

P Ano XX

MAIO DE 1955

Vol. 39-N.º 5
✓

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clinica Ginecologica da Faculdade Nacional
de Medicina da Universidade do Brasil



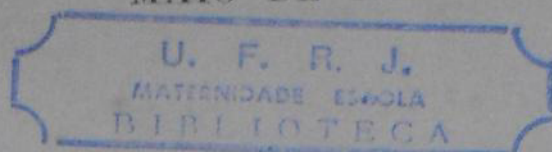
Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

[An. Bras. de Gin.]



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Director 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 — Alípio 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 Sal-
gado, 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. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200,00

Estrangeiro, ano Cr\$ 240,00

Número avulso, Cr\$ 20,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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 XX

Maio de 1955

Vol. 39 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS	Págs.
<i>Da cesárea iterativa: análise de 133 casos.</i> — DR. J. O. ARAUJO, DR. B. NEME e DR. M. MARETTI	253
<i>Ação hipotalâmica dos estrogênios. Estudo experimental.</i> — DR. ADRIANO CRUZ FERREIRA	267
LIÇÕES E CONFERÊNCIAS	
<i>Etiopatogenia das hemorragias funcionais uterinas.</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	275
EDITORIAL	
<i>Pós maturidade</i>	289
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>4.º curso de extensão universitária sobre recém-nascidos</i>	293
<i>II Congresso Mundial de Fertilidade e Esterilidade</i>	294
<i>Sociedade Americana para o Estudo da Esterilidade</i>	296
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo</i>	297
<i>A histerosalpingografia com a cânula de HUDGINS no estudo da esterilidade.</i> DR. ACÁCIO R. VALIM	297
<i>Encyclopedie Médico-Chirurgicale</i>	298
<i>Clinica Obstétrica</i> OCTÁVIO DE SOUZA	299
<i>Cristalização do muco cervical (Contribuição para o seu estudo).</i> CARLOS ALFREDO SALVATORE	293
<i>Primeiro Colóquio de Hematologia Africana, Ministério do Ultramar. Lisboa</i>	300
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. GUIMARAES 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 DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

LIVRE DOCENTE NA REGÊNCIA DA CÁTEDRA:
DR. J. ONOFRE DE ARAUJO.

DA CESÁREA ITERATIVA: ANÁLISE DE 133 CASOS

DR. J. O. ARAUJO

Livre Docente na Regência da Cadeira
de Clínica Obstétrica.

DR. B. NEME

Livre Docente de Clínica Obstétrica
e Ginecologia.

DR. M. MARETTI

Assistente voluntário.

A frequência com que somos obrigados a repetir a operação cesárea e a maior dificuldade técnica daí decorrente, justificaram uma série de publicações relacionadas a este problema. Contrariamente ao que se supunha, os resultados comparativos referidos nestas estatísticas não evidenciaram um prognóstico mais sério para este tipo de intervenção.

Em nosso meio a questão ainda não foi ventilada e esta é a razão por que resolvemos apresentar os resultados referentes a 133 casos, dentre 951 cesáreas realizadas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de 1931 - 52.

*

Em 1875 LUNO GREEN, citado por REZENDE (25), praticou operação cesárea utilizando na sutura uterina fios de prata. Cinco anos após, repetiu a operação na mesma paciente, verificando a ausência de aderências. Os fios de prata estavam intactos. Apesar disso passou a empregar fios de crina.

Com o advento dos fios absorvíveis e da anestesia, e, na dependência de melhor pré e pós-operatório a cirurgia obstétrica em geral, e a cesárea iterativa, em particular, se foram tornando mais frequentes.

Incidência: Em 1937 EMMERICH (11) reuniu o material de 25 clínicas européias, verificando que as 2.129 cesáreas iterativas correspondiam a uma incidência de 18 % dentre as histerotomias praticadas. Para DONNO (10), 1938, que estudou

as observações de 14 clínicas, inclusive a sua, a incidência da cesárea iterativa (657 casos dentre 4.346 cesáreas praticadas) foi de 15,11 %.

A introdução de novos recursos técnicos foi alargando as indicações da operação cesárea, cuja repetição se tornou mais liberal. Assim, segundo os dados d'este mesmo A., praticou-se segunda cesárea em 12,8 %, terceira em 2,2 %, quarta em 0,34 % e, apenas em uma paciente, dentre 2.946 foi a intervenção repetida pela quinta vez.

AMMON (2), 1930, calculou que para cada 100 cesáreas praticadas, três o foram pela segunda vez e duas pela terceira.

De modo geral, acima de três, o número de cesáreas repetidas é pequeno. DE LEE e cols., citados por REZENDE, referem 91 casos de cesárea iterativa, e, dentre elas 82 pela segunda, oito pela terceira, e apenas uma pela quarta vez. FRANZ, também citado por REZENDE, refere 69 casos de histerotomia repetida; em 19 a operação foi feita pela terceira vez, no entretanto, apenas uma paciente foi submetida a quatro intervenções.

Apesar desta tendência à limitação da reincidência operatória, PHANEUF (24), 1936, refere um caso em que se praticou a intervenção seis vezes. SHAW, citado por STOECKEL (30) menciona caso em que se repetiu a intervenção sete vèzes. PROCOPIO, citado por KOCH (19), refere um caso em que se praticou a intervenção pela décima vez na mesma paciente.

Segundo dados de KOCH, no período de 1-1-1930 a 31-8-1937 dentre 9.301 partos ocorridos na Clínica de Mulheres de Freiburg, 289 foram partos cirúrgicos abdominais, o que corresponde à incidência de 3,11 %. Em 63 casos (21,3 %) tratava-se de cesárea iterativa. Esta incidência representa um número que se aproxima do encontrado em várias clínicas, como se vê no quadro n. 1, retirado da publicação de KOCH.

FREQUÊNCIA DA CESÁREA ABDOMINAL

Autor	Ano	Partos	Ces. Abdom.	Ces. Repet.
SCHULZ	1904—1925	21.780	569 (2,6%)	40 (17,2%)
MOHNHAUPT	1922—1931	7.645	169 (2,2%)	45 (26,6%)
GREENHILL e BLOOM	1929	—	731	93 (12,7%)
KUDER	1932—1934	5.672	157 (2,9%)	46 (30,0%)
LANGEN	1926—1936	19.993	763 (3,8%)	136 (17,8%)
KOLLER	1916—1936	12.858	647 (5,1%)	—
KELLER e FOBE ...	1936	—	295	35 (11,5%)
SCHULTE	1935—1936	6.310	254 (4,0%)	47 (18,5%)
FUCHS	1936	—	239	45 (18,8%)
Média	—	—	(3,4%)	(18,1%)

Em nosso material, a incidência foi de 13,9 % porquanto dentre 951 cesáreas realizadas no período 1931-52, em 133 a intervenção foi repetida. Em 120 casos (90 %) o foi pela segunda vez e em 13 (9,7 %) pela terceira.

Indicação: De acôrdo com KOCH, apesar da ampliação relativa das indicações da operação cesárea, o vício pélvico é ainda a causa mais freqüente da sua repetição. No material da Clínica de Freiburg ele esteve presente em 92 % dos casos. Para SIEGEL, citado por EMMRICH, HELMUTH, citado por KOCH, EMMRICH, KABOTH (17) e KUDER (20), esta indicação foi a causa da intervenção, respectivamente em 100 %, 98 %, 94 % e 70 % dos seus casos.

Entre as nossas 133 observações o vício de bacia foi comprovado, clinicamente, em 89 casos (66,9). Em ordem decrescente se incluem: a distócia cervical, em 17 casos (12,8 %); a placenta prévia, em 6 casos (4,5 %); a desproporção céfalo-pélvica, em 4 casos (3 %); a distócia funcional e os vícios de apresentação em 3 casos (2,2 %); o tumor prévio e a rotura uterina incompleta em 2 casos (1,5 %); e, finalmente, o sofrimento fetal e o descolamento prematuro de placenta, em 1 caso (0,7 %).

Assistência ao parto

Em face de paciente submetida à operação cesárea em parto anterior, meticoloso exame obstétrico se impõe, a fim de se indagar da presença de desproporção céfalo-pélvica relativa ou absoluta. Quando a segunda destas condições está presente, a indicação da via alta é óbvia. No entretanto, não recomendamos a intervenção imediata ou eletiva como querem certos A.A. americanos. Preferimos aguardar, em expectativa armada, algumas horas e, no máximo seis, de trabalho útil. Dêste modo forma-se melhor o segmento inferior, favorecendo a prática de incisão transversal baixa justa-cervical. Conseguindo-o, estaremos reduzindo a histerotomia a simples divulsão muscular digital e ampliando a possibilidade de novas gestações, sem agravar o prognóstico materno e fetal.

Com o emprêgo da cesárea segmentária, e afastados os inconvenientes e riscos da cesárea corporal, reduziu-se a incidência da rotura uterina em partos subseqüentes e alargou-se a liberalidade com que assistimos a longas provas de trabalho de parto. Por isso, quando não se identifica vício pélvico ou desproporção céfalo-pélvica, absoluta, a assistência de parturientes submetidas a parto cesáreo anterior, não apresenta particularidades que a distinguem das primíparas em geral. Apenas atentará o tocólogo para a maior possibilidade de ocorrer a rotura uterina.

No quadro n.º 2 apresentamos os dados referentes ao número de horas de trabalho a que nossas pacientes foram submetidas. Nota-se a tendência expectante do Serviço em relação à segunda cesárea. Nos casos de pacientes já submetidas a duas operações, esta tendência foi mais limitada.

HORAS DE TRABALHO DE PARTO

	Cesáreas realizadas	Horas de trabalho (N.º casos)					
		Até 12 hs.	13—24	24—36	36—72	72	?
1931—42	2. ^a	20	17	7	5	—	22
	2. ^a	1	2	1	—	—	1
1943—52	2. ^a	21	13	9	2	2	3
	2. ^a	3	3	—	1	—	—

Quadro n.º 2

A ocorrência de rotura uterina se limitou a três casos (2,2 %) apesar da vigência desta orientação. Apresentamos em resumo estas três observações a fim de se poder aquilatar a responsabilidade do serviço em face deste acidente.

1) — Observação n. 1 — Papeleta n. 9730. Internada em 28/10/50, 21 anos, branca, secundigesta de termo. Cesárea anterior por vício pélvico (bacia assimétrica); bôlsa íntegra. 30 horas e 45 minutos de trabalho de parto. A rotura uterina ocorreu ao se iniciar a cesárea iterativa. Feto morto com 3.435 grs. A intervenção anterior (corporal) foi realizada noutro Serviço. Alta curada no oitavo dia do pós-operatório.

2) — Observação n. 2 — Papeleta n. 3060; operada em 1/8/46; 45 anos, preta, tercípara. O primeiro parto se resolveu por cesárea e o segundo, há 5 anos, se ultimou com aplicação de fórceps. Assistida no Serviço durante 8 horas. A rotura das membranas ocorreu 1,30 horas antes da intervenção. Esta se iniciou por suspeita, confirmada no ato operatório, de rotura uterina incompleta. O feto nasceu em asfixia azul, havendo sido reanimado com êxito. Alta curada no nono dia do pós-operatório.

3) — Observação n. 3 — Papeleta n. 3051. Atendida aos 29/7/46; 31 anos, branca, grande múltipara, submetida à operação cesárea no parto anterior, há 1 anos. Bôlsa íntegra. Prenhez de termo. A observação no Serviço foi de 4 horas e 10 minutos. Indicou-se então a operação cesárea com o diagnóstico, confirmado no ato operatório, de rotura uterina in-

completa. O feto nasceu em asfixia branca, não sobrevivendo. Condições maternas satisfatórias.

A incidência de rotura uterina nos casos de parturientes submetidas a cesárea em parto anterior, varia conforme dados de diversos autores. Assim para SCHMIDT (26), (1936), foi de 18 %, para KOCH (1939), 3,1 % e para AVILES (4) (1951), 4,6 %.

Entre nós, enquanto KAMNITZER (18) (do Serviço do Prof. O. Rodrigues Lima), refere 4 % em 49 cesáreas iterativas, REZENDE afirma não ter verificado o acidente em seus casos de histerotomia repetida.

A excelência da cicatriz segmentária baixa pôde ser posta a prova em cinco vêzes, dentre as nossas pacientes, pois, apesar de presente a Síndrome de Bandl-Frommel, manteve-se a integridade uterina.

Está claro que a orientação expectante se justifica, particularmente, naqueles casos em que estamos seguros das condições e do tipo de intervenção cesárea praticada anteriormente e das condições da evolução pós-operatória. Dentre os fatores que favorecem esta orientação incluem-se os seguintes: 1) incisão segmentária transversal (por divulsão digital), 2) sutura cuidadosa com fio cromado, 3) ausência de infecção endometrial, assegurada pelo emprego de antibióticos.

Em 316 cesáreas iterativas realizadas nos Hospitais de Cambridge e St. Elizabeth, Boston, no período de 1935-45, O'CONNOR (22) referiu apenas dois casos de rotura uterina (0,6 %).

Esta orientação vai se firmando e generalizando com a aplicação das já citadas condições, que asseguram boa cicatriz uterina.

COSGROVE (7) não subscrive o aforisma de «once cesarean always cesarean» pelas seguintes razões: 1) a cesárea não é integralmente inócua, 2) ela limita a fecundidade e 3) a incidência de rotura uterina aumenta com a repetição da histerotomia. Segundo dados deste A., dentre 500 pacientes submetidas à operação cesárea em partos anteriores 35,8 % dos partos seguintes se resolveram pela via vaginal.

Anestesia: dois fatos devem ser considerados ao se escolher o método anestésico para a prática da cesárea iterativa. O primeiro decorre do acesso mais difícil à cavidade uterina, com conseqüente retardo na extração fetal; o segundo diz respeito à passagem diaplacentária das substâncias empregadas para a anestesia geral, agravando o risco e a incidência da asfixia néo-natal narcótica. Por isso se impõem, como ideais, os métodos que se utilizam da anestesia local e

regional (anestesia raquidiana e peridural). Este preceito tem sido obedecido em nosso Serviço, como se pode vêr no quadro n. 3.

Tipo de Anestesia		Cesárea iterativa	Cesárea primeira
Lóco-Regional	Raqui	95 (71,0%)	541 (66,1%)
	Local	2 (1,5%)	10 (1,2%)
	Peridural	1 (0,7%)	25 (3,0%)
Geral		17 (12,0%)	163 (19,9%)
Associada	1) Lóco-Regional	17 (12,0%)	52 (6,3%)
	2) Geral		

Quadro n.º 3

Nota-se que o emprêgo dos métodos lóco-regionais foi maior na cesárea iterativa. Considerando que, nas anestésias associadas, a narcose foi empregada como método complementar, verifica-se que os métodos lóco-regionais foram escolhidos eletivamente em 86,2 % nos casos de cesárea repetida e em 76,6 % na primeira intervenção.

Desta forma, sem agravar o prognóstico materno, contribuímos para a redução do obituario fetal, como se verá adiante, ao tratarmos desta questão.

Tipo de cesárea: desde 1925, com a tese de CAMARGO, é a cesárea segmentária a intervenção preferida na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Esta orientação se justifica porque assim pudemos aguardar, em expectativa armada, provas de trabalho relativamente longas, em pacientes submetidas a histerotomia em parto anterior.

Nos casos de cesárea iterativa, a via de acesso segmentária e a divulsão muscular transversal e digital foi empregada em 95,4 %.

Em 4,6 % das vezes (6 casos) praticou-se a incisão corporeo-segmentária em virtude de dificuldades técnicas — aderências excessivas — que poderiam culminar na lesão vesical.

A escolha da cesárea segmentária transversal é tanto mais razoável quanto mais certos estivermos da necessidade de se repetir a histerotomia em futuros partos. Dêste modo estaremos assegurando condições que permitam a aplicação de nossa tendência de permitir e aconselhar mais de duas intervenções.

Integridade ovular: A individualização mais precoce das condições que tornaram impossível a via baixa no parto an-

terior, favoreceu a prática da intervenção iterativa em tempo útil, mais freqüentemente do que ocorreu nos casos de cesárea em geral. No quadro n. 4 verificar-se-á o que acabamos de afirmar, porquanto o número de casos em que estava presente a integridade do saco ovular por ocasião da intervenção, foi maior nas pacientes submetidas a cesárea iterativa.

Membranas	Cesárea (primeira)		Cesárea iterativa	
	1931—1942	1943—1952	1931—1942	1943—1952
í n t e g r a s	36 (47,3%)	32 (56,1%)	176 (40,2%)	154 (40,4%)
até 12 horas	23 (30,2%)	17 (29,8%)	119 (27,2%)	119 (32,0%)
r ô t a s 13—24 horas	6 (7,8%)	5 (8,7%)	26 (5,9%)	31 (8,4%)
+ 24 horas	3 (3,9%)	2 (3,5%)	21 (4,8%)	35 (9,1%)
?	8 (10,5%)	1 (1,7%)	95 ()	42 (11,0%)

Quadro n.º 4

O elevado número de casos em que estava presente a integridade das membranas por ocasião da indicação operatória se justifica em face da orientação do Serviço no que diz respeito à Prova do Trabalho de Parto. Até 1942, em virtude do grande risco pela infecção, ela era realizada, obedecendo-se o preceito clássico de se manter tanto quanto possível a integridade ovular. Após esta data a alta incidência de operações realizadas em pacientes com membranas íntegras se relacionou à elevada frequência do vício pélvico absoluto (62,6 % dos casos) como indicação da intervenção e a tendência ainda não corrigida de se obedecer às normas que vigoravam até 1942.

Resultados

A maior dificuldade técnica representaria condição agravante para o prognóstico materno e fetal na cesárea repetida. Este ponto de vista tem sido defendido por ADAIR (1), GORDON e ROSENTHAL (14), HAWKS (15), ORENGO (23) e O'CONNOR. Este último verificou que o obituário materno na cesárea em geral é de 2,9 %, ao passo que na cesárea iterativa se eleva para 3,2 %. Por esta razão e, em virtude da maior possibilidade de rotura uterina, com a repetição da intervenção, sugere este A. a vantagem da cesárea-histerectomia nos casos em que se indica a laqueadura tubárea. Além de menor mortalidade imediata, a remoção do corpo uterino con-

correria para a profilaxia das neoplasias do corpo uterino e das hemorragias uterinas disfuncionais.

Esta orientação, no entretanto, não tem sido apoiada por outros A.A., segundo os quais o obituário materno é menor na cesárea iterativa. Assim pensam MARTIUS (21), BRIDE (6), ARNOTT (3), BARRET (5), e DIECKMANN e DAILY (9).

Nos quadros ns. 5 e 6 apresentamos dados referentes à mortalidade materna na cesárea repetida e na cesárea em geral, retirados das publicações de KOCH e O'CONNOR.

Verifica-se que, para o mesmo período, o obituário materno foi mais elevado em relação à cesárea em geral.

MORTALIDADE MATERNA NA CESÁREA ITERATIVA

Autor	Ano	N.º casos	Mortalidade N.º absoluto	Materna %
HAWSK	1910—20	114	4	3,4
SIEGEL	1912—20	35	5	14,0
SMITH	1894—32	643	22	3,4
WILSON	1925	88	3	3,4
THOMPSON	1923—29	197	8	4,0
DAICHMAN - POMERANG	1908—32	180	4	2,2
GREENHILL - BLOOM	1929	93	2	2,2
SKEEL - JORDAN	1927—31	194	8	4,0
HORNUNG	1931	54	1	1,9
KOELLER	1916—36	60	2	3,3
MONTGOMERY	1925—36	46	2	4,3
KUDER	1932—34	46	1	2,2
FRAZER - SPARLING ...	1927—36	124	4	3,2
LANGEN	1927—36	136	1	0,7
MATTHEWS - ACKEN	1920—38	330	11	3,3
KOCH	1930—37	63	4	6,3
KELLER - FOBE	1936	35	0	0
EMMRICH	1937	87	4	4,5
EMMRICH (estatíst. geral)	1937	2129	61	2,8
HENNESSEY	1928—41	90	2	2,1
MOHLER	1932—42	299	5	1,7

MORTALIDADE MATERNA NA CESAREA

Autor	Ano	N.º casos	Mortalidade	
			N.º absoluto	%
WINTER (Clin. Universitária)	—	4450	316	7,1
EMMRICH (estatística geral)	—	1187	—	8,6
SIEGERT	1933	191	3	1,6
HEYNEMANN	1932—35	1004	—	5,3

Quadro n.º 6

Ao analisarmos as observações das cesáreas realizadas em nosso Serviço no período 1931-52, verificamos apenas um caso de óbito materno em 133 cesáreas iterativas, ou seja 0,75 %. No entretanto, no mesmo período, entre 818 primeiras cesáreas ocorreram 30 casos de óbito, ou seja 3,6 %.

O estudo analítico de nosso material, permite afirmar que este melhor resultado em relação à cesárea iterativa se deve à melhor assistência que se lhes prestou. Duas ordens de fatores contribuíram para isso: de um lado o esclarecimento prévio da paciente e, de outro, o cuidado especial e a precocidade com que tais casos foram examinados e atendidos. Deste modo evitam-se os riscos da assistência domiciliar e as possíveis falhas da assistência hospitalar em geral.

MORTALIDADE FETAL NA CESAREA ITERATIVA

Autor	Ano	N.º casos de	
		cesárea iterativa	%
SCONTRINO ²⁸	1930	57	0
EMMRICH	1908—1937	87	3,4
KOCH	1930—1937	63	3,2
HORNUNG	1931	54	7,4
KUDER ²⁹	1932—1934	46	10,9
LANGEN	1927—1936	136	0,7
KELLER (citado por KOCH)	1916—1936	60	0
KELLER e FOBE (cit. por KOCH) ..	1936	35	2,9
Média			3,5

Quadro n.º 7

MORTALIDADE FETAL NA CESÁREA EM GERAL

Autor	Ano	N.º de cesáreas	%
WINTER ³¹ (estatística cesárea)		4450	9,0
HEYNEMANN ¹⁶	1932—1935	1004	7,0
SIEGERT ²⁹	1933	191	2,6
FREE ¹²	1931—1942	1000	9,2
Média			6,9

Quadro n.º 8

A mortalidade fetal entre nós foi de 3,7 %, (5 óbitos fetais em 133 casos) para a cesárea iterativa e 9,4 % (77 óbitos fetais para 818 casos) nas cesáreas primárias. Como se vê, em relação à média verificada pelos A.A. referidos nos quadros ns. 7 e 8, nossos resultados não foram maus para a cesárea repetida; verificou entretanto, flagrante desvantagem fetal em relação à primeira cesárea.

Estes dados estão de acôrdo com as condições da assistência obstétrica em nosso meio; enquanto as pacientes submetidas a parto cesáreo anterior recebem cuidados especiais, as demais, no geral, se internam ou são atendidas tardiamente, daí decorrendo o elevado obituário fetal dêstes casos.

Dos cinco óbitos relacionados à cesárea iterativa, três, pelo menos, decorreram de condições que não dependeram de falha na assistência obstétrica prodigalizada no Serviço: descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (1 caso) e placenta prévia central (2 casos). Nos casos restantes (2 casos) a anóxia intra-uterina dependeu de rotura uterina em pacientes, respectivamente, com 30 horas e 45 minutos e 4 horas e 10 minutos de trabalho de parto. Pode-se, portanto, de certo modo, criticar a expectativa demasiada, em relação ao primeiro dêstes casos.

Esterilização

EMMRICH recomenda a laqueadura tubárea como rotina na terceira cesárea, ao passo que HEYNEMANN (16) a autoriza nesta condição, sempre que os cônjuges a solicitam. MARTIUS (21) protela a esterilização, pois acha que a cesárea repetida não implica em maior risco para a paciente. KABOTH concorda com HEYNEMANN, afirmando não ser razoável a esterilização na terceira cesárea como princípio geral de assistência.

KOCH não leva em consideração a idade da operada e, concordando com KABOTH, LURGE (citado por KOCH), MARTIUS e STOECKEL, admite que, para fins da indicação

da esterilização, o que importa não é o número de cesáreas já realizadas. Cada caso deve ser considerado de modo particular e a resolução final se deve ater às condições do campo operatório — aderências e condições do miométrio — e da parede abdominal.

Entre nós, REZENDE, pratica a esterilização como norma, na terceira cesárea, com a anuência da mulher e do marido. Este professor refere o pensamento de seu mestre FERNANDO MAGALHÃES que apesar de carecer de oportunidade, em virtude dos avanços da técnica operatória e anestésica e dos meios complementares que ampliaram a segurança das pacientes submetidas à operação cesárea, deve ser lembrado aos moralistas que se negam a praticar a esterilização, apesar da presença de condições adversas a futuras gestações: «compreendendo a operação praticada pela segunda vez, mas nesta hipótese, recorro à profilaxia anti-concepcional pela castração tubária. Uma mulher cujo parto tem de ser feito pelo talho cesáreo, não pode ter atributos de parturiente e, por maiores que sejam as garantias da operação, tem-se conta nela como recurso para o fato concreto, mas não se a amplia como sedução para episódios futuros que mais vale prevenir. Renovo o conceito para não ser ele lembrado como contradição. Não me seduz a cesárea múltipla, não consigo admitir que a mulher sofra em cada parto uma intervenção, nego a vantagem da intervenção cirúrgica compulsória, pois em tais condições não tem a mulher capacidade para a função, que assim será artificial, de encontro pois aos princípios da fisiologia. A operação cesareana deve ser compreendida como um recurso fácil, inócuo, de indicação ampla e não uma obrigação, uma fórmula imperiosa, um ato natural».

BRIQUET admitia a esterilização por ocasião da terceira cesárea, sempre que os cônjuges a solicitassem insistentemente. No entanto, quando as condições da parede e do campo operatório eram satisfatórias, insistia na manutenção da integridade tubárea, negando-se, muitas vezes, a proceder à esterilização, apesar da solicitação do casal. Este ponto de vista foi se firmando no espírito do mestre da Obstetrícia Paulista, à vista dos melhores resultados dependentes da técnica operatória e do emprêgo dos antibióticos. Esta é também a orientação que vem sendo seguida pelos seus discípulos que, como nós, privaram da sua orientação na clínica particular e universitária.

Conclusões

- 1) — O prognóstico materno e fetal na cesárea iterativa é melhor que na cesárea em geral.

- 2) — O melhor resultado relacionado à cesárea iterativa deve ser atribuído à melhor assistência dispensada a estes casos. Contribuíram para isso, de um lado o esclarecimento prévio da paciente e, de outro, o cuidado especial e a precocidade com que tais casos foram examinados e atendidos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAIR, F. — « Am. J. Obst. Gynec. », 44: 999; 1942. — 2) AMMON, V. — « Arch. Gynäk. », 140: 107; 1930. — 3) ARNOTT, P. H. — « West. J. Surg. », 44: 67; 1936. — 4) AVILES, M. — « Obst. y Ginec. Lat. Am. », 9: 148; 1951. — 5) BARRETT, R. L. — « Am. J. Obst. Gynec. », 37: 434; 1939. — 6) BRIDE, J. W. — « J. Obst. Gynec. Brit. Emp. », 28: 468; 1921. — 7) COSGROVE, R. A. — « J. A. M. A. », 145: 884; 1951. — 8) DAILY, E. F. — « Am. J. Obst. Gynec. », 37: 348; 1939. — 9) DIECKMANN, W. and DAILY, E. F. — « Am. J. Obst. Gynec. », 30: 221; 1935. — 10) DONNO, E. — « An. Obst. Gin. », 60: 1361; 1938. — 11) EMMERICH, J. P. — « Zentr. f. Gynäk. », 61: 2214; 1937. — 12) FREE, E. — « Am. J. Obst. Gynec. », 49: 401; 1945. — 13) FUCHS — « Zentr. f. Gynäk. », 61: 2174; 1937. — 14) GORDON, C. A. and ROSENTHAL, A. H. — « Am. J. Surg. », 54: 525; 1941. — 15) HAWSK, E. M. — « Am. J. Obst. Gynec. », 18: 393; 1929. — 16) HEYNEMANN — « Zentr. f. Gynäk. », 61: 2174; 1937. — 17) KABOTH, G. — « Zentr. f. Gynäk. », 2: 1203; 1936. — 18) KAMNITZER, M. B. — « An. Bras. Ginec. », 34: 269; 1952. — 19) KOCH, R. — « Zeitschrift f. Geburtsh. », 118: 177; 1939. — 20) KUDER, K. — « Surg. », 62: 887; 1936. — 21) MARTIUS, — « Zentr. f. Gynäk. », 61: 2174; 1937. — 22) O'CONNOR, C. T. — « Am. J. Obst. Gynec. », 53: 914; 1947. — 23) ORENGO, D. C. e TIMENO, M. — « Rev. Clin. espan. », 13: 1—10; 1944. — 24) PHANEUF, L. E. — « Am. J. Obst. Gynec. », 32: 240; 1936. — 25) REZENDE, J. — Casa do Livro Ltda., Rio; 1941. — 26) SCHMIDT, A. — « Zentr. f. Gynäk. », 60: 2878; 1936. — 27) SCHULTE, — « Zentr. f. Gynäk. », 61: 2173; 1937. — 28) SCONTRINO, A. — « Zentr. f. Gynäk. », 54: 629; 1930. — 29) SIEGERT, F. — « Zentr. f. Gynäk. », 60: 2402; 1936. — 30) STOECKEL, W. — Tratado de Obstetricia. Ed. Espanhola, 1932, vol. II. — 31) WINTER, G. — « Zentr. f. Gynäk. », 53: 1874; 1929.

De la césarienne itérative.

Résumé

Sur 951 hystérotomies réalisées à la Clinique d'Obstétrique de la Faculté de Médecine de l'Université de « São Paulo » (Brésil), durant la période comprise entre 1931 et 1952, les Auteurs enregistrèrent 133 cas de césarienne répétée (incidence de 13,9 %). Sur 120 de ces cas, il s'agissait d'une deuxième césarienne et dans les 13 derniers (9,7 %), d'une troisième. Un vice pelvien apparaît, au milieu d'autres indications, en 89 cas (66,9 %).

Parmi les patientes opérées au cours d'un accouchement antérieur et soumises à l'épreuve du travail, trois cas la rupture utérine furent observés. Chez 5 autres patientes, malgré la présence du syndrome de Baudel-Frommel, l'intégrité utérine se maintint.

Dans les cas où s'observait un vice pelvien et une disproportion céphalo-pelvienne, l'indication de la répétition opératoire fut évidente. Les Auteurs recommandent toutefois, d'observer quelques heures de travail utile afin de favoriser la distension du segment inférieur et conséquemment la pratique de l'incision transverse juxta-cervicale.

Dans les cas de césarienne itérative, l'anesthésie préférentielle fut la raché (71%), alors que dans les cas de première césarienne elle fut employée en 66,1% des cas.

Les Auteurs justifient cette préférence, parce que, pendant l'anesthésie générale, la plus grande difficulté technique de l'hystérotomie répétée, pourrait aggraver les conditions fœtales, entraînant l'asphyxie narcotique.

En 95,4% des cas, l'incision du myomètre fut transversale et segmentaire, par suite de difficultés techniques (adhérences).

La mortalité maternelle dans la césarienne itérative, s'éleva 0,75% (1 cas) et à 3,6 % dans les cas de première césarienne. La mortalité fœtale de la césarienne itérative fut de 3,7% et celle de la première césarienne de 9,4% des cas.

Repeated Cesarean Sections: Study of 133 Cases.

Summary

The Authors analysed the results of 133 repeated cesarean sections, among 951 hysterotomies practiced in the Obstetrical Clinic of the Medical School of the University of São Paulo, in the years 1931—1952. The frequency of the operation was 13.9%. In 120 patients (90%) the operation was indicated the second time, and in 13 patients (9.7%) for the third time. — In 89 patients (66.9%) pelvic contraction was responsible for the operation.

Among the patients previously operated upon we observed three cases of uterine rupture. In five patients although the syndrome of Bandl-Frommel the integrity of the uterus was preserved.

In those cases where we observed pelvic contraction and disproportion, the indication for the new cesarean section was quite obvious. — The authors recommend waiting few hours of labour in order to obtain distention of the inferior segment, and so permitting a low incision.

In the second cesarean spinal was the anesthetic of choice (71%). In the first cesarean it was used only in 66.1%. The authors don't recommend general anesthesia because the repeated section is far more difficult, and so the excess anesthetic could be responsible for fetal anoxia.

Low transversal section was used in 95.4%. Corporal section was used only in 4.6% due to technical difficulties (adhesion).

The maternal death rate in the repeated section was low, only 0.75% and of about 3.6 % in the first cesarean. — The fetal mortality was 3.7% in the repeated cesarean, and of 9.4 % in the first.

