea da aorta em gravidez — BERTOGALLI, G. e BOSCARO, M. 189

Terapêutica endoaórtica das formas flogísticas ginecológicas agudas e crônicas — INGIULLA, P. e CARRAI 189

Histerectomia vaginal nas afecções benignas (Relação clínico-estatística) — SALVI, F. 189

Ação do ACTH, do Doca e da Cortisona sôbre os achados histofuncionais provocados pela agressão histamínica e a anafilaxia. — GAZZOLA, D. 190

Hemorragia sub-aracnoidéia não toxêmica durante a gravidez, parto ou puerpério. — JÄRVINEN, P. A. e HUHMAR, E. 190

Gravidez extra-uterina, reação gravídica e mucosa uterina — VON NUMERS, C. e KINNUNEN, O. 191

Os A.A. vão se ocupar do emprêgo da cortisona ligada à sua ação sôbre a ante-hipófise, como inibidor poderoso e específico da função corticotrópica da hipófise. Em segundo lugar, há na literatura um certo número de dados que deixam supor que a cortisona excita a função gonadotrópica da hipófise.

A primeira e mais importante dessas propriedades foi aproveitada por WILKINS e cols. no tratamento da hiperplasia congênita da suprarrenal que dá lugar clìnicamente a uma anomalia morfológica conhecida por pseudo-hermafroditismo ginandróide. Verificou WILKINS a queda dos 17-cetoesteróides urinários após o emprêgo da cortisona, a eficácia das doses de manutenção fracas empregadas de 3 em 3 dias e a tolerância perfeita dos indivíduos tratados no decorrer de vários anos consecutivos.

Com V. DECOURT, os A.A. confirmaram tais fatos, apresentando observações clínicas. Em sua comunicação preliminar os A.A. pretendem também mostrar sua utilização para o diagnóstico diferencial dos hiper-androgênios suprarrenal e ovariano.

Propõem os A.A. uma prova da cortisona que permite fazer o diagnóstico etiológico da hiper-androgenia: quando é de origem hipófiso-suprarrenal, os 3α-steróides e os 17-cetoesteróides caem a valores muito baixos para as taxas não mudadas da creatinina; quando a diminuição dêstes metabólitos não é verificada, deve pensar-se na origem ovariana dêstes andrógenos, em conseqüência de hiperprodução de lúteo-estimulina, sobretudo se existe estado de virilismo.

Insistem os A.A. em que existem hiper-androgenias suprarrenais sem sinais de virilismo associado; traduzem elas estado de desequilíbrio hipofisário que se encontra em certas amenorréias e nas perturbações da função luteal com esterilidade ou abortos de repetição. — *A. de Moraes*

MEDICINA CLÍNICA (Barcelona)

O parto prematuro na Maternidade de Barcelona *(El parto prematuro en la Maternidad de Barcelona)* — CARCELLER, C.; CARMONA, M. e DEXEUS, S. — (*Med. Clin.*, **3**:159, março 1954).

À base de 2.612 fetos pesando de 1.000 a 2.500 gramas, nascidos na Maternidade de Barcelona de 1916 a 1952, recolhem os A.A. em 12 gráficos, alguns aspectos da prematuridade: 1) A curva evolutiva da prematuridade tende a baixar. 2) Não se observa influência alguma da paridade. 3) Em 50,22 % acharam uma causa da prematuridade. 4) Por ordem de freqüência, as principais causas

são: gemelaridade, sífilis, toxicose, rotura prematura de membranas, tuberculose, placenta prévia, malformações fetais, cardiopatias descompensadas, eritroblastoses e outras diversas com mínimas percentagens. 5) Há um ligeiro aumento de prematuridade entre as solteiras. 6) Aumento devido principalmente à sífilis. 7) A mortalidade fetal global dos prematuros foi de 28,02 % mas, a curva evolutiva marca uma queda progressiva. 8) A mortalidade neonatal nos prematuros é especialmente marcada dentro das primeiras 24 horas. 9) O pêso ao nascer influe notàvelmente na percentagem de mortalidade fetal. 10) Os filhos ilegítimos de menos de 2.500 gramas têm mortalidade mais elevada que os das casadas. — *Luiz Souza Mattos*

Analgesia no parto mediante o bloqueio dos pudendos favorecida pela hialuronidase *(Analgesia em el parto mediante bloqueo de pudendos facilitado por la hialuronidase)* — NOVO, A. — (*Med. Clin.*, **3**:178, março 1954).

O A. diz ter empregado o método em um total de 100 casos, a maioria partos normais, dois fórceps baixos, uma versão (uma tuberculose pulmonar com dilatação completa, bôlsa íntegra e feto pequeno) e várias apresentações podálicas algumas das quais em primíparas.

A anestesia é de aparição rápida (5 a 10 minutos) e dura cêrca de 1 a 2 horas em média pouco mais ou menos; caso não se adicione adrenalina, a duração se reduz a uma hora escassa.

Obteve anestesia adequada em 85 % dos casos. Para idéia de sua eficiência diz o A. que tôdas as referidas intervenções (fórceps, versão e partos de nádegas) não necessitaram nenhum complemento. Foi conseguido um relaxamento satisfatório em 90 % dos casos. Os fracassos são atribuídos à qualidade da novocaína, pois diminuem quando são empregadas soluções recentes ou preparados de garantia. Não observou o A. nenhuma reação secundária nem imediata nem tardia.

O único inconveniente provém da falta de confiança e de colaboração por parte da parturiente, mas, não é difícil ganhar-se a confiança com uma pequena preparação de tipo psicológico. Como vantagens da técnica cita o A.: 1) Analgesia rápida duradoura e completa. 2) A mãe conserva a consciência permitindo-lhe colaborar no ato do parto. 3) Não altera a motilidade uterina, não dá lugar a acidentes e não é nociva ao feto. 4) Do fluidificar o conectivo permite uma melhor dilatação dos músculos perineais com que são evitadas roturas e diminui consideràvelmente o período expulsivo.

As episiotomias e suturas são realizadas com muito pouca perda sanguínea.

Estas vantagens, que são próprias da anestesia dos pudendos, ainda são acompanhadas destas inerentes à ação da hialuronidase:

a) Aumenta em dôbro, a superfície invadida pelo anestésico. Facilita extraordinàriamente a técnica e não falha, mesmo no caso de anomalias anatômicas na situação dos nervos pudendos.

b) Reduz à metade, a dose do anestésico local. Usar uma grande quantidade de solução anestésica (120 cc.) traz como resultado a formação de um grande edema na vulva que é capaz de retardar a marcha do trabalho de parto e dificultar a reparação operatória de uma eventual episiotomia. — *Luiz Souza Mattos*

RIVISTA DE OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Itália)

Pesquisa histoquímica sôbre o epitélio tubário da mulher

(Ricerche istochimiche sull'epitelio tubarico della donna) — BALBONI, G. — (*Riv. Ost. e Gin.*, **3**:164, março 1954).

O A. observou o comportamento dos ácidos nucleínicos no epitélio tubário e as modificações histoquímicas dêste epitélio em relação ao ciclo menstrual. Estas observações foram realizadas em 18 pares de trompas humanas retiradas no decurso de laparotomias em mulheres de 31 a 50 anos de idade.

O A. evidenciou que as células do epitélio tubário apresentam variações dos ácidos nucleínicos específicas para cada tipo celular. Essas variações tornam possível melhor estudo do papel funcional das diversas células do epitélio tubário.

O A. estabeleceu distinção entre as células ciliadas e as não ciliadas. Os vários tipos celulares poderiam ser a expressão de diversas fases de um único elemento celular.

Existe certa correlação entre as modificações histoquímicas celulares e o ciclo menstrual. Essas últimas são caracterizadas sobretudo por um aumento da atividade proteossintética durante a primeira fase do ciclo e pelo contrário, por uma diminuição dêste no decorrer da segunda fase. O produto elaborado pelas células não ciliadas foi positivo à reação de McManus-Hostchkiss e considerado como pertencendo ao grupo das mucoproteínas. — *M. Péano*

Salienta as vantagens das vias abdominal e vaginal. Não houve mortalidade e as complicações pós-operatórias foram reduzidas.

O A. acha que a histerectomia total por via vaginal é menos chocante para a paciente do que por via abdominal e que em certos casos, há indicação formal para a primeira via.

Enfim, o A. considera a via vaginal como preferencial em ginecologia das pacientes idosas. — *M. Péano*

Ação do ACTH, do Doca e da Cortisona sôbre os achados histofuncionais provocados pela agressão histamínica e a anafilaxia. *(Azione dell'ACTH, del DOCA e del Cortisone su reperti istofunzionali provocati da agressione istaminica e da anafilassi.)* — GAZZOLA, D. — (*Min. Gin.*, **5**:168. março 1954).

O A. estudou os efeitos da administração do ACTH, Doca, Cortisona sôbre os achados histológicos, efeitos êstes provocados por um estímulo demorado da Histamina e pela ação anafilática, em cobaias.

Os resultados obtidos parecem demonstrar que o ACTH inibe a formação do edema a permeabilidade vascular, as hemorragias, as infiltrações dos eosinófilos, as transformações metaplásicas e hiperplásicas, por modificações opostas da reatividade tissular à Histamina e ao sôro.

O papel da Doca, no "stress" seria, segundo o A., quebrar o equilíbrio dos electrólitos e alterar os processos enzimáticos celulares. Quanto à Cortisona, seu poder antimitósico consistiria numa inibição enzimática capaz de parar, com a diminuição da síntese protéica provocada por êste hormônio, a metaplasia proliferativa. — *M. Péano*

ANNALES CHIRURGIAE ET GYNAECOLOGIAE FENNIAE (Helsinki)

Hemorragia sub-aracnoidéia não toxêmica durante a gravidez, parto ou puerpério. *(Non-toxemic subarachnoid Hemorrhage during Pregnancy, Delivery, or Puerperium.)* — JÄRVINEN, PENTTI A. e HUHMAR, ERKKI — (*Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, **43**:85, 1954).

A hemorragia sub-aracnoidéia tem sido reconhecida como uma doença distinta há cêrca de um século. Várias causas têm sido apontadas. Os casos em que o acidente ocorre em pessoas jovens ou

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

saudáveis constituem grupo àparte. Só depois que a angiografia tornou-se método usual de exame é que foi possível a terapêutica cirúrgica. Em 1926 MONIZ, como pioneiro, dizem os A.A., foi o primeiro a empregar o método na clínica.

A primeira publicação sôbre hemorragia sub-aracnoidéia como complicação da gravidez foi relatada por GERIN-ROSE, em 1859. CONLEY e RAND, em 1951, reviram 20 casos não toxêmicos da literatura e apresentaram 8 casos próprios. E' evidente que alterações cerebrais associadas à toxemia gravídica (edema, espasmos, trombose, etc.) podem dar origem a roturas dos vasos sanguíneos das meninges que possam ser atribuíveis à toxemia.

Os mesmos autores, em 1953, publicaram trabalho em que descrevem 3 casos de hemorragias sub-aracnoidéias, como complicação toxêmica, em que a autópsia não revelou aneurismas.

Os casos dos A.A. são, em resumo:

Caso 1 — Aneurisma da carótida interna verificado pela radiologia. Antes do 3.º parto ligeiros sintomas neurológicos foram notados. Durante e depois da 4.ª gravidez ocorreram sintomas cerebrais transitórios. Não foi indicada operação, nessa época, pois os sintomas não indicavam claramente a rotura. Ocorreu depois uma crise epileptiforme com convulsões e coma. Estava no 5.º mês de gestação. Pressão 170/80. A paciente deu à luz espontâneamente a um feto malformado, pesando 1.800 grs. Havia hidrâmnio.

O caso 2 apresentou típico sindroma clínico de hemorragia sub-aracnoidéia ocorrendo durante o parto, da qual a paciente se restabeleceu. A causa da hemorragia não foi determinada (1938).

Referem-se ainda a 2 casos mortais, nos quais não foi feita autópsia, mas o líquido lombar continha sangue.

Alguns aspectos do tempo em que ocorre a manifestação são discutidos, na base dos 22 casos não-toxêmicos da literatura e de seus próprios casos. A mortalidade primária atinge 50 por cento. O acidente não impede o prosseguimento da gestação, mas em alguns casos é aconselhável a cesárea.

Finalmente, os A.A. acentuam a importância do exame e do tratamento neuro-cirúrgico. — *A. de Moraes*

Gravidez extra-uterina, reação gravídica e mucosa uterina *(Extrauteringravidität, Schwangerschaftsreaktion und Mucosa uteri)* — VON NUMERS, CLAËS e KINNUNEN, OLAVI — (*Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, **43**:95, 1954).

Os A.A. propuseram-se a verificar se a ocorrência da reação de gravidez (GALLI-MAININI) seria função da duração da hemorragia na gravidez extra-uterina. O material de que se serviram com-

NÚMERO ESPECIAL COMEMORATIVO AO
IV CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
E
II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Ano XIX OUTUBRO DE 1954 Vol. 38 - 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.

Ano XIX OUTUBRO DE 1954 Vol. 38 - N.º 4

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 XIX | Outubro de 1954 | Vol. 38 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Estudo crítico dos antibióticos em Ginecologia — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES 193

Cirurgia conservadora no tratamento dos miomas uterinos — DR. ALIPIO AUGUSTO e DR. LEONARDO RIBEIRO SANCHES 209

Aureomicina no tratamento da vaginite por tricomonas vaginais — DR. ALDERICO FELICIO DOS SANTOS e DRA. HELIA G. MALDONADO 217

Cirurgia conservadora no câncer do colo uterino — DR. JOÃO PAULO RIEPER 221

Cirurgia restauradora no tratamento da esterilidade — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA 229

Antibióticos por via local, nas afecções ginecológicas. — DR. A. VESPASIANO RAMOS e MARCEL PÉANO 235

Estreptomicina por via local, na tuberculose genital feminina. — DR. A. VESPASIANO RAMOS e MARCEL PÉANO 243

Observações sôbre uma técnica rápida de dosagem da gonadotrofina coriônica na urina — DR. ADRIANO CRUZ FERREIRA e DR. ERICSSON SOARES LINHARES 247

EDITORIAL

Congressos de Ginecologia e Obstetrícia 255

NOTAS E COMENTÁRIOS

Número em homenagem ao II Congresso Latino-Americano e IV Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia 258

II Congresso Latino-Americano e IV Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia 260

Distinção do 1.º Congresso Brasileiro de Medicina Militar ao Prof. Arnaldo de Moraes 273

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Labor y Producción Científica del Instituto de Maternidad "J. C. Llames Massini" — SILVESTRE LUIS SALA 274

Frühdiagnose des Uteruscarcinoms — ERNST NAVRATIL 274

Progressos da Medicina 275

Sinopsis Obstétrico-Ginecológico 276

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.

Goma da mama — WHITAKER, H. T. e MOORE, R. M. 277
Prenhez ectópica — GORDON JOHNSON, C. e POST, L. I. 277
Monte Everest no útero — EASTMAN, N. J. 278
Fisiologia cárdio-vascular na prenhez normal: estudos pela técnica de diluição de corantes. — ADAMS, J. Q. 279
Conduta na apresentação podálica — WARE, H. H. e ROBERTS, L. W. 280
Conduta na gravidez complicada por doença cardíaca — ULLERY, J. C. 281
Complicações tardias do sistema urinário depois da histerectomia radical no carcinoma do colo — THORNTON, W. N. 281
Uma avaliação do "stanolone" no tratamento do câncer mamário avançado — GELLHORN, A.; HOLLAND, J.; HERRMANN, J. B.; MOSS, J. e SMELIN, A. 283
O efeito da gravidez na surdez devida à otoesclerose — WALSH, T. E. .. 283
Suspensão vésico-ureteral supra-púbica como meio primário de corrigir a incontinência de esfôrço e cistocele — GOETSCH, C. 284
Metabolismo férrico nas anemias da gravidez — HAMILTON, H. G.; HIGGINS, R. S. e ALSOP, W. S. 284
Cesarianas repetidas — WARD, V. L. 285
Indução do trabalho de parto na pré-eclampsia por meio de gôta a gôta endovenosa de Pitocin — FULSHER, R. W. 285
Histerectomia — MELODY, F. G. 285
O efeito da Cortisona na excreção dos 17-cetoesteróides, em pacientes com carcinoma de próstata. — SOKAL, J.; BONDY, P.; PASQUALE, J.; DEMING, C. e HARVARD, M. 286
Parto prolongado — ROUST, C. 287
Contribuição à terapêutica ocitócica — BERUTI, J. A. e VOTTA, R. A. 287
Diagnóstico precoce da gravidez por intradermo-reação com gonadotrofina coriônica urinária humana — BORRONE, N. J. 288
Tratamento da incontinência urinária—DI PAOLA, G. e TYMGAUKER, J. 289
Nova contribuição à dilatação bidigital do colo uterino — PEREIRA, J. C.; GHENDLER, L. e ABDALA, A. 290
Sinfisiotomia parcial a céu aberto — LEÓN, J. 290
Evolução e estado atual do tratamento do carcinoma do colo uterino — SALABER, J. A. B. 291
Rotura uterina na Maternidade Concepción Palacios — RASQUIN, O. ... 292
Os tratamentos médicos das hemorragias genitais não obstétricas — NETTER, A. e NETTER, A. L. 293
Cânceres ováricos — ZUCKERMANN, C. 293
Metrorragias funcionais com endométrio atrófico—ARENAS, N. e FOIX, A. 295
Sôbre a hiperplasia cística do endométrio senil — NARDUCCI, U. 296
Pesquisas clínicas e experimentais sôbre a acão da cultura liofizada do bacilo de Döderlein (Normogin) — DORANDO, C. 297
Observações sôbre o tratamento das tromboses venosas em Obstetrícia e em Ginecologia, com emprêgo de substâncias anti-coagulantes. — SCHIAVINA, G. P. 297
Freqüência dos sexos nas malformações congênitas — ANGELI, G. 298
O Lanatoside C nas cardiopatias gravídicas — PALLÉ, C. 298

uma solução neutralizada foi êste número reduzido a 6 %. Também neste grupo houve 27 % de falhas. Só há necessidade da via endovenosa nos poucos casos de bloqueio intestinal. — *J. P. Rieper*

Cesarianas repetidas *(Subsequent Cesarean Sections)* — WARD, V. L. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **62**:222, abril 1954).

O artigo é uma exposição mais filosófica e didática do assunto, considerando problemas como o mêdo de críticas e de acidentes e mesmo o desejo de maiores honorários. Deve reconsiderar-se a decisão de fazer uma cesariana quando há possibilidade de parto por via vaginal. Em suma: Só se deve fazer as cesarianas bem indicadas para o bem físico, psicológico e econômico das pacientes. — *J. P. Rieper*

Indução do trabalho de parto na pré-eclampsia por meio de gôta a gôta endovenosa de Pitocin *(Intravenous Pitocin Drip Induction of Labor in Preeclampsia)* — FULSHER, R. W. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **62**:231, abril 1954).

Há indicação para provocar o trabalho de parto antes do termo em pré-eclâmpticas que não respondem ao tratamento medicamentoso e de repouso. A resposta do útero à Pitocina, é, nestes casos, mais pronta do que na gravidez normal. Foi empregado êste método em 5 casos consecutivos de pré-eclampsia grave, não preparados, com ótimo resultado, sem aumento da pressão ou outro inconveniente. Há um período latente de várias horas, depois do qual começam as contrações eficazes. A reação à Pitocin é individual. O uso intramuscular pode levar a desastres. Inicia o A. a indução com 15 gôtas por minuto de solução de 1 cc. de Pitocin em 1.000 de sôro glicosado a 5 %. O A. acha êste método preferível à cesariana. — *J. P. Rieper*

Histerectomia *(Hysterectomy)* — MELODY, F. G. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **62**:235, abril 1954).

O A. estuda 122 casos de histerectomia de vários tipos da sua clínica particular. 77,8 % foram de histerectomia total abdominal, 7,3 % total vaginal e 14,7 % subtotal. A indicação deve ser individualizada, sendo a subtotal feita nos processos inflamatórios e na endometriose pélvica. Um colo limpo de nulípara não representaria

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Parto prolongado *(Parto prolongado)* — ROUST, C. — (*Obst. y Ginec. Lat.-Am.*, **XII**:1:60, março-abril 1954).

São estudadas 301 observaçõe reunidas de um total de 3.273 partos consecutivos.

Os principais fatôres presentes ou ligados à demora excessiva do trabalho de parto foram: primiparidade (77 %) anomalias da contratilidade uterina (63,6 %); anomalias da apresentação e posição fetais (11,2 %); desproporção feto-pélvica relativa (10,2 %); feto grande (2 %) etc.

O fim dêstes partos prolongados foi espontâneo em 64 casos (21,2 %), exigiu correção em 194 casos (64,4 %) e em 43 casos (14,2 %) exigiu manobra operatória.

