ANO XXV
AGOSTO DE 1960
Vol. 50 — N.º 2

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV — Agosto de 1960 — Vol. 50 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Carcinoma do corpo do útero — Dr. CARLOS A. SALVATORE e Prof. Dr. JOSÉ MEDINA 65

Nossos primeiros resultados com o método colposcópico — Dr. ENNIO MARÇAL 85

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Metilergonovina na dequitadura. Em tôrno de 100 casos — Dr. JOSÉ SALVADOR SILVA 99

EDITORIAL

Diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino 105

NOTAS E COMENTÁRIOS

Sociedade Brasileira de cirurgia da mão 111
Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná 111
Centro de estudos Ayres Netto 111
Primeiro Congresso Internacional de histoquímica e citoquímica 111
IV Reunião dos Ginecólogos Espanhois 112
Journées Médicales Latines 112
Cursos de Obstetrícia e de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Paris 113

LIVROS E PUBLICAÇÕES

"Educação Médica nos Estados Unidos" 114
"Manual de Obstetrícia" — F. C. GRELLE 115
Acta Cytologica — Vol. III, n.º 2, 1959 116
Boletim da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia 116

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Avaliação eletrônica dos batimentos cardíacos fetais — HON, E. H., REID, B. L. e HEHRE, F. W. 117

O problema da pósmaturidade — MAGRAM, H. M. e CAVANAGH, W. V. 118

Morte fetal antes do início do trabalho de parto — GRANDIN, D. J. e HALL, R. E. 119

Tumores de Brenner e produção estrogênica — FARRAR, J. H. K., ELESH, R. e LIBRETTI, J. 120

Tratamento cirúrgico do estádio I do câncer do colo uterino — BRUNSCHWIG, A. 122

O problema da hiperplasia suprarrenálica leve — HERRMANN, W., BUCKNER, F. e MORRIS, J. M. 122

Novas experiências com pequenas doses de cortisona e esteróides afins na infertilidade associada a disfunção ovariana — JEFFERIES, W. M. 123

A relação entre endocraniose e útero miomatoso — SILINKOVA, M. E. e MALEK, J. 123

Hematoma do cordão — BRET, A. J. e BARDIAUX, M. 124

Fatôres antigonadotróficos na mulher normal e na patológica — GIAROLA, A. e STRADELLA, P. 125

Sôbre o tratamento preventivo da trombo-embolia na cirurgia abdominal e ginecológica — CHALIER, A. 125

Relatório sôbre 430 eletroconisações do colo — BICKENBACH, W., KRONE, A. e JANS, W. 126

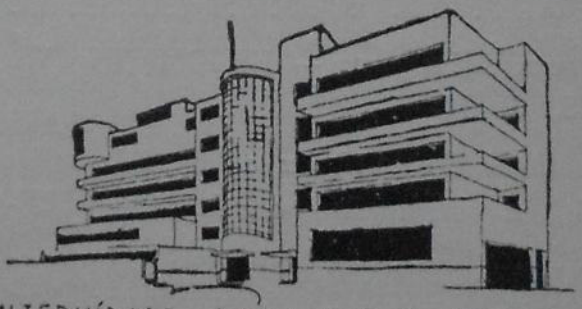
Resultados da operação radical de Wertheim sem e com linfadenectomia sistemática — RAUSCHER, H. e SPURNY, J. 127

Avaliação etiopatogênica dos sistemas que acompanham a fibromatose uterina — BRAVO, A. A., VEGA, M. D. e VASQUEZ, E. .. 129

Dosagens hormonais e sua aplicação na ginecologia e obstetrícia — FOURNIER, M. M., DURAZO, F. Q. e LIZAIDE, F. D. .. 130

As antigonadotropinas no tratamento da hemorragia funcional uterina das jovens — ANDREOLI, C., BERTOLI, P. E. e VAVALA, V. 131

O isonicotinilidrazone do furil 2-metil-chetose no tratamento da tuberculose genital feminina — CECCO, L. 132



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$ 6.000,00. — 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

espontâneos foi semelhante: houve, contudo, aumento do pêso da criança julgada pósmatura; houve aumento de complicações quanto ao feto; aumento também do número de cesáreas depois do início do parto nas prenhezes prolongadas. Foram estas duas últimas considerações motivo das conclusões dos A. A. — *A. de Moraes.*

Morte fetal antes do início do trabalho de parto (*Fetal death before the onset of labor*) — GRANDIN, D. J. e HALL, R. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 79:237, fevereiro de 1960).

Na década de 1944 a 1953, no « Sloane Hospital for Women », ocorreram 34.368 partos com pêso fetal acima de 50 gr. Mil e dezessete morreram; dêsses 407 morreram antes do parto. A incidência da morte fetal dos fetos acima de 500 gr. foi 1,2 %. Dos fetos acima de 1.000 gr. foi 0,94 %. Sessenta e sete por cento das pacientes eram brancas e 33 por cento prêtas, das pacientes que perderam os filhos antes do parto, em contraste com a incidência de 75 por cento brancas e 25 por cento de prêtas no serviço obstétrico no cômputo geral. Cento e setenta e três das pacientes eram nulíparas e 234 multíparas.

As causas da morte fetal foram as seguintes com o número de mortes e a percentagem: 1) Causas desconhecidas 113 (27,8 %); 2) Toxemia 106 (26 %); 3) Abruptio placentae 58 (14,3 %); 4) anomalias e/ou volihidrânio 45 (11,1 %); 5) Eritroblastose 36 (8,8 %); 6) Acidentes do cordão 27 (6,6 %); 7) Diabetes e anemia falciforme 14 (3,4 %); 8) Amniotite 4 (1 %); 9) Versão externa 1 (0,2 %); e 10) « Pósmaturidade » 4 (0,7 %). A comparação das mortes fetais antes e depois da 42.ª semana revelou: antes da 42.ª semana, 277 explicáveis ou 59 % e 113 inexplicáveis ou 41 %. Depois da 42.ª semana 13 explicáveis ou 77 % e 3 inexplicáveis ou 23 %.

As mortes atribuíveis a causas desconhecidas, toxemia e abruptio placentae representaram 2/3 da série. A incidência da morbidade puerperal estava aumentada, bem como da hemorragia pósparto. O tratamento deve ser conservador. Ocitócicos, amniotomia, e cesária, quando indicadas, foram empregados. A síndrome de pósmaturidade e hipofibrinogenemia foi ràpidamente discutida e sua importância posta em dúvida. — *A. de Moraes.*

ANO XXV
SETEMBRO DE 1960
Vol. 50 — N.º 3

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. E. R. J.
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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»

Número dedicado ao Jubileu Professoral do Professor Arnaldo de Moraes (1935-1960)

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 XXV Setembro de 1960 Vol. 50 — N.º 3

SUMÁRIO

EDITORIAL

Págs.

O «Jubileu professoral» do Prof. Arnaldo de Moraes assinala 25 anos de realizações 133

TRABALHOS ORIGINAIS

L'orientamento attuale nel trattamento del cancro del collo dell'utero — Prof. LUIGI CATTANEO 137

Behandlung und Ergebnisse beim Collum-Carcinom in der Schwangerschaft — G. SCHUBERT e W. HUMKE 151

Tratamento e resultados no carcinoma do colo durante a gravidez — G. SCHUBERT e W. HUMKE 159

Fator corporal uterino por lesões anatômicas em esterilidade e infertilidade — Prof. F. FREITAS SIMÕES e Dr. JORGE DE MELLO DO REGO 167

La sifilis en el estado puerperal — Prof. MANUEL LUIS PEREZ 193

Las oclusiones intestinales postoperatorias en ginecotocologia — Prof. Dr. MANUEL B. RODRIGUEZ LOPEZ e Dr. ENRIQUE BARTHE 205

Histoquimica de la leucoplasia — Prof. J. BOTELLA LLUSIÁ .. 223

El problema de la integracion obstetrico-ginecologica — Prof. Dr. GUILLERMO DI PAOLA 227

El problema de la hipertensión crónica de origen grávidotóxico — Prof. RAÚL GARCIA VALENZUELA e Dr. ELIAS CUMSILLE NUNEZ 233

Sarcomas del utero - aporte de 5 observaciones — Prof. NORMANDO ARENAS. Dr. ANTONIO FOIX e Dr. TOMÁS A. DAVISON 245

Étude anatomo-clinique et radiographique des malformations utérines "majeures" — Prof. R. BOURG 259

La operación de Manchester - Fothergill en el tratamiento del prolapso genital — Prof. ARTURO ACHARD 291

Cinco anos de aplicação de ocitocina sintética "Syntocinon" em obstetrícia — Prof. D. PEDRO DA CUNHA e Drs. E. MONTARGIL, FERREIRA VICENTE 297

Endometrial relationships in the management of dysfunctional uterine bleeding of the menopause — Dr. S. B. GUSBERG 179

Secretion cervicale humaine metabolisme du 35 SO4 NaZ et ultrastructure des cellules cylindriques — Dr. R. MORICARD 319

"Toxemia" gravídica. A propósito de su etiopatogenia — Dr. JUAN LEON 343

Del progresso en obstetricia — Dr. JOSÉ A. AGUERRE 353

Miomectomias — Dr. RAFAEL PINEDA 367

NOTAS E COMENTÁRIOS

II Congresso Venezuelano de Obstetrícia e Ginecologia 377

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a **M. Monteiro de Barros**
Caixa postal. 1289 — Rio de Janeiro

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

CINCO ANOS DE APLICAÇÃO DE OCITOCINA SINTÉTICA "SYNTOCINON" EM OBSTETRICIA

PROF. D. PEDRO DA CUNHA
e
DRS. E. MONTARGIL, FERREIRA VICENTE
Lisboa — Portugal

Todos nós, tocoginecologistas, sabemos bem, por experiência própria uns, outros pela leitura de antigos tratados clássicos e de algumas publicações, as dificuldades com que nos deparávamos ao querer proceder à indução do trabalho de parto ou ao tratamento das inércias uterinas, quer primitivas, quer secundárias, com freqüência estabelecidas durante o parto.

Por vêzes a situação chegava a ser angustiosa, sendo grandes os perigos tanto para a gestante como para o produto de concepção, não só pelas lesões traumáuticas resultantes da aplicação dos dilatadores, das sondas metálicas, etc., como ainda da infecção.

Os que usavam simplesmente os meios médicos, como o óleo de rícino, clister, banho quente, quinino, etc., etc., na grande maioria das vêzes não conseguiam o seu fim. Assim, W. J. GARRET numa revisão de 600 casos de tentativa de indução médica em gestantes do seu serviço em Oxford, com os medicamentos atrás citados, diz ter verificado apenas 5% de desencadeamentos, percentagem essa que aumentou para 18 quando procedia concomitantemente à administração de extratos do L. P. H. em injeção intramuscular.

O aparecimento dos corpos ergonovínicos, como o ERGOTRATE, PATHERGIN, etc., trouxe algumas esperanças para a resolução do problema.

Vários tocólogos como CALLAM, ALVAREZ BRAVO, BARLOW, etc., afirmam ter obtido resultados muito satisfatórios.

Por nossa parte, devemos dizer, termos usado durante um certo período no nosso Serviço a Pathergin, tendo-a posto de parte pela grande percentagem de insucessos, e ainda, pelos quadros de hipertonia que por vêzes desencadeava.

MOLLER-CRIATENSEN e TROLLE aconselham a não fazer uso de tais drogas em virtude dos maus resultados que tiveram ensejo de observar; não só como nós, viram estabelecer grande proporção de hipertonias uterinas, como ainda elevada percentagem de fetos mortos por anoxia.

Da mesma opinião são CALDEYRO e ALVAREZ. Para êstes a ergonovina como a methyl-ergonovina, mesmo quando injetadas por via endovenosa contínua, em doses muito pequenas, ao estimularem o útero, produzem um tipo de contrações muito diferente das do trabalho de parto normal.

São produtos a serem empregados após o 3.º estadio do parto. Nessa altura parece-nos não haver dúvida alguma, quanto à sua eficácia.

Foi, como aliás é bem sabido, BLAIR BELL, quem introduziu o uso do extrato do L.P.H. em Obstetrícia, em 1909.

O seu emprêgo depressa se generalizou, cedo tendo também começado o seu abuso, dando como resultado lugar a tragédias, por vêzes não menores às atrás citadas com os antigos processos instrumentais de desencadeamento.

Os acidentes observados não só pela forma como a droga era administrada, como ainda por o extrato total pós-hipofisário conter além da hormona ocitócica, a vasopressina, chamaram a atenção dos cientistas.

Assim, em 1928 KAMM e colaboradores conseguem isolar as fracções asopressina e anti-diurética da ocitócica.

Anos depois, em 1949, VIGNEAUD e colaboradores obtêm a ocitocina em estado pràticamente puro.

Quase ao mesmo tempo VIGNEAUD, nos Estados Unidos e TUPPY na Áustria publicam a estrutura química da ocitocina. A sua molécula é constituída por um pentapeptido composto por cinco aminoácidos: cistina, tirocina, isoleucina, glutamina e asparagina. A êsse pentapeptido agregasse um tripeptido constituído pela glicinamida, prolina e leucina.

É ainda VIGNEAUD que obtém a síntese da mesma substância, em 1954. Um ano mais tarde BOISSONAS e colaboradores descreveram uma nova síntese da ocitocina posta no mercado pela casa Sandoz com o nome de SYNTOCINON.

Vários autores como BOSCH e KASER, CHOSSON e colaboradores, CLARK, etc., numa série de trabalhos veri-

ficaram ter a dita droga ação análoga à do extrato purificado do L.P.H., com a vantagem de não provocar alterações na tensão arterial e na circulação coronária, em virtude de ser isenta de substância vasopressora. É esta, sem dúvida, também, uma das suas grandes vantagens.

Importante é, também, o fato constatado por PAGE, CROZALTO, BIKER e TYLER, etc., da ocitocina quando injetada por via endovenosa, desaparecer ràpidamente da circulação, em virtude dum fermento existente no plasma das gestantes denominado "ocitocinase".

Se foi com THEOBALD e colaboradores que se iniciou o uso de extratos do L.P.H. por via endovenosa em injeção lenta e contínua a verdade é que a sua maior aplicação só teve lugar após as descobertas de VIGNEAUD e BOISSONAS.

Foram sobretudo os estudos de HELLMAN, HARRIS e REYNOLDS, STONE, EASTMAN, BURNELL, etc., que vieram trazer mais pormenores sôbre a técnica.

Mais tarde, em publicações várias, BRUN, T. MAYER, RODNEY, SHEARMANN, HENRY, FRIEDMAN e HERBERT HARRIS, CALDEYRO BARCIA e colaboradores mostraram-se grandes entusiastas do método.

No nosso serviço a aplicação de ocitocina sintética por via endovenosa na indução do parto e na sua condução foi iniciada em começos de 1955.

O seu uso noutras situações obstétricas só começou um pouco mais tarde.

Os nossos primeiros ensaios de perfusões com ocitocicos realizaram-se com extratos do L.P.H.; êstes foram, passado muito pouco tempo, substituídos pela ocitonia sintética, "**Syntocinon**" amàvelmente posta à nossa disposição pela casa "Sandoz".

Ainda que estejamos convencidos que os aparelhos destinados à administração de perfusões intravenosas munidos de motor elétrico e de um dispositivo com várias velocidades, sejam de manipulação muito mais prática e rigorosa, êles nunca foram por nós usados.

Seguimos o método de gotejo com todos os inconvenientes apontados por GOODMAN e GILMAN, CALDEYRO BARCIA e colaboradores, etc., como sejam, depender o tamanho das gotas do pêso específico do líquido, da sua temperatura, viscosidade, etc. e ainda o número de gotas poder variar com a pressão do sangue da veia em que se faz a injeção, a

posição do membro, da compressão exercida sôbre a roupa, etc., etc.

Não obstante todos êstes fatôres de imprecisão foi êste o método por nós aplicado sempre e com muito bons resultados.

É na veia dorsal da mão que injetamos a solução, sôro dextrosado a 5% com "Syntocinon" na proporção de 100 c.c. para 1 U., num rítmo variável consoante a resposta uterina.

Raríssimas vêzes usamos Piton ou outro líquido solvente.

É aconselhável iniciar-se a perfusão sempre com um débito não superior a VIII-X gotas por minuto, número de gôtas êsse que corresponde na escala de CALDEYRO BARCIA e ALVAREZ a 4 m.U./m devendo aumentar-se, pouco a pouco, até alcançar o máximo rendimento fisiológico do útero, o que se obtem, por via de regra, com uma média de XXX gôtas/min. É muito raro ultrapassarem-se XL gôtas.

O diminuto gotejo de início faz evitar na grande maioria das vêzes a instalação duma hipertonia que, apesar de ser, por via de regra, fugaz, pode ter repercussão sôbre o feto.

A quantidade total injetada varia bastante de gestante para gestante, consoante a paridade, idade da gravidez, etc., etc. Assim, podemos dizer que nas primíparas variam de 250 c.c. a 3.500 c.c. e nas multíparas de 200 c.c. a 2.200 c.c., adicionando, claro está, a quantidade de Syntocinon respectiva.

Após vários ensaios, achamos não haver utilidade alguma em preparar com estrogeneos as gestantes destinadas ao desencadeamento do parto, motivo porque decidimos abandonar completamente tal prática.

Da mesma forma abolimos também o uso dos anti-espasmódicos adicionados ao soluto ocitócico, por termos verificado que demorava o desencadeamento do parto sem apressar o decorrer do mesmo. Tais drogas são aplicadas com o mesmo critério que seguimos num parto desencadeado espontâneamente.

É aconselhável manter sempre a perfusão até depois de terminada a dequitadura, em virtude das hipotonias que por vêzes se estabelecem uma vez suspensa a administração do ocitócico.