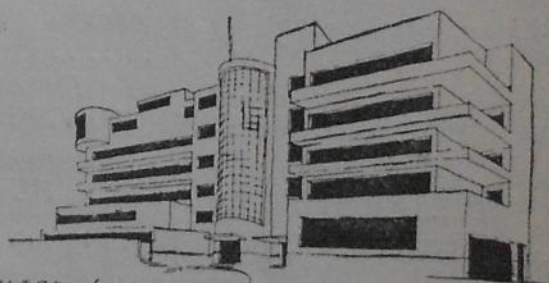
Anais Brasileiros de Ginecologia

INDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Prognóstico no câncer do colo uterino baseado no esfregaço vaginal antes do tratamento. R. S. Radiosensibilização. — GRAHAM, JOHN B., GRAHAM, RUTH M. e LIU, WINIFRED</i>	301
<i>Doença trombo-embólica complicando a gravidez e puerpério. — OLLERY, JOHN</i>	302
<i>Evolução das anastomoses uretero-intestinais no "Vincent Hospital", MEIGS, JOE VINCENT e ULFELDER, HOWARD</i>	303
<i>Indicações e resultados da anastomose uretero-intestinal em Ginecologia. — EVERETT, HOUSTON S., e HILL, HUGH</i>	303
<i>Ânexiga em bolsa. — SCHMITZ, HERBUT E.</i>	304
<i>Aspectos urológicos e fisiológicos da transplantação ureteral. — SCOTT WILLIAM, WALLACE</i>	304
<i>Aspectos ginecológicos da hiperplasia suprarrenal e adenoendócrinas associadas. — JONES, HOWARD e JONES, GEORGEANNA</i>	305
<i>Probabilidades de ocorrência das afecções malignas ginecológicas mais comuns. — RANDALL, CLYDE, GERHARDT, PAUL</i>	305
<i>Histerectomia e gravidez não diagnosticada. — DE LEE, S. T.</i>	306
<i>Câncer da mama. Segundo relatório de resultados estatísticos. — TRUEBLOOD, D. V.</i>	306
<i>Melanoblastoma do ovário 14 anos depois de um blastoma ocular. — ORTIZ, N. CONTRERAS, SAM-MARTINO, R. e ZUCOTTI, A. S.</i>	307
<i>O A.C.T.H. no tratamento do Shock em obstetrícia. — PEIRETTI, FRANCISCO, S. e KOREMBLT, E.</i>	307
<i>Cirurgia conservadora em ginecologia. — JUAN B. A., SALABER e ROBERTO INZA.</i>	308
<i>Colicistite calculosa e gravidez. — DE LA PARRA, A. A.</i>	309

<i>Um sinal clínico de endometriose: a infiltração do paramétrio.</i> — FUNCK-BRENTANO, P., ROBERT, H. e CURTZ, V.	309
<i>Hipotálamo e hipófise.</i> — HERLANT, MARC.	310
<i>A resistência capilar no decurso da gravidez.</i> — BRET, A. J. e BARDIAUX, M.	311
<i>Tumor da hipófise e gravidez.</i> — PHILIPPIDES, D., GANDAR, R. e MONTTIEUL, B.	312
<i>Sobre os miomas dos órgãos genitais da mulher.</i> — JARVINEN, PENTI A., KINNUNEN, OLAVI e VON NUMERS, CLAEES. ..	313
<i>Um caso de endometriose do canal inguinal.</i> — ROUKKULA, MAURI	314
<i>Sobre o tratamento da menstruação anovulatória, segundo MAURIZIO.</i> PASETTO, N.	314
<i>Sobre o mecanismo de ação do pessário intrauterino no tratamento da esterilidade.</i> — QUAINI, P.	315
<i>Câncer da mama; terapêutica endócrina e cirurgia ginecológica.</i> — BRICENO, R. I.	315
<i>Secreção láctea provocada por cirurgia torácica.</i> — PARDO, I. J.	316
<i>Varicocele feminino.</i> — GARCIA-FUNCASTA e YGOMEZ, C. ...	316



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do PROF. ARNALDO DE MORAES
Travessa Frederico Pamplona, 32 — Copacabana
TEL. 57-8110
RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias:
Cr\$ 4.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre,
tumores do seio, — tratamento de moléstias de senhoras. —
Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento
dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento
da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS ESTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

P Ano XX

JUNHO DE 1955

Vol. 39-N.º 6

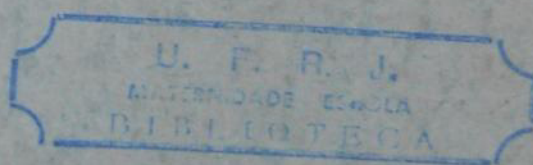
ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clinica Ginecologica 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.

ANAIIS 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 Felício dos Santos — Alípio 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 Sal-
gado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Aécio Peltier de
Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes,
Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200,00
Estrangeiro, ano Cr\$ 240,00
Número avulso, Cr\$ 20,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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 XX

Junho de 1955

Vol. 39 - N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Gravidez gemelar heterotópica (tópica e ectópica).* — PROF. ARNALDO DE MORAES e DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA 317

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

- Problemas da terapêutica do carcinoma do colo uterino.* — DR. ALÍPIO AUGUSTO 327

EDITORIAL

- Amenorreia traumática* 337

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Curso de extensão universitária sobre « Ginecologia Operatória »* 343
Curso de extensão universitária sobre « Fisiopatologia sexual feminina » 344

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Anais da Clínica Ginecológica da Fac. de Medicina da Universidade de São Paulo. Vol. V, 1952—1953* 345
Bulletin Clinique et Statistique — II Série VIIème Année, N.º 3, 1954 345

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

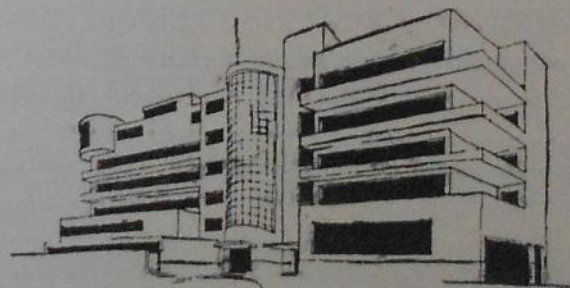
Tôdas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

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.
<i>Indicações, vantagens e técnica cirúrgica da histerectomia vaginal —</i> COUNSELLER, VIRGIL, S. e HUNT, WILLIAM	347
<i>Carcinoma do colo: resultados obtidos com a irradiação do parametrio com ouro-radio-ativo, —</i> ALLEN, WILLIARD, M., SHERMAN, ALFRED, I. e ARNESON, S. NORMAN	348
<i>Estudos comparativos da metaplasia escamosa do colo uterino e endometriometrio —</i> FLUHMANN, C. L.	349
<i>Razões da pan-histerectomia e linfadenectomia pélvica no carcinoma do corpo do útero —</i> BRUNSCHWIG, ALEXANDER e MORPHY, ARTHUR, J.	350
<i>Infestação por tricomona vaginal. Avaliação de tres técnicas diagnósticas com dados sobre a incidencia —</i> KEAN, B. H. e DAY, EMERSON	351
<i>Os compartimentos do corpo de gestantes normais edemaciadas e pre-eclâmticas —</i> SEITCHIK, JOSEPH e ALPER, CARL	351
<i>Análise gráfica do trabalho de parto —</i> FRIEDMAN, EMANUEL, S. .	352
<i>A atenuação da dor no parto, —</i> REID, C. D.	352
<i>Sinéquias traumáticas do corpo e do istmo uterino —</i> NETTER, A., LAMBERT, A. e JAMES, M.	353
<i>Sinéquias uterinas-corpóreas traumáticas, —</i> CALOMON, Y.	353
<i>Sinéquia corpórea. Valor diagnóstico da injeção do miométrio e dos vasos do decurso de histerografia, em certos casos duvidosos, —</i> MONDOR, C.	354
<i>Sinéquia uterina total não tuberculosa —</i> DALSACE, J. e ROBERT H. G.	354
<i>Sobre o tratamento de fistulas ginecológicas e obstétricas —</i> WERNER, P. e SEDERL, I.	354
<i>Modificações no decurso da peritonite pósoperatória sob a influencia dos meios antibióticos, —</i> FERKO, S. e VAISY, L.	355

<i>O que é o carcinoma da "portio" e qual é o seu melhor tratamento?</i> — MIKULICZ - RADECKY, V.	355
<i>Aspectos colposcópicos do colo uterino na primigesta e na primípara</i> — MOSSETTI, C.	356
<i>O exame cito-hormonal e a síndrome hiperfoliculinica</i> — GIUDICI, E. e VERNA, F.	357
<i>Resultados de 4 anos de descoberta da neoplasia uterina pelo método citológico</i> — GIUDICI, E. e VERNA, F.	357
<i>Reconstrução de uma cavidade uterina completamente obliterada</i> — BORKOWSKI, R.	358
<i>Organização para o diagnóstico precoce do cancer uterino e a im- portancia do diagnóstico citológico</i> — PALUCHOWA, O.	358
<i>Benefícios terapeuticos e sociais do levantar precoce após o parto</i> — PRZYGODZKI, J.	359
<i>Profilaxia contra o cancer uterino</i> — WILSKI, A.	359
<i>Indicações e resultados da androgenoterapia na mulher</i> — MURRAY, E. G.	360
<i>Hidratação maciça, resinas de intercâmbio iônico e veratrum no trata- mento da toxicose gravídica</i> — FIRPO, JORGE ROBERTO ..	361
<i>Aborto habitual secundário por insuficiência istmo-cervical</i> — IMAZ, FRANCISCO e URANGA, A.	362
<i>Doença hemolítica no primeiro filho,</i> — SLA, S., HUSTRE, L., ALVA- REZ, AUGUSTO ROMERO, MERGULIES, MIGUEL, CABELLO, JOSÉ, A. e AYALA, EDUARDO	362
<i>Revista geral da endometriose</i> — JARAMILLO, C. A.	363
<i>Cancer de mama na gravidez e lactação</i> — ABRÃO, A. SILVA NETTO, J. B. e MIRRA, A. F.	364



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do PROF. ARNALDO DE MORAES
Travessa Frederico Pamplona, 32 — Copacabana
TEL. 57-8110 — RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias:
Cr\$ 4.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre,
tumores do seio, — Tratamento de moléstias de senhoras. —
Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento
dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento
da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS ESTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

a retenção excessiva de água nas pré-eclânticas e nas gestantes edemaciadas, se dá no espaço extra-celular, não havendo evidência de recessiva retenção intra-celular de água. — *Cid Braune*.

Análise gráfica do trabalho do parto (*The graphic analysis of labor*) — FRIEDMAN, EMANUEL S. — (*Am. J. Obst. Gyn.*, 68:1568, dezembro de 1954).

As curvas obtidas pelo simples processo de representar em gráfico a dilatação cervical na função do tempo são bastantes semelhântes em sua forma geral e se assemelham às curvas sigmoides. As maiores variações aparecem na 3.^a fase representando o declive máximo.

Põe em relêvo o A. a importância da obtenção destas curvas assim como a divisão do 1.^o período do trabalho em 4 fases, que define e limita.

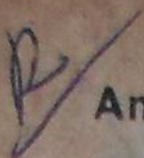
Inércia primária ou secundária são redefinidas em termos de desvio dêsse « normal ».

Lembra ainda o valor do processo, se aplicado ao estudo dos efeitos da sedação, estimulação, anestesia e progresso do parto. — *Cid Braune*.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A atenuação da dor no parto (*The Relief of Pain in Labour*) — READ, C. D. — (*West. Journ. Surg. Obst. and Gynec.*, 62:50, dezembro de 1954).

O Autor expõe o seu já bem conhecido método da sedação da dor no parto, por meio da preparação psicológica da paciente, exercícios de relaxamento, etc. O problema fundamental é o do medo que seria um sinal de degeneração da raça, pois a mulher deveria sentir satisfação, orgulho e bem estar ao preencher a sua obrigação biológica. A educação adequada da grávida, a conduta do parto por pessoal experiente, proporciona parto praticamente indolor em 90 a 95 % dos casos. Isto ficou comprovado em grande número de casos e já entrou para a rotina. A simples anestesia não resolve o problema, particularmente o lado emocional. A responsabilidade social neste sentido é enorme, pois está em jogo a preservação e saúde da raça. — *J. P. Rieper*.

 Ano XX

JULHO DE 1955

Vol. 40-N.^o 1

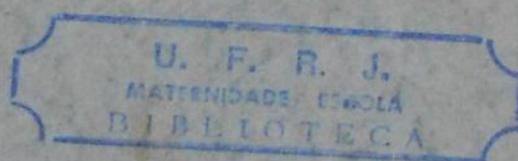

ANAIAS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clinica Ginecologica da Faculdade Nacional
de Medicina da Universidade do Brasil



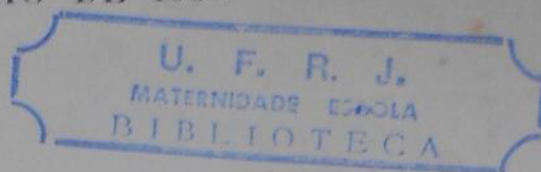
Rua Buenos Aires, 66-A — 5.^o andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de redação — Dr. ALCIDES F. MADRUGA

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felicio dos Santos — Alípio Augusto — João Paulo Rieper
— Mario Pardai — 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 Sal-
gado, 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. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200,00

Estrangeiro, ano Cr\$ 240,00

Número avulso, Cr\$ 20,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - Tel. 52-7799 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

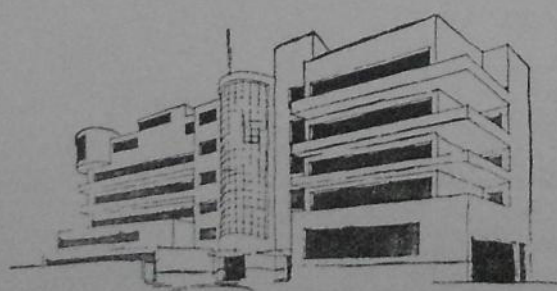
Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

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.

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS	Págs.
<i>Útero duplo rudimentar sólido com rudimento de vagina —</i> DR. ELZA ANNA PURETZ	1
EDITORIAL	
<i>Assistência ao parto</i>	25
NOTAS E COMENTÁRIOS	
† Prof. Dr. Carlos R. Cirio	33
Prêmios da Academia Nacional de Medicina	34
Curso de extensão universitária sobre "Temas de Obstetrícia e Ginecologia"	35
Curso de aperfeiçoamento obstétrico-ginecológico, na cátedra do Prof. Juan León	35
"Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Buenos Aires" ..	36
Prêmio "Armando Fajardo"	36
ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA	
<i>Ata da centésima-quadragesima-sétima sessão ordinária</i>	37
<i>Ata da centésima-quadragesima-oitava sessão ordinária</i>	38
<i>Ata da centésima-quadragesima-nona sessão ordinária</i>	39
<i>Ata da centésima-quinquagesima sessão ordinária</i>	41
<i>Ata da centésima-quinquagesima-primeira sessão ordinária</i>	42
<i>Ata da centésima-quinquagesima-segunda sessão ordinária</i>	43
<i>Ata da centésima-quinquagesima-terceira sessão ordinária</i>	43
<i>Ata da centésima-quinquagesima-quarta sessão ordinária</i>	45
RESUMOS (Ver índice próprio)	



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do Prof.
ARNALDO DE MORAES

Travessa
Frederico Pamplona, 32
Copacabana

TEL. 57-8110

RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias:
Cr\$ 4.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre,
tumores do seio. — Tratamento de moléstias de senhoras. —
Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento
dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento
da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS ESTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

EDITORIAL

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Vivemos no momento atual uma vida de inquietações e insegurança, não sabemos bem o que será o dia de amanhã. O temor de guerra, de golpes, a intranquilidade da inflação com tôdas as suas consequências têm afetado profundamente a mentalidade dos homens de hoje, conduzindo-os a estado de frênezi, ao desejo de realizar seus planos rapidamente, temerosos de que amanhã seja tarde demais.

Daí a sofreguidão, objetivando alcançar em curto prazo, a meta das suas aspirações; de realizar num abrir e fechar de olhos, projetos que, outras fossem as circunstâncias, desenvolver-se-iam dentro de longo espaço de tempo. A pressa, a sofreguidão e a rapidez, muitas vezes, colidem com a ética, com a lei, com a moral. As pessoas tomadas pela psicose aludida, pulam por cima das convenções sociais, infringem o código penal, e despresam o padrão de conduta criado pelos homens, para que pudessem viver em sociedade.

Daí os deslises, as prevaricações e os desfalques visando a formação rápida de fortunas; os golpes sórdidos, tendentes a conquistar posições de mando; atitudes proibidas no trato entre homens de bem, colimando obter vantagens... Por tôda a parte, a ânsia de proveitos, de êxito, de lucro, de vantagens, a qualquer preço, rapidamente.

Os homens estão verdadeiramente afetados de uma neurose, de estado psicológico particular, que os levam, freneticamente, a aspirar o máximo e realizá-lo com a maior brevidade possível. Vamos viver intensamente o dia de hoje! E cada qual vive à sua maneira!

Foi pela observação do panorama ora esboçado, que acho ter encontrado a explicação de condutas estranhas na assistência ao trabalho de parto. Os parteiros vivendo no mesmo ambiente que os outros homens, não poderiam fugir às influências modificadoras da mentalidade em geral. As condições

psicológicas são as mesmas em toda a comunhão social. As suas manifestações, entretanto, variam de acordo as condições de cada um, com a profissão, constituição individual, educação, religião, objetivo de vida, etc. Assim, os médicos e os parteiros são igualmente afetados na sua psicologia, sendo induzidos a atitudes passíveis de crítica.

Nos Estados Unidos, certos parteiros reúnem todas as suas clientes prestes a dar à luz e lhes provocam o parto antecipadamente, a fim de que se não vejam privados de excursões, pescarias, passeios e prazeres próprios do fim de semana. E assim aos lotes, mais ou menos numerosos, são as gestantes docilmente internadas, a fim de sofrerem a violência inaudita de um parto extemporâneo, somente para que o seu parteira goze as delícias do week-end!

Não sei mais que admirar — se a docilidade inexplicável da mulher, cuja personalidade se destaca pela educação e pelo apóio sem limites de que goza na terra americana, ou se a desfaçatez do gozador da vida, que com a desenvoltura de cow-boy, dirige o docil rebanho humano a seu bel-talante.

Ainda bem que o parteiro permanece ao lado das clientes, a fim de pessoalmente atendê-las nos diversos transe do trabalho de parto, nos acidentes que possam sobrevir, regularizando o dripping de pitocin aqui, administrando sedativos ali, dirigindo a flotilha ao porto feliz, que geralmente é alcançado sem tropeços nem dificuldades.

O parteiro só considera a sua tarefa terminada, quando o último barco lança âncora em águas tranquilas ao abrigo de acidente.

Sob o ponto de vista da técnica, esta conduta é passível de censura, em consequência de erros possíveis no cálculo da idade da gestação, podendo resultar prematuros, cuja resistência perante as condições adversas do ambiente, sendo precária, culminará na perda da vida fetal.

Censurável ainda sob o ponto de vista da ética, pois não se pode justificar tal conduta por motivo fútil, pelos âncios subalternos do parteiro, do seu conforto, comodidade, para não perder alegres week-ends.

Nessa ordem de idéias, poderíamos justificar operações cesarianas, em virtude do cansaço do parteiro, pelo fato de ter outros compromissos ou se sentir enfadado, etc., etc.

Sempre, em todas as oportunidades, a parturiente está em primeiro lugar, os seus interesses têm primazia sobre todos

os outros; jamais o parteiro deve sobrepor as suas conveniências às da sua cliente.

Na natureza, como regra geral, ninguém satisfaz as suas necessidades em momento pré-determinado; só o faz quando tem vontade. É bem verdade que no homem, a vontade de comer foi disciplinada por motivo de ordem econômica; por isso, ele se alimenta a horas certas. Em todo mundo animal e mesmo entre homens selvagens, o indivíduo se alimenta quando tem fome.

Constitue pois uma intromissão indébita, ofensa à ética, a interferência brutal do parteiro, em assunto tão delicado, que verdadeiramente escapa à esfera da sua competência, pela subalternidade de motivos justificadores de tal conduta. A parturição é coisa santa e sagrada; a intromissão do parteiro, nas condições em aprêço, constitue verdadeira profanação.

Não menos condenável, e mesmo mais condenável, é outra conduta em que o parteiro assume as responsabilidades de partos a que não assiste, deixando-o entregue aos cuidados de parteiras ou enfermeiras mais ou menos habilitadas. E assim, ouvimos dizer que Fulano fez duzentos e tantos partos em um ano, cicrano fez outro tanto!

Isto é um absurdo! Não há energia humana que resista a tal esforço. Demos de barato, que cada parto se prolongue por 10 horas; 250 partos consumiriam 2.500 horas. Diariamente o parteiro despenderia quasi sete horas de trabalho no exercício profissional!

Essa assistência, com os cuidados que despertam, as noites insomnes, a tensão nervosa acompanhante, as preocupações que suscita e a guerra de nervos que provoca, impede ao parteiro o trabalho consecutivo durante dias e dias a fio, durante o ano inteiro, dentro das supracitadas circunstâncias. Ninguém aguenta!

Só poderá fazê-lo, entregando a assistência à parteiras auxiliares — elas assistem aos partos, que evoluem sob a sua supervisão e sob a responsabilidade do parteiro. Este é chamado somente no período expulsivo, para receber o feto no ato de nascer e para justificar os proventos a serem recebidos pelo profissional. Na verdade, porém, o parto não foi por ele assistido, a sua presença só se efetivou no período expulsivo; assim mesmo, por vezes, nem tal acontece, ele chega tarde, a expulsão foi rápida e nem dêsse fim de drama, teve ele ocasião de participar. O parto percorreu tôdas as suas etapas, de começo ao fim, sem a sua presença e sob a sua solidante responsabilidade.

Responsabilidade de que? Responsabilidade de acidentes que poderiam sobrevir no decurso do trabalho. Mesmo de uma alça de cordão que se insinuasse entre a cabeça e cintura pélvica, ocasionando a morte do feto?

Qual a responsabilidade, que o parteiro pode assumir em caso de morte por esta causa? Responsabilidade só de palavras! Responsabilidade que não vale coisa alguma! Ninguém poderá restituir a vida que desertou! Nem consolar a mãe que perdeu o filho! O médico, se estivesse presente, poderia empregar recursos salvadores, cujo êxito dependeria sobretudo, da precocidade com que tivesse sido posto em prática. O recurso tardio, geralmente é ineficaz... E lá se foi uma vida...

E tal se verifica sendo a parteira, a melhor do mundo! E quando, embora competente, não é a melhor do mundo? Então, sofrimentos incipientes do feto e da parturiente podem passar despercebidos, assim como distensões do segmento inferior do útero, etc. Quando o acidente se impuzer à sua observação, por vezes a sua gravidade já é grande demais e o seu tratamento pode não alcançar sucesso, e então o feto morre ou o útero se rompe...

E quando o médico ausente não é encontrado, a despeito de apêlos desesperados da parteira e de todas as pessoas da família? Tal acontece ao sobrevirem crises de eclâmpsia, de descolamento de placenta normo-inserida, de hemorragias, síncope e outros acidentes graves! O caso não seria melhormente cuidado e a paciente melhormente tratada, se o parteiro estivesse ao seu lado, como é da sua obrigação?

Bem sabemos que o médico não é divino e que muitos acidentes evoluem no sentido desfavorável, a despeito da sua presença e de todos os recursos mobilizados para conjurá-los. Mas a sua presença oportuna não constitui no mínimo, um conforto moral?

A paciente e a família sentem e presenciam o desdobramento das atividades tendentes a dominar as incertezas do quadro clínico. O parteiro não tem o direito de transferir à parteira, toda a soma de confiança, que a parturiente e a sua família lhe haviam outorgado, por maiores que sejam os méritos da sua auxiliar.

Em casos de mortes fetais e mais raramente de morte materna, como justificará o médico, perante si mesmo, a ocorrência fatal? Para com a cliente ou a sua família, a inteligência do profissional arrancará da credulidade de ambos, o crédito de confiança, pelo qual tanto anseia. Mas perante si mesmo, o apaziguamento da consciência será muito mais difícil de alcançar!

Assim pois, não há dúvida alguma, o parteiro deve assistir pessoalmente todo o trabalho e ao parto propriamente dito. Deve examinar a sua cliente ao se iniciar a parturição, ainda quando a assistência pré-natal, por elle desenvolvida, nenhuma anormalidade tenha revelado. Os dados colhidos neste exame, decidirão da sua conduta. Constitue dever o permanecer junto à cliente, se a dilatação se encontrar adiantada — 4 a 5 cms. — e as contrações uterinas fôrem satisfatórias.

O colo ainda incompletamente desaparecido, a dilatação incipiente, dores fracas e espaçadas permitem o ausentar do parteiro. Visitas ultteriores dirão do momento em que efetivará a sua assistência.

Tôda intervenção obstétrica deve ter indicação científica perfeitamente justificada. É sòmente na defesa dos superiores interêsses fetais e maternos, ameaçados por perigo atual ou remoto, que o parteiro se sente autorizado a terminar o parto, executando operações obstétricas. O perigo atual é constituído pelo que denominamos de sofrimento materno ou fetal. Neste particular, a doutrina se acha perfeitamente firmada. Os sinais denunciadores daquêle estado são facilmente percebidos e a operação vem retirar um ou ambos os elementos do binômio, da situação periclitante em que se encontram. O mesmo não acontece porém, quando o perigo é simplesmente potencial, quando não se sabe ainda de maneira formal, a direção a ser tomada pelo evolvimento do caso, quando este se encontra ainda em observação.

A resolução de intervir será mais cêdo ou mais tarde, variará de acôrdo com diversas circunstâncias, e terá lugar quando o parteiro se convencer da inanidade da espera, que esta atitude é vã, improfícua e a procrastinação inevitavelmente conduzirá à lesão de uma ou de ambas as partes, diretamente interessadas no caso. A operação retardada não terá êxito tão perfeito, como outra realizada antes do sofrimento.

As causas que aceleram ou retardam o momento da decisão são as mais variadas. Em primeiro lugar temos a cultura e a experiência do profissinal. A cultura é a experiência e a prática de outros, bebidas através dos livros e escritos. O parteiro precisa ser culto e experimentado, precisa conhecer o seu ofício, precisa saber esperar, pois o tempo resolve muitas e muitas dificuldades, de maneira mais feliz do que intervenções intempestivas. Daí, o sucesso das « curiosas », que se servem da expectação, como único recurso na assistência — expectação cêga, surda e contemplativa. Não é esta a expectação que recomendamos, mas sim, uma outra, ciente e consciente; em que o parteiro assenhoreando-se da situação

real do caso, acompanha inteligentemente o seu desenvolvimento, como quem vira as páginas de um livro, no curso de uma leitura. Quem não souber esperar, quem não souber disciplinar as suas emoções, não poderá ser bom parteiro.

São a experiência e o saber que, em dado momento, pela observação de pequenos sinais, filigranas, induzem o parteiro a intervir, convencido como fica, de que está se aproximando o momento crítico. E então, resolve terminar o parto.

Naturalmente, o feitio constitucional do médico tem efeito decisivo em relação ao momento de ser alcançado pela crise da decisão. Uns são muito apressados, e a viragem é mais precoce; outros não o são tanto, e a viragem é mais tardia. A experiência, entretanto, pode corrigir a tendência constitucional, encontrando um justo meio termo, de forma a decisão ser tomada no momento exato.

A precipitação leva à intervenções intempestivas, sem indicação, prejudiciais, em casos que poderiam ser resolvidos com felicidade, pela simples expectação. A atitude oposta, de espera demasiada, de displicência, que descamba para a negligência, é tanto condenável como a precipitação, pois deixa passar a melhor oportunidade para a intervenção. E todos sabem que a oportunidade só tem um fio de cabelo e jamais se oferece mais de uma vez! FERNANDO MAGALHÃES, em um dos seus escritos, trata deste assunto com o brilhantismo que imprimia a tudo quanto produzia.

A cultura nos ensina também, como resolver da melhor maneira, certos problemas clínicos, sem hesitações; de sorte que ao defrontá-los na rotina, o parteiro aplica a fórmula ditada pela experiência dos seus predecessores.

Outra causa que pesa na decisão é o medo. Medo da protelação e dos acidentes resultantes, os quais poderiam comprometer a parturiente ou o seu filho. Antes que tal aconteça, cortam o mal pela raiz. A prova de que assim é, temos o fato das intervenções serem mais numerosas na clínica civil do que na hospitalar.

O profissional sente que ali, a sua responsabilidade é maior, que o insucesso pode afetar o seu bom nome e reputação, que são a coisa mais preciosa da sua carreira; objeto que ele procura resguardar com todas as forças, energia e carinho. No hospital, o insucesso não é retumbante, a paciente é anônima, a assistência é um tanto impessoal, a responsabilidade é principalmente do hospital. Nestas circunstâncias, o medo é menor. O parteiro raciocina com mais calma, torna-se mais paciente.

Aqui, somente a repetição de insucesso pode lhe afetar a reputação, quando os fatos arguidos ultrapassam o círculo aca-nhado do hospital e chegam ao conhecimento do público.

A cultura e a experiência são os fatores que destroem o medo e outorgam ao profissional a segurança da respectiva atuação, a certeza de que esperando mais, nenhum prejuízo causará. Aguardará tranquilo, a resolução espontânea do im-passe, onde outros somente pela intervenção teriam atingido a meta.

De maneira alguma, condições colaterais do parteiro, re-lacionadas com o enfado, cansaço, pressa para atender outros negócios ou outros clientes, devem pesar na balança das de-cisões.

Deante do caso clínico, êle deve levar em consideração, somente as supremas conveniências da parturiente e do seu filho, entregues aos seus cuidados e experiência. O resto pouco importa; será relegado para plano secundário.

Os deveres para com o caso clínico têm primasia abso-luta; o parteiro deve esquecer-se de si mesmo e de circuns-tâncias estranhas e ter os olhos e o pensamento voltados exclusivamente para o objetivo supremo.

Seria absurdo praticar qualquer operação obstétrica, sô-mente porque o parto estivesse evoluindo lentamente ou outra cliente estivesse necessitada da sua assistência, ou porque de-vesse comparecer a reunião mundana, ou partir em excursão recreativa para Petrópolis ou Cabo Frio.

Estas circunstâncias subalternas, de forma alguma, devem influenciar a decisão; o parteiro deve ser imune em relação a essas causas extra-obstétricas.

É também inadmissível que, por economia, para encur-tar o tempo de asilamento de gestantes desamparadas; e também por motivo de ordem social, em se tratando de mãe de família numerosa ou de estabilidade matrimonial precária, cujo afastamento do lar seria prejudicial — se lhes façam a interrupção da gravidez. Se fôrmos assim alargando as indi-cações da interrupção, não sabemos onde iremos parar.

A legislação social dos países civilizados outorga às ges-tantes, um período de repouso de 45 a 60 dias, antes do parto, justamente para permitir que a gravidez atinja ao termo do seu desenvolvimento. A gestante é então subtraída às causas que poderiam abreviar o seu desenvolvimento, tais como estação em pé prolongada, carregar peso, permanência em meio tripidante, etc., etc. São recursos destinados a prevenir

a prematuridade, a reduzir a mortalidade néo-natal, cujo fator mais importante é constituído pelos fétos que não alcançaram total desenvolvimento intra-uterino. Como, pois, iremos correr os riscos, de fazer vir ao mundo, um feto, cuja idade intra-uterina não podemos perfeitamente calcular?

A interrupção constitui economia, defesa e amparo mal compreendidos — pode resultar na morte do feto. Que diremos das intervenções praticadas por motivos inconfessáveis para auferir proventos? É conduta monstruosa, para cuja estigmatização não se encontram expressões suficientemente fortes.

Estamos porém, discorrendo sobre assunto de ética, fazendo reparos sobre atitudes, que podem resultar de má interpretação das boas normas de conduta dos parteiros; supomos que aqueles que atuam da maneira censurável, o façam de boa fé, por certa incompreensão. Não cogitamos, porém, da conduta criminosa perante a moral e perante as leis: essa não merece comentários.

CLOVIS CORRÊA

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Raqui-anestesia com cloreto de piridocaina em partos vaginais e cesários</i> — GREENE, B. E. e GOLDSMITH, M.	47
<i>Incisão abdominal transversa baixa com desinserção dos retos do pube</i> — CHERNEY, L. S.	47
<i>Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica</i> — LIU, W. e MEIGS, J. V.	48
<i>Novas observações sobre o uso do Pitocin endovenoso em obstetrícia</i> — STONE, M. L., M. S. GORDON e C. E. FALSOME	49
<i>Diagnóstico e tratamento da função da cortex suprarrenal</i> — CAIDLAW, C. J. e NUSIMOVICH, B.	50
<i>Indicações e seleção de substâncias androgênicas no tratamento da dismenorréia</i> — NOGUES, A. GUIXA, H. e OTTURI, I.	51
<i>Coriocarcinoma tratado com uretano</i> — DI PAOLA G., LOPEZ BIEL e OPEN SUMERAY	51
<i>Investigação da ação anticancerosa dos corantes nos organismos tecidos e células</i> — PARDINAS, R.	52
<i>Menometrorragias e perturbações das funções vaso-angüneas da hemostasia</i> — AIMES, A. e IZARN, P.	52
<i>Sinfise endo-uterina tuberculosa: uma síndrome anátomo-clínica e radiológica característica</i> — NETTER, A. MUSSET, R. LAMBERT, A. SALOMON, Y. e MONTBAZET, G.	54
<i>Sobre diferenças na histogênese do carcinoma do colo e dos graus de malignidade reconhecíveis nesta base</i> — LAX, H.	54
<i>As eliminações de substâncias cortisona-simile durante ciclo, parto e puerpério</i> — MANNHERZ, H. K. JUCHEM, H. K. e PAUL, H.	56
<i>Sobre o comportamento do estroma da mucosa na hiperplasia glandular cística</i> — ECKERT, J.	57
<i>Sobre a taxa de progesterona do sangue na circulação uterina e fetal da mulher grávida</i> — HOFFMANN, F. e UHDE, G.	58
<i>Achados placentários nas gestoses tardias e sua rubricação etiológica</i> — THOMSEN, K.	59

<i>Achados relativos ao metabolismo do epitélio do colo e do carcinoma o colo</i> — NEGELEIN, E. e ESCHBACH, W.	59
<i>Arteriografia pélvica como recurso diagnóstico em casos de gravidez tó- pica inicial e gravidez tubária</i> — RELL, U., FERNSTHOEM, I. e WESTMANN, A.	60
<i>Considerações sobre o valor comparativo entre os esfregaços vaginais cito- hormonais e a biópsia do endométrio</i> — CONSTANTINO, D. e GIORGIO, G.	61
<i>Estudo clínico da dor na região lombo-sacra</i> — USANDIZAGA, M.	62
<i>Diagnóstico radiológico em obstetrícia</i> — CAMPBELL, J. A.	62
<i>Contribuição ao estudo anátomo-patológico dos tumores de Brenner</i> — PEREZ LISTA, M.	63
<i>Tratamento da esterilidade feminina pelas injeções intra-tubárias da hialuronidase associada aos antibióticos</i> — ROLLET DU COUDRAY	64
<i>Enxerto de cartilagem no tratamento do prolapso genital</i> — D. GALLO	64

Fim altruístico

EM SUA ORIGEM o seguro é produto de uma virtude moral — a previdência; o segurado prevê para não fazer apêlo à piedade e recorrer à caridade, aceitando um sacrifício imediato em consideração a uma vantagem futura. E, sobretudo no seguro de vida, seu fim é altruista, inspiran- do-se na mais nobre afeição ou no mais puro inte- resse de ordem moral.

