

Em Abril N.º Jubilar do Prof. Dr. Clovis Corrêa da Costa

ANO XXIII
MARÇO DE 1958
VOL. 45 - N.º 3

P
Anais
Brasileiros
de GINECOLOGIA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

- « Sociedade Brasileira de Ginecologia »
- « Sociedade Brasileira de Fertilidade »
- « Sociedade Brasileira de Citologia »
- « Ateneu do Instituto de Ginecologia »
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 XXIII

Março de 1958

Vol. 45 — N.º 3

SUMÁRIO

	Págs.
TRABALHOS ORIGINAIS	
<i>Obstruções tubárias. Estado atual e tratamento — Possibilidades de profilaxia</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL FERREIRA	133
LIÇÕES E CONFERÊNCIAS	
<i>A musculatura do períneo</i> — PROF. DR. LIBERATO J. A. DI DIO	147
EDITORIAL	
<i>Em torno da Colpite por Tricómonas</i>	159
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>Curso de Aperfeiçoamento em Citologia na AMRIGS</i>	165
<i>Curso de Aperfeiçoamento sobre esterilidade feminina</i>	165
<i>"Assises françaises de Gynécologie" (1958)</i>	166
<i>Nova Diretoria da "Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Buenos Aires" (1958 - 1959)</i>	166
<i>"Prêmio de Ciências Naturais e Biológicas aplicadas à Medicina"</i>	166
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Ostetrícia e Ginecologia</i> — ESPEDITO MORACCI — 2 vols.	167
<i>Discursos, Conferências. Escritos vários</i> — ALOYSIO DE CASTRO — 2. ^a ed.	168
<i>Acta Cytologica</i> — Vol. I, n.º 1, 1957	169
<i>Arquivo de Patologia</i> — Vol. XXIX, n.º 3, Nov. 1957	170
<i>Boletim do Instituto de Puericultura</i> — Vol. 14, dez. 1957 ..	170
RESUMOS (Ver índice próprio)	

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr\$ 300,00
Exterior	Cr\$ 450,00
Número avulso	Cr\$ 40,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a M. Monteiro de Barros

Caixa postal, 1289 — 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>Tratamento do carcinoma inflamatório da mama — Th. L. e McCARTHY, J. D.</i>	171
<i>Transfusão intraarterial em Obstetrícia e Ginecologia — COLLINS, C. G., WEESE, W. H. e BRADEN, F. R.</i>	172
<i>Carcinoma "in situ" e o papel da citologia em sua descoberta — RIVA, H. L., PICKHARDT, W. L. e BREEN, J. L.</i>	174
<i>Método para determinar o título do fibrinogênio no plasma — BOWMAN, H. S. e YELITO, MARY B.</i>	174
<i>Castração por irradiação. Follow-up dos resultados em moléstias benignas — STANDER, R. W.</i>	175
<i>Estrogênios de ação prolongada na amenorréia e menopausa — GURTMAN, A. L., ANDRADA, J. A., BLATT, M. H. G., EPSTEIN, J. A. e KUPPERMAN, H. S.</i>	175
<i>Cura espontânea de amenorréia devida a atrofia traumática do endométrio — BERGMAN, P.</i>	176
<i>Hemorragia funcional uterina — JACOBS, W. N., LEAZAR, M. A. e LINDLEY, J. E.</i>	177
<i>Morte fetal iminente in útero, devida à isoimunização. Síndrome materna; relatório de 3 casos — GOODLIN, R. S.</i>	177
<i>Contrações do útero humano e uma teoria de trabalho — GOLDEARD, WILLIAM, S.</i>	178
<i>Métodos psicológicos para facilitar o parto — LUKAS, H.</i>	178
<i>Sobre a profilaxia e o tratamento de estados de choque em obstetrícia e ginecologia — PRETTENHOFFER, H. e MUHLBAUER, W.</i>	179
<i>O "Kolpolux" um aparelho simples para colposcopar — FRANKEV, H.</i>	179

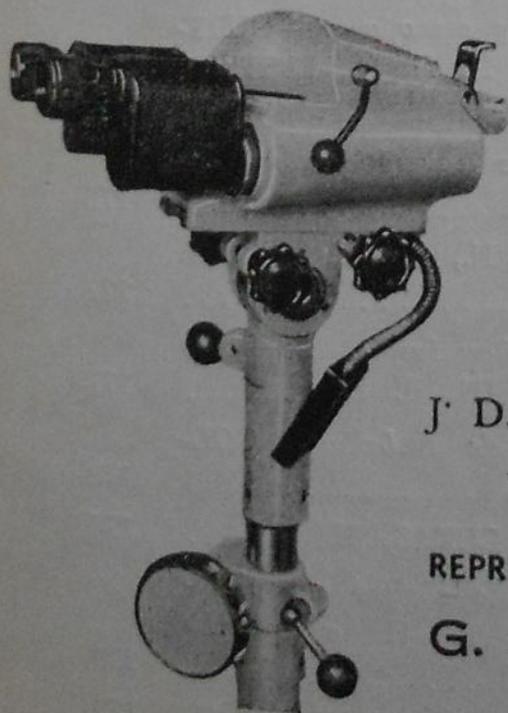
<i>Sobre a ação do etinil-nor-testosterona sobre a temperatura basal da gravidez</i> — LAURITZEN, CHR.	180
<i>Observações críticas sobre o "test" indireto de Coombs</i> — SIEVERT, C., PROKOP, O. e ROCKELER, R.	180
<i>Abórtos de repetição e toxoplasmose</i> — LANGER, H.	181
<i>Sobre a oportunidade de uma terapêutica sistemática da tricomoníase vaginal</i> — ROCCI, A.	182
<i>Síndrome peculiar anátomo-clínica em caso de carcinoma não diagnosticado</i> — BENZI, G.	182
<i>O glicogênio no epitélio do canal genital feminino em relação com o ciclo ovariano</i> — GIARDINELLI, M. e REINIS, I.	183
<i>A colpo-histerectomia alargada sub-corpórea no tratamento do câncer incipiente do colo</i> — ABUREL, M. E.	183
<i>Sobre a tricomoníase espermática</i> — CALISE, M.	185
<i>O Tricomycin — novo antibiótico para o tratamento de colpites por tricomonas e cândida albicans</i> — MENDIZABAL, A. F., INZA, R. e SALABER, J. A. B.	186

COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

com ou sem luz fluorescente

FOTO-COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

ARTIGOS ÓTICOS E CIENTÍFICOS



nas boas casas do ramo

J. D. MÖLLER OPTISCHE WERKE G. m. b. H.

WEDEL / HOLST. — ALEMANHA OCIDENTAL

REPRESENTANTE:

G. HÜTTIG — Caixa Postal 7320

SÃO PAULO

QUARTELY REVIEW OF SURGERY, OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY

Contrações do útero humano e uma teoria de trabalho
(*Contraction of the human uterus and a theory of labor*)
— GOLDFARD, WILLIAM S. — (*Quart. Rev. of Surg. Obst. and Gynec.*, 14:142, setembro de 1957).

O Autor fez experiências com tiras de miométrio obtidas de 5 pacientes operadas de cesária. Diz que o útero humano em trabalho produz contrações do tipo tetânico que ocorrem com intervalos de 15 minutos ou mais frequentes e cuja duração é de 15 segundos a um minuto.

Mergulhou as tiras numa solução de sôro fisiológico oxigenado tendo passado o dióxido de carbono posteriormente. Observou contrações tetânicas semelhantes as que ocorrem em trabalho.

Pôde conseguir o relaxamento do fragmento contraído aumentando a quantidade de oxigênio na solução salina.

Acredita que o útero inicia o trabalho por uma incompatibilidade entre a quantidade de sangue que chega ao mesmo e o leito vascular que não se altera, havendo um acúmulo de catabólitos.

O dióxido de carbono contido na parede uterina é tal que estimula o miométrio a se contrair. O miométrio contraindo-se produz sempre quantidade maior de CO⁰, devido ao trabalho.

A maior concentração do dióxido produz contrações mais fortes e com intervalos mais curtos devido ao acúmulo progressivo de CO².

É a sequência exata, diz êle, observada no ser humano à medida que o trabalho progride.

Tece considerações também sôbre o parto prematuro e a inércia uterina. — *Elza Poretz Herszenhut.*

GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE

Métodos psicológicos para facilitar o parto (*Psychologische Methoden der Geburtserleichterung*) — LUKÁS, H.
— (*Geb. u. Frauenhkl.*, 17:765, setembro de 1957).

O Autor faz o histórico dos estudos do psiquismo alterado em Obstetrícia, ocupando-se depois extensamente com os métodos ingleses e russos da sedação psíquica da dor. Expõe a semelhança e as diferenças dos métodos que, em última análise, são baseados na eliminação de medo e de alterações no funcionamento da córtice cerebral. A diferença

entre os métodos é explicada num exemplo de atividade esportiva: o método de Read aconselha a maior técnica de vencer as dificuldades, ao passo que o russo procura animar para alcançar o ponto final da corrida, sem cogitar do esforço.

O Autor tem experiência de 3 anos com o método de READ. Investigou a duração do tempo de trabalho de parto, verificando o número de contrações e a duração de cada uma em 100 mulheres que partejavam segundo Read e 100 outras não preparadas. A fase da dilatação do colo foi 25 % mais curta no grupo de Read.