Consideramos, como aliás a maior parte dos autores, ser necessário proceder sistemàticamente à rotura das membra-

nas, com os habituais cuidados, uma vez obtida uma dilatação do orifício uterino de uns dois dedos. Tal prática encurta a duração do parto pelo aumento da atividade uterina, pela supressão da resistência das próprias membranas e, por vêzes até, pela ação da parte apresentada sôbre o colo.

A oxigenação materna, convenientemente doseada, não deverá ser esquecida, tanto para benefício da mãe como do feto.

São várias as complicações que podem surgir durante a aplicação duma perfusão com ocitócicos. Entre outras temos a rotura do útero, procedência do cordão, sofrimento fetal, etc.

A fim de as evitar, torna-se necessário não só respeitar as contra indicações, como também ela ser aplicada por tocologista bem experimentado, em grávidas internadas e em vigilância permanente. Esta, como aliás é óbvio, não deve limitar-se à auscultação dos ruídos do coração fetal, mas também à verificação atenta, da dinâmica do parto: duração das contrações, freqüência, etc., etc., observação essa que fizemos no início das nossas experiências com o tocodinamómetro de ROTHLIN e que posteriormente tem sido efetuado, na maioria das vêzes, só clìnicamente.

Quanto à vigilância aturada que pensamos dever ser dada durante tôda a aplicação da perfusão, nem todos pensam da mesma forma. RYAN, de EDIMBURGO, por exemplo, diz não realizar vigilância constante da parturiente, não obstante empregar 5 U.I. de Syntocinon em 540 c.c. de sôro, à velocidade de XL a LXXX gôtas por minuto.

THEOBALD e colaboradores, num trabalho publicado em 1956, declaram também não terem ùltimamente a menor preocupação com as gestantes sujeitas à perfusão. Êstes, no entanto, iniciam o gotejo com uma concentração que não excede 1 U. para 5.000 c.c., só passando para maiores concentrações se, depois de meia hora, não surgirem alterações do rítmo e freqüência do coração fetal.

Dissemos já, que vimos fazendo uso de perfusões de Syntocinon no nosso serviço da M.A.C. e na clínica particular há uns cinco anos, passando já de 1.000 o número dos nossos casos, incluindo desencadeamentos e conduções do parto, isto é, aplicando perfusão como terapêutica das hipocinesias, principalmente quando rebeldes a outras terapêuticas.

Quanto aos desencadeamentos êles foram efectuados em primiparas e multíparas não só em gestações de têrmo e passado êste, como também, em gravidezes de 7-8 meses, em fetos mortos retidos incluindo alguns com anomalias, muito principalmente anencéfalos, e em vários casos de mola hidatiforme.

Consideramos como contra indicação do método a existência de cicatrizes uterinas ,a grande multiparidade e algumas cardiopatias.

Desencadeamentos — A fim de nos aperfeiçoarmos no método, durante um certo tempo procedemos ao desencadeamento do parto num grande número de grávidas de têrmo sem qualquer indicação especial, tomando sempre como será escusado dizer, as precauções necessárias a fim de não obter prematuros.

Os nossos primeiros resultados de desencadeamento foram apresentados ao Congresso Luso-Espanhol de Obstetrícia e Ginecologia realizado em Coimbra, em 1957.

As médias horárias foram: para as primiparas 13 horas e para as multíparas 8,30 horas a contar do início da perfusão até ao nascimento.

O método foi aplicado não só em apresentações cefálicas de vértice como também em apresentações pélvicas.

A assistência ao parto pélvico tem, nestes últimos anos, sofrido grandes modificações, principalmente no sentido de deixar o parto evolucionar espontâneamente, fazendo-se, é claro, medicação apropriada para corrigir a dinâmica, tantas vêzes alterada nesta apresentação.

A ocitocina tem aqui também grande indicação, necessitando o tocólogo de se rodear ainda de maiores cuidados.

Temos recorrido ao seu emprego tanto para acelerar a dilatação, como apenas no período expulsivo. Na primeira situação entendemos não se dever insistir durante muitas horas; se a dilatação não prosseguir com uma certa facilidade dever-se-á recorrer à via alta, muito principalmente se se tratar duma multípara.

O fato da ocitocina sintética não ter influência nefasta sôbre a tensão arterial materna levou-nos a empregá-la várias vêzes em mulheres portadoras de gestoses.

Eis alguns gráficos de casos de desencadeamento e de condução:

L.I.T.C.C.R.
73985

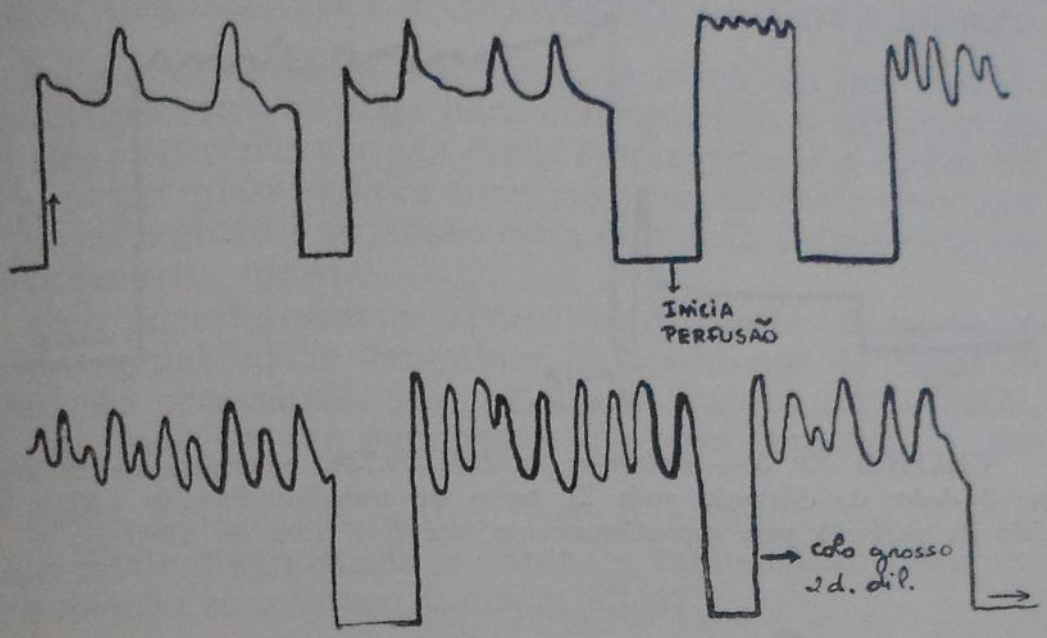
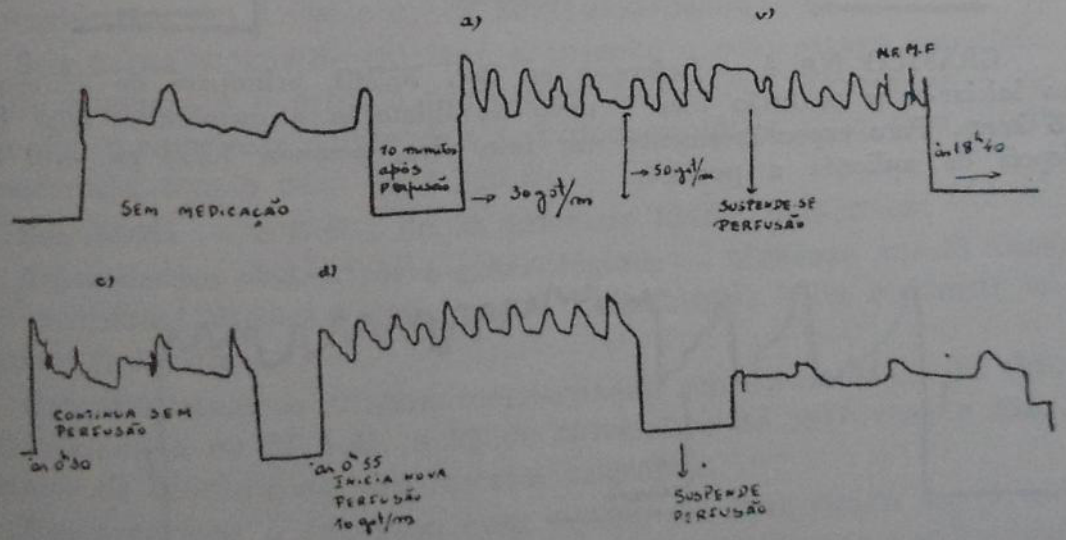


GRÁFICO N.º 1 — Mostra uma série de contracções da gravidez e a modificação operada uma vez iniciada a perfusão.

Primeiramente contracções muito frequentes e de curta amplitude, regularizando-se depois, tomando o aspecto normal.

Êste caso refere-se ao Bol. 73.985, de 21 anos, primípara. Colo formado e fechado. Quatro horas após o início da perfusão tem 1 dedo de dilatação.



R. n.º 74511

GRÁFICO N.º 2 — Refere-se ao Bol. 74.511, iip., de 28 anos. Traçado inicial com contracções espaçadas e irregulares, próprias da gravidez.

Inicia-se em (a) a perfusão com o rítmo de XXX gotas por minuto, estabelecendo-se contracções regulares. Aumentado o rítmo para L gotas por minuto esboça-se uma hipertonia em (b) que desaparece logo que se suspende a perfusão. Seis horas depois as contracções são irregulares, mas recomeçada a administração do ocitócico em (d) estabelece-se novamente o tipo contráctil normal, parindo espontâneamente.

D.R.C.
79734

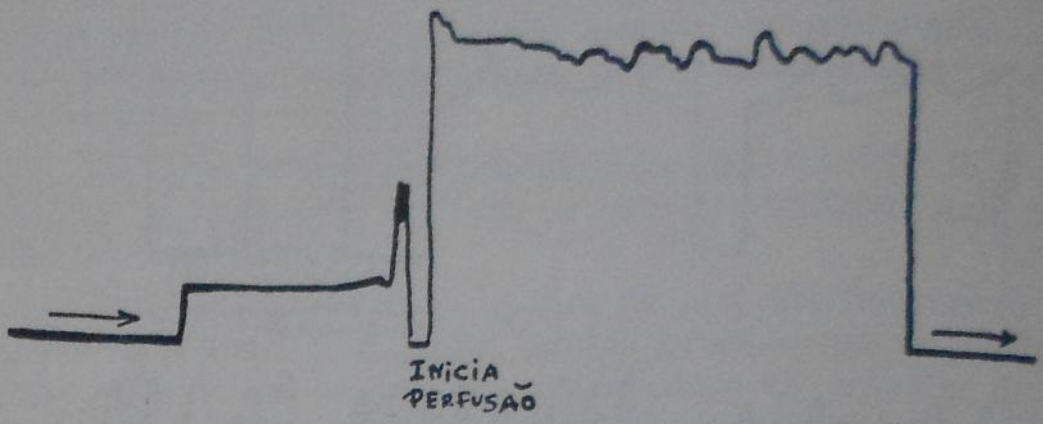


GRÁFICO N.º 3 — Refere-se ao Bol. 79.734, primípara de 29 anos, com 3 dedos de dilatação após 21 horas de trabalho. Passada 1,50 h. do início da perfusão pare espontâneamente um feto vivo de 3.040 gs.

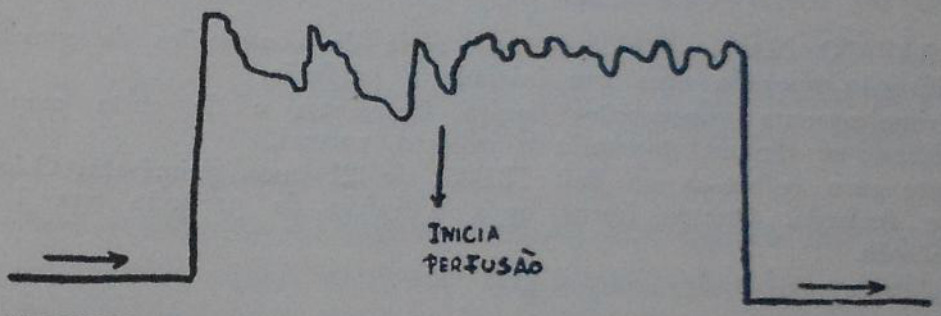
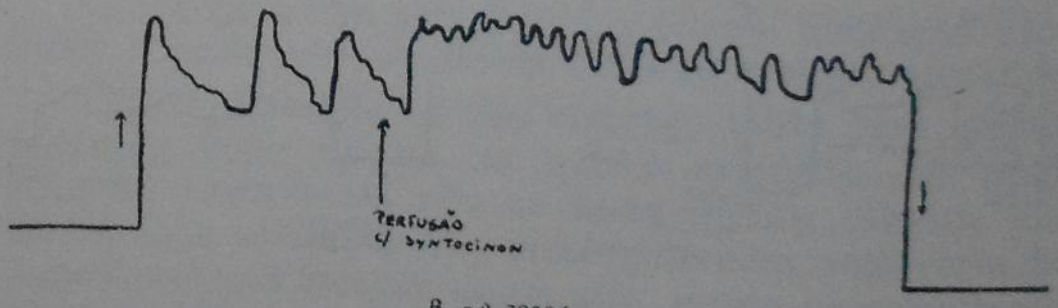


GRÁFICO N.º 4 — Refere-se ao Bol. 76.740, primípara de 25 anos. Ao iniciar-se a perfusão tem 1 dedo de dilatação e membranas rotas há 18 horas. Pare espontâneamente um feto vivo, pesando 3.250 gs., 3,10 h. depois de aplicada a perfusão.



B. n.º 78596

GRÁFICO N.º 5 — Refere-se ao Bol. 78.596, Ip., de 21 anos, com bolsa d'águas rota há horas, colo formado e fechado.

A começo notam-se contracções espaçadas e pouco regulares. Iniciada perfusão com Syntocinon, as contracções estabelecem-se dando-se o parto espontâneamente 8 horas depois.

Vejamos agora outras situações em que empregamos o método:

DESENCADEAMENTO EM GESTANTES COM OVO MORTO

Foi grande também o número de casos em que empregamos terapêutica análoga para conseguirmos a expulsão de embriões e fetos mortos. As doses empregadas e a média do gotejo foram quase sempre superiores nestes casos, tendo-se sempre conseguido a expulsão ou a dilatação suficiente para o esvaziamento uterino.

Afim de evitarmos o aparecimento duma hemorragia por incoagulabilidade sanguínea, rodeamo-nos de tôdas as precauções necessárias, sempre que se tratava duma gestação com mais de 16 semanas e com ôvo superior a um mês.

Nestes desencadeamentos tivemos alguns casos de anomalias fetais diagnosticadas clínica e radiològicamentne em que o método se mostrou também eficaz.

Vejamos duas dessas observações.

Bol. 77.843 — M.A.F., Nulípara. Amenorreia de 9 meses. Há 35 dias que não nota os movimentos fetais, sendo a auscultação negativa. Radiografia do ventre revela um feto anencéfalo.

Com o colo formado e fechado inicia-se uma perfusão de 10 U. de Syntocinon em 1.000 c.c. de sôro dextrosado.

Seis horas depois de iniciada a injeção o colo estava completamente apagado e o orifício permeável a 1 dedo. Procede-se à rotura das membranas. Passadas 6 horas expulsão dum feto morto e macerado, com o pêso de 1.350 gs.

Bol. 83.661 — S.S.R., de 23 anos de idade, doméstica.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos — Menarca aos 13 anos, tipo menstrual 28-30/2-3 dias, pouco abundante. Vida conjugal há 2 anos. Nulípara.

Gravidez atual — Última menstruação em 23 de Maio de 1957 dando entrada na M.A.C. a 23 de Novembro de 1957, com o diagnósticos de hidrâmnios, feto morto, anecéfalo.

Desencadea-se o trabalho com 10 U. de Syntocinon em 1.000 c.c. de sôro dextrosado com uma média de XXX gôtas por minuto. Procede-se à rotura das membranas com o orifício uterino permeável a 1 dedo.

No fim de 31 horas pare um feto e macerado, anencéfalo, pesando 1.000 gs. e a placenta 400 gs. Total de líquido injetado — 2.250 c.c. e 22,5 U. de Syntocinon. Alta ao 8.º dia.

Desencadeamento na gravidez molar — Dos vários casos de gestação molar em que tivemos oportunidade de aplicar o método, apenas descreveremos 3 observações:

Bol. 89-696 — D.C., de 37 anos de idade, natural e residente em Lisbóa.

Antecedentes pessoais e hereditários — Nada dígno de mencionar.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos — Menarca aos 12 anos, seguindo-se tipo menstrual de 28/3, abundante, não dolorosa. Vida conjugal há 23 anos. Três partos de têrmo, espontâneos, com filhos vivos; o último foi em em 1943. Nega abortos.

Gravidez atual — Última menstruação em 8 de Junho de 1958. Em fins do mesmo mês começa com náuseas e vômitos abundantes, bem como perturbações visuais mal definidas.

Em fins de Setembro começa com perdas sanguíneas. Observada em 8 de Outubro verifica-se um útero com o volume duma gravidez de cinco meses, de consistência elástica, com o colo formado e fechado. Perde sangue escuro.

Recusa o internamento aconselhado.

Em 27 de Novembro é novamente observada: Altura do útero 28cm., não se consegue pela palpação individualizar partes fetais nem tão pouco ouvir ruídos com as características dos de coração fetal.

A radiografia do abdomen revela a existência duma massa tumoral redonda de limites bem definidos e de capacidade homogênea. Não se observa qualquer sinal de imagem fetal.

A doente é internada no nosso serviço da M.A.C. em 18 de Dezembro com o diagnóstico de gravidez molar, eclampsismo grave, tendo nesta data o útero uma altura de 32 cm. e o perímetro-umbilical de 110.

Doseamento do Pregnandiol 34 mg. por litro, nas 24 horas, 39,3 mgs.