(Hémard)



SUL AMERICA

Companhia Nacional de Seguros de Vida

Capital: Cr\$ 100.000.000,00 (realizado)

Reservas até 31 de dezembro de 1953:

Cr\$ 1.913.699.835,10

Caixa Postal 971

Rio de Janeiro

RESUMOS

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

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Raqui-anestesia com cloreto de piridocaína em partos vaginais e cesários (*Spinal analgesia with piridocaine hydrochloride for cesarean and vaginal deliveries*) — GREENE, B. E. e GOLDSMITH, M. — (*Surg., Gynec., & Obst.*, 100:88, janeiro de 1955).

Os AA., baseados em sua francamente satisfatória experiência com o uso do cloreto de piridocaína como agente anestésico em 3.400 partos vaginais e 225 cesáreos, recomendam o seu uso rotineiro na clínica.

Empregam-no na dose de 25 a 30 mg. em glicose a 5 ou 10 %, com efedrina ou adrenalina nos casos indicados, em injeções sub-aracnoides e em dose única.

Esta técnica, segundo os AA., promove rápida e eficientemente analgesia e relaxamento muscular pélvico, permitindo, no entanto, a conservação de um grau significativo de controle muscular da área tóraco-lombar, útil na obstetrícia. — C. A. Zanotta.

THE JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Incisão abdominal transversa baixa com desincervação dos retos do pube (*Transverse low abdominal incision with detachment of the recti from the pubis*) — CHERNEY, L. S. — (*J. A. M. A.*, 157:23, janeiro de 1955).

O A. após rever o histórico das laparotomias transversas, apresenta a técnica da incisão por ele adotada, ilustrada com seis desenhos, recomendando especialmente que a secção dos retos seja feita exatamente na sua inserção, e que, no fecha-

e que são observados em cortes na periferia do carcinoma invasivo.

Em estudos muito bem documentados mostra ainda a fusão de proliferações epiteliais na profundidade com sufocação das lâminas conjuntivas de separação. A maior malignidade das partes profundas do carcinoma incipiente é demonstrado por uma figura que mostra a penetração de uma destas papilas profundas para dentro do carcinoma grau 0 superficial.

Conclue-se que é possível avaliar pela histologia a força invasiva de um epitélio carcinomatoso pelo seu aspecto particular em conjunto com seu comportamento frente ao tecido conjuntivo.

Acha o autor que pode demonstrar em uma série de aspectos morfológicos um aumento progressivo das potências de malignidade de geração em geração, precedendo os critérios usuais do diagnóstico do carcinoma. Esta evolução pode ser muito lenta. Em geral conserva o processo seu caráter evolutivo, por ex. aquêle de malignidade reduzida desenvolverá mais localmente, de crescimento organoide com aumento da substância epitelial é possível uma mudança de caráter do carcinoma com aumento repentino de novas qualidades de malignidade.

O trabalho é acompanhado por numerosas microfotografias convincentes e tecnicamente perfeitas impressionando particularmente a demonstração das « fibras em grade » segundo a técnica de Tibor Pap. A leitura do artigo dá a impressão de que a histologia pode ainda contribuir muito para o esclarecimento dos fenômenos do carcinoma do colo.
— J. P. Rieper.

As eliminações de substâncias cortisona-simile durante ciclo, parto e puerpério (*Die Ausscheidungen cortison-ähnlicher Substanzen während Cyclus, Geburt und Wochenbett*) — MANNHERZ, H. K., JUCHEM, H. K. und PAUL, R. — (*Arch. f. Gyn.*, 185:441, 1955).

Baseando-se nas relações de parentesco entre os gônadas femininas e a córtice suprarrenal, de natureza embriológica, histológica e química, estudaram os Autores a eliminação de corticóides livres na urina em relação ao ciclo. Foi usado o método de Schreier, Kadelis e Zaerska que somente abrange uma parte da função da córtice suprarrenal, porém é suficiente para fins clínicos, tendo a vantagem, pela sua especialidade, de demonstrar com nitidez o « stress » no organismo.

Em 11 mulheres normais com 182 exames foram encontrados valores médios de 83.87 gama com o máximo de eliminação durante a menstruação.

Em 10 parturientes e puérperas normais verificou-se eliminação acentuada dos corticóides na urina no dia do parto, com o valor médio de 292 gama, diminuindo rapidamente no segundo e terceiro dia do puerpério, ficando nos dias subsequentes abaixo dos valores normais, com uma média de cerca 50 gama.

O método atinge os 11 — oxicorticoesteróides mais importantes e ativos, concordando os resultados com os valores obtidos pelos métodos biológicos.

Não foi possível evidenciar relações diretas entre função ovariana e eliminação de hormônios da córtice suprarrenal. Todas as variações mais significativas de eliminação de corticóides durante ciclo, parto e puerpério parecem ser mais a consequência do « stress ». — J. P. Rieper.

Sôbre o comportamento do estroma da mucosa na hiperplasia glandular cística (*Ueber das Verhalten des Schleimhautstromas bei der glandulär-cystischen Hyperplasie*) — ECKERT, J. — (*Arch. f. Gyn.*, 185:452, 1955).

O Autor estuda o sistema fibrilar, as chamadas fibras do retículo do estroma do endométrio em 97 casos de hiperplasia glandular cística do endométrio.

Confirma o comportamento destas fibras nas várias fases do ciclo, conforme foi descrito por Staemmler. A desintegração das fibras pré-colágenas é condição fundamental para a menstruação normal.

Havendo disfunção hormonal também haverá orientação irregular das fibras com distúrbios no desabamento da mucosa e sangramentos irregulares correspondentes.

Na hiperplasia glandular cística, com sua predominância estrogênica observa-se aumento numérico e em espessura nas fibras do retículo que também são fortemente entrelaçadas e onduladas. Este quadro explicaria a dificuldade de desprendimento da mucosa. A ausência absoluta de fibras colágenas na hiperplasia glandular cística pode diferenciá-la de outras alterações do endométrio. A evidenciação das fibras argentófilas do retículo representa uma facilidade para o diagnóstico da hiperplasia glandular cística do endométrio, particularmente do grau III segundo a classificação de Runge.

Baseado nas experiências do Autor deve separar-se a hiperplasia glandular da hiperplasia glandular cística propriamente dita. Não representa a primeira um estado de transição para segunda.

O estroma, no decorrer da idade é constituído por células cada vez menores, com exceção de certos processos locais de regressão.

**EM SETEMBRO PRÓXIMO
NÚMERO COMEMORATIVO DO XXX.º ANIVERSÁRIO DA
COLPOSCOPIA
EM HOMENAGEM AO PROF. DR. HANS HINSELMANN
(1925 - 1955)**

Ano XX

AGOSTO DE 1955

Vol. 40-N.º 2

ANAIAS 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

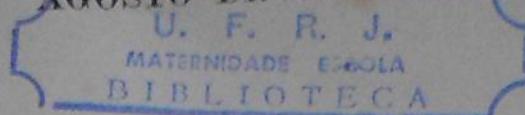
Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.

Ano XX

AGOSTO DE 1955

Vol. 40 — N.º 2



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de redação — Dr. ALCIDES F. MADRUGA

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felicio dos Santos — Alípio 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 Sal-
gado, 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

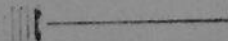
Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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 XX

Agosto de 1955

Vol. 40 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Sistematização das técnicas de dosagens hormonais no Instituto de Ginecologia (U.B.)* — DR. ADRIANO CRUZ FERREIRA, DR. SERGIO COELHO GOMES e DRA. CLEA DA COSTA PINTO 65

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

- Alguns aspectos marcantes da evolução obstétrica no Brasil.* — DR. EDUARDO MARTINS PASSOS 83

EDITORIAL

- As enxaquecas juxta-menstruais* 93

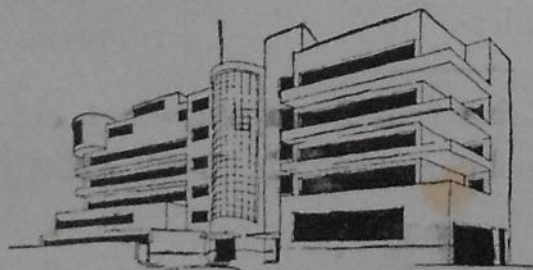
NOTAS E COMENTÁRIOS

- Visita do Professor Bernhard Zondek* 97
A nova "Maternidade de São Paulo" 99

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- La Obstetricia en Venezuela, Ensayo Histórico* — DRS. PEDRO A. GUTIERREZ ALFARO e RICARDO ARCHILA 103
Gynécologie, Traité pour étudiants et praticiens — NICOLAS C. LOUROS 103
Virosis materna y malformaciones fetales, el problema del aborto provocado — JUAN LIVIO MARTINI 105
Da flebografia na síndrome trombo-embólica puerperal — JOSÉ CARLOS PEREIRA DE SAMPAIO 105

RESUMOS (Ver índice próprio)



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do Prof.
ARNALDO DE MORAES

Travessa
Frederico Pamplona, 32
Copacabana

TEL. 57-8110

RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias: Cr\$ 4.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre, tumores do seio, — Tratamento de moléstias de senhoras. — Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS ESTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

ALGUNS ASPECTOS MARCANTES DA EVOLUÇÃO OBSTÉTRICA NO BRASIL (*)

DR. EDUARDO MARTINS PASSOS

Diretor da Maternidade de São Paulo

Ao inaugurarmos esta série de conferências tocoginecológicas, no justo momento em que entregamos ao Brasil a sua mais atualizada e monumental Maternidade, pareceu-nos oportuno prestar uma homenagem aos fatos históricos, à luta e às glórias dos mestres do passado.

Revivendo a história da obstetrícia em nossa terra, o que se nos afigura mais expressivo é a conquista progressiva do saber, é a vitória da experiência e do conhecimento sobre o empirismo de uma época. Naturalmente esse é o resultado obtido pelos povos que caminham e progridem. Entretanto, aqui como alhures, sobre a contribuição de determinados homens, que em geral se encontram bem acima da média dos demais, é que a ciência avança, alargando as cidadelas da cultura.

Sabemos, contudo, que para as realizações destes eleitos concorrem os trabalhos de muitos, às vezes bastante modestos, mas que, em suma, constituem também marcos nesta infinita estrada dos conhecimentos. E se, por vezes, no decorrer destas páginas uma irreverência ou outra se apresenta, representa apenas o resultado de uma época examinando outra... Teremos sempre que ser cautelosos com a verdade científica, pois com frequência temos em nossas mãos unicamente o que se pensa ser verdade em determinado instante. Este será o espírito com que procuraremos reviver algumas páginas da evolução da arte obstétrica, através dos tempos, em nossa terra.

A medicina brasileira teve como era natural as suas raízes embebidas na medicina portuguesa, medicina esta que na fase da nossa descoberta gozava de renome universal, embora sob a forma empírica bastante peculiar àquela época.

Pobre de conhecimentos necessários a determinados princípios já vigentes então, sobretudo os referentes à anatomia e fisiologia quando queria beneficiar a coletividade involun-

(*) Conferência inaugural da « Maternidade de S. Paulo », em 8 de maio de 1955.

tariamente a sacrificava, pois girava quase que apenas entre os polos do sangrar e do purgar.

Delimitada, assim, representava um campo fértil, um terreno fácil, um convite franco e sumamente liberal a esta raça tão prolífera e ousada e, infelizmente, tão contraditória através das idades — a temível raça dos charlatões. E se alguns por falta de recursos e excesso de ignorância pouco realizavam já outros mais ousados, mais loucos do que médicos, no pleno fastígio da inconsciência, desmoralizavam a profissão, retardando mesmo a natural evolução da ciência médica. Foi, sem dúvida, o ponto alto dos boticários e apogeu dos mesinheiros, o zenith dos sangradores.

A fim de pôr um paradeiro a tal estado de cousas, FELIPE III, em 1608, proibiu aos físicos-móres darem licença ao exercício da profissão a estes curiosos. Isto se passava na Córte. O que aconteceria pelas colônias em período onde o povoamento se fazia com grande número de pessoas em ajuste de contas com a justiça? É fácil de se aquilatar.

A arte tocológica estava quase inteiramente entregue às mulheres, só nos casos difíceis havia a participação dos médicos. Algo ainda remanesce em nossos dias deste velho hábito... E muito para isso contribuiu o conceito de ser na especialidade contraindicada a participação do homem. A primeira contribuição à arte foi de PEDRO JULIO, seguindo-se a de FERNANDO CARDOZO (1632) com a sua exquisita monografia em que interrogava se o parto de 13 ou 14 meses era normal. E aqui nos ocorre a hipótese da necessidade de justificar-se como fruto seródio uma gestação maliciosamente prolongada...

No século XVI consta que o primeiro representante da arte obstétrica a aportar a estas plagas foi o astrólogo Mestre JOÃO EMENELAU, Cirurgião Efetivo da frota de Cabral por ocasião da descoberta do Brasil. Tinha a profissão médica e a função de astrólogo além de alguns pendores para o exercício da arte obstétrica e dado o seu natural conhecimento dos astros a exerceu certamente no mundo da lua dentro dos meses lunares...

Por volta do início do século XVIII, em Portugal, já se observava uma situação próspera da especialidade, pois, encontramos certos especialistas como JOSÉ ANTONIO COUTO, com curso de aperfeiçoamento no exterior, na Clínica de MATHIAS SEXTROP (1740-1800), a dar o primeiro curso oficial em sua terra natal.

Em 1779 o livro de LEBAS já era lido em Coimbra, já trazia a idéia básica do futuro do ensino da arte que deveria ser feita em instalações hospitalares. Era o reflexo da vitória alcançada pelos especialistas franceses que vinham então pene-

trando na orientação certa. Era a vitória masculina sobre a feminina no desempenho da arte. Era o repúdio ao pudor natural da mulher e a derrubada das barreiras da rotina que impedia o exercício da arte pelos homens. Foi o fulcro do ensino e da evolução e da assistência correta e lógica à mulher grávida.

E foi, possivelmente, por essa época, e num meio algo evoluído, que se formaram os primeiros especialistas que aqui vieram. D. JOÃO VI, embora não trouxesse bagagens reais de grande valia, trouxe-nos contudo homens de alto valôr e a êle se deve, indiscutivelmente, o início do ensino médico no Brasil, tendo como centros iniciais a Baía e o Rio de Janeiro. Como membro proeminente da caravana de D. JOÃO VI no ensino médico no Brasil salientou-se JOSÉ CORRÊA PICANÇO que fixando-se na Baía, foi o inspirador e realizador das idéias do Rei em favor da medicina no país. Foi, também, o orientador da arte, cabendo-lhe mesmo o direito de conceder licença às parteiras e o usava sem preconceitos, pois, em 1816, dava-a a uma preta para exercer a arte em todos os domínios e senhorias de Portugal.

Ligam-se, também, à história obstétrica em nossa terra, no cenário baiano, os seguintes nomes em anos diversos: 1808, MANOEL JOSÉ ESTRELLA, 1814, MANOEL SILVEIRA RODRIGUES, 1826, ANTONIO TORQUATO PIRES DE FIGUEIREDO, 1829, MARCELINO GESTEIRA, 1855, MATHIAS MOREIRA SAMPAIO. Em 1875, por transferência de cátedra, encontramos ali ADRIANO ALVES DE LIMA GORDILHO — Barão de Itapoan — consumado obstetra, culto e hábil inspirador de várias teses, não publicando, entretanto, artigos especializados. Em 1885, de acôrdo com regulamento, houve um concurso em que tomaram parte, entre outros, CLIMÉRIO DE OLIVEIRA e ANTONIO RODRIGUES LIMA, êste tendo sido espoliado, embora classificado em primeiro lugar. Apesar de tudo, CLIMÉRIO DE OLIVEIRA era uma figura elegante, palavra fácil, tendo dado ao magistério o brilho de sua inteligência, contudo não operava em virtude de tics nervosos. Construiu uma Maternidade que traz o seu nome. Succedido por MENANDES DOS REIS, ponde ter a satisfação de vêr colocado, como substituto da cadeira que ocupára, o seu filho ALMIR DE OLIVEIRA, que a exerceu até meados de 1949, sem o brilho dos seus antecessores.

A Escola Obstétrica Baiana trouxe pequena produção científica à arte. Sente-se nela a atração das musas, preponderando sobre os encantos frios de Minerva.

Em 1808, no Hospital Militar do Rio de Janeiro, JOAQUIM DA ROCHA MAZAREM, que também fazia parte do corpo de intelectuais trazidos por D. JOÃO VI, foi o primeiro

professor de cirurgia e obstetrícia, exercendo a cátedra até 1813. Escreveu algo valorizando a especialidade e constituindo-se, assim, o seu primeiro artífice.

Em 1818 a 1822 ao luso JERONYMO ALVES MOURA foi atribuída a primeira cesária, tendo publicado vários artigos sobre a arte. Seguem-se os nomes de (1821) AMARO BAPTISTA PEREIRA, em 1823 segue-se MANOEL SILVEIRA RODRIGUES e (1826) JOAQUIM JOSÉ DE CARVALHO que exerceu o magistério em ambas as cátedras — Ginecologia e Obstetrícia — cátedras essas que depois foram separadas e novamente unidas, novamente separadas e novamente unidas e separadas, como agora também tenta-se uni-las em nosso meio, mas que acreditamos seja uma união temporária, de acôrdo com a experiência histórica e com a incompatibilidade inata.

Pois se não nos é possível ensinar todos os ramos da medicina em conjunto, não nos será possível unir, para efeito de ordem didática duas especialidades das quais uma só, de per si, traz uma parte bem avantajada de cada uma das disciplinas do curso médico.

É preciso que cada uma se mantenha dentro dos seus limites, não pretendendo invadir seara alheia, mórmente se analisarmos o espírito congênitamente intervencionista da ciência ginecológica.

Embora reconheçamos entre ambas, pontos de contacto, mais ou menos íntimos, comuns às duas especialidades, não nos é possível aceitar essa união, pois que, se assim agíssemos, seríamos obrigados por coerência a fazer ensino em bloco de todos os ramos da Medicina. Esta orientação, além de impraticável, torna-se hodiernamente impossível, dado o grande desenvolvimento da medicina em geral, que em última análise, inclue tóda a obstetrícia normal ou patológica. Assim, a bem do ensino e da própria ciência toco-ginecológica, é de tóda a conveniência que ambas continuem dependentes em seus pontos de união e independentes em outros setôres, embora caminhando a passos paralelos.

E, quando algum ginecologista quizer se tornar parteiro, que o faça em etapas sucessivas, dentro de um serviço especializado, em busca de uma perfeita mentalidade obstétrica.

A mesma orientação deverá adotar o parteiro que se queira dedicar à ginecologia. Caso contrário, só observaremos prejuízos para os dois ramos: — parteiros escrevendo raramente sobre ginecologia e ginecologistas empobrecendo a literatura obstétrica.

**

A Lei de 3 de Outubro de 1832 transformou a Academia Médico-Cirúrgica em Faculdade de Medicina, determinando o govêrno, em 1833, a abertura de concurso para a Cadeira.

esquecendo compromissos já assumidos (com CAMBUCY DO VALE) na cadeira de partos, moléstias das senhoras pejudas e paridas e dos meninos recém-nascidos. Disputaram a cadeira três candidatos, a saber: — FRANCISCO JULIO XAVIER, JOSÉ MAURICIO NUNES GARCIA e JOSÉ CARDOSO DE ME-NEZES. Foi classificado GARCIA, mas nomeado XAVIER por ser filho de médico da Câmara Imperial. Vemos que a filiação não traz desvantagens aos rebentos... Era culto, inteligente, atilado, com palavra rica e sonora. Foi admirado pelos concorrentes da época e o seu valôr clínico consagrado pela vasta clientela que possuía. Sua tese de concurso era algo original ao mesmo tempo que ligeiramente extravagante: — « Cuidados e socorros que devem prestar aos meninos na ocasião do nascimento » — expondo conceitos e conselhos desconcertantes como a cura da oftalmia pelo afastamento da criança da luz solar; a morte aparente causada pela anemia; e aconselhando para a reanimação fetal colocar-se papel queimado no ânus do recém-nato, vinagre nas narinas, tubo faríngeo e descargas elétricas galvânicas, etc...

Em 1850, DOMINGOS MARINHO DE AZEVEDO AMERICANO ocupou a cátedra por seis meses, não apresentando os necessários conhecimentos para a investidura. Em 1851, temos LUIZ DA CUNHA FEIJÓ, Visconde de Santa Isabel, que mais se fazia notar pelo brilho das suas comendas do que pelo valôr dos seus ensinamentos.

Preferia talvez ser mais visconde do que mestre... Foi um brilhante repetidor de compêndios, salientando-se por ter sido o primeiro a combater a anestesia no parto normal, temeroso certamente do castigo bíblico...

Couba a RODRIGUES DE BIVAR aplicar a anestesia no parto em 1848.

FEIJÓ PAE, como era chamado o visconde, pouco escreveu. Em Setembro de 1848 publicou uma monografia sobre ruptura do útero e descreveu um tipo pélvico desconhecido pelos autores estrangeiros e daí a constante citação do seu nome. Praticou uma cesária em 1855 que consta ser a primeira feita entre nós, aliás fato que traz certa incerteza, porque dizem que outra fôra feita anteriormente em Pernambuco.

A segunda foi feita por SYBERT talvez o precursor entre nós da demagogia clínica, num caso sensacional na Capital Federal, vindo a ter até grande repercussão na imprensa leiga.

Em 1854, a reforma do ensino foi notável para a arte obstétrica no Brasil. Entretanto, algum tempo depois, em 1861, e em determinada época, a congregação da Faculdade cancelou o ensino da cadeira de clínica obstétrica, atribuindo-se o fato a um grave acidente havido entre estudantes e a mesa

administrativa da Santa Casa, no local das aulas. E, assim, durante vários anos, até 1864, saíam os médicos diplomados pela Faculdade sem noções de obstetrícia, ocasionando evidentes prejuízos ao desenvolvimento da arte no nosso meio.

Após concurso, FEIJÓ FILHO tomou posse da cadeira de Obstetrícia, em Novembro de 1873, retendo-se até 1911, quando foi posto em disponibilidade. As suas aulas eram imutáveis, dava o curso na velha sala da Secretaria da Misericórdia. Em 1881, após um descanso forçado pelo desentendimento com a Irmandade da Misericórdia, recomeçou as suas rotinadas palestras na Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda. Deixou apenas escrita a sua tese de concurso. Talvez essa improdutividade posterior se prenda ao trabalho exaustivo de sua tese inicial...

Ao ser reformado obteve o título de Professor ordinário ao qual se referia com desdém e ironia. Em 1883 novo concurso com a nomeação de ERICO COELHO, que após alguns anos negativos de cátedra passou a cadeira, por força de Lei, a AUGUSTO BRANDÃO, vindo este a sofrer a clássica política dos grupos dominantes (antigos assistentes de Erico Coelho), como ainda hoje acontece e, dêsse modo, nada podendo realizar.

Surge, então, em 1911, FERNANDO MAGALHÃES, nomeado Professor extraordinário de Clínica Obstétrica.

Em 1918, deslocou-se a cátedra para a Maternidade das Laranjeiras, fundada por ANTONIO RODRIGUES LIMA, festejado parteiro da época, com vasta clientela, conquistada pelos seus dotes morais, intelectuais e profissionais.

FERNANDO MAGALHÃES foi o primeiro mestre que conseguiu formar uma escola obstétrica de âmbito nacional, mas talvez tenha prejudicado em algo a formação de verdadeiros obstetras no sentido exato da arte, em virtude do seu conhecido horror ao emprêgo do fórceps e de tôdas as manobras por via baixa, contrapondo-se, assim, ao verdadeiro sentido da execução da arte.

Daí também haver sido o paladino da cesária, ponto de vista este que de ha muito defendida, pois vamos encontrá-lo já em 1908 orientando a tese de SABINO COUTO (Obstetrícia do Futuro — parto normal ou cesário) e nela expondo claramente o seu pensamento. É de se compreender a influência perigosa que exerceu FERNANDO MAGALHÃES no sentido de ter proporcionado a penetração fácil de cirurgiões no campo altamente especializado da obstetrícia, mas foi, entretanto, feliz o mestre, conseguindo agrupar em tórno de si elementos de escól, que acompanharam posteriormente a evolução da arte e, assim, puderam cultivá-la no seu sentido exato, proporcionando, dêsse modo, novas glórias para o Professor tão querido.

A arte obstétrica teve de modo especial e excepcional uma representante do sexo feminino: — MME. DUROCHER:

assistiu na sua longa vida profissional a mais de 5.000 partos. Era culta, de sólidos conhecimentos e foi por todos respeitada e admirada. Foi a primeira parteira diplomada no Brasil, em 1854. Deixou vários trabalhos sobre a especialidade. O Visconde de Saboia tinha por ela grande admiração e dedicou-lhe uma monografia como prova de estima.

Em São Paulo, formou-se, também, um grande centro obstétrico, sendo esta Maternidade o cadinho onde se fundiu o ouro puro de toda uma geração que honrou e dignificou as terras do planalto.

E um dos seus grandes baluartes foi, sem dúvida, JOSÉ RODRIGUES DOS SANTOS, que já vinha trabalhando para a instalação de uma casa de assistência à parturiente. Em 1877 fez sua primeira tentativa na Capital do país, quando pediu à Câmara Imperial meios para instalar uma maternidade lá pelos lados da Lapa, sem contudo ter conseguido o seu intento. Desanimado com as suas tentativas fracassadas, voltou para São Paulo e aqui, em companhia de BRAULIO GOMES, fundou e pôs a funcionar a Maternidade de São Paulo, em Agosto de 1894, considerada até 1943 a maior no Brasil. Entretanto, por essa época LEONOR MENDES DE BARROS construiu a «Casa da Infância e Maternidade» que traz o seu nome e que somente hoje perde a liderança na capacidade de leitos.

Recordando a vida produtiva de RODRIGUES DOS SANTOS convém ressaltar que foi ele um dos nomes ímpares da obstetrícia nacional, pois que além do seu profícuo trabalho para fundação de casas destinadas a maternidade, escreveu e publicou, em época que pouca gente tinha a coragem de o fazer vários trabalhos e um tratado em dois volumes de «Lições de Clínica Obstétrica» prefaciado pelo grande mestre PINARD (1888).

BRAULIO GOMES, o fundador da Maternidade de São Paulo, cuja história agora já é de todos conhecida, foi um dos homens mais queridos da cidade e senhor de grande prestígio social, dados seus dotes morais e intelectuais. Foi também quem fundou a Escola de Farmácia e Odontologia à qual anexou a primeira escola para parteiras em São Paulo. Escreveu um pequeno manual para uso de parteiras e um artigo sobre estenose cervical. Foi um espírito réto e empreendedor, deixando na sua passagem pela vida algo do que seus pósteros se orgulhem. Foi um homem que se dedicou integralmente à classe menos favorecida. Seguiu-o na direção desta Casa a figura fidalga de SILVIO MAIA, que se caracterisava pelo seu grande espírito de justiça e notável saber e a quem, conjuntamente com GENEVRA DE BARROS se deve a invejável localização em que se encontra hoje esta Casa.

Em 1912 instalou-se aqui uma Escola de Parteiras, com curso de dois anos, que, inexplicavelmente, foi absorvida pela Clínica Obstétrica da nossa Faculdade.

Surgiu, então, NICOLAU DE MORAES BARROS que não fez escola obstétrica por se ter retirado precocemente desta Maternidade. Todavia, após um dos mais memoráveis concursos da nossa Faculdade foi investido das galas da cátedra. E com o seu espírito talhado para verdadeiro mestre, formou uma das maiores escolas de Ginecologia do Brasil, dando esplêndido desenvolvimento à sua arte e provando de modo cabal que não só se deve como se pode orientar em sentido convergente e mesmo paralelo, mas separadas, as duas especialidades — a ginecologia e a obstetrícia.

ANTONIO VIEIRA MARCONDES, « O Vieirinha », como disse OLIVEIRA MOTTA, poucas vezes um homem se identificou tanto, dedicando-se tão completamente e com desvelo inexcusável a exercício de um cargo. Dos antigos cultores da arte era o mais dado a produções científicas, tendo enriquecido a literatura da especialidade com 25 artigos que lhe deram o renome que desfrutava entre as pessoas que o conheciam e o admiravam.

ARTHUR MARTINS PASSOS, deixo a outros, que melhor do que eu poderão dizer da sua vida orientada ao trabalho honesto e tomada por inexcusável amor a esta Casa.

Daqui saiu, também, o segundo Professor de Clínica Obstétrica da nossa Faculdade, RAUL CARLOS BRIQUET, cujos grandes méritos são de todos conhecidos. Na cátedra que orientou e dignificou durante 30 anos, foi tão marcante e profunda a sua ação e influência, com o esplendor do seu talento ímpar e da sua sólida cultura médica e literária, que nem o tempo na sua inexorável substituição dos homens tornou ainda possível a escolha do seu sucessor.

Daqui, também, saíram vários e capacitados parteiros que exercem a função profissional com critério, honestidade e proficiência clínica.

É a escola da Maternidade, indiscutivelmente, a mais conservadora do país, tendo seu alto senso de responsabilidade firmado no decorrer dos anos e acompanhando sempre a evolução da especialidade.

Pertencemos àquele meio termo que nos leva a agir sempre em benefício do conjunto obstétrico, não prejudicando a mãe nem o filho, proporcionando à ambos a assistência condigna, dentro dos preceitos básicos da especialidade e da própria medicina — « Primo non nocere ».

Foi sob o exemplo e inspiração destes homens que há cinco anos resolvemos reformar, entre nós, o sistema assistencial à Infância e à Maternidade.

E, hoje, ao inaugurarmos esta Maternidade que representa o esforço de uma geração, podemos dizer, concientemente, que a obstetrícia levanta uma fortaleza que ha de defender através das gerações a sua independência como arte isolada, como fulcro de uma arte, impedindo que ela se dispa dos braços que a enobrecem dentro de sua personalidade absoluta da arte primordial do povoamento do solo pátrio.

A presença de vossas personalidades a este ato solene, dá-nos quase a certeza do amparo, do respeito, da compreensão do sentido desta obra.

Lançamos como Bandeira a ser novamente desfraldada o convívio estreito, mas separado das duas especialidades irmãs a ser seguida pelas gerações que nos substituírem, em benefício da medicina e da arte tocoginecológica!

Quelques aspects importants de l'évolution obstétrique au Brésil.

Résumé

En inaugurant le nouveau pavillon de la « Mãe pobre » de « São Paulo », qui comporte 550 lits, 450 berceaux, 16 salles d'accouchement et 7 salles d'opération, hormis les crèches réservées aux prématurés, son Directeur souligne, dans sa conférence inaugurale, quelques aspects importants de l'évolution obstétricale au Brésil, tant au point de vue enseignement comme aussi sous celui de l'exercice de cette spécialisation. Il releva, en outre, le rôle joué par la « Maternidade de São Paulo », fondée en 1894, à travers Bráulio Gomes son fondateur, Antonio Vieira Marcondes, Arthur Martins Passos ses Directeurs. Il rappela la riche contribution apportée à l'origine de cette institution par deux notables professeurs de la Faculté de Médecine de « São Paulo » : le Pr. Nicolau de Moraes Barros et le regretté Pr. Raul Carlos Briquet, fondateurs des écoles gynécologique et obstétrique de São Paulo.

Il profita encore de l'occasion qui lui était offerte, pour démontrer que, bien que la Gynécologie et l'Obstétrique devaient être orientées vers un sens convergent et même parallèle, leur enseignement devait en être séparé.

Some remarkable aspects of the development of Obstetrics in Brazil.

Summary

At the ceremony of inauguration of the « Pavilhão da Mãe Pobre », which has 550 beds, 450 cradles, 16 delivery rooms and 7 operating rooms besides nurseries for prematures, its director pointed out some remarkable aspects of the development of Obstetrics in Brazil, in relation to the

teaching and practicing of the speciality. He stressed the rôle the « Maternidade de São Paulo », founded in 1894, has played through Braulio Gomes (its founder) Antonio Vieira Marcondes, Arthur Martins Passos (its directors). This has not hindered the two notable professors of the São Paulo Medical School, Prof. Nicolau de Moraes Barros and the late Prof. Raul Carlos Briquet, founders of the Gynecological and Obstetrical Schools of São Paulo, to have worked and collaborated in that institution.

He took the chance of the event to stress that, although Gynecology and Obstetrics would be directed in convergent or parallel way, their teaching must be separated.

Bemerkenswertes aus der Geschichte der Geburtshilfe in Brasilien.