Não há dúvida sobre a utilidade e eficiência do preparo psicológico do parto, se bem que a solução prática estará numa combinação bem equilibrada de auxílios medicamentosos e psicológicos, como aliás já foi empregada em tempos idos.
— J. P. Rieper.

Sobre a profilaxia e o tratamento de estados de choque em obstetrícia e ginecologia (*Zur Prophylaxe und Therapie von Schockzuständen in der Gynäkologie und Geburtshilfe*)
— PRETTENHOFER, H. e MÜHLBAUER, W. — (*Geburtsh. u. Frauenhkl.*, 17:798, setembro de 1957).

Após mencionar as variações principais do choque em obstetrícia e ginecologia, definem os Autores o choque como disregulação máxima neuro-vegetativa-endócrina e descrevem as condições fisiológicas e patológicas dos sistemas de reação.

Dedicam um capítulo à profilaxia do choque pela potencialização da anestesia, destacando o valor de HYDERGIN e PANTHESIN que empregaram com resultados excelentes em 541 operações.

Na presença de choque deve ser considerado, ao lado da substituição do líquido, sangue e oxigênio, o tratamento medicamentoso precoce por via endovenosa, com vitamina C, K, complexo B, rútila, e os medicamentos para a inibição do sistema neuro-vegetativo, destacando-se o HYDERGIN e o PANTHESIN. Foram assim tratados 12 casos de choque grave e 152 mais leves, com muito bons resultados. — J. P. Rieper.

O « Kolpolux » um aparelho simples para colposcopar (*Das "Kolpolux", ein einfaches Gerät zum kolposkopieren in der allgemeinen Sprechstunde*) — FRANKEV, H. — (*Geburtsh. u. Frauenhkl.*, 17:803, setembro de 1957).

Menciona o Autor as palavras de MARTIUS de que as possibilidades da colposcopia e citologia deveriam ser aproveitados por todo ginecologista.

Número Jubilar do Professor Clovis Corrêa da Costa

Anais
Brasileiros
de GINECOLOGIA

ANO XXIII
ABRIL DE 1958
Vol. 45 — N.º 4

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

- « Sociedade Brasileira de Ginecologia »
- « Sociedade Brasileira de Fertilidade »
- « Sociedade Brasileira de Citologia »
- « Ateneu do Instituto de Ginecologia »
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 XXIII

Abril de 1958

Vol. 45 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Mortalidade Peri-Natal na "Maternidade do Instituto Fernandes Figueira" — Prof. CLOVIS CORRÊA DA COSTA</i>	191
<i>Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida — Dr. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA</i>	197
<i>Cuidados peri-natais — Dr. JOÃO MARIO DA SILVA PEREIRA</i>	225
<i>Importância dos cardiobatimentos fetais no diagnóstico do sofrimento fetal e no estado do recém-nato — Dr. ARY NOVIS</i>	231
<i>Considerações sobre a anestesia geral para cesárea — Dr. JOSÉ PAULO DRUMMOND</i>	241
<i>Carcinoma primitivo da vagina e gestação — Dra. HÉLGA DA ROCHA PITTA</i>	247
<i>A eclampsia na Maternidade Clovis Corrêa da Costa — Dra. SARITA RABIN GOLDENBERG</i>	261
<i>Incidência de fórceps no período de 1940 a 1956 — Dra. BERTHA ROSEN</i>	267
<i>Prenhez ectópica — Dra. NILCE PEREIRA</i>	273

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>"Número jubilar" do PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA</i>	281
<i>Société Royale de Gynécologie et d'Obstétrique</i>	282
<i>"Exame de Estado" para exercício profissional da Medicina, na Itália</i>	283
<i>VII Congresso Chileno de Obstetricia e Ginecologia</i>	284
<i>Instituto Brasileiro de desenvolvimento e de pesquisas hospitalares</i>	286

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Tratado de Obstetricia — JUAN LEON, T. II, 1957</i>	287
<i>Modern Sex Life — EDWIN W. HIRSCH, 1957</i>	288
<i>Anais da Faculdade de Medicina da Univ. de Recife, V. 17, N.º 1</i>	289
<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, Vol. 43, N.º 3-4</i>	290
<i>Revista Clínica do Instituto Maternal, Vol. X, n.º 29, 1957</i>	290

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr\$ 300,00
Exterior	Cr\$ 450,00
Número avulso	Cr\$ 40,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a M. Monteiro de Barros

Caixa postal, 1289 — Rio de Janeiro

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANESTESIA GERAL PARA CESÁREA

DR. JOSÉ PAULO DRUMMOND

Assistente

Introdução

Tratando-se de um tema por demais ventilado, comportando vasta bibliografia especializada, limitar-nos-emos aqui a focalizar apenas alguns pontos que julgamos de maior interesse. Abrangendo problemas os mais variados, particulares a cada caso, consideraremos o assunto de um ponto de vista generalizado, rotineiro, sem a preocupação de individualizar as diversas situações.

A operação cesariana sendo uma intervenção de urgência, por vêzes extrema, requer do anesthesiologista uma ação pronta e uma capacidade de julgamento rápida e precisa, o que implica em larga experiência profissional. O fato de estarem em jôgo duas vidas exige que tôda orientação e decisão tenham sempre em vista o binômio materno-fetal, evitando-se assim uma consideração uni-lateral, que se torne em prejuízo de uma ou de outra. Por outro lado, o estado gravídico comporta tôda uma fisio-patologia própria, de conhecimento imprescindível face ao ato anestésico-cirúrgico.

Cuidados pré-operatórios

É necessário que o anesthesiologista tome contato quanto antes com a parturiente, assim que a intervenção esteja indicada, se não fôr possível fazê-lo com mais antecedência. Este contacto precoce visará não sòmente angariar a confiança da paciente, como também avaliar o seu estado geral, ainda que sumariamente. A maior atenção será dada ao seu estado de nutrição, hidratação, sedação, temperatura, condições respiratórias e circulatórias. A consulta cuidadosa da papeleta informará sôbre os exames complementares, os antecedentes patológicos e a eventualidade de alguma afecção de interesse anesthesiológico (toxemia, cardiopatia, diabetes, asma brônquica, infecções, etc.). A última refeição da parturiente deverá ser conhecida quanto à hora, qualidade, e quantidade do alimento,

julgando-se então da necessidade de uma lavagem gástrica ou do uso de uma sonda de LEVINE. O anesthesiologista deverá ainda se inteirar da indicação da cesárea, o que muitas vèzes constitui dado importantíssimo, como sejam os casos de sofrimento fetal, hemorragia, estafa materna, etc.

A pré-medicação anestésica constará, essencialmente, de drogas parassimpaticolíticas (atropina ou escopolamina), visando, sobretudo, evitar as secreções na árvore respiratória, o vômito e o laringospasmo. Excluimos o uso de entorpecentes, mórmente os opiáceos, pela sua ação nociva sôbre o feto, seja deprimindo o centro respiratório, seja provocando constrição brônquica. Administramos atropina em doses relativamente altas — 0,75 a 1,0 mg — por via intramuscular ou mesmo endovenosa quando a premência de tempo o exigir.

Indução

Como aqui se trata de uma determinada intervenção cirúrgica, é óbvio que a escolha da técnica e dos agentes anestésicos a serem usados dependerá estritamente da consideração do binômio materno-fetal, ou seja, das condições da parturiente e do seu concepto, levando-se em conta, naturalmente, dentro de certos limites, as preferências individuais de cada anesthesiologista. É de conhecimento corrente que, nesses casos, a indução anestésica é grandemente facilitada não só pelo estado psíquico da paciente que anseia por ver terminado um trabalho de parto às vèzes prolongado, fatigante e doloroso, como também pela sedação em que a mesma se encontra em muitas ocasiões, devido à administração de entorpecentes no decorrer do trabalho, visando um efeito analgésico e anti-espasmódico.

Utilizamos como agentes de indução os barbitúricos endovenosos de ação ultra-curta, tipo pentotal, ou o ciclopropano. Os barbitúricos têm a nossa preferência pela indução rápida e confortável que proporcionam, embora seja esta uma opinião passível de discussão. A administração de barbitúricos, como agentes de indução, uma vez que alcançam a circulação fetal em poucos minutos, exige do cirurgião rapidez de ação nas fases iniciais da operação (abertura da parede abdominal, histerotomia e retirada do feto), devendo ser evitada quando se supõe existirem dificuldades em qualquer dêsses tempos, como, por exemplo, nos casos de cesárea iterativa, hipertonia uterina, situação transversa, apresentação córmica, etc. Além disso, consideramos contra-indicações formais ao uso dos barbitúricos os casos de sofrimento fetal avançado, de prematuridade, de parturientes com hemorragias graves, retenção gástrica, asmáticas, toxêmicas, etc.

Temos a preocupação de realizar uma indução rápida, com altas concentrações de oxigênio, razão pela qual rejeitamos o protóxido de azoto como agente de indução.

Façamos agora alguma referência ao uso dos relaxantes musculares. Por muito tempo se admitiu que o curare não atravessava a barreira placentária, permanecendo, portanto, o feto indene à sua ação. Acredita-se, hoje, após diversas experiências (ORTH, RICHARDS) que o curare pode passar à circulação fetal, não o fazendo apenas pelo fato de que, nas doses comumente usadas, o organismo materno, em poucos ciclos circulatórios, fixa quase toda a quantidade administrada. Como visamos, sobretudo, diminuir a quantidade necessária de anestésico, usamos, geralmente, galamina, em doses não apnéicas — 40 a 60 mg., logo após a indução. Quando pretendemos realizar a intubação traqueal — o que só fazemos quando a indicação é absoluta —, preferimos, por sua ação fugaz, os leptocurares (sais da succinilcolina) aos paquicurares, que, obrigando o anestesíologista a assistir a respiração materna, impedem-no de participar da reanimação fetal, quando necessária.