Friedmann positivo a 10.00 U.C., negativo a 100.000 U.C.

Às 12,30 hs. de 21 do mesmo mês resolve-se iniciar a perfusão com 10 U. de Syntocinon em 100 c.c. de soro dextrosado a 5%.

Às 16,30 hs. em virtude das contrações serem muito intensas faz-se por via intramuscular 100 mgr. de Pethidine.

Às 22,30 hs. faz-se exame vaginal e nota-se orifício uterino com três dedos de dilatação obstruído por uma massa carnuda.

Observam-se algumas vesículas hidatiformes.

Às 0,40 hs. de 22 a dilatação está pràticamente completa tendo sido feito esvaziamento manual sob anestesia geral, duma mola com o pêso de 3.250 gs.

Digno de nota é também o fato desta doente ter esboçado um ataque de eclampsia a uma hora e meia antes de ter sido levada à sala de operações.

Análise histológica da mola — Velosidades placentárias tumefatas com eixos mixomatoides com revestimento trofoblastico apresentando núcleos de proliferação muito aparentes, formados quase que essencialmente por elementos de LANGHANS.

a) J. Campos

O puerpério passa-se normalmente.
Tem alta a exigência ao 6.º dia com Mx. = 13 Min. = 8.
Apesar das nossas recomendações não voltou à revisão.

Bol. 97.003 — M.L.M.C., de 25 anos, doméstica.

Antecedentes pessoais, hereditários e colaterais — Nada digno de nota.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos — Menarca aos 14 anos. Tipo 30-38/4-5 dias, quantidade normal. Vida conjugal há 5 anos. Nulipara.

Gravidez atual — Última menstruação 8 de Outubro de 1959. Passadas duas semanas, náuseas, vômitos, cefaleias, vertigens e polaçuirúria.

Em fins de Dezembro começa com perdas sanguíneas que a levam à Maternidade em 29 de Janeiro de 1960 ficando internada. Pela observação nota-se colo fechado, curto, útero globoso, cheio atingindo o seu fundo 15 cm. acima da sínfise.

Mx. = 13,5 Min. = 8,5.

Glóbulos vermelhos 3.500.000. Hemoglobina 72%. Proteínas totais 7,79%.

Análise de urinas — Normal.

R.W. e Kahn — Negativas.

O exame radiográfico do abdómen não revela qualquer sinal de imagem fetal.

Feito o diagnóstico de gravidez molar procede-se ao desencadeamento do trabalho com perfusões de Syntocinon.

O colo antes do início do desencadeamento continua com as mesmas características observadas à data do internamento.

Passadas 13 horas da aplicação da terapêutica ocitócica dá-se a expulsão duma mola com o pêso de 1.130 gs.

Em seguida foi feita revisão uterina.

Alta ao 6.º dia.

A reação de GALLI MAININI feita mensalmente tem sido negativa.

Bol. — M.E.D., de 30 anos, funcionária pública (doente da C.C.P.)

Antecedentes pessoais e hereditários — Nada digno de nota.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos — Menarca aos 13 anos, tipo 28-30/3-4 dias, quantidade normal.

1 parto de têrmo, espontâneo. Nega abôrtos.

Gavidez atual — Amenorreia de 3 meses. Altura do útero muito maior em proporção ao período da amenorréia.

A radiografia do abdomen não revela partes fetais.

Com o diagnóstico de gravidez molar decide-se desencadear o trabalho.

Inicia-se perfusão de 15 U. de Syntocinon em 1.000 c.c. de sôro dextrosado a 5% com gotejo de VIII por minuto. Neste momento o colo encontrava-se formado e fechado não havendo contrações uterinas perceptíveis.

Cinco horas depois o orifício uterino está permeável a 2 dedos mantendo a gestante contrações uterinas perceptíveis.

Cinco horas depois o orifício uterino está permeável a 2 dedos mantendo a gestante contrações com ritmo e frequência normais. Mais cinco horas passadas observa-se já meia dilatação; nesta altura como as contrações fôssem demasiado intensas, diminuiu-se o débito para V gotas por minuto e faz-se por via intramuscular 100 mg. de Pethidine e 1 fórmula de Fenergan.

Três horas depois desta observação e com o orifício uterino completamente dilatado, dá-se a expulsão duma mola com o pêso de 1.200 gs.

Em seguida é feita revisão uterina manual.

Continua a passar bem.

Pesquisa de gonodotrofinas coriônicas negativa.

PERFUSÃO NO DESENCADEAMENTO E ACELERAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO, EM MULHERES PREPARADAS PELO MÉTODO PSICO PROFILÁTICO

Tendo a ocitocina, quando administrada em perfusão, ação tão brilhante na dinâmica do parto, evidente será que sua administração em gestantes preparadas pelo método psico profilático só poderá ser de maior utilidade, visto os dois métodos completarem-se.

Já um de nós (F.V.) apresentou em 1958, à Sociedade Portuguêsa de Obstetrícia e Ginecologia 50 casos de gestantes em que os dois métodos foram concomitantemente aplicados com ótimo resultado, o que nos fêz continuar seu emprêgo.

Após 5 anos de prática de administração de ocitocina sintética em perfusão intravenosa, podemos afirmar constituir essa terapêutica uma das mais importantes aquisições da obstetrícia moderna. Com efeito, seguindo êsse método nós podemos corrigir um grande número de discinesias ute-

rinas e conseguimos a indução do trabalho em tôdas as idades da gravidez em cêrca de 98% dos casos.

As complicações, tanto maternas como fetais, pràticamente não existem se a aplicação da perfusão e a assistência à gestante for feita por uma equipe tocoginecológica experimentada. Caso contrário poderá levar a resultados desastrosos.

Para terminar diremos que, não obstante os ótimos resultados obtidos na indução do trabalho, continuamos a pensar que tal prática só deverá ser aplicada havendo justificação e não para comodidade de tocólogo ou da gestante.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ BRAVO, A. — Ginec. Obst. de Mexico, 11:211, 1956. — BAMBREGE, M. N. — Brit. Mc. J., 1:1133, 1956. — BISHOP, M. A. — J. Obst. and Gynec., 11:3, 1958. — BISHOP, M. D. — J. Obst. and Gynec., 10:366, 1955. — BOISSONAS, M. A. — Helvet. Cp. Acta, 58:1491, 1955. — BOSCH, K. et KASEN, O. — J. Suisse de Méd., 86: 226, 1950. — BRAVO, A. A. e col. — Progressos de Obst. J. Gynec., vol. III, 9, 1960. — CALÇADA, A. D. V. — Fev. Fac. Med. Lisboa, 1959. — CALDEYRO, R. e ALVAREZ, H. — IX Cong. Arq. Obst. Ginec., 2:359, 1955. — III Cong. Latino - Americano de Obst. e Ginec. — CAREY, H. M. — J. Obst. and Gynec. Brit. Emp., 61:59, 1954. — CUNHA, P., MONTARGIL, E. e FERREIRA VICENTE — Rev. Clin. do Inst. Mat., 32:5, 1958, Rev. Clin. do Inst. Mat., 34:5, 1958. — DE LERME, J. et LEMÉE, J. — Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 10:197, 1958. — DOUGLAS, R. G., KRAMER, E. F. and BOSNER, R. W. — Am. J. Obst. and Gynec., 73:1206, 1957. — FERREIRA VICENTE — Rev. Clínica do Inst. Maternal, 34:45, 1958. — JARRET, W. J. and EMBRY, M. P. — J. Obst. Gynec. Brit. Emp., 62:523, 1955. — KAERN, T. — Acta Obst. Gynec. Seand., 37:1, 1958. — MAHON, R. et col. — Bull. Fed. Soc. Gyn. et Ofst. 8:471, 1956. — MANLY, G. A. — Lancet, 271:227, 1956. — MAYES, B. T. and SHEARMAN, R. P. — J. Obst. and Gynec. Brit. Emp., 63:812, 1955. — MERGER, R. et col. — Gyn. et Obst., 57:350, 1958. — NOGUEIRA, I. e col: — Bol. Soc. P. Obst. et Gin., 5:178, 1958. — ORENGO, F. — Rev. Espanhola de Obst. e Gynec., 99. 1958. — PAGE, E. W. — Am. J. Obst. Gynec., 52:1014, 01946. — PEREZ, M. L. — Obst. Gyn. Lat. - Am., 13:155, 1955. — PIGEAUD, H. — Obst. et Gyn., 217, 1952. — REYNOLDS, S. R. M., HARRIS, J. S. and KAISER, J. A. — Ed. Spningfield, 1954. — STARR, H. — Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 353, 1954. — THEOBALD, G. W., KELSEY, H. A. and MUISHEAD, J. M. B. — J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 63:641, 1956. — VARANGOT, J. et COLE, M. — Gyn. et Obst., 54:149, 1955. — VARANGOT, J., COLE M. et JNUGUET, C. — Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 10:299, 1958. — VIGNEAUD, V. — Obst. Gyn., 6:254, 1955. — VERMOLIN, H. et col. — Bull. Fed. Soc. Gynéc. et Obst., 12:174, 1960. — WILLIAMS, P. C. and M. e MAHON, T. B. — Am. J. Obst. and Gyn., 71:1264, 1956.

Cinq années d'administration d'occytocine synthétique

Résumé

La méthode d'administration d'occytocine et les résultats de son emploi au début de la délivrance normale et de l'expulsion de l'oeuf mort ou des miles hydatiformes, sont relatées par les auteurs.

Basés sur cinq années d'expérience, les auteurs donnent à leur méthode, une importance considérable.

Le traitement et l'assistance à la gestante doivent dépendre d'une équipe obstètre spécialisée.

Les bons résultats dépendent d'une indication adéquate.

Five years of administration of synthetic ocytocin

Summary

The method of administering ocytocin and the results of its use to initiate normal deliveries and the expulsion of dead a ovum or hydatiform moles are deported by the authors.

Based on their five years experience the authors give the method considerable importance. It is possible to correct great number of uterine dyscynesias and induction of delivery was achieved in 98 per cent of the cases.

It is imperious that the treatment and assistance to pregnant women to be made by skilled obstetrical team.

However the good results the bing should be employed only in justified cases.

Fuenfjaehrige Erfahrung mit dem synthetischen oxitocin

Zusammenfassung

Die Verf. berichten ueber ihre Erfahrung mit dem synthetischen Oxytocin zur Einleitung normaler Entbindungen, zur Ausstossung einer abgestorbenen Frucht oder einer Blasenmole. Auf grund fuenfjaehriger Erfahrung halten die Verf. dieses Praeparat fuer sehr wirksam.

Die uterinen Dyskenisien lassen sich zum grossen Teil hiermit korrigieren, die Geburtseinleutung wird in 98% der Faelle erreicht. Jedoch garantiert nur die Behandlung in einer guten Spezialklinik diesen Erfolg, und die Anwendung sollte strenger Indikation vorbehalten bleiben.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

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.

Electrolito no miométrio humano — DANIEL, E. E., HUNT, J. e ALLAN, D. 383

Flora bacteriana na vaginite — BUTLER, R. C. e BEAKLEY .. 384

Doença de Paget da vulva — KAUFMAN, R. H., BOICE, E. H. e KNIGHT, W. R. 384

Carcinoma primário da vagina — ARRONET, G. H., LATOUR, J. P. A. e TREMPLEY 385

Danos fetais da rubeola durante a gravidês — MULLINS, J. H., FARRIS, J. A. e ATKINSON, J. C. 386

Excreção de pregnanetriol durante a gravidês — RONAN, F. F., PARSONS, L., NAMIOT, R. e WOTIZ, H. H. 386

Disgravidias e grupos sanguineos. (Dysgravidies et groupes sanguins. — RIVIÈRE, M., CHASTRUSSE, L. DUBECK, J. P. e SENARD 387

215 casos de reanimação de recemnascidos — RIVIÈRE, M. CHASTRUSSE, L. DUBREQ, J. P. e YEZON, J. 387

Investigações sôbre o aspecto colposcópico e histológico da chamada vaginite por tricômonas — HOLTORFF, J. e KRIMENAU, R. 388

Investigações sôbre a ação inibidora da ovulação dos 19-noreesteróides em pacientes laparotomisadas — MATSUMOTO, S., JTO, T. e INQUE, S. 390

Citologia funcional na menopausa — STOLL, P. e LEDERMAIR, O. 391

Sôbre a terapêutica cortisônica e cortisonosimile associada aos antibióticos nas formas inflamatórias pelvianas — CAZZOLA, D. 391

Um novo método para avaliar a rotura das membranas nos últimos meses de gestação — BACAY, Y e WIERDIS, T. 392

Insuficiência lutéinica como causa de morte fetal no coelho — MOURA-SILVA, A. 393

Resultados do tratamento das metrorragias com substâncias estrogênicas de hipófise e ovário — MOREIRA, G. e MORAES J. 394

A denervação irregular e prolongada do endométrio — RAMIREZ, M. M. e MORENO, R. J. 395

Tratamento hormonal cíclogino e ocitocíclogino da metrorragia pós-ovulatória — FARRULA, V. B. 395

Sôbre a hemostasia hormonal nas hemorragias uterinas funcionais — MAGINI, L. J. e MOREIRA, A. 396

de Graafina

BENZOATO DE DIHIDROFOLICULINA

10.000 U.I. mg.
em caixa de 3 amp.

1.000 U.I. mg.
em caixa de 6 amp.

50.000 U.I. mg.
em caixa de 1 e 3 amp.

Unidade hewitiana internacional
A via oral em cápsulas de 20 mg

RHODIASAFRA TITULADA

Dist. Exclusivo: SOBRAL LTDA.
Rio de Janeiro

Rua Francisco Muratori, 55/57
Tel. 43-6643

Insuficiência luteínica como causa de morte habitual de embrião — BOTELLA - LLUSIA, J. 392

Resultados do tratamento das metropatias com radioterapia estimulante de hipofise e ovário — SUREDA, G. e RODRIGO J. ... 394

A descamação irregular e prolongada de endométrio — RAMIREZ, M. M. e SORIANO, R. J. 395

Tratamento hormonal cirúrgico e actinoterápico da metropatia juvenil — PARRILLA, V. R. 395

Sôbre a hemostasia hormonal nas hemorragias uterinas funcionais — MAEDE, L. J. e RUEDA, A. 396

de Graafina

BENZOATO DE DIHIDROFOLICULINA

1.000
(0.1 mg.)
em caixa de 6 emp.

10.000
(1 mg.)
em caixa de 3 emp.

50.000
(5 mg.)
em caixa de 1 e 3 emp.

Unidade benzóicas internacionais e via oral em vidro de 20 cm³

RIGOROSAMENTE TITULADA

Inst. Terap. «SCIL» Ltd.
Rio de Janeiro

Rua Francisco Muratori, 55/57
Tel. 42-6641

ANO XXV
OUTUBRO DE 1960
Vol. 50 — N.º 4

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica
da Faculdade Nacional de Medicina
da Universidade do Brasil

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios da:
«Sociedade Brasileira de Ginecologia»
«Sociedade Brasileira de Fertilidade»
«Sociedade Brasileira de Citologia»
«Alumni do Instituto de Ginecologia
da Universidade do Brasil»

Rua Buenos Aires, 68-A — 5.º andar
Telefone 22-7739 — Caixa Postal 1209
Rio de Janeiro — BRASIL

Favor dirigir para a sede
An. Bras. de Gin.

ANO XXV
OUTUBRO DE 1960
Vol. 50 — N.º 4

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

B. R. S.
BIBLIOTECA

DIRETOR
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica
da Faculdade Nacional de Medicina
da Universidade do Brasil

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.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXV | Outubro de 1960 | Vol. 50 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Carcinoma do ovário — DR. CARLOS ALBERTO SALVATORE e DR. SZULIM B. ZYNGIER 397

Hemoperitonio pela rotura de veia de mioma do útero — DR. OSWALDO MAURICIO GARCIA e DR. OSWALDO LACRETA 415

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Notas sôbre a dosagem dos 17-hidroxicorticóides urinários em animais de laboratório — DR. ADRIANO CRUZ FERREIRA 425

EDITORIAL

Acidentes pelvianos agudos provocados pelo emprêgo de substâncias gonadotróficas 427

NOTAS E COMENTÁRIOS

Comemorando 25 anos de cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes 1935-1960 433

Curso de Obstetrícia e Ginecologia, em Madrid, para pós-graduados. 1.º de outubro de 1960 — 31 de junho de 1961 .. 437

"IV Reunion Nacional de Obstetricia y Ginecologia". San Cristobal, 18-21 de janeiro de 1961 438

Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Norte 438

"Bolsa de estudos Prof. N. Moraes Barros" 439

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Alterações menstruais, fisiopatologia e diagnóstico — Serviços gráficos da CUF, Rua Cascais, Lisbôa, novembro de 1959 . 440

"Gynäkologen Deutscher Sprache, Biographie und Bibliographie" — 3.º edição, Prof. Dr. H. Kirchohoff e Dr. R. Polacsek 441

"Anais da Universidade do Brasil" — Ano X, n.º 5, Rio de Janeiro, 1959 441

"Anales de la Facultad de Medicina" — Tomo XLII, n.º 2, segundo trimestre, Lima, 1959 442

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Endometriose primária da cérvice — OVERTON, D. H. e WILSON, R. B. 443

Indução eletiva do parto — NISWANDER, K. R. e RANDALL, G. L. 444

Síndromes toxêmico-similes em animais — ASSALI, N. S., LONGO, L. D. e HOLM, L. W. 445

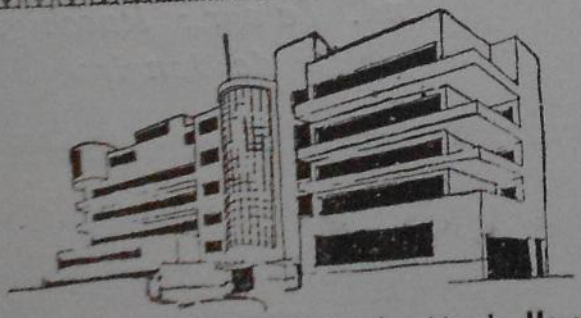
Sexo nuclear de tumores testiculares e alguns neoplasmas ovarianos e extragonadicos relacionados — THEISS, E. A., ASHLEY, D. J. B. e MOSTOFI F. K. 446

Anomalia genital associada a aplicação de progestogenios no prenatal — JONES, H. W., WILKINS, L. 447

Teste pós-coito simulado para determinar o efeito espermicida imediato de geléias ou cremes — KAUFMAN, S. A. 447

As infecções por estafilococos nas Maternidades — BRET, A. J. ... 448

Implantação ovário-uterina e colonisação endometrial — LEGROS, R. . 448



Assistência técnica do
DR. ARNALDO DE MORAES F.º

Travessa
Frederico Pamplona, 32
Copacabana

TEL. 57-8110

RIO DE JANEIRO

Casa de Saúde e Maternidade Arnaldo de Moraes

Parto com assistência médica e internamento por 4 dias: Cr$ 10.000,00. — 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 de esterilidade.