Zusammenfassung

In São Paulo wurde das « Heim für minderbemittelte Mütter » eingeweiht mit 550 Betten, 450 Bettchen für Neugeborene, 16 Kreissälen, 7 Operationssälen und Zimmern für Frühgeborene. Gelegentlich dieser Festlichkeit erinnerte der Direktor an bemerkenswerte Begebenheiten aus der Geschichte der Geburtshilfe in Brasilien, insbesondere in Bezug auf Lehre und Ausübung des Faches. Er wies hin auf die Bedeutung der « Entbindungsanstalt São Paulo », die 1894 gegründet wurde, und sich unter ihrem Gründer Braulio Gomes und den Direktoren Antonio Vieira Marcondes und Arthur Martins Passos sehr bewährt hat. Die beiden bedeutenden Professoren der medizinischen Fakultät von São Paulo, Prof. Nicolau de Moraes Barros und der verst. Prof. Raul Carlos Briquet, die Begründer der gynäkologischen und geburtshilflichen Schule von São Paulo haben hier ihre Fachausbildung erworben. Der Redner benützte auch die Gelegenheit, seiner Meinung Ausdruck zu verleihen, dass die Unterweisung in Gynäkologie und Geburtshilfe, wenn auch parallel und konvergierend orientiert, getrennt erfolgen muss.

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>O uso do ion de magnésio no tratamento das toxemias eclamptógenas</i> — PRITCHARD, JACK, A.	107
<i>Cirurgia abdominal no recém-nascido</i> — WILSON, MIRIAM, G. ...	108
<i>A curabilidade de metastases nos nódulos linfáticos regionais no câncer no colo do útero</i> — GRAHAM, J. B. e GRAHAM, R.	109
<i>Dissecção axilar radical sem mastectomia</i> — SMITH, J. W.	112
<i>Indução do parto, indicações e métodos</i> — PATTISON, D. STANLEY	112
<i>Resultados da experiência no controle do câncer dos órgãos pélvicos femininos e relatório da pesquisa de quinze anos</i> — MACFARLANE, CATHARINE, STURGIS, MARGARET, C. e FETTERMAN, FAITH SKINNER	113
<i>Carcinoma do colo restante</i> — DODDS, J. R. e LATOUR, J. P. S. .	114
<i>Poliomielite na gravidez</i> — McCORD, W. J., ALCOCK, A. J. W. e WILDES, J. O.	114
<i>Análise de partos de nádega em 5 anos</i> — WARD, C. V. e PARSONS, R. M.	115
<i>Os efeitos do Demerol e do Tricloroetilênio na saturação arterial do recém-nascido</i> — TAYLOR, E. STEWART, VON FUMETTI, HANS H., ESSIG, LAURENCE L., GOODMAN, STANLEY N. e WALKER, LOUISE C.	116
<i>A ação do Tricloroetilênio no sistema cardio-vascular</i> — WERCH, S. C., MARQUARD, G. H. e MALLACH, J. F.	116
<i>O valor das determinações do pregnandirol como indicação para o uso da progesterona no tratamento da ameaça de aborto</i> — BAKER, W. S., BANCROFT, C. E., LYDA, E. W. e LEHMAN, J. J. .	117
<i>Culdoscopia</i> — BLACK, W. T. e TURNER, HENRY, B.	118
<i>Reposição de sangue em obstetria e ginecologia</i> — GASPAR, JOHN, L.	119
<i>Cesariana e histerectomia total</i> — WEIGLE, EDWARD, H.	120
<i>Remoção manual da placenta</i> — THOMAS, W. O.	120
<i>Quando e como se deve operar o câncer mamário</i> — ZUCKERMAN, CONRADO	121
<i>Aderências intra-uterinas como causa de esterilidade e infertilidade</i> — FELS, E.	122

<i>Importancia da cistourethrografia no tratamento da incontinência de urina de esforço</i> — NORMANDO ARENAS e FOIX, A.	122
<i>As metrorragias, sinal de flebites pelvianas latentes</i> — BRET, A. J., DUPERRAT, B. e GRENIER, A. J.	123
<i>A hipotensão controlada nas intervenções ginecológicas</i> — BONILLA, F.	124
<i>Indicações e limites atuais da hibernoterapia aplicada em clínica obstétrica e ginecológica</i> — VALLE, G.	125
<i>Tratamento do carcinoma do corpo do útero no hospital de mulheres de Basileia, de 1943—1953</i> — BREITNER, J. e ADLER,	125
<i>Sobre o metabolismo intermediário dos androgênios na mulher sã</i> — BOTELLA LLUSIA, J. e TORNERO, M. DEL CARMEN	126
<i>Observações sobre trinta casos de tumores intraligamentares</i> — CARRIATE, ABRAMO	128

Fim altruístico

EM SUA ORIGEM o seguro é produto de uma virtude moral — a previdência; o segurado prevê para não fazer apêlo à piedade e recorrer à caridade, aceitando um sacrifício imediato em consideração a uma vantagem futura. E, sobretudo no seguro de vida, seu fim é altruista, inspirando-se na mais nobre afeição ou no mais puro interesse de ordem moral.

(Hémard)



SUL AMERICA

Companhia Nacional de Seguros de Vida

Capital: Cr\$ 100.000.000,00 (realizado)

Reservas até 31 de dezembro de 1953:

Cr\$ 1.913.699.835,10

Caixa Postal 971

Rio de Janeiro

Dissecção axilar radical sem mastectomia (*Radical axillary dissection without mastectomy*) — SMITH, J. W. — (*Surg. Gyn. & Obst.*, 100:245, fevereiro de 1955).

O A. descreve uma técnica por ele utilizada com sucesso, de dissecção radical da axila, através uma incisão que atravessa transversalmente a base da axila, estendendo-se da prega axilar posterior até a invasão dos terços médio e externo da clavícula.

O grande peitoral é seccionado em zona pouco muscular e pouco inervada, sendo preservada sua função por sutura, e o bom campo que a via de acesso formou, permite facilmente a preservação de todos os elementos vasos-nervosos da região. — C. A. Zanotta.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Indução do parto, indicações e métodos (*Induction of labor, indications and methods*) — PATTISON, D. STANLEY — (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 69:233, fevereiro de 1955).

Nas duas ou três últimas décadas, diz o A., a questão da indução do parto, para interromper prematuramente a gestação tem sofrido alterações, bem como os métodos empregados.

O Autor divide as indicações em 3 grupos com várias sub-divisões: 1. *Indicações maternas* (Toxemias gravídicas, nefropatias, hemorragias ante-partum, desproporção céfalo-pélvica, e hidrânio); 2. *Indicações fetais* (Diabetes, pós maturidade, morte habitual do feto) e 3. *Indicações eletivas* (Conveniência obstétrica e materna). Sobre essas indicações faz considerações especiais. No tocante à indução eletiva do parto «como conveniência para a paciente ou obstétrica» diz ser um procedimento justificável, se fôr feita seleção adequada dos casos. Nesse particular, a «criança à hora certa» (*Baby by appointment*) tem grandes vantagens, entre elas, a atitude psicológica da paciente é melhorada, porque é adequadamente preparada para a parturição.

O método que usa, consiste em dar óleo de ricino e três horas depois, lavagem intestinal. Ministra, a seguir, estrato pituitário, 2 unidades, de meia em meia hora, até 6 doses. Modernamente prefere-se a Pitocina endovenosamente, 0.5 cm³ em 500 cm³ de glicose a 5% ou soro fisiológico, 10 a 12 gotas por minuto na primeira hora, depois, 20 a 30 gotas, até início do parto. Usa também o cateter de DREW SMYTHE para perfurar as membranas, o que pôde ser associado à indução médica. — A. de Moraes.

julho a novembro de 1953, podem os A.A. concluir que a gestante provavelmente apresenta susceptibilidade aumentada à doença.

Dos 51 casos, 14 estavam no 1.º, 20 no 2.º e 17 no 3.º trimestre da gestação.

A mortalidade global foi idêntica à encontrada nas gestantes e a morbidade a mesma para os vários trimestres.

Sete abortos e 39 nascimentos vivos representam incidência mais alta de aborto do que a usual.

O 1.º e 3.º períodos do parto não são afetados pela poliomielite, mas nos casos em que houve paralisia espinal baixa foi usualmente necessária assistência no 2.º período.

O parto na câmara de respiração não é difícil nos casos não complicados, nos demais utilizar-se-ão recursos especiais.

Em caso algum o vírus pareceu transpor a barreira placentária. — *Cid Braune*.

Análise de partos de nádega em 5 anos (*Five-year analysis of breech deliveries*) — WARD, C. V. e PARSONS, R. M. — (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 69:284, fevereiro de 1955).

De 1949 a 1953, nos Serviços Obstétricos do « Montreal General Hospital » e do « Catharine Booth Hospital », ocorreram 386 casos de apresentação de nádegas em 12.432 partos. Na presente série, a prematuridade foi a causa mais importante de morte fetal. Morte fetal não corrigida de 11,4 %, sendo 23 nati-mortos e 21 mortes neo-natais (9 das crianças apresentavam anormalidades incompatíveis com a vida).

A incidência de prematuridade nas apresentações cefálicas é muito menor que nas podálicas. Os A.A. sugerem que a versão externa seja tentada de rotina, embora considerando sua indicação ainda controversa.

O fórceps de PIPER deveria ser usado quasi de rotina com o objetivo de prevenir as trações no pescoço. A episiotomia feita antes do parto reduz-lhe o traumatismo e consequentemente a mortalidade fetal.

Não ha necessidade de precipitações no parto de nádegas. Trações suaves e progressivas são as mais convenientes.

Visto que os resultados são melhores quando o parto é assistido por obstetra qualificado, sugerem os A.A. a consulta obrigatória em todos os hospitais abertos. Duas mortes fetais foram nitidamente devidas à inexperiência e eram, portanto, evitáveis. — *Cid Braune*.

fusões, o que, face ao número enorme de transfusões (3 milhões e 500 mil anuais nos EE. UU.) representa uma causa mortis tão importante quanto a anestesia ou a apendicite. — *L. S. Ribeiro.*

Cesariana e histerectomia total (*Cesarean section — total hysterectomy*) — WEIGLE, EDWARD H. — (*W. J. of S. O. & Gyn.*, 63:123, março de 1955).

O Autor mostra-se entusiasta defensor da histerectomia total como processo de esterilização após repetidas cesarianas, e como meio preventivo e curativo de vários processos patológicos uterinos, realizada por ocasião da intervenção cesariana. Chama o Autor a atenção sobre as desvantagens da cesareana com ligadura das trompas, e afirma que o post-operatório após histerectomia corre mais suavemente. Em somente dois casos a histerectomia foi feita de urgência, por placenta prévia com hemorragia incoercível.

Dois aspectos do artigo em aprêço chamam a atenção do leitor de modo especial: inicialmente a idade das pacientes: em 7 casos dentre o total de 20, a idade variava entre 25 e 30 anos, e em 5 casos estava entre 31 e 35.

Outro tópico surpreendente é a lista de indicações para a histerectomia na cesárea, na qual encontramos em um caso a indicação leucoplasia cervical, em cinco casos apenas cervicite crônica, em um caso menorragia e retroversão, em outro caso dismenorréia e ineficácia de anticoncepcionais e afecções similares.

Não deixa de impressionar também o lado psicológico da questão, porquanto o A. afirma que tôdas estas mulheres ficaram satisfeitas com a circunstância de impossibilitadas de procrear novamente, não mais sofreram o incômodo dos fluxos menstruais. — *L. R. Sanches.*

Remoção manual da placenta (*Placenta removal manually*) — THOMAS, W. O. — (*W. J. of S. O. & Gyn.*, 63:129, março de 1955).

Após passar em revista os maus resultados que acompanharam a remoção manual da placenta até 1945, e que são creditados à não existência de antibióticos, dificuldades de transfusão e técnica obstétrica menos aperfeiçoada, o A. estuda os resultados atuais do procedimento, mostrando a diferença na mortalidade e morbidade nas séries de casos depois de 1945. O advento dos antibióticos, as facilidades de transfusão de sangue e o aperfeiçoamento da técnica obstétrica

R
**NÚMERO COMEMORATIVO DO XXX.º ANIVERSÁRIO DA
COLPOSCOPIA
EM HOMENAGEM AO PROF. DR. HANS HINSELMANN
(1935 - 1955)**

1955
Ano XX

SETEMBRO DE 1955

Vol. 40 - N.º 3

Ginec
**ANAIAS 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.

PREÇO DESTA N.º Cr\$ 50,00

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de redação — Dr. ALCIDES F. MADRUGA

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felício dos Santos — Alípio 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 sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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.

SUMÁRIO

EDITORIAL

XXXº Aniversário da Colposcopia	Págs. 131
---------------------------------------	-----------

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Pensamentos sobre o futuro da Colposcopia</i> — PROF. DR. HANS HINSELMANN	133
<i>O colposcopia no diagnóstico do microcarcinoma do colo uterino</i> — PROF. DR. G. MESTWERDT	141
<i>Sobre a importância das modificações vasculares no carcinoma do colo</i> — PROF. DR. ROBERT GANSE	155
<i>Estudos electrônomicroscópicos no problema do carcinoma in situ</i> — Privat-Doc. DR. ERICH GLATTHAAR	165
<i>A importância da colposcopia para o diagnóstico das causas e formas do corrimento vaginal</i> — DR. H. J. WESPI	171
<i>Nossa experiência com a Colposcopia</i> — PROF. J. C. AHUMADA, DR. DENTE CALANDRA e DR. ARTURO A. ARRIGHI ..	181
<i>Diagnóstico e histogênese do câncer da endocervix</i> — DR. ALFREDO JAKOB, DR. DARIO A. ESALANTE e DR. JORGE KRAUSS	187
<i>A Colposcopia no Brasil, seus começos e desenvolvimento no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	201
<i>Como fazer o exame colposcópico</i> — Doc. DR. JOAO PAULO RIEPER	207
<i>Aspectos colposcópicos do carcinoma grau 0</i> — DRA. HILDEGARD STOLTZ	213
<i>A Colposcopia na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (1941-1955)</i> — DR. ALBERTO HENRIQUE ROCHA	219

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Kolposkopische Studien. in zwangloser Folge. Heft 1</i> — PROF. DR. HINSELMANN	227
<i>Der gegenwärtige Stand der Kolposkopie</i> — H. HINSELMANN ..	229

RESUMOS (Ver índice próprio)

Prof. Arnaldo de Moraes
PROPEDÊUTICA OBSTÉTRICA

6.ª EDIÇÃO

Revista e atualizada pelo Autor

512 páginas e 168 gravuras, das quais duas tricromias

PREÇO: CR\$ 150,00

EDITORA PAULO DE AZEVEDO LTDA.

Rua do Ouvidor N.º 166 — RIO DE JANEIRO

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Sobre a problemática do carcinoma primário da trompa — KREMER, H. e ULM, R.</i>	233
<i>Observações sobre o movimento próprio da vagina humana — HUBER, R. e NOLD, B.</i>	234
<i>A fluorocromização supravital do esfregaço vaginal — FUHRMANN, K.</i>	235
<i>A sorte do epitélio atípico no colo — DIETEL, H. e FOCKEN, A.</i>	236
<i>Os efeitos de quantidades excessivas de dietilestilbestrol na endometriose experimental em macacos — SCOTT, R. B. e WHARTON, L. R.</i>	237
<i>Carcinoma primitivo da vagina — SMITH, FRANK, R.</i>	239
<i>Carcinoma do ovário após histerectomia — COUNSELLER, VIRGIL, S., HUNT, WILLIAM e HALGIER, FRANK. N.</i>	240
<i>Tratamento conservador do cancer do colo in situ — PEIGHTAL, THOMAS, C., BRANDES, WALTER, W., CRAWFORD, DAVID, B. e DAKIN, EVELYN, S.</i>	240
<i>Transmissão placentária de eritrócitos — MENGERT, WILLIAM, F., RIGHTS CLYDE, S., BATES, R. JR., REID, ALLEN, F., WILE, GERDA, R. e NABORS, G. CEOLEY.</i>	241
<i>Influência da aplicação intrauterina de um corpo estranho sobre a atividade luteínica ovariana na mulher — ANDREOLI, C.</i>	241
<i>Estudo experimental sobre a ação do metilandrostenediol nas ratas ovariectomizadas — QUAINI, P.</i>	242

<i>Nossa experiência clínica e laboratorial no hiperfoliculinismo relativo —</i> GIARDINELLI, M. e CAVAGNINO, L.	242
<i>O problema do asrín chamado carcinoma de superfície da portio —</i> RUNGE, H. STOLL, P.	243
<i>Epitélio atípico e carcinoma do colo. Suas relações à luz de estudo</i> <i>colposcópico repetido —</i> GLATTHAAR, E.	246
<i>Câncer do corpo do útero. Estatística de 380 casos. Discussão. Tera-</i> <i>pêutica. —</i> BROCA, P., TAILHEFER, A. e SAKKA - AMINI .	247

APARELHOS E MATERIAL PARA LABORATÓRIOS CIENTÍFICOS E ANALÍTICOS

BALANÇAS ANALÍTICAS « BOSCH »
 VIDRARIA PARA LABORATÓRIOS « RHEMA - GLAS »
 ESTUFAS PARA CULTURAS E ESTERILIZADORAS
 « KOETTERMANN »
 BANHOS MARIA E DE INATIVAÇÃO « TESTA »
 CORANTES PARA MICROSCOPIA « BAYER »
 COLPOSCÓPIOS E FOTO - COLPOSCÓPIOS
 seg. HINSELMANN
 Fabricação J. D. MOELLER OPTISCHE WERKE.



POLITÉCNICA KETIL INSTRUMENTAL LTDA.

RUA MÉXICO, 41 — 14.º and. — Gr. 1407
 CAIXA POSTAL 4659 - RIO DE JANEIRO
 Telegrama « POLIKETIL » - Rio
 Telefone 42-5714

 Ano XX

OUTUBRO DE 1955

Vol. 40 - N.º 4

V

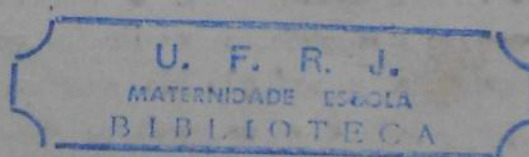
ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

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



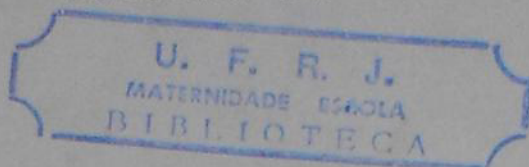
Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de redação — Dr. ALCIDES F. MADRUGA

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — Alípio 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. Alício 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 sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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 XX

Outubro de 1955

Vol. 40 — N.º 4

SUMARIO

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Cirurgia restauradora da fertilidade</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA	Págs. 249
---	--------------

EDITORIAL

<i>Centro de controle de "follow-up" no câncer</i>	273
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>"Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia"</i>	277
<i>Oitavas Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia</i>	277
<i>VI Congresso Chileno de Obstetrícia e Ginecologia</i>	278
<i>Nono Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia</i>	278
<i>Curso de extensão universitária sobre "Câncer ginecológico"</i>	279
<i>XXº aniversário de cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes</i>	281
<i>Clínicas obstétricas e ginecológicas italianas</i>	283

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>A endoscopia abdomino-pelviana em ginecologia</i> — PAULO GORGA	285
<i>Endocrinologia</i> — DR. RODOLFO Q. PASQUALINI	286

RESUMOS (Ver índice próprio)

APARELHOS PARA HOSPITAIS
CIRURGIA — LABORATORIO
PRODUTOS QUIMICOS
E CORANTES

RIO-MEDICO

COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

*Rua Rodrigo Silva, 14 - 5.º and.
Telefone 42-4204*

*End. Telegr.: Rocchigiani
Rio de Janeiro*

INDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Melanoma da vulva e sua citologia</i> — LEHTO, LAURO	287
<i>Apresentação transversa</i> — ASCHAN, ERIK e KINNUNEN, OLAVI ..	287
<i>Estudos de histerografia interna no decurso do trabalho de parto</i> — VARRANGOT, J. e COTE, M.	288
<i>As hemorragias por afibrinogenemia adquirida em Obstetrícia</i> — LE-PAGE, F., LEMERRE, L. e DUPAX, A.	290
<i>Interrupção prematura terapêutica da gestação em caso de isoimunização anti-Rh</i> — PIGEAUD, H. e GABRIEL, H.	291
<i>Abdomen agudo urológico</i> — YOUNGER, C.	292
<i>Alcaloides da ergotina sub-linguais no controle de fogachos vasomotores</i> — WHITELAW, M. J. e ESCAMILLA, R. F.	292
<i>Contribuição de pesquisas histo-funcionais em um caso de adenoma tubulo-testicular de Pick</i> — MELONI, LUIGI	293
<i>Pneumamniografia</i> — VECCHIETTI, GIUSEPPE	293
<i>Estudo da função androgênica córtico-suprarrenal em condições estáticas e depois do estímulo com ACTH, nas pacientes com fibromioma uterino.</i> — MARCHESONI, MARIO	294
<i>Estrogênio e androgênio em microcristais „depositados” no tratamento da síndrome climatérica</i> — AGOSTINI, GIAMPIERO e GIAROLA, ARTURO	295
<i>A síndrome útero-mamária</i> — KOCH, WALTER	295
<i>O hormônio tireoideo como medicação profilática nas metástases do câncer mamário e genital na mulher</i> — LOESER, A. A.	296
<i>Desenvolvimento e estudo histoquímico do canal cérvico-vaginal</i> — FOIX, A. e BUR, E. G.	297
<i>Sarcoma da mama</i> — ROSA, M. A. e PIEGARI, M. N.	297
<i>Estudo hormonal e evolução das pacientes com câncer de mama</i> — GRINBERG R., JAROLAVSKY, L. e STUTMAN, G.	298
<i>Vaginite por triomonas e glicogênio</i> — CREZE, J.	298
<i>Imagens microcolposcópicas normais e patológicas</i> — HOUEL, R., LAVERGNE, P. e LUSCAN, R.	298
<i>Metrorragias pós-menopausicas não cancerosas. Problemas etiológicos e terapêuticos</i> — ROUCKY, R. e LAMOTTE, H.	299

<i>Endometrioma gigante sob forma clínica de um volumoso fibroma sub-mucoso</i> — BURGER, P. e WURCH, T.	299
<i>Mortes maternas por afecções cardíacas</i> — GORDON, CHARLES	300
<i>Utilidade de determinações sucessivas da capacidade vital na vigilância da gestante com doença cardíaca</i> — HUMPHREY-LONG, JOAN	300
<i>Doença emocional associada à gestação</i> — KLINE, CARL, S.	301
<i>Defeitos da coagulação no choque obstétrico: embolia de mecônio e heparina; embolismo de fibrina e desfibrinação</i> — SCHNEIDER, DER, CHARLES, L.	301
<i>Sobrevida fetal em 376 partos duplos</i> — AARON, JULES, B. e HALPERIN, JACOB	302
<i>Tuberculose vulvar na gravidez</i> — SOICHET, SAMUEL, POSNER, LEWIS, B. e HOGANS, CLARENCE, W.	304

Em seu 60.º aniversário de fundação,

a **SUL AMERICA** - COMPANHIA NACIONAL DE SEGUROS DE VIDA
comemorará, no decorrer de 1955, o

Ano de Segurança

uma campanha nacional de profundo sentido humano,
para a difusão dos princípios básicos da SEGURANÇA.

Porque a SEGURANÇA é, em sua expressão mais ampla, o grande ideal de nossa civilização. Não se trata, apenas, da SEGURANÇA da vida - o maior bem do homem, da SEGURANÇA contra os perigos que a cada passo ameaçam sua integridade física, da SEGURANÇA contra os riscos e acidentes de tôdas as horas. Trata-se, também, da SEGURANÇA contra a instabilidade dos negócios, da SEGURANÇA contra as enfermidades, contra a ignorância, contra os desajustamentos sociais e econômicos, da SEGURANÇA da própria Democracia. Essa campanha tem o propósito de concorrer para a formação, em nosso meio, de um sentimento coletivo da SEGURANÇA, para uma compreensão melhor de todos os elementos que tornam a vida digna de ser vivida, sem os altos e baixos, sem as bruscas mutações, sem os imprevistos e percalços que a todo instante atentam contra a sua estabilidade e até mesmo contra a sua própria existência.

SUL AMERICA

COMPANHIA NACIONAL DE SEGUROS DE VIDA

FUNDADA EM 1895



RESUMOS

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

ANNALES CHIRURGICAE ET GYNAECOLOGIE FENNIAE

Melanoma da vulva e sua citologia (*Melanoma of the vulva and its cytology*) — LEHTO, LAURO — (*Ann. Chir. et Gynaec. Fenn.*, 44:36, 1955).

O Autor relata um caso de melanoma maligno da vulva. É uma afecção rara. Na Clínica Ginecológica da Universidade de Michigan, para 201 casos de carcinoma de vulva, ocorreram 3 casos de melanoma. TAUSSIG apresentou incidência correspondente, em 29 anos, 152 casos para 3. SMITH e POLLAK para 244 casos de câncer da vulva registraram 25 de melanoma. Desde que o carcinoma da vulva representa somente 3,2 % dos tumores genitais, é óbvio que somente pequena fração corresponde a essa entidade.

Tratava-se de mulher de 29 anos, com melanoma no pequeno lábio que foi extirpado e um nódulo metastático na região inguinal que foi evacuada. Foi feita teleradiumterapia. A paciente engravidou, o embrião morreu no 4.º mês e foi feita curetagem. A mulher faleceu 7 1/2 meses depois da remoção do tumor.

São descritas a histologia e a citologia do caso. O valor do index de profase, 3,5, corresponde a valores precoces obtidos nos cânceres genitais femininos. — *A. de Moraes.*

Apresentação transversa (*Transverse Presentation*) — ASCHAN, ERIK e KINNUNEN, OLAVI — (*Ann. Chir. Gynaec. Fenn.*, 44:46, 1955).

O estudo refere-se a 225 mulheres finlandesas e foi realizado nas duas Clínicas Ginecológicas da Universidade de Helsinki, diretores Prof. A. TURUNEN e Prof. P. VARA.

A incidência da apresentação transversa (170 casos) e apresentação oblíqua (55 casos), foi de 0,48 ou 1:208. Sendo excluídas as prenhez prematuras e gemelares, a incidência foi de 0,34 ou 1:297.

Em toda a série, o fator etiológico mais importante, depois da prenhez gemelar, foi a desproporção céfalo-pélvica. — A cesária foi praticada em 62,3 % dos casos a termo, a versão podálica interna em 16,5 % e a versão externa em 21,2 %. Os fetos morreram respectivamente em 0,7 %, 16 % e 3,1 % respectivamente. A cesárea foi praticada em 93,3 % das primíparas.

Complicações do tratamento decorreram da rotura das membranas, prolapso do cordão ou de partes fetais e rotura uterina. Esta última ocorreu 4 vezes, sem morte materna. As mortes maternas foram 2 (0,89 %), ambas em cesárias. Os fetos em cesárias morreram na incidência de 1,1 %, embora no total fosse de 4 %.

Os A. A. concluem que a indicação da cesária vem crescendo nas apresentações transversas e oblíquas. Referem-se ao relatório de APAJALAHITI, em 1934, que, na opinião dos A. A., estabeleceu indicações corretas: praticar a cesária em todas as primíparas, nas múltiparas com distócia, placenta prévia, prolapso do cordão, com colo incompletamente dilatado, nas malformações uterinas e em casos de rotura prematura das membranas. Tal decorre do emprêgo das sulfonamidas e dos antibióticos que tornaram a intervenção mais segura. — A. de Moraes.

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Estudos de histerografia interna no decurso do trabalho de parto (*Études d'hystérogaphie interne au cours du travail*) — VARANGOT, J. e COTE, M. — (*Gynéc. et Obst.*, 54:149, 1955).

Inicialmente acentuam os A. A. que a terapêutica das distócias dinâmicas sempre se ressentiu na insuficiência de nossos conhecimentos sobre a fisiologia e a fisio-patologia da contração do útero parturiente.

Dividem os vários métodos de registro da contração em três grandes grupos: análise por via externa, por via interna e a electrohisterografia.

A análise por via externa explora as deformações do miométrio contemporâneas da contração, através da parede abdominal. O aparelho de LORAND promoveu grandes progressos sobre a farmacodinâmica de drogas empregadas no curso do parto. Contudo tal método não permite julgar as forças reais

a que está submetido o feto *in útero* e os traçados são perturbados pelos movimentos da paciente (inspirações, soluços, esforços expulsivos, deslocamentos do aparelho). REYNOLDS concebeu e experimentou um tocógrafo utilizando um aparelho que transforma as deformações mecânicas a que é submetida em variações do potencial elétrico que é relativamente fácil de registrar. STEER e HERTSCH puderam registrar, pela electrohisterografia, series de ondas que traduzem a atividade do miométrio. Corroboraram nos estudos de REYNOLDS, sobre a nítida predominância do fundo uterino como elemento contrátil motor.

A análise por via interna consiste em recolher e registrar as pressões intra-uterinas no decurso do trabalho ou da gestação que expressam a atividade contrátil do útero. Deve-se a SCHATZ o emprêgo dêsse método que se vale da introdução na cavidade uterina de um balão de borracha ligado por tubos indeformáveis a dois manômetros de mercúrio, formando um, a leitura direta e outro atuando sobre um estilete inscriptor no papel enfumaçado. POULET, na França, bem como POLAILLON usaram o método. O primeiro, colocando um segundo balão no reto, para diferenciar no momento da expulsão, a parte que cabia à musculatura abdominal. Nos últimos anos, ALVAREZ e CALDEYRO puzeram em prática, uma técnica simples, mas que os A. A. classificam de «audaciosa»: a punção ovular transparietal. O líquido aniótico é utilizado como meio de transmissão das pressões intra-uterinas e derivado para um manómetro-registrador. Os Autores citados verificaram que existe uma atividade contrátil rítmica, a partir do segundo mês, fraca mas constante, quer se trate de prenhez normal ou patológica (retenção de ovo morto, hidrânio...). No decurso do parto, sua técnica permite seguir, minuto a minuto, o trabalho a que está submetido o feto *in útero*.

Já FABRE, propuzera a associação dos dois métodos, interno e externo, usando um balão de CHAMPETIER e um histerógrafo, antepassado do de LORAND. ALVAREZ e CALDEYRO de um lado e REYNOLDS de outro renovaram tal tentativa.

Os A. A., depois de analisarem êsses métodos, passam a tratar do que denominam «a tocografia interna a mínima». Não usando o tocógrafo de exploradores («strain gazes») por ser complexo, nem a punção transparietal da cavidade aniótica, por julgá-la muito «audaciosa», propuzeram-se a usar cateter de polietileno, para atingir o interior do ovo através do colo, atravessado por sonda metálica. Assim, o líquido aniótico serviu de líquido barométrico. É uma técnica só utilizável no começo do trabalho.

Passam depois a apresentar traçados obtidos no trabalho normal, aspectos gráficos anormais (hipo e hipercinésias), bem como pelo emprêgo de ocitócicos usuais e derivados aplicados no decurso do trabalho. — *A. de Moraes.*

As hemorragias por afibrinogenemia adquirida em Obstetrícia (*Les hémorragies par afibrinogénémie acquise en Obstétrique*) — LEPAGE, F., LEMERRE, L. e DUPAY, A. — (*Gynec. et Obst.*, 54:180, 1955).

Todos os tratados de parto, acentuam os A.A., consagram um capítulo às hemorragias graves na gestação, no trabalho e no parto. Estas constituem verdadeira obseção do parteiro, pois « não há parteiro que não tenha visto morrer debaixo de seus olhos uma mulher para a qual tivesse sido chamado por hemorragia grave do parto ».

Sòmente em 1901, DE LEE descreveu um caso de paciente com sangue incoagulável, apresentando hemorragias graves e apoplexia útero-placentária mortal, devido a síndrome pseudo-hemofílica. Trinta e quatro anos mais tarde, em 1936, DIECKMANN notou o abaixamento importante da taxa de fibrinogênio, dando a êsse estado o nome de *afibrinogênemia* adquirida. Treze anos depois, em 1949, MOLONEY publicou os primeiros sucessos terapêuticos pela injeção intravenosa de fibrinogênio humano.

As hemorragias, por afibrinogênemia adquirida em Obstetrícia, caracteriza-se, clinicamente, pela incoagulabilidade do sangue derramado e o abaixamento acentuado da taxa de fibrinogênio sanguíneo.

Podem ser descritas esquematicamente formas graves de prognóstico muito sério, se não forem tratadas por injeções intra-venosas de fibrinogênio. Formas de gravidade médica existem que se pode curar, com transfusões maciças, provavelmente graças à mobilização das reservas hepáticas de glicogênio. Há formas latentes, no decurso das quais existe a síndrome hematológica, que aguardam para se manifestarem, a ocorrência espontânea ou provocada do trabalho.

Entre as teorias propostas para explicar-lhes a patogenia, isto é, a queda brutal do fibrinogênio, há a teoria trombo-plástica que dá grande importância à tromboplastina contida em grande quantidade no líquido aniótico.

Três circunstâncias etiológicas favorecem a eclosão da síndrome: retenção prolongada do feto, ligada ou não a isoimunização anti-Rh, embolia aniótica e formas graves de descolamento prematuro da placenta.

Determinou-se experimentalmente o choque por embolismo de mecônio em cães. O sangue tornou-se incoagulável. Os componentes de coagulação do plasma não foram usados, permanecendo de teor normal. A heparina estava presente no sangue circulante. Não houve aumento ou diminuição outra da atividade ante-trombina senão a da atividade ante-trombina da heparina.

O choque também foi causado por embolismo de fibrina injetando-se extratos Pruz de tromboplastina tissular. A coagulação também se tornou deficiente, mas por um mecanismo diferente visto que os componentes da coagulação tinham sido usados e não havia heparina. Não houve alteração significativa da atividade anti-trombina verdadeira, no sentido de um inativador da trombina na ocasião do episódio agudo. O sangue circulante tornou-se uma suspensão de elementos não em plasma mas em sôro.