Manutenção

Até o momento da retirada do feto, quando o cirurgião ou seu auxiliar procede à ligadura imediata do cordão umbilical, manter-se-á um plano anestésico superficial, aprofundando-se a anestesia a partir deste momento na medida das necessidades cirúrgicas ou conforme o permitir o estado da paciente.

Quanto ao uso de ocitócicos após a extração da placenta, preferimos um dos derivados da ergotamina aos hormônios pós-hipofisários, não somente pelo clássico antagonismo ciclopropano-pituitrina, como também pelas alterações de pressão arterial e pela constrição coronariana que aqueles medicamentos determinam.

Chamamos aqui a atenção para a posição de TRENDLENBURG, mais ou menos acentuada, em que, via de regra, são colocadas essas pacientes. Esta posição, oferecendo ao cirurgião algumas vantagens, acarreta, por outro lado, sérios inconvenientes do ponto de vista anestésico: aumenta a tendência ao refluxo gastro-intestinal, reduz a expansibilidade pulmonar por compressão do diafragma pelas vísceras abdominais e produz alterações circulatórias evidentes pela simples ação da gravidade. O que deverá ser ponderado, face às condições particulares de cada caso.

Os anestésicos de manutenção serão usados, após a retirada do feto, como numa anestesia normal, respeitadas, naturalmente, as condições do momento. Na grande maioria das

anestésias preferimos o éter, seguido do ciclopropano e do protóxido de azoto, combinados ou não. Deixamos de nos referir a outros agentes (tricloroetileno, procaína, ganglioplégicos, etc.) devido à nossa pouca experiência com os mesmos nesses casos.

Reanimação fetal

Este assunto, por sua extensão e complexidade, foge, de certa maneira, à modesta tarefa a que nos propomos. Todavia, impossível seria não nos referirmos a tão relevante capítulo, que constitui, muitas vêzes, a parte mais importante do parto operatório. Assim, focalizaremos a questão de modo sucinto, quase esquemático, sem entrar em detalhes de técnica ou discussões pormenorizadas.

Atualmente é ponto pacífico que, pelo menos nos casos graves, a reanimação fetal cabe ao anesthesiologista. Esta deverá ser efetuada na própria sala de operações, evitando assim o afastamento desnecessário do anesthesiologista da sua paciente. Constará a reanimação de três itens fundamentais, a saber:

- a) desobstrução das vias respiratórias;
- b) ventilação pulmonar adequada;
- c) aquecimento.

O primeiro item compreenderá a aspiração de secreções (líquido amniótico, mecônio, sangue) oro-faringéas e tráqueo-brônquicas por meio de aspirador elétrico, sob visão direta (laringoscopia).

A ventilação pulmonar será realizada, após intubação traqueal, por insuflação manual de oxigênio a 100 %, em circuito fechado ou semi-fechado. Da maior importância aqui é a regulação da frequência respiratória e da pressão de insuflação, a fim de que a ventilação resulte eficiente.

O aquecimento será feito por meio de sacos de água quente, envoltos em compressas, permanecendo o feto em ligeira posição de TRENDELENBURG, a fim de possibilitar a drenagem postural das secreções.

É óbvio que nem sempre é necessária a realização completa de todos êsses tempos, uma vez que, em certos casos, sobretudo os conhecidos classicamente como de asfixia azul, a simples aspiração endotraqueal, provocando reflexos de tosse ou uma única insuflação, despertando o reflexo de HERING - BREUER, é o suficiente, chorando, vigorosamente, o recém-nato logo após.

As clássicas manobras obstétricas de reanimação, de um modo geral, estão hoje condenadas por intempestivas, vio-

lentas e não fisiológicas. O recém-nato apnéico, principalmente na chamada asfixia branca, é um indivíduo que sofreu uma agressão, é, potencialmente, um chocado e deve ser tratado como tal. Daí a necessidade absoluta de ser manuseado delicada e cuidadosamente.

O uso de analépticos (lobelina, coramina), embora sujeito a discussões, deve, em princípio, ser evitado. Esses medicamentos, excitando um centro respiratório ou circulatório já fatigado, podem levá-lo ao esgotamento completo; ou, por sua ação hipermetabolizante, aumentar as necessidades de oxigênio de um organismo já em hipóxia.

Conclusão

De tudo o que acima ficou dito, dar-nos-íamos por satisfeitos se tivéssemos conseguido fixar os seguintes pontos:

1.º) experiência do anesthesiologista para atender a todos os cuidados especiais que requer a anestesia geral para cesárea;

2.º) importância da consideração do binômio materno-fetal pelo anesthesiologista, em seu aspecto fisio-patológico individual;

3.º) necessidade de amplo entrosamento e cooperação entre o obstetra e o anesthesiologista no pré, per e pós-operatório imediato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MINNITT - GILLIES — Text book of Anaesthetics. — 2) COLLINS — Anesthesiology. — 3) GOODMAN - GILMAN — As bases farmacológicas da Terapêutica (trad.). — 4) HUGUENARO - JAQUENOUD — Exposé d'Anesthesiologie. — 5) Fundamentals of anesthesia — A. M. A.

Considérations sur l'anesthésie générale pour césarienne

Résumé

L'auteur étudie les soins pré-opératoires, l'induction anesthésique, la manutention anesthésique et la réanimation foétale des césariennes. Il conclue que l'anesthesiologiste doit être expérimenté pour ce type d'anesthésie; qu'il est nécessaire de souligner l'importance du binôme materno-foétal dans son aspect physiopathologique individuel; qu'il existe une nécessité d'inter-relation et de coopération entre l'obstète et l'anesthesiologiste durant les pré, per et post-opératoires.

Comments on general anesthesia for cesarian section

Summary

The author makes a study on the preoperative care, the anesthetic induction, the anesthetic maintenance and the fetal reanimation in cases of cesarian section.

His conclusions were the following: it is necessary an experienced anesthesiologist for a special care in cesarian sections; the importance of the maternal-fetal physiopathological relations must be stressed; the obstetrician and the anesthesiologist must cooperate before, during and after anesthesia.

Betrachtungen über die Allgemein-Narkose bei Kaiserschnitten

Zusammenfassung

Verf. betrachtet die Prä-operativen Maassnahmen, die Narkose-Einleitung, die Unterhaltung der Narkose und die Wiederbelegung der Neugeborenen beim Kaiserschnitt und gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen: Der Narkotiseur muss Erfahrungen haben um den Anforderungen einer Allgemein-Narkose bei Kaiserschnitt gerecht zu werden; die Mutter-Kind-Beziehung muss in ihrer physio-pathologischen Bedeutung gewürdigt werden; es muss eine ausgesprochene Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Narkotiseur vor, während und nach der Operation bestehen.

INCIDÊNCIA DE FÓRCEPS NO PERÍODO DE 1940 A 1956

DRA. BERTHA ROSEN

Assistente

A revisão periódica de métodos e técnicas adotados nesta Maternidade, comparando-os com os de outras congêneres e analisando-os à luz de novas conquistas no setor de obstetrícia, permite-nos julgar das suas vantagens e riscos e orientá-los no sentido do aperfeiçoamento cada vez maior da assistência à Maternidade.

A conduta quanto ao uso do fórceps, particularmente no que se refere a sua indicação, não tem sido uniforme. Enquanto que as aplicações altas são condenadas unânimemente, pertencendo praticamente ao passado; as do estreito médio ainda encontram defensores, e o « fórceps de prova » é considerado, em mãos experimentadas, tão legítimo quanto a « prova de trabalho ». A indicação é ainda mais ampla para as aplicações baixas, a tal ponto que, em algumas clínicas americanas, cêrca de 100 % de partos em primípara são concluídos com o auxílio de fórceps. No outro extremo estão os que acentuam os perigos do fórceps. Entre êstes, TAYLOR, referindo 37 casos de fórceps médio em 10.000 partos registrados no « Colorado General Hospital », encontrou 26 % de morte fetal e 22 % de toco-traumatismos, além de 16 casos de morbidade materna puerperal. Considera o mesmo que o fórceps médio tem muito pouca ou nenhuma indicação⁽¹⁾. BECK, comparando estatísticas de dois serviços com conduta diversa quanto ao uso de fórceps, concluiu que as aplicações frequentes de fórceps não melhoraram a mortalidade fetal perinatal⁽²⁾.

Num total de 6.698 partos registrados nesta Maternidade, no período de 1940 a 1956, houve 355 extrações a fórceps (5,3 %). Dêstes 113 eram médios e 244 baixos.

Segundo a classificação de WEIBERG (1952), fórceps médio é o que se aplica ao polo cefálico com a parte mais saliente do occiput situada entre os planos das espinhas ciá-

(1) *Obst. & Gyn.*, 2: 302, 1953.

(2) *Bulletin de Obst. et Gynec. Fed. S. de Langue Française*, T. 8, n. 5 - 546 de 1956.

ticas e o das tuberosidades isquiáticas; e fórceps baixo o que se aplica em um plano situado abaixo dessas tuberosidades. A indicação para o fórceps médio foi geralmente em consequência de parada de progressão, associada ou não a sofrimento fetal ou materno.