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

presentada por descarga regular amarronada, de três em três semanas, associada à endometriose cervical.

O tratamento consistiu simplesmente em excisão, electrocautério ou ambos. Cincoenta e seis das 65 pacientes foram tratadas por biópsia e cautério. Se isto for convenientemente executado, deve ser suficiente. Nunca a histerectomia deve ser usada como tratamento primário.

Histològicamente as lesões achavam-se localizadas superficialmente, com ulceração ocasional sôbre o epitélio escamoso. Estas lesões apresentavam também evidência de reagir aos hormônios estimulantes do ciclo. Não se trata de doença séria ou incapacitadora, mas capaz de sangrar e permitir suspeitar lesão cervical.

A. de Moraes

Indução eletiva do parto *(Elective induction of labor)* — NISWANDER, K. R. e RANDALL, G. L. *(Am J. of Obst. & Gynec.*, 79:797, abril de 1960).

Muitas publicações têm aparecido na literatura sôbre a indução eletiva do parto. Crescente número de trabalhos são favoráveis ao procedimento, pois grande número de obstetras o usam em benefício da paciente, do STAFF de enfermeiras ou do próprio médico. O material do trabalho em aprêço é representado por 1.005 induções eletivas consecutivas, das quais 193 em primíparas e 812 em multíparas. Não foi usado método uniforme, mas em 849 casos foi uma combinação de rotura artificial e Pitocina. Trinta e dois partos foram induzidos pela rotura artificial das membranas sòmente 124 outros iniciados pela Pitocina. Sòmente ocasionalmente a Pitocina foi usada intramuscularmente, mas na maioria dos casos foi empregada a Pitocina intravenosamente — 5 unidades em 500 ml de solução de glicose, na dose de 20 a 40 gôtas por minuto.

O período latente" é considerado no momento do início do emprêgo do ocitócico até ao aparecimento das contrações regulares, o qual no total das 1005 pacientes foi de 1 hora e 24 minutos. A morbidade materna foi evidente em 9 casos, ou a incidência de 0,89 por cento. Mortalidade materna nula. As complicações fetais foram mais freqüentes e mais custosas. Ocorreu prolapso do cordão 5 vêzes ou 0,5 por cento, em todos os casos de rotura do cordão. Um feto foi natimorto salvando-se os outros 4 casos por cesárias de emergência. Duas mais cesárias foram praticadas em primíparas idosas em que a indução falhou. A primeira, após 35 horas de trabalho, criança viva, a segunda após 60 horas com suspeita

de lesão cerebral do feto. Além disso 2 crianças foram natimortas e 10 morreram no período neonatal. A perda fetal incorreta foi de 1,2%. Das 4 mortes neonatais em prematuros, três apresentaram doença hialina.

Comentando os resultados fetais, acham os A.A. que 5 das 12 mortes fetais poderiam ser evitadas, pois grande atenção deve ser dada ao critério-criança de tamanho adequado e insinuação da parte que se apresenta especificamente com o que se evitariam alguns dêsses maus resultados.

Concluem os A.A. que a rotura das membranas, artificialmente feita, resulta no aumento da mortalidade fetal, prolapso do cordão ocasionalmente e, não infreqüentemente, pela imaturidade. A segurança relativa do teste de indução pela Pitocina sòmente, sem rotura das membranas, parece valer como reconhecimento de que a gravidez não está a têrmo nem maduro para indução eletiva.

A. de Moraes

OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY

Síndromes toxêmico-similes em animais *(Toxemia-like Syndromes in Animals)*, — ASSALI, N. S., LONGO, L. D. e Holm, L. W. *(Obst. & Gynec.. Survey*, 15:151, 1960).

Os A.A. acentuam, inicialmente, nêsse seu estudo sôbre síndromes toxêmico-similes, quer espontâneas, quer experimentais em animais, que tem sido crença geral entre os obstetras que a toxemia da gravidez é doença peculiar à mulher grávida. A grande autoridade que foi DIECKMAN, no assunto, é citada, como tendo concluído nêsse sentido. Tal opinião foi partilhada por EASTMAN, BROWNE e outros. Todavia, tem sido conhecido, há muito, por autores lidando especialmente com animais que na ovelha prenhe ocorre toxemias espontâneamente, na última parte da gestação, que apresentam manifestações clínicas da toxemia humana.

Os A.A. estudaram a ocorrência da toxemia-simile que apareceu espontâneamente na vaca, na cadela, na cabra, na cobaia, na égua, na porca, na coelha e na carneira, bem como a produção experimental da toxemia-simile em animais, quer por alterações nutricionais, quer por filtrados bacterianos, isquemia renal, extrato placentário, isquemia uterina, distúrbios endócrinos, progesterona ,hormônios pituitários, adrenocórticos, finalmente a toxemia experimental na ovelha.

Concluem, de seu estudo, que quando se procura analisar as várias síndromes que ocorrem espontânamente nos animais, tem-se a impressão que, a despeito da abundância de

ANO XXV
NOVEMBRO DE 1960
Vol. 50 N.º 5

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 »



Av. Princeza Izabel, 85 — 302
Telefone 37-4437 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXV Novembro de 1960 Vol. 50 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Significação de vacuolos em células — Dr. GRIMALDO CARVALHO 449

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Colpites inespecificas pelo Haemophilus vaginalis — Drs. ALIPIO AUGUSTO, ILKA MENEZES e HELIA MALDONADO .. 473

EDITORIAL

Hemofilase uro-genital 477

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

Ata da 228.º sessão ordinária do Ateneu do Instituto de Ginecologia 483
„ 229.º „ „ „ „ „ 484
„ 230.º „ „ „ „ „ 484
„ 231.º „ „ „ „ „ 485
„ 232.º „ „ „ „ „ 485
„ 233.º „ „ „ „ „ 486
„ 234.º „ „ „ „ „ 486
„ 235.º „ „ „ „ „ 488
„ 236.º „ „ „ „ „ 489
„ *da sessão extraordinária* „ „ „ 490

NOTAS E COMENTÁRIOS

II Simpósio Brasileiro de Citologia 491
Primeira Jornada Brasileira de Cancerologia 493
VI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia 494
Associação Internacional de Fertilidade 495

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Tratado de Ginecologia — EMIL NOVAK e EDMUNDO NOVAK 496
Studio clinico ormonale della mola vescicolare e del corio-epitelioma — Dr. ANTONIO PANNAIN 497
Tendences actuelles en gynecologie et obstetrique 498
La sterilitá. Diagnosi e terapia dell'infertilitá conjigale — W. W. WILLIAMS 499

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Prolapso vaginal pos-histerectomia — SYMMONDS, R. E. e PRATT, J. H. 501

O valor dos esfregaços vaginais de rotina na prenhez — SCHMITZ, H. E., ISAACS, J. H. e FETHERSTON, W. C. 502

Resposta do carcinoma in situ da cervice à terapêutica pela irradiação — NOLAN, J. F. 503

Tumores funcionantes do ovário — SCHNEIDER, G. T. 504

Problemas associados com a determinação das lesões intracranicas do recemnascido — NABORS, G. C. 505

Determinação prenatal do sexo da criança — LIN TA-YUNG, VASICKA, A. e BENNETT, A. E. 505

Disgenesia gonadal: ovários associados a cromatina sexual negativa nas células somáticas — ENGSTROM, W. W. e STODDARD, F. J. 506

Diagnóstico da disgenesia gonadal em recemnascidos — RICHART, R. M. e BENIRSCHKE, K. 507

Carcinoma do endométrio: alguns fatos, cifras e ilusões — MILLER, N. F. 508

Estrogênios urinários após ablação endocrina — McALLISTER, R. A. e col. 508

A diverticulose uterina — BRET, A. J. e LEGROS, R. 509

O tratamento da obstrução tubaria pela alfa-quimiotripsina — LOUROS, N. e KASKARELIS, D. 509

Nossa experiência no problema do tratamento das metroanexites tuberculosas — ABUREL, E., PETRESCU, V. D. e CONDREA, H. 510

Diagnóstico colposcópico dos papilomas do epitelio estratificado no colo uterino — KRIMMENAU, R. 511

ANO XXV
DEZEMBRO DE 1960
Vol. 50 — N.º 6

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica
da Faculdade Nacional de Medicina
da Universidade do Brasil

...ais,
...ício Pe...
... de M...

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 »



Av. Princeza Izabel, 85 — 302
Telefone 37-4437 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXV Dezembro de 1960 Vol. 50 — N.º 6

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

A histerectomia no ciclo gravido-puerperal. — Drs. F.C. GRELLE, L. B. do AMARAL. E.P. HERSZENHUT e A. L. B. PINHO 513

Interpretação endocrina do ante-parto. — Drs. ERICSON LINHARES e ARNALDO DE MORAES FILHO. 521

NOTAS CLINICAS E TECNICAS

Carcinoma mesonefrogênico do colo uterino. — Dr. C. BELISARIO RAMOS 529

EDITORIAL

Dietoterapia e cirurgia. 539

NOTAS E COMENTARIOS

Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.... 543
Sociedade Brasileira de Cancerologia 543
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora..... 543

LIVROS E PUBLICAÇOES

The aetiology and arrest of pre-eclampsia with early ambulant treatment. — DOUGLAS - SALZMANN, H. K. 544
Nomenclatura obstetrica — DYRE TROLLE 546

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLPOSCOPIA

Ata da 8a. sessão ordinária 547

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

Pedidos referente à assinatura e seu pagamento deverão ser dirigidos a **M. Monteiro de Barros**
Caixa postal, 1289 — Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE DO BRASIL
FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA

INTERPRETAÇÃO ENDÓCRINA DO ANTE-PARTO (*)

DR. ERICSON LINHARES
Livre Docente de Clínica Obstétrica. Chefe do Laboratório de Endocrinologia e Chefe de Plantão da Maternidade Escola (Serviço do Prof. Octavio Rodrigues Lima). Obstetra do Estado da Guanabara (Maternidade Fernando de Magalhães).

DR. ARNALDO DE MORAES F.º
Instrutor da Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental — Chefe da Secção de Ginecologia da Unidade de Cirurgia Experimental do Instituto de Ginecologia — Médico plantonista da Maternidade Escola.

O determinismo do parto é uma das incógnitas da Fisiologia Obstétrica, e o papel inequívoco nele desempenhado pelo equilíbrio endócrino ainda não foi totalmente esclarecido. Algumas meias verdades têm sido apontadas, porém o quadro definitivo está longe de inteiramente desvendado. O presente trabalho destina-se à análise do material obtido de 14 gestantes normais a têrmo, nas quais realizamos além do exame colpocitológico as dosagens de estrogênios e pregnandiol urinários totalizando 20 observações, com a finalidade de formular um ponto de vista sôbre a utilidade de tais exames nos problemas obstétricos da indução do parto e da gestação prolongada. Nossas considerações serão limitadas ao especto estritamente fisiológico da hormonologia do têrmo, buscando uma base para possíveis especulações de natureza clínica.

Não são uniformes os números apresentados pelos dois esteróides principais da gravidez, à terminação desta. Estendendo-se mais ,ou menos, na fase ante-parto, é verdade fóra de dúvida que a queda dêstes níveis prende-se à cessação da atividade placentária. Qualquer afirmativa além desta simples comprovação cairia em terreno litigioso, o que é desnecessário no momento. Por outro lado a colpocitologia do fim da prenhez oferece em condições normais imagens diversas — ou pelo menos variações em tôrno a três aspectos básicos —,

---

(*) Trabalho apresentado ao VI.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Material colhido de gestantes da Maternidade Fernando de Magalhães (Serviço do Dr. Waldemar P. de Araújo). Os A.A. agradecem ao Ddo. Josias Machado e colaboração na colheita do material.

(Recebido p. publicação a 12/12/60)

e não parece indicado reuní-las sob uma denominação exclusiva, de **crise** ou **fase regressiva,** como o fazem os autores de língua germânica. Igualmente não se impõe de início discutir êstes achados.

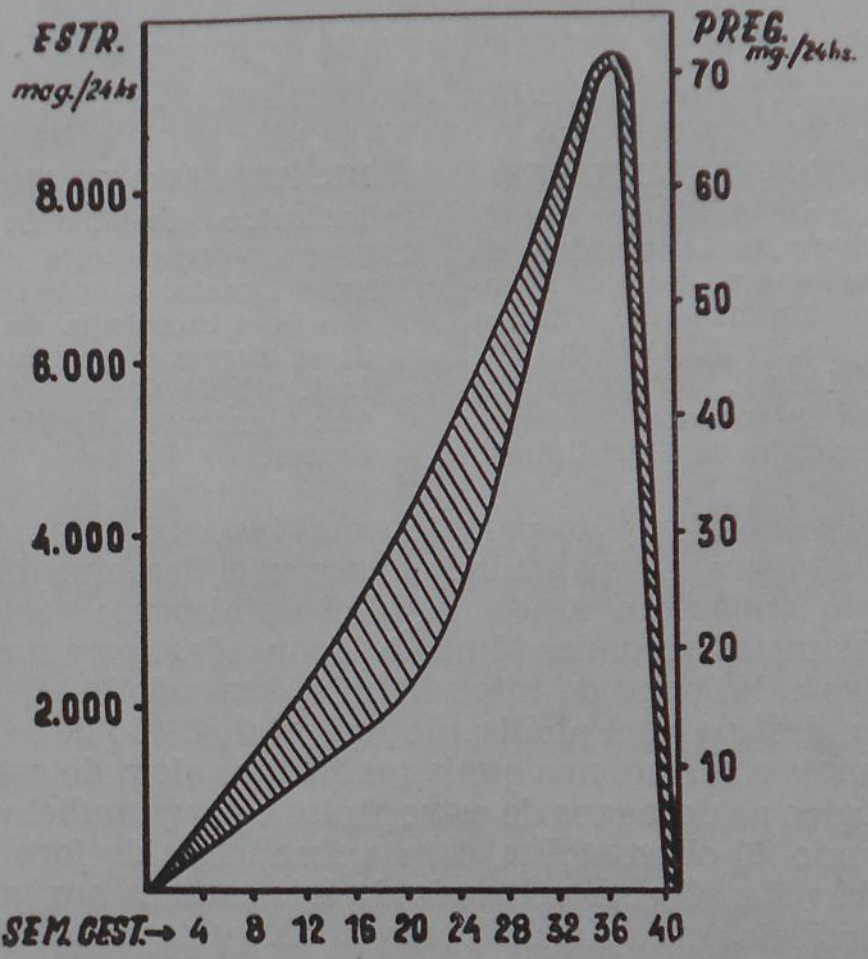


Fig. 1 — Aspecto comparativo das curvas de eliminação urinária de estrogênios e pregnandiol na gestação normal, segundo determinações pelos métodos de Jayle e Guterman-Schroeder, respectivamente (Laboratório de Endocrinologia da Mat. Escola)

Acreditamos que um estudo combinado dos dois tipos de exame permitiria um melhor entendimento do que realmente ocorre. Assim foi feito, e do material à nossa disposição podemos resumidamente sistematizar duas observações fundamentais:

1.º) — Os hormônios estrogênicos ascendem na gestação a um nível que representa um aumento de 100 vêzes em relação aos seus níveis da segunda metade de um ciclo menstrual normal. Para o fim da prenhez cáem, portanto, de um ponto elevado, lentamente, e permanecem em geral por mais tempo que a atividade luteínica.

2.º) — Os progestogênios — traduzidos pelo pregnandiol urinário — mostram na gravidez uma elevação de apenas 14

vêzes os valôres da fase luteínica do ciclo, seu ponto de partida. A sua descida no têrmo, sendo de um nível proporcionalmente mais baixo, faz-se mais ràpidamente, deixando em muitos exemplos os estrogênios atuando isoladamente. Tudo faz crer, a sua queda simultânea de ambos — estrogênios e progestogênios —, seria mera coincidência.