No sangue de gestante com «abruptio placentae» as alterações são semelhantes as do cão após a injeção de tromboplastina. Não examinou o A. casos de gestante com embolismo amniótico. Sugere então investigar-se a heparina, nos casos de embolismo amniótico na mulher, assim como fizeram no embolismo por mecônio nos cães, para verificar se a atividade trombino-inibidora, no caso de embolismo relatado na literatura, era devido a uma verdadeira ante-trombina, ou à heparina. Visto que a heparina ainda está por ser demonstrada por um método específico em qualquer doença humana ou em extratos de tecidos humanos, sendo prematuro concluir que vá ser encontrada no embolismo amniótico. — *Cid Braune*.

Sobrevida fetal em 376 partos duplos (*Fetal Survival in 376 Twin Deliveries*) — AARON, JULES B. e HALPERIN, JACOB — (*Am. J. Obst. Gyn.*, 69:794, abril de 1955).

Apezar dos notáveis progressos realizados pela Obstetrícia a prenhez dupla representa ainda grande risco para a mulher e os filhos. A grande importância da prematuridade entre os gêmeos tem sido muito acentuada pelos Autores. A elevada incidência de toxemia, polihidrânio, inércia uterina e hemorragias pós-parto são de conhecimento comum nas prenhez gemelares.

O presente trabalho é uma revisão realizada no Hospital Beth-El para verificar aspectos da gestação e do parto gemelares, de forma a poder modificar alguma coisa em proveito de mães e filhos. O estudo abrange o período que vai de 1940 a 1952, num total de 41.872 pacientes assistidas nesse hospital. Delas, 375 tiveram gêmeos e 1 triplos. A incidência,

incluindo os triplos foi de 1:111, 4 partos. Não foram incluídas as prenhezês abaixo de 18 semanas de duração. Daí a diferença do que é classicamente admitido.

As 158 pacientes primigrávidas representavam 42 por cento e 145 estavam grávidas pela segunda vez, ou sejam 38,6 por cento. Somando êsses dois grupos, verifica-se que 80,6 por cento eram primi ou II gestas e somente 19,4 por cento eram grandes múltiparas. A duração de prenhez foi, em 12 pacientes 18-27 semanas (3,2 %), em 90 de 28-35 semanas (23,9 %), em 259 de 36-40 semanas (68,9 %) e em 15 de mais de 40 semanas (4,0 %).

A anestesia foi por infiltração local em 14 casos, 185 tiveram qualquer tipo de anestesia e 149 combinação com anestesia geral. A duração do parto que é de grande importância, especialmente nos prematuros, bem como presença de rotura de membranas, foi para a criança A de 7 horas na anestesia conduzida e de 10,3 horas com outro tipo de anestesia. O segundo feto B, com anestesia conduzida, nasceu 30 minutos depois do primeiro e 53 minutos depois quando anestesia local ou sem anestesia foi a norma.

O parto espontâneo ocorreu 207 vezes quer para o feto A quer para o B, sendo 276 extraídos a fórceps, 170 partos pélvicos e 80 versões no segundo feto ou apresentações pélvicas. Houve 10 cesárias. O sexo fetal foi masculino 361 vezes e feminino 391 e uma vez indeterminado. O peso variou de 2.500 g. ou mais em 291 fetos (38,6 %), 434 ou 57,6 % pesavam abaixo de 2.500 g., mas acima de 1.000 g., sendo que 28 dos fetos eram inviáveis (abaixo de 1.000 g.).

Nos maturos a mortalidade perinatal foi de 2,4 % e nos prematuros elevou-se a 14,7 %.

As complicações maternas foram as toxemias, ocorrendo 19 vezes ou em 5 %. As hemorragias foram o segundo tipo de complicação. Quinze vezes foram necessárias transfusões de sangue. Ablatio placentae ocorreu 4 vezes, placenta retida 3 vezes e placenta prévia 2 vezes. Polihidrânio ocorreu 11 vezes.

Quanto à mortalidade fetal e sobrevida do recém-nascido os A.A. dizem que o grande objetivo da assistência prenatal deve ser impedir a prematuridade, devendo a mulher ser hospitalizada depois da 33.^a semana de gestação. A assistência ao parto e os cuidados pediátricos às crianças representam os outros meios de melhoria dos resultados maternos e fetais. A anestesia constitui outro ponto da maior importância nesse particular, em especial a anestesia conduzida representa o melhor procedimento na sobrevivência fetal. — *A. de Moraes.*

8/

Ano XX

NOVEMBRO DE 1955

Vol. 40-N.º 5

SAME

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

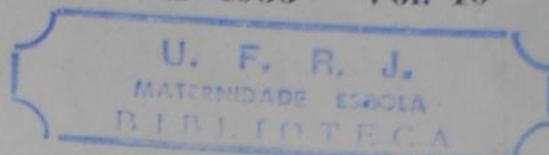
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional
de Medicina da Universidade do Brasil



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.



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

Secretário de redação — Dr. ALCIDES F. MADRUGA

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — Alípio Augusto — João Paulo Rieper
— Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri —
Cid Braune Filho — Hildegard Stoltz — J. C. Stiel 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 Sal-
gado, 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 sobre falta de recebimento de qualquer número só serão
atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então
a ser pagos como número atrasado.

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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.

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Seis casos de amenorreia traumática — DR. A. VESPASIANO
RAMOS e M. PÉANO 305

EDITORIAL

- O parto induzido e suas indicações 323

NOTAS E COMENTÁRIOS

- O Prof. J. Ernest AYRE no Instituto de Ginecologia 329
Asociacion Mexicana para Estudio de la Esterilidad 330
Curso de Clínica Obstétrica, na cátedra do Prof. Adeolato 330
Mortalidade por câncer na França 332

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Das parametrium, Wilhelm Langreder 333
Crendices biológicas à luz da genética, Raul Briquet Jr. 334
Como proteger seu filho, Dr. Waldemar Lages 334
Histerectomia alargada com linfadenectomia pélvica, Hugo da
Silva Maia 335
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, Paris 336

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

- Ata da centésima-quinquagésima-quinta sessão ordinária 337
Ata da centésima-quinquagésima-sexta sessão ordinária 339
Ata da centésima-quinquagésima-sétima sessão ordinária 341
Ata da centésima-quinquagésima-oitava sessão ordinária 342
Ata da centésima-quinquagésima-nona sessão ordinária 343
Ata da centésima-sexagésima sessão ordinária 347

RESUMOS (Ver índice próprio)



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do
Prof. ARNALDO DE MORAES

Travessa
Frederico Pamplona, 32
Copacabana

TEL. 57-8110

RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias:
Cr\$ 5.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre,
tumores do seio. — Tratamento de moléstias de senhoras. —
Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento
dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento
da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS EXTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

EDITORIAL

O PARTO INDUZIDO E SUAS INDICAÇÕES.

Em que pese a sua prática vetusta, que remonta aos tempos heróicos da obstetrícia grêga, e inspirada talvez nas manobras de ASPÁSIA, a indução do parto ainda permanece matéria litigiosa, assim nas suas indicações como nos procedimentos e métodos propostos para a sua execução.

É geralmente atribuída à obstetriz inglesa MARY DUNALLY (1738) a iniciativa do emprêgo sistematizado da antecipação do parto, tão difundido posteriormente, que já em 1756 reuniam-se os parteiros mais notáveis de Londres para discutir os fundamentos éticos e as alegadas vantagens do processo (DENMAN, 1), profligado depois, na França, por JEAN-LOUIS BAUDELOCQUE (1807) e sua escola, que lhe descreviam os « tristes frutos » e por CAPURON, qualificando-o de « atentado contra as leis divinas e humanas ».

Os autores clássicos franceses, do século XVII ao XIX, dão-lhe o nome de « accouchement prématuré artificiel », para distingui-lo do « accouchement forcé » de AMBROISE PARÉ e GUILLEMEAU. No primeiro, ensinava RITGEN, a natureza faz quase tudo e a arte não lhe imprime senão ligeira impulsão; no segundo, a arte não lhe imprime senão ligeira invidade, e o que a natureza cede, é preciso ser arrancado à duras penas (2).

MOXIUS não tardará a sentenciar que o parto prematuro artificial provoca a expulsão do concepto, antes de mais nada para salvar a gestante, e sendo aquele viável « vivere tamen potest, aut saltem non defraudatur vita animae, quia vivus nascitur et baptizari potest » (3).

O problema das indicações transmudou-se, através a evolução experimentada pela Obstetrícia. A outrora indicação prin-

1) In - Charpentier, A. — « Traité Th. et Prat. des Accouchements », J. B. Baillière & Fils, Paris, 1890, Tome Second, p. 828.

2) Caseaux, P. — « Traité Th. et Prat. de l'Art des Accouchements », 10ème. ed., H. Lauwereyns, Paris, 1883, p. 1043.

3) Liv. II, cap. XVI, p. 495, apud Caseaux, 2.

cipe da indução do parto, e a mais freqüente delas, que justificou, por si só, a difusão dos seus métodos, o vício pélvico, é hoje excepcional, para não dizer obsoleta, diante dos aperfeiçoamentos técnicos e da segurança de resultados oferecida pela operação cesariana, ao lado dos temores que a prematuridade suscita, com os seus percalços diversos, ajuntados aos riscos de um trabalho parturiente cuja evolução pode ser vagarosa, irregular, ou entremeiada de surpresas.

Obtém anuência geral o preceito de que as induções não se devem jamais consumir antes da 30.^a semana de gestação, quando o conceito tem minguadas oportunidades de sobrevivência, e que aumentam de 10 %, todavia, a cada semana daí por diante decorrida.

GREENHILL (4) divide as indicações atuais em quatro epígrafes: 1 — Doenças peculiares à prenhez (*toxemias tardias da prenhez, placenta prévia, abruptio placentae, polihidrâmnio*). 2 — Doenças associadas à prenhez (*tuberculose pulmonar, enfermidades cardíacas, nefrites, diabetes*). 3. — Morte habitual do feto, após a viabilidade e antes do termo (*mal de Bright, eritroblastose, diabete*). 4 — Prenhez prolongada « verdadeira ».

Se a mortalidade e a morbidez maternas desapareceram praticamente dos procedimentos modernos de indução do parto, a mortalidade peri-natal é ainda significativa e está vinculada à idade da gravidez e às indicações que aconselharam a sua interrupção. Os produtos das gestações patológicas, os das portadoras de afecções sistêmicas de evolução crônica, os que se apresentam ou dispõem de forma anômala e desfavorável no claustro materno, têm menores probabilidades de vingar que os oriundos de mulher sadia ou sem problemas obstétricos de natureza mecânica. Deve-se sublinhar, entretanto, que se vem encorpando, na literatura, a casuística de conceitos que sobreviveram, sadios, e viram a luz com pesos entre 500 e 1.000 gramas, obra quase miraculosa da conjugação de préstimos da assistência pediátrica idônea, enfermagem qualificada e aparelhagem aperfeiçoada. EASTMAN (5) propõe, por isso mesmo, que se traga os limites da viabilidade ao peso fetal de 400 gramas (aproximadamente 20 semanas de gestação), e depois da divulgação dos casos de MONRO (6) e de FAKIM (7), em que os infantes, com 397 e 454 gramas, respectivamente, sobreviveram.

4) « Obstetrics ». Eleventh Ed., W. B. Saunders, Philadelphia and London, 1955, p. 325.

5) « Williams Obstetrics ». Tenth Ed., New York, 1950, p. 476.

6) Canad. M. A. J., 40, 69, 1939.

7) Brit. M. J., 2, 445, 1950.

As indicações mais triviais da indução do parto em nossos dias, são:

a) as toxemias tardias da prenhez, acolhidas pelos competentes como a motivação magna. Nem sempre é fácil alvidrar o momento azado à interrupção. RUSSEL & REINBERG (8) e DIECKMANN (9), entre outros, trouxeram orientação normativa prestimosa.

Os primeiros, estabeleceram o « break » ou « end point » no tratamento médico das pacientes com toxemia tardia da prenhez:

1 — Quando a temperatura, o pulso e a respiração se desorganizarem; 2 — Quando sobrevém oligúria e anúria; 3 — Quando há sinais de edema pulmonar; 4 — Quando aparece a cianose ou se acentua sobremodo.

DIECKMANN (9) preceitua que a eclâmptica é alvo indejável para uma operação, e o tratamento médico deve ser usado no domínio às convulsões e para promover a diurese, antes de ensaiadas quaisquer tentativas de interrupção da gravidez. Se houver desproporção céfalo-pélvica, ou diante de uma forma de eclâmpsia grave, com a cérvix fechada ou não desmanchada, a operação cesariana é a solução preferível. Quando o colo está maduro, impõe-se a indução do trabalho parturiente pelos métodos adequados (rotura das membranas, balões), mandando a prudência evitar os recursos mecânicos, na ausência de condições cervicais favoráveis (9).

TAYLOR (10) ressumou de sua experiência o tempo ótimo para a interrupção da prenhez:

Hipertensão grave + albuminúria grave: 33.^a semana.

Hipertensão moderada + albuminúria grave: 37.^a semana.

Hipertensão grave + albuminúria moderada: 39.^a semana.

Hipertensão moderada + albuminúria moderada: 39.^a semana.

b) As insuficiências renais, esboçadas ou evolutivas, e certas pielo-nefrites, que não respondem ao tratamento médico, figuram entre as indicações de indução do parto.

c) As doenças cardíacas são atualmente uma indicação rara, sendo de evitar-se a interrupção da gravidez durante a fase de descompensação, que pode surgir, entretanto, após o secundamento. Quando à cardiopatia combina-se uma nefrite, a indução do parto é imperativa para salvar o produto, mas a indicação verdadeira é a nefrite (11).

8) South M. J., 29, 841, 1936.

9) « The Toxemias of Pregnancy ». Second Ed. The C. V. Mosby Co., 1952, p. 566.

10) Geb. u. Frauenh., 15, 3, 1955.

d) As desproporções feto-pélvicas moderadas já não fazem parte das estatísticas dos grandes serviços como condicionantes das induções do parto. MAGALHÃES fôra um entusiasta do, que chamou, com propriedade, «a antecipação do parto», objeto de tantas restrições atualmente, como linhas atrás salientamos.

e) O ovo patológico, diagnosticado com segurança pelo roentgenograma.

f) Indicações de índole puramente obstétricas (placenta prévia, o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, o polihidrâmnio) podem despontar, e o fundamental é deter a evolução da prenhez antes de estarem, gestante e conceito, em perigo (4).

g) A morte habitual do feto, ao término da gravidez, quando não dependente da sífilis, e ligada à doença hemolítica peri-natal ou ao diabetes, aparece como uma indicação lícita, embora sem oferecer percentagem compensadora de resultados exitosos.

h) Gravidez protraída ou seródia constitui indicação inconcussa, sem embargo das dificuldades clínicas de estabelecer, com segurança, que a prenhez ultrapassou os seus prazos normais de duração. Frequentemente, uma averiguação pertinaz da história da paciente e o seu reexame, concluem por um erro de cálculo (11).

Em verdade, não há nenhum critério seguro para firmar o diagnóstico de pós-madurez, e os roentgenogramas fetais permitem apenas uma avaliação volumétrica aproximada do conceito. O ponto de BÉCLARD (sinal de ossificação na cartilagem da epífise inferior do fêmur), comprovadamente ausente em cerca de 20 % dos fetos de termo, já foi assinalado em prematuros. De outra parte, está longe de ser pacífica a opinião de que as gravidezes protraídas imprimam um risco maior ao produto. GEORGHIOU & LEUTHOLD, num trabalho de 1944 (12), estimam a taxa de mortinatalidade das prenhez prolongadas, em 50 %. LATTO (13), porém, observando minuciosamente 171 gestações que evoluíram pelo menos 42 semanas, após o primeiro dia do último catamênio, encontraram somente 9 óbitos fetais, e em 8 deles a causa-mortis não teria relações com a pós-madurez; na outra história clínica, o óbito foi atribuído à senescência da placenta.

11) Davis, C. H. — « Gynecology and Obstetrics ». Vol. II, Chapter One, W. F. Prior Co., Inc., 1953, p. 7.

12) Cit. in Pierret, R. — Bull. Féd. Soc. Gyn. & Obst. L. Fr., 4, 309, 1952.

13) Brit. M. J., I, 1364, 1951.

A apreciação das chamadas indicações eletivas da indução do parto, constitui a faceta mais interessante do assunto em tela. Consoante a pregação de seus partidários (ERVING & KENWICK, 14) as vantagens principais seriam:

- 1 — diminuir as complicações anestésicas, por aspiração do conteúdo estomacal;
- 2 — impedir os inconvenientes dos trabalhos de parto precipitados, fora de ambiente hospitalar;
- 3 — prevenir a super-lotação das maternidades.

ERVING & KENWICK não admitem que a gestante deva decidir, de seu próprio alvedrio, sobre a indução não lhes parecendo tampouco, que as indicações sejam puramente médicas ou justificadas apenas por motivação urgente. Defendem, ao invés, que as induções eletivas, quando feitas na paciente adequada, no tempo próprio e por pessoa competente, são perfeitamente inócuas.

As indicações «eletivas» mais correntes podem ser assim enumeradas: (14, 15, 16).

a) De ordem geográfica, talvez compreensíveis numa época como a nossa, em que há a preocupação de centralizar os partos, e convém prevenir o desencadear inesperado do trabalho parturiente em pacientes que habitam à considerável distância do hospital, e ficariam sujeitas aos perigos e desconfortos de uma assistência improvisada.

b) Pacientes cujos comemorativos expõem a história de partos anteriores extremamente rápidos; múltiparas, pelo geral com parturições ultimadas em menos de 6 horas; pacientes que têm dado à luz produtos progressivamente maiores; gestantes com a chamada cérvix «madura», isto é, desmanchada e dilatada para 3 cms. ou mais.

c) As mulheres pejudicadas com «complexo de ansiedade», prêsas de distúrbios emocionais, ou naquelas em que houve interferência de alguma circunstância excepcional, pessoal ou familiar.

d) múltiparas, com previsão de tocopatia ou distócia (ventre pêndulo, acometimento vascular, varices, hemorróides, insônia, dores abdominais baixas).

Em todas estas circunstâncias a indução seria bemvinda, cercada a sua prática, naturalmente, da mais absoluta segurança, e obediente ao postulado do «first do not harm» (16).

14) Am. J. Obst. & Gyn., 64, 1125, 1952.

15) Winn, Ware & Schlin - South M. J., 46, 1186, 1952.

16) Ullery, J. C. — In: Lull & Kimbrough, «Clinical Obstetrics», J. B. Lippincott Co., Philadelphia - London - Montreal, 1953, p. 464.

Há regras invioláveis nas induções eletivas (apresentação profundamente insinuada, colo maduro, obstetra experiente e capaz) e situações clínicas a evitar afincadamente (primiparidade tardia, pacientes diabéticas ou anteriormente cesariadas, apresentação pélvica). Nada, porém, é mais eloquente, como cláusula coercitiva das demasias que se praticam neste terreno, que a determinação de ULLERY: « It is never justified for the convenience of the physician and every induction must include an examination of his conscience in addition to the examination of the patient's cervix ».

JORGE DE REZENDE

INDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Sobrevida no câncer da mama em relação à estrutura do tumor primário e gânglios linfáticos regionais — BLACK, M. M. e SPEER, F. D.</i>	349
<i>Um método conservador de retirada da cadeia mamária interna em bloco com a mastectomia radical — ARIEL, I. M.</i>	350
<i>Resultados finais dos partos de nádega no Lewis Memorial Maternity Hospital — SCHMITZ, H. E., SMITH, C. J., e CLUMPVER, E. R. ...</i>	350
<i>Novas experiências com "sky blue" in vivo no estudo dos linfáticos ginecológicos — EICHNER, E., MALLIN, L. P. e MORTON, L. A.</i>	351
<i>Locais de metástase do carcinoma uterino — HOLZAPFEL, J. H. e EZELL, H. E.</i>	352
<i>O uso da cortisona na prevenção da eritroblastose em filhos de mães Rh sensibilizadas — DYER, I., SMITH, R. C., DENT, J., DERBES, V. e DAVENPORT, J.</i>	352
<i>Técnica de enchimento com pérolas para a irradiação com doses uniformes da cavidade endometrial — HENDRICKS, C. W., CALLENDINE, G. W., NORTON, J. L.</i>	353
<i>Cesária iterativa — WOLFF, J. R., ROTER, A.</i>	353
<i>Exploração do útero depois do parto — HAWKINS, R. J.</i>	354
<i>Agênese da vagina. Seu tratamento cirúrgico com enxertos livres da pele — BOGNATI, E. P. e PEYCERE, L. M.</i>	354
<i>Contribuição ao estudo da síndrome de CHIARI-FROMMEL — BALINA, P. A.</i>	355

<i>Gravidez e mastectomia radical por câncer — ALBERTELLI, J. e</i>	356
<i>GALLEGOS, R.</i>	
<i>Fisiologia e valor diagnóstico do muco cervical — VARGAS, F. P. ..</i>	357
<i>O diagnóstico das portadoras do gene hemolítico — VERSTRAETE, M.</i>	
<i>e VANDEN-BROUCKE, J.</i>	357
<i>Orientação moderna sobre a patogenia e terapêutica das síndromes</i>	
<i>climatéricas — GIOCOLI, G.</i>	358
<i>Cinco anos de experiência com um método pessoal de salpingo-ovário-</i>	
<i>pexia — SPOTO, P.</i>	359
<i>Complicações do tratamento hormonal no câncer avançado da mama —</i>	
<i>FARIA, V., SCARINE, C. e SYLVESTRE, W.</i>	360

APARELHOS PARA HOSPITAIS
CIRURGIA — LABORATORIO
PRODUTOS QUIMICOS
E CORANTES

RIO-MEDICO

COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

Rua Rodrigo Silva, 14 - 5.º and.
Telefone 42-4204

End. Telegr.: Rocchigiani
Rio de Janeiro

histiocitose sinusal dos gânglios regionais e do infiltrado linfocitário do tumor primário. — C. A. Zanotta.

Um método conservador de retirada da cadeia mamária interna em bloco com a mastectomia radical (*A conservative method of resecting the internal mammary lymph nodes en bloc with radical mastectomy*) — ARIEL, I. M. — (*Surg., Gynec. & Obst.*, 100:623, maio de 1955).

O A. tece inicialmente considerações a respeito da insuficiência da mastectomia radical nos moldes da operação de HALSTED para os casos em que o carcinoma invadiu a cadeia mamária interna e passa em revista as várias condutas preconizadas modernamente, tanto no sentido de uma maior radicalidade cirúrgica, quanto da técnica de Mc WHIRTER.

Coloca-se ao lado dos que propõem a retirada da cadeia mamária interna, apresentando suas razões para tal e apresenta, ilustrada por 6 gravuras, a técnica por ele adotada, e que é uma modificação das de MARGOTTINI, URBAN e SUGARBAKER, sendo mais conservadora que estas em relação à parede torácica, pois, retirando um segmento de apenas 3 a 4 cm. de largura, permite uma aproximação direta das costelas com fios de aço.

Termina o trabalho salientando as vantagens cirúrgicas, post-operatórias e estéticas desta técnica, e apresentando uma bibliografia atualizada. — C. A. Zanotta.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Resultados finais dos partos de nádega no Lewis Memorial Maternity Hospital (*End results of breech deliveries at Lewis Memorial Maternity Hospital*) — SCHMITZ, HERBERT E., SMITH, CHARLES J., CLUMPVER, EUGENE R. — (*Am. J. Obst. & Gynec.*, 69:984, maio, 1955).

Os AA. encontraram ec 31 anos de atividades do Hospital, uma incidência de 3,9 % de partos de nádega, representando 1.544 de um total de 38.962.

A mortalidade materna corrigida foi nula, embora a morbilidade se verificasse em 8,5 %. Se, em vez do parto espontâneo ou apenas auxiliado, se procede à extração, a morbilidade atinge o valor mais alto e as hemorragias pos-parto atingem o máximo.

A mortalidade fetal corrigida foi de 4,2 % e a morbilidade de 2,27 %. Também aqui a extração importa em elevação da mortalidade.

O emprêgo de episiotomia se associou, na presente série, a uma incidência de mortalidade correspondente à metade da verificada nos casos em que não foi feita. A anestesia geral, contrastando com a regional ou com o não emprêgo de anestesia, aparece associada à menor incidência de mortalidade.

O prolapso do cordão foi responsável por 8,9 % das mortes fetais.

Como resultado destas estatísticas, estabelecem os A.A. determinados princípios na orientação do parto de nádega para o Hospital em que trabalham: parturição espontânea até o umbigo, anestesia profunda pelo éter, observação atenta e medidas terapêuticas adequadas nos partos prolongados normais, grande episiotomia e aplicação do fórceps na cabeça derradeira em todos os casos em que esta não se desprenda com facilidade. — *Cid Braune Filho.*

Novas experiências com «sky blue» in vivo no estudo dos linfáticos ginecológicos (*Further experiences with direct sky blue in the «in vivo» study of Gynecologic lymphatics*) — EICHNER, EDUARD, MALLIN, LLOYD P. e MORTON, L. ANGELL — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1.019, maio de 1955).

Continuando suas pesquisas com o emprêgo da Wydase e do D. S. B. por injeções em mulheres e cadelas, procuram identificar as vias seguidas, de preferência, pelo corante, aos nódulos ilíacos externos. Estudam, ao mesmo tempo, a drenagem linfática de vagina, lábios e canais femurais e ingunais.

O caminho preferencial de transmissão do D. S. B. aos nódulos ilíacos externos obtém-se injectando na fúrcula ou nos grandes lábios. A drenagem vulvar e labial não vai diretamente aos nódulos inguinais, seguindo, ao que parece, as vias pudendas, externa e interna, com suas muitas variações.

O D. S. B. distribue-se primeiramente nos simpáticos perivasculares e na camada elástica interna dos vasos menores, o que sugere a necessidade de remover cirurgicamente as bainhas vasculares das artérias e veias da região.

Experiências na cadela mostraram a necessidade de um grande lapso de tempo e de um extenso bloqueio linfático para que chegue o corante dos lábios aos nódulos inguinais.

Inflamações e outros processos patológicos modificam ou inibem o tipo normal de distribuição do corante.

A Wydase produz maior dispersão do corante, sendo necessária ao estudo adequado dos linfáticos pelvianos; dispensável nas pacientes moças é exigida nas mais idosas.

Consideram os A.A. que o D. S. B. é excelente para estes estudos, não sendo ideal, apenas, por alterar-se sua distri-

Houve 37 crianças vivas, 8 natimortos e 5 mortes neo-natais. Das vivas, 5 eram Rh negativas.

Dessa análise concluem os A.A. que os resultados não melhoraram significativamente e que não se justifica o uso da cortisona no tratamento ou prevenção da eritroblastose fetal. — *Cid Braune Filho.*

Técnica de enchimento com pérolas para a irradiação com doses uniformes da cavidade endometrial (*A bead packing technique for the application of uniform doses of irradiation to endometrial cavity*) — HENDRICKS, CHARLES W., CALLENDINE, GEORGE W., NORTON, JOSEPH L. — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1.039, maio de 1955).

Utilizam os A.A., para a irradiação intra-cavitária, esferas de aço inoxidável de 5/16 polegadas de diâmetro, unidas em colar de 10, 15, 25 ou 35 pérólas. Estas esferas são carregadas com cobalto (Co^{60}).

Com tal processo, de que estudam minuciosamente a técnica de aplicação, dosagem ideal, etc., obtém um enchimento muito mais uniforme da cavidade uterina, evitando, assim, os perigos de dosagens excessivas em certas zonas e deficientes em outras. Os quadros de dosagem fornecem um meio simples de calcular o tempo requerido para a dosagem adequada. — *Cid Braune Filho.*

Cesária iterativa (*The repeat cesarean section*) — WOLFF, JOHN R. e RÖTER, ALEXANDER — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1.070, maio de 1955).

Tem sido notado crescente emprêgo da cesária em todos os centros obstétricos. Daí o grande número de mulheres « com prévia cesária », representando problema frequente a considerar.

No Estado de Illinois, nos Estados Unidos, em 1953, ocorreram 197.458 partos, dos quais 7.097 por cesária, ou seja 3,59 %, com 63 mortes maternas, sendo 12 associadas à cesária e 3 em cesária iterativa (1 morte por anestesia geral, 1 morte por anestesia raquidiana e 1 por septicemia).

Embora SCHMITZ tenha alterado a sentença conhecida para « Once a section, not necessarily always a section », devemos ter em mente, acentuam os A.A., que há um grande grupo de pacientes em que a indicação da primeira cesária persiste, sendo imperiosa a cesária iterativa. A tal ponto que a indicação de cesária é a sua existência anterior. O trabalho dos A.A. fundamenta-se em 200 cesárias iterativas consecutivas

em doentes particulares. Na ausência de fatores complicantes a cesária é programada para 10 a 14 dias antes do termo, sendo este determinado pela história menstrual, exames prenatais repetidos, radiografias no sétimo mês aproximadamente e próximo ao termo.

Das 266 pacientes cesarianadas previamente, 200 tiveram cesária iterativa, sendo 162 eletivas, 38 de emergência, no começo do parto 30, por placenta prévia 4, por abruptio placentae 3 e por toxemia 1. Não ocorreram mortes nesta série. No Estado de Illinois, em 1953, ocorreram 3 mortes por cesária: 1 devido a prolongada septicemia e 2 na mesa operatória, provavelmente por anestesia.

Nas 200 cesárias iterativas houve 5 mortes fetais, devidas à prematuridade e ao emprego da anestesia. — *A. de Moraes.*

Exploração do útero depois do parto (*Exploration of the uterus following delivery*) — HAWKINS, ROBERT, J. — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1.094, maio de 1955).

O A., depois de acentuar que o método não é novo, diz que tem sido considerada boa conduta explorar a cavidade uterina após versão, craniotomia, decapitação, remoção manual de placenta, em todos os casos de hemorragia pós-parto ou suspeita de rotura de útero. A exploração rotineira do útero, diz o A., não é contudo procedimento aceito.

As pacientes, no Hospital de Sant'Ana da Universidade de Loyola, onde o A. trabalha têm alto no quarto ou quinto dia do puerpério. Tal limite de observação determina certo número de perigos que não foram previamente considerados. Daí o internamento de novo das pacientes com sintomas hemorrágicos, devidos a tecido placentário retido.

Num total de 3.255 pacientes, em que foi feita essa revisão, somente uma voltou a ser internada, perdendo sangue. Num outro grupo de controle, representado por 1.098 pacientes, seis voltaram com hemorragia devida a retenção de tecido placentário. O A. sugere que outros pratiquem o método, para provar que a conduta deva ser considerada certa ou errada. — *A. de Moraes.*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Agénese da vagina. Seu tratamento cirúrgico com enxertos livres da pele (*Agénese de vagina. Su tratamiento quirúrgico con injertos libres de piel*) — BOGNATI, ENRIQUE P. e PEYCERE, LUIS M. — (*Bol. de la Soc. Obst. y Ginec. de Buenos Aires*, 483:67, maio de 1955).

P/ Ano XX

DEZEMBRO DE 1955

Vol. 40-N.º 6

SAME

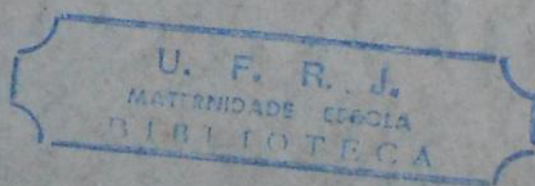
ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

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.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XX

Dezembro de 1955

Vol. 40 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

A utilização semiológica do pregnandiol urinário — PROF. DR. JORGE DE REZENDE e DR. ERICSSON LINHARES ... 361

Um método de obtenção, purificação e dosagem química das gonadotropinas coriônica, sérica e da mistura das gonadotropinas hipofisárias excretadas pela urina (Nota prévia). — DR. ANTONIO L. S. TOCANTINS e DR. JEFFERSON DE SOUZA LEÃO ... 371

Prenhez dupla monoâmica. Apresentação de um caso, com sobrevivência de ambos os fetos. — DR. NELSON A. PEDRALI SAMPAIO ... 377

EDITORIAL

Retinopatia da prematuridade ... 385

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de aperfeiçoamento em Ginecologia. Cátedra do Prof. Medina, S. Paulo ... 387

9.º Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia ... 389

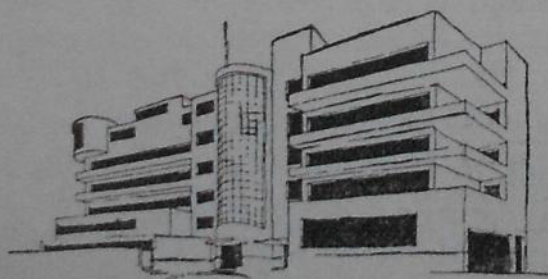
8.ªs Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia ... 390

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Proceedings of the First World Congress on Fertility and Sterility. — Vol. I e Vol. II, publicados por International Fertility Association, México, 1955 ... 394

Annual report on the results of treatment in carcinoma of the uterus. — DR. J. HEYMAN (editor), 10.º Vol., Stockholm, 1954 ... 394

RESUMOS (Ver índice próprio)



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do
Prof. ARNALDO DE MORAES

Travessa
Frederico Pamplona, 32
Copacabana

TEL. 57-8110

RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 5 dias: Cr\$ 5.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre, tumores do seio. — Tratamento de moléstias de senhoras. — Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS EXTRANHOS À
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS.

**PRENHÊS DUPLA MONOÂMNICA
APRESENTAÇÃO DE UM CASO, COM SOBREVIDA
DE AMBOS OS FETOS (*)**

DR. NELSON A. PEDRAL SAMPAIO

Assistente de Obstetrícia do Pronto Socorro do Hospital de Clínicas de S. Paulo.
Médico da Casa Maternal e da Infância.