A parada de progressão no estreito médio tem como causas a desproporção céfalo-pélvica e a hipo-sistolía secundária.

A distocia do estreito médio e inferior constitue entidade definida e pode ser encontrada nas bacias do tipo ginecóide com os diâmetros reduzidos e nas bacias do tipo andróide com redução dos diâmetros inter-espinhoso e inter-tuberoso, bem como nos tipos intermediários ou combinados.

Além do fator pélvico de desproporção, há a considerar o volume cefálico e o grau de flexão do polo que se apresenta. Em feto grande está para a bacia ginecóide normal, como um feto de pêso médio está para a bacia regular e igualmente estreitada, a dificuldade de descida sendo tanto maior quanto menor o grau de flexão da cabeça fetal.

A hipo-sistolía secundária é uma ocorrência frequente em caso de desproporção céfalo-pélvica. Depois de um período mais ou menos longo de contrações com características normais, estas se tornam fracas, curtas, espaçadas. Há um esgotamento da fibra uterina. Na ausência de desproporção, porém, a hipo-sistolía secundária indicaria uma insuficiência primária do miométrio — miocélula pobre em proteína contrátil — Actomiosina — com perturbação no sinergismo de contração dos feixes fibrilares e da propagação da onda contrátil no chamado « Triplice Gradiente Descendente » de CALDEIRO e BARCIA. Insuficiência essa ligada a fatores humorais, cujo mecanismo ainda não está bem esclarecido: Nor-epinefrina e Acetilcolina, estudadas por SAUTER e Princípio ocitócico pós-hipofisário isolado por DUDDLEY e KAMM, êste de larga aplicação na prática obstétrica. Alguns tipos de anestesia, como a Caudal contínua e *Saddle Block* e também os coquetéis líticos, contribuem para a assistolia.

O total de 355 casos de fórceps foi separado em dois grupos como se segue:

1.º Grupo: com 113 casos de fórceps médio, incluindo parada de progressão, associada ou não a sofrimento fetal.

Dêste grupo destacamos 9 casos de « fórceps frustrado » ou « fórceps de prova ». Segundo JEFFCOATE, todos os fórceps médios devem ser considerados como sendo de prova e, em caso de dificuldades, completados pela operação cesariana⁽³⁾.

(3) British M. J., 2: 951, 1953.

Analisando 37 casos de fórceps frustrados, LAW verificou 24,3 % de mortalidade fetal e 27 % de morbidade materna puerperal. Em 7 desses casos houve desproporção, em 18 posição viciosa de cabeça fetal e dilatação incompleta de colo em 6 casos⁽⁴⁾.

Dos 9 fórceps frustrados registrados neste Serviço, 6 foram resolvidos por versão interna e extração e 3 por operação cesariana. Em 3 casos foi mencionada bacia « limite » ou regular e igualmente estreitada; 3 dos fetos pesavam entre 3.500 gr. e dois acima de 4.000 gr. Houve cinco fetos mortos. Cumpre ressaltar que 8 dos 9 desses casos ocorreram no período de 1940 a 1947 em que a operação cesariana ainda não conta com a preferência atual.

QUADRO 1

Indicação	F. Médio	F. Baixo	F. prof.
Parada de progressão	59	26	—
Sofrimento fetal	48	117	—
Estafa materna	8	33	—
Eclâmpsia	6	17	—
Cardiopatia	1	3	—
Desc. musc. retos abd. cesárea anterior	1	—	—
TOTAL	113	196	56

2.º Grupo: com 242 casos de fórceps baixo, que ainda foi sub-dividido em:

a) 196 casos, incluindo parada de progressão e período expulsivo prolongado, associados ou não a sofrimento fetal ou materno;

b) 56 casos em que não foi registrado sofrimento materno ou fetal, a apresentação cefálica baixa achava-se rodada para O.I.A. ou O.P. e o período expulsivo não ultrapassava de 1 hora, tempo adotado como limite de expectativa neste Serviço.

QUADRO 2

Mortalidade e morb. fetal perinatal	F. Médio	F. Baixo	F. prof.
Fetos natimortos	8	4	—
Fetos neomortos	5	5	—
Morte aparente	22	41	5
Trauma obstétrico	9	7	—
TOTAL	44	56	5

(4) British M. J., 2: 955, 1953.

Do total de 22 óbitos fetais, 17 ocorreram entre 1940 e 1949 e 5 de 1950 a 1956, correspondendo 8,5 % e 3,3 % respectivamente, diferença que pode ser atribuída, além de constante melhora nas técnicas, a melhora das indicações e a preferência pela anestesia local.

QUADRO 3

<i>Mort. e morbidade materna puerp.</i>	F. Médio	F. Baixo	F. prof.
Morte materna	4	0	2
Hemorragia do delivramento	7	13	3
Shock	1	0	1
Infecção puerperal	28	32	4
Ruturas perineo-vaginais	9	35	3
Cicatriz. parcial e deiscência de sutura	24	42	6
Extr. manual de placenta	3	9	1
Fistula vésico-vaginal	0	1	0
TOTAL	56	132	10

Dos 6 casos de óbito materno 2 eram de eclâmpsia grave
1 de eclâmpsia e shock anestésico
2 de cardiopatia
1 de eclâmpsia, hemorragia, shock

Nos quadros de n.^{os} 1 a 3 estão mencionadas as indicações e as ocorrências mais importantes em cada grupo.

Os perigos a temer na aplicação do fórceps, são: a desproporção céfalo-pélvica relativa com a apresentação estacionada ao nível do estreito médio, em que a extração é tecnicamente possível, porém acompanhada de trauma fetal e morbidade materna puerperal elevada; e os analgésicos e anestésicos de ação geral que, além de favorecerem as hemorragias do delivramento e do pós-parto, contribuem para o aumento do número de fetos que nascem em morte aparente e também para o número de nati e neomortos.

M. MAYER e G. VARIN, comparando um grupo de fetos nascidos a fórceps com outro de parto normal, encontraram 69 % de choro retardado no primeiro, contra 14 % no segundo (5).

Parece, contudo, que o fator desproporção tem sido super-estimado, como provam os casos de primípara que ti-

(5) Bulletin de La Fed. S. Gynec. et d'Obst. Tome 7, n. 5, pg. 739, Spt. 1955.

veram o primeiro parto cirúrgico com aquela indicação e os partos posteriores normais. Por outro lado, o grande número de fetos com peso de 3.200 gr. e menos, afasta em muitos casos a hipótese de desproporção, sendo a grande maioria de partos prolongados com parada de progressão, devidos à má dinâmica uterina.

A triagem dos casos suspeitos de desproporção, com o auxílio da rádio-pelvimetria, e a operação cesariana eletiva, concorrem cada vez mais para a exclusão do fórceps médio. Além disso, o uso criterioso de ocitócicos e anti-espasmódicos nos desvios da contração uterina durante o trabalho de parto, bem como o amparo da paciente com o tratamento pré-natal e a educação psico-física, constituem os principais fatores que permitirão ao obstetra atingir o ideal preconizado por D'ESOPO — a redução da frequência do fórceps o mais possível.

Fréquence du forceps au cours de la période 1940 - 1956

Résumé

Sur un total de 6.698 accouchements enregistrés à la Maternité "Clovis Correa da Costa", il y eut 355 extractions par forceps (5,3 %), dont 113 moyens et 244 bas. Une révision de l'application du forceps et de ses indications, permet à l'auteur d'insister sur la réduction de sa fréquence en fonction d'une étude plus minutieuse de chaque cas.

Incidence of forceps employment in 1940/56 period

Summary

In 6698 recorded deliveries at the C. C. C. Maternity, there were 355 forceps extractions (5.3 per cent). In 113 cases medium forceps was used and low forceps was used in 244 cases.

A review of forceps employment, its indications etc., are made. The author stresses that a better study of the cases will reduce the frequency of forceps employment.

Häufigkeit der Zangenentbindungen in den Jahren 1940 bis 1956

Zusammenfassung

Unter insgesamt 6.698 an der Entbindungs-Klinik C. C. C. erfolgten Entbindungen wurde 355 (5,3 %) mal die Zange angewandt, davon waren 113 mittelhohe und 244 Ausgangs-Zangen. Verf. gibt einen Ueberblick über die Anwendung der Zange, Indikationen, etc. und betont, dass eine bessere Kenntnis der Fälle die Häufigkeit der Anwendung der Zange vermindern wird.