O uso oportuno de mediacção sedativa ou estimulante da contração uterina conforme o estado clínico da parturiente, pode resolver satisfatòriamente muitos casos, sempre que a indicação medicamentosa seja correta e a dosagem adequada.

A morbilidade materna está aumentada e há incremento da mortalidade de forma indireta.

O sofrimento e a mortalidade fetais aparecem diretamente aumentados particularmente quando se trata de fetos grandes. As mais importantes causas dos óbitos são: a anóxia fetal, o traumatismo operatório, os acidentes funiculares etc.

Conclue o A. que o parto prolongado deve ter sua solução escolhida de forma racional e individual para cada parturiente, de acôrdo com as modalidades clínicas de cada caso. — *Luiz Souza Mattos*

Contribuição à terapêutica ocitócica *(Contribución a la terapéutica oxitócica)* — BERUTI, J. A. e VOTTA, R. A. — (*Obst. y Gin. Lat.-Am.*, **XII**:69, março-abril 1954).

Os A.A. estudam clìnicamente a ação ocitócica do tokofinal e seus efeitos secundários. Foram selecionados sòmente os partos detidos com manifesto prolongamento do trabalho por insuficiência contrátil uterina. O tokofinal não foi empregado nos partos com evolução normal para torná-los precipitados, pois disto decorrem efeitos nocivos sôbre o feto. Essa droga permitiu acelerar, às vêzes espetacularmente, a maioria dos partos prolongados. Diluído em sôro, aplicado por via endovenosa gôta a gôta, oferece respostas fisiológicas com melhor relaxamento uterino, com poderosa ação

Ano XIX NOVEMBRO DE 1954 Vol. 38 - 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

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 XIX NOVEMBRO DE 1954 Vol. 38 - 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$ 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 XIX | Novembro de 1954 | Vol. 38 — N.º 5

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

O enxêrto da pele sepultada (Seu emprêgo na cura cirúrgica do prolapso genital) — DR. FRANCISCO RUIZ ARCE 299

Valor da citologia cérvico-vaginal como rotina no diagnóstico do câncer do útero — DR. DIB GEBARA 307

As alterações histológicas do epitélio do colo do útero e o carcinoma "in situ" — DR. EITEL DUARTE 317

EDITORIAL

A síndrome geral de adaptação e o ciclo grávido-puerperal 325

NOTAS E COMENTÁRIOS

† Dr. Dib Gebara 329

Comemoração do XIX aniversário de cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes 331

Homenagem ao Prof. Arnaldo de Moraes na "Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia" 332

III Curso Brasileiro de Fertilidade e Esterilidade 333

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Actualités Gynécologiques — FUNCK-BRENTANO 335

Die Gynäkologischen Operationen — HEINRICH MARTIUS 335

Office Gynecology — J. P. GREENHILL 337

Espaço pélvico sub-peritoneal e prolapso genital, especialmente cistocele — JOSÉ NEMIROVSKY 338

Arquivos de Higiene e Saúde Pública 338

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da centésima-quadragésima-segunda sessão ordinária 339

Ata da centésima-quadragésima-quarta sessão ordinária 340

Ata da centésima-quadragésima-quinta sessão ordinária 341

Ata da centésima-quadragésima-sexta sessão ordinária 343

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.

Coriocarcinoma do útero — NOVAK, E. e SEAH, C. S. 345
Sangramento uterino pós-menopáusico — BREWER, J. e MILLER, W. H. 345
Carcinoma do corpo do útero — COSBIE, W. G.; ANDERSON, W.; MILLAR, O. B. e BUNKER, M. L. 346
Métodos de relaxamento no parto — JACOBSON, E. 347
Alívio da dor do parto por gôta a gôta venoso de meperidina e escopolamina — ROSENFELD, S. S.; LAPAN, B.; KURZNER, M. e WEINSTEIN, M. S. 347
Estudos clínicos sôbre as relações dos estrogênios com o desenvolvimento do câncer do corpo do útero — JENSEN, E. I.; DENMARK, V. e OSTERGAARD, E. 348
Carcinoma das trompas descoberto por esfregaço cervical — FIDLER, H. R. e LOCK, R. R. 349
O ocaso da operação cesárea extra-peritoneal — LUIS PEREZ, M. e ROBERTO FIRPO, J. 349
Alterações menstruais e tuberculose pulmonar — DI PAOLA, G. 350
Mastopatia crônica quística; ensaio patogênico. — NOGUÉS, A. E. 350
Ação fibrinolítica do líquido menstrual — BAGNATI, E. P. 351
Tratamento de algumas algias pelvianas pela ressecção do plexo hipogástrico superior — BREA, C. A.; PROVENZANO, L. M.; PENA, J. e GONZALEZ, C. 351
Atresia congênita do colo uterino — AHUMADA, J. L. e PONTE, R. R. 352
Disgerminoma do ovário — DEFAZIO, F. 352
Aderências intra-uterinas — ORTIZ, N. C. 353
Carcinoma e tuberculose simultâneos do útero — DI PAOLA, G.; SOLA, E. e REMY, F. 353
Endometriose do umbigo — MAINETTI, J. M. e TRIACA, J. A. 354
Valor prático do contrôle do muco cervical — BEARZI, V. L. 354
Salpingoquimografia e ovulação — NOCETI, R. E. J. 355
Fibroma do ovário — GUGLIELMO, L. e CAMPANELLA, A. J. 356
Diagnóstico e orientação terapêutica no câncer da mama — WIENERT, F. 357
Câncer da mama. Histopatologia. — RAPAPORT, M. 358
Tratamento cirúrgico do carcinoma da mama — GARRÉ, E. 358
A roentgenterapia no câncer da mama — CORSELLAS, M. F. 359
A propósito de duas observações (cirúrgica e obstétrica) de incoagulabilidade sanguínea por desaparecimento do fibrinogênio circulante — LHOIRY, J. e FAYET, H. 359
A citologia no estudo e no diagnóstico do câncer uterino — PAPANICOLAOU, G. N. 360
A combinação do sistema televisivo com o colposcópio e o microscópio representa um progresso para o diagnóstico ótico vaginal? — HINSELMANN, H. 361
A amputação do colo no câncer intra-epitelial — ROCHAT, R. L. 361

Métodos de relaxamento no parto *(Relaxation methods in labor)* — JACOBSON, EDMUND — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:1035, maio 1954).

Estuda o A., à luz dos princípios de fisiologia, alguns dos métodos de parto "natural".

Ainda que todo obstetra experimentado já tenha acompanhado pacientes que se relaxam naturalmente, sem qualquer treinamento, não se pode negar que o treinamento para o parto é vantajoso, especialmente se eficientemente dirigido, sôbre fundamentos estritamente fisiológicos.

Estimular o entusiasmo, ensinar o mecanismo do parto e cultivar a fé, podem ter qualquer efeito agradável mas não contribuem, em absoluto, para o relaxamento. Êste se consegue por instrução técnica, do mesmo modo que para o golf e a natação, sendo conveniente controlar o seu progresso pela eletromiografia especializada. Tal contrôle demonstrou a não validez dos exercícios de relaxamento.

Contra-indica o A. a atribuição à paciente da responsabilidade de usar anestésico, a qualquer tempo, porque se estimula assim o esfôrço de sua parte em decidir o que fazer, esfôrço, como qualquer outro, incluindo tensões nos músculos dos olhos (para ver o anestésico), nos órgãos da palavra (preparatório para solicitar) ou mesmo dos braços e pernas (para atingi-lo). E' preferível deixar ao julgamento do médico a necessidade do uso.

Durante o parto a paciente submetida sòmente a métodos de treinamento fisiológicos, procede inteligentemente, com segurança, sem qualquer semelhança com o estado de "transe". As sugestões e hipinoses, antes ou durante o trabalho, devem ser evitadas para que melhores resultados sejam conseguidos. Os métodos de sugestão são indesejáveis porque: 1) não se pode confiar nêles como regra; 2) os sintomas são reprimidos mas não abolidos; 3) a hipnose geralmente só produz analgesia em 10 % das pessoas; 4) a hipnose tende a aumentar a dependência pessoal, a suscetibilidade e os sintomas neuróticos, não devendo de modo algum substituir as drogas analgésicas. — *Cid Braune*

Alívio da dor do parto por gôta a gôta venoso de meperidina e escopolamina *(The relief of the pains of labor by the continuous intravenous drip of meperidine and scopolamine)* — ROSENFELD, SAMUEL S.; LAPAN, BERNARD; KURZNER, MARTIN e WEINSTEIN, MORTON S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:1067, maio 1954).

O processo foi empregado em 121 pacientes sendo 44 nulíparas e 77 multíparas, de uma série não selecionada, incluindo partos

gemelares, apresentações podálicas, toxêmicas, cárdio-reumáticas e Rh negativas. Demonstrou-se claramente o sinergismo entre a meperidine e a escopolamina, sendo obtida alta percentagem de analgesia e duração do parto sem complicações fetais, verificando-se apenas 1 caso de hemorragia pós-parto em uma paciente que tinha uma placenta sucenturiata. — *Cid Braune*

Estudos clínicos sôbre as relações dos estrogênios com o desenvolvimento do câncer do corpo do útero *(Clinical studies concerning the relationship of estrogens to the development of cancer of the corpus uteri)* — JENSEN, E. INGERMANN; DENMARK, VEJAN e OSTERGAARD, ERLING—(*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:1095, maio 1954).

Cento e cinco casos de carcinoma do endométrio são estudados, atendendo-se especialmente: 1) a idade da menopausa; 2) aos períodos precedentes de metrorragia; 3) a presença ou ausência de distúrbios menopáusicos; 4) ao estado marital e fertilidade; 5) aos caracteres histológicos da parte possìvelmente aparentemente normal do endométrio e 6) à intensidade e duração de estrogenoterapia administrada.

A análise da presente série mostra que nessas pacientes cancerosas a menopausa começou mais tarde e foi freqüentemente precedida por metrorragias periódicas e menos freqüentemente por fogachos, indicando que essas pacientes estiveram freqüentemente sob influência estrógena-endógena por períodos mais longos que a média das mulheres. As pacientes dessa série relataram com freqüência tratamentos estrogênicos em maiores doses e de maiores durações do que as mulheres de uma série de contrôle. Dezesseis dessas cancerosas tiveram tratamento contínuo por estrogênio de 12 a 15 anos (em média 6 ½).

E' salientada a dificuldade do diagnóstico histológico em tais casos, acentuando-se que, nos duvidosos, essencial se torna manter as doentes sob observação, suprimindo-se a estrogenoterapia e fazendo-se nova biópsia após alguns meses, suprimindo-se assim com êste período alguns casos de "cancerlike hyperplasia" do endométrio.

Concluem os A.A. que uma estimulação estrogênica contínua (endógena ou exógena) constitui fator etiológico importante do câncer do endométrio, o que sugere precauções quanto à estrogenoterapia nos distúrbios menopáusicos. — *Cid Braune*

Carcinoma das trompas descoberto por esfregaço cervical *(Carcinoma of the Fallopian tube detected by cervical smear)* — FIDLER, H. R. e LOCK, R. R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:1103, maio 1954).

Relatam os A.A. 5 casos de carcinoma das trompas vistos num período de 5 anos, representando 0,61 % de 791 lesões malignas primárias do tracto genital feminino, examinadas no Vancouver General Hospital.

O esfregaço vaginal pré-operatório foi positivo em 3 dos 4 casos examinados e nos 3 em que havia corrimento vaginal sanguíneo associado.

A tríade — sangue vaginal, dor abdominal baixa e massa pélvica — quando acompanhada por citologia positiva e biópsia cérvico-endometrial negativa, é pràticamente diagnóstico de carcinoma tubário. O carcinoma do ovário com ou sem comprometimento tubário pode, entretanto, ser responsável pelo aparecimento de células malignas no esfregaço vaginal. — *Cid Braune*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

O ocaso da operação cesárea extra-peritoneal *(El ocaso de la operación cesárea extraperitoneal)* — LUIS PEREZ, M. e ROBERTO FIRPO, J. — (*Obst. y Ginec. Lat.-Amer.*, **12**:135, maio 1954).

Comparam-se as técnicas extra e transperitoneal da operação cesariana nos casos infectados, analisando para tanto o objetivo, vantagens, inconvenientes e resultados.

O motivo da cesariana extraperitoneal é evitar a contaminação da cavidade peritoneal. As aberturas acidentais da cavidade peritoneal que são relatadas com freqüência e as efrações menores, muitas vêzes ignoradas, tornam ilusória a pretendida proteção; por outro lado, produzem-se, por vêzes, traumatismos urinários e também não são raras as supurações do tecido celular.

Existem as técnicas transperitoneais mais fáceis de realizar onde as lesões do aparelho urinário são raras e em que o perigo de infecção está totalmente anulado com as sulfas e antibióticos como o demonstram as comunicações e as largas séries sem mortalidade por infecção já apresentada por um dos A.A.

Na moderna obstetrícia não há lugar para a extraperitoneal. Todos os casos, mesmo os mais grosseiramente infectados, entram na órbita das técnicas transperitoneais, uma vez que se usem sulfas e antibióticos. — *Luiz Souza Mattos*

Alterações menstruais e tuberculose pulmonar *(Alteraciones menstruales y tuberculosis pulmonar)* — DI PAOLA, G. — (*Obst. y Ginec. Lat.-Amer.*, **12**:142, maio 1954).

Analisando a literatura examinada e pela experiência do A., muito vultosa em certos aspectos, deduz-se que o problema da relação tuberculose pulmonar - ovários merece e deve ser revisto à luz dos modernos conceitos de fisiopatologia sexual. E' evidente que a maioria dos trabalhos realizados foram executados sem utilizar os novos processos de diagnóstico que tanto facilitam a interpretação racional das anomalias do ciclo sexual e em especial a amenorréia, tais como as curvas de temperatura basal, a colpocitologia, a cristalização do muco cervical, as provas funcionais com estrogênios, progesterona e gonadotrofinas. Igualmente é feito o balanço que os modernos antibióticos imprimem às alterações menstruais na tuberculose pulmonar. — *Luiz Souza Mattos*

Mastopatia crônica quística; ensaio patogênico. *(La mastopatia crônica quística; ensayo patogénico.)* — NOGUÉS, A. E. — (*Obst. y Ginec. Lat.-Amer.*, **15**:146, maio 1954).

O A. faz um estudo histórico da enfermidade que engloba as diversas concepções patogênicas dos autores. O estudo clínico, anátomo-patológico e experimental realizado permite chegar a conclusões definidas de ordem patogênica, como sejam: a enfermidade é um processo de evolução crônica cujas características anatômicas e evolutivas devem se relacionar diretamente com a capacidade reacional do parênquima mamário (fator local), o desequilíbrio hormonal e diversos fatôres neuro-psíquicos atuam sôbre êsse terreno mamário como fatôres desencadeantes da enfermidade.

O transtôrno hormonal com predomínio absoluto ou relativo da ação estrogênica — como o demonstram as provas experimentais realizadas — é causa dos fenômenos proliferativos epiteliais e conjuntivos, sempre que se mantenha em forma continuada e grau adequado. Os fenômenos císticos resultam da privação — brusca

Ano XIX DEZEMBRO DE 1954 Vol. 38 - N.º 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.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.

Ano XIX DEZEMBRO DE 1954 Vol. 38 - N.º 6

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

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

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende, F. Victor Rodrigues — 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$ 200,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 240,00
Número avulso, Cr$ 20,00

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 Diretor.

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 XIX | Dezembro de 1954 | Vol. 38 — N.º 6

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Nova técnica para miorrafia do esfíncter anal na plástica de rotura completa do períneo — DR. ALIPIO AUGUSTO 363

Útero bicorno (Evolução obstétrica de um caso) — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA 371

EDITORIAL

Da cromatografia na prática ginecológica 383

NOTAS E COMENTÁRIOS

Notas e impressões de dois congressos internacionais de Obstetrícia e Ginecologia 389

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Jornadas Ginecotocológicas — RAFAEL PINEDA (Presidente) 395

La Sterilitá Conjugale — B. SORRENTINO e M. SORRENTINO ... 396

Anales, Universidad de Santo Domingo 396

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.

O A. termina o seu estudo esclarecendo que é necessário experiência com maior número de casos e durante mais tempo para avaliar o mérito decisivo da terapêutica pela Cortisona com ou sem adrenalectomia subtotal no tratamento da hiperplasia adrenocortical congênita. — *M. Péano*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Tratamento do ciclo anovulatório *(Tratamiento del ciclo anovulatorio)* — BOVERI, J. L. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, **XII**:6:213, junho 1954).

O A. procura fazer uma resenha do tratamento do ciclo anovulatório. Em primeiro plano refere-se ao "ciclo monofásico curto", analisando todos os tratamentos utilizados por diversos autores e seus resultados: progesterona; estrogênios, isolados ou associados à progesterona; gonadotrofinas (hipofisária, coriônica sérica e coriônica urinária), isoladas ou associadas. O melhor tratamento parece ser o da associação de G. coriônica sérica e G. coriônica urinária em doses altas.

A roentgenterapia estimulante tem suas indicações e o A. analisa os resultados obtidos por vários autores e o problema da sua inocuidade quando feita corretamente. O tratamento cirúrgico é também estudado pelo A.

De observação pessoal o A. refere 55 casos de esterilidade por ciclo anovulatório, com 36 curadas (grávidas), 15 melhoradas das perturbações menstruais e 4 fracassos.

O trabalho continua no número seguinte, onde o A. dará os tratamentos que executou. — *Clarice do Amaral Ferreira*

O parto em sua relação com a rotura prematura das membranas ovulares *(El parto en sua relación con la rotura prematura de las membranas ovulares)* — VOTTA, R. A. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, **XII**:6:234, junho 1954).

O A. estuda 225 partos com rotura prematura das membranas ovulares. Estas são encontradas em 14,7 %. A paridade não parece influir sôbre sua etiologia, sua freqüência aumentando com a idade,

tanto nas primíparas como nas multíparas. Entre as primeiras, a idade média encontrada indica primíparas idosas. Em 82,2 % o período latente não durou mais de 24 horas. O período de dilatação foi mais breve que o dos partos em geral, fenômeno pouco explicado ainda. O período expulsivo é também ligeiramente menor. A freqüência das operações aumenta nesses casos e também dequitações patológicas (23,5 %) com incidência de 2,7 % para a extração manual da placenta. — *Clarice do Amaral Ferreira*

Carcinoma mamário e estado grávido-puerperal *(Carcinoma de mama y estado grávido-puerperal)* — PEREZ, M. L.; BALDI, E. M. e GADEA, R. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, **XII**:6:240, junho 1954).

Os A.A. apresentam três observações de carcinoma mamário coincidindo com gravidez e um caso de gravidez em mulher operada havia 4 anos e meio, de carcinoma de mama. Tôdas essas pacientes pertencem ao Instituto de Maternidade do Policlínico Alvear. Sendo mais de 75.000 as histórias clínicas e apenas êstes os casos, dá um índice de freqüência de 0,006 %. A propósito dêsses casos os A.A. fazem uma resenha bibliográfica sôbre o tema, marcando as linhas gerais de conduta terapêutica nessas circunstâncias. Esta dependerá das possibilidades de operabilidade do tumor e de sua vinculação com o estado de gravidez: com lesão inoperável, deixa-se evoluir a gravidez, limitando-se a fisioterapia adequada do tumor; se operável, na 1.ª metade da gestação opinam pela interrupção desta e tratamento cirúrgico do tumor e na 2.ª metade, tratamento cirúrgico do tumor, deixando evoluir a gestação. — *Clarice do Amaral Ferreira*

Um tumor mixto uterino raro: o angiofibroma. *(Un raro tumor mixto uterino: el angiofibroma.)* — ARRIGHI, L. A. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, **XII**:6:245, junho 1954).

O A. apresenta a observação de um tumor mixto uterino, angiofibroma, com crescimento submucoso e endovascular. Tratava-se de paciente com 54 anos, com intensas hemorragias menstruais datando de 3 anos antes, acompanhadas de dores no ventre na época menstrual. Ao operar, foi encontrado um tumor uterino do tamanho de um marmelo, duro, liso, com áreas de necrose, e necrobiose, de

9 dos quais a citologia foi positiva. Em 2 casos em que a citologia foi positiva e o exame clínico e a biópsia negativas, o exame histológico do útero extirpado evidenciou o carcinoma. Encontraram também 6 casos de câncer endometrial, 5 dêles com citologia positiva. E' de opinião que nos casos de citologia repetidamente positiva, embora sem outro dado comprobatório de câncer, se deva retirar o útero. — *Clarice do Amaral Ferreira*

A membrana hialina na morte do recém-nascido na cesárea
(La membrana hialina en la muerte del recién nascido en la cesárea) — ROJAS DOMINGUEZ, J. e MATIENZO, F. — (*Ginec. y Obst. de México,* **IX**:3:147, maio-junho 1954).