Em vista da raridade da sobrevivência de ambos os fetos na prenhez monovitelina monoâmnica, nos animamos à apresentação deste caso.

Fizemos revisão tão completa quanto possível, da literatura estrangeira. Na literatura nacional encontramos referência unicamente a 3 trabalhos: a tese de GELAS F.^o (12) de 1921, DELASCIO e cols. (9) (1949) e SZNEJDER (1953) (30), não tendo o primeiro sobrevivida de ambos os fetos. Seria este, portanto, o 3.^o caso da literatura nacional.

Histórico: Toda a literatura não é acorde quanto aos dados históricos, sendo de se notar que entre os autores antigos alguns admitiam, e outros não, a existência da prenhez dupla monoâmnica.

Os tratadistas antigos admitiam mostrando mesmo em suas gravuras a existência da prenhez dupla monoâmnica. Entre estes podemos citar ROSLIN, RUEFF (1580), SCIPIÃO MERCURIO (1642) (1). De fato, segundo ALFIERI (1), o próprio HIPOCRATES admitia a existência desta variedade de prenhez dupla.

Com o passar dos tempos, as autoridades obstétricas passaram a duvidar e mesmo negar a existência da prenhez dupla monoâmnica. Assim, MAURICEAU, LEVRET e outros negam sua existência.

BAUDELOCQUE, se bem que não negue, prefere admitir como erro de observação a prenhez dupla monoâmnica.

A primasia da apresentação desta variedade de prenhez dupla parece caber a JACOB Von BACK em 1649 se bem que JEANNIN (21) não aceite esta afirmação dando a VIARDEL (1671) a 1.^a descrição.

(*) Apresentado na sessão de Ginecologia e Obstetrícia da A. P. M. em 30. 6. 1955.

Em 1935, QUIGLEY (27) fez uma revisão da literatura mundial relatando a existência de 109 casos havendo sobrevida de ambos os fetos em 17 casos ou seja 15,6 %.

PARKS e EPSTEIN (25) (1940) apresentam um caso de dupla sobrevida e que consideram o 1.º da literatura norte-americana, entretanto CHARLTON, WINSTON e CHOMKO (5) (1953) chamam atenção para o caso de McCORMICK (1929) que seria o 1.º norte-americano.

COULTON, HERTIG e LONG (7) (1947) reviram a literatura de língua inglesa a partir de 1935 e acrescentaram 7 casos com dupla sobrevida.

SCHLUREN (29) (1952) citando SCHRANK diz ter conseguido reunir 142 casos na literatura mundial até 1940.

HANES (19) (1954) calcula haver 152 relatados até o momento.

Incidência: É difícil se estabelecer a incidência real deste fato. Achamos que talvez a excessiva raridade do fato se deva, em parte, a não publicação.

A incidência referida pelos diversos autores varia muito desde a de MÜLLER, citado por ALFIERI, que lhe dava a incidência 1:6.000 partos normais até a de RIECKE, ainda citado por ALFIERI, que atribue uma incidência de 1:203.760 partos normais. Entretanto RIECKE chegou a esta conclusão pelo número de enovelamentos e nós de cordões, o que, sabemos, é frequente mas não obrigatório na prenhez monoâmica. ALFIERI computando várias estatísticas e calculando de acordo com a relação de HELLIN de 1:87,83 partos duplos para partos simples chega à incidência de uma prenhez monoâmica para 19.498 partos simples. QUIGLEY refere 1:60.000 partos normais.

Um fato que é interessante ser notado é que a incidência de prenhez dupla bivitelina varia com caracteres raciais o que não se dá com prenhez monovitelina.

Etiologia: A maioria dos Autores considera a prenhez dupla monoamniótica como verdadeira monstruosidade. Assim, no dizer de TARUFFI: «Os gêmeos monocorais representam durante a vida intra-uterina uma dupla monstruosidade extra fetal».

Para JEANNIN a prenhez dupla monoâmica é um passo intermediário, «um dos anéis da cadeia interrompida que liga os gêmeos propriamente ditos aos monstros duplos aderentes».

Foram aventadas duas teorias para explicação da prenhez monoâmica:

A) — Duas bolsas amnióticas cuja separação desaparece no início da vida fetal. Seria portanto um acontecimento casual, um verdadeiro acidente da gestação. Em favor desta teoria



Fig. 1 — Anexos do caso observado.

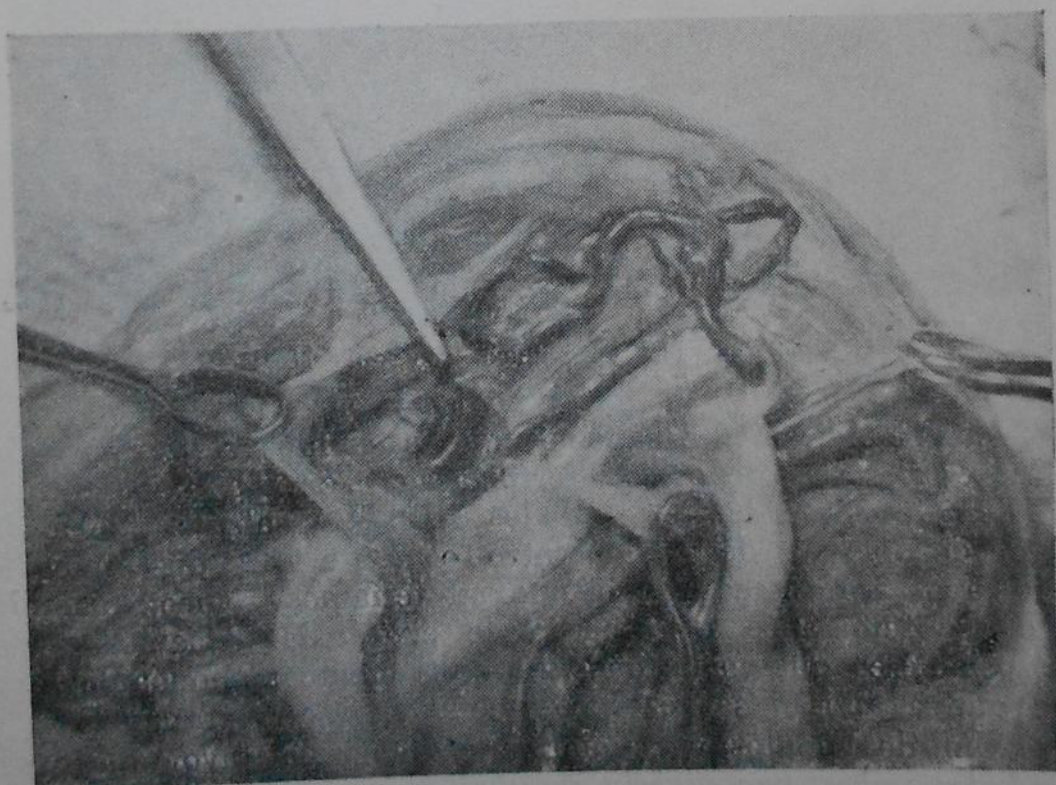


Fig. 2 — Anastomoses funiculares superficiais ao nível da face fetal da placenta.

temos MECKEL, KLEINWACHTER, que diz que o septo se necrosa após ter sido lacerado por movimentos dos fetos em ambos os lados, AHLFELD, VELPEAU e TARNIER entre outros e que dão como um dos mais fortes argumentos restos de divisão amniótica entre os cordões. No momento atual há poucos defensores dêste ponto de vista.

B) — Bolsa amniótica originariamente única. Teoria defendida inicialmente por SCHULTZE, ELEUTERESCU, BAR, TARUFFI, BUMM e hoje aceita por quase todos os autores. BUMM apresenta como um dos seus argumentos um caso em que se encontrou prenhez dupla monoâmica com um único cordão que se bifurca próximo de sua inserção.

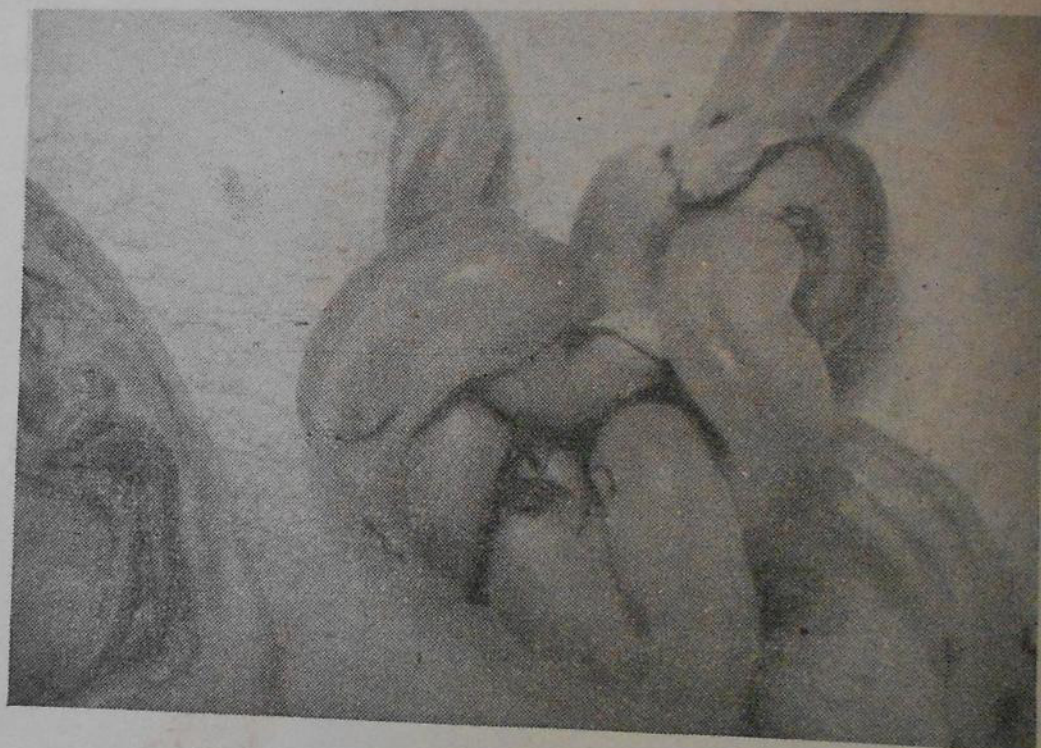


Fig. 3 — Nó verdadeiro dos dois cordões.

Embriològicamente sabemos que o âmnios se forma entre o 7.º e 13.º dias depois da fertilização e o eixo axial entre o 13.º e 14.º. Baseado nestes dados HERTIG calcula que a divisão do ovo se deva dar entre o 7.º e 13.º dias, pois se feita após a formação do eixo axial teríamos gêmeos biamnióticos, se feita após a formação do eixo axial teríamos monstros siameses que nada mais são que gêmeos monoamnióticos em que a divisão se fez incompletamente ou tardiamente.

Um dos pontos de maior importância a favor da teoria da bolsa única, por divisão do ovo entre o 7.º e 13.º dias, a nosso ver é a alta frequência de casos de malformações de um dos fetos: acardiacus, amorfus ou fetos mumificados.

Complicações obstétricas: Em vista de termos os dois fetos em uma única bolsa amniótica é comum encontrarmos circulares de um ou dos dois cordões e nós dos dois cordões determinando o óbito de um ou dos dois fetos.

Das 109 pacientes de QUIGLEY, 41 tiveram ambos, feitos mortos (37,6 %) e 20 (18,3 %) apresentaram óbito de um dos fetos. A mortalidade fetal geral, portanto, é de 68 %.

A época em que mais frequentemente se dão os nós é por volta do 5.º mês, quando a quantidade de líquido é relativamente grande e os fetos pequenos. Os nós dados no fim da gestação se distinguem dos que se fazem nesse período, porque nestes quase não encontramos gelea de WHARTON. O enovelamento e os nós dos cordões se dão em cerca de 58 %.

No momento do parto pode se dar frequentemente prolapso do cordão do 2.º feto. Se bem que a existência de 2 fetos em uma só bolsa pareça favorecer o encravamento, como nos demais casos de prenhes dupla, não encontramos referência a um só caso.

A seguir apresentamos o caso que nos foi dado observar em que verificamos uma prenhes dupla monoamniótica com nó verdadeiro dos cordões com circular em torno de um dos fetos com o consequente prolapso do cordão do segundo feto.

Registro n.º 31938 — M. A. Q. — 36 anos — Preta.

Deu entrada na Casa Maternal em 18/5/54 com edema dos membros interiores há 15 dias. PA 160x80 — Pulso 80 — Temp. 37,0 C.

Antecedentes familiares: nega prenhes dupla em sua família. Ignora existência do lado do marido.

Antecedentes obstétricos: V gesta. IV para — Gestações, partos e puerpérios anteriores normais.

U. M. 20/8/53 — 27/5/54.

Refere vômitos nos primeiros meses da atual gestação.

<i>Exame Físico geral</i>	{ Aparelho respiratório: n. d. n. Aparelho circulatório: exceto a hipertensão já referida nada mais de anormal. Membros: edema
<i>Exame Obstétrico</i>	{ Mamas — nada de anormal Abdome — Edema suprapúbico. Abdome Pêndulo. Utero 32 cms. de altura. Circunferência abdominal 106 cms. Maior eixo uterino longitudinal. Palpação — escava ocupada por polo cefálico, fundo por polo pélvico. Escuta — foco na linha mediana junto à cicatriz umbilical. Toque — Colo grosso para um dedo. Bolsa integra. Apresentação cefálica alta e movel.

Não foi feito diagnóstico de prenhes dupla no momento da integração.

No dia de sua internação foram pedidos os seguintes exames:

Urea: 25 mg. %
 Urina: abumina — traços leves
 celulas — diversas
 leucocitos — vários
 pus — raros grumos
 hemácias — raríssimas

PARTO: Rotura espontânea da bolsa às 11:00 de 28/5/54. Desprendimento do 1.º feto em OP às 11:30 notando-se nó de cordão em uma circular em torno do abdome e na região inguinal. Este nó era feito por intermédio do cordão do 2.º feto que portanto, estava em prolapso. Desprendimento do 2.º feto em O.P. às 11:40.

Dequitação normal 10 minutos após o parto do 2.º feto. Placenta 450 grs. Inserção central e paracentral dos cordões havendo anastomoses superficiais entre vasos das áreas placentárias correspondentes a cada feto. Fetos ambos do sexo feminino tendo o primeiro 2435 grs. e o 2.º 1900 grs. de peso.

Quinze dias após o parto pesavam respectivamente 2325 grs. e 2120 grs. Tiveram alta no 17.º e 19.º dia respectivamente com 2385 e 2130 grs.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALFIERI, E. — « La Gravidanza Bigemina Monocoriale e monoamniotica ». — « Ann. di Obstet. », 25:280, 331, 525 — 1903. — 2) ATWOOD, W. G. — « Knotting of the Umbelical Cord » — « Surg. Gynec. Obst. », 55:96, 1952. — 3) BOYLE, J. B. e RICHTER, C. F. — « True knot in the Umbelical Cord causing death of monoamniotic twins in a primipara before labor » — « Am. J. Obst. Gynec. », 53:886, 1947. — 4) BRIQUET, R. — « Obstetrícia Normal », pág. 442, 1946, Editora Renascença. — 5) CHARLTON, A., WINSTON, H. G. e CHOMKO, M. — « Monoamniotic Twin Pregnancy » — « Obst. Gynec. », 2:148, 1943. — 6) CONYBEARE, R. C. — « Monoamniotic Twins; Revue of the literature with case report » — « Obst. e Gynec. », 4:444, Out. 1954. — 7) COULTON, D., HERTIG, A. T., LONG, W. N. — « Monoamniotic Twins » — « Am. J. Obst. Gynec. », 54:119, 1947. — 8) DE LEE, J. B., GREENHILL, J. P. — « Principles and practice of Obstetrics », pág. 418, 9th edition, 1947 — W. B. Saunders Company. — 9) DELASCIO, D., CASTRO, A., CIARI, JR., C. — « Gravidez dupla monoamniótica » — « Rev. Gin. e Obst. », 43:301, 1949. — 10) DEVRAIGNE, M. L. — « Un œuf monoamniotique » — « Bull. Soc. Gynec. Obst. », 28:518, 1940. — 11) DIETRICH, S. — « Monströse Verschlingung der Nabelschnüre monoamniotischer Zwillinge » — « Zentralb. für Gynäk. », 38:587, 1914. — 12) EASTMAN — « Williams Obstetrics », 10ª ed., 1950. — Appleton Century Crofts Inc. — 13) ELERT, R. — « Monoamniotische Zwillinge » — « Ztschr. für

- Geburtsh. v. Gynäk. », 116:324, 1938. — 14) FREWER, E. — « Twins with doubly knotted cords Brit. M. J. », 1:159, 1936. — 15) FUKAS, M. — « Intrauterines Absterben monoamniotischer Zwillinge durch Verschlingung und Verknotung ihrer Nabelschnüre ». — « Gynaecologia », 134:350, 1952. — 16) GATES, R. R. — Human Genetics v. II, pg. 890, 1946. — The Macmillan Co. — 17) GELAS FILHO, P. F. — « Da Gravidez dupla monochorica e monoamnica com transformação papiracea de um dos fetos ». — Tese Fac. Med. S. Paulo, 1921. — 18) HAGOOD, M., STOKES, R. H. — « Double Survival of monoamniotic twins ». — « Am. J. Obst. Gyn. », 65:1152, 1953. — 19) HANES, M. V. — « Monoamniotic Twins Review of the literature with case report » — « Obst. Gyn. », 4(4): 448, Oct. 1954. — 20) JEANNIN, C. — « Grossesse gémellaire monoamniotique » — « Presse Med. », 14:645, 1906. — 21) JONES, W. E. — « Monoamniotic twins pregnancy », « Am. J. Obst. Gynec. », 43:130, 1942. — 22) KING, J. A., HERRING, J. S., WITT, E. D., BLOOB, B. — « Monoamniotic twin pregnancy: report of five new cases ». — « Am. J. Obst. Gyn. », 63:691, 1952. — 23) LITT, S., STRAUSS, H. A. — « Monoamniotic twins, one normal, the other anencephalic multiple true knots in the cords. » — « Am. J. Obst. Gynec. », 30:728, 1935. — 24) MENDEL, E. B. — « Monoamniotic twin pregnancy », — « J. Intern. Coll. Surg. », 15:225, 1951. — 25) PARKS, J., EPSTEIN, J. R. — « Monoamniotic twin pregnancy with living infants » — « Am. J. Obst. Gynec. », 39:140, 1940. — 26) PERES, M. L. — « Compendio de Clínica Obstétrica », 1.^a ed., Lopes e Etchegoyen. — 27) QUIGLEY, JAMES, K. — « Monoamniotic twin pregnancy » — « Am. J. Obst. Gynec. », 29:354, 1935. — 28) RUCKER, M. P. — « Monoamniotic twins with both umbilical cords about the first twin's neck » — « Am. J. Obst. Gynec. », 28:175, 1935. — 29) SCHLUREN, E. — « Nabelschnurumschlingung bei monoamniotischen Zwillingen Gynaecologia », 134:347, 1942. — 30) SZEJDER, D. — « Um caso de gemelarr monoamniotico com sobrevida de ambos os fetos. » — « Rev. Ginec. e Obst. », 47:729, 1953. — 31) VERMELIN, H., RIBON, M. — « Grossesses et accouchements multiples Encyclopedie Medico Chirurgicale » — « Obstetrique », 1.^o v. pg. 5030, 1949.

Double grossesse monoamnique

Résumé

L'Auteur décrit un cas de double grossesse monoamnique avec survie des deux enfants. C'est le troisième cas mentionné dans la littérature brésilienne.

Après révision de la littérature, L'Auteur étudie l'étiologie, la fréquence et les complications qui, en de tels cas, surviennent souvent à l'occasion de la délivrance.

Monoamniotic twin pregnancy.

Summary

The A. reports a case of monoamniotic twin pregnancy with survival of the two babies. This is the third case mentioned in the Brazilian literature.

After a revue of the literature the A. studies the etiology, incidence and the complications which in such cases are prone to occur in labor.

Monoamniotische doppelte Schwangerschaft.

Zusammenfassung

Verf. schildert den Fall einer doppelten monoamniotischen Schwangerschaft mit Ueberleben beider Kinder. Dieses ist der dritte in der brasilianischen Literatur beschriebene Fall.

Nach Durchsicht der Literatur werden Actiologie, Häufigkeit und Komplikationen, die bei der Entbindung derartiger Fälle vorkommen, abgehandelt.

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Prognóstico do câncer de mama em mulheres grávidas e lactantes; análise de 1413 casos — WHITE, T. T.</i>	395
<i>Parto vaginal após operação cesareana baixa — BAKER, K.</i>	395
<i>Comedocarcinoma da mama — STAPLEY, L. A., DOCKERTY, M. B. HARRINGTON, S. W.</i>	396
<i>Linfedema post-mastectomia; investigação clínica sobre suas causas e prevenção — VILLASOR, R. P., LEWISON, E. G.</i>	396
<i>Esterilização tubária puerperal — PRYSTOWSKY, HARRY e EASTMAN, N. J.</i>	397
<i>Púrpura trombocitopênica na gravidez — NEWMARK, FRANKLYN M.</i>	398
<i>Uso da posição de Trendelenburg no diagnóstico da hemorragia intraperitoneal — GILBERTSEN, VICTOR, A.</i>	399
<i>Mortalidade fetal nas cesárias — CAREY, CLAIR M.,</i>	399
<i>Tratamento de suporte, interrupção da gravidez e valvulotomia mitral na condução da gravidez complicada de estenose mitral — MENDELSON, CURTIS L.</i>	400
<i>Carcinoma da mama em mulheres gestantes e lactantes. Revisão de 1375 casos — WHITE, THOMAS TAYLOR</i>	401
<i>Tumores vasculares do útero. Tumores vasculares benignos — PEDOWITZ, PAUL, FELMUS, LAURENCE B., GRAYZEL, DAVID M.</i>	401

<i>Tumores vasculares do útero. Tumores vasculares malignos</i> — PEDO-	
WITZ, PAUL, FELMUS, LAURENCE B., GRAYZEL, DAVID M.	402
<i>Traimento da tuberculose genital feminina</i> — SCHAEFER, GEORGE	402
<i>Conduta no hisurtismo na mulher</i> — WEED, JOHN, C.	403
<i>Tumores do ovário na gravidez</i> — BELL, FLOYD T. e WILSON,	
JAMES A.	404
<i>Mortalidade materna por toxemia, infecção e hemorragia</i> — DONATO,	
VICENTE MARINO	405
<i>Associação largactil-dolantina-pituitrina na condução do parto.</i> — DE-	
WEUS TRIAS DE BES, J. M., e SEGUR FERRER, J. M.	406
<i>Cirurgia conservadora em ginecologia</i> — DI PAOLA, G.	407
<i>Mastose cística por estrogenoterapia</i> — ZUCKERMANN, C.	407
<i>Campanha Nacional contra as neoplasias malignas na mulher</i> —	
ZUCKERMANN, C.	408

APARELHOS PARA HOSPITAIS
CIRURGIA — LABORATORIO
PRODUTOS QUIMICOS
E CORANTES

RIO-MEDICO

COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

Rua Rodrigo Silva, 14 - 5.º and.
Telefone 42-4204

End. Telegr.: Rocchigiani
Rio de Janeiro

RESUMOS

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

SURGERY, GNECOLOGY AND OBSTETRICS

Prognóstico do câncer de mama em mulheres grávidas e lactantes; análise de 1.413 casos (*Prognosis of breast cancer for pregnant and nursing women; analysis of 1413 cases*) — WHITE, T. T. — (*Surg., Gynec. a. Obst.*, 100:661, junho de 1955).

O A. reviu a literatura a respeito do carcinoma da mama que afeta a mulher grávida ou lactante, bem como os casos das pacientes que engravidam após terem sido operadas de um câncer mamário, tendo coligido 1.413 casos, inclusive 40 próprios. Conclui que:

1. — A incidência é baixa, correspondendo a 3 cânceres para 10.000 grávidas e 2,8 % de carcinomas mamários associados à gravidez.
2. — A gravidez subsequente à mastectomia radical por câncer não parece alterar o prognóstico.
3. — A taxa de sobrevida para as mulheres tratadas durante a gravidez ou lactação é comparável à das portadoras de câncer fora destes períodos, desde que não existam metástases; quando estas estão presentes, o prognóstico é muito pior.
4. — Parece haver, devido a vários fatores que o A. analisa, maior demora, por parte dos médicos, no tratamento do câncer mamário verificado em grávidas ou lactantes.
5. — Não foram comprovados benefícios conseqüentes ao aborto, nestas pacientes. — C. A. Zanotta.

Parto vaginal após operação cesareana baixa (*Vaginal delivery after lower uterine cesarean section*) — BAKER, K. — (*Surg., Gynec. a. Obst.*, 100:690, junho de 1955).

O A. apresenta 100 pacientes que, submetidas previamente a uma cesareana segmentar em prenheses posteriores 74 pariram por via vaginal.

Discute o risco de rotura da cicatriz uterina, estudando os métodos propedêuticos de verificação do estado da mesma, sugerindo a histero-salpingografia como método adicional.

Sugere ainda, do ponto de vista da profilaxia, que se façam incisões bem baixas, com sutura cuidadosa dos ângulos da incisão. — C. A. Zanotta.

Comedocarcinoma da mama (*Comedocarcinoma of the breast*)
— STAPLEY, L. A., DOCKERTY, M. B. e HARRINGTON, S. W. — (*Surg., Gynec. a. Obst.*, 100:707, junho de 1955).

Os AA. acreditam que os aspectos clínicos e patológicos do comedocarcinoma são suficientemente bem definidos para permitirem sua classificação como tipo distinto de carcinoma mamário.

Coligiram 226 casos da Mayo Clinic, de 1910 a 1943, analisando seu aspecto clínico, histo-patologia, terapêutica e taxa de sobrevida, ilustrando o artigo com gráficos e micro-fotografias.

Salientam que o exame sistemático da papila mostra, por vezes, a presença da doença de PAGET pré-clínica, que a mastectomia radical ainda é o tratamento de escolha, complementada por roentgenterapia post-operatória quando há metástases ganglionares, e que o prognóstico é sensivelmente melhor que o do câncer mamário em geral, tendo sido a sobrevida em sua série, de 90,8 % para 5 anos quando a lesão não mostrava propagação ganglionar. — C. A. Zanotta.

Linfedema post-mastectomia; investigação clínica sobre suas causas e prevenção (*Postmastectomy lymphedema; a clinical investigation into its causes and prevention*) — VILLASOR, R. P. LEWISON, E. G. — (*Surg., Gynec. a. Obst.*, 100:743, junho de 1955).

Os AA., após passar em revista a literatura a respeito, estudam 78 casos operados no Johns Hopkins Hospital, concluindo que os seguintes fatores influem na etio-patogenia da lesão:

1 — Infecção; 2 — Metástases axilares; 3 — Radioterapia post-operatória; 4 — Cicatriz operatória rija e englobando braço e axila; 5 — Lesão ou trombose da veia axilar; 6 — Excisão do feixe claviclar do músculo grande peitoral; 7 — Mobilização retardada do braço; 8 — Injeções no braço homolateral; 9 — Recidivas locais ou regionais.

lente condição. Pouco depois, contudo, apareceu a púrpura de novo, com epístaxe e contagem de plaquetas a zero. Seu médico local ministrou-lhe 100 mg. de cortisona, diariamente, e transfusão de sangue de 1.000 cm³. Os sintomas regrediram. A púrpura persistia, a despeito da terapêutica e, por isso, foi readmitida para estudo por 5 dias. Fenômeno de RUMPEL-LEEDF positivo, ao lado de dados que confirmavam o diagnóstico. Entrou em trabalho de parto dia 20 de junho, dando à luz a criança viável, com 1.534 g. de peso. Nem mãe nem criança apresentaram fenômenos hemorrágicos. Toda a medicação foi suprimida e três semanas depois do parto, mãe e criança estavam bem.

Acentua o A. que RUSHMORE, em 1925, reviu a literatura, encontrando 44 casos de purpura trombocitopênica na gravidez. Morreram 26 mães e, dos 42 fetos, somente 15 sobreviveram. — *A. de Moraes.*

Uso da posição de Trendelenburg no diagnóstico da hemorragia intraperitoneal (*Use of Trendelenburg position in diagnosis of intraperitoneal hemorrhage*) — GILBERT-SEN, VICTOR A. — (*J. A. M. A.*, 158:650, junho de 1955).

O A. refere, também em Notas Clínicas, o que chama uma manobra para provocar a dor da espádua. Sabe-se há muito tempo que a dor da espádua é correlacionada com situações peritoneais dolorosas. Sangue, pús, líquidos irritantes podem causar dor quando o contacto é feito com a parte central do diafragma. Este fenômeno é ausente, contudo, mesmo com hemorragia intraperitoneal, diminuindo-lhe o valor diagnóstico. Em dois casos, em que se sugeria tal deficiência, pôde ser verificado o sinal pondo a doente em posição de TRENDLENBURG. Num caso, mulher de 29 anos, tratava-se de prenhez ectópica e, noutro, paciente de 56 anos, tratava-se de hemorragia da artéria esplênica, calcificada e dilatada. Ambas as doentes foram operadas e tiveram alta curadas.

A simplicidade e facilidade do teste, sugere que seja incluído no exame de pacientes com «abdome agudo», sem criar demora ou risco grave. — *A. de Moraes.*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Mortalidade fetal nas cesárias (*Fetal mortality in cesarean section*) — CAREY, CLAIR, M., — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1.174, junho de 1955).

Estudando os casos do West Sulembau Hospital (Clínica privada) num período de 10 anos, com 31.393 partos, dos

quais 3,6 % cesários, encontra o Autor menor mortalidade fetal nas cesarianas eletivas do que nos partos vaginais, desde que se excluam os nati-mortos e as crianças patológicas.

A mortalidade materna, no mesmo Hospital foi de 0,067 %, tendo ainda diminuído nos últimos 5 anos. Não houve mortes fetais associadas às cesarianas eletivas.

Considera o Autor que a cesariana por si mesma é mais benigna para a criança do que o parto e que, portanto, serão indicadas para a mesma, limites mais amplos. O descolamento prematuro da placenta constitui hoje, o maior perigo para a mãe e para o feto. — *Cid Braune*.

Tratamento de suporte, interrupção da gravidez e valvulotomia mitral na condução da gravidez complicada de estenose mitral (*Supportive care, interruption of pregnancy, and mitral valvulotomy in the management of mitral stenosis complicating pregnancy*) — MENDELSON, CURTIS L. — (*Am. J. Obst. a. Gynec.*, 69:1,233, junho de 1955).

Entre 78.527 gestações atendidas no New York Syning Hospital nos últimos 20 anos foram encontradas 2.932 (3,7 %) de doentes cardíacas e a mortalidade entre essas foi de 1 % das cardiopatias, 90 % são de etiologia reumática, sendo que aproximadamente 75 % tem estenose mitral. A mortalidade por cardiopatia, responsável por 23 % da totalidade das mortes desse Serviço, ocorreu principalmente num grupo de doentes com estenose mitral grave.

Revê o Autor a literatura relacionada à comissurotomia mitral durante a gestação e apresenta a experiência própria. Desesseis pacientes (1 do Serviço) tiveram gravidez após valvulotomia e estas evoluíram sem qualquer distúrbio cardíaco. Quarenta pacientes (5 do Serviço) sofreram valvulotomia em diversas épocas da gravidez, ocorrendo apenas 2 mortes maternas e um aborto, evoluindo bem as outras 37.

Discute o Autor teoricamente as desvantagens da comissurotomia durante a gravidez e chama a atenção para a necessidade do exame atento de cada caso, incluindo o cateterismo cardíaco.

Do estudo minucioso dos casos analisados, verifica-se que conceitos modernos firmados a respeito da orientação ante intra e post-partum das pacientes com estenose mitral vieram reduzir as indicações do aborto terapêutico e da esterilização. Assim, não mais se justifica a esterilização complementar à interrupção da gravidez.

hemorragia, em qualquer de suas formas clínicas, representa grave risco materno. A mortalidade acha-se representada nesse período de 25 anos por 40 casos, sendo nos cinco quinquênios, respectivamente 1,14 por mil, 1,71 por mil, 0,80 por mil, 0,92 por mil e, finalmente, 0,68 por mil.

Finalmente a mortalidade global, no parto operatório foi de 77 casos, ou seja 26,92 por mil em 2.860 operações. —
A. de Moraes.

A associação largactil-dolantina-pituitrina na condução do parto (*La asociación largactil-dolantina-pituitrina en la conducción del parto*) — DEXEUS TRIAS DE BES. J. M. e SEGUR FERRER, J. M. — (*Rev. Esp. Obst. Gin.*, 14:132, maio - junho de 1955).

Acentuam inicialmente os A. A. que a condução do parto reveste grande interesse e a ela cabe atribuir boa parte da melhoria dos resultados obstétricos, fazendo desaparecer quasi totalmente as difíceis distócias da dilatação e muitos partos operatórios por fadiga materna. Da leitura do trabalho de LACOMME e cols. sobre analgesia com 100 mg. de Dolosal, potencializada com 50 mg. de Largactil e em solução de 500 cm³ de sôro glicosado para injeção endovenosa gota a gota, interessaram-se os A. A. por essa associação que é perfundida com ritmo rápido no começo da dilatação para baixar a 30 gotas por minuto quando há sonolência acentuada. A perfusão dura 4 horas e relatam 164 casos com bons efeitos analgésicos, porém pouco favoráveis no tocante à marcha do parto.