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>Citologia vaginal em pacientes com câncer da mama — LIU, W.</i>	291
<i>Análise de cem casos de câncer recidivante da cérvix uterina — GRAHAM, J. B. e HENDRICK, G.</i>	292
<i>Natureza e desenvolvimento das chamadas glândulas do colo do útero — FLUHMAN, C. F.</i>	292
<i>Função ovariana depois da menopausa — RANDALL, C. L., BIRTCH, P. K. e HARKINS, J. L.</i>	294
<i>Terapia do carcinoma "in situ" — TE LINDE, R. W., GALVIN, G. A. e JONES, H. W.</i>	295
<i>Sequências de anomalias do epitélio cervical — PECKHAM, B. e GREENE, R. R.</i>	295
<i>Vaginite por hemophilus vaginalis — BREWER, J. L., HALPERN, B. e THOMAS, G.</i>	296
<i>Métodos de diagnóstico e tratamento da esterilidade. Avaliação crítica — TOPKINS, P. T.</i>	297
<i>Irregularidades do ciclo menstrual — FLUHMAN, F. C.</i>	299
<i>Tratamento do hipotálamo pelas ondas curtas nas leucopenias de pacientes carcinomatosas submetidas a radioterapia — WEGHAUPT, K.</i>	300
<i>Sobre a sede da formação das coriogonadotropinas e dos esteróides placentários — BARGMANN, W.</i>	301
<i>Os hormônios de ação gestógena no organismo — ZANDER, J.</i>	302
<i>Sobre o destino dos tumores benignos da mama — STAMM, H.</i>	303
<i>Agentes progestacionais de longa duração — DAVIS, M. E. e WIED, G. L.</i>	303
<i>Comportamento da reação histoquímica para os grupos "SH" no endométrio humano durante o ciclo menstrual — REMOTTI, G.</i>	304
<i>Atividade progestacional do 17 - alfa - etinil - nortestosterona administrado por via oral — SANDRO DE SARIO, G.</i>	304
<i>Considerações sobre o problema clínico da hipogalactia — FELETIG, P. e CAPPETTI, C. A.</i>	305
<i>Indagação clínica sobre a atividade progestacional do 17 - alfa - etinil - 19 - nortestosterona administrado por via oral — BOCCI, A.</i>	306
<i>Primeiras experiências no campo ginecológica com a associação anti-biótica Colimicina e Penicilina — VAVALA, V.</i>	306

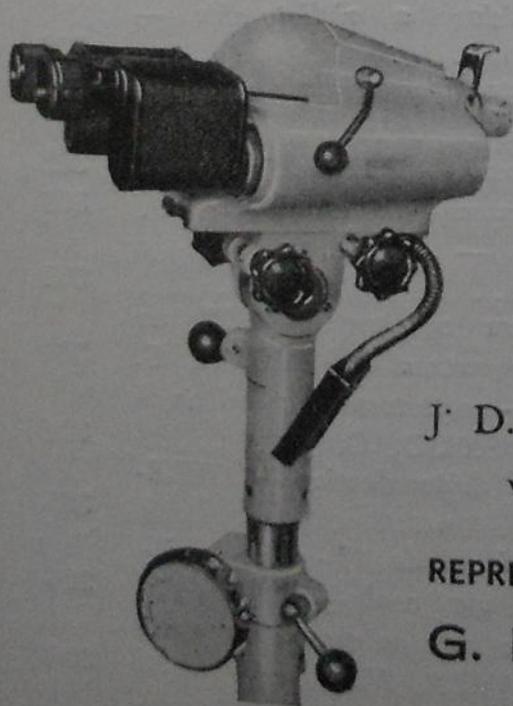
<i>Sobre as apresentações de face e de frente</i> — MANGIONE, P.	307
<i>Considerações étio-patogênicas e terapêuticas a propósito de 4 casos de tromboflebite no curso da gravidez</i> — PROTOPOPESCU, I., MIRESCU, A. e LUTESCU, O.	308
<i>Curetagem uterina no pós-parto imediato</i> — POPESCU, D., PAUNESCU, V. e CIRCA, I.	308
<i>Tricomoniase e prostituição</i> — CARDIA, M.	308
<i>Correlação entre a biópsia do endométrio periódica, a temperatura basal e a cristalização do muco cervical</i> — GARCIA, C. J. e CICHIONI, E.	310
<i>Indução do parto. Nossa experiência com a sonda de Krause, associada à penicilinoterapia</i> — LASSERRE, E.	310
<i>O método de Sandblom para o diagnóstico das perdas líquidas pelo mamilo</i> — SOLA, E. F. R.	311
<i>O uso da dihidroergotamina na condução do parto sob anestesia peridural</i> — GUGLIELMONE, P., CIESCO, A. e ZEOLLA, O.	311
<i>Cervicites e perturbações urinárias</i> — VAIRA, A. A.	312
<i>Diagnóstico precoce e tratamento num programa de controle do câncer. Nota prévia</i> — ULLERY, J. C., HAMM, E. V. e MILLER, E.	313
<i>Carcinoma cervical em gânglios linfáticos da aorta, tratado com ouro radioativo</i> — RUCH, R. M., COX, A. A., NURNBERGER, E. e TRUBULL, M. L.	313

COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

com ou sem luz fluorescente

FOTO-COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

ARTIGOS ÓTICOS E CIENTÍFICOS



nas boas casas do ramo

J. D. MÖLLER OPTISCHE WERKE G. m. b. H.

WEDEL / HOLST. — ALEMANHA OCIDENTAL

REPRESENTANTE:

G. HÜTTIG — Caixa Postal 7320

SÃO PAULO

RIVISTA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Sobre as apresentações de face e de frente (*Sulle presentazioni di faccia e di fronte*) — MANGIONE, P. — (*Riv. Ost. Gin.*, 12:557, outubro de 1957).

No decurso de uma revisão do material obstétrico da Clínica Obstétrica e Ginecológica da Universidade de Firenze (Prof. C. DECIO), de vinte anos (1936-955), achou o A. interessante chamar atenção sobre a casuística atinente às apresentações de face e de frente, por sua relativa raridade, pelos possíveis danos que podem determinar, bem como pelos problemas de ordem etiológica, diagnóstica e terapêutica que comportam.

Sobre um total de 24.684 partos espontâneos e operatórios verificaram-se, nesses dois decênios, 82 apresentações de face e 34 de frente. Isso significaria a relação de 1:301 na apresentação de face ou 0,33 % e de 1:726 na apresentação de frente ou 0,103 %. Estudando as causas etiológicas, diz o A. que, nos 116 casos de face e frente juntos, 67 ou 57,7 %, não apresentaram dados relativos às mesmas e 49 ou 42,2 % tinham como possíveis fatores etiológicos os seguintes: vício pélvico 15, macrosomia fetal 12, pluriparidade 4, prematuridade 3, circular do cordão no pescoço 3, prolapso dos membros 2, morte intra-uterina do feto 2, bacia ampla 2, e com 1 cada, fibroma uterino, parto gemelar, meningo-encefalocele e tumor teratóide do feto. Como se observa, acentua o A., entre os fatores etiológicos não está incluída a rotura intempestiva das membranas, encontrada em alta percentagem dos casos.

Como resultado dessas apresentações anômalas, nos 82 casos de face, 48 terminaram espontaneamente e 34 tiveram intervenções de vária natureza. A mortalidade fetal, no parto espontâneo, foi de 6,2 % e, no operatório, 11,7 %. Não houve mortalidade materna, mas lacerações vagino-perineais de vários graus, acentuando a necessidade da prática sistemática da episiotomia.

O parto de frente tem prognóstico muito mais grave do que o de face. Assim, o parto espontâneo ocorreu 4 vezes, com mortalidade fetal de 50 %, e o parto operatório 30 vezes (fórceps 18, versão 6, cesária 2 e craniotomia 4) com a mortalidade fetal de 46,6 %. A mortalidade materna foi igual a 2,9 % (1 caso de hemorragia pós-parto). Conclui o A., finalmente, que, dos dados expostos, se é bastante rara a evolução espontânea, há de outro lado altíssima percentualidade de insucessos graves nas intervenções por via vaginal. A cesária é, portanto, a intervenção de mais segurança, mas para isso é necessário o diagnóstico precoce, o que faltou no ma-

terial estudado, em que as pacientes já se internaram após muitas horas de rotura das membranas e quando a parada do trabalho fazia supôr a anomalia. — *A. de Moraes.*

OBSTETRICIA SI GINECOLOGIA

Considerações étio-patogênicas e terapêuticas a propósito de 4 casos de tromboflebite no curso da gravidez (*Consideratii etio-patogenice si terapeutice in legatura cu patru cazuri de tromboflebita in cursul graviditatii*) — PROTOPOPESCU, I., SAVA, I., MIRESCU, A. e LUTESCU, O. — (*Obst. si Ginec.*, 5:398, setembro - outubro de 1957).

Os A.A. relatam 4 casos de tromboflebite ocorrendo no curso da segunda metade da gravidez. O quadro clínico é diferente do das tromboflebitas do pós-parto e pós-operatório, pela localização da dor à distância, pela ausência de sinais premitórios e, localmente, por edema progressivo, etc.

Verificou-se no histórico desses casos, processo infeccioso na primeira metade da gestação, que poderia constituir fator favorecente, ao lado de uma série de outros fatores: circulação retardada na metade inferior do corpo, aumento de volume do útero, etc. O tratamento foi feito pelo Pelletan 150 300 mmg. diários, Penicilina 400.000 U. por dia, infiltrações intraarteriais e lombares com novocaína e mobilização. O parto foi espontâneo em todos os casos, sem acidentes hemorrágicos. (*Tradução do resumo em francês*).

Curetagem uterina no pós-parto imediato (*Controlul uterin instrumental in post partum-ul imediat*) — POPESCU, D., PAUNESCU, V. e CHIRCA, I. — (*Obst. si Ginec.*, 5:406, setembro - outubro de 1957).

Os A.A. estudaram grande número de puérperas (mais de duas mil), sôbre as indicações da curetagem uterina no período imediato que se segue ao pós-parto.

As conclusões acentuam o fato de que êste método deve limitar-se sômente aos casos em que ocorra retenção ovular significativa, sendo dado que a curetagem uterina aumenta a morbidade no puerpério, determina lactação precoce acompanhada de sintomatologia mais ruidosa (dores, tensão, etc.), dá lugar a diferentes perturbações na instalação da evolução do ciclo menstrual e, algumas vezes, à esterilidade secundária. (*Tradução do resumo em francês*).