Os A.A. fazem uma revisão estatística comparando a mortalidade fetal e materna na cesárea em vários países, observando que a maior percentagem de mortalidade fetal ocorre nos fetos extraídos por cesárea, com pêso inferior a 1.500 gramos.

A "membrana hialina" é a causa principal da mortalidade dêsses fetos. Um apanhado geral da opinião de vários autores sôbre a "síndrome da membrana hialina" e o que representa essa lesão como entidade clínica definitiva ou não, é feito cuidadosamente pelos A.A. Várias causas podem determinar a formação da "membrana hialina" nos alvéolos dos recém-nascidos, obtidas também experimentalmente em animais: aspiração de líquido amniótico, irritação dos alvéolos, lesões congênitas, envenenamento por oxigênio, vagotomia bilateral, etc.

Como quadro clínico observaram-se perturbações da função respiratória, dispnéia e cianose progressiva com característica retração costal e esternal, ocorrendo a morte entre as primeiras 24 horas e os 5 dias.

Recentemente o Dr. AHVENAINEU reproduziu membranas hialinas em gatos recém-nascidos injetando traquealmente líquido amniótico, ácido clorídrico e pepsina, concluindo no sentido de que a aspiração de líquido amniótico deglutido e vomitado possa ser um fator na produção dessas lesões.

A profilaxia e o tratamento dessa afecção exige a colaboração do obstetra e do pediatra e fundamenta-se principalmente em: sucção gástrica, administração cuidadosa de oxigênio úmido, estudo das pressões de ressuscitação, cateterização traqueal e o uso de antibióticos. — *Clarice do Amaral Ferreira*

---

verificada diminuição acentuada dos eosinófilos durante o parto. Nestes casos justifica-se tratamento pelo ACTH e cesariana.

O tratamento de substituição na síndrome de SHEEHAN é complexa e também perigosa. Cortisona por via oral e testosterona são os elementos principais do tratamento.

A substância tireoideana deve ser administrada com particular cuidado. — *J. P. Rieper*

A relação entre idade, quantidade do sangue menstrual, duração da gravidez e fatôres de coagulação durante o ciclo estral *(Der Zusammenhang zwischen Lebensalter, Menstruationsblutungsmenge, Menstruationsdauer und Koagulationsfaktoren während des œstrischen Zyklus)* — SZIRMAI, E. — (*Gynaecologia*, **137**:27, junho 1954).

A hipoprotrombinemia durante a menstruação foi objeto de estudos e cogitações. A sua relação com a queda brusca da taxa de estrogênios parece evidente. E' possível também que haja atuação da Heparina ou da chamada Menotoxina que foi encontrada também no sangue circulante, agindo como anti-trombina. Êste anti-protrombina teria, segundo o A., muita importância. Do aumento da produção de menotoxina resultaria uma hipoprotrombinemia pré e pós-menstrual mais prolongada.

Foram feitos estudos sôbre a coagulação em 51 mulheres não-grávidas nos vários dias do ciclo.

Conclue o A. que tanto a idade como também a quantidade do sangue menstrual e a duração da menstruação exercem influência sôbre a taxa de protrombina, a capacidade de inativação da trombina e a taxa de Heparina livre. Os inibidores dos processos inflamatórios e os inibidores das regras foram designadas com "Heparina" (γ) gamma 3 e "Heparina" gamma 4. — *J. P. Rieper*

Um fator inibidor do parto no líquido amniótico da gravidez precoce *(Ein geburtshemmender Faktor im Fruchtwasser der frühen Schwangerschaft)* — BLOCH, S. — (*Gynaecologia*, **137**:360, junho 1954).

A A. repetiu as experiências de LEOD e BURROWS, demonstrando que o líquido amniótico humano no início da gravidez inibe o parto em camundongas grávidas, morrendo os embriões e atrofiando a

placenta. O líquido amniótico humano perde esta faculdade na proximidade do parto. O mesmo se dá, aliás, com o líquido amniótico da vaca.

A A. admite com outros autores, que o atraso do parto é devido por influência de hormônio hipofisário contido no líquido amniótico e comprovado pela reação positiva de ASCHHEIM e ZONDEK com êste líquido. O mecanismo da inibição seria através da luteinização dos ovários segundo alguns autores, porém não é esta a opinião de BLOCH porque os ovários funcionam normalmente nos animais de experiência, havendo ovulação no dia após a época calculada do parto, mesmo com os fetos mortos ainda dentro do útero. O ciclo ovariano continua, pois, normalmente, independente dos acontecimentos no útero. Nada de definitivo pode ser dito sôbre a natureza do agente inibido do parto no líquido amniótico. — *J. P. Rieper*

Ano XIX JANEIRO DE 1954 Vol. 37 - 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.

Ano XIX JANEIRO DE 1954 Vol. 37 - N.º 1

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 XIX | Janeiro de 1954 | Vol. 37 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Ainda em favor da histerectomia total preferencial nos processos benignos — PROF. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ, DR. ADELMO BOTO e DR. HUGO DA SILVA MAIA 1

Gravidez peritoneal primitiva — PROF. DR. J. ADEODATO FILHO e DR. J. SIMÕES JUNIOR 9

EDITORIAL

O lôbo posterior da hipófise 23

NOTAS E COMENTÁRIOS

VII Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia 27

Concurso para internos da Clínica Ginecológica 35

LIVROS E PUBLICAÇÕES

No Mundo do Ensino... — MAURICIO DE MEDEIROS 36

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

Ata da centésima-décima-sexta sessão ordinária 37

Ata da centésima-décima-sétima sessão ordinária 37

Ata da centésima-décima-oitava sessão ordinária 38

Ata da centésima-décima-nona sessão ordinária 39

Ata da centésima-vigésima sessão ordinária 41

Ata da centésima-vigésima-primeira sessão ordinária 42

Ata da centésima-vigésima-segunda sessão ordinária 43

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.

A histogênese da metaplasia celular escamosa do colo e endométrio — FLUHMANN, C. F. 45

Malformações do aparelho urinário com ausência congênita de vagina — PHELAN, J. T.; COUNSELLER, V. S. e GREENE, L. F. 46

Inércia uterina — HEPP, L. C. 46

Efeitos do parto a fórceps na criança — MAC LENNAN, H. R.; HAY, A. B. e PATERSON, M. L. 46

A mortalidade infantil na moléstia hipertensiva específica da gravidez e na hipertensão essencial — WELLEN, I. 48

Operação vaginal radical (Schauta) por carcinoma do colo — BRUNSCHWIG, A. 49

Endometriose do umbigo — LATCHER, J. W. 50

O diagnóstico do câncer ovariano — GOLUB, L. J. 51

A curva de 17-cetosteróides após injeção de gonadotropina coriônica como prova funcional da suprarrenal sexual — BOTELLA LLUSIÁ, J. 52

Estudo sôbre a cristalização do muco cervical — GORI, R. U. 52

Doença hemolítica grave por aglutinina anti-E. Exsanguino-transfusão. PÉREZ, M. L.; MARGULIES, M. e BONCHIL, O. 53

Relações entre a clínica das metrorragias funcionais e o tipo histológico do endométrio — FOIX, A. e RAFFO, G. 53

Conização elétrica na cervicite crônica — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. 54

Considerações sôbre a colposcopia em nossa clínica — ROIG, H. 54

Alcances e limitações da terapêutica radiológica no câncer "in situ" do colo uterino — HOLLIS, D. 55

Apresentação e prolapso do cordão umbilical — JALKANEN, R. e NIEMINEVA, K. 55

Sôbre as hemorragias uterinas em conseqüência da falta de hormônios depois das intervenções operatórias dos ovários — GIANAROLI, L. .. 56

Os chamados tumores de células da granulosa e teca — GYLLING, T. .. 57

Flebografia pelviana na mulher pelo clitoris (Pelvivenografia) — PETKOVIC, S. 58

A dihidroergotamina 45 e rotura das membranas ovulares, como método para abreviar a evolução do parto — REGIDOR, P. DE LA PEÑA 59

Contribuição ao estudo das tromboses gravídicas — AVELLO, J. E. e TOLIVAR, M. C. 59

Significação experimental e clínica das dosagens da gonadotropina coriônica — LORAINE, J. A. 60

Cório-epitelioma maligno — KINNUNEN, O. 62

Tumores de células de Sertoli do ovário — NUMERS, C. V. e GYLLING, T. 62

Hemorragia cerebral como complicação da toxemia da gravidez — JÄRVINEN, P. A. e HUHMAR, E. 63

Malformações do aparelho urinário com ausência congênita de vagina *(Deformities of the urinary tract with congenital absence of the vagina)* — PHELAN, J. T.; COUNSELLER, V. S. e GREENE, L. F. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **97**:1, julho 1953).

Os A.A. estudaram 129 casos de agenesia vaginal, e verificaram nos 72 casos em que foram feitos estudos urográficos, 18 anomalias urinárias importantes, e mais 7 adicionais durante a exploração cirúrgica; essas anomalias consistiram principalmente em agenesia e ectopia renal.

Insistem, portanto, num estudo pré-operatório acurado do aparelho urinário nas pacientes com ausência congênita de vagina. — *C. A. Zanotta*

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Inércia uterina *(Uterine inertia)* — HEPP, L. C. — (*J. A. M. A.*, **152**:894, julho 1953).

Definindo-a como contrações uterinas fracas ou irregulares do trabalho de parto, estuda o A. a inércia uterina, cuja incidência é de 3,5 % dos partos.

Como causas, cita a apresentação fetal, hiperdistensão da musculatura, desenvolvimento atípico do miométrio, fatôres emocionais, doenças debilitantes, tumores da parede uterina e hereditariedade.

Discute a seguir o tratamento, onde se deve levar em consideração a apresentação fetal e a dilatação cervical; refere-se à rotura precoce de membranas, emprêgo da pituitrina ou pitocin, estrogênios, limpeza de reto e bexiga, psicoterapia, dihidroergotamina (no espasmo do colo), sedativos e hipnóticos (no anel de contrição) e intervenções obstétricas, pélvicas e abdominais. — *C. A. Zanotta*

THE LANCET

Efeitos do parto a fórceps na criança *(Effects of Forceps Delivery on the Child)* — MAC LENNAN, H. R.; HAY, A. B. e PATERSON, M. L. — (*The Lancet*, **265**:19, 4 julho 1953).

Os A.A. acentuam que, desde que o fórceps foi inventado, há cêrca de trezentos anos, volta e meia é sujeito a violentos ataques.

Com a introdução da cesária o fórceps alto foi se tornando obsoleto. Até há pouco não existia crítica ao uso do fórceps baixo ou na escavação, quando tècnicamente manejados. Com a introdução dos antibióticos e aumento do uso da cesária baixa, surge também a crítica ao emprêgo do fórceps de escavação ou no estreito médio.

D'Esopo (1949) escreve: "O ideal a se procurar é a eliminação desta operação o mais possível." Êsse autor também prediz serem relegadas as craniotomias, o fórceps alto, a versão, dilatadores, balões, etc. como recursos obsoletos, pois "...o fórceps médio alcançará um zero teórico com a incidência da cesária de 6,5 %."

O presente trabalho decorre do estudo dos partos a fórceps, durante dois anos (1946 e 1947), numa maternidade em Glasgow, noutra em Inverness, na Inglaterra. Na primeira cidade, 403 casos de fórceps foram investigados, mas sòmente 167 (classificados como fórceps difíceis) foram usados para êste estudo; na segunda cidade, 148 casos de todos os tipos foram investigados. O "follow-up" foi individual, sendo cada mãe e cada criança entrevistada ou vista e até examinadas. A investigação nas crianças julga as diversas ocorrências no desenvolvimento, como mamada, sentar, ficar de pé (um ano), andar (cêrca de 15 a 18 meses), controlar da bexiga (2 anos) e falar (monossílabos 15 a 18 meses). Òbviamente qualquer defeito físico ou mental é procurado. Meio e herança são registados. Também anomalias congênitas são consideradas.

Os dados obtidos nos casos de Glasgow, cuja duração média de trabalho de parto foi de 31 horas, demonstram natimortalidade de 6,7 %. Dêsses 11 natimortos, 7 foram autopsiados revelando: hemorragia cerebral 3, asfixia 3 e asfixia com spina bifida 1. O índice de mortalidade neonatal foi 4,8 %. Os oito casos autopsiados revelaram: hemorragia cerebral 4, broncopneumonia 2 e atelectasia 2. O número de crianças que sobreviveram atingiu a 148. As tentativas de "follow-up" foram coroadas de sucesso em 90 ou 75 %. As crianças examinadas estavam entre 5 e 6 anos de idade. Quatro haviam morrido de causas independentes (pneumonia, acidente de rua, empiema ou gastro-enterite). Oitenta e cinco estavam vivas sem qualquer defeito, ainda que 4 apresentassem estrabismo. Uma criança era mentalmente defeituosa (mas a mãe também tinha quociente mental baixo). Das mães 63 haviam engravidado de novo, o que demonstra que sua experiência não as impediu de passar pelos transes da maternidade novamente.

Em Inverness foram investigados 149 casos. A perda total de crianças foi de 7,4 % (8 natimortos e 3 mortes neonatais). Dos 137 casos restantes foram seguidos 73 ou 53 %. Dêsses, 2 morreram (pneumonia e meningite aos 5 anos). Não havia defeito físico ou mental em qualquer um.

Concluem os A.A. ser difícil a investigação pela mudança de cidade. A investigação deve prosseguir e representa uma excelente

oportunidade para trabalho de equipe, entre o hospital, o médico de família e a autoridade local de saúde pública. — *A. de Moraes*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A mortalidade infantil na moléstia hipertensiva específica da gravidez e na hipertensão essencial *(The infant mortality in specific hypertensive disease of pregnancy and in essential hypertension)* — WELLEN, IRWIN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **66**:36, julho 1953).

O material de estudo refere-se a pacientes hipertensas observadas no departamento obstétrico do Hospital Bellevue, num período de 15 anos que terminou a 31 de maio de 1950.

As condições hipertensivas que complicaram a gravidez foram assim classificadas:

1. Moléstia hipertensiva específica da gravidez:
   a) Sem convulsões (pré-eclampsia);
   b) Com convulsões (eclampsia).
2. Hipertensão essencial (preexistente).
3. Glomerulonefrite (preexistente ou ataque inicial).
4. Moléstia hipertensiva específica da gravidez associada a:
   a) Hipertensão essencial (preexistente);
   b) Glomerulonefrite (preexistente ou ataque inicial).
5. Não classificada.

Êste último item não constitue uma entidade àparte. São casos sem dados relativos ao início da prenhez, durante a doença ou no período que se segue. Casos que solicitem assistência tardiamente ou são enviados por outras clínicas, hospitais ou médicos, sem informação adequada.

A incidência expressa-se, em 27.028 pacientes partejadas no período de 15 anos a que se refere o trabalho, por 1.268 mulheres que apresentaram 1.400 gravidezes complicadas por qualquer estado hipertensivo, ou seja 5,17 por cento. A moléstia específica hipertensiva, conhecida como pré-eclampsia ou eclampsia, concorreu com 1.010 casos ou 72 por cento. A hipertensão essencial preexistente

15 a 20 cm.³ de líquido opaco e a chapa é batida no fim da injeção. As veias esvaziam-se depressa (3 minutos segundo MEGER). O líquido que empregou o A. foi o Ioduron (Cilarg) a 70 %.

Os processos patológicos observados foram 5 casos de tromboses de veias pelvianas (a maioria das mulheres tinham apresentado flebites, após cistectomia parcial por câncer vesical, plástica sôbre o bassinete direito, parto, histerectomia total e nefrectomia parcial direita). Fizeram também verificação no câncer do colo avançado após irradiação que revelou forte fibrose do tecido pelviano (3 casos). Também estudaram casos de tumores pelvianos. Na gravidez MEGER confirma as dilatações venosas no decurso da mesma.

Conclue o A. afirmando que a pelvivenografia por via clitoridiana é um processo simples para radiografar as veias da bacia, muito útil para descoberta de tromboses latentes ou focos primários de trombose. — *A. de Moraes*

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

A dihidroergotamina 45 e rotura das membranas ovulares, como método para abreviar a evolução do parto *(La dihidroergotamina 45 y rotura de las membranas ovulares como terapia para abreviar la evolución del parto)* — REGIDOR, P. DE LA PEÑA — (*Rev. Esp. Obst. y Ginec.*, **70**:200, julho-agôsto 1953).

O A. apresenta seus resultados terapêuticos frente à distócia do colo (primíparas) conjugando o medicamento simpaticolítico, a dihidroergotamina 45 e a rotura artificial da bôlsa, tendo observado que esta combinação encurta as horas do trabalho de parto, especialmente nos 2 primeiros tempos. — *Luiz Souza Mattos*

Contribuição ao estudo das tromboses gravídicas *(Contribución al estudio de las trombosis gravídicas)* — AVELLO, J. E. e TOLIVAR, M. C. — (*Rev. Esp. Obst. y Ginec.*, **70**:211, julho-agôsto 1953).

O A. conclue que as flebites da gravidez não são tão raras e excepcionais como parecem demonstrar as estatísticas, o que se ex-

Ano XIX FEVEREIRO DE 1954 Vol. 37 - 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

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

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano XIX FEVEREIRO DE 1954 Vol. 37 - 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$ 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 XIX | Fevereiro de 1954 | Vol. 37 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Aureomicina e iodocloroxiquinoleína no tratamento da vaginite por tricomonas — PROF. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ, MARIA DE LOURDES ROCHA SANTOS e GEILZA BATINGA 65

Nossa experiência com raquianestesia "em sela" em Obstetrícia — DR. MOZART BORGES BEZERRA e DR. JOSÉ RAMOS PEDROZA 75

O tartarato de metil-ergonovina no delivramento — DR. SYLVIO PAES GONÇALVES e DDO. CLEOVANSÓSTENES P. AGUIAR 81

EDITORIAL

Diabetes em Obstetrícia 93

NOTAS E COMENTÁRIOS

Dispensário Preventivo do Câncer Ginecológico 99

Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil (Intervenções realizadas durante o ano de 1953) 101

Curso sôbre Problemas Clínicos em Obstetrícia 102

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Anales de la Facultad de Medicina 104

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

Ata da centésima-vigésima-terceira sessão ordinária 105

Ata da centésima-vigésima-quarta sessão ordinária 106

Ata da centésima-vigésima-quinta sessão ordinária 108

Ata da centésima-vigésima-sexta sessão ordinária 109

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.

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA
SERVIÇO DO PROF. MARTINIANO FERNANDES

NOSSA EXPERIÊNCIA COM RAQUIANESTESIA "EM SELA" EM OBSTETRÍCIA

DR. MOZART BORGES BEZERRA
Assistente Plantonista
e
DR. JOSÉ RAMOS PEDROZA
Assistente Plantonista

Histórico

Coube a KREIS em 1900, usar a raquianestesia pela primeira vez em obstetrícia. STOECKEL, em 1910 usou a Procaína a 0,5 % no canal raquidiano, obtendo anestesia com a duração de uma hora a uma hora e meia. Em 1928, PITKIN usou uma solução hiperbárica para raquianestesia em obstetrícia. Em 1930, COSGRONE usou a Nupercaína (Ciba), tendo posteriormente abandonado o uso desta droga, em virtude do difícil contrôle da solução no canal raquidiano e da alta incidência de vômitos e cefaléias. A Nupercaína hiperbárica foi usada em obstetrícia em primeira mão em Inglaterra por R. THOMAS em 1942, RUSTON em 1943 e RESNICK em 1945. Em 1946, PARMLEY e ADRIANI aperfeiçoaram a técnica dos autores inglêses, usando apenas 2,5 mgs. de Nupercaína em lugar de 12,5 mgs. que usavam aquêles autores. O têrmo "Raquianestesia

---

* Contribuição ao 1.º Congresso Nordestino de Obstetrícia e Ginecologia, Campina Grande, Paraíba.

em Sela" (SADDLE-BLOCK) foi criado por ADRIANI e ROMAN-VEGA para designar o método que bloqueia apenas as raízes sacras, cuja inervação cutânea corresponde às partes do corpo que entram em contacto com a sela na equitação. Êste tipo de anestesia chamado "em sela verdadeira", é largamente usado nas cirurgias Urológica, Proctológica e Perineal. Coube a ADRIANI e PARMLEY a modificação dêste método, possibilitando o seu uso em Obstetrícia, uma vez que pela técnica dêstes autores, a droga ascende até D 10. E' a esta técnica que se denomina raquianestesia "em sela modificada" ou Obstétrica.

A raquianestesia tem sido considerada perigosa, mòrmente em Obstetrícia, daí a repulsa quase geral ao seu uso. A segurança que adveio com o emprêgo das soluções hiperbáricas e com doses mínimas, tem nos últimos anos modificado êste conceito. A freqüência com que é usada nos Estados Unidos da América do Norte, na Europa e em alguns Estados do Sul do País, fala em favor das vantagens que pode trazer ao parteiro o seu emprêgo, quer como uma técnica destinada à sedação das dores do parto, quer como uma anestesia apropriada às intervenções. Claro está que o seu emprêgo é subordinado às indicações obstétricas e de ordem geral. HERBERT SCHMITZ, citado por EUGENE A. CONTI e DANIEL NATALI de Pittsburg, diz que: "a anestesia em sela está próxima do ideal para analgesia e anestesia obstétricas, se usada judiciosamente por obstetra experiente".