Que êstes esteróides possuam papel no determinismo do parto é inegável, pois seus níveis dependem óbviamente da atividade trofoblástica em extinção. Todavia, se o desencadeador fisiológico das contrações uterinas possue outra origem e se a contratibilidade miometrial depende de condições locais, devemos aceitar que a queda dos níveis esteróides representa apenas o pano de fundo da cena a desenrolar-se pela atuação da ocitocina no miométrio, podendo mostrar variações desprovidas de significado biológico. A retirada significativa da progesterona (essencialmente ou apenas cronolò-

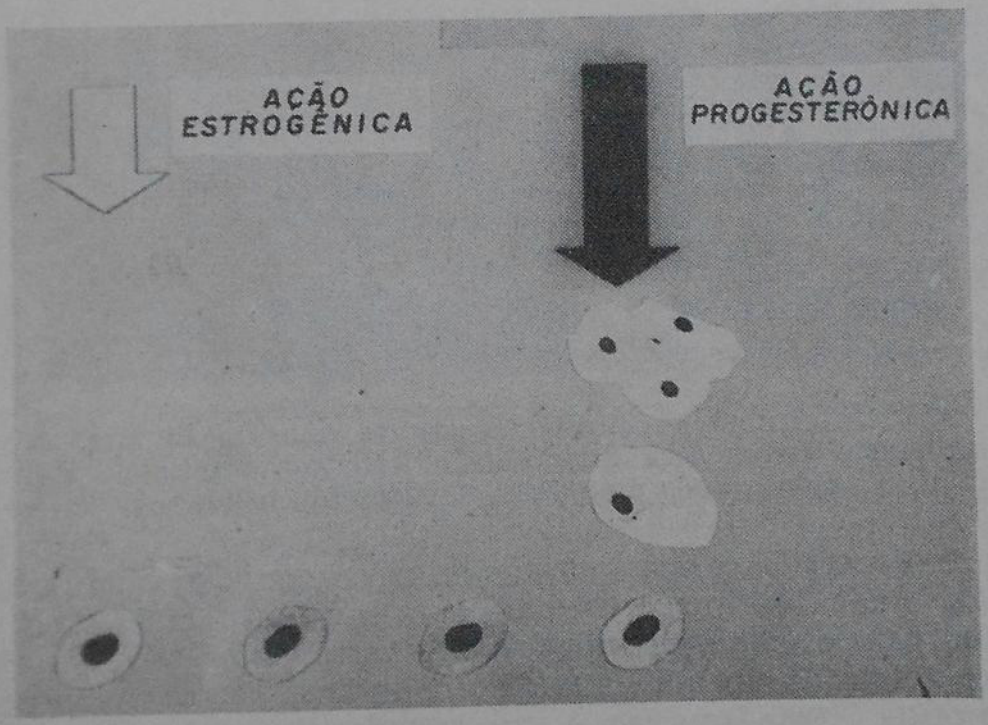


Fig. 2 — Interpretação cito-normonal da imagem luteinica plena, da gestação normal.

gicamente em primeiro lugar) será o sinal de partida para um novo mecanismo, inteiramente diverso. Vale aqui o símile aos processos de **lactogênese** e **lactopoese**, dependendo o primeiro de uma base esteróide bem estudada, enquanto a segunda depende de comando diferente pela introdução de fatores hipotalâmicos e hipofisários. Mantém-se a similitude nos arcos neuro-hormonais, coincidentes ainda no efetor hormonal, o hormônio retro-hipofisário, **ocitocina**.

Por outro lado ,a explicação das imagens colpocitológicas fundamentais parece-nos bastante clara, à luz dos níveis esteróides. Partindo do aspecto **luteínico** típico que subentende valôres **proporcionalmente idênticos** (não numèricamente, é claro) e que mostra no **sentido morfológico** estrito o predomínio da ação progestogênica ,encontramos à medida que esta se anula, o aparecimento progressivo da **dispersão celular** assinalada por PIGEAUD & CATTIN (1956).

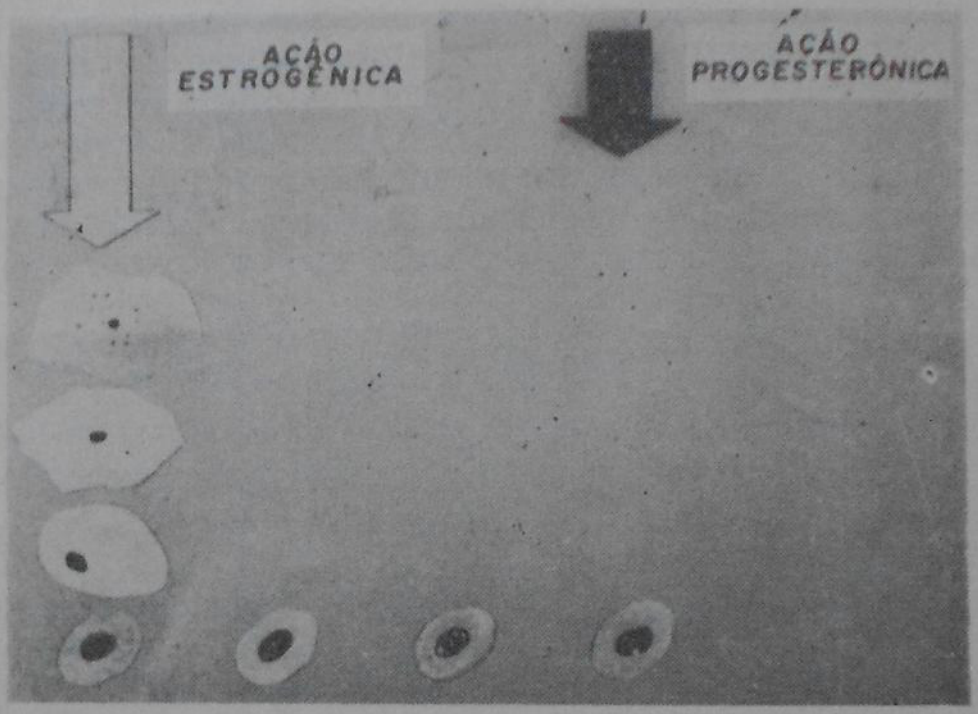


Fig. 3 — Interpretação cito-hormonal da imagem de predomínio da influência estrogênica na gestação a têrmo, surgindo habitualmente após uma fase de dispersão celular.

A dispersão celular traduz sensìvelmente o decréscimo da atividade luteínica, e quando o equilíbrio endócrino se desfaz pelo **predomínio relativo dos estrogênios**, surgem elevados acima do normal gravídico os índices de cariopicnose e eosinofilia. Êste quadro é encontrado fisiològicamente no 1.º trimestre, mas de igual modo caracteriza uma **segunda modalidade de colpocitologia do ante-parto.** A explicação para o pico eosinófilo do primeiro trimestre é de fato encontrada no predomínio dos estrogênios, que ascendem mais ràpidamente, enquanto os progestogênios mostram uma subida mais lenta. Explica-se ainda por tais relações o mal denominado "resposta paradoxal" aos estrogênios na gravidez; é óbvio que em condições normais a ação luteínica mascara o estímulo estrogênico ao rés da vagina, podendo inclusive concorrer para sua melhoria se alguma insuficiência estrogênica (e conseqüentemente luteínica) está em jôgo. A

resposta típica estrogênios nitidamente traduz na gravidez a falência da função progestogênica e, pois, a interrupção ameaçada ou em curso.

Com o progredir dos fenômenos involutivos da vitalidade placentária, depois dos progestogênios, reduzem-se os estrogênios. O aspecto de **esfregaço atrófico,** peculiar à morte do ôvo e ao pós-parto, pode ser um terceiro aspecto da colpocitologia do ante-parto, dependendo de maneira direta da anulação gradual dos teôres esteróides. Lògicamente esta figura fala de maneira mais incisiva em favor do têrmo, porém é bem mais rara.

Parece-nos não ser possível pretender diferenças semiológicas estribadas nas diferentes imagens, porquanto seu



Fig. 4 — Interpretação cito-hormonal da anulação da influência esteróide, observável raramente na gestação a têrmo, mas caracterizando melhor o pós-parto e, segundo alguns autores, a gestação prolongada.

significado é tão sòmente um: a placenta cessou sua atividade hormonal e está na hora de entrarem em ação novos figurantes. De igual sorte, ou com mais veemência mesmo, opinamos que a nenhum de tais quadros se pode associar o sofrimento fetal, que está na dependência de outras e múltiplas causas.

O problema da gravidez prolongada pode ser abordado em seguida, devendo ser aceita em princípio a posição de LICHTFUS, PUNDEL & GANDAR (1957) ao escreverem: "o esfregaço de gravidez prolongada é do tipo da gravidez a

têrmo, com uma tendência mais ou menos marcada para o tipo pós-parto". Na verdade, qualquer dos quadros citológicos do ante-parto pode encontrar-se na prenhez serotina. Merece, referência ainda, o teste da resposta aos estrogênios, sugerido pelos mesmos autores, e funcionando em moldes inversos ao anteriormente descrito. Aplicando 20 mg de monobenzoato de estradiol a gestantes apresentando um esfregaço de gravidez antes do têrmo, é possível verificar-se a proximidade dêste pela resposta estrogênica (isto, é claro, pela falta da contra-parte luteínica). Assim nos casos de gravidez a têrmo, o esfregaço sofre uma modificação nítida, traduzida por um aumento dos índices de cariopicnose e eosinofilia, diminuição dos grupamentos e aumento das células isoladas, o que ocorre em geral a partir do 3.º dia após a injeção. Nos casos de gravidez antes do têrmo, os esfregaços não sofrem qualquer modificação.

Não é nosso propósito aqui situar a posição da progesterona no problema da gravidez prolongada. Limitando-nos aos limites fisiológicos que nos propuzemos, acreditamos desnecessário frizar a significação dos progestogênios para a manutenção do equilíbrio endócrino do ciclo gravídico-puerperal. Desde as tradicionais experiências de dissociação feto-placentar, iniciadas, por COURRIER (1940), e repetidas em diversas oportunidades, como recentemente por ZARROW & COLS (1960), esta é uma verdade por todos reconhecida. CSAPÓ (1956) demonstrou de maneira evidente que é possível o prolongamento da gestação por meio da progesterona administrada a coelhas. HUGGETT (1957) refere que FIRPO obteve resultados semelhantes. Deve assinalar-se, significativamente, que em tais experiências há um nítido aumento da mortalidade fetal.

Parece-nos lícito apontar no metabolismo terminal da progesterona a chave da terminação da gravidez. O mais importante, contudo, no momento, é estabelecer junto a êste conceito uma posição face às possibilidades semiológicas das dosagens hormonais e da colpocitologia. Acreditamos que estas possibilidades podem dividir-se:

1.º — **sim:** tais métodos podem indicar um útero "maduro", ou condições para a indução do parto; senão, pelo menos, aguardar parto próximo.

2.º — **não:** quer as dosagens hormonais, quer a colpocitologia falham no diagnóstico do sofrimento fetal ou da gestação prolongada. Traduzindo alterações amplas dentro

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

de um mesmo esquema fisiológico pelo fato que dependem a maturidade de um lado, e a atividade miometrial de outro, de dois diferentes grupos de novos fatores as verificações hormonais nada adiantam.

BIBLIOGRAFIA

1) BARNES, A. C. & ZUSPAN, F. P. — Vaginal citology as an index of the expected date of confinement — Am. J. Obst. & Gyn. — **75, 1080,** 1956. — 2) COURRIER, R. — Endocrinologie de la gestation. Masson, Paris, 1945. — 3) CSAPO, A. — The mechanism of effect of the ovarian steroids — Rec. Progr. Hormone Research — Acad. Press, N. Y., 1956. — DE WATTEVILLE, H. — Conclusions gênèrales. 17.º Congrês de la Fedération (1957). Bull. Féder. Soc. Gynec. et Obst. L. Fr. — 1957, pag. 152. — 5 — EZÈS, H. — Eliminations hormonales urinaires et cytobiologie vaginale au cours des grossesses prolongées. Ann. Endocrinol. **14,** 403, 1953. — 6) HUGGETT, A. ST. — La function placentaire pendant la gestation prolongée — Bull. Fed Soc. Gynec et Obst. L. Fr., 1957, pag. 406 — 7) LICHTFUS, C., PUNDEL, J. P. & GANDAR, R. — Le frottis vaginal à la fin de la grossesse. Gynec. et Obst. **57,** 380, 1958. — 8) — PIGEAUD, H. & CATTIN, R. — Les grossesses biologiquement prolongées. Gynec. et Obst. **55,** 113, 1956. — 9) ZARROW, M. X., WILSON, E. D., CALDWELL, JR. A. L., YOCHIM, J. & SAWIN, P. B. — Local action of placental progestogen on uterine musculature of the rabbit. FERT. & STER. **11,** 370, 1960.

Interprétation Endocrine

Résumé

Les auteurs étudient, chez 14 gestantes normales, à terme, les frottis vaginaux, les dosages des oestrogènes et du pregnandiol urinaires (20 examens) afin d'établir leur point de vue sur l'utilité de ces exames dans les problèmes obstetres de l'induction du travail et de la gestation prolongée.

Ils concluent em faveur du métabolisme terminal de la progestérone, comme clé finale de la gestation. Le plus important toutefois, est d'etablir, actuellement, sur ce concept, une position liée aux possibilités sémiologiques des dosages hormonaux et de la colpocytologie. Selon les auteurs: 1) — ces méthodes peuvent indiquer un utérus mur ou des conditions pour l'accouchement; 2) — les dosages hormonaux ou la colpocytologie laissent à desirer quant au diagnostic de souffrance fétale ou de gestation prolongée, traduisant d'amples altérations dans un même système physiologique, du fait de leur dépendance de 2 groupes différents de nouveaux facteurs relatifs au murissement d'une part et à l'activité myométriale par ailleurs, qui rendent inefficaces ces verifications hormonales.

Endocrine Studies of Antepartum

Summary

Fourteen normal pregnant women at the terminal stage are studied and vaginal cytological examinations, urinary estrogen and pregnandiol assays are made in a total of 20 cases to state points of view on the usefulness of such tests to the obstetrical problems of induction of labor and late gestation.

The authors state that it seems reasonable to point to the terminal metabolism of progesterone as the key for the ending of pregnancy.

However for the time beeing it is most important to set a position before the semiological possibilities of hormonal assays and vaginal cytological tests according this concept.

The authors believe that these possibilities may be divided as following: 1 These methods can indicate a mature uterus or a favourable condition for the induction of labor and an evidence of near delivery; 2 — both hormonal assays and vaginal cytology fail to diagnose fetal troubles or late gestation; they are not useful on account of wide changes within the same physiological system.

Relative Harninkontinenz bei der Frau

Zusammenfassung

Die Verf. berichten über neuere Erkenntnisse zum Problem der relativen Harninkontinenz der Frau. Pathogenese, Symtomatologie, Diagnose, Prophylaxe, Therapie und Prognose werden besprochen. Das Material aus der Universitätsfrauenklinik in São Paulo wird veröffentlicht, sowie die derzeitigen Richtlinien der Therapie, wobei die Marschall-Marchetti-Kranz-operation bevorzugt ausgeführt wird, was wegen der ausgezeichneten Ergebnisse bei relativ einfacher Durchführung einen wesentlichen Fortschritt für den Gynaekologen bedeutet.

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.

Estudo comparativo das fístulas vesico-vaginais consequentes ao parto. — Mc. CAUSLAND, A.M., CAIOUETTE, J.C., BENNALLACE, D. A. e HOLMES, F. 549

Epitélio da cervice normal estudado com microscopia eletrônica e histoquimica. — ASHWORTH, C. T., LUIBEL, F. J. e SANDERS, E. 550

O istmo uterino e seu mecanismo esfincteriano: estudo clínico e radiográfico. — YOUSSEF, A. F. 551

Aplicação clínica da fosfatase endometrial. — JASZMAN, L. . 552

Teratoma sólido do ovário com struma ovarii, reação teca luteinica e hiperplasia do endométrio. — OBER, W.B. .. 553

Gravidezes com oligoespermia mínima. — DOYLE, S.B. 553

Infertilidade psicogênica e reversão funcional. — PEBERDY, G.R. e MITH, L. 554

Migração espermática e contrações uterinas. — BICKERS, W. 555

Roentegenterapia ovariana na macaca. — VAN WAGENEN, G. e GARDNER, W.U. 555

O uso de estrogênios e gestogênios para induzir ovulação humana. — RAMON GARCIA, C., HARRIGAN, J. T., MULLIGAN, W. J. e ROCK, J. 556

Duplo câncer do colo uterino, epidermoide e glandular, associado a gravidez. — GABRIEL, H., GEIGER, J. 556

As propagações tuberculosas mortais tendo como ponto de partida a genitalia feminina. — SURANY, S. 557

Malformação urogenital completa, agenesia de vagina e megauretra congênita. — LINHARD, C.P. e MONTES, E.A.M. 558

A incidência de curas espontâneas nas perturbações do ciclo menstrual. — MENDIZABAL, A. F. e USUBIAGA, I. S. .. 558

RESUMOS

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

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Estudo comparativo das fístulas vesico-vaginais conseqüentes ao parto. (A comparative study of vesico-vaginal fistulas following delivery). Mc CAUSLAND, A.M., CAIOUETTE, J. C., BENNALLACE, D.A. e HOLMES, F. (Am. J. Obst. & Gyne. 79: 1110, junho 1960).

Nos últimos 25 anos, dizem os A.A., dramáticas modificações ocorreram na prática da obstetrícia comparáveis às de outros ramos da medicina. Muitas complicações do parto que levavam à incapacidade foram erradicadas. Marcante entre os progressos obstétricos está a decrescente incidência das fístulas vaginais. O estudo abrange um período de 25 anos, em material de Hospital Margaret Hague Maternity e do Hospital do Condado de Los Angeles. Durante êsse período houve um total de 300.435 partos nessas instituições. Os dados apresentados revelam que os partos prolongados, e mau uso de forceps e a cesaria impròpriamente praticada são os fatores mais responsáveis pela ocorrencia das fístulas vésico-vaginais, durante êsse período de estudo

Durante os anos compreendidos neste trabalho houve, um total de 197 casos de fístulas vésico-vaginais no Hospital do Condado de Los Angeles, a maior percentagem sendo devida ao carcinoma da cérvice (68 por cento) 8,6% após histerectomia total, 3,6% associada a carcinoma da bexiga e 3,6% com carcinoma do fundo do útero. Os restantes 10.5% conseqüentes a diversos fatores expostos num quadro. Ainda que sòmente 3 fístulas foram diagnosticadas após o parto nesse hospital, mais 8 casos foram admitidos de pacientes assistidas em outros hospitais, num total de 11 casos.