É possível que o desenvolvimento do tratamento da tricomoníase entre a população do Porto fez reduzir a incidência do contágio venéreo mas também é possível que outros meios de infestação tenham contribuído a elevar o índice geral da tricomoníase. — *A. Moraes Filho.*

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO - AMERICANAS

Correlação entre a biópsia de endométrio periódica, a temperatura basal e a cristalização do muco cervical (*Correlación entre la biopsia endometrial periodica, la temperatura basal y la cristalización del moco cervical*) — GARCIA, C. J. e CICHIONI, E. — (*Obst. y Ginec. Lat. - Amer.*, 15:319, setembro - outubro de 1957).

Depois de passar em revista os diversos métodos existentes para diagnóstico da função ovariana, os A. A. fixam-se em três dêles que são: a biópsia do endométrio, a cristalização do muco e a temperatura basal.

Apresentam 10 casos de mulheres eumenorréicas, cujas consulutas eram devido a causas outras, que não a função menstrual.

Nestas pacientes efetuaram a biópsia de endométrio de 7/7 dias tendo o cuidado de retirar o material do colo, previamente, a fim de ser efetuado o teste de cristalização. A temperatura basal foi tomada tanto no reto como na boca.

Observaram no endométrio quer na 1.^a fase, quer na 2.^a, as transformações existentes no início, meio e final do ciclo. Quanto a cristalização, ficou evidente a ação hormonal principalmente na ovulação.

A curva da temperatura basal foi falha, pois em 2 casos foi monofásica, fato que estava em desacôrdo com os outros dois exames. — *Elza Poretz Herszenhut.*

Indução do parto. Nossa experiência com a sonda de Krause associada à penicilinoterapia — LASSERRE, E. — (*Obst. y Ginec. Lat. - Amer.*, 15:328, setembro - outubro de 1957).

O autor relata os resultados obtidos em 37 casos com a técnica de KRAUSE, modificada por ECHEVARRIA e BARRANTES. Depois de visualizado e pinçado o colo introduz-se a sonda de Nelaton n.º 30, de 35 a 40 cm. de comprimento, que fica insinuada entre as membranas e a parede uterina restando uma pequena parte, 6 a 8 cm., na vagina.

Simultaneamente inicia a penicilinoterapia, 400.000 U. diariamente.

A sonda permanece até que o trabalho de parto se inicie. Se houver fracasso, faz um intervalo de 24 horas e a seguir nova introdução. Os 37 casos foram assim distribuídos: 8 em feto vivo viável, 3 em feto vivo não viável (abôrto terapêutico), 25 casos de fetos mortos retidos e 11 de mola hidatiforme cujo trabalho se iniciou 12 horas após a introdução da sonda, havendo eliminação de grande quantidade de vesículas.

Teve 8 % de morbidade materna, um caso de fracasso onde a sonda permaneceu 24 horas sem resultado, sendo repetido posteriormente com sucesso, e um outro em que houve perfuração da placenta. — *Elza Poretz Herszenhut.*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

O método de Sandblom para o diagnóstico das perdas líquidas pelo mamilo (*El metodo de Sandblom para el diagnostico de los derrames por pezon* — SOLA, EDUARDO F. REMY — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires*, 36:358, outubro de 1957).

O A. apresenta o método de Sandblom, na sua comunicação, como o método ideal para o diagnóstico dos derrames pelo mamilo. Fala sobre os tipos mais comuns das perdas líquidas, e descreve o método, mostrando aspectos principais do mesmo e o cuidado que deve ser tomado.

Empregou o método em vinte e quatro casos, sempre com os melhores resultados, tanto pela facilidade da técnica, como pela segurança que oferece, não havendo possibilidade de extirpar galactóforo vizinho, deixando-o verdadeiramente doente.

Bôa bibliografia e dois desenhos de mama doente, ilustram o trabalho. — *A. F. Santos.*

O uso da dihidroergotamina na condução do parto sob anestesia peridural (*El uso de la dihidroergotamina en la codiccion del parto bajo anestesia peridural*) — GUGLIEMONE, P., CIESCO, A. e ZEOLLA, O. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 36:301, outubro de 1957).

Os A. A. estudam a ação da dihidroergotamina, associada à anestesia peridural, no parto quando apresenta distócia por dilatação insuficiente ou inexistente do colo uterino.

Tiveram para as suas observações 50 enfêrmas, sendo 46 primíparas e 4 múltiparas.

Falam sôbre as bases anatômicas químicas e fisiológicas de seu emprêgo em obstetrícia, anestesia peridural — técnica — ação sôbre o feto e sôbre o parto.

E concluem: a aplicação intramuscular do D.H.E. nas doses indicadas produz normalização das contrações uterinas. Menor duração do trabalho de parto.

Dilatação do colo uterino logo após a aplicação no máximo de quatro injeções da solução indicada. Nos casos de sofrimento fetal, a aplicação do medicamento, regulariza os batimentos fetais, permitindo a continuação do trabalho do parto até se poder aplicar o fórceps.

Ausência de complicações no parto e no puerpério. Com respeito a anestesia peridural,, temos obtido o desaparecimento das dores, uma continuação normal do parto em 48 casos. Boa bibliografia. — A. Felicio dos Santos.

Cervicites e perturbações urinárias (*Cervicites y trastornos urinarios* — VAIRA, A. A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires*, 36:307, outubro de 1957).

O A. procura provar, na sua comunicação que, a cervicite e na sua grande maioria a causa das perturbações urinárias.

Cita dois casos de enfêrmas portadoras de moléstias vesicais, e que ficaram curadas com o tratamento das cervicites.

Faz longas considerações defendendo o seu ponto de vista, baseado em vários autores, para concluir.

Parece razoável o critério diante uma mulher com uretrocistete, bexiga irritável ou incontidência de urina, com ou sem cistocele e que seja portadora de cervicite crônica e não existindo uma causa evidente de sua perturbação, curar a afecção cervical e teremos verdadeiras surpresas obtendo a causa definitiva em umas, melhorando outras e também fracassos, mas, estas nos orientarão para o tratamento da verdadeira causa.

Boa bibliografia. — A. Felicio dos Santos.

2

ANO XXIII
JANEIRO DE 1958
VOL. 45 - N.º 1

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

- « Sociedade Brasileira de Ginecologia »
- « Sociedade Brasileira de Fertilidade »
- « Sociedade Brasileira de Citologia »
- « Ateneu do Instituto de Ginecologia »
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 XXIII

Janeiro de 1958

Vol. 45 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Tumor de Brenner* — PROF. DR. JOSÉ MEDINA e DR. CARLOS ALBERTO SALVATORE 1
- A urocitologia como teste de função ovariana* — DR. RENÉ FERNANDES, EUGENIO CHIOBOLI e LUIZ CARLOS REIS 19
- Valores obtidos em 100 espermogramas de homens férteis* — DR. MARIO LEPOLARD ANTUNES 27

EDITORIAL

- Bases para o tratamento cirúrgico do prolapso do útero* 47

NOTAS E COMENTARIOS

- O Prof. Hans Limburg, Catedrático da Universidade do Saar* 51
- II Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* 51
- Novos professores de Clínica Obstétrica de Buenos Aires* 51
- Fundação da Sociedade Europeia de Citologia Esfoliativa* 52
- Reunião da "The American Society for the Study of Sterility"* 52
- Seminário sobre tuberculose primária na infância* 53
- Terceiro Congresso Latino - Americano de Obstetrícia e Ginecologia* 54
- Terceiro Congresso Mexicano de Ginecologia e Obstetrícia* ... 54

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Year Book of Obstetrics & Gynecology, 1957 - 1958 series* — GREENHILL, J. P. 55
- Tática cirúrgica — abdome* — ALFREDO MONTEIRO, 1957 .. 56

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr\$ 300,00
Exterior	Cr\$ 450,00
Número avulso	Cr\$ 40,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a M. Monteiro de Barros

Caixa postal, 1289 — Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Mensuração intravaginal da dose de irradiação incidente à pelvimetria radiológica e a histerossalpingografia — BERMAN, J. e ONNENBLICK, B. P.</i>	57
<i>Carcinoma escamo-celular do colo uterino — FORAKER, A. G. e DENHAM, S. W.</i>	58
<i>O papel da citologia exfoliativa no diagnóstico do carcinoma da cérvice uterina — DALE, E. H., BRINES, O. A., WILON, G. S. e NELSON, H. M.</i>	59
<i>O uso de um preparado estrogênico Valera'io de Estradiol (Delestrogen), para a inibição da lactação e alívio do engurgitamento mamário no post-partum — GORDON, R. e BEARL, L. G. ...</i>	61
<i>A contração uterina segundo Alvarez e Caldeyro — LEDESMA, D. A.</i>	62
<i>A punção do fundo de saco de Douglas no diagnóstico ginecológico — PEREA, J. J. e LARROCA, A. A.</i>	62
<i>Carcinomas simultâneos de ovário e útero — MIERES, A. e COLLILAS, R.</i>	63
<i>A pneumopelvigrafia em certas afecções endócrinas — BAGNATI, E. P. E MONTES, E. A. M.</i>	63
<i>O colo uterino: o himen cervical e a zona de passagem entre os dois epitélios — LANTUEJOL, P. e HÉRAUX, A.</i>	64
<i>A doença das inclusões citomegálicas do recém-nascido — LACOMME, M., MONTAGNE, P., DAVID, G. e Mme. BOREAU</i>	65
<i>Novas pesquisas sobre as apoplexias uterinas experimentais na rata prenhe — ROBEY, M., SIMONNET, H. e FRANÇOIS, A. ...</i>	66