Técnica

Nas nossa sobservações, em número de vinte e nove, seguimos a técnica de ADRIANI e PARMLEY, com ligeiras modificações e só a utilizamos quando havia indicação operatória. Realizamos os dois tipos de anestesiéa, isto é, em "sela verdadeira" nas aplicações de Fórceps, Embriotomia Cefálica e Extração Pelviana e em "sela modificada" para operação Cesariana. Usamos uma solução de Nupercaína a ½ % (0,5 %) adicionada de Glicose a 10 %, em partes iguais, obtendo assim uma solução hiperbárica. A técnica é a seguinte: dez minutos antes, injetar uma ampola de Cloridrato de Efedrina de três centigramos. Paciente sentada, dorso fletido, puncionar em L3 ou L4, com agulha fina de bisel curto. Impedir que o líquido céfalo raquidiano se escoe, adaptando logo a seringa contendo a solução anestésica. Não fazer barbotage, injetar o soluto entre duas contrações uterinas, diminuindo assim o perigo de elevar o anestésico dentro do canal raquidiano. Injetar a solução no espaço de tempo de dois ou três segundos e manter a paciente sentada durante trinta a quarenta segundos. Deitá-la em seguida cuidadosamente, evitando movimentos bruscos, causa também da ascensão do anestésico. Ao iniciar a operação fazer oxigenoterapia e sôro glicosado endovenoso.

Para a obtenção da anestesia em "sela verdadeira", manter a paciente em ligeira proclividade, com a cabeça fletida, mento próximo ao externo. A anestesia surge dentro de três a quatro minutos, localizando-se na vulva até o bordo superior da sínfise do púbis, região perineal, margens do ânus, regiões isquiáticas e face interna das coxas. Há relaxamento completo dos músculos do assoalho pelviano e dos da escavação. Para a obtenção de uma anestesia mais alta (sela modificada) necessária à realização de operação cesariana, além da dose um pouco maior, é indispensável dar uma inclinação à mesa (posição de Trendelemburg), de dez a vinte graus e acompanhar a elevação da anestesia até o ponto desejado. Obtida essa ascensão, voltar a mesa à posição horizontal, mantendo sempre a cabeça fletida. Convém frisar que esta inclinação deverá ser feita dentro dos dez primeiros minutos após a introdução do anestésico, pois decorrido êsse tempo, se processa a impregnação da droga, não permitindo a elevação das zonas anestesiadas.

Dosagem

A dose que usamos variou de acôrdo com a natureza das operações realizadas. Para aplicação de Fórceps, Embriotomia Cefálica e Extração Pelviana, injetamos 1,4 cm³ da mistura, isto é, 0,7 de Nupercaína e 0,7 de Glicose a 10 %, o que corresponde a 3,5 mgs. de substância ativa. Obtivemos boa anestesia, permitindo a realização das intervenções sem atropelos, bem como a reparação dos tecidos moles, como traquelorrafias, colporrafias, etc. Com esta dose, a anestesia tem uma duração que oscila de uma e meia a duas horas, permanecendo, porém, nos membros inferiores uma hipoestesia que se prolonga por mais algum tempo.

Para realização de Operação Cesariana, usamos uma dosagem maior. Iniciamos com 1,2 cm³ de Nupercaína que corresponde a 6 mgs. da droga, adicionada de 1,2 cm³ da solução de Glicose (primeira cesariana realizada), mas, nesta observação a duração da anestesia foi de três horas, tempo demasiado longo para realização de operação simples que pode ser concluída na maioria dos casos em quarenta ou cinqüenta minutos. Em três cesarianas, usamos apenas 0,7 de Nupercaína adicionado de 0,7 de Glicose e obtivemos uma anestesia relativamente boa, com silêncio abdominal satisfatório. Como uma destas pacientes acusasse ligeiras dores no final da operação, resolvemos aumentar a dose e usamos em duas outras cesarianas 1 cm³ de Nupercaína mais 1 cm³ de Glicose. Com esta quantidade de anestésico, que corresponde a 5mgs. de Nupercaína, as pacientes suportaram perfeitamente bem a operação. Estamos, porém, inclinados a acreditar que com maior experiência, poderemos realizar as nossas operações cesarianas apenas com 0,7 de Nupercaína, com as vantagens decorrentes do uso da menor dose do anestésico.

Intervenções realizadas

Do total de vinte e nove raquianestesias "em sela" com Nupercaína, realizamos sem acidentes de monta decorrentes da modalidade da técnica e do anestésico empregado, vinte e seis intervenções, assim distribuídas: seis operações cesarianas, dezessete aplicações de Fórceps, duas embriotomias cefálicas e uma extração pelviana.

Das aplicações de Fórceps, cinco foram de segundo plano, dez de escavação e dois de vulva.

Das operações cesarianas, três foram realizadas por Desproporção Feto-Pélvica, uma por distensão segmentar conseqüente a apresentação de espádua abandonada, um por Síndrome de SHIKELÉ com distensão segmentar e sofrimento fetal e uma por má flexão da apresentação e sofrimento feto-materno.

Realizamos ainda duas embriotomias cefálicas (craniotomia seguida de cranioclasia) e uma extração pelviana.

Das pacientes, quinze eram primíparas, cinco secundíparas e seis multíparas.

Em três pacientes não conseguimos obter anestesia. Pesquisando as causas do insucesso, chegamos a conclusão de que o motivo que nos pareceu mais razoável foi o nosso colaborador ter empregado em três observações sucessivas ampolas de Nupercaína do estoque existente na Maternidade e que já estavam com a solução ligeiramente amarelada, o que denota alteração do seu PH. Substituímos essas ampolas por novas e não mais ocorreu o fato relatado.

Apenas em duas pacientes, houve queda da tensão arterial, que necessitasse de cuidados especiais. Uma das pacientes foi precisamente aquela em que injetamos 1,2 cm^3 de Nupercaína (6 mgs.). Nesta, a tensão inicial era de Mx 12 x Mn 7 tendo quinze minutos após caído para Mx 7 x Mn 5. Fizemos como medicação, Coramina-Efedrina, Oxigenoterapia e 1.000 grs. de Sôro Glicosado gôta a gôta.

Ao término da operação, quarenta minutos após, a tensão era de Mx 11 x Mn 7. Ainda nesta paciente, apesar dos cuidados que tivemos ao injetar a solução, houve elevação desta de tal modo que a anestesia alcançou o apêndice xifóide. Na outra paciente a operação realizada foi uma aplicação de Fórceps em O. I. D. P., tendo havido lesões extensas de colo e de vagina o que motivou perda hemática abundante. Sòmente quarenta e cinco minutos após a conclusão da operação, instalou-se o quadro de choque, que foi debelado com 500 grs. de sangue total, soluto fisiológico endovenoso, Veritol e oxigenoterapia.

Dos fetos, apenas um foi extraído em asfixia não sendo possível reanimá-lo. Êste feto, porém, chegou ao serviço na segunda fase de sofrimento, tendo sido extraído a Fórceps (D. P.) parecendo-nos que esta morte fetal independeu do processo anestésico usado, sabido que a ausência da narcose fetal é uma das múltiplas vantagens da raquianestesia.

Apenas duas pacientes acusaram cefaléia, localizada preferencialmente na nuca e região occipital. Em tôdas as pacientes o pós-operatório foi excelente.

Não houve óbito materno a registrar.

Bibliografia

1) BUSSAMARA NEME — Da raquianestesia em Obstetrícia — Tese, 1950. 2) BUSSAMARA NEME e J. ONOFRE ARAUJO — Raquianestesia em Clínica Obstétrica — "Arquivos de Cirurgia e Clínica Experimental", Vol. XIV, N.º 2, Jan.-Fev. 1951. 3) BUSSAMARA NEME — Raquianestesia na aplicação de fórceps: Profilaxia do Choque. — "Rev. de Ginec. e d'Obst." 4) BARROS LIMA — A propósito da Raquianestesia a Percaína — "Arquivos de Cirurgia e Ortopedia". 5) B. QUARELLA — La Rachianesthésie à la Percaine — "Minerva Médica", Set. 1930. 6) C. ANGELESCO; G. BUZOIANO e CARAMZULESCO — Patogenia da Cefaléia Post-Raquianestesia — "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", Vol. XXIV, Dez. 1952. 7) C. L. JORGENSEN. J. H. GRAVES e J. E. SAVAGE — Saddle-Block Anestesia For Delivery — "Southern Medical Journal", Vol. XLI, N.º 9, Set. 1948. 8) DOMINGOS F. MACHADO e HUGO DA SILVA MAIA — Bloqueio Anestésico "em sela" em Obstetrícia — "Revista de Ginecologia e Obstetrícia", 9) D. A. ROMAN and JOHN ADRIANI — Reeprinted from Anesthesiology — Vol. X, May 1949. 10) DE LEE-GREENHILL — Princípios e Prática da Obstetrícia. 11) EUGENE A. CONTI and DANIEL NATALI — Saddle Block Anestesia in Obstetrics — "The Journal of the International College of Surgeons", Vol. XLX, N.º 4, Abril 1953. 12) F. ET M. DE SENARCLENS. P. KOENIG et H. MULLER — Les Anesthésies de Contuction en Obstetrique — "Société Suisse d'Obstétrique et de Gynécologie", Vol. 131, Fas. 5, Mai 1951. 13) JACINTO SEGOVIA CABELERO — Tratado de Operatoria Geral e Especial — Tomo I. 14) MOURA AZEVEDO FILHO — A Percaína em Anestesias Cirúrgicas.

L'anesthésie "saddle-block" en Obstétrique

Résumé

Après un resumé historique de l'emploi de la anesthésie rachidienne en obstétrique les A.A. font un exposé de la téchnique de cette anesthésie. Ils utilisent la méthode d'Adriani et Parmley legèrement modifiée.

Ils emploient l'anesthésie "en vraie selle" dans les applications de forceps, l'embryotomie céphalique et l'extraction pelvienne, et l'anesthésie "en selle modifiée" pour es césariennes. Ils utilisent une solution de nupercaine à 0,5 % additionnée à la glucose à 10 % en parties égales, se façon à obtenir une solution hyperbarique. Les doses employées ont varié de 0,7 cc. de nupercaine et 0,7 de glucose, c'est à dire 1,4 cc. du mélange jusqu'à 2,4 cc. du mélange (cesaréenne, anesthesie de 3 heures). Un total de 29 anesthesies

"en selle" avec nupercaine, sans accidents. Chez 3 malades l'anesthesie n'a pas été obtenue, ce que a été attribué à la solution defectueuse (anesthésique vieilli). Une des malades presenta une hypotension arterielle, qui demanda des mesures spéciales. Une autre presenta un cadre de choc, attribué à la perte de sang subie pendant l'application du forceps.

Saddle block anesthesia in Obstetrics

Summary

After summarizing the history of the spinal anesthesia in Obstetrics, the Authors describe the technic of that anesthesia. They use the Adriani and Parmley method, slightly modified.

They use the "tone saddle block anesthesia" in forceps, cephalic embriotomy and breech extraction. For the cezarean section they used the "modified saddle block anesthesia". They used 0,5 per cent "nupercaina" with 10 per cent glucose solution in equal parts, obtaining a hyperbaric solution.

The doses utilized have varied from 0.7 gm of 10 per cent glucose, i. e., 1.4 cc. to 2.4 cc. of the mixture (cesarean section, anesthesia during 3 hours).

Twenty nine "saddle block anesthesias" with nupercaina, without accidents. Anesthesia was not attained in three patients, possibly one to the defective anesthetic solution (exceedingly old). One of the patients developed hypotension, requesting special case.

Shock was observed in another patient, and attributed to the heavy blood loss during the forceps aplication.

Unsere Erfahrung mit der "Sattelblock-Anasthesie" in der Geburtshilfe

Zusammenfassung

Nach einem geschichtlichen Überblick uber die geburtshilfliche Lumbal-Anasthesie wird die Technik der "Sattelblockanasthesie" beschrieben, die nach der leicht abgeänderten Technik von Adriani und Parmley durchgeführt wird.

Die Anasthesie mit "wirklichem Sattel" wird bei Zange, Embryotomie und ganzer Extraktion angewandt, während der "modifizierte Sattel" bei Kaiserschmitt Verwendung findet.

Verff. gebrauchen Nuperkain zu 0,5 % zu gleichen Teilen mit 10 % iger Glykoselösung, wodurch sich eine hypertonische Lösung ergibt. Die Dosierung schwankt zwischen 1.4 cc und 2,4 cc dieser Mischung (Kaiserschnitt, Operationsdauer bis zu 3 Stunden). Insgesamt wurden 29 Narkosen dieser Art mit Nuperkain ohne Zwischenfälle durchgeführt.

In drei Fällen konnte die Anästhesie nicht erzielt werden, was Verff. auf die überlagerte Lösung zurückführen. Bei einer Patientin trat eine störende Hypotension auf.

In einem anderen Fall wurde ein Schock beobachtet, der jedoch auf den Blutverlust während der Durchführung einer Zangen-Entbindung zurückgeführt wird.

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.

As limitações da cirurgia radical no tratamento do câncer — STONE, H. B. 111
Diabete e gravidez — WHITELY, J. M.; ADAMS, T. W. e PARROTT, M. H. 112
Roentgenografia intra-uterina com auxílio na determinação da idade fetal — ADAMS, T. W.; WHITELY, J. M. e PARROTT, M. H. 113
Anestesia epidural: A anestesia de escolha para a operação cesariana ? — MOORE, D. C.; BRIDENBAUGH, L. D.; OWEN, C. K.; MAC DOUGALL, M. P. e CARRUTHERS, H. C. 114
Miastenia grave e gestação — FRASER, D. e TURNER, J. W. A. 115
Elitroplastia na ausência congênita de vagina — BLANCHARD, O. 116
Critério da cirurgia no câncer mamário — ZUCKERMANN, C. 116
Modificações do endométrio pós-menopáusico com a idade — FOIX, A. ... 116
Contribuição à casuística dos sarcomas do endométrio — AHUMADA, J. C. e ARRIGHI, L. A. 117
Tecoma do ovário — BLANCHARD, O. e DADONI, R. L. G. 118
Melanoblastoma metastático bilateral da mama — NOGUES, A. E.; ARRIGHI, L. A. e GUIXA, H. L. 118
Gravidez uterina e extra-uterina simultâneas — LEON, J. e GIBELLI, G. R. 119
Conceitos atuais sôbre a Endocrinologia — CARLOS FERNANDEZ SPERONI 119
Valores dos 17-cetoesteróides nos distúrbios do ciclo menstrual, avaliados em Deidro-iso-androsterona. — MARENZI, A.; NOGUES, A. E.; MENDIZÁBAL, A. e BRAEGGER, E. 122
Fisiopatologia da célula cancerosa — FREDERICO R. PILHEU 122
Tratamento cirúrgico do câncer "in situ" do colo do útero — ZUCKERMANN, C. 123
Metrorragias de causa neoplásica — AGUIRRE, F. 123
Estudo de um caso de amenorréia primária com antecedentes de tuberculose pulmonar — BERNARDAS, M. V. 124
Eliminação dos esteróides neutros e fenólicos no decurso da gravidez normal — JAYLE, M. F.; CRÉPY, O.; GUÉGEN, J. e VEYRINFORRER, F. 124
Corticoesteróides de origem placentária e toxemia gravídica — MASTBOON, J. L. 125
As modificações citológicas vaginais no decurso dos diversos tratamentos da amenorréia hipo-hormonal — PUNDEL, J. P. 126
Novo aspecto evolutivo de alguns casos de tuberculose genital feminina tratados pela Estreptomicina — AIMES e FRANCHEBOIS 127
Estudo sôbre as modificações radiológicas do crânio nas mulheres submetidas à ovariectomia total — RINDI e GAMBACCINI 127
Conização elétrica na cervicite crônica (Como valor profilático no néo do colo. Importância frente ao diagnóstico do mesmo.) — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. 128

HODGES, em 1933, publicou excelente quadro dando a idade fetal na qual aparecem partes do esqueleto. Há 3 áreas que mostram calcificação, começando cêrca da 35.ª semana; são o 3.º e 4.º segmentos do externo, o astrálago e a epífise distal do fêmur. A visualização da última é a mais usável e segundo CHRISTIE (1949 e 1950), está presente em cêrca de 83 por cento das crianças de pêso entre 2.000 e 3.000 grs. e em cêrca de 92 por cento das crianças entre 2.500 e 3.000 grs. o que em semanas de vida intrauterina vai da 34.ª à 37.ª semana.

Quando a gestação parece atingir, pela história e apalpação, a 32.ª semana, faz-se o primeiro filme. Semanalmente vão se fazendo filmes até que apareça a epífise distal do fêmur.

Essa técnica foi empregada 18 vêzes, 15 devido a diabete e 3 por outras razões. Nos 15 casos de biabete todos os partos foram cesários. Em 2 casos dos 3 que ocorreram antes da ossificação da epífise distal do fêmur, resultaram um natimorto e uma morte neonatal. Perguntam os A.A.: "E' possível que a ossificação retardada seja outra manifestação do síndrome diabético ?"

Concluem que se sente ser êste processo outro e possìvelmente mais acurado *individualmente* método de determinar a época da gestação, em que a indução deve ser praticada com excelente prognóstico de vida fetal. — *A. de Moraes*

Anestesia epidural: A anestesia de escolha para a operação cesariana ? *(Lumbar Epidural Block: The Anesthetic of Choice for Cesarean Section ?)* — MOORE, DANIEL C.; BRIDENBAUGH, L. DONALD; OWEN, CATHERINE K.; MAC DOUGALL, MALCOLM P. e CARRUTHERS, HOWARD C. — (*W. J. Obst. and Gynec.*, **61**:459, agôsto de 1953).

Os A.A. dizem que as vantagens da anestesia regional na cesária determinou sua escolha em muitas regiões do globo. O grande inconveniente da anestesia raquiana é a cefalalgia. Pensam que a anestesia epidural é a resposta ao problema. O propósito do presente trabalho é descrever sua técnica e relatar os resultados em 100 casos.

Nestes foram feitas 38 incisões medianas e 62 Pfannenstiel. Noventa e seis tiveram uma simples dose e 4 anestesia contínua.

A cefaléia apresentou-se em 3 das 4 pacientes com pescoço duro e dor occipital acentuada. Tudo passou em 24 horas. A única complicação é o problema da hipotensão 15 a 20 minutos depois da injeção, em cêrca de 60 % das doentes. Esta reàge ao emprêgo endovenoso de drogas vasopressoras. Às 4,8 % das pacientes inquietas foi ministrado 0,2 % de Pentotal sódico no ponto da anestesia. — *A. de Moraes*

Ano XIX MARÇO DE 1954 Vol. 37 - 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.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano XIX MARÇO DE 1954 Vol. 37 - 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$ 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 XIX | Março de 1954 | Vol. 37 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Fistulas uro-genitais (Em tôrno de 115 casos operados) — PROF. DR. CLOVIS SALGADO 129

Rotura central completa do períneo. Parto perineal. (Considerações a propósito de um caso) — DR. CESAR DE PAULA MARTINS e DR. CHAFI SAWAYA 139

Valor prático do contrôle do muco cervical (A propósito de um caso clínico) — DR. VICENTE LUIS BEARZI 147

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Diagnóstico das amenorréias funcionais — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES 153

EDITORIAL

Muco cervical e esterilidade 169

NOTAS E COMENTÁRIOS

O Prof. Oscar Blanchard eleito "sócio correspondente" da S. B. G. 173

2.º Congresso Latino-Americano de Obstetrícia e Ginecologia e 4.º Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia 173

Curso sôbre diabetes 175

XXX Reunião da "Sociedade Alemã de Ginecologia" 176

Mortalidade materna na Cidade do Rio de Janeiro (1943-1952) 177

Homenagem da Sociedade Francesa de Ginecologia 177

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Distúrbios mentais no climatério — J. ALVES GARCIA 178

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
DIRETOR: PROF. RAUL C. BRIQUET

ROTURA CENTRAL COMPLETA DO PERÍNEO. PARTO PERINEAL. *

Considerações a propósito de um caso

DR. CESAR DE PAULA MARTINS
Assistente

DR. CHAFI SAWAYA
Médico-residente

A grande freqüência das roturas perineais, durante o parto, constitui fato, até certo ponto, surpreendente. Estabeleça-se, porém, no ato da parturição, a rotura central completa do períneo e desvie-se o feto da via normal de desprendimento — a vulva —, para emergir através da brecha anômala, e então se atingirão as raias do inacreditável, "mesmo para os habituados às coisas obstétricas", na expressão de TOLOSA e PAWEL (15). A incredulidade no parto perineal celebrizou-se na frase de CAPURON, pronunciada quando se discutia, na Sociedade de Medicina Francesa, o caso relatado por MOREAU: *"Quand bien même je verrai le fait, je ne le croirai pas"* (TOLOSA e PAWEL — 15).