A associação da Dolantina com o Largactil acompanha-se, em numerosos casos de hipocinésia que atende aos oxitócicos. Os A. A. do presente trabalho associaram sempre a pituitrina e denominaram essa associação de *Ladopi*, nome formado pelas primeiras sílabas de Largactil, Dolantina e Pituitrina. Apresentam quarenta e nove casos. Dêles trinta por perfusão intravenosa e dezenove por injeção intramuscular. Entre os casos de perfusão intravenosa foi a dose seguinte: Largactil, 50 mg. (2 cm³), Dolantina 100 mg. (2 cm³) e Pituitrina, 5 u. i. dissolvidas em sôro glicosado ou gluco-salino apirógeno, gota a gota. Nos casos de indução, aconselham começar com a Pituitrina sômente, associando os analgésicos quando o colo se apaga ou está dilatado para 1 cm. Rompem a bolsa quando a dilatação atinge 1-2 cm. O ritmo da perfusão é no início de 20 gotas. Ascende-se o número para 40-60 gotas se a relaxação muscular é boa no intervalo e, na expulsão, pode ser elevada até 80.

Sòmente falhou uma indução, embora repetida. Não houve modificações tensionais nas parturientes nem mortes fetais. Os partos induzidos terminaram todos espontaneamente. Nos outros houve 20 0/0 de fórceps, o que atribuem ao Ladopi. Não tiveram nenhum acidente, mas aconselham como imprescindível a vigilância médica. — *A. de Moraes.*

REVISTA MEXICANA DE CIRURGIA, GINECOLOGIA
Y CANCER

Cirurgia conservadora en ginecologia (*Cirurgia conservadora en ginecología*) — DI PAOLA, G. — (*Rev. Mex. de Cir., Gin. y Can.*, XXIII, 6:192, junho de 1955).

Resumo do Autor. Discutem as indicações gerais da cirurgia conservadora estabelecendo-se com precisão seus verdadeiros alcances. Só se admite quando se conserva a função específica do órgão; para o útero, a possibilidade da gestação; para as trompas, a passagem do óvulo. Mantem-se a indicação da miomectomia, só para as mulheres com menos de 40 anos, nulíparas ou primíparas com desejos de maternidade. Aconselha-se conservar sempre parênquima ovárico na ressecção de neoplasias císticas. Na endometriose, igualmente se insiste na conservação de ovários nas mulheres jovens, completando a intervenção com neurectomia do présacro. Finalmente expõem-se os pobres resultados da cirurgia conservadora das trompas desde o ponto de vista da esterilidade. — *A. F. Madruga.*

Mastose cística por estrogenoterapia (*Mastosis quística por estrogenoterapia*) — ZUCKERMANN, C. — (*Rev. Mex. de Cir., Gin. y Can.*, XXIII, 6:200, junho de 1955).

Apresenta o A. o relato de um caso de mastopatia bilateral com múltiplos cistos azulados, com alterações glândulo-intersticiais (fibro-adenoses) dominando histològicamente as fibroses císticas. Julga o A. que na etiologia, no desenvolvimento da mastopatia cística, influi muito o tratamento estrogênico e as massagens nas mamas, resultando a mastectomia simples bilateral como tratamento.

A cuidadosa revisão das peças operatórias, mostrou no seio direito onze tumôres, todos êles císticos de côr azul e conteúdo seroso, isto é, cistos azuis descritos por BLOODGOOD; no esquerdo 9 cistos, sendo um dêles grande. O exame histológico praticado revelou alterações hiperplásicas-hipertróficas moderadas, acompanhadas de fibroses peri-acinosas e peri-cana-

Ano XX

JANEIRO DE 1955

Vol. 39 - N.º 1

ANAIAS 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.



ANAIIS 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. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 240,00

Número avulso, Cr\$ 20,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

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 XX

Janeiro de 1955

Vol. 39 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Importância dos cortes seriados no diagnóstico das atipias do colo uterino* — DR. ALBERTO ROCHA e DRA. LICY TEIXEIRA.. 1
Contribuição da radiologia contrastada à ginecologia conservadora — DR. EDGAR DA ROSA RIBEIRO 15

EDITORIAL

- Amenorréia hipotalâmica* 37

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Teresira Reunião Inter-Americana do "American College of Surgeons"* 43
Curso de Aperfeiçoamento de Ginecologia (Cátedra do Prof. José Medina, S. Paulo) 44

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Year-book of Obstetrics and Gynecology* 46

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

- Ata da centésima-vigésima-sétima sessão ordinária* 47
Ata da centésima-vigésima-oitava sessão ordinária 48
Ata da centésima-vigésima-nona sessão ordinária 49
Ata da centésima-trigésima sessão ordinária 50

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
Avaliação crítica da mortalidade materna em Minnesota — McKELVEY, J. L. e FREEMAN, D. W.	53
Problemas da mortalidade materna no Japão — HASEGAWA, T.	53
Alterações do metabolismo do potássio na gravidez — RONNEY, S. L.; MERRILL, J. P. e REID, D. E.	54
O leito vascular conjuntivo-bulbar nas toxemias da gravidez — LANDESMAN, R.; DOUGLAS, R. G. e HOLZE, E.	54
Causas de morte em 533 casos fatais de toxemia gravídica — DONNELLY, J. F. e LOCK, F. R.	55
A incidência do hipopituitarismo pós-parto — SHEEHAN, H. L.	55
Oito mil parturientes avaliam drogas, técnicas e médicos no parto e no puerpério. — HINGSON, R. A. e HELLMAN, L. M.	56
Ação sinérgica dos hormônios gonadais no tratamento das metrorragias disfuncionais — COLL, A. e FOIX, A.	57
Doença hemolítica por anticorpo anti-Hr(c) — SALA, S. L. e MARGULIES, M.	57
Peritonite apendicular generalizada na gravidez adiantada — DONATO, V. M.	58
Profilaxia e tratamento das trombozes e embolias em ginecologia e obstetrícia. Emprêgo da Heparina-depósito. — BOURG, R. e PUNDEL, J. P.	58
O teste da tolerância da Heparina após emprêgo do "Hirudid" — BRUNNER, G.	59
A embolia pulmonar como "causa mortis" na Clínica Ginecológica da Universidade de Göttingen entre os anos 1927-1953 — HOSEMAN, H.	59
As trombozes intravasculares na síndrome da hemorragia por defibração — MAYER, M.; DREYFUS, C. e BUGNARD, C.	59
Síndromes agudas consecutivas ao consumo acrescido do fibrinogênio em obstetrícia — MASURE, R. e SCHOCKAERT, A.	60
Trombose pélvica e femoral na mulher — STALLWORTHY, J.	60
Contribuição de experiências em animais sobre a formação do hidrânio — FINK, A.	61
Novos caminhos para o tratamento da hipertensão da gravidez — FRIEDBERG, V. e SCHANZ, G.	61
Conduta do parto nas trombozes da gravidez — NEUHANS, L.	62
Sobre as relações entre duração da gravidez e sinais de maturidade em gêmeos — HOLLÄNDER, R. e DRESCHER, H.	62
Novos pontos de vista sobre o diagnóstico e tratamento da placenta prévia na Inglaterra — BAUER, A. W.	63
Haverá possibilidade de influência terapêutica da eclampsia e da pré-eclampsia através do sistema vegetativo — DIBBELT, L. e PROFITLICH, H.	63
Sobre fisiologia e patologia da produção de substâncias androgênicas no organismo feminino — VOSS, H. E.	64

pode quando extensa acarretar um hipotituitarismo para o resto da vida.

Esta causa de invalidez crônica da mulher era habitualmente considerada uma raridade porque o quadro clínico não era bem reconhecido e porque as pacientes não procuram cuidados médicos em virtude do seu estado mental. Nos últimos anos tornou-se clara a maior freqüência desta condição.

Uma série de 9 casos, estudados até por autópsia durante os últimos 4 anos, são relatados no presente trabalho, descrevendo-se os quadros clínico-patológicos comuns e suas variações. — *Cid Braune*

Oito mil parturientes avaliam drogas, técnicas e médicos no parto e no puerpério. (*Eight thousand parturients evaluate drugs, techniques, and doctors during labor and delivery*) — HINGSON, ROBERT A. e HELLMAN, LOUIS M. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **63**:262, julho 1954).

Acham os autores que as próprias parturientes que sofrem o trabalho do parto e o puerpério, deviam ter maior oportunidade de opinar na avaliação da eficiência dos métodos de analgesia. A maioria das mulheres na América, apesar da propaganda em contrário, deseja e exige analgesia e anestesia durante o parto. Certamente é justo que sejam atendidas no alívio da dor em obstetrícia moderna.

Conhecendo as mulheres que não desejam analgesia ou anestesia farmacológica, o obstetra deve utilizar-se da psico-analgesia e levá-la até o ponto indicado ainda que tendo à mão os recursos de anestesia, dos quais, muitas vezes tem que lançar mão com urgência.

Grande número de parturientes (4 a 12 % na clínica privada e 12 a 15 % na clínica pública) ainda não encontra, de seu ponto de vista, o alívio ou orientação satisfatória no parto.

Do estudo das reações das pacientes conclue-se que um ambiente mais confortável e agradável (ar condicionado, decoração interior, iluminação e música terapêutica) é tão importante como doses de narcótico. — *Cid Braune*

tamente todos os sintomas da pré-eclampsia e aumentou a eliminação urinária. O novo preparado recebeu o nome de "Apressolin" e tem, como o "Veratrin" americano influência sobre as origens vegetativas e humorais da hipertensão gravídica. — *J. P. Rieper*

Conduta do parto nas trombozes da gravidez (*Zur Geburtsleitung bei Thrombose in der Schwangerschaft*) — NEUHANS, L. — (*Zeitschr. Geb. Hilfe u. Gyn.*, **140**:46, 1954).

Se bem que é rara a trombose na gravidez em época de parto, observou o A. 25 casos (entre 26.724 pacientes). Geralmente foram múltiparas com veias varicosas pronunciadas. Houve 3 casos de embolia pulmonar, sendo 2 mortais.

Em relação ao tratamento distingue o A. 2 grupos. No primeiro reúne os casos de trombozes em fases de regressão e no segundo a formação recente de trombos. Ao todo houve 13 partos espontâneos e 6 partos cirúrgicos, observando-se a embolia mortal 1 vez após parto espontâneo e outra vez após cesariana. A embolia não-mortal ocorreu após intervenção vaginal.

A decisão para a conduta no parto é eclética. Na maioria dos casos pode aguardar-se o parto espontâneo. Se houver indícios que o curso do parto não seja normal por outras razões, deve ser preferida a cesárea. — *J. P. Rieper*

Sobre as relações entre duração da gravidez e sinais de maturidade em gêmeos (*Über die Beziehungen zwischen Schwangerschaftsdauer und Reifezeichen bei Zwillingen*) — HOLLÄNDER, R. e DRESCHER, H. — (*Zeitschr. Geb. Hilfe u. Gyn.*, **140**:55, 1954).

Os A.A. estudaram as condições de duração da gravidez, comprimento, peso e circunferência fronto-occipital de 326 partos gemelares para oferecer base mais sólida para os laudos forenses.

O ponto de partida para o cálculo da duração da gravidez foi a última menstruação. Em 36 casos pôde ser utilizada a data da concepção. Casos duvidosos foram eliminados. O parto ocorreu entre a 36.^a e 40.^a semana. Nunca foi observado um parto gemelar além da 44.^a semana.

A diferença em comprimento em relação a fetos únicos é, em média, de 3 cm. Os gêmeos entre si diferem em comprimento até 10 cm. A avaliação da maturidade do parto gemelar deve sempre basear-se no feto maior.

Ano XX

FEVEREIRO DE 1955

Vol. 39 - N.º 2

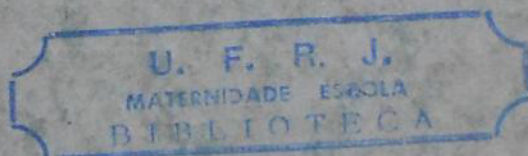
ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETÁRIO

ARNALDO DE MORAES

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



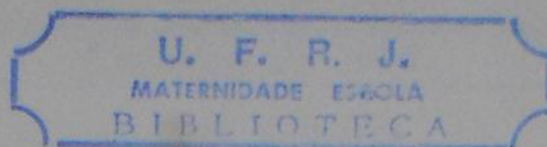
Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.



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

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 XX

Fevereiro de 1955

Vol. 39 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Câncer do coto uterino restante</i> — DR. ALBERTO COUTINHO	65
<i>Consultório de Esterilidade (Considerações sobre mais 200 casos)</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA e DR. VIRGÍLIO B. ALDEIA	75
<i>Valor do exame sistemático das mamas em Ginecologia</i> — DR. C. A. ZANOTTA	83

EDITORIAL

<i>Os fórceps frustrados</i>	91
------------------------------------	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Sociedade Brasileira de Ginecologia (Diretoria para o biênio 1955-1956)</i>	97
<i>Associação Paulista de Medicina</i>	98
<i>Estatística vital da cidade do Rio de Janeiro</i>	98
<i>Anestesia para cirurgia do traumatismo</i>	98
<i>Arritmia cardíaca como risco cirúrgico apreciável</i>	100
<i>Considerações sobre 2.541 casos de câncer do colo uterino</i>	102

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Das Geburtshilfliche Gutachten im Vaterschaftsprozess</i> — PODLE- SCHKA, K.	103
<i>Colpocitologia</i> — CLARICE DO AMARAL FERREIRA	103
<i>Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae</i>	104

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

<i>Ata da centésima-trigésima-primeira sessão ordinária</i>	105
<i>Ata da centésima-trigésima-segunda sessão ordinária</i>	106
<i>Ata da centésima-trigésima-terceira sessão ordinária</i>	108
<i>Ata da centésima-trigésima-quarta sessão ordinária</i>	110
<i>Ata da centésima-trigésima-quinta sessão ordinária</i>	111
<i>Ata da centésima-trigésima-sexta sessão ordinária</i>	112
<i>Ata da centésima-trigésima-sétima sessão ordinária</i>	113
<i>Ata da sessão extraordinária</i>	114
<i>Ata da centésima-trigésima-oitava sessão ordinária</i>	115
<i>Ata da centésima-trigésima-nona sessão ordinária</i>	116

RESUMOS

(Ver índice próprio)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

EDITORIAL

OS FÓRCEPS FRUSTRADOS

Não há negar que o tema FÓRCEPS é sempre novo em Obstetrícia. Seus princípios fundamentais, concebidos e praticados por HIPÓCRATES, ao extrair a cabeça fetal com as próprias mãos, manifestam-se, mais de um milênio decorrido, no instrumento construído por AVICENA, simulacro do fórceps moderno, e são ressuscitados, no século XVI, por PETER CHMBERLEN, forjando um modelo que pouco difere dos atuais, maugrado gerações imaginosas de parteiros terem tentado modificações sucessivas e inumeráveis, poucas realmente notáveis. FEHLING, perplexo, já se perguntara como o prurido de inovação pôde deitar a perder um instrumento tão simples como o fórceps.

O que se tem alterado fundamentalmente é a conceituação teórica das indicações do fórceps. Já vão longe os ominosos tempos da tocurgia puramente extrativa, profligada por MAGALHÃES, ao verberar os tocólogos que nos antecederam diretamente, e que ainda vimos atuar, quando terçávamos já as nossas primeiras armas obstétricas na venerável "Maternidade de Laranjeiras". Eméritos versionistas, pescadores magistras de cabeças, com os grandes modelos de fórceps, acima do estreito superior, onde estais? Em verdade, dera "a versão à obstetrícia a falange dos adestrados, mas o fórceps preparou-lhe o pesadelo dos fortes".

Hoje, a incidência da operação sempre crescente — em algumas Maternidades americanas avizinhandose dos 100 %, nas primíparas — pela difusão cada vez maior dos métodos de tocoanalgesia,

caminha parelha, e paradoxalmente, com as limitações impostas ao fórceps. A ameaça adejante sobre a operatória obstétrica vaginal, que prometia tornar-se a "arte perdida" da objurgatória de HOLMES, vai talvez concretizar-se de outra forma: com a derrogação das versões por manobras internas, e transfigurado o fórceps em instrumento privativo do estreito inferior, de aplicação quase perineal, o "fórceps baixo" por GREENHILL definido: "aplicação quando a cabeça é visível durante as dores, sua porção óssea permanece no soalho perineal, e a sutura sagital está no diâmetro ântero-posterior". (1)

Mudaram muito os métodos obstétricos, exclama JEFFCOATE (2), procedimentos, manobras e técnicas, que todavia conseguiram reduzir apreciavelmente os índices de mortalidade e de morbidez materno-fetais.

Entre 1926-1951, no "Liverpool Maternity Hospital", aumentou tão flagrantemente a incidência tocúrgica, ao passarem os partos a fórceps de 6-7 % para 16-17 % e as operações cesarianas de 5 para 15 %, que um terço dos nascimentos deu-se somente por um ou outro destes atos cirúrgicos.

No mesmo período, a mortalidade fetal, nas extrações a fórceps, baixou de 20 para 2 %, com diminuição contemporânea do risco materno. Houve abatimento, igualmente, dos perigos imputáveis ao fórceps, o que se deveu às mudanças de métodos e de indicações.

As alterações de técnica envolveram a eliminação de todas as formas instrumentais de tração axial; a substituição da força, pela destreza, na tração; o uso da episiotomia; a correção das posições cefálicas, antes ou após a aplicação dos ramos, e, mais recentemente, o emprêgo da analgesia local. Foi, também, muito significativo, para a melhoria dos resultados, a insistência com que se tem apregoado a necessidade da aplicação correta das colheres ao crânio fetal.

"KNOWING WHEN TO USE FORCEPS IS PERHAPS MORE IMPORTANT THAN KNOWING HOW TO USE THEM", sentencia JEFFCOATE, que assinala estarem as aplicações médias e difíceis se tornando mais e mais raras. Os partos anteriores, a fórceps, com natimortos, são

(1) "The Year-Book of Obst. & Gyn.", 1954-1955, pág. 174.

(2) "Place of Forceps in Present-Day Obstetrics" — "Brit. M. J.", 2:951, 1953.

agora substituídos pela operação cesariana, com fetos vivos. E as emergências obstétricas resolvidas espontaneamente com partos naturais e fetos mortos, solucionam-se, no presente, com o fórceps e fetos vivos.

Bosquejando as indicações, estatui o trabalho que o fórceps deve ser usado quando a apresentação fica detida, na sua progressão, pelo períneo, ao cabo de um 1.º período longo e cansativo, e se parturiente e concepto não estão aptos às provações da fase expulsiva. A extração a fórceps é considerada o melhor tratamento para as contrações ineficazes, sempre que a cérvix esteja completamente dilatada.

Em ambiente hospitalar, os fórceps baixos, com episiotomia, são, usualmente, inócuos. Já os médios devem ser indicados cautelosamente, pois envolvem, a miúdo, problemas correlatos (cabeça que não rodou, desproporção não diagnosticada) que a radiografia desvenda.

As tragédias resultam de dificuldades inesperadas, averiguadas com a intervenção em curso, e o instrumento já aplicado. "IT TAKES COURAGE TO ADMIT A MISTAKE AND THAT VAGINAL DELIVERY IS NOT SAFE". Em outras palavras, é o que MAGALHÃES ensinava quando nos advertia contra preconceitos, autoridades e orgulhos, na prática do fórceps, e exaltava a técnica disciplinada, obediente à dificuldade soberana. "Profissional de boa linhagem é o que sabe transigir".

Demais, temos por certo não haver fórceps inócuo, ferida por nós a tecla bastas vezes. (3, 4, 5, 6) O instrumento não pode abdicar de sua condição de pinça, que "magoa o que pega e contunde por onde passa".

Não passaram despercebidos, ultimamente, aos familiares dos periódicos especializados, alguns trabalhos dedicados aos fórceps

(3) Considerações clínico-estatísticas em torno de 102 aplicações de fórceps — "Rev. Gin. & d'Obst.", 31:197, 1937.

(4) Estado atual do problema do fórceps — "An. Bras. Gin.", 22:171, 1946.

(5) Reflexões acerca do valor atual do fórceps — "Rev. Gin. & d'Obst.", 41:865, 1947. *The 1948 Year Book Obst. & Gyn.*, págs. 157-158.

(6) "Le forceps et ses conceptions dans l'école brésilienne" — "Rev. Fr. Gynéc. & d'Obst.", 47:247, 1952.

"frustrados" ou "falhados" (FAILED FORCEPS), em que é propósito dos seus autores, ao fazer a exegese de casuísticas infaustas, instituir preceitos ainda mais coercitivos ao uso dos fórceps que não sejam apenas de libertação. (7, 8, 9)

GADD (7) apresenta uma revisão de 100 casos do "St. Mary's Hospital", de Manchester (1943-1951). Tôdas as pacientes ingres-saram no Hospital após tentativas infrutíferas de fórceps, nas resi-dências. E' de ponderar, inicialmente, o decréscimo paulatino de incidência das aplicações frustradas, que se reduziram de 17, no primeiro ano da série, para 1 caso, no último.

A etiologia foi dividida em vários grupos, sendo sugestivos os 3 primeiros:

- a) o mais numeroso (39 %) refere-se às aplicações ensaiadas com o colo insuficientemente desmanchado e ampliado;
- b) as posições occípito-posteriores somaram 23 % dos insu-cessos;
- c) e as transversas, 11 %.

Houve 31 óbitos fetais (28 %), dos quais 14 verificados antes da admissão, e 2 mortes maternas (2 %).

GADD insiste em que o parteiro não tem motivo para envergo-nhar-se se a aplicação do fórceps foi infrutífera, após trações mo-deradas. Condenável seria persistir, empenhando força excessiva. Para a prevenção do acidente sugere:

1. a cérvix, impalpável, ao princípio da intervenção;
2. a cabeça profundamente insinuada;
3. occiput em posição anterior;
4. não deve haver angústia acentuada do estreito inferior;
5. reto e bexiga convenientemente exonerados.

LAW (8) tem estatística menor (37 casos), porém merecendo referida, de vez que se reporta a observações bem estudadas. São

(7) "Failed Forceps. A reviw of 100 cases." — "Brit. M. J.", 1:735, 1954.

(8) "Failed Forceps. Reviw of 37 cases." — "Brit. M. J.", 2:955, 1953.

(9) "Failed Forceps". Excerpta Med. (Sect. X), 7:331, 1954.

21 primíparas e 16 múltiparas, coligidas de janeiro de 1948 a maio de 1952. A mortalidade fetal foi de 24,3 % e a materna, nula; sem embargo de uma morbidez puerperal atingindo 27 %, estes números ficam realçados depois do cotejo com os recolhidos pelo autor em 9 outros hospitais: mortalidade materna 2 %, e fetal 36,2 %.

Os 3 fatores de responsabilidade precípua nos insucessos dos fórceps foram:

1. Desproporção (7 casos);
2. Colo incompletamente dilatado (6 casos);
3. Posições viciosas da cabeça fetal (18 casos).

As pacientes dêste cômputo tiveram os seus casos posteriormente solucionados por: 3 craniotomias, 5 operações cesarianas, 1 histerectomia, 6 partos naturais, e 23 fórceps.

Opina GREENHILL ⁽¹⁰⁾, comentando a publicação de LAW, que se houve cuidado na frustrada aplicação do fórceps e nas trações, deve-se efetuar uma cesariana baixa ou extra-peritoneal, pois com o uso dos antibióticos tôda operação é "SAFE", fora de cogitações, ôbviamente, as cesarianas clássicas. Nas pacientes infectadas e com progênie numerosa, a indicação é uma histerectomia. Quando o feto está morto, craniotomia; tratando-se de obstetra pouco familiarizado com as técnicas embriotômicas e diante de uma cabeça alta, a operação cesariana propicia riscos menores. "Uma das causas da ainda elevada mortalidade materna, é a exagerada valorização da vida fetal, já precária após trabalho de parto longo e complicado." ⁽¹⁰⁾

Partindo de alguém como GREENHILL, cuja responsabilidade na orientação e aperfeiçoamento de especialistas é inconcussa, editor que é de obras tão difundidas, não se pode aceitar, sem protesto, essa alusão, quase desprimorosa, a por êle considerada VALORIZAÇÃO EXCESSIVA DA VIDA FETAL. A proteção do concepto deve ser postulado imperativo em qualquer conjuntura clínica, mesmo diante de

(10) "The Year Book Obst. & Gyn.", 1954-1955, pág. 175.

sinais duvidosos de vitalidade. Preceito inalienável da conduta do obstetra, sempre presente em suas decisões, afrouxar-lhe a rigidez será palmilhar terreno fugidio, lindeiro ao feticídio terapêutico.

A preocupação de defender o conceito das aplicações arriscadas, levou TAYLOR ⁽¹¹⁾ a escrever que os fórceps MÉDIOS devem ser executados raramente na prática obstétrica moderna, ponderando não haver nenhuma ou muito poucas indicações para este tipo de intervenção.

Nos últimos 10.055 partos havidos no "Colorado General Hospital", a operação foi escolhida APENAS 31 VÊZES. Em 8 delas (26 %) houve feto natimorto ou gravemente lesado, cujo passamento ocorreu pouco depois. 7 outros recém-nascidos, com toco-traumatismos, sobreviveram, o que perfaz um coeficiente de morbimortalidade igual a 48 %. Não houve mortes maternas, mas infecção puerperal, hemorragias pós-parto, lacerações da cérvix e da vagina, SHOCK e fístulas, ocorreram em 16 pacientes.

Se a operação cesariana tivesse sido escolhida em muitos destes 25 fórceps médios difíceis, diz o autor, as 8 mortes fetais e as lesões dos outros 7 recém-nascidos teriam sido impedidas, embora isso significasse um aumento de 0,3 % na incidência de cesárias na quadra citada.

Diante de tais assertivas, e de comprovação estatística tão contristadora, quando a aplicação de um fórceps médio começa de ser entrevista como uma façanha temerária, não nos podemos impedir de pensar no melancólico crepúsculo da tocurgia vaginal, entregue hoje a mãos tão inábeis.

JORGE DE REZENDE

(11) "Can be mid forceps operations be eliminated?" — "Obst. & Gyn." 2:302, 1953.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento ne original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

	Págs.
<i>Tratamento da Eclampsia</i> — HESTER JR., L. L.; SMITH, H. E. e WILSON, L. A.	117
<i>Pitocina intravenosa como conduta das toxemias da gestação</i> — PARKER, J. C. e ROBERTS JR., L. W.	118
<i>Histerectomia vaginal</i> — BRADFORD, W. H.; BRADFORD, W. B.; WOLTZ, J. N. E. e BROWN, C. W.	119
<i>Conservantismo em endometriose</i> — BREWER, J. I. e MAKER, F. M. ...	119
<i>Tratamento não operatório dos abortamentos incompletos e inevitáveis</i> — JOHNSON, C. D.; BRAWNER, D.; SKILES, V. e MCCAIN, J. R.	120
<i>Relação entre a hemoglobina pré-natal e a hemoglobina do recém-nascido</i> — PARISH, F. M. e BRAME, D. D.	121
<i>Estudos sobre Rh</i> — ZELENIK, J. S.; ALTAMIRANO, M. D. e PRYSTOWSKY, H.	122
<i>Regulação nervosa da vida sexual</i> — BOTELLA LLUSIÁ, J.	122
<i>Estapas precoces de invasão do carcinoma superficial endocervical</i> — ARENAS, N. e MURRAY, E. G.	123
<i>Tratamento cirúrgico do carcinoma do colo</i> — BRUNSCHWIG, A.	124
<i>Plástica indireta heteróloga na incontinência de urina ao esforço</i> — BAGNATI, E. P.	124
<i>Tratamento do câncer pelviano pelo uretano intra-arterial</i> — ALBERTELLI, J.; MONACO, H.; O'CONNOR, T.; BUR, G. e VEGA, DE J.	125
<i>Algumas determinações do pregnandiol urinário na ameaça de aborto</i> — CASTILLO VEGA, E.	126
<i>Síndrome de circular do cordão</i> — DIAZ DIAZ, M.	126
<i>Apresentação de uma série de 725 versões</i> — DEXEUS, S. e DEXEUS, J. M.	127
<i>Método original para abreviar o tempo da duração do parto</i> — SARDINHAS, RAMIREZ, A.	127
<i>Quisto pseudo-mucinoso papilífero do ovário com ascite e hidrotórax</i> — OTERO SENDRA, J.	128
<i>Carcinoma do corpo. Classificação e tratamento.</i> — KOTTMEIER, H. L.	129
<i>Alguns casos de tensão pré-menstrual tratados com terapêutica dissensibilizante e anti-histamínica</i> — CAZZOLA, D.	130
<i>Dois casos de atrofia parcial da musculatura do útero grávido</i> — DIPONT, M.	130
<i>Estudos críticos e experimentais da secreção mamária na mulher puérpera não lactante</i> — TOMASZEWSKI, M.; SMOLAGA, J. e KOBIELA, J.	131
<i>Estudo crítico e experimental da secreção mamária na mulher após aborto</i> — SEMOLAGA, J.; KOBIELA, J. e TOMASZEWSKI, M.	132

morreram antes de parir. Dos 71 fetos 60 nasceram vivos (84,5 por cento), havendo 7 natimortos (9,9 por cento) e 4 mortes neonatais (5,6 por cento). Houve 47 (66 por cento) partos espontâneos e 19 a fórceps. Uma mulher foi cesarianada (desproporção feto-pélvica) e outra cesarianada *post-mortem*, prematuro que não viveu. Ocorreram 3 mortes maternas que são relatadas.

O tratamento de rotina foi o seguinte: 1) Repouso em quarto escuro, com assistência médica. Tomada da pressão arterial de 30 em 30 minutos e após cada convulsão. 2) Sulfato de morfina (32 a 16 mg) inicialmente, depois 16 mg conforme a necessidade. 3) Quinhentos cm³ de sol. de glicose a 5 ou 10 por cento, de 6 em 6 horas. 4) Rotura das membranas logo que as convulsões são controladas. 5) Parto sob anestesia local com 16 mg de sulfato de morfina a seguir ao parto. 6) Colocação de cateter na bexiga para drenagem constante. 7) Oxigênio por cateter nasal quando indicado. 8) Uso de sulfato de magnésio intravenoso ou intramuscularmente se necessário. 9) Digitalização quando ocorrer edema pulmonar ou descompensação cardíaca. — *A. de Moraes*

Pitocina intravenosa como conduta das toxemias da gestação
(*Intravenous Pitocin in the management of the Toxemias of Pregnancy*) — PARKER, JOSEPH C. e ROBERTS JR., LUCIEN W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, **68**:518, agosto 1954).

Dizem os A.A. que freqüentemente torna-se necessário terminar a gestação em várias fases de sua evolução em pacientes com toxemias grávidas. Em muitos casos isso se faz praticando a operação cesariana, ocasionando invalidez obstétrica futura. E' propósito dos A.A. do relatório apresentar à consideração da profissão um método alternativo de indução do parto na ocorrência de toxemias grávidas que seja seguro para a gestante, permita tantas prenhez futuras quantas forem desejadas e dê bastante segurança da obtenção de um feto vivo.

São relatados 35 casos de indução do parto pelo uso intravenoso de Pitocina. Os A.A. empregam a solução a 1:2000 de Pitocina em dextrose a 5 % em água destilada, usando 0,25 cc em 500 cc. 30 a 40 gotas por minuto. Como a maioria não apresentava o colo em condições favoráveis à indução, foi necessário continuar o tratamento por vários dias.

O material relatado no estudo consiste em casos não selecionados de toxemias grávidas, classificáveis em 3 categorias (pré-eclampsia aguda 23 casos, moléstia cárdio-renal hipertensora 11 casos

sístolia uterina. 4) Alterações do foco fetal. 5) Aparecimento de líquido amniótico juntamente com mecônio. 6) Apagamento das batidas fetais. 7) Dor localizada em zona limitada do útero, em que possivelmente se implanta a placenta. 8) Em zona do útero que corresponde a implantação placentar.

Apresenta casuística com comentários a respeito. — A. C. Ferreira

REVISTA ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Apresentação de uma série de 725 versões (*Presentación de una serie de 725 versiones*) — DEXEUS, S. e DEXEUS, J. M. — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*, **XIII**:185, julho-agosto 1954).

Os A.A. estudam uma série de 725 casos observados num período de mais de 30 anos. A mortalidade materna foi nula a partir de 1946. A mortalidade fetal geral foi de 5,1 % e de 0,7 % a partir do ano de 1946, até 1952 inclusive.

A versão será realizada de preferência nos casos em que a pelve seja bem conhecida no aspecto clínico e radiológico. Insistem os A.A., particularmente, em que a versão reclama condições especiais de elasticidade e distensibilidade do corpo uterino. Os obstáculos do canal de parto (osseos, de partes moles) influenciarão a extração fetal seguinte à versão, porém não a versão propriamente dita.

São apresentadas também as operações complementares que tem sido empregadas para levantar os citados obstáculos, acentuando os A.A. que o tocólogo que se lança à versão tem que contar sempre com a possibilidade de ter que praticar uma sinfisiotomia de recurso para poder salvar o feto. — Clarice do Amaral Ferreira

Método original para abreviar o tempo da duração do parto (*Método original para abreviar el tiempo de la duración del parto*) — SARDIÑAS RAMIREZ, A. — (*Rev. Española de Obst. y Ginec.*, **XIII**:197, 1954).

Procurando solução para o problema de abreviar o trabalho de parto, o A. estudou uma droga que oferece as seguintes propriedades: sua ação se exerce especificamente sobre os neuromas inter-núcleares ou de conexão do cordão medular, produzindo um efeito

bloqueado de interrupção das facilidades a que se produza a transmissão de reflexos anormais, motivo de contraturas, espasticidade, etc. Não afeta as punições voluntárias da parturiente, mantendo-a totalmente consciente. Ainda tem propriedades como abreviante dos estados de ansiedade. Essa droga que tem como fórmula 3-orto-toloxi-I, 2-propanadiol, denominada mefenesina, não tem efeito acumulativo ou residual, sendo necessário administrar doses altas e freqüentes: 3 a 6 gr. por dia em doses fracionadas, por via oral, sendo a via endovenosa de efeitos secundários perigosos.