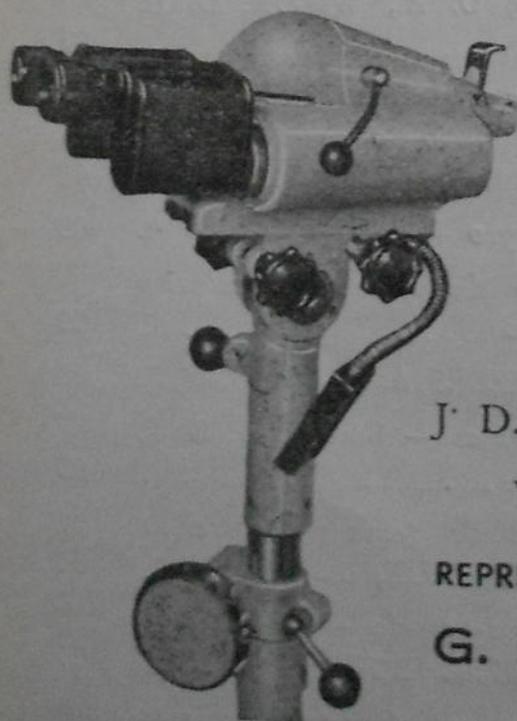
<i>Possibilidades diagnósticas e terapêuticas nas vulvo-vaginites por Candida</i> — RUSSO, A.	67
<i>Modificações das proteínas séricas no decurso pós-operatório em ginecologia</i> — ALBANO, V. e LUCARELLI, D.	67
<i>O emprêgo da tripsina por via intramuscular no tratamento das formas inflamatórias ginecológicas</i> — SAVI, C.	68
<i>Sobre algumas neoplasias malignas da vulva</i> — BONINO, A.	68
<i>Estrutura nuclear em tecidos cancerosos</i> — BLACK, M. M. e SPEER, F. D.	69
<i>Estruma do ovário, ascite e hidrotórax em paciente com ausência congênita de vagina</i> — TURUNEN, A.	69
<i>Hematométrios consequentes a atresia vaginal alta na idade da menopausa</i> — JARVINEN, P. A. e KINNUNEN, O.	70
<i>Contribuição ao estudo da fisiologia da volemia em Obstetrícia</i> — LOPEZ FERNANDEZ, R. J.	71

COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

com ou sem luz fluorescente

FOTO-COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

ARTIGOS ÓTICOS E CIENTÍFICOS



nas boas casas do ramo

J. D. MÖLLER OPTISCHE WERKE G. m. b. H.

WEDEL / HOLST. — ALEMANHA OCIDENTAL

REPRESENTANTE:

G. HÜTTIG — Caixa Postal 7320

SÃO PAULO

LA SEMANA MÉDICA

A contração uterina segundo Alvarez e Caldeyro (*La contraccion uterina segun Alvarez y Caldeyro*) — LEDESMA, D. A. — (*La Sem. Méd.*, III:69, julho de 1957).

O A. apresenta conclusões aos estudos de ALVAREZ, CALDEYRO e POSEIRO, de Montevideo, que baseiam seus trabalhos na introdução de cateter de polietileno na cavidade amniótica através a parede abdominal, para medir a pressão intrauterina encontrada entre as contrações, verificando que o tonus normal é 8 a 12 mm Hg. Com a contração eleva-se a pressão amniótica, cuja intensidade normal é de 30 a 50 mm Hg. Colocando cateteres nos cornos uterinos, na parte média e no segmento inferior, verificaram que a contração se inicia normalmente em um dos cornos (às vezes alternando num e noutro), atravessa o fundo até o outro ângulo e então se propaga de cima para baixo a todo o útero. A inversão da propagação impede a dilatação do colo e constitui a síndrome de DEMELIN.

O relaxamento se estabelece quasi simultaneamente em todo o órgão, sendo a contração mais longa onde se inicia, ou seja no fundo. A intensidade da contração deve ser maior no fundo que no segmento inferior, a fim de que o colo se dilate; se há uma inversão, não se forma o segmento inferior e o colo não se abre (Síndrome de SCHICKÉLE).

Quando as ondas se originam em várias zonas que se contraem independentemente e assincrõnicamente (ondas múltiplas) se estabelece o útero fibrilado que é incapaz de se dilatar. — *Homero Meirelles.*

A punção do fundo de saco de Douglas no diagnóstico ginecológico (*La puncion del fondo de saco de Douglas en el diagnostico ginecologico*) — PEREA, J. J. e LARROCA, A. A. — (*La Sem. Méd.*, III:192, julho de 1957).

Os A.A. tecem considerações sobre os meios diagnósticos para esclarecer o abdome agudo ginecológico, ressaltando a punção do Douglas.

Dizem que a mesma deve ser realizada em ambiente cirúrgico. Recomendam o emprêgo de uma agulha de no mínimo 10 cm. de comprimento, suficientemente grossa, adaptada a uma seringa de 20 cm³. Deve penetrar pelo menos 5 cm. pois senão se corre o risco de cair no espaço subperitoneal. Não se deve afastar da linha mediana nem do colo. Usam o critério de WINCKLER e CAPRANO para avaliação dos resultados. Assim: a) líquido seroso incolor ou fra-

camente colorido quando não há exsudato peritoneal; b) exsudato seroso turvo patológico. Anexites com reação pelveperitoneal; c) exsudato serohemático em casos de blastoma cístico do ovário rôto, hemorragia de ovulação e pelviperitonite; d) sangue vermelho, brilhante e fluído indica hemorragia pela rotura do corpo amarelo cístico, prenhes ectópica recentemente rôta ou traumatismo da punção; e) sangue escuro com coágulos, gravidès ectópica complicada; f) pús, piossalpinge rôto, abscessos do Douglas, pelviperitonite ou tuberculose peritoneal; g) líquido mucóide; punção de cistoadenoma mucóide do ovário ou rotura do mesmo; h) punção negativa — não houve entrada da agulha na cavidade peritoneal. Apresentam 91 casos sendo que em 5 a punção foi negativa. — *Elza Poretz Herszenhut.*

Carcinomas simultâneos de ovário e útero (*Carcinomas simultaneos de ovario y utero*) — MIERES, A. e COLLILAS, R. — (*La Sem. Méd.*, III:115, julho de 1957).

A multiplicidade neoplásica aparece mais comumente em forma bi-lateral nos órgãos simétricos, como sejam os ovários e muito mais raramente nas trompas, sendo difícil estabelecer suas vinculações por continuidade linfática, propagação peritoneal, migração transtubária, etc.

Ao encarar a patogenia e fisiopatologia destes tumores duplos, assinalam-se as seguintes possibilidades: a) Que ambos sejam primitivos com estrutura diferente; b) que os dois sejam secundários a outro carcinoma; assentam em miométrio e não no endométrio; c) o tumor ovariano é metastático do uterino; d) o uterino metastático do ovariano; e) o do útero é induzido por ação hormonal do tumor ovariano.

Certo número de cânceres genitais constituem enfermidade de sistema com a mesma origem, incluindo principalmente os do útero, ovários e derivados do conduto de GAERTNER. O A. apresenta 3 casos e faz referência detalhada de todos os casos da literatura argentina. — *Homero Meirelles.*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

A pneumopelvigrafia em certas afecções endócrinas (*La pneumopelvigrafia en ciertas afecciones endocrinas*) — BAGNATI, E. P. e MONTES, E. A. M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 36:195, julho de 1957).

Os autores fazem um pequeno resumo histórico, assinalando que o método foi empregado pela 1.^a vez para dia-

2

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

ANO XXIII
FEVEREIRO DE 1958
VOL. 45 - N.º 2

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

- « Sociedade Brasileira de Ginecologia »
- « Sociedade Brasileira de Fertilidade »
- « Sociedade Brasileira de Citologia »
- « Ateneu do Instituto de Ginecologia »
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 XXIII Fevereiro de 1958 Vol. 45 — N.º 2

SUMÁRIO

	Págs.
TRABALHOS ORIGINAIS	
<i>Tuboplastia com polietileno</i> (Nossa experiência em doze casos) — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES	73
<i>O período expulsivo nas múltiparas</i> (Análises de 1.000 histórias clínicas) — PROF. J. ADEODATO FILHO e DR. AUGUSTO MELO	83
<i>Polípos e falsos polípos do colo do útero</i> — PROF. MARTINIANO FERNANDES e DR. JOSÉ CONSTANTINO ..	95
EDITORIAL	
<i>Possibilidades do tratamento clínico da Endometriose</i>	107
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>Relatório sobre o II Congresso Uruguaio de Ginecologia e sobre o IV Panamericano de Endocrinologia</i>	111
<i>Sesquicentenário de Ensino Médico no Brasil</i>	114
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Segundo Congresso Uruguaio de Ginecologia, Relatos</i> — Tomo I, Montevideo	115
<i>Arquivo de Patologia, Órgão do Instituto Português de Oncologia</i> — Vol. XXIX, n.º 2, 1957	116
<i>Anales de la Facultad de Medicina</i> — Tomo XI, n.º 2, Lima, 1957 ..	116
RESUMOS (Ver índice próprio)	