Observação

Prontuário n.º 13.779. M. J. S., 20 anos de idade, branca, brasileira, prendas domésticas.

Histórico — Encontrando-se grávida de 8 meses, empreendeu viagem de caminhão, de Alagoas para São Paulo. No 20.º dia de viagem (7-1-53), às 6 horas, passou a sentir dores de parto. Duas horas após, no próprio caminhão e em plena estrada, deu à luz um feto morto. Como perdesse sangue pelos

* Trabalho apresentado em reunião da Cl. Obstétrica, em fevereiro de 1953.

genitais, foi *removida para o Hospital das Clínicas* e internada na Clínica Obstétrica, Serviço do Prof. R. BRIQUET, às 12 horas do mesmo dia.

Antecedentes — Menarca aos 10 anos de idade, ciclos de 30 dias, menstruação de 4-5 dias, quantidade grande, sem cólicas. Última menstruação em abril de 1952, não se recordando do dia. Casada há nove meses. Primigesta. Sentiu os primeiros movimentos fetais no 5.º mês de gestação. No 6.º mês, apresentou edema generalizado, que se acentuou durante a viagem. Na véspera do parto, notou parada dos movimentos fetais.

Exame físico — P. A. 130-80. P. 90. T. 37°,7 C. F. R. 25. Estado geral mau, mucosas e pele completamente descoradas, com leve tonalidade ictérica. Panículo adiposo regularmente desenvolvido.

Exame obstétrico — Mamas de tamanho médio, consistência normal. Mamilas pouco salientes, presença de aréolas primárias e colostro. Abdome plano, simétrico, com vibices recentes, linha alba pigmentada, cicatriz umbilical deprimida; à palpação, é flácido e indolor, encontrando-se o fundo do útero na altura do umbigo. Bacia clìnicamente normal.

Fot. 1

Ao exame dos genitais, observa-se edema acentuado de tôda a vulva e região perineal, bem como uma rotura irregular, que interessa a todos os planos do períneo e se estende da vulva ao ânus, respeitando, porém, a comissura vulvar posterior e o esfíncter externo. A comissura forma uma ponte resistente e de aspecto fibroso. A brecha tem 5 cm. de altura e 3 cm. de largura, mas dá passagem, fàcilmente, à palma da mão. Através dela vê-se a parede vaginal posterior. O exame interno revela que a rotura perineal propagou-se à vagina em duas lacerações longitudinais e uma circular. Aquelas se estendem pelas paredes laterais até os fundos-de-saco, esta próxima à vulva. O reto mostra-se parcialmente através do descolamento da parte inferior da vagina (fot. 1). Nada de anormal se observa para o lado do colo e segmento inferior do útero.

Exames complementares (realizados no pós-operatório):

1. Exame radiológico da bacia: Conjugado verdadeiro, 11 cm. Ântero-posterior do estreito médio, 12,5 cm. Inclinação da bacia, 55 graus. Ângulo sub-púbico, 93 graus. Sacro de curvatura e inclinação médias. Arcada púbica "normanda".

2. Parasitológico de fezes: Negativo.

3. Urina: Proteínas 0,05 g por litro. Alguns leucócitos e cilindros.

4. Hemossedimentação: 75 mm na 1.ª hora.

5. Hemograma Eritrócitos, 1.600.000 por mm³. Leucócitos, 7.400 por mm³. Hemoglobina, 3,9 g por 100 ml (24 %).

6. Hemograma (12 dias após o anterior): Eritrócitos, 2.500.000 por mm³. Leucócitos, 10.300 por mm³. Hemoglobina, 5,6 g por 100 ml (35 %).

Fot. 2

7. Dosagem das proteínas e frações no sôro: Proteínas totais, 7,8 g por 100 ml de sôro. Sôro-albumina, 5,0 g por 100 ml de sôro. Sôro-globulina, 2,8 g por 100 ml de sôro. Relação A:G, 1,8 (método de GORNALL-BARDAWILL-DAVID).

Tratamento — Transfusão de sangue total. Anti-anêmicos e antibióticos. Cuidados gerais. Com relação ao períneo, sob raquianestesia, procedeu-se à secção da ponte comissural e à perineorrafia, conforme a técnica habitual para as roturas de 2.º grau.

Evolução — Cicatrização perineal *per primam* (fot. 2). No 4.º dia, a paciente teve quadro de pneumonia lobar, que regrediu ao tratamento clínico habitual. No 30.º dia teve alta curada.

Resumo: Primigesta de 20 anos de idade, que deu à luz um feto morto de 8 meses, após trabalho de parto de apenas duas horas. Além da rotura central do períneo verificou-se, ao exame, que se tratava de paciente muito anemiada e com edema generalizado.

Conceito

Segundo definição dos tratados, consideram-se *centrais* as roturas de períneo que respeitam a integridade do contôrno vulvar. Para alguns dêles, deve permanecer íntegro, também, o esfíncter externo do reto. Distinguem tais roturas em *completas*, quando interessam, conjuntamente, os planos perineais mucoso, muscular e cutâneo e *incompletas*, quando êstes planos ficam comprometidos isoladamente. Neste último caso, distinguem as roturas *superficiais* (mucosa e cutânea) da intersticial (muscular). Estas, ao contrário das completas, não dão formação ao canal anômalo entre a vagina e o períneo; nelas, o parto segue sempre a via vulvar.

Entretanto, os autores que têm tratado especialmente do assunto, consideram *centrais* as roturas em que, pelo menos no início, houve uma laceração da pele do períneo, sem atingir a comissura vulvar. Não importa que, na variedade completa, a ponte comissural remanescente acabe por se romper, seja espontâneamente, pela passagem do feto, seja cirùrgicamente, por iniciativa do assistente, para transformar-se numa laceração perineal comum de 2.º ou 3.º grau. Deixam êles de considerar, nestas condições, a rotura intersticial e a superficial mucosa. Com relação à integridade do esfíncter externo, não constitui condição exigida por Tolosa e Pawel (15), que dividem a variedade completa nas formas *simples* e *complicada*, segundo estejam ou não lesados êste músculo e o reto.

Incidência

Atribui-se a Slevogt, em 1700, a notícia do primeiro caso de rotura central do períneo. Sucederam-se as publicações e, em 1929, Löfgvist (7) pôde coligir 254 observações, das quais 202 eram mais completas e serviram para que apresentasse o melhor estudo até hoje realizado sôbre o assunto. Deixou, todavia, de citar a tese nacional de Monsão (10) (1921), onde êste autor relata um caso de parto perineal em primípara e o atribui à posição de cócoras da parturiente e à exagerada altura do períneo.

De 1929 até o presente, pudemos enumerar os seguintes casos: 1 de Tindal e Maclennan (14) (1930), 1 de Leclerc (6) (1934), 2 de Meyer (9) (1935) 1 de Tolosa e Pawel (15) (1940), 1 de Gerinshteyn (3) (1940), 4 de Kovacs (5) (1942), 1 de Pereira (12) (1944), 1 de Mello (8) (1944), 1 de Barnes (2) (1947), 1 de

TAVARES, PINTO e STERSA (13) (1949), 1 de MOTTA (11) (1949). Com o presente caso, somam 271.

Desde a observação de TOLOSA e PAWEL (15), em 1935, até esta data, nosso caso constitui a única rotura central de períneo registada no Serviço do Prof. R. BRIQUET. Neste período de 18 anos foram assistidos cêrca de 30.000 partos.

WINCKEL, citado pelos tratados, dá a freqüência de 1:10.000 e ZANGEMEISTER, citado por BARNES (2), 1:3.000.

A incidência é maior nas primíparas do que nas multíparas: Em 35 casos de rotura central, HAGEN encontrou 27 de primíparas; LÖFGVIST, em 172, encontrou 152.

Etiologia e mecanismo

Alentada série de fatôres tem sido incriminada na gênese da rotura central. Dentre êles, alguns até se contrapõem. Segundo pudemos anotar na literatura consultada, referem-se uns à bacia (anteversão e retroversão, projeção exagerada do ângulo sacro-vertebral, falta de solidez da articulação sacro-cóccica, ângulo usb-púbico estreito e arcada púbica alta, curvatura exagerada do sacro, sacro retilíneo e acentuada altura da sínfise púbica), outros às partes moles (estreitamento e rigidez do anel vulvar, integridade do hímen, vulva de situação anteriorizada, períneo alto, períneo elástico, períneo inelástico e friável, cicatrizes perineais, edema vulvo-perineal e atresia vaginal), ao feto (feto grande, feto pequeno, procidência de membros, apresentações occípito-posteriores persistentes e apresentações pélvicas), à primiparidade, às contrações repentinas e violentas, à posição de cócoras da parturiente e à má proteção do períneo.

A maioria dos autores, dentre os quais KARLIN (4), TOLOSA e PAWEL (15), admite que um único fator não explica, por si só, a localização central da rotura que, na realidade, resultaria da convergência de alguns dos fatôres assinalados. ZANGEMEISTER (LÖFGVIST — 7) é o único autor que admite etiologia única, qual seja a rigidez e estreitamento do anel vulvar. Em sua opinião, ante o obstáculo oferecido pela inelasticidade do anel, a tensão, que se desenvolve, durante o parto, na extremidade inferior da vagina, acaba por separá-la do períneo, através de uma rotura vaginal transversa; em conseqüência, a vulva se desloca para diante e a pressão do corpo fetal, assentada em pleno períneo, já debilitado pela rotura mucosa, determina a laceração central. De forma semelhante pensa MÜLLER (LÖFGVIST — 7), para o qual o fator etiológico mais importante seria a altura exagerada do períneo. Êste último fato determinaria a direção da vulva mais para diante e mais para

cima do que o normal, acotovelando exageradamente o canal vaginal; em conseqüência, a pressão do feto recairia sôbre a região central do períneo, que acabaria por se romper. Neste caso, a posição anormal do anel vulvar existiria desde o início. No conceito de ZANGEMEISTER, realizar-se-ia após rotura da vagina, no decurso do parto.

SACHS concorda, até certo ponto, com ZANGEMEISTER. Admite, numa vagina hipoplásica, que a apresentação, transposto o colo uterino, rompe inicialmente a vagina, e encontrando o períneo desprotegido, lacera-o centralmente.

Parece fora de dúvida a maior importância etiológica dos fatôres vulvo-perineais, pelo menos em relação aos pélvicos. Na série de 39 casos, que HAGEN reuniu, o fator etiológico mais freqüente, presente em 25 casos, foi a exagerada altura do períneo. LÖFGVIST (7), em sua série de 202 casos, raramente encontrou fatôres pélvicos responsabilizáveis pelas roturas centrais. Aduz, além disso, razões ponderáveis contra a importância de tais fatôres: 1) Em todos os casos em que se verifica qualquer anomalia da bacia, existe sempre alguma alteração de partes moles. 2) Não se conhece caso de rotura central repetida na mesma paciente. Por outro lado, o referido autor verificou a grande freqüência com que são consignadas certas condições etiológicas relativas às partes moles. Em 97 dos 202 casos, referem-se um ou mais dos seguintes fatôres: Vulva estreita e rija (inclusive hímen íntegro), vulva de situação anteriorizada, períneo alto e períneo rijo (na porção anterior). Em sua opinião, são êstes fatôres vulvo-perineais os que mais importam na gênese da rotura central do períneo. Agem neste sentido, seja porque a vulva não se dilata, em virtude da rigidez, seja porque foge à solicitação de sua dilatabilidade. De qualquer forma, a pressão do feto recai sôbre o períneo e acaba por rompê-lo na porção central. Acha o autor que o períneo, para romper-se centralmente, deve ser suficientemente elástico, motivo por que jamais se repetiu a rotura central numa paciente (presença de cicatriz inelástica). Da mesma forma, acha que a presença de rigidez cicatricial, na porção anterior do períneo, impede a rotura da fúrcula, torna-a inelástica e expõe a porção dilatável do períneo à rotura central (caso das multíparas). A êstes fatôres etiológicos vulvo-perineais, de ordem anatômica, acresce LÖFGVIST (7) o que denomina de "estreitamento vulvar funcional", causador da rotura central nos casos em que, anatômicamente normal, a vulva não teria tempo suficiente para dilatar-se. Esta condição estaria realizada nos partos de curta duração, sobretudo, de expulsão rápida, nos casos de contrações uterinas excessivamente violentas ou na presença de feto grande.

E' interessante a maneira pela qual, confirmando conceitos antigos, LÖFGVIST (7) distingue dois tipos de roturas centrais.

1) *Roturas centrais de dilatação*. Em geral, agem neste tipo os fatôres anatômicos referidos e, às vêzes, o estreitamento vulvar funcional. Em alguns casos, são conseqüentes à extração pelo fórceps sem episiotomia. A parte fetal que se apresenta é sempre grande e impele a vulva estreitada para diante, sujeita a uma tensão que procura dilatá-la. Ao mesmo tempo, distende-se o períneo. Resistindo a vulva às tensões transversais, que procuram ampliá-la através da rotura da fúrcula, predominam as tensões longitudinais, que realizam a rotura central do períneo. Esta freqüentemente principia pela pele, junto ao bordo anterior do esfíncter externo. Geralmente o parto é vulvar após rotura da brida comissural, espontânea ou operatória. São dêste tipo, também, as roturas que ocorrem quando há pequenas partes junto a uma parte fetal grande.

2) *Perfuração vágino-perineais*. Caracterizam-se pela evolução rápida do parto e pelas contrações violentas. O feto, repentinamente propulsionado, bate contra a parede vaginal posterior, determinando enérgica contração muscular. Conseqüente a esta última ou à violência do impacto, rompe-se a cama muscular do períneo. Fica o caminho livre para a perfuração, dando-se, geralmente, o parto perineal. Neste tipo, não é condição necessária o estreitamento vulvar. O parto costuma ser perineal.

Dois têrços dos casos de rotura central obedeceriam ao primeiro mecanismo; os demais, ao de perfuração.

Aplicando êstes conceitos de etiologia e mecanismo ao nosso caso, acreditamos que se deu uma perfuração vágino-perineal, sobretudo pela duração mínima do trabalho de parto (2 h.). Pudemos apurar dois fatôres etiológicos, que terão desempenhado função coadjuvante: A rigidez da comissura posterior e o edema vulvo-perineal. Com relação à altura do períneo, tivemos, inicialmente, a impressão de ser anormalmente alto; entretanto, após reconstrução cirúrgica e cicatrização, verificamos tratar-se de períneo normal.

Bibliografia

1) ALMEIDA, D. — Rotura central do períneo. Parto perineal. — "Rev. Soc. Med. e Cir. do Rio de Janeiro", dez. 1903. 2) BARNES, J. — Central rupture of the perineum. A report of a case with a review of the Literature. — "J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.", 54:351-357, 1947. 3) GERINSHTEYN, J. M. — Case of central tear of perineum — "Vrach. delo", 22:699-702, 1940. 4) KARLIN, M. — Ein Fall von zentralem Dammriss mit Geburt eines ausgetragenen Kindes durch denselven — "Zentralbl. f. Gynäk.", 51:3120-3122, 1927. 5) KOVACS, F. — Über den Eutstehungsmechanisms zentraler und paraxentraler Dammriss — "Zentralbl. f. Gynäk.", 66:233-241, jan. 24, 1942. 6) LECLERC, L. P. — Déchirure centrale du perinée — "Bull. Soc. Méd. de Hôp. Universitaires de Québec", págs. 48-50, fev. 1934. 7) LÖFGVIST, E. — Beitrag zur frage der zentralen Dammriss — "Acta Obst. et Gynec. Scan.

dinav.", 8:138-176, 1929. 8) MELLO, C. S. — Rotura central do períneo — "Rev. Gin. e d'Obst.", 2:262-267, 1944. 9) MEYER, J. — Two unsual complications in labor: central laceration of perineum and rupture of recto-vaginal septum. — "Finska läk-Sällsk. handl.", 77:46-50, 1935. 10) MONSÃO, A. G. — Em tôrno de um caso de parto perineal — Tese da Bahia, 1921. 11) MOTTA, M. A. — Um caso de rotura central do períneo — "Rev. Hosp. N. S. Aparecida", 1:33-38, 1949. 12) PEREIRA, J. M. S. — Sôbre um caso de rotura central do períneo — "Anais Bras. de Gin.", 19:377-383, 1945. 13) TAVARES, J.; PINTO, J. L. F. e STERSA, O. — Sôbre um caso de rotura central do períneo — "Mater. Infância", 7:260-262, 1949. 14) TINDA", A. e MACLENNAN, M. — Parturition per perineum — "Brit. M. J.", 2:863, 1930. 15) TOLOSA, B. e PAWEL, M. — Rotura central completa do períneo. Parto perineal. — "An. Bras. de Gin.", 9:1-7, 1940.

Rupture central du périnée. Accouchement périnéal.

Résumé

Les A.A. presentent un cas de rupture centrale du perinée avec accouchement perineal. Ils font l'étude de la litterature respective depuis 1929 et discutent la fréquence, l'étiologie et le mechanisme de la lésion.

Dans le cas décrit ils admettent comme méchanisme la perforation vagino-perinéale.

Complete central perineal laceration. Perineal delivery.

Summary

The A.A. report a case of central rupture of the perineum and perineal delivery. After a review of the litterature since 1929 they discuss the frequency, the etiology and the mechanism of the injury, admitting for their case a mechanism of vagino-perineal perforation.

Komplette zentrale Ruptur des Dammes. Perineale Entbindung.

Zusammenfassung

Verff. schildern einen Fall mit zentralem Dammriss mit Entbindung durch den Damm. Die einschlaegige Literatur wurde von 1929 ab durchgesehen und die Häufigkeit, Aetiologie und der Mechanismus des Vorkommens diskutiert. Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine Perfuration von Scheide und Damm.

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.

Coagulação intra-vascular e afibrinogenemia; supostos fatôres letais na síndrome de embolismo amniótico—REID, D.; WEINER, A. e ROBY, C. 179
Sangue incoagulável no descolamento prematuro da placenta normalmente inserida; um método de conduta.—WEINER, A.; REID, D. e ROBY, C. 180
Anatomia patológica da eclampsia, necrose renal cortical bilateral, necrose pituitária e outras complicações fatais agudas da gravidez; suas possíveis relações com o fenômeno de Shwastzman — MC KAY, D., MERRILL, S.; WEINER, A.; HERTIG, A. e REID, D. 181
Anomalias congênitas do útero associadas à gravidez: análise de 118 casos da literatura e relato adicional de nove. — BAKER, W.; ROY, R.; BANCROFT, C. E.; MC GAUGHEY, H.; DICKMAN, N. e TUCKER, G. 181
Adrenalectomia bilateral no tartamento de doença neoplásica avançada — BARKER, F.; JUHL, E. T.; BEAL, G. M.; HILL, R. H. e GOODWIN, W. E. 182
A síndrome de fragmentação ovárica — FOIX, A. e COLL, A. 183
Carcinoma do colo uterino propagado, tratado com Uretano intra-arterial. — ALBERTELLI, J. F.; MONACO, H.; O'CONNOR, T.; BUR, G. E. e DE VEGA, J. A. 183
Mama sangrante — RAFFO DEL CAMPO, M. A. 183
O carcinoma da trompa — SAMMARTINO, R. e CALANDRA, D. 184
Efeitos físico, químico e biológico dos raios ultra-sônicos em certos processos mamários — ROSENVASSER, E. B. 184
Tratamento de uma oligúria grave com procaína endovenosa em uma gestose — SERFATY, S. O. 185
Rotura espontânea uterina por mioma — DI PAOLA, G.; DEFILIPO, R. A. e MIERES, A. 185
Fibromioma uterino e gravidez extra-uterina — DUJOVICH, A. e SAPISOCHIN, E. 186
Câncer do colo uterino depois de histerectomia subtotal — ZUCKERMANN, C. 186
Tratamento da esterilidade funcional mediante a associação estrogênio-progesterona — ROCA URGELL, J. M. 187
Rim. Endocrinismo. Metabolismo. Tonia vascular na gestação. — FELIX MACHADO, F. E. 188
Citologia e gravidez normal — KOLLER, A. e ARTNER, J. 189
Uma nova aquisição terapêutica em ginecologia: os hormônios de ação retardada, lipossolúveis. — A. PYE 189
A terapêutica cirúrgica da dor pelviana na mulher — GREENHILL, J. P. 190
Observações sôbre o comportamento da eliminação urinária dos fenoesteróides e dos 17-cetoesteróides em relação com os quadros histofuncionais do endométrio, na fibromatose.—CENTARO, A. e MELONI, L. 190
A hipercolesterolemia gravídica em relação à reação de Zimmerman — SOLLA, E. 191
Doença pós-operatória e estado funcional da cortex-suprarrenal — FERRARIS, G. e MASSONE, G. 192
Pesquisas experimentais sôbre a ação da corticotrofina no aparelho genital de ratas (Musdecumanus) ovariectomizadas — QUAINI, P. e DIRANDO, C. 192

Ano XIX ABRIL DE 1954 Vol. 37 - 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

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 XIX ABRIL DE 1954 Vol. 37 - N.º 4

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 XIX | Abril de 1954 | Vol. 37 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

"Metil-androstenediol"; sua ação sôbre perturbações menstruais. — DR. A. VESPASIANO RAMOS e DR. MARCEL PÉANO 193

Curva dos cosinófilos na ovulação, premênstruo e climatério — DR. A. VESPASIANO RAMOS, DR. MARCEL PÉANO e DR. SERGIO COELHO GOMES 201

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Diagnóstico precoce do carcinoma do epitélio estratificado do colo uterino — PROF. DR. HANS LIMBURG 205

EDITORIAL

Tuberculose genital feminina 229

NOTAS E COMENTÁRIOS

Natalidade e mortalidade na França 233

2.ª Reunião Internacional de Obstetrícia e Ginecologia 233

44.º Congresso da "Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia" 234

2.º Congresso da União Médica Mediterrânea 234

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Anais do I Convênio da Sociedade Brasileira de Esterilidade — A. CAMPOS DA PAZ F.º 235

Jornal do Médico — Armando Pombal (Diretor) 236

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.