Com a dose inicial de 1 gr., repetida ou não uma 2.^a e uma 3.^a dose com espaços de 1 hora, o A. experimentou essa droga em 293 primíparas e múltiparas em trabalho de parto, com colo apagado e dilatação não menor que 2 cm. Prévia rotura da bolsa de águas, injeção de ocitócicos se a dinâmica uterina não for útil. No fim de 1 h h. $\frac{1}{4}$ a 1 h. e meia após a 1.^a dose nas primíparas e em menos tempo nas múltiparas, a maior parte das mulheres deu à luz.

A dequitação e o puerpério não sofreram alterações. Em alguns casos foi usado o Trilene na expulsão.

Apresentando 20 observações de partos a que chamou "ultra-rápidos", o A. faz várias considerações sobre o uso inócuo dessa droga, ressaltando a necessidade de que o parteiro tome o governo do "parto dirigido" e seu grande poder de reduzir o tempo do trabalho de parto, embora ocorram exceções. Todos os fetos nasceram vivos e saudáveis.

Administrou também essa droga em outras eventualidades como: casos de aborto, tensão pré-menstrual, dismenorréia e biópsias endometriais, com bons resultados.

Afirma não ter encontrado ainda um motivo de contra-indicação. — *Clarice do Amaral Ferreira*

MEDICINA CLÍNICA (Barcelona)

Quisto pseudo-mucinoso papilífero do ovário com ascite e hidrotórax (*Quiste pseudomucinoso papilífero del ovario, con axites y hidrotorax*) — OTERO SENDRA, JOAQUIM — (*Med. Clin.*, XXIII:119, agosto 1954).

Após estudar historicamente a síndrome de MEIGS, o A. revê 73 casos descritos, concluindo que sob o ponto de vista anátomo-patológico 73 % dos tumores eram fibromas, 6,8 % tecomas, 4 % eram tumores de células granulosas, 1,3 % tumores de BRENNER, 1,3 % teratomas, 6,8 % cistoadenomas e 6,8 % adenocarcinomas.

Descreve um caso de quisto pseudo-mucinoso, papilífero do ovário que tratou, o qual havia sido diagnosticado previamente

Ano XX

MARÇO DE 1955

Vol. 39-N.º 3

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clinica Ginecologica da Faculdade Nacional
de Medicina da Universidade do Brasil



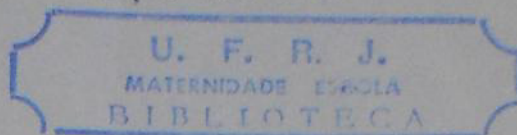
Rua Buenos Aires, 66-A — 5.º andar

Telefone 52-7799 — Caixa Postal 1289

Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação

An. Bras. de Gin.



ANAIIS 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 Felício dos Santos — Alípio 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 Sal-
gado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Alicio Peltier de
Queiroz, J. Adeodato F.^o — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes,
Mariniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200.00
Estrangeiro, ano Cr\$ 240.00
Número avulso, Cr\$ 20.00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.^o and. - 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 XX

Março de 1955

Vol. 39 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS	Págs.
<i>A citologia vaginal como guia de terapêutica hormonal na ameaça de aborto.</i> — DR. BERNARDO SCHAFFER	133
<i>Carcinoma primitivo da trompa</i> — DR. LAURO WANDERLEY	141
<i>Dosagem dos estrogênios urinários totais</i> — DR. ERICSSON LINHARES, DR. J. SOUZA LEAC e DRA. ICEMA DE OLIVEIRA	149
EDITORIAL	
<i>Estado atual da terapêutica cirúrgica do câncer do colo</i>	159
NOTAS E COMENTARIOS	
<i>Discussão sobre câncer de mama na Associação Paulista de Medicina</i>	167
<i>Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná</i>	167
<i>Tercera Reunião dos Endocrinologistas de língua francesa</i>	168
<i>XII.º Congresso da Federação das Sociedades de Ginecologia e de Obstetrícia de língua francesa</i>	169
<i>IX.º Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia</i>	169
<i>Liga Bahiana Contra o Câncer</i>	170
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Annual Report on the Results of Treatment in Carcinoma of the Uterus</i>	171
<i>Scritti Ostetrici e Ginecologici</i>	173
<i>Anales de Ginecología y Obstetricia</i>	173
<i>British Medical Bulletin</i>	174
RESUMOS	
(Ver índice próprio)	

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

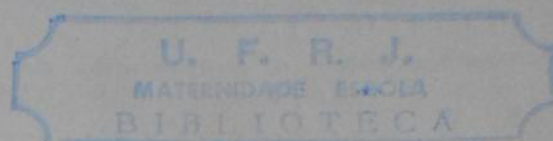
Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARAES 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.

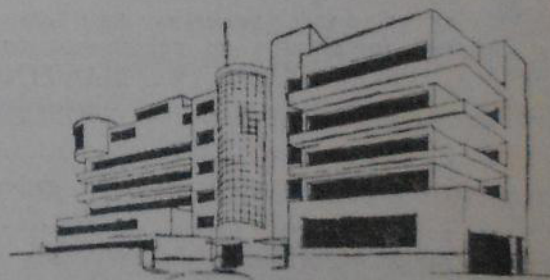


ÍNDICE DOS RESUMOS

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.
Observações sobre a eliminação de catabólitos urinários do beta-ciclo penta-propionato de testosterona na mulher — MARCHESONI, M.	175
Estudo da atividade dos estrogênios naturais e sintéticos administrados por via retal pelo controle do esfregaço vaginal — NIZZA, M. e GIARDINELLI, M.	176
Ultra-estrutura celular e sistema fosfatásico no carcinoma do colo uterino — MOSCHINO, A. PROSDOCIMI, V., MARTINS, G.	176
Correlação timo-ovariana no estado prépubere — MOSCHINO, A. e ÖNNIS, A.	177
Ação da testosterona no quadro protídico plasmático na gravidez normal — ZACUTTI, A.	177
A propósito da ação dos extratos hipofisários de atividade prolactínica de ação no sentido luteotrófico (L.T.H.) e de sua associação com genadotrofina coriônica humana sobre o metabolismo da progesterona — BALASSI, G. P.	177
Comportamento e significado dos potenciais elétricos em casos de neoplasia do aparelho genital feminino tratados com roentgen e radium-terapia, — PRASSOLI, A.	178
A síndrome de Stein-Leventhal, — NUBIOLA, P.	178
Aspectos evolutivos e terapêuticos dos ciclos monofásicos — FIRPO, J. R.	179
Gravidez extrauterina após amputação supravaginal do útero — HEIZER, H.	180
Obesidade, gravidez e alimentação — MIRANDA, V. RODRIGUEZ	181
Sobrevida nos esvaziamentos pélvicos parciais e totais — ALBERTELLI, Jorge, F. e MONACO, HORACIO	181
Gestoses graves tratadas com hibernação artificial — URANGA, A. DE GOMEZ, N. e DE GIL E ROCA, H.	182
Anestesia local na operação cesária — CASO, ROGELIO e DI FOZO, NORMANDO, O.	183

<i>As oscilações rítmicas do quadro leucocitário no decorrer do ciclo menstrual</i> — ARTUER, G.	183
<i>Ondas de contração uterinas normais durante o trabalho de parto</i> — ALVAREZ, H. e CALDEYRO BARCIA, R.	184
<i>Experiências em animais sobre os processos de regulação da função gonadotrófica do lobo anterior da hipófise</i> , STADTMUELLER, A.	185
<i>Exames no útero "in situ" de qualidades inibidoras do líquido amniótico</i> , STAMM, O.	186
<i>Investigações sobre a comprovação de hormônios gonadotrópicos por meio da ultrafiltração</i> , MASSENBACH, W. v. e EICKSTEDT, K. W.	186
<i>Contribuição à problemática e ao radiodiagnóstico das amenorreias primárias</i> , BOETTGER, H.	187
<i>Sobre a síndrome endocrínica a partir de foco anexial</i> , MELONI, J.	187
<i>Ação sinérgica dos hormônios gonadais no tratamento das hemorragias disfuncionais</i> — COLL, A. e FOIX, A.	188



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

Assistência técnica do PROF. ARNALDO DE MORAES
Travessa Frederico Pamplona, 32 — Copacabana
TEL. 57-8110 RIO DE JANEIRO

Parto com assistência médica e internamento por 6 dias:
Cr\$ 4.000,00. — Operações ginecológicas, tumores do ventre,
tumores do seio. — tratamento de moléstias de senhoras. —
Dispensário preventivo do câncer na Mulher. — Tratamento
dos tumores pelos Raios X e pelo radium. — Tratamento
da esterilidade.

ACEITAM-SE DOENTES DE MÉDICOS ESTRANHOS A
MATERNIDADE PARA PARTOS E CIRURGIA

lógicos e terapêuticos. A doente deve ser internada e existir uma equipe bem organizada e responsável.

O trabalho apresentado e o método utilizado na hibernação artificial nos casos de gestose, merece a atenção dos especialistas. — *A. Felício dos Santos.*

Anestesia local na operação cesárea (*Anestesia local en la operacion cesarea*) — CASO, ROGELIO e DI FOUZO, NORMANDO O. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 474:316, setembro 1954).

Os AA. com uma grande experiência no emprego da anestesia local na cesárea, pois, apresentam 368 casos, em que somente a anestesia local foi praticada.

Fazem estudo comparativo com as anestésias gerais por inalação, mostrando a vantagem da anestesia local, por não ser tóxica, ser inócua, quer para a mãe quer para o feto, sendo o pós-operatório tranquilo e sem inconvenientes.

Tem suas principais indicações, nas cardiopatias, eclâmpsia, hipertensões graves, processos catarrais, nasofaringo-brônquicos e outros casos que será verificada pelo especialista.

Usam a novocaína a 1 %, e em alguns casos a 2 %, injetando de 40 a 200 cm³. — *A. Felício dos Santos.*

GYNAECOLOGIA

As oscilações rítmicas do quadro leucocitário no decorrer do ciclo menstrual (*Die rhythmischen Schwankungen des weissen Blutbildes im Verlauf des mensuellen Zyklus*) — ARTUER, G. — (*Gynaecologia*, 138:15, agosto 1954).

As modificações de quadro leucocitário são regidas por centros vegetativos no diencéfalo, sendo que é uma hiperatividade simpática corresponde: leucocitose e eosinopenia ao passo que o parasimpático provoca leucopenia e aumento dos eosinófilos.

Existem numerosas publicações a este respeito. A maioria dos autores refere uma linfocitose relativa durante a menstruação quando também é observada eosinofilia. Há pequena queda dos eosinófilos antes da relação e menstruação. Como, porém, os resultados não são uniformes, o Autor resolveu investigar em 54 mulheres, de 19-34 anos, simultaneamente o número global e diferencial dos leucócitos, a temperatura

basal e a taxa de glicose no sangue. Esta última acompanhou fielmente a curva da temperatura. Também o número global dos leucócitos apresentou valores baixos na fase estrogênica e mais altas na fase lútea. Os linfócitos mostram comportamento contrário aos neutrófilos; valores altos na fase estrogênica e baixos na lútea. Há uma queda brusca com a ascensão da temperatura. O valor mínimo é observado pouco antes do início da menstruação. Os eosinófilos acompanham, essencialmente, os linfócitos.

Feitos os valores médios com desconto de tôdas as eventualidades estatísticas pode concluir-se por uma reação cíclica nítida no quadro leucocitário que corresponde perfeitamente às outras expressões vegetativas (taxa de glicose, temperatura basal). Existe pois uma predominância parasimpática na fase estrogênica e simpática na lútea. O máximo do domínio parasimpático é alcançado 2 dias antes da ascensão da temperatura, o do simpático pouco antes do início da menstruação. A mudança vegetativa se faz, praticamente na época da ovulação e no início da menstruação. — J. P. Rieper.

Ondas de contração uterinas normais e anormais durante o trabalho de parto (*The Normal and Abnormal Contractile Waves of the Uterus During Labor*) — ALVAREZ, H. e CALDEYRO, BARCIA R. — (*Gynaecologia*, 138:190, agosto 1954).

As investigações muito meticulosas e convincentes dos Autores feitas em vários setôres do miométrio e no líquido aniótico para controlar as variações de pressão e a coordenação das contrações uterinas durante o parto, levavam ao estabelecimento de 5 tipos de ondas de contração.

1) Onda normal com coordenação perfeita. Começa num centro de excitação normal com propagação descendente. É mais forte e demorada no segmento uterino superior em relação ao inferior. É muito eficiente em relação à dilatação do colo.

2) As contrações no segmento uterino inferior são mais fortes que no superior.

3) Ondas com propagação ascendente.

Êstes dois últimos tipos de contração são menos eficientes para a dilatação do colo.

4) O quarto tipo é chamado de incoordenação do 1.º grau. O útero divide-se em duas zonas que se contraem inde-

pendentemente uma da outra. O parto progride muito lentamente.

5) Incoordenação corresponde a uma fibrilação uterina.

Durante o parto é frequentemente observada a transição de um tipo de contração em outro. — J. P. Rieper.

ARCHIV FÜR GYNAEKOLOGIE

Experiências em animais sobre os processos de regulação da função gonadotrópica do lóbo anterior da hipófise (*Tierexperimentelle Untersuchungen über Regulationsvorgänge der gonadotropen Funktion des Hypophysenvorderlappens*) — STADTMUELLER, A. — (*Arch. f. Gyn.*, 184:44, agosto 1954).

O A. fez suas experiências em cobaias castradas com implantação dos ovários no baço. Observa-se uma hipertrofia do útero dos animais, após 2 a 3 meses o que não parece estar de acôrdo com uma inativação dos estrogênios pelo fígado.

Logo depois da implantação dos ovários, observa-se hiperfunção do lóbulo anterior da hipófise que, porém, só pode atuar sobre os ovários implantados após o estabelecimento da vascularização. Aparecem folículos císticos e sanguinolentos, acentuadas modificações na teca, cuja intensidade pode ser colocada em paralelo com o grau de hipertrofia do útero. As camadas tecais devem pois ser consideradas como a fonte de produção do hormônio estrogênico correspondente.

A capacidade do fígado de inativar hormônios estrogênicos diminui consideravelmente com processos inflamatórios hepáticos e com doses maiores de hormônios biologicamente ativos que, assim, alcançam a grande circulação. Como este nível estrogênico elevado é permanente, explica-se a hipertrofia uterina. Aparece aos poucos uma luteinização dos ovários implantados o que permite admitir uma ação frenadora dos estrogêneos sobre a hipófise, efeito este, aliás também alcançado com estrogêneos administrados por via parenteral.

As outras glândulas endócrinas não mostram sinais de castração nos animais em experiência. Uma ação compensadora dos suprarrenais não pode ser comprovada.

Progesterona em altas doses provoca, ao contrário dos estrogêneos administrados, uma inibição na produção de hormônios luteinizantes e luteotrópicos. Nenhuma produção inibidora pode ser observada uma administração de extrato total

✓
Ano XX

ABRIL DE 1955

✓
Vol. 39-N.º 4

Dmp

ANAIAS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

DIRETOR E PROPRIETARIO

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.]



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 Felício dos Santos — Alípio Augusto — João Paulo Rieper
— Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri —
Cid Braune Filho — Hildegard Stoltz — J. C. Stel 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 Sal-
gado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Profs. Aício Peltier de
Queiroz, J. Adeodato F.º — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes,
Martiniano Fernandes — Rio Grande do Sul: Prof. Martin Gomes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 200,00

Estrangeiro, ano Cr\$ 240,00

Número avulso, Cr\$ 20,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º and. - 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 XX

Abril de 1955

Vol. 39 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Dois casos de tumor mixto mesodermal do útero.* — PROF. ALÍCIO PELTIER DE QUEIROZ, DR. ZILTON ANDRADE e DR. HUGO DA SILVA MAIA 189
- A hibernoterapia nas toxemias tardias da prenhez.* (Primeiros resultados de sua aplicação). — PROF. JORGE DE REZENDE e DR. PLÍNIO T. FERRAZ 207
- Endometriose de cicatriz laparotômica.* — PROF. ALÍCIO PELTIER DE QUEIROZ, DRA. MARIA DE LOURDES ROCHA SANTOS e DR. HUGO DA SILVA MAIA 217

EDITORIAL

- Tratamento dos tumores malignos do ovário* 227

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Professor Moraes Frias, do Porto, Portugal* 231
- Teste de Tokuko no diagnóstico sorológico do câncer* 231
- Associação Maternidade de São Paulo* 232

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Patologia ocular* 233
- Anais da Faculdade Fluminense de Medicina* 233
- Câncer do colo do útero* 234
- Die Bewegungsbestrahlung* 235
- Anais de 2.º Congresso Latino-Americano de Obstetrícia e Ginecologia e 4.º Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia* 236
- El Simpatío y la Nueva Patología Funcional* 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. GUIMARAES 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.
<i>Alterações premalignas do estroma endometrial</i> — TIMONEN, S. e LEHTO, L.	237
<i>Apresentação transversa</i> — ASHAN, ERIKEI e KINNUNEN, OLAVI .	238
<i>Fertilidade posterior à operação conservadora por prenhez tubária</i> — VARVINEN, PENTTI, A.	238
<i>A menopausa</i> , — NOVAK, E.	239
<i>Adeno-acantoma ovariano primário e secundário</i> — DOCKERTV, M. B.	240
<i>Anestesia loco-regional pudenda em Obstetricia</i> — HARRIS, Jr., J. R.	240
<i>Indução do parto</i> — MACKENZIE, CHARLES RONALD STRAGHAN	241
<i>O uso da injeção intravenosa e intramuscular de Demerol e Escopolamina no parto e no secundamento</i> — PASSMORE, G. G. e SANTA CRUZ, EDAR, W.	243
<i>Resposta lincomum dos ovários às gonadotrofinas</i> , — DI PAOLA, G. e LELIO, M.	244
<i>Tirose materna e malformações fetais</i> , — MIRTINI, J. L.	244
<i>Patogenia da infertilidade por aborto habitual</i> — MACLEAN, J. .	245
<i>Aderências intrauterinas</i> , — DI PAOLA, G. e LIPOVETZKY, N. .	245
<i>Hemorragia no parto por incoagulabilidade sanguínea</i> — RAMONDI, D.	246
<i>Adrenalectomia bilateral no cancer avançado da mama</i> — ALBERTELLI, JORGE, F., MONACO, HORACIO e CETRANGOLO, JOSÉ M.	247
<i>O cório, elemento de prognóstico das displasias e dos cânceres do colo uterino</i> — DE BRUX, LEAN, WENNER-MANGEN, HENRIETTE e ROBERT, CLAUDE	248
<i>Algumas reflexões a propósito de uma estatística geral sobre 3327 casos de epitelioma do colo do útero tratados pelas irradiações de 1919 a 1947 na Fundação CURIE-BAUD</i> , JULIETTE	249

<i>Interpretação das oscilações registradas no curso da insuflação útero-tubária quinográfica</i> — BONNET, LOUIS	250
<i>Contribuição ao estudo da tuberculose do endométrio</i> — MAGENDIE, J. MASQUELIER, LEGER, MLE, LARRALDE, DUFOURNIAUD, M.	250
<i>Complicações urinárias, em particular do aparelho alto, após curie e radioterapia, no câncer do colo,</i> — MONIN, M. G.	251
<i>Dosagens hormonais e tratamentos hormonais: duas gravídeses após 5 abortos espontâneos</i> — BECLERE e JAVLE	251
<i>Contribuição à patologia e à clínica da endometriose pélvica nas mulheres,</i> — OGIER, E.	252

Fim altruístico

EM SUA ORIGEM o seguro é produto de uma virtude moral — a previdência: o segurado prevê para não fazer apêlo à piedade e recorrer à caridade, aceitando um sacrifício imediato em consideração a uma vantagem futura. E, sobretudo no seguro de vida, seu fim é altruista, inspirando-se na mais nobre afeição ou no mais puro interesse de ordem moral.

(Hémard)



SUL AMERICA

Companhia Nacional de Seguros de Vida

Capital: Cr\$ 100.000.000,00 (realizado)

Reservas até 31 de dezembro de 1953:

Cr\$ 1.913.699.835,10

Caixa Postal 971 — Rio de Janeiro

interessante pesquisar se « deve » ser tratada a paciente. Crítica o uso indiscriminado de hormônios por quaisquer distúrbios que as pacientes apresentem « only because they have reached 40 years of age », e acha que a terapia hormonal só se faz necessária nesses casos, em presença de distúrbios vaso-motores. Comenta em seguida o emprêgo da estrogênio-terapia e da androgenoterapia, bem como o uso combinado dessas substâncias, manifestando sua preferência pelo emprêgo de estrogênios, principalmente por via oral. — *Adriano Ferreira*.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Adeno-acantoma ovariano primário e secundário (*Primary and secondary ovarian adeno-acanthoma*) — DOCKERTY, M. B. — (*Surg. Gynecology and Obstetrics*, 99:302, outubro de 1954).

Estudando cerca de 2.000 tumores ovarianos, verificou o A. 40 adeno-acantomas ou seja 2 %.

Apresenta um estado crítico destes casos, principalmente em relação ao diagnóstico histológico, tratamento e prognóstico.

Em 13 casos em que as lesões foram consideradas primárias, foi excluída a presença de carcinoma do endométrio.

Em 27 pacientes, o tumor poderia ser proveniente de uma neoplasia endometrial primária, embora pudessem ter sido também independentes.

Ambos os tumores pareciam afetar mais mulheres jovens com aumento de infertilidade.

O prognóstico foi surpreendentemente bom, inclusive nos casos considerados secundários, com comprometimento tanto ovariano quanto endometrial.

O artigo acompanha-se de 8 fotografias de peças e preparados histológicos. — *C. A. Zanotia*.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Anestesia loco-regional pudenda em Obstetrícia (*Pudendal block anesthesia in Obstetrics*) — HARRIS, Jr., J. R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 68:969, outubro de 1954).

Acentua inicialmente o A. que o problema da anestesia no parto, suscitado há mais de um século por Sir JAMES SIMPSON, está ainda longe de solução ideal, universalmente aceita. Por outro lado, o público está ciente da falta de satisfação profissional da combinação atual da anestesia e analgesia obstétricas.

Três objetivos devem preencher as drogas anestésicas: 1. eficiência em aliviar a dor; 2. margem de segurança para o feto; e 3. permitir à paciente ficar calma, raciocinante e capaz de cooperar. Há, presentemente, numerosos agentes anestésicos que preenchem completamente os dois primeiros requisitos e, parcialmente, o último. É que, associado a este último a relação médico-paciente, conseguida no período pré-natal, desempenha sua maior potencialidade.

Depois de passar, sumariamente em revista os anestésicos gerais, as anestésias espinhais, as regionais ou locais, trás sua experiência com o método que preconiza. O trabalho refere-se a 700 partos consecutivos, que tiveram lugar em 1952-1953. A analgesia foi limitada ao uso do Demerol (50 a 100 mg.) e escopolamina (1/300 a 1/150 grãos) e, em poucos casos, ao Carbitral (1 1/2 a 3 grãos). [Um grão é igual a 0,065 gr.]. Na maioria dos casos foi empregada a dose menor. Empregando o método, em combinação com Trilene e anestesia leve, conclue o A., pela sua eficácia, inclusive na realização de todos os modernos procedimentos obstétricos.

Termina o A. dizendo que não pretende oferecer uma panacéia para tôdas as dificuldades da anestesia obstétrica, mas auxílio para o armamentário de todo o parteiro, particularmente para os que não disponham de grande número de auxiliares treinados. — *A. de Moraes.*

Indução do parto (*Induction of Labor*) -- MACKENZIE, CHARLES RONALD STRAGHAN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 68:981, outubro de 1955).

A indução do parto representa problema a ser encarado por qualquer que pratique a Obstetrícia. Alguns limitam-se a usá-la quando ocorre indicação específica. Outros fazem-no julgando que a indução possa prestar melhores serviços à paciente.

O A. se propôs a discutir os três aspectos seguintes do problema: 1. alguns dos métodos mais comuns da indução e a opinião atual a respeito; 2. a indução eletiva do parto; 3. indicação específica.

Depois de acentuar que o exato mecanismo fisiológico da indução espontânea não é ainda conhecido, passa o A. a se referir aos métodos mais frequentemente usados no passado e no presente. Diz que certos progressos foram realizados para tornar a pituitrina mais segura, por sua padronização, isolamento da Pitocina, seu uso intranasal, eliminação de muitos de seus perigos, usando a droga, gota a gota, intravenosamente. Se é empregada a Pituitrina, diluem-se 15 mínimos

em 500 cm³ em solução de glicose e salina a 3 por cento, 15 a 30 gotas por minuto. Com a Pitocina são empregados 5 mínimos da mesma forma. Logo que as dores se iniciam, o medicamento é retirado e a paciente passa a ser cuidadosamente observada. Se a paciente é hipertensa prefere-se a Pitocina e não se emprega solução salina. O médico deve permanecer à beira do leito, controlando as contrações e observando os batimentos cardíacos do feto.

A indução específica exige como condição que não corram risco a segurança materna e fetal. Os perigos da morbidade por aspiração do conteúdo gástrico são evitados, os perigos do parto precipitado fora do meio hospitalar são eliminados, a apreensão sobre meios de condução são postos à margem nas pacientes residindo longe da maternidade, a supervisão do parto é mais segura de dia do que de noite. A seleção das pacientes para a indução eletiva do parto, acentua o A., é da máxima importância. Assim, não deve existir desproporção feto-pélvica, o feto deve estar maduro e preferentemente em apresentação cefálica, com cabeça insinuada ou insinuável, o colo deve estar amolecido, apagado e dilatado para um dedo. Alguns autores dizem que a paciente deve ser múltipara e muitos concluem que a morbidade e mortalidade são comparáveis nessa série às melhores séries em geral. O A., contudo, em seu hospital não pratica a indução eletiva, exceto em casos ocasionais. Percebe-se que num grande número de casos, a mortalidade fetal deverá ser estatisticamente mais alta no que nos casos deixados ao parto espontâneo. Contudo, ocasionalmente, admite-se a indução em múltipara com partos rápidos anteriores que viva a alguma distância do hospital. Se as condições são maduras para a indução, às 6 da manhã a paciente toma cerca de 60 gr. de óleo de rícino e às 8 uma grande lavagem esparta. Isso é, em geral, o suficiente e a paciente entra em trabalho. As membranas somente são rotas quando ocasionais contrações ocorrem, o que é praticado com a maior assepsia.

As indicações específicas para a indução do parto passam, então a ser tratadas pelo A. Este grupo raramente apresenta as conduções eletivas para a indução. O colo pode não estar maduro, a parte fetal não insinuada, haver risco materno ou fetal, as membranas terem se rompido prematuramente. Um prazo grande, entre a indução e o início do parto, aumentará o risco. Assim, o médico deve considerar sua paciente cuidadosamente e, se as condições para a indução parecem muito difíceis, deve ser praticada a cesária. Passa a discutir algumas das indicações que obriguem à interferência do obstetra. Assim, a placenta prévia, a abruptio placentae, a toxemia gravídica, as moléstias sistêmicas, a desproporção céfalo-pélvica, a pós-maturidade, a rotura das membranas. As condições para

a indução são raramente favoráveis neste grupo. A indução do parto não tem mais indicação na desproporção feto-pélvica, nem na pós-maturidade. — *A. de Moraes.*

O uso da injeção intravenosa e intramuscular de Demerol e Escopolamina no parto e no secundamento (*The Use of intravenous and intramuscular injections of Demerol and Scopolamine in labor and delivery*) — PASSMORE, G. G. e SANTA CRUZ, EDAR W. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, 68:998, outubro de 1954).

O propósito dos A.A. é relatar sua experiência com o emprêgo intravenoso ou intramuscular de Demerol e Escopolamina em combinação com um barbitúrico ministrado oralmente para sedação, analgesia, amnesia e anestesia no parto em 917 consecutivos partos de clínica privada, assistidos nos anos de 1952 e 1953 no « Nix Memorial Hospital » da cidade de Santo Antonio, no Estado de Texas.

Acentuam os A.A. que o seu trabalho não foi um experimento com idéia preconcebida a ser provada; mas uma evolução, baseada em conhecimentos anteriores e na experiência de outros, num método de conduzir o trabalho e o delivramento que acharam satisfatório para transmiti-lo aos colegas.

Se computassem casos dessa forma conduzidos em 1950 e 1951 teriam 1.675 casos, dos quais 917 foram cuidadosamente estudados. O método consiste em dar na admissão da parturiente um barbitúrico. Depois o Demerol com escopolamina é ministrado intravenosa ou intramuscularmente. A droga com ou sem escopolamina é repetida quantas vezes for necessário, o que acontece cada hora ou duas horas de intervalo. Uma múltipara com uma borda de colo ou uma primípara quasi pronta para a expulsão são conduzidas à sala de partos, onde se ministra oxigênio com máscara, idealmente por vinte minutos antes do secundamento e durante o reparo das partes moles. O melhor guia para administração do Demerol é a observação da respiração que não deve baixar a menos de 12 por minuto. Se tal ocorre deve-se aplicar Coramina, Metrazol ou Nallina e oxigênio por máscara. A escopolamina dá rubor, taquicardia e midriase. O pulso a 120 não é caso de alarme.

Concluem os A.A. que o Demerol não retarda nem pára o trabalho e a asfixia neonatorum é reduzida ao mínimo. A ministração destas drogas pode ser confiada a uma enfermeira competente. Acentuam também o emprêgo do cateter para resuscitar os recém-nascidos, acentuando que ha outras causas de asfixia, além das drogas. — *A. de Moraes.*

tadas como miomas submucosos, polipos, bôlhas de ar e inclusível carcinoma do endométrio, muitas vezes curatadas sem êxito como aconteceu em nosso caso.

Apresentam os A.A. a casuística de 2 casos acompanhados de 2 histerosalpingografias ilustrando o trabalho.—
A. F. Madruga.

BOLETIN DE LA SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Hemorragia no parto por incoagulabilidade sanguínea
(*Hemorragia en el parto por incoagulabilidad sanguinea*)—
RAMONDI, D.—(*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires*, 475:336, outubro de 1954).

O A. estuda com cuidado a hemorragia no parto, baseado em casos pessoais de A.A., procurando provar ser a causa da incoagulabilidade sanguínea por faltar o fibrinogênio e por embolia pelo líquido amniótico que se comporta como a tromboplastina, reduzindo o fibrinogênio circulante.

Faz o A. interessantes comentários sôbre o importante assunto, mostrando como causa de morte durante o parto em muitos casos, a incoagulabilidade de sangue, pela presença de elementos estranhos, como explica, que penetram na circulação.

Merecem transcritas as conclusões do A.: 1) Pode-se afirmar hoje, que as hemorragias por falta de coagulação no aborto, gravidez ectópica, fêto morto e retido e no parto, têm como fator desencadeante, a passagem de elementos ovulares para a circulação geral.

2)—Que, segundo a qualidade e quantidade dos ditos elementos, a doente pode morrer ou sobreviver e nesta segunda eventualidade, é quasi seguro que progrida a hemorragia por falta de coagulação.

3)—Que, o diagnóstico da incoagulabilidade sanguínea é fácil, mediante a prova do tubo da coagulação, e que a dosagem de fibrinogênio abaixo de 150 mm % confirma o diagnóstico.

4)—Que, a terapêutica específica pelo fibrinogênio é de resultados espetaculares.

5)—Que, faltando fibrinogênio, a histerectomia em tempo oportuno, depois de praticar as transfusões é a terapêutica obrigatória.

6)—Que, quando não se pôde praticar a autópsia por uma parturiente morta pelo colapso interno, sem antecedentes

orgânicos nem gestósicos, a extração de sangue das cavidades direitas do coração ao permitir individualizar uma terceira camada de mucina no tubo de centrifugação, confirma o diagnóstico de embolia pelo líquido amniótico.

7) — Que, de todo o exposto, conclue-se da necessidade imperiosa de contar em todos os serviços de obstetrícia de uma mínima quantidade de 5 gr. de fibrinogênio, para o qual deve conseguir, por todos os meios, a sua aquisição ou sua produção. — *A. Felício dos Santos.*

Adrenalectomia bilateral no câncer avançado da mama
(*Adrenalectomia bilateral em el cancer de mama avanzado*)
— ALBERTELLI, JORGE F., MONACO, HORACIO e CENTRANGOLO, JOSÉ M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 477:393, outubro de 1954).

Apresentam os A.A. 4 casos de câncer da mama, em que praticaram adrenalectomia bilateral, cujos resultados não foram satisfatórios.

Descrevem o método empregado no pré-operatório, como a técnica cirúrgica empregada. Falam sobre os efeitos sobre o estado geral e sobre a doença, com benéfico resultado.

Eis as conclusões dos A.A.:

1) — A adrenalectomia bilateral é uma operação bem tolerada sempre que o preparo hormonal seja rigoroso.

2) — A medicação substitutiva permite controlar sem dificuldades a falta adrenal.

3) — Os efeitos que ele tem sobre a enfermidade não são constantes em seu benefício, porém, em geral se obtêm efeitos paliativos valiosos, especialmente nos sintomas subjetivos (dôr) e, em algumas manifestações anátomo-clínicas da enfermidade (tumor).

4) — A resposta póde de certa maneira ser prevista de acôrdo com os efeitos da ovariectomia prévia.

5) — Uma maior experiência em casos bem selecionados, permitirá conseguir dados mais concretos.

6) — Até o momento presente, devemos concluir que é uma terapêutica complementar, paliativa, de recurso extremo, que estamos autorizados a considerar nos casos que escapam a toda possibilidade das terapêuticas. — *A. Felício dos Santos.*