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr\$ 300,00
Exterior	Cr\$ 450,00
Número avulso	Cr\$ 40,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a M. Monteiro de Barros

Caixa postal, 1289 — 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>Atuações endocrinológicas de certos tumores ováricos — LEON ISRAEL, S. e MUTCH, J. C.</i>	117
<i>Tratamento cirúrgico do câncer cervical recorrente após prévia radioterapia — BRUNSCHWIG, A. e DANIEL, W. W.</i>	118
<i>Papiloma intraductal da mama — HENDRICK, J. W.</i>	120
<i>Cauterização tubária transuterina para esterilização — PORTER, J. O. e BROWN, W. E.</i>	122
<i>Clorpromazina e combinações de Clorpromazina no tratamento da dismenorréia — CHAMBLIN, W. D. e CORBIT, J. D.</i>	122
<i>Cineradiografia dos órgãos pélvicos femininos — LEHFELDT, H., NEUMANN G. e CARLIN, R. W.</i>	123
<i>Estudos sobre ovulação no ciclo menstrual normal — ARRONET, G. H.</i>	123
<i>O fenômeno "rebound" da função ovariana humana e sua aplicação terapêutica na esterilidade feminina — IGARASHI, M.</i>	124
<i>Concepção dirigida. O uso eficaz de um novo creme geléia — GOLDSTEIN, L. Z.</i>	125
<i>Placentografia. Nova técnica usando écrans de diferentes intensidades — WEINBEG, A. e DECROFT, S.</i>	125
<i>Modificação da mama durante a gestação. Estudos radiológicos da mama — INGLEBY, H., MOORE, L. e GERSHON-SOHN, J.</i>	126
<i>Fibrinólise após cesariana eletiva. Relatórios de um caso — KENT, B. K. e EISEMANN, G.</i>	126

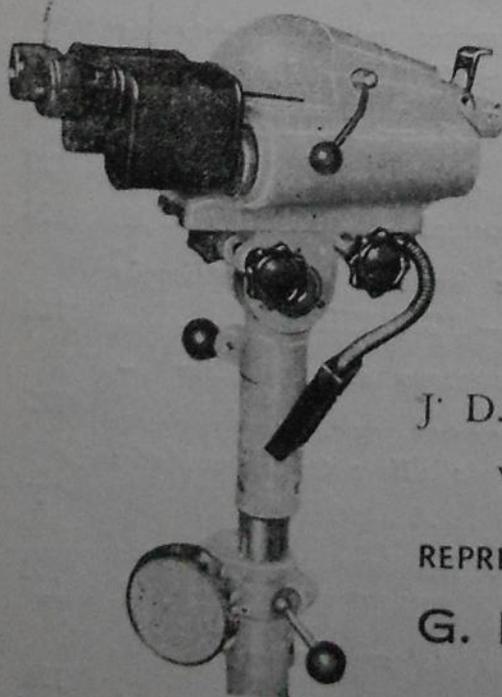
<i>Coriocarcinoma metastático real sem malignidade primária uterina evidenciável. Relato de 3 casos. Uma nova explicação possível para sua ocorrência</i> — ACOSTA - SISON, H.	127
<i>Problemas psicossomáticos na prática ginecológica</i> — MENAKER, J. S.	128
<i>Resultados terapêuticos na infertilidade. Um novo sistema para padronizar as anotações e uma análise de 200 casais inférteis</i> — HERBERT W. HORNE, JR., M. D.	129
<i>Tratamento cirúrgico do câncer do co'lo uterino</i> — BRUNSCHWIG, A.	129
<i>Avaliação dos antigos e recentes meios diagnósticos na tuberculose genital feminina</i> — VALLE, G.	130
<i>Tratamento da pré-eclampsia grave com clorpromazina</i> — SANCHEZ, J. R.	131
<i>Considerações clínicas, anátomopatológicas e endocrinológicas sobre um caso de tecoma</i> — SAVI, C.	131
<i>A filtração glomerular durante a gravidez</i> — URANGA, I. F. A., BIDOGGIA, H. e BOVONE, H.	132

COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

com ou sem luz fluorescente

FOTO-COLPOSCÓPIOS seg. Prof. Dr. Hinselmann

ARTIGOS ÓTICOS E CIENTÍFICOS



nas boas casas do ramo

J. D. MÖLLER OPTISCHE WERKE G. m. b. H.

WEDEL / HOLST. — ALEMANHA OCIDENTAL

REPRESENTANTE:

G. HÜTTIG — Caixa Postal 7320

SÃO PAULO

Modificações da mama durante a gestação. Estudos radiológicos da mama (*Gestational breast changes. X-ray studies of the human breast*) — INGLEBY, H., MOORE, L. e GERSHON-COHEN, J. — (*Obst. and Gynec.*, 10:149, agosto de 1957).

Os A.A. fizeram o estudo radiográfico das transformações da glândula mamária no ciclo grávido puerperal em 65 mulheres normais.

A radiografia da glândula mamária é um complemento indispensável para o conhecimento da mama durante os ciclos de gestação e lactação. O registro objetivo da mama é feito por conseguinte com o fim de se apreciar melhor as alterações continuadas que se passam na mesma. A anatomia que por este processo deixa de ser inanimada, transforma-se assim de estática em evolutiva.

Pelas radiografias foram descritas neste trabalho as fases anatômicas da gestação, da lactação e da involução. O conhecimento dessas fases é requisito primordial para o diagnóstico de estados patológicos subsequentes. Pode-se ter uma visão atual de alguns problemas relativos ao efeito do ciclo gestacional sobre a mama. Para isto são necessários estudos radiológicos antes, durante e depois do ciclo. O artigo é ilustrado com várias radiografias. — *Maria Grabois.*

Fibrinólise após cesariana eletiva. Relatório de um caso (*Fibrinolysis following elective cesarean section. Report of a case*) — KENT, B. K. e EISEMANN, G. — (*Obst. and Gynec.*, 10:158, agosto de 1957).

Os A.A. apresentam um caso de fibrinólise após a 4.^a cesariana eletiva numa mulher de 31 anos, sob anestesia raquidiana.

Uma hora após a intervenção a paciente apresentou sudorese abundante e queda progressiva de tensão arterial. Subjectivamente a enferma sentia-se bem, tendo-lhe sido administrado 1 cc. de mefentermine em solução aquosa por via intramuscular e 500 cc. de sangue. Pouco tempo depois observou-se profusa hemorragia vaginal que não foi controlada pela pitocina endovenosa, nem pela ergonovina.

Durante quatro horas foram administrados 2.000 cc. de sangue e 2.500 cc. de soro glicosado a 5%, permanecendo a doente em estado de choque. Seis horas após a intervenção havia sinais de sangue na cavidade abdominal e a hemorragia vaginal continuava, razão pela qual foi indicada nova laparotomia, praticando-se histerectomia sub-total. O útero infiltrado, tinha o aspecto de «útero de Couvelaire» e a cavi-

dade abdominal continha aproximadamente 2.000 cc. de sangue incoagulado. Três horas após a segunda intervenção a paciente entrou novamente em choque. A urina que saía pela sonda apresentava-se sanguinolenta, o ventre tornou-se distendido e havia sinais de grande quantidade de sangue na cavidade abdominal: pelos pontos de injeção e em algumas áreas da pele saía sangue. Não sangravam as mucosas. Foram feitos vários testes de laboratório que revelaram tratar-se de fibrinólise.

A paciente foi tratada com transfusões, fibrinogênio e cortisona. No 7.º dia depois da intervenção o sangue da cavidade abdominal tinha sido absorvido e a paciente apresentou uma tromboflebite do membro inferior esquerdo e do lado esquerdo da vulva, tendo sido tratada pelo dicumarol.

A paciente teve alta no 19.º dia e o exame feito 6 meses depois revelou que tudo tinha voltado ao normal.

Os A. A. discutem o mecanismo da ativação da fibrinólise, concluindo que sua etiologia ainda não está esclarecida. — *Maria Grabois.*

Corioepitelioma metastático real sem malignidade primária uterina evidenciável. Relato de 3 casos. Uma nova explicação possível para sua ocorrência (*Apparent metastatic chorioepithelioma without demonstrable primary chorionic malignancy in the uterus. Report of 3 cases; a new possible explanation of its occurrence*). — ACOSTA - SISON, H. — (*Obst. and Gynec.*, 10:165, agosto de 1957).

De 243 casos de corioepitelioma estudados de 1928 a 1956, nas Filipinas, 3 casos do A. e 1 relatado por NOLASCO em 1927, deram metástases que acarretaram a morte das pacientes, sem nenhum sinal de malignidade uterina após a expulsão do produto da concepção.

Dois destes casos sobrevieram após abôrto em fase inicial de gestação, um após curetagem por mola hidatiforme e 1 após cesariana eletiva seguida de histerectomia sub-total devido a hemorragia.

A morte por corioepitelioma metastático ocorreu de 5 meses a 3 anos e 3 meses após a expulsão do produto da concepção. O tempo decorrido entre os primeiros sintomas da doença e a morte foi de 2 meses. A ocorrência da hemorragia cerebral devido a metástase cerebral apressou a morte nos 3 casos do A.

Por não haver hemorragia ou massa tumoral palpável na pelve, as doentes foram internadas sem diagnóstico preciso.