Radiografia dos cistos da mama — GERSHON-COHEN, J. e INGLEBY, H. 237
Efeitos da apressoline, alcalóides do veratrum, anestesia raquidiana alta e arfonad na hemodinâmica renal de pacientes grávidas com toxemia e hipertensão essencial. — KAPLAN, S. A. e ASSALI, N. S. 237
Cortisona no tratamento da mulher hirsuta — GREENBLATT, R. B. 238
Tumores mixtos mesodérmicos do útero — WILSON Jr., L. A.; GRAHAM Jr., L.; THORTON Jr., W. N. e NOKES, J. M. 240
O tratamento da tuberculose genital feminina com estreptomicina e ácido para-aminosalicílico — SERED, H.; FALLS, F. H. e ZUMMO, B. P. 242
Investigações Rhesus na Clínica Obstétrica da Universidade de Utrecht — LEYNS, J. e BAKKER, J. H. 243
Sôbre a etiologia das toxicoses gravídicas — KREMLING, H. 243
Modificações citológicas de epitélio vaginal na hormonioterapia contra-sexual em carcinomas genitais femininos—ELSNER, P. e TISCHER, H. 244
Observações sôbre a micção na mulher — ROBERTS, H. 244
Recidivas vaginais no carcinoma do corpo do útero e sua prevenção pela radiumterapia — DOBBIE, B. M. W. 245
Alívio da dor pós-episiotomia — DUTTON, W. A. W. 246
Rotura espontânea uterina por mioma — DI PAOLA, G.; DEFILIPPO, R. A. e MIERES, A. 246
Celioscopia ginecológica — PALMER, R. 247
Conduta durante o trabalho de parto da mulher com cesárea anterior — BENAVIDES DE ANDA, L. 247
Plástica dos elevadores — FRANZ, M. R. 248
O tratamento médico das dores inter-menstruais. Suas possibilidades e seus limites. — MATHIEU, J. e MOUSSELON, J. 249
A propósito de seis observações de roturas uterinas — DUMONT, M. 250
A infertilidade por sub-fecundidade do varão — CLAVERO NUÑEZ, A. ... 251
Tumor de Krukenberg em grávida que complicou o parto agindo como tumor prévio — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. e MANTONE, J. A. 252
O miométrio no útero miomatoso. Sua importância na cirurgia conservadora. — MANTONE, J. A. 253
Sôbre algumas investigações de funcionamento renal no curso de gestoses e à distância do tempo — QUAINI, P. 253
Conceito atual do prognóstico e terapêutica da diástase patológica da sínfise púbica — GARRONE, G. 254
Contribuição ao conhecimento dos testes biológicos para os esteróis sexuais. Emprêgo da "Gambusia Affinis" para a demonstração do estradiol e da testosterona. — SALVADORI, B. 255

Alívio da dor pós-episiotomia *(Relief of pain after episiotomy)* — DUTTON, W. A. W. — (*J. Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, **60**:718, out. 1953).

O A. empregou a efocaína para alívio da dor da episiotomia em 20 casos, 17 por infiltração local e 3 por bloqueio pudendo.

Houve 2 falhas, 1 resultado regular e 17 sucessos; encontrou 3 casos de infecção local pós-operatória. — *C. A. Zanotta*

LA SEMANA MÉDICA (Buenos Aires)

Rotura espontânea uterina por mioma *(Ruptura espontanea uterina por mioma)* — DI PAOLA, GUILLERMO; DEFILIPPO, RODOLFO A. e MIERES, ALBERTO — (*La Sem. Med.*, **103**: ??, out. 1953).

Os A.A. descrevem as múltiplas e possíveis evoluções no curso de uma miomatose uterina e cada uma delas passíveis de imprimir uma determinada modalidade clínica, nem sempre fácil de diagnosticar no momento de se produzirem complicações.

Apresentam os A.A. um caso de rotura espontânea do útero por um fibromioma em uma paciente de 63 anos, sem antecedentes ginecológicos, nem obstétricos.

Discutem os mecanismos etiopatogênicos marcados por notáveis autores e passam em revista a casuística mundial, compediando 14 casos incluindo o apresentado, sendo o segundo na literatura nacional.

Ilustram o trabalho desenhos esquematizados da peça operatória e microfotografias do caso em apreço.

Trata-se de uma paciente com 63 anos de idade, obesa. Teve 4 filhos, um dêles falecido por complicação do parto. Diabética desde os 15 anos. Hipertensa. Menopausa aos 50 anos. Enf. atual: Há 2 meses teve indigestão com diarréia, vômitos, febre alta, quadro que melhora vários dias mais tarde, persistindo astenia, inapetência e cólicas abdominais com aumento de volume do ventre. Internada apresentando um quadro de acidose diabética, intensa glicosúria e acetonemia. Obnubilação mental. Desidratação. Pressão arterial: 180/90. Mucosas descoradas. Sôpro cardíaco mesocárdico. Extrassistolia. Moderado edema maleolar. Condensação pulmonar em ambas as bases.

Melhorado o estado metabólico é examinada ginecològicamente, comprovando-se genitais externos sem importância. Colo uterino elevado para diante e para cima. Corpo envolvido em um tumor do tamanho de um melão, irregular, deformado por vários nódulos

de distinta consistência. Pouca mobilidade. Doloroso do lado esquerdo. Douglas ocupado pela massa tumoral.

Após 13 dias de sua internação, sob anestesia geral, foi feita laparotomia mediana infra-umbilical. Encontra-se um tumor amolecido, acinzentado, de superfície granulosa, que se confunde a primeira vista com um tumor do ovário. Fazendo parte com o corpo do útero, exterioriza-se por uma ampla efração situada no "fundus", como se fôra um enorme caroço. Histerectomia subtotal. Peritonização. Pós-operatório sem acidentes. Alta aos 12 dias.

A paciente encontra-se em perfeito estado de saúde.

Concluem os A.A. que nenhum dos mecanismos patogênicos anteriormente citados, explicam o caso presente. Sabemos que os fibromiomas sofrem uma involução pós-menopáusica que mal explicaria a rotura capsular em uma mulher de 63 anos de idade. A esclerose do miométrio, reduzindo a elasticidade do órgão, poderia talvez alcançar algum valor patogênico. — *A. F. Madruga*

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Celioscopia ginecológica *(La celioscopia ginecológica)* — PALMER, R. — (*Ginec. y Obst. de México,* **8**:301, set.-out. 1953).

O A. coloca a celioscopia ginecológica num plano crescente no diagnóstico e tratamento da esterilidade. Não prescinde, no entanto, da insuflação nem da histerossalpingografia; mostrando, porém, que sòmente a celioscopia pode mostrar o estado do pavilhão tubárico, do ovário, a importância e a disposição das aderências.

Fora da esterilidade, tem indicações precisas no diagnóstico da gravidez tubária, nas amenorréias primárias, certas massas anexiais de diagnóstico duvidoso e de algias rebeldes antes de serem entregues ao psicossomático. — *Luiz Souza Mattos*

Conduta durante o trabalho de parto da mulher com cesárea anterior *(Conducta durante el trabajo de parto de la mujer con cesarea previa)* — BENAVIDES DE ANDA, L. — (*Ginec. y Obst. de México,* **8**:336, set.-out. 1953).

Num artigo em que é apresentada uma série de 45 casos estudados de dezembro de 1950 até agôsto de 1952, dos quais 35 foram partos vaginais, 7 cesáreas e 3 roturas uterinas, o A. apresenta o que se deve fazer:

a) Indagar se a causa da 1.ª cesárea foi permanente ou transitória.

b) Indagar a técnica empregada e o cirurgião que executou a 1.ª cesárea.

c) Evolução do puerpério.

d) História de partos vaginais.

e) Exploração cuidadosa do concepto (apresentação, tamanho, anomalias, radiografia fetal).

f) Exploração da pelve.

g) Toque vaginal (insinuação, estado do colo, manobra de Hillis).

h) Exploração da dinâmica uterina (freqüência, duração e intensidade das contrações).

i) Exploração da cicatriz cirúrgica (paredes abdominal e uterina entre e durante as contrações).

j) Exploração do estado geral da paciente (pulso, pressão arterial, respiração, temperatura, sintomas alarmantes).

k) Procurar intencionalmente sintomatologia ainda discreta de rotura uterina.

O que não se deve fazer:

a) Atender a um dêsses casos em meio rural ou não hospitalar.

b) Permitir o trabalho de parto ignorando a apresentação e seu grau de insinuação.

c) Abandonar a parturiente durante a prova de trabalho.

d) Administrar ocitócicos.

e) Fazer manobras obstétricas que aumentem a pressão intra-uterina (versão, extração, ou exploração intra-uterina. — *Luiz Souza Mattos*

COMPTES-RENDUS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Plástica dos elevadores *(Plastic des Releveurs)* — FRANZ, M. R. — (*Compt. Rend. Soc. Fr. Gynéc.*, **23**:143, out. 1953).

R. PALMER relatou, diz o O., nestes "Comptes Rendus" (1952, n.º 8, pág. 336), "A propósito de uma viagem à Suécia", uma operação de incontinência urinária ortostática com bons resultados constantes. Trata-se do processo que INGELMAN-SUNDBERG publicou

Diz o A. que as observações publicadas são insuficientes para demonstrá-lo. Só conhece as de LANE-ROBERTS e colaboradores que examinaram o semen em 19 casos de abôrto precoce assíduo e encontraram anormalidades em 14. No recente livro de G. LONGO, "A esterilidade no macho", só uma página é dedicada às "relações entre a morfologia do espermatozóide, malformação fetal e interrupção da gravidez". Refere-se às observações já referidas de LANE-ROBERTS e cols. e à de P. GIRAUD, publicada em 1952 em "La Presse Médicale" relativa a feto com malformações, engendrado por um azoospérmico depois de tratamento hormonal que determinou o aparecimento de espermatozóides, porém de mobilidade torpe e de morfologia atípica. Diz o A. que estamos no terreno da infertilidade caindo na mesma conduta do tempo em que a esterilidade era atribuída sòmente à mulher.

O material clínico do A. é de 88 casos de infertilidade por tôdas as causas que passa a agrupar em tabelas. Subtraídos os casos que se podem radicar à mulher, em 44,44 por 100 das restantes (63 casos) o homem apresentava deficiências seminais.

A percentagem de homens subfecundos nos casos de infertilidade aproxima-se do número dado pelos diversos autores sôbre a freqüência de "ovos abortivos" e faz recair sôbre o varão quase tôda a responsabilidade da gênese dêstes ovos patológicos. O A. chama a atenção sôbre a freqüência com que a gestação ectópica, a prenhez molar e as monstruosidades fetais coincidem com as deficiências seminais.

Acentua também a dificuldade em estabelecer uma causa etiológica do estado de subfecundação no homem. Diante dos resultados desconcertantes e paradoxais da terapêutica, focaliza o seu ponto de vista de que se deve fazer a investigação da etiopatogenia dos distúrbios da espermatogênese. — *A. de Moraes*

BOLETIN DE LA CLÍNICA GINECOTOLÓGICA

Tumor de Krukenberg em grávida que complicou o parto agindo como tumor prévio *(Tumor de Krukemberg en una embarazada que complicó su parto actuando como tumor previo)* — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. e MANTONE, J. A. — (*Bol. de la Clin. Ginecot.*", **42**:11, set.-out. 1953).

O tumor de KRUKENBERG é um carcinoma secundário, metastático de um tumor primitivo que geralmente se localiza no tubo digestivo. Sòmente o histologista pode confirmar o diagnóstico de tumor tipo KRUKENBERG ao encontrar as "células em anéis" características dêste tumor. Quando frente a uma lesão neoplásica do aparelho digestivo na mulher, pensar e buscar a metástase ovárica.

Quando existirem tumorações sólidas bilaterais de ovário, pensar no tumor dee KRUKENBERG e explorar no ato cirúrgico o tubo digestivo abdominal, procurando localizar a lesão neoplásica primária. O tratamento é a anexectomia bilateral com histerectomia seguido de roentgenterapia, já tendo havido tratamento cirúrgico ou tratamento posterior da lesão neoplásica primitiva. — *Luiz Souza Mattos*

O miométrio no útero miomatoso. Sua importância na cirurgia conservadora. *(El miometrio en el útero miomatoso. Su importancia en la cirugia conservadora.)* — MANTONE, J. A. — (*Bol. de la Clin. Ginecot.*, **42**:29, set.-out. 1953).

No artigo trata o A. os principais aspectos da histopatologia da fibra muscular uterina em relação com o crescimento e desenvolvimento dos miomas. Mostra a perfeita tolerância do músculo à agressão tumoral. Como as fibras não se esclerosam nem se atrofiam nem degeneram, reconstituindo-se em sua forma e função, uma vez eliminado o tumor. Insiste nas propriedades particulares da fibra muscular uterina que lhe conferem uma entidade especial diferente das fibras musculares lisas estriadas ou cardíacas da economia. — *Luiz Souza Mattos*

MINERVA GINECOLOGICA (Itália)

Sôbre algumas investigações de funcionamento renal no curso de gestoses e à distância do tempo *(Su alcune indagini di funzionalità renale nel corso di gestosi e a distanza di tempo)* — QUAINI, PAULO — (*Min. Ginec.*, **5**:629, 15 out. 1953).

Trata-se de um trabalho da Clínica Obstétrica e Ginecológica da Universidade de Turim, de que é Diretor o Prof. D. DELLEPIANE. O A. diz que o quadro da nefropatia gravídica suscita incertezas não tanto no que se refere ao prognóstico imediato materno-fetal, mas ainda pelas lesões que pode acarretar à distância.

Apesar de serem há muito conhecidos os aspectos anátomo-clínicos das doenças renais, só recentemente foram estabelecidas as noções básicas de ordem fisiológica e fisiopatológica da moléstia.

Apesar de serem controvertidas muitas noções sôbre a fisiologia renal e, conseqüentemente, sôbre a fisiopatologia, importantes aquisições experimentais e clínicas têm permitido indagação e avaliação mais aprofundada e precisa da função renal.

Ano XIX MAIO DE 1954 Vol. 37 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SAME

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.
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 XIX MAIO DE 1954 Vol. 37 - N.º 5

SAME
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 XIX | Maio de 1954 | Vol. 37 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Útero didelfo (A propósito de um caso de rotura uterina, no 8.º mês de gestação) — DR. CESAR DE PAULA MARTINS e DR. J. ONOFRE ARAUJO 257

Importância dos cortes seriados no diagnóstico das atipias do colo uterino — DR. ALBERTO ROCHA e DR. LICY TEIXEIRA .. 269

Gravidez no 3.º mês, associada à dupla lesão mitral e insuficiência tricúspide. — DR. ISMAR PINTO NOGUEIRA 275

Gestação complicada por câncer do colo do útero — DR. AFFONSO BIANCO e DR. JAIR ANDRADE 283

EDITORIAL

Hibernação em cirurgia alargada 289

NOTAS E COMENTÁRIOS

Colégio Anatômico Brasileiro 293

Curso de Extensão Universitária sôbre Terapêutica Ginecológica 294

LIVROS E PUBLICAÇÕES

El Cáncer Ginecológico — JUAN CARLOS AHUMADA 295

Anais das VI Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia — PROF. JORGE DE REZENDE 296

Terapêutica Cirúrgica do Câncer Genital Feminino Avançado — ALIPIO AUGUSTO 297

Anales de la Facultad de Medicina — Universidade Nacional Mayor de San Marcos de Lima 298

Anales de la Facultad de Ciencias Médicas — Universidad Nacional de Asunción 299

Anales de la Facultad de Medicina (Montevidéu) 299

Arquivos de Higiene e Saúde Pública (São Paulo) 299

Hospitais Civis de Lisboa. Relatório da Gerência de 1952. 300

Revista Clínica do Instituto Maternal (Lisboa) 300

Tratamento das fístulas vésico-genitais. Processo do desdobramento. — JAIR FRANCISCO BURGOS 301

Atlas of Exfoliative Cytology — GEORGE N. PAPANICOLAOU 301

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.

Construção e reconstrução da vagina — CONWAY, H. e STARK, R. B. 303

O flebograma infra-vermelho no diagnóstico de queixas mamárias: uma análise de 1.200 casos. — MASSOPUST, L. C e GARDNER, W. D. 304

Quais são as alterações mais precoces endometriais a justificar um diagnóstico de câncer endometrial? — TE LINDE, R. W.; JONES, H. W. e ALVIN, G. A. 304

O tratamento não operatório da incontinência ao esfôrço nas mulheres — WHARTON, L. R. 306

Tratamento moderno da tuberculose e o ginecologista — JAMESON, E. M. 307

Resultados do tratamento cirúrgico do câncer da mama no Johns Hopkins Hospital 1935-1940. — LEWISON, E. F.; TRIMBLE, F. H. e GRIFFITH, P. C. 308

Conduta na diabética grávida — TOLSTOI, E. e DOUGLAS, R G. 309

Novas pesquisas sôbre as anomalias dos esteróides sexuais no abôrto endócrino — PIAUX, G.; ROBEY, M. e SIMONNET, H. 310

Os abortos com taxas elevadas de 17-cetosteróides. Estudo dos fatôres hormonais e metabólicos associados. Ensaios terapêuticos. — BRET, J. e GHORN, G. 312

Comparação entre alguns resultados obtidos pela insuflação útero-tubária quimográfica e a histerossalpingografia no estudo da esterilidade feminina. — KÉRYELL, J. 312

A terapêutica das toxicoses tardias da gravidez — WERRA, G. e ROCHAT, R. 313

Gestoses enxertadas e gestoses latentes tardias — GLATTHAAR, E. ... 314

Gestoses tardias na hidropisia fetal e placentária em conseqüência de incompatibilidade Rhesus — WESPI, H. J. e GANN, R. 314

Exames bacteriológicos sôbre a influência da combinação de antibióticos e sulfonamidas na flora vaginal — LUDWIG, F. e ALLEMANN, O. 315

A assim chamada hibernação artificial no tratamento da eclampsia — CENTARO, A. 315

Adenocarcinoma ovariano e gravidez — PICCOLI, R. 316

A "curetagem" do ovário segundo Dellepiane para a terapêutica cirúrgica conservadora da ovarite — SILIQUINI, P. N 317

A propósito da reação de Schlör para o diagnóstico precoce da gravidez — BALASSI, G. P. 318

Diagnóstico histológico da prenhez ectópica — WIST, A. 318

Sarcoma endometrial — KINNUNEN, O. e VON NUMERS, C. 319

Tratamento da asfixia dos recém-nascidos — LORD, J. M.; POWELL, B. W. e ROBERTS, H. 320

EM SETEMBRO PRÓXIMO NÚMERO ESPECIAL COMEMORATIVO AO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Ano XIX JUNHO DE 1954 Vol. 37 - N.º 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.º andar
Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano XIX JUNHO DE 1954 Vol. 37 - 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 XIX | Junho de 1954 | Vol. 37 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Placenta acreta (Sôbre dois casos) — DR. J. J. PIZARRO 321

Sistematização em colposcopia — DR. NILO PEREIRA LUZ 333

EDITORIAL

Dosagens hormonais no abôrto de repetição 345

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem a Emil Novak, no seu 70.º aniversário 349

Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia 351

Curso de Extensão Universitária sôbre "Bases da Terapêutica cirúrgica no câncer ginecológico" 351

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Palestras Médicas 352

Arquivo de Patologia, órgão do Instituto Português de Oncologia — F. GENTIL e TOSCANO RICO 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.