Segundo o tipo de parto, 5 ou cêrca de 22% foram após parto espontâneo, 15 ou 66% após o emprêgo de forceps. Treze após forceps médio, tendo o forceps de KIELLAND sido

empregado 9 vezes. Isto leva a alertar contra o mau uso desse instrumento que deve ser limitado a obstétras treinados. Acentuam que durante os anos de guerra foi assinalada baixa na incidência de cesárias e elevação na de fístulas.

Quanto ao período decorrido entre o acidente e o reparo da fístula apontamos os seguintes dados: os resultados foram satisfatórios em 3 fístulas operadas imediatamente, em um caso reparado 2 semanas no pós-parto, em 4 casos reparados 3 a 4 meses depois. A única operação adiada até 8meses após o acidente continua perdendo urina. Quanto ao número de vêzes em que cada paciente foi operada, 3 o foram 2 vezes, 2 com bons resultados e uma sem resultado. Uma paciente foi operada 5 vezes. Um caso não foi operado. No hospital do Condado de Los Angeles, 1 fístula curou espontâneamente e 2 continuaram a perder urina.

Os seguintes principios são sugeridos pelos A.A. no tratamento das fístulas vésico-vaginais 1. Imediato fechamento da fístula, quando possível 2. Se não fôr possível, esperar pelo menos 2 meses é aconselhável até a involução do canal do parto 3. Todo o esfôrço deve ser feito para eliminar a infecção da bexiga ou do canal do parto 4. Tratamento preoperatório da vagina com aplicações locais de estrogeneo é aconselhável quando a mucosa vaginal é muito fina para resultado satisfatório 5; deve ser usada conduta e técnica cirúrgica perfeitas. — A. de Moraes

---

Epitélio da cérvice normal estudado com microscopia eletrônica e histoquímica. (Epithelium of normal cervix uteri studied with electron microscopy and histochemistry). ASHWORTH,C.T., LUIBEL, F.J. e SANDERS, E. (Am. J. Obst. & Gynec. **79**: 1149, junho 1960).

A.A. acentuam que a microscopia eletrônica estuda os detalhes da membrana basal, os espaços intracelulares, estruturas conctantes intracelulares, e as organeles citoplásticas podem ser estudadas mais efetivamente por êsse método que estudando-as pela microscopia comum.

Ocorrem freqüentemente dificuldades na diferenciação histológica entre a displasia epitelial e o carcinoma in situ e entre carcinoma invasivo e não invasivo da cérvice. Pode-se esperar que o reconhecimento dos aspectos mais finos do epitélio cervical pode ser utilizado na identificação desses graus de atipia e neoplasia.

Dessa forma, o epitelio estratificado escamoso dos colos essencialmente normais foi estudado pela microscopia eletrônica e com certas técnicas para servir como fundamento dados pelos quais as lesões de atipia e neoplasia da cérvi-

se possam ser interpretadas. Para êsse fim 2 a 4 blocos de tecido de colos e 4 colos extirpados foram empregados.

Os A.A. estudam 1) a região das células basais; 2) as camadas de células parabasais e precornificadas; 3) a camada de células cornificadas; 4) o epitélio endocervical. Comentando seus achados dizem que um dos problemas fundamentais no estudo do epitélio estratificado escamoso da cérvice foi o status da membrana basal. Muitos autores empregando a microscopia comum negaram sua existência. ALBERTINI e ass. e DOUGHERTY e LOW, contudo, mostraram de modo inequívoco com a microscopia electrônica que a membrana basal está regularmente presente. SELBY também demonstrou sua presença no epitélio da pele. Os presentes estudos, acentuam os A.A., confirmam tais observações na cérvice. Essa estrutura é representada por uma simples camada de material eletrônicamente denso tendo composição homogênea. As células basais do epitélio estratificado escamoso possuem processos como ramificações que parecem ancorar as mesmas no estroma cervical. A presença de proteína contendo sulfidril na região das pontes intracelulares e no citoplasma das células acredita-se indicar a formação de escleroproteina, provàvelmente queratina, nos lados das células de coesão nas pontes intracelulares. É discutido pelos A.A. o processso de elaboração de glicogênio dentro do citoplasma do epitélio cervical escamoso e do muco no epitélio e endocervical. — A. de Moraes.

O istmo uterino e seu mecanismo esfincteriano: estudo clínico e radiográfico. (The uterine isthmus and its sphincter mechanism: a clinical and radiographic study) A.F. YOUSSEF, A.F. (Am. J. Obst. & Gyn. 79: 1161, junho 1960).

Bromelaina é uma nova mistura enzimática extraída do caule do abacaxi maduro. Desde 1951 várias organizações vêm estudando em Hawai esta enzima numa grande escala e investigando suas propriedades. A produção potencial desta nova preparação enzimática é enorme. Preparações similares de enzimas proteolíticas têm numerosos usos comerciais e industriais, bem como alguns emprêgos interessantes em medicina, ainda que poucas referências em ginecologia. KURZROCK usou papaina como agente mucolítico em pacientes com cervicite crônica e descarga mucopurulenta.

HUNTER, HENRY e HEINICKE encheram a vagina com solução de papaina ou bromelaina antes da cervico-histerosalpigografia. Acharam que isto determinava a desintegra-

ANO XXV
JANEIRO DE 1960
Vol. 49 — N.º 1

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV Janeiro de 1960 Vol. 49 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Prognóstico obstétrico das cesareadas — Prof. J. ONOFRE DE ARAUJO, Dr. N. A. PEDRAL SAMPAIO e Dr. J. A. PINOTTI 1

Conduta obstétrica em pacientes cesariadas — Drs. OSVALDO LACRETA e J. A. PINOTTI 13

O prob'ema da mulher cesariada — Prof. ALBERTO R. MARTINEZ e Drs. ROBERTO L. NOGUEIRA, MARIO FRONZAGLIA e NORMA A. M. CAMPOS 25

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Um novo adjuvante para versão medicamentosa na apresentação pélvica — Prof. Dr. O. RODRIGUES LIMA e Dr. PLINIO T. FERRAZ 33

EDITORIAL

Comemorando o 25.º aniversário dos Anais Brasileiros de Ginecologia 35

NOTAS E COMENTÁRIOS

Cursos de extensão universitária no Instituto de Ginecologia .. 39

"Meeting" do "Inter Society Cytology Council" 41

Conferência Pan-Americana sôbre Infertilidade 42

Homenagem ao Professor Aloysio de Castro 42

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Boletim do Instituto de Puericultura — Univ. do Brasil 45

Arquivo de Patologia — Instituto Português de Oncologia ... 45

Anales de la Facultad de Medicina de Lima, Perú 46

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00

Exterior ..... Cr$ 700,00

Número avulso ..... Cr$ 50,00

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

Caixa postal, 1289 — Rio de Janeiro

TRABALHOS ORIGINAIS

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PROGNÓSTICO OBSTÉTRICO DAS CESAREADAS (*)

(Estudo de 228 casos)

PROF. DR. J. O. DE ARAUJO
Professor-adjunto
Chefe do Serviço de Obstetrícia

DR. N. A. PEDRAL SAMPAIO
Assistente

DR. J. A. PINOTTI
Assistente

Introdução

Com o advento da antissepsia, assepsia e com a sistematização da sutura uterina, houve aumento evidente no número de operações realizadas, de tal maneira que tornou-se problema, relativamente comum para o parteiro prático, a maneira de se conduzir na assistência ao ciclo grávido-puerperal da paciente que tenha sido cesareada.

A êsse respeito divergem as opiniões dos tocólogos, de um lado a escola intervencionista: « uma vez cesárea, sempre cesárea », de outro os que adotam a conduta espectante. Inúmeros argumentos existem a favor de uns e de outros, não raras vêzes controvertidos.

Sendo êste um problema de transcendental importância, não só pela sua frequência como pelas graves consequências e, existindo em tôrno dêle polêmicas e opiniões controvertidas, nos propuzemos a estudá-lo sob o aspecto genérico de « Prognóstico da Cesareada », aproveitando para isto o material da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Não é nossa intenção estabelecer norma de conduta em mulheres cesareadas, mesmo porque, ela vai depender do estudo minucioso de cada caso. Pretendemos, tão só à luz de

(*) Contribuição ao tema oficial do VI Congresso Brasileiro de Cirurgia — Rio de Janeiro — julho de 1959.

levantamento consciencioso, chamar a atenção para certos dados que devem ser considerados com seriedade no futuro obstétrico da cesareada.

Material — Métodos — Incidência

Das pacientes que tiveram parto a têrmo na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de janeiro de 1952 a dezembro de 1958, encontramos 228 com cesárea no passado. Êste grupo constitui o nosso material, o que dá uma incidência de 2,3 %, pouco mais elevada que a comumente encontrada na literatura: GUARIENTO e cols. (1,6 %), WILSON (1,5 %). Justifica-se essa percentagem mais elevada, em vista do tipo de nosso serviço, pois sendo pequeno o número de leitos, dá-se preferência à internação aos casos em que se pressuponha alguma dificuldade.

No mesmo período, deram à luz na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, 11.691 pacientes, das quais 1.097 foram cesareadas, dando uma incidência de 9,3 % para o parto cesáreo.

Os casos foram estudados minuciosamente, preenchendo-se para cada, um mimiografado que inqueria a respeito de todos os partos da paciente em questão. Para efeito de comparação, foram divididos em 2 grupos:

I — Pacientes que uma vez cesareadas, foram sempre cesareadas (93 casos — 40,8 %).

II — Pacientes que após parto cesáreo tiveram partos transvaginais (135 casos — 59,2 %).

Os dados percentuais da literatura a êsse respeito variam bastante, assim poderemos citar para comparação, a percentagem de parto transvaginal após cesárea, obtida por alguns autores:

Pierrot, W.	83,5 %
Bruce, D. F.	44,6 %
Nahoum, J. C.	40,0 %
Lawrence, R. F.	22,9 %
Baker, K.	74,0 %
Guariento, A.	56,8 %
Goffi, P. S.	70,0 %

Em nosso meio, os resultados estão referidos no Quadro I.

Local	N.º de casos	P. cesar. %	P. vaginal %
Hospital das Clínicas	228	41%	59%
Casa Maternal	905	43%	57%
Maternidade S. Paulo	171	30%	70%
Maternidade Ribeirão Preto	48	48%	52%
Cl. prt. Prof. Araujo	33	39%	61%
Total	1.385	40%	60%

Quadro I: Percentagem de parto cesáreo e vaginal nas pacientes com cesárea no passado

Das 228 pacientes estudadas, 156 eram brancas, 32 pretas e 40 pardas. Suas idades não vão aqui relatadas, pois elas foram estudadas durante um período de suas vidas, e não num determinado instante.

Resultados e comentários

I — *Paridade:*

A paridade média nos casos por nós estudados foi de 2,8 e, separadamente, de 2,6 para o grupo I (pacientes sempre cesareadas) e, 2,9 para o grupo II (pacientes com partos transvaginais após cesárea). Cabem aqui as seguintes considerações:

A — Há uma diminuição na fecundidade das pacientes cesareadas como podemos deduzir comparando esta paridade, com a paridade média das pacientes não cesareadas que deram à luz na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas durante o ano de 1952 (3,9).

B — Não tem diferença significativa entre os 2 grupos, com referência à paridade, donde se conclue que a conduta intervencionista, ou não, nas pacientes com cesárea no passado, não tem influência significativa na *natalidade*, como querem crer certos autôres. Deve-se ainda levar em conta, que o número de partos que precederam a primeira cesárea no grupo II (95 partos), foi maior que no grupo I (32 partos).

Existe, e é evidente, diminuição da *natalidade* por causas diversas em mulheres cesareadas, isto de um modo geral, independente da conduta que se tome nos partos subsequentes.

O número de partos transvaginais após cesárea, está relatado no gráfico I.

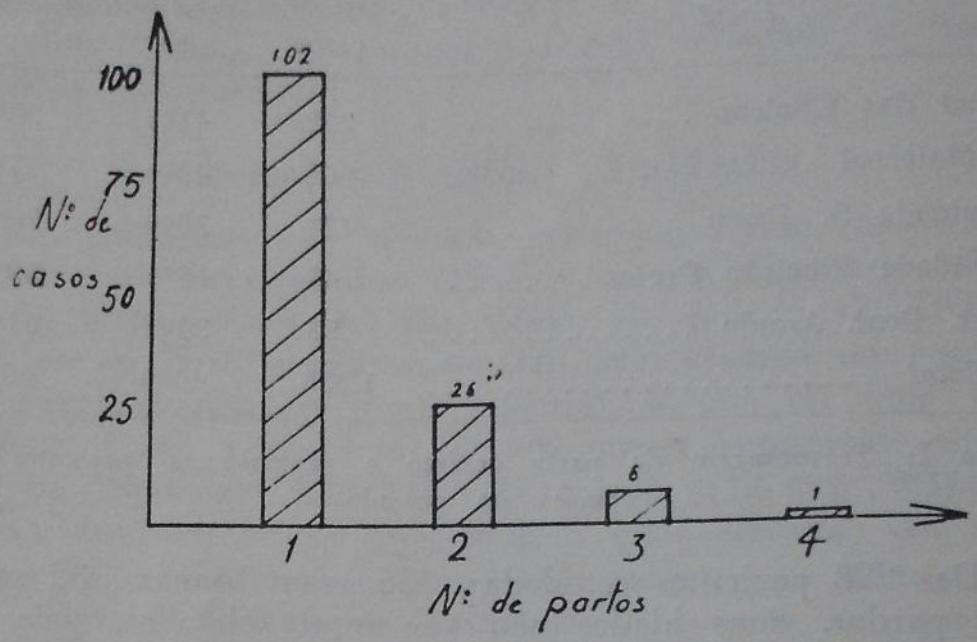


Gráfico n.º 1 — Número de partos transpélvicos após parto cesáreo

Dos 171 partos transvaginais após cesárea, foi aplicado fórcipe em apenas 61 casos.

II — *Local (Serviço), tipo de anestesia, idade e indicação na primeira cesárea*

Na impossibilidade de se verificar a técnica das cesáreas praticadas fora da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas, os locais foram divididos em credenciados, ou não credenciados, baseando-nos em critério justo (o mais possível, de maneira que, com relação às pacientes operadas em locais credenciados, pode-se ter a certeza de que a operação foi segmentar, pois é norma conhecida dos serviços credenciados. O resultado foi o seguinte: (vide Quadro II).

Local da 1.ª Cesária	Grupo I	Grupo II	Total
Credenciado	51	62	113
Não credenciado	42	73	115

Quadro II — Local (Serviço) da primeira cesárea

Dos 11 casos de rotura uterina da nossa série, 7 tinham como antecedente cesárea em local não credenciado e em 3 dêstes, a rotura se deu sôbre cicatriz de cesárea corporal.

Do acima exposto, pode-se deduzir a importância que tem a análise do serviço em que foi praticada a cesárea an-

terior, quando está se decidindo da conduta em parto de paciente cesareada.

Os resultados, com relação ao tipo de anestesia e idade das pacientes por ocasião da primeira cesárea, estão relatados nos Quadros III e IV. Deve-se mencionar aqui que todos os casos de rotura se localizaram nos grupos idade de 21 a 30 e de 31 a 40 anos, não havendo nenhum caso de rotura cuja cicatriz uterina seja devida a operação praticada antes dos 20 anos de idade. Deve-se ter em mente êste dado, quando se analisa uma parturiente com cicatriz de cesárea.

Tipo de anestesia	Grupo I	Grupo II	Total
Raquidiana	48	41	89
Geral	3	5	8
Não referida	42	99	111

Quadro III — Tipo de anestesia na primeira cesárea

Idade na 1.ª Cesária	Grupo I	%	Grupo II	%	Total	%
Menos de 20 anos .	12	12,90	23	17,03	35	15,36
de 21 a 30 anos .	62	66,66	89	65,92	151	66,23
de 31 a 40 anos .	15	16,13	19	14,07	34	14,91
mais de 40 anos .	—	—	1	0,74	1	0,43
Não refere	4	4,30	3	2,22	7	3,07

Quadro IV — Idade na primeira cesárea

As indicações da primeira cesárea estão expressas por ordem de frequência no Quadro V, onde se pode observar que nas pacientes do grupo I, a indicação mais frequente foi a de Vício Pélvico. Para o grupo II houve mais frequência de Distócia Funcional.

Deve-se notar de interessante:

1.º) — 14 pacientes cuja indicação da primeira cesárea foi Vício Pélvico, deram à luz por via transpélvica nos partos que se seguiram. O pêso médio do recém-nascido no primeiro parto após cesárea dêstes 14 casos considerados, foi de 3.364 grs., pràticamente igual ao pêso médio dos recém-nascidos do grupo I, nos casos em que a indicação foi também por Vício Pélvico. Não constitui portanto, a cesárea por Vício Pélvico no passado,

indicação formal de cesárea iterativa. Para corroborar esta afirmativa basta citar GUARIENTO e cols., que submeteram a trabalho de parto 51 pacientes com cesárea no passado por Vício Pélvico, sem acidentes significativos.

2.º) — O elevado número de indicações não referidas no grupo II, das pacientes que deram à luz por via transpélvica após cesárea, da idéia do uso abusivo que se tem feito ùltimamente da via alta em obstetrícia, bem como, do baixo nível das pacientes atendidas que, operadas, não procuram investigar a causa da intervenção.