TRABALHOS ORIGINAIS

CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HOSPITAL GENERAL VARGAS
DO I. A. P. E. T. C.
CHEFE: DR. J. J. PIZARRO

PLACENTA ACRETA *

(Sôbre dois casos)

DR. J. J. PIZARRO
Chefe da Clínica Obstétrica

O terceiro período do parto — o delivramento — no que pese os modernos cuidados obstétricos e os bancos de sangue, é onde se faz sentir, ainda hoje, incidência de mortes maternas, digna de registro. A hemorragia pós-parto constituiu sempre, mesmo para os mais experimentados obstetras, uma causa de temor, quanto ao prognóstico materno "quod vitam".

A raridade da placenta acreta obsta o reconhecimento de sua existência, até que algum sério acidente obstétrico, geralmente hemorrágico, ocorra, liderando a catástrofe. Fato que leva os especialistas que tiveram oportunidade de observá-lo, à quase obrigatoriedade de os relatar, e como contribuição do estudo e conduta terapêutica de uma entidade obstétrica tão rara quanto letal.

Placenta acreta é um têrmo genérico usado para designar uma condição na qual nenhum plano de clivagem pode ser encontrado entre a placenta e a parede uterina. Essa definição essencialmente clínica deve ser completada por outra, com fundamento anátomo-patológico: é uma condição especial em que a inserção da placenta se faz em pleno músculo da parede uterina, por ausência da camada

(*) Trabalho apresentado às VII Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia, realizadas em Curitiba de 26 a 29 de outubro de 1953.

esponjosa da decídua. Estando na dependência da extensão da zona de ausência e da escassez da decídua existente ao nível do leito de inserção placentária, a placenta acreta pode ser: focal, parcial ou total.

A diferenciação entre a placenta acreta e a placenta chamada "*aderens*", a qual é devido a um distúrbio do mecanismo de separação, não oferece grande dificuldade.

Na primeira, ao delivramento manual, não se encontra nenhum plano de clivagem entre a placenta e a parede uterina, tornando a remoção impossível; enquanto na segunda, encontra-se sempre um plano de clivagem que permite descolá-la; geralmente, esta condição costuma estabelecer-se quando a implantação se processa ao nível de um dos cornos uterinos (PHANEUF).

A ausência ou tenuidade da decídua individualiza a "placenta acreta verdadeira"; a penetração profunda da vilosidade em plena camada muscular da parede uterina evidencia a placenta "increta"; se o poder proteolítico, das vilosidades, permite que estas ultrapassem a parede uterina atingindo a serosa, caracteriza-se a placenta "percreta".

Segundo PLATER, a placenta acreta foi relatada pela primeira vez, há quase 2.000 anos (88 D. C.). Para NEUMAN teria sido descrita, primeiramente por JUSTINE SIGMUNDINE em 1690; mas foi sòmente depois que LANGHANS, em 1875, descobriu que o descolamento da placenta tem lugar ao nível da camada esponjosa da decídua, que se evidenciou a patogenia do processo. ALEXANDROFF em 1900 descreveu a primeira sobrevida materna em casos desta natureza, mercê de uma histerectomia. Desde essa época vêm surgindo espaçadamente trabalhos sôbre o assunto.

A incidência da placenta acreta é variável, porém constitui raridade, como atesta quadro apresentado por PHANEUF.

PLACENTA ACRETA — INCIDÊNCIA

IRVING HERTIG	1: 1.956 casos
POLAK	1: 6.000 "
FOSTER	1: 7.000 "
JACKSON	1: 8.000 "
STOECKEL	1: 8.223 "
LEOPOLD	1:10.000 "
BLAGODAROW	1:13.000 "
KLAFTEN	1:14.000 "
NATHASON	1:20.000 "
KRAUL	1:20.000 "
HIRST, B. C.	1:40.000 "

IRVING e HIRST acham que vários casos não são relatados na literatura visto o elevado número de mortes por hemorragia e infecção rotulados como extração manual da placenta. Essa assertiva parece ser verdadeira, quanto à placenta acreta parcial; pois ùltimamente, tem-se verificado (MC KEOGH D'ARRICO), que êste tipo de placenta é duas vêzes mais freqüente que a de inserção completa; quanto aos casos relatados na literatura, nota-se uma evidente preponderância da acreta total.

A etiologia está condicionada a fatôres que interferem com a formação da futura decídua basal e podem ser de origem uterina ou placentária; como tão bem esquematiza MC KEOGH D'ARRICO:

FATÔRES UTERINOS

Anomalias congênitas:
- Ausência da decídua
- Divertículo uterino

Endócrino:
- Insuficiência do corpo amarelo

Infecção:
- Endometrites
- Piométrio

Trauma:
- Operação cesariana
- Agentes cáusticos
- Curetagem
- Histerectomia
- Irradiações intra-uterinas
- Remoção manual da placenta
- Tratamentos por vaporização

Tumores:
- Fibromioma submucoso

FATÔRES PLACENTÁRIOS

Localização anormal:
- Implantação córmica
- Placenta prévia

Defeitos de desenvolvimento:
- Placenta membranácia

Empreendendo-se uma revisão dos trabalhos existentes na literatura sôbre placenta acreta, evidenciam-se os seguintes dados anátomo-patológicos: Ausência total ouparcial de tôda a decídua basal, apresentando-se esta delgada e escassa.

Por vêzes nota-se apenas, a ausência total da camada esponjosa da decídua, persistindo no todo ou em parte a camada compacta. (KLAFTEN, NATHASON e outros)

A grande penetração das vilosidades coriais em plena camada muscular é variável, indo desde o simples contato das vilosidades, por vêzes, de tipo atrófico, até a penetração profunda em pleno músculo da parede uterina. (LAFFONT, EZÊS, REEB, PHANEUF e outros) Em certos casos observa-se a penetração das vilosidades

em plenas veias ectasiadas da parede uterina, como naqueles relatados por PHANEUF, KWARTIN e ADLER.

Fato pôsto em evidência por diversos autores consiste no adelgaçamento acentuado da parede uterina na zona da inserção placentária, chegando até ¼ de milímetro de espessura.

Observam-se, segundo alguns autores, modificações variáveis da chamada camada hialina de NITABUCH segundo IRVING e HIRST.

A incidênca de processos degenerativos do miométrio foi observada, chegando à hialinização ou indo mesmo até à degeneração fibrinóide como no caso de KRAUL.

Evidência de inflamação crônica foi encontrada por E. MARTIN, e da infecção aguda por BAUEREISEN. Fator digno de registro é a concomitância de placenta prévia, com o acretismo, havendo alguns casos citados na literatura.

As teorias tendentes a explicar a patogenia do processo de acretismo são as mais várias, indo desde a antiga teoria da inflamação da decídua até o conceito hormonal de SCHOKAERT, que considera o imperfeito desenvolvimento da mucosa uterina formadora da futura decídua basal, como devido à deficiência do corpo amarelo.

A sintomatologia da placenta acreta é quase nula, é uma das únicas afecções médicas cuja sintomatologia surge após o diagnóstico; pois a hemorragia que se apresenta após tentativa de descolamento, pode ser valorizada como sintoma negativo, a sua ausência após um prazo de regular espera no 3.º período de parto pode fazer supor falha de descolamento placentário, primeiro passo no estabelecimento do diagnóstico de acreta.

Não há mesmo, mencionado na literatura, sintoma que tenha ocorrido tão freqüentemente para poder associá-lo definitivamente com placenta acreta (MC KEOGH e D'ARRICO).

Por outro lado há descrições de casos em que se apresentaram durante a gestação ou mesmo no trabalho de parto dores excruciantes, que alguns quiseram associar com a placenta acreta; mas essas queixas por sua raridade não podem constituir um sintoma.

A possibilidade de confusão de diagnóstico com outra entidade, embora quase nula, é preciso ser lembrada, a fim de ser possível estabelecer o diagnóstico diferencial; durante a gestação: abôrto incompleto; durante o parto: placenta encarcerada e placenta aderens; no pós-parto: sub-involução da zona de inserção placentária.

O diagnóstico à base da impossibilidade de se encontrar um plano de clivagem que permita o descolamento da placenta, é pre-

ciso ser feito com precaução, não só de evitar hemorragias graves que possam pôr em perigo a vida materna, como mutilá-la inùtilmente praticando uma histerectomia desnecessária; sendo de bom alvitre que êsse exame seja feito em ambiente hospitalar em que se possa intervir com a máxima urgência.

A conduta do obstetra em face de uma placenta acreta, embora concordes, entre a maioria dos autores, de um tratamento radical, ainda não conseguiu o totalidade; pois, ainda recentemente Mc Keogh e D'Arrico (1951) publicaram um trabalho baseado numa casuística de 13 casos, em que defendem o tratamento conservador.

Em que pese a responsabilidade de Irving e Hertig com sua alentada casuística, de 18 casos, somados aos 86 revistos na literatura, a terapêutica radical — histerectomia — tem a primazia absoluta, como se depreende do quadro por êles apresentado.

Casos coletados na literatura adicionados dos casos de Irving e Hertig

	Casos	*Mortes*	*Percent.*
Extração manual ou curetagem ...	33	20	60,69 %
Extração parcial e Histerectomia vaginal	11	4	36 %
Extração manual e tamponamento	1	0	00 %
Extração manual e Histerectomia supra-vaginal	37	7	18 %
Histerectomia supra-vaginal sem tentativa de extração	19	0	00 %
Não removida	3	2	66,69 %

Quadro comparativo da conduta em função da mortalidade

	Casos	*Mortes*	*Percent.*
Conservadora	37	22	59 %
Histerectomia	19	0	00 %
Histerectomia após extração manual parcial	37	7	18,8 %
Total dos casos de histerectomia ..	56	7	12,59 %

Embora essa estatística seja publicada em 1937 a sugestibilidade de seus números fala muito alto para que se possa pensar em modificar o critério de conduta, apesar de não haver nesta época os antibióticos, que vieram permitir uma protelação no emprêgo imediato do método radical, quanto às possibilidade de infecção, pensamos não ser de molde a invalidar cifras tão evidentes.

A histerectomia praticada por especialista habilitado, em ambiente adequado, contando com banco de sangue, e quantidades libe-

rais de antibióticos, fora de tentativas de extração manual da placenta deve apresentar uma segurança absoluta e dar uma mortalidade materna nula.

Por outro lado, tendo à frente Mc Keogh e D'Arrico, os campeões do tratamento conservador, dão razões ponderáveis dignas de registro: a placenta acreta nem sempre é recurrente, há alguns casos relatados na literatura, o que leva a afastar a tese de que qualquer futura gravidez seria necessàriamente uma ameaça à vida da paciente.

Quanto aos antibióticos dizem que os casos potencialmente infectados são òbviamente sem valor e que essa premissa carece da comprovação.

Que a possibilidade do desenvolvimento de um neoplasma no tecido placentário residual é demasiadamente remota para influenciar na conduta de qualquer problema obstétrico agudo.

Mas, apesar de conservadores acham que a placenta acreta parcial constituiu problema à parte, plenamente justificável do tratamento radical. Asseverando textualmente: "Mais comumente, grosseiras e infrutíferas tentativas de remoção da placenta produzem uma perda sanguínea pequena, mas persistente. Nestes casos não se deve contemporizar, se a paciente acha-se devidamente preparada, impõem-se a operação radical, na possibilidade de uma hemorragia".

Em um dos nossos casos fomos obrigados a intervir por histerectomia, por tratar-se de uma placenta acreta parcial em que a tentativa de remoção manual do fragmento restante desencadeou uma hemorragia verdadeiramente alarmante.

Nos dois casos que passamos a relatar sucintamente foi praticada a histerectomia com conservação dos anexos, com bom resultado.

No 1.º caso tratava-se de uma placenta prévia lateral com acretismo total e no 2.º uma placenta acreta parcial cuja tentativa de deslocamento no pós-parto tardio, obrigou em face do vulto da hemorragia a uma histerectomia.

CASO I — M. H. de C. (Reg. 32.438) — Idade: 30 anos. Branca, brasileira, multigesta, secundípara; 3 abortos espontâneos, sendo 2 no 1.º trimestre e 1 no 2.º trimestre. Não relata curetagem.

Teve um filho a termo de 3.200 g, parto à fórceps. Antecedentes familiares e pessoais não apresenta nada digno de registro. Última regra em 5.7.52.

No 2.º mês de gravidez, apresentou reações sorológicas positivas, submetendo-se a tratamento anti-sifilítico pela Penicilina 8.000.000 unidades. Os exames sorológicos feitos posteriormente ao tratamento, foram negativos.

Fig. 1 — Células sinciciais e vilosidades coriais necróticas entre os feixes musculares.

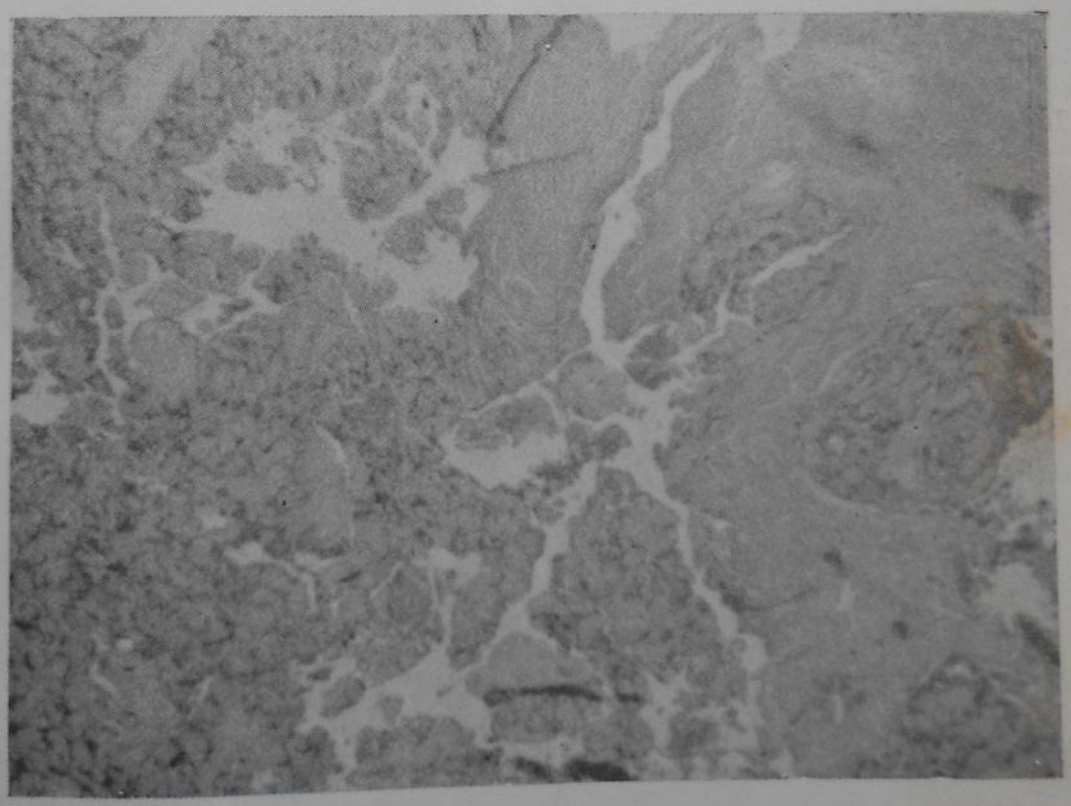

Fig. 2 — Vilosidades coriais enxertadas diretamente no músculo uterino.

Na ocasião da admissão em 2-4-53, apresentava pressão art.: 13 x 8; pulso 84; Temperatura: 36°. Em início do trabalho de parto com o colo apagado e dilatado para 5 cm; apresentação cefálica orientada em O. I. P. A., no 1.° plano de Hodge.

Evolução do parto normal, durando o período de dilatação 10 hs., e o de expulsão 25 minutos; nascendo um feto a termo em boas condições de N. e V.

Durante o trabalho observaram-se perdas sanguíneas moderadas, tendo-se verificado pelo toque a existência de uma placenta baixa lateral esquerda. Após o parto, apesar de persistirem perdas sanguíneas moderadas aguardou-se pelo prazo de 30 minutos o descolamento da placenta; como esta não se efetuasse, foi praticado, sob anestesia geral, um toque manual intra-uterino, tendo-se verificado ausência absoluta de plano de clivagem entre a placenta e a parede uterina.

Laudo Anátomo-Patológico

Macroscópico — Útero puerperal, aumentado de volume, apresentando inserido em tôda a sua parede posterior, a placenta, sendo que o bordo inferior desta, atinge o istmo uterino, local em que foi amputado o útero. A placenta apresenta íntima aderência à parede uterina, não sendo possível descolá-la, apesar das tentativas feitas neste sentido.

Microscópico — Placenta aderida ao miométrio intimamente, com ausência absoluta da camada esponjosa, nota-se em certas zonas presença de camada compacta, porém, muito escassa. Não se observam inclusões de células deciduais em pleno miométrio.

Diagnóstico — Placenta acreta.

CASO II — P. S. P. S. (Reg. 29.390). 33 anos, branca, casada, alemã. Ingressa na Clínica em 30-1-953. Secundípara.

Relata em sua história 2 curetagens uterinas por abôrto. Últimas regras em 11-5-952. Chega à Clínica em trabalho de parto. Contrações fracas e espaçadas. Após 4,25 hs. de trabalho, como houvesse sofrimento fetal manifesto, foi feito um fórceps médio em O. I. D. P., nascendo um feto a termo, feminino, em boas condições de N. e V. Delivramento espontâneo 15 minutos após, seguido de atonia uterina com abundante hemorragia, que obrigou a um tamponamento cerrado, entrando a paciente em choque severo com pressão arterial imperceptível, assim como o pulso; esta situação permaneceu quase durante 1 hora, apesar de terem sido administrados 1.500 g de sangue, 500 g de Plasma e 2 litros de sôro glicosado isotônico. Houve recuperação total, tendo sido retirado o tamponamento 18 hs. após. Durante os primeiros dias de puerpério apresentou lóquios abundantes sempre rubros, tendo apresentado temperatura que oscilou entre 37°,5 e 38°,5. Um exame feito no 8.° dio do puerpério revelou útero sub-involuído com o fundo ao nível da cicatriz umbilical; colo dilatado para uns 4 cm. Sente-se, num toque intra-uterino, a presença de um grande fragmento de placenta que adere intimamente, numa extensão aproximada de uns 6 a 8 cm, à parede uterina na região do fundo, próximo ao corno esquerdo; as tentativas de descolamento não só foram infrutíferas, como deram lugar a uma hemorragia uterina de volume regular que nos obrigou a um tamponamento cerrado intra-uterino o fim de coibi-la. Na esperança de que pudéssemos, posteriormente, após provável involução dêste fragmento placentário, extraí-lo sem maiores dificuldades, aguardamos alguns dias. Após

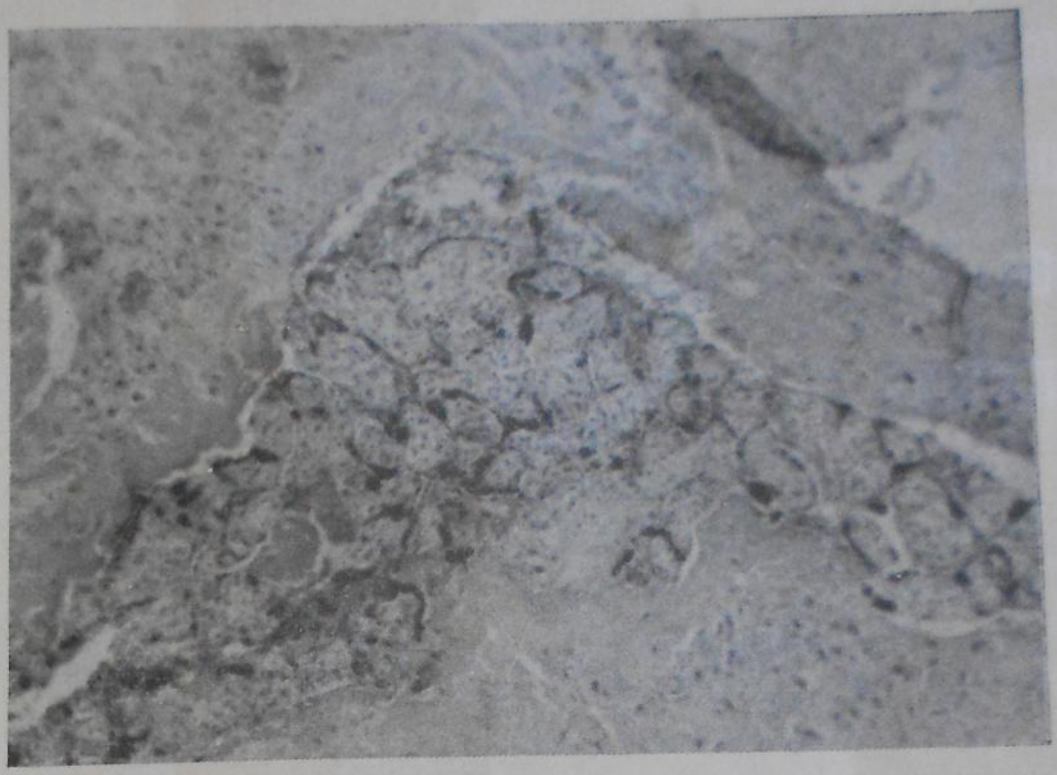

Fig. 3 — Vilosidades coriais infiltrando o músculo.

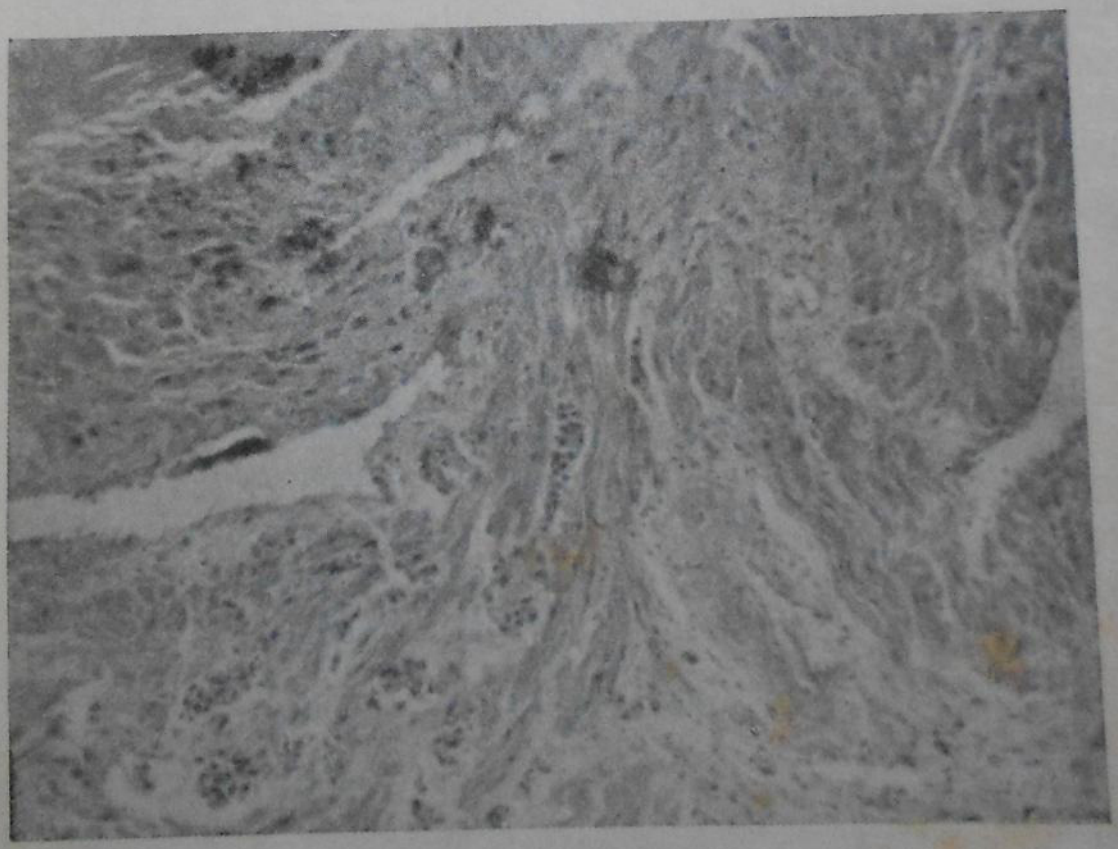

Fig. 4 — Células sinciciais infiltrando a profundidade do músculo.

êsse tempo resolvemos praticar a extração, tendo para isto tomado as devidas precauções, praticando-o sob anestesia geral pelo Tionembutal, e na vigência de uma transfusão de sangue de 500 cc. Ao procurarmos descolar o fragmento placentário, que não apresenta o menor plano de clivagem, desencadea-se uma grave hemorragia, o que obriga a um tamponamento cerrado e a efetuar-se uma histerectomia. A operação foi por nós praticada 10 minutos após, constando de histerectomia sub-total com conservação dos anexos.

Pós-operatório acidentado e febril. Abcesso de parede extenso, com descolamento.

Alta a pedido em 6-5-953.

LAUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Microscópico — Nos cortes feitos, encontra-se ausência absoluta de espongiosa, apresentando-se em algumas zonas uma camada compacta da placenta. Em certas zonas há evidente penetração de elementos sinciciais em plena camada muscular.

Diagnóstico — Placenta acreta.

A conduta a ser seguida no tratamento da placenta acreta, no que tange à segurança materna deve ser radical; porém, acreditamos, que em casos muito especiais, dentro de limites muito restritos, possa se adotar uma atitude conservadora.

A mortalidade materna tão elevada, para os casos tratados por extração manual ou curetagem (64,5 %), observada por IRVING e HERTIG, em judiciosa revisão da literatura, se contrapõe mortalidade nula nos casos em que se pratica histerectomia de início, sem manobras extrativas da placenta.

Bibliografia

1) IRVING, F. C. e HERTIG, A. T. — "Surg., Gyn. and Obst.", 64:178-200, 1937. 2) RADEMAKER, L.; HANSEN, I. R. e LA RUA, R. — "Am. b. Surg.", 74:869-873, 1947. 3) PHANEUF, L. E. — "Surg., Gyn. and Obst.", 57:345-351, 1933. 4) RUTHERFORD, RENAND e HERTIG, A. T. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 49:368-377, 1945. 5) ACBERG, M. E. e REID, E. D. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 49:368-377, 1945. 6) WILENS, I. — "Am. J. Surg.", 58:434-437, 1942. 7) BOSCHARDT, C. E. — "South M. J.", 33:1.152-1.153, 1941. 8) ANBERSON, H. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 42:545-547, 1141. 9) CONTI, E. A. — ,Am. J. Surg.", 44:443-449, 2939. 10) CHISHOLM, N. W. — "J. Obst., Gyn. Broths Emp.", 55:470-472. 11) NORMAN, S. P. — "New England J. Med.", 240:60, 1949. 12) LHANNON, W. F. e DODENHOFF, C. F. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 53:326-328, 1947. 13) MUIR, J. C. — "Am. J. Obst. and

Gynec.", 58:807, 1948. 14) PLATER, citado por IRVING e HERTIG. 15) IRVING e HERTIG — "Surg., Gyn. and Obst.", 64:178, 1937. 16) FOSTER, D. M. — "Canadian M. Ass.", 17:204, 1927. 17) MC KEOGH e D'ARRICOL 18) LAFFONT e EZÊS XICLUNE BUL SOC. — "Obst. et Gyn.", 22:656. 19) KLAFTEN, E. — "Arch. f. Gynäk.", 135:190, 1929. 20) NATHASON, J. N. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 16:44, 1928. 21) KWARTIN e ADLER — "Am. J. Obst. and Gynec.", 20:703, 1930. 22) DRAUL, L. — "Zent. f. Gynäk.", 52:828, 1928. 23) LEHOKAERT, citado por MC KEOGH e D'ARRICO. 24) REEB, J. — "Gyn. and Obst.", 17:81, 1928.

Placenta accreta

Résumé

À propos de deux cas de placenta accreta qu'il a observé à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Genéral Vargas, l'A. fait des commentaires sur la définition, l'histologique, l'incidence, l'étiologie, la symptomatologie, et diagnostic differentiel et la thérapeutique de cette entité morbide.

Dans le premier cas il s'agissait d'un placenta previa lateral (basse) et accreta total, chez une femme blanche, agée de 30 ans, gesta V, para II, brésilienne; dans le deuxième cas il s'agissait d'une femme blanche, allemande, agée de 33 ans, gesta IV et para II, avec placenta accreta partielle et hemorrhagie après tentative de décollement placentaire.

Chez les deux cas l'hystérectomie sub-totale fut executée, avec conservation des annexes.

Les observations sont documentées avec des micro-photographies des utérus extirpés.

Placenta acreta

Summary

The A. studied two cases of placenta acreta which were observed in the Obstetrical Clinic of the Gen. Vargas Hospital. The concept, the history, the incidence, the etiology, symptomatology, differential diagnosis and treatment of this obstetrical entity are reported.

The first case was of a white, Brazilian 30-year-old woman, Vgesta, IIpara, with lateral previous placenta and total placenta acreta; the second case was of a white, German, 33-year-old woman, IVgesta, IIpara with partial placenta

acreta and hemorrhage following attempts of placental detachment. Both cases were submitted to a supra-vaginal hysterectomy, being kept the adnexa.

The cases are illustrated with photomicrographs of the removed uteri.

Plazenta accreta

Zusammenfassung

Auf Grund von 2 im Hospital General Vargas selbstbeobachteten Faellen von Plazenta accreta bespricht der Verfasser Begriff, Haeufigkeit, Aetiologie, Symptomatologia, Differentialdiagnose und Therapie dieser Komplikation.

Im ersten Falle handelte es sich um eine Plazenta praevia lat. in toto accreta, bei einer 30 jaehrigen weissen Frau, 5. Schwangerschaft, 2. Entbindung. Im anderen Fall handelte es sich um eine Plazenta accreta partialis mit starker Blutung bei dem Versuch, die Plazenta zu loesen, bei einer 33 jaehrigen Deutschen, 4. Schwangerschaft, 2. Entbindung. In beiden Faellen wurde die subtotale Hysterectomie unter Belassung der Adnexe ausgefuehrt.

Der Bericht ist durch Mikrofotographien der exstirpierten Uteri belegt.

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 tratamento cirúrgico da hemorragia profusa por carcinoma uterino — SALZBERG, A. M.; FULLER, W. A. e HOGE, R. H. 353
Influência do aumento de pêso na gravidez. Revisão de 1.000 casos da clínica privada. — ALEXANDER, S. D. e DOWNS, J. F. 353
Alergia — fator de abôrto? Relato de 2 casos. — HERROD, J. H. ... 354
Apresentação de face. Revisão de 94 casos. — REINKE, T. 354
Enxêrto ovariano no ôlho do coelho — WARD, J. E.; GARDNER, H. L. e NEWTON, B. L. 355
Distúrbios da vitamina B6 na gravidez — WACHSTEIN, M. e GODAITIS, A. 355
A importância da gravidade na ligadura tardia do cordão umbilical — DUCKMAN, S.; MERK, H.; LEHMANN, W. X. e REGAN, E. 355
Influência das viagens sôbre a interrupção da gravidez — GUILBEAU, J. D.; BENITO, S. e TURNER, J. L. 356
O uso de hormônios na profilaxia do engurgitamento dos seios e lactação — RIENZO, J. S. 356
Falha da esterilização tubária com gravidez tubária rôta 357
A significação dinâmica da lubrificação vaginal na frigidez — BERGLER, E. e KROGER, W. S. 357
Transplante do ovário para a cavidade uterina para o tratamento da esterilidade feminina — PRESTON, P. G. 358
Mola hidatiforme — GUIROY, A. J. e KOREMBLIT, E. 358
Síndrome de ovários rudimentários — GIARDINI, R. G. e PEREZ, J. .. 358
Reação de Schlör — URSI, R. 359
Carcinoma da vagina. Curieterapia. Gravidez ulterior a termo. — AHUMADA, J. C. e FALSIA, M. V. 359
Teratoma gigante retro-peritoneal — NOGUES, A. E. e OTTURI, J. E. 360
Tétano puerperal. Infecção pós-abôrto, pelo "B. de Welchii". — WEINSTEIN, B. B. 360
A histerossalpingografia com pneumoperitônio — LOPEZ DE NAVA, A. 361
Estudo clínico-patológico de cinco casos de corioepitelioma — RAMO BOLAN, H. 361
Cânceres conjuntivos da mama. Fibroblastomas mamários. — ZUCKERMANN, C. 362
Nove casos de sarcoma da mama feminina seguidos durante cinco anos — MOGUILEVSKY, L.; EGUIA, O.; MOLIERI, I. J. e ORSINI, W. 363
Carcinoma da mama avançado. Comentários a propósito de sua evolução favorável excepcional. — HALLEY, G. 363
Os resultados do tratamento da tuberculose genital feminina, pelo ácido isonicotínico. — M. A. PYE 364
As insuficiências menstruais traumáticas, obstetricais. — MUSSET, R. e SALOMON, Y. 365
A tuberculose genital clìnicamente inaparente — FUSTER, R. e QUERALT, J. A. 365
Um corioepitelioma atípico — COLMEIRO-LAFORET, C. 366
Considerações sôbre o emprêgo de novos preparados na terapêutica médica da pré-eclampsia — ANZISI, G. 366
Aspectos colpocitológicos em grávidas normais e afetadas de gestoses — ANZISI, G. 367
Comportamento das proteínas séricas, no "shock" hemorrágico no estado puerperal. Dados eletroforéticos. — LA TORRETA, G. e MAGRI, E. 368

ou 17 % do pêso do corpo. Verificam mais, que o aumento de pêso não influe sôbre a duração do parto e que isoladamente, terá pouca ou talvez nenhuma influência sob o estabelecimento das toxemias. — *Cid Braune*

Alergia — fator de abôrto ? Relato de 2 casos. *(Allergy — a factor in abortions ? Report on two cases.)* — HERROD, JAMES H. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **66**:1168, Dez. 1953).

O A. revê a literatura sôbre o metabolismo da histamina na mulher grávida. Descreve estudos experimentais da ação da histamina sôbre o útero de animais de laboratório, prenhes. Relata ainda 2 casos próprios em que a alergia ou a ação da histamina foi o fator precipitante de um abôrto iminente, controlado com uso de anti-histamina, conseguindo-se o nascimento de 2 crianças vivas.

Embora com razão, considerando o A. que êsses 2 casos não são suficientes, principalmente por não dispor de facilidades de laboratório que permitissem a determinação do conteúdo histamínico do sangue, acha que são sugestivos para que se estude cuidadosamente o assunto, façam-se determinação de histamina e histaminase, para verificar a possibilidade de surpreender as alterações antes do aparecimento dos sintomas e instituir o tratamento adequado. — *Cid Braune*

Apresentação de face. Revisão de 94 casos. *(Face presentation. A Review of 94 cases.)* — REINKE, TOM — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **66**:1185, Dez. 1953).

A incidência de apresentação de face nesta série foi de 1:623 partos, ocorrendo com freqüência dupla nas multíparas e sendo as mento anteriores 3 vêzes mais freqüentes do que as mento posteriores.

A multiparidade, o polidrâmnio, as monstruosidades, as crianças exageradamente grandes e extremamente pequenas, as anomalias pélvicas e possìvelmente a rotura prematura das membranas, desempenhavam sempre algum papel etiológico nesta apresentação. A incidência de anomalias fetais foi de 13 nesta série.

A versão e extração não parecem estar indicadas por oferecerem um alto coeficiente de mortalidade fetal e morbidade materna. Quando a progressão não ocorre satisfatória, a cesárea deve ser indicada como intervenção de eleição. — *Cid Braune*

EM SETEMBRO PRÓXIMO NÚMERO ESPECIAL COMEMORATIVO AO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E II CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Ano XIX JULHO DE 1954 Vol. 38 - N.º 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

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 XIX JULHO DE 1954 Vol. 38 - 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$ 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 XIX | Julho de 1954 | Vol. 38 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

O diabetes em Obstetrícia (Considerações clínicas) — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO 1

Fatôres determinantes da forma de cristalização do muco cervical. Experimentação com um meio artificial. — DR. JEFFERSON DE SOUZA LEÃO e DR. ADRIANO CRUZ FERREIRA 29

EDITORIAL

Sôbre o diagnóstico do carcinoma cervical na gravidez 39

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de Extensão Universitária sôbre o Diabetes no ciclo gravídico-puerperal 46

Jornadas Cirúrgicas do Litoral 47

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Revista Clínica do Instituto Maternal 48

Antioquia Médica 48

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.

Relação entre hiperplasia do endométrio e adenocarcinoma do fundo do útero — NOVAK, E. R. 49

Avaliação da terapêutica endócrina no tratamento do câncer de mama avançado — PEARSON, O. H.; WEST, C. D. e HOLLANDER, V. P. 49

Carcinoma cervical pós-parto — DARO, A. F.; PRIMIANO, N. P.; GOLLIN, H. D. e NORA JR., E. 50

Anormalidades epiteliais do colo durante a gravidez — PECKHAM, B.; GREENE, R. R.; CHUNG, J. T.; BAYLY, M. A. e BENARON, H. B. W. 51

Análise clínica de "angiogramas" encontrados no decurso de histerossalpingografia com especial referência à tuberculose da genitália feminina — KIKA, K. 52

Operação cesariana: tendências progressivas. — POSNER, A. C.; COHN, S. e POSNER, N. S. 53

Raquianestesia em Obstetrícia — BOREL, J. C. 54

Carcinoma do colo com metástases para a tíbia e perônio: relato de caso. — ULERY, R. M.; IVINS, J. C. e HUNTER JR., J. S. 54

Tumor hipotalâmico e puberdade precoce — NRLEY, T. P. 55

A demonstração do hormônio gonadotrófico luteinizante (hipofisário estimulante das células intersticiais - I. C. S. H.) na urina por meio do teste da vesícula seminal e próstata da rata — MORATO MANARO, J. 56

Arrenoblastoma do ovário—N. ARENAS, R. SAMMARTINO e ARISTIDES 57

Câncer e gravidez — ZUCKERMANN, C. 58

Pesquisa histoquímica sôbre a endocervix no decurso do ciclo ovariano — CENTARO, A. 59

As variações dos ácidos nucleínicos no endométrio, durante o ciclo menstrual — REMOTTI, G. 59

Enxêrto de placenta segundo Filatov, na terapia do prurido vulvar, na pós-menopausa. — NEJEDLY, C. e DEBONI, G. 60

Nosso resultado na terapêutica cirúrgica da ovarite esclero-microcística — NICOLA SILIQUINI, P. e BARBANTI, A. 60

Observações e considerações sôbre alguns casos de citologia vaginal nas mulheres em estado senil — SORA, P. 61

Diabete e gravidez. Passagem de insulina através da placenta.—SPOTO, P. 61

A terapêutica cocarbossilásica em obstetrícia — UGLIETTI, M. 61

Exames histológicos da cervix de mulheres grávidas — HAMPERL, H.; KAUFMANN, C. e OBER, K. G. 62

Operação cesariana: tendências progressivas *(Cesarean section: progressive trends.)* — POSNER, A. CHARLES; COHN, SIDNEY e POSNER, NORMAN S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **67**:64, jan. 1954).

Com o subtítulo "revisão de 852 casos", os A.A. apresentam um estudo das 852 operações cesarianas praticadas de 1.º de janeiro de 1943 até 31 de dezembro de 1951. Totalizam as cesáreas praticadas em 24.440 partos realizados no Serviço Obstétrico do Hospital de Bronx, o que significa a incidência de 3,5 por cento.

Não limitam os A.A. os seus propósitos a uma avaliação estatística de seus trabalho nessa instituição, mas a um esfôrço para: 1) avaliar as indicações modificadas para a realização de uma cesárea; 2) correlatar a morbidade com o uso de sangue, antibióticos, anestesia, tipo da operação, duração do trabalho e tempo de rotura das membranas; e 3) mostrar o decréscimo resultante dos índices de mortalidade materna e fetal nos períodos anteriores a despeito de 4) aumento na incidência da cesárea.

Ocorreram 463 cesáreas ou 54,3 por cento, em primíparas e 231 cesáreas secundárias ou iterativas, seja 27,3 por cento.

As indicações mais freqüentes foram cesárea anterior, desproporção céfalo-pélvica e hemorragia. Houve liberalização de indicações por causas fetais, primíparas idosas e má história obstétrica.

Tendência acentuada a substituir a cesárea baixa. Acentuado aumento do uso da anestesia regional sôbre a anestesia por inalação, de 42,7 % nos primeiros 3 anos a 76,2 % nos últimos 3 anos. O índice de morbidade foi de 49,2 por cento. O emprêgo dos antibióticos como medida profilática baixou êsse índice de maneira constante.

A penicilina deve ser dada profilàticamente a tôdas as pacientes em trabalho ou com rotura de membranas de 12 horas. Fazem um apêlo para modificação do critério de morbidade após cesárea. As complicações pós-operatórias mais freqüentes foram ileus, infecção da ferida e tromboflebite.

A mortalidade materna corrigida foi de 0,47 por cento. Ocorreu 1 morte por anestesia, 1 por pneumonia pós-operatória, 1 por hemorragia e 1 por ileus paralítico. Houve o índice de mortalidade fetal de 6,92 por cento. Excluídos os casos de ausência de batimentos cardíacos fetais antes da cesárea e os casos de anormalidades fetais incompatíveis com a vida, o índice de mortalidade fetal foi de 3,05 por cento. — *A. de Moraes*