Indicação da 1.ª Cesária	N.º Total	%	Grupo I	%	Grupo II	%
Vício pélvico	54	23,68	40	43,01	14	10,37
Distócia funcional	37	16,22	18	19,36	19	14,08
Sofrimento fetal	15	6,57	6	6,48	9	6,67
Eclâmpsia	9	3,94	3	3,23	6	4,44
Apresentação pélvica ..	8	3,50	2	2,15	6	4,45
Desprop. céfalo-pélvica .	5	2,19	2	2,15	3	2,22
Pré-eclâmpsia	3	1,32	3	3,23	—	—
Trab. de parto prolong. .	3	1,32	1	1,07	2	1,48
Prenhez dupla	2	0,87	1	1,07	1	0,74
Prolápso de cordão ...	2	0,87	—	—	2	1,48
Dist. das partes moles ..	1	0,43	1	1,07	—	—
1.º parto natimorto ...	1	0,43	1	1,07	—	—
Hidramnio	1	0,43	1	1,07	—	—
Iminência de rotura ..	1	0,43	1	1,07	—	—
Ab. crimin. microcesária .	1	0,43	1	1,07	—	—
Incomp. sang. mat. fetal .	1	0,43	1	1,07	—	—
Fístula vesico-vaginal ..	1	0,43	1	1,07	—	—
Hipermaturidade	1	0,43	—	—	1	0,74
Situação transversa	1	0,43	—	—	1	0,74
Apres. de fronte	1	0,43	—	—	1	0,74
Placenta prévia	1	0,43	—	—	1	0,74
Rotura do vaso placent. .	1	0,43	—	—	1	0,74
Não refere	78	34,21	10	10,76	68	50,37

Grupo I — sempre cesareadas
Grupo II — cesareadas com partos transpélvicos posteriores

Tabela V — Indicação da 1.ª cesária

III — *Distócia funcional e ocitócicos nos partos cesáreos ou transpélvicos que sucederam a uma primeira cesárea*

Usou-se ocitócico em 2,6 % dos partos após cesárea, não se verificando acidentes nesses casos.

Observou-se Distócia Funcional em 18 % dos partos operatórios ou não, que sucederam à cesárea, podendo-se aqui lembrar o papel da cicatriz anterior na gênese da Distócia Funcional, pois encontramos 29,03 % de Distócia Funcional nos 93 casos do grupo I contra 10,37 % nos 135 casos do grupo II (pacientes que deram a luz por via transvaginal após parto cesáreo).

IV — *Duração do trabalho de parto nos partos transpélvicos após cesárea*

Os nossos resultados nesse sentido estão expressos no Quadro VI.

Tempo de T. P.	N.º de casos	Percentagem
Menos de 10 horas	42	31,11 %
de 11 a 15 horas	25	18,51 %
de 16 a 20 horas	34	25,18 %
mais de 20 horas	21	15,56 %
não refere	13	9,64 %

Quadro VI — Tempo de trabalho de parto nos partos transpélvicos após cesárea

Já Mc LANE, em 1930, ao estudar 38 partos vaginais após cesárea, concluia que o trabalho de parto se assemelha ao das primíparas após cesárea, encontrando 15 horas e 16 minutos como duração média dos mesmos. Mais tarde, seus resultados foram confirmados por outros autôres que se ocuparam do assunto, como SCHMITZ e BABBA (1949), BENGTSSON (1954) e outros. Porém, quando a parturiente, além da cesárea, tem na sua história um outro parto vaginal que a tenha precedido ou sucedido, a média diminui consideràvelmente. Assim, para HINDMAN (1948) foi de 6 horas e 21 minutos com duração máxima de 36 horas e mínima de 30 minutos.

GUARIENTO e cols. (1947), estudando 276 pacientes no primeiro parto após cesárea, dão-nos uma média de 13 horas e 25 minutos. Esta média porém, não cai muito quando estuda as multíparas com partos vaginais além da cesárea e obtem 11 horas e 15 minutos.

Na nossa série, a média de horas de trabalho de parto para o primeiro parto transpélvico após cesárea foi de 13 horas e 39 minutos.

Cabem aqui algumas considerações:

A) — Tendo em vista as médias da literatura e as obtidas na nossa série, não nos parece lógica a conduta recomendada por certos autôres que não se deva esperar além de 8, 9 ou, no máximo 10 horas para se obter o parto transpélvico em parturientes cesareadas.

B) — Nos nossos casos de rotura uterina, diagnosticadas após parto, obtivemos uma média de 17 horas para o trabalho de parto, média esta, relativamente próxima das obtidas para os partos sem acidentes, não se podendo dar grande importância portanto ao trabalho de parto prolongado na etiologia das roturas uterinas. Por outro lado, faz-nos pensar que seria de grande utilidade, nesses casos, a abreviação do período expulsivo e esta poderia ser obtida com a aplicação sistemática do *fórcipe de alívio*.

V — *Dequitação*

Na dequitação dos partos que sucederam ao parto cesáreo houve retenção de placenta em 7,9 % dos casos, tendo-se procedido o descolamento manual. Esta incidência, é maior que a observada no cômputo geral dos partos.

VI — *Morboletalidade materno-fetal nos partos após cesárea*

Em nosso material, tivemos 2 óbitos maternos. Uma paciente faleceu 12 dias após o parto, por acidente de anestesia e parada cardíaca no momento da operação, outra de choque hemorrágico irreversível por rotura de vaso placentário.

A incidência de infecção puerperal, (e assim rotulamos tôda e qualquer febre por mais de 3 dias no puerpério, foi de 6,14 %.

No grupo I (pacientes sempre cesareadas após a primeira cesárea) tivemos 7 natimortos e 2 neomortos, enquanto no grupo II tivemos 13 natimortos, que nos dá um número global de 22 recém-nascidos mortos, para um total de 310 partos após cesárea e uma incidência de 6,4 % para a natimortalidade no grupo I e 7,6 % no grupo II (vide Quadro n.º VII).

Mortalidade fetal total sem depuração:

Grupo	N.º total de partos	%
Grupo I	139	6,4 %
Grupo II	171	7,6 %
Total	310	7 %

Quadro VII — Mortalidade fetal sem depuração

Mortalidade fetal no Hospital das Clínicas após depuração: *Total*: 12 — Índice: 5 %.

Entre os 20 natimortos referidos, 16 nasceram no Hospital das Clínicas, sendo que dêstes, 2 eram imaturos, 1 prematuro e 1 hidrocéfalo, que nos dá um total de 12 natimortos após a depuração. Isto representa uma incidência de 5 % em relação aos nascimentos no Hospital das Clínicas.

Ao relacionarmos o tempo de trabalho de parto, com a mortalidade fetal, obtivemos para os natimortos do grupo II, a média de 25 horas e 50 minutos; para os natimortos do grupo I, a média foi de 18 horas e 36 minutos.

Quanto a morbidade do recém-nascido, tivemos no grupo I, 15 casos de asfixia (1 dêles, não relacionado com intervenção obstétrica), no grupo II, 13 casos de asfixia (3 sem relação com a intervenção obstétrica) e 1 trauma (fratura da clavícula), dando um índice de 8 % para a morbidade fetal nos partos após cesárea, separadamente de 10 % para o grupo I e 6,2 % para o grupo II.

VII — *Rotura uterina*

Uma das preocupações, no seguimento do parto após cesárea, é a possibilidade de Rotura Uterina.

Entre nossos 228 casos, tivemos 11 de rotura uterina, portanto uma incidência de 4,8 %. Deve ser feita a ressalva que 5 dêsses casos deram entrada no serviço com rotura, o que justifica a discrepância da nossa incidência com os dados da literatura.

Dêsses 11 casos, 5 pertencem ao grupo I e 6 ao grupo II, 9 são brancas e 2 pardas, todos os casos enquadrando-se entre 21 e 40 anos.

Quanto à mortalidade fetal tivemos no grupo I, 4 óbitos, sendo 1 imaturo de 6 meses; no grupo II, 3 óbitos, sendo 1 imaturo de 5 meses, dando um índice de 63,6 % de mortalidade não depurada. Das 6 roturas ocorridas no Serviço houve apenas 2 óbitos fetais ou seja 33,3 %.

REFERÊNCIAS:

1) BAKER, K. — Vaginal delivery after lower uterine caesarean section — Surg. Gynec. & Obst., 100: 690, 1955. — 2) BENGTSSON, L. P — Vaginal delivery following cesarean section — Acta Obst. et Gyec. Scand., 33: 318, 1954. — 3) BRUCE, D. F. — Labour following caesarean section — Glasgow Med. J. 34: 354, 1953. — 4) GUARIENTO, A. & cols. — Parto vaginal após cesárea — Maternidade e Infância, 16: 25 - 50, 1957. — 5) GOFFI, P. S. — Futuro obstétrico da cesareada — Anais da Maternidade de S. Paulo — Vol. III: 179 - 184, 1953. — 6) HINDMAN, D. H. — Pelvic delivery after cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec. Brits. Emp. 60: 173, 1953. — 7) Mc LANE, C. M. — Delivery through the natural passages following cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec., 20: 650, 1930. — 8) NAHOUM, J. C. — Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea — Rev. de Ginec. e Obst., 47: 183, 1953. — 9) PIERROT, W. — Spontangeburt nach Kaiserschnitt, Zentralbl f. Gynäk., 74: 1430, 1952. — 10) SCHMITZ, H. E. & BABBA, G. R. — Vaginal delivery following cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec., 57: 669, 1949. — 11) WILSON, K. — A clinical study of one hundred and thirty-three pregnancies following cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec., 12: 268, 1926.

Prognostic obstètrical après operation césarienne

Résumé

Du fait de la croissante augmentation du nombre des opérations césariennes et des polémiques faites au sujet du prognostic de ces patientes et de la conduite obstètricale future, les auteurs se proposent d'étudier tous les cas de la Clinique Obstétricale de l'Hôpital des Cliniques de la Faculté de Médicine de l'Université de São Paulo, (Brésil), entre 1952 - 1958 où il a été possible verifier le « follow-up » des patientes à cesarienne. Ces observations permirent de tirer les conclusions ci-après:

1 — Il existe une diminution de la parité chez les patientes soumises à une césarienne.

2 — Il n'y a pas de reduction significative de la parité en relation à la conduite interventioniste ou non, des accouchements subséquents.

3 — Il existe une élévation évidente de l'incidence distocique fonctionnelle chez les gestantes, post cesarienne; ce fait est encore plus marqué dans les cas de césarienne itérative.

4 — L'incidence de retention placentaire est plus grande que l'habituelle, dans les accouchements post césarienne.

5 — Quant à la conduite à avoir devant de tels cas, une importance particulière doit être réservée à l'endroit où fut fait la césarienne.

6 — L'indication de vice pelvien, pour la 1ère césariene n'implique pas l'indication formelle de césarienne itérative.

7 — Il est interessant d'abréger la période expulsive par l'emploi systématique de forceps.

8 — Il ne serais pas logique de suivre la conduite recommandée par certains auteurs, qui consiste à ne pas attendre plus de 8.9 ou au maximum 10 heures de travail, pour recourrir à l'accouchement transpelvique chez une parturiente ayant eue une césarienne. La durée moyenne du travail du 1er accouchement transvaginal post césarienne, a ête, dans notre serie, de 13 heures 11 minutes.

9 — L'expression « une fois césarienne, toujours césarienne » n'est pas valable, chaque cas devant être soigneusement examiné quant aux possibilités d'accouchement transpelvique. Toutefois, comme la mortalité foétale, la rupture utérine et la mortalité maternelle sont plus grandes chez les patientes ayant accouchées par voie transvaginale post césarienne, on doit, en cas douteux recourrir à la voie haute.

Women's obstetrical prognosis after cesarean section

Summary

The authors taking in account the increase number of cesarean sections at their service, and the outlook of those women concerning future pregnancies, surveied all cases (228 cases) with a follow-up in their Clinic (Obstetric Clinic of the University of São Paulo) during the period 1952 - 1958. Concerning the sequels they came to the following conclusions:

1 — There is an apparent decrease in the parity of patients who have already had Cesarean sections.

2 — There is no significant difference in the reduction of parity in relation to the method employed in previous confinements, either cesarean or transvaginal delivery.

3 — There is an evident increase of funtional dystocia in pregnancies following a Cesarean section, this fact being more noticeable, when there is repetead section.

4 — The retention of placenta occurs more frequently in the confinements of patients who previously had Cesarean sections, than in cases of normal delivery.

5 — Discussing the method to be employed during the confinement of a patient who had a Cesarean section in the past, one must pay particular attention to place in which the previous incision was made.

6 — The indication of Pelvic disorder for the first Cesarean operation does not imply that a second Cesarean section will be necessary.

7 — We advise shorting the expulsion period by the use of forceps.

8 — The method recomended by certain authorities that one must not wait more than eight, nine or the maximun ten hours before making a transpelvic delivery in a mother who has already had a Cesarean operation does not seem logical to us. The duration of labour average in the first transvaginal delivery after a Cesarean section was in our cases, thirteen hours and eleven minutes.

9 — The expression « Once a Cesarean, always a Cesarean » is not accurate. Each case must be carefully studied as to the possibility of making a transpelvic delivery in future confinements. However, as the percentage of still-born babies, rupture of the uterus and the death of the mother during childbirth is greater in patients who had given transpelvic birth after previous Cesareans, we should, when dealing with doubtful cases, perform a repeated Cesarean section.

Geburtshilfliche Prognose nach Kaiserschnitt

Zusammenfassung

Die Verf. haben nachgeforscht nach den weiteren Entbindungen der Kaiserschnittpatientinnen, die von 1952 bis 1958 in der Universitätsfrauenklinik in São Paulo behandelt wurden. Zweck dieser Arbeit war, zu eigenen Ergebnissen über die späteren Entbindungen dieser Patietinnen zu gelangen, da ja die Inzidenz des Kaiserschnittes erheblich zugenommen hat.

Das Ergebnis ist folgendes:

1 — Es komm zu einer evidenten Verminderung der Geburtsfreudigkeit nach Sectio.

2 — Auch bei normaler Entbindung nach einmaligen Kaiserschnitt ist die Reduktion der Geburtenzahl festzustellen.

3 — Funktionelle Geburtsstörungen nehmen nach Sectio zu, besonders wenn wiederholte Sectio vorlag.

4 — Die Plazentaretention nach Kaiserschnitt ist häufiger als bei anderen Patientinnen ohne Sectioanamnese.

5 — Die Indikation der Geburtsleitung der Patientinnen nach Kaiserschnitt hängt ab von der Lokalisation der Uterusinzision bei der Sectio.

6 — Auch ein enges Kecken erfordert nicht in allen Fällen Wiederholung eines Kaiserschnittes.

7 — Es mag ratsam scheinen, die Austreibungszeit bei Patientinnen dieser Art durch Erleichterungszange abzukürzen.

8 — Die Verf. stimmen nicht der Auffassung bei, dass nur 8 bis 10 Stunden Wehentätigkeit abgewartet werden dürfen nach vorheriger Sectio. In der eigenen Serie betrug die Geburtsdauer nach vorherigem Kaiserschnitt durchschnittlich 13 Stunden und 11 Minuten.

9 — "Einmal Sectio, immer Sectio" stimmt keineswegs. In jedem Einzelfall bedarf es sogfältiger Erwägungen über Möglickeit oder Wahrscheinlichkeit späterer Normalentbindungen. Bei den eigenen Fällen war die Kindersterblichkeit, Uterusruptur und mütterliche Sterblickeit häufiger bei den Patientinnen mit Beckenentbindungen nach vorheriger Sectio. So muss in diesen Fällen, bei bestehenden Zweifel der abdominale Weg angeraten werden.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SERVIÇO DO PROF. J. ONOFRE DE ARAUJO

CONDUTA OBSTÉTRICA EM PACIENTES CESAREADAS (*)

DOC. DR. OSVALDO LACRETA
Assistente e Livre-Docente

DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
Assistente

Ao estudarmos a cesárea iterativa, nos limitaremos a encarar a possibilidade do parto vaginal consecutivo a cesárea primeira ou intermediária.

Situam-se os obstétras em campos opostos. Uns cesariam sistemàticamente, outros, em determinadas circunstâncias, recomendam o parto vaginal. Estudaremos sucessivamente:

I — Incidência de parto vaginal após cesárea

É riquissima a literatura a respeito,

SCHMITZ & GAJEWSKI (1942)	32,6 %
KUDER & DOTTER (1944)	50,5 %
DUCKERING (1946)	42,0 %
SCHMITZ & BABA (1949)	32,4 %
HERD (1949)	43,0 %
AVILEZ (1951)	74,6 %
COSGROVE (1951)	35,8 %
LANDESMAN (1951)	41,0 %
WILSON (1951)	33,6 %
FRANGENHEIM (1952)	58,0 %
KAWRENCE (1953)	22,9 %
NAHOUN (1953)	40,0 %
FEENEY (1954)	85,0 %
NELL (1954)	42,0 %
PIRAUX (1954)	20,0 %
BAKER (1955)	74 0 %
SAEZ (1955)	55,6 %
MEARES (1956)	66,0 %
GOFFI (1957)	70,2 %
GUARIENTO (1957)	57,0 %
JESURUN (1958)	50,0 %
MARTINEZ (1959)	52,0 %

(*) Contribuição ao tema oficial do Congresso Brasileiro de Cirurgia. Rio de Janeiro, julho de 1959.

Na Clínica Obstétrica, em 228 casos de cesárea reunidos até o fim de 1958, houve 171 partos vaginais ou 59 %.

Cifras tais são oriundas de grande número de casos e realizadas por obstetras experimentados.

Não é necessário que o parto transpélvico seja espontâneo. Na série de FRANGENHEIM, 7,2 % exigiu o emprêgo do fórcipe e no material de NEL, a incidência do fórcipe foi 26,%.

Na Clínica Obstétrica os 171 partos vaginais, assim se desenvolveram:

Extração pélvica	110	—	64,3 %
Fórcipes	60	—	35,20 %
Partos vaginais	1	—	0,5 %

II — Rotura da cicatriz uterina

A solidez da cicatriz do útero consecutiva ao golpe cesáreo é o perigo remoto da intervenção. Fôrça é analisar-lhe a incidência e as causas.

Arrimado em 3.500 cesáreas efetuadas no Instituto de Maternidade, asinalou BAZAN (1954) 8 deiscências de cicatrizes, ou 0,22 %.

Apurou BRIERTON (1950) 7 roturas em 246 pacientes, isto é, 2,8 %.

Registrou HESS (1953) em 3.221 cesareadas, 46 roturas de cicatrizes, ou 1,4 %.

Entre 629 partos vaginais subssequentes à cesárea, reunidos na literatura americana houve apenas 2 roturas em pleno trabalho de parto.

WETTERWALD (1956), revendo 3.600 cesáreas segmentárias da literatura apurou 0,28 % de incidência de solução de continuidade ao nível da cicatriz.

THONET (1951) apresenta frequência de 3,87 %. Para o total de 316 enfêrmas atendidas durante os anos de 1951 a 1952 e que apre entavam cicatriz de histerectomia, ocorreram apenas 6 deiscências, ou 1,5 %.

Anota KEYMER (1955) 1,3 % de disjunção da cicatriz em 2.001 cesáreas.

Revendo SAEZ (1955) 63 cesáreas, encontrou 3 disjunturas, isto é, 4,44 %.

A série de BERG (1955) mostra cifras maiores, porquanto em 174 cesáreas iterativas, 10, isto é, 5,7 % apresentaram deiscência da cicatriz.

Computou WILSON (1951), em 943 cesáreas, 1,6 % de roturas de cicatrizes.

Assinalaram outros autores:

LANE e REID (1954)	3,1 %
FRANGENHEIM (1952)	1,9 %
CHESTERMAN (1953)	2,76 %
LAWRENCE (1953)	2,47 %
BAKER (1955)	1,00 %

A incidência de rotura na Clínica Obstétrica foi 4,8 %, correspondente a 11 casos, dos quais 5 fóra do serviço.

NAHOUN (1953) tem frequência de 11,5 %, GOFFI (1957) 1,2 % e GUARIENTO (1957), 3,1 %.

Em resumo, pode inferir-se que a deiscência da cicatriz oscila de 0,22 a 5,7 % relativamente ao número de cesáreas.

Infelizmente a deiscência não ocorre apenas durante o parto.

Para o total de 27 casos de KEYMER, 7 surgiram na prenhez.

ALVAREZ (1955) reuniu 20 roturas, das quais 3 durante a prenhez e 17 durante o parto.

Refere THONET 4 durante a prenhez e 16 durante o parto.

Das 15 deiscências observadas por WILSON, 7 ocorreram durante a gestação.

Nos casos da nossa série nenhuma rotura ocorreu durante a prenhez.

Por outro lado nem sempre a rotura coincide com a cicatriz, consoante os 2 casos de MONETTA e KRUG (1954), sendo um de rotura oblíqua da margem direita e outro da margem esquerda, evidenciando a grande resistência que às vêzes elas possuem.

Em nosso material, obtivemos dados de apenas 8 roturas das quais 6 localizadas ao nível da anterior, sendo que 4 evidenciavam prolongamento para as margens do útero.

Seria fastidioso alinhar os mesmos autores para confirmar o fato ocorrente e mórmente da maior assiduidade da deiscência da cicatriz localizada no corpo do que a situada no segmento inferior. Em 11 casos da Clínica Obstétrica, 3 roturas eram corpóreas.

Interessaram-se também os tocólogos na duração do parto nas prèviamente cesareadas e que ulteriormente parturiram « per vias naturales », nomeadamente WILSON, FRANGENHEIM, KUDDER e DOTTER (1944), LAWRENCE. Concluíram que, de modo geral, a duração do parto em paciente cesareada, não precedido de parto vaginal, corresponde ao de uma primípara e que depois de parto vaginal a duração equivale a de uma multípara. Parece assim que a cicatriz não influi na

contração uterina, seja situada no corpo, seja no segmento inferior, entretanto, ARAÚJO, PEDRAL e PINOTTI (1959) cotejando a contração do útero normal com a do cesareado, assinalaram neste, maior incidência de distócia funcional.

CHESTERMAN (1953) notou que as deiscências das cicatrizes corpóreas quase sempre são completas, ao passo que as segmentárias são incompletas, portanto sem passar o conteúdo à cavidade peritoneal. Significa menor mortalidade materna e fetal.

Encontramos na nossa casuística uma rotura completa do segmento inferior com o feto e a placenta lançados à cavidade abdominal.

Ao juízo de FRANGENHEIM a cicatriz não influi na dequitação e não aumenta a incidência de infecção puerperal. Idem para nossa casuística. Entretanto, trabalhos de SEDLIS, FINN e LOUGHRAN (1957) evidenciaram que a cicatriz de útero predispõe à placenta prévia e, o que é mais grave, à placenta prévia acreta. Encontramos apenas uma placenta prévia.

Merece citado, por altamente instrutivo, um caso de rotura uterina espontânea em cicatriz de perfuração por curetagem anterior (KAY, 1955). Diagnosticou-se após parto operatório (fórcipe). A cicatriz ocupava a parede posterior do segmento inferior entre ambos os ligamentos útero-sacros.

III — Mortalidade materna na deiscência da cicatriz uterina

Fazendo média da mortalidade materna referida pelos A.A. anteriormente mencionados, conclue-se que ela varia de 1 a 20 %. DUCKERING e BERG (1955) chegam a obter 0 %. Curioso é verificar que a referida letalidade na rotura uterina por outras causas é muito maior, porquanto oscila de 62 a 100 %. Em relação ao número total de cesáreas prèviamente realizadas, a letalidade é 0,1 - 0,6 % para a cesárea clássica e 0,028 - 0,042 % para a cervical. Há explicações para a discrepância, claramente evidenciada pelos obstétras. A rotura da cicatriz da cesárea, usualmente é menos hemorrágica pela relativa avascularização, resultando shock menos intenso. Por outro lado, como o parteiro segue a parturiente portadora de cicatriz uterina, o intervalo entre rotura e operação é pequeno, o que melhora o prognóstico, demonstrado por ARAUJO, NEME e MARETTI (1955). Mostramos também ser menor a mortalidade materna na deiscência cervical do que na corpórea.

Tem muito valor prático cotejar a mortalidade materna nas cesáreas repetidas com a mortalidade materna na deiscência da rotura e na cesárea em geral. A mortalidade materna na cesárea iterativa varia de 1 a 2 %. MARSHAL e

FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA

COX (1949) em relatório apresentado ao 12.º Congresso Britânico de Obstetrícia e Ginecologia aponta cifras de letalidade para tôdas as cesáreas 0,99 %. ZETTELMAN e BOWERS (1953), relatam média de 0,55 %, proveniente de 10 maternidades. A mortalidade materna na Clínica Obstétrica nas 11 roturas foi 0 %, tanto nas ocorridas fóra como no serviço.

Na última estatística de DIECKMANN (1955) a mortalidade foi 0,24 % em 4.497 cesáreas. Por conseguinte: *a mortalidade materna na cesárea repetida é maior do que a possibilidade de morte por rotura da cicatriz do segmento inferior no parto per vaginam.*

O confronto da morbidade materna na cesárea repetida com a morbidade materna nas cesareadas que parturiram por via vaginal, evidenciam números mais favoráveis para as últimas.

Na série de NELL a morbidade foi 9,7 % nas cesareadas e 4,4 % nas que parturiam espontâneamente, apesar do emprêgo de antibióticos. WILSON relata 12,6 e 1,7 % respectivamente. DUCKERING em 445 partos após cesárea, obteve morbidade de 6,6 % após parto de têrmo espontâneo; 17,3 % após parto operatório vaginal e 42,4 % após cesárea repetida. HERD chegou às mesmas conclusões.

Respeito a mortalidade fetal ela é mais elevada no parto transpélvico do que na cesárea repetida. Entretanto, há publicações que mostram pequena diferença entre os dois grupos, conforme assinala NELL. Afirmam DUCKERING, KUDDER e LANDESMAN ser o parto vaginal mais favorável.

A mortalidade fetal na Clínica Obstétrica nas 11 roturas foi 63,6 %, isto é, 7 fetos pereceram e 4 nasceram vivos. É para lembrar-se que das 11 roturas apenas 6 ocorreram no serviço em que a mortalidade fetal foi 33,3 % (Mortalidade fetal depurada) e 5 fóra do serviço em que o óbito fetal foi 100 %. A mortalidade fetal no parto vaginal nas cesareadas foi 7,6 % e na cesárea repetida 6 %. Tem grande valor prático a verificação de WILSON segundo a qual a mortalidade fetal após deiscência de cicatriz corpórea é elevada, mas compara-se a do parto transpélvico nas deiscências da cicatriz localizada no segmento inferior. A última conclusão é muito importante, porque em nosso meio é raro a cesárea clássica. Por duas razões a mortalidade é menor: primeiro, porque as disfunções cervicais quase sempre são incompletas; segundo, porque as disjunturas corpóreas quase sempre são completas e seguidas da passagem do feto e da placenta à cavidade abdominal, em especial na implantação anterior.

IV — Desvantagens da cesárea iterativa

Mencionam-se as seguintes:

A — Aderências.
B — Obstrução intestinal.
C — Hérnia da parede.
D — Embolia e trombose.
E — Distúrbios menstruais.
F — Dôres abdominais.
G — Maior permanência no hospital.
H — Temor de nova gestação.
I — Breve retôrno ao trabalho pesado.
J — Efeitos da anestesia.
K — Aumento da incidência da placenta prévia acreta.
L — Deformidades do útero.
M — Diminuição da fecundidade.

V — Causas de deiscência da cicatriz

Capítulo fundamental que será desenvolvido « in extenso ».

Os tratadistas que se ocuparam do assunto, apontam as seguintes:

1.º) Cicatrização deficiente da incisão uterina — Há muitos fatôres que influem na cicatrização, os quais serão minuciosamente descritos pelo Dr. NEME, em trabalho a ser publicado, e apresentado à êste Congresso.

2.º) *Inserção da placenta na cicatriz* — É abonado por todos os obstétras. No material de KEYMER, em 48 % das deiscências a placenta implantára-se na cicatriz. WILSON realizou estudo microscópico de dois casos e realça a ação da placenta ao aumentar a vascularização, a infiltração hemorrágica, a invasão trofoblástica, debilitando-a.

Pesquisou STIEVE (1949) a importância obstétrica da cicatriz uterina. Mostrou que pela implantação do ôvo, as fibras conjuntivas grossas ficam frouxas, as fibrilas que as constituem afastam-se, adquirindo aspecto ondulado. Como a cicatriz é destituída de musculatura, o crescimento desta, resultante do desenvolvimento do ôvo, distende a cicatriz, criando ponto fraco na parede do útero. A cicatriz adelgaça-se, qual papel, podendo romper-se.

3.º) *Multiparidade* — Admitida por uns, negada por outros, WILSON atribue-lhe grande importância. DELFS e EASTMAN (1945) crêm nas alterações miometrais no decurso da paridade. Para KEYMER a multiparidade não tem nenhum valor. Ao juízo de MONETTA e KRUG a multiparidade dificulta a bôa cicatrização.

De nosso conjunto de 11 roturas, 7 eram secundíparas, 1 tercípara, 2 quartíparas, 1 septípara; isto é, 7 secundíparas e 4 multíparas.

4.º) Hiperdistenção do útero motivada por: prenhez dupla, hidrâmio, feto volumoso é admitida para alguns. Entretanto KEYMER, assinalou deiscência em fetos prematuros.

Nenhum dos mencionados fatôres incidiu nos nossos casos de rotura do útero.

5.º) Anomalias de apresentação, nomeadamente fronte e situação transversa.

Assinalamos 1 apresentação de fronte e 1 situação transversa nas 11 roturas.

6.º) Monstruosidades fetais — A hidrocefalia é grande causa não só de roturas do útero, mas também de deiscência de cicatriz.

7.º) Hipertonia uterina — Segundo PIRAU (1954) dever-se-á evitá-la a todo custo!

Apuramos apenas 1 caso de hipertonia do útero.

8.º) Parto prolongado, qualquer que seja a causa — No material de DUCKERING, AVENDAÑO, o parto moroso foi a causa principal. THONET, *assinalou-o em 80 % dos casos.* Tem realmente valor. Em nosso material, tôdas as roturas ocorreram após 10 horas de trabalho de parto, sendo a média 13 horas e 39 minutos para o primeiro parto transvaginal após cesárea.

9.º) Condições gerais da mãe — A desnutrição dificulta a bôa cicatrização da incisão. É rara a deiscência de sutura na clínica particular.

10.º) Má assistência ao parto, representada por:

a) Versão por manobras externas e internas.

b) Extração pélvica, principalmente nas incompletas, tivemos 1 caso nessa contingência.

c) Uso de ocitócicos mesmo por via endovenosa — Em 2 casos de nossa casuística (2,6 %), foi usado sem acidentes.

d) Fórcipe alto, 2 casos.

e) Solicitação precoce da prensa abdominal.

11.º) O estado das membranas parece não atuar na gênese da deiscência da cicatriz.

12.º) Material de sutura.

13.º) Técnica de sutura.

14.º) Intervalo da prenhez subsequente.

15.º) Aderências pós-operatórias.

VI — Conduta ao parto após cesárea

Apesar da relativa segurança que oferece o parto vaginal pós-cesárea quando bem vigiado, ter-se-á sempre em mente que a cicatriz constitue ponto débil que se deve tratar com muita cautela. Exporemos os cuidados gerais e locais a seguir pelo obstétra.

Cuidados gerais

1.º) A paciente será sempre atendida na maternidade ou hospital bem equipado.

2.º) A paciente será atentamente observada por obstétra experimentado.

3.º) Investigar cuidadosamente os antecedentes da cesárea, a indicação exata e qualificá-la de permanente (vício pélvico) ou transitória (placenta prévia, anomalia de apresentação, etc.), o tipo de bacia, o volume do feto, a duração do parto, o tipo de cesárea, corpórea ou cervical, infecção puerperal, permanência hospitalar.

4.º) Nos casos suspeitos ou duvidosos, internar a gestante uma semana ou mais antes da data do parto, nomedamente se a cesárea anterior foi clássica.

Cuidados especiais

1.º) A radiografia da bacia é obrigatória para o diagnóstico de vício pélvico.

2.º) Também é obrigatório localizar a placenta para determinar sua relação com a cicatriz uterina.

3.º) Estabelecer da maneira definitiva a apresentação fetal.

Muito interessante o estudo de POIEDVIN e BOCKNER (1958) sôbre a histerografia efetuada 3 meses após a cesárea para avaliar a cicatriz uterina. Em 33 úteros examinados, observaram deformidades. Recomendam repetir a cesárea nas pacientes em que a radiografia mostra um nicho ao nível da cicatriz, indício de extremo adelgaçamento. Naturalmente preciso seria que tôdas as cesareadas efetuassem a histerografia 3 meses após a cesárea.

VII — Indicações para repetir-se a cesárea

1.º) É fundamental estabelecer qual a indicação da cesárea anterior. Se permanente, por exemplo, vício pélvico, repetí-la sem perder tempo.

2.º) Nas apresentações distócicas; transversa, nádega, fronte, face.

3.º) Placenta prévia, nomeadamente as anteriores.

4.º) Nas grandes multíparas, embora já tenham parturido normalmente após cesáreas.

5.º) Nas cesáreas clássicas, seja qual fôr a indicação anterior, permanente ou transitória.

6.º) Suspeita de feto gigante e prenhez dupla.

7.º) Quando o parto se prolonga por mais de 8 horas, cifra discutida.

8.º) Nas pacientes desnutridas.

9.º) Nas pacientes com trabalho de parto sõlapado, inerte.

10.º) Na hipertonia que não cede ao tratamento antiespasmódico.

11.º) Nas parturientes com elevada mortalidade fetal nos partos anteriores.

VIII — Indicações do parto espontâneo

Excluídas as indicações da cesárea acima mencionadas, poderá o obstétra ensaiar o parto transpélvico, observando contudo as seguintes cautelas:

a) Meticulosa vigilância da dinâmica uterina, evitando a hiperdinamia.

b) Largo emprêgo de antiespasmódicos.

c) Aplicação sistemática do fórcipe na cabeça profundamente insinuada.

d) Se a dinâmica uterina é normal, o colo permanece fino, a dilatação progride ràpidamente, a apresentação se insinua e desce, a parturiente não se lamenta de dôr espontânea e provocada ao nível da incisão uterina, é permitido aguardar o parto espontâneo. Jamais se olvidará a episiotomia!

e) Terminado o parto é obrigatória a revisão da cavidade uterina!

É útil lembrar as contraindicações nas parturientess anteriormente cesareadas.

1.º) Emprêgo de ocitócicos (contraindicação relativa).

2.º) Versão interna, formalmente contraindicada, pois a circundação do tronco distende o segmento, traumatizando a cicatriz que sabemos ser inelástica.

3.º) Extração pélvica, em que a deiscência é produzida pela elevação dos braços e pela retenção da cabeça derradeira.

Tem muita importância diagnosticar-se o início da deiscência da cicatriz, antes da mesma se completar. BAZAN (1954) atribue grande valor ao que êle denonmina de «síndrome mínimo por deiscência», assim caracterizado:

1.º) Dôr espontânea provocada na região supra-púbica.
2.º) Calafrios e náuseas.
3.º) Fóco presente.
4.º) Pressão arterial e pulso normais.

AUTORES CITADOS

1) ALVAREZ, R. J. — Sobre a rotura de cicatriz de operacion cesarea — Bol. Soc. Chilena Obst. y Gynec., 10: 96 - 98, 1955. — 2) ARAUJO, J. O., NEME, B. e MARETTI, M. — Da cesárea iterativa: Análise de 113 casos — An. Bras. Ginec., 39: 254 - 266, 1955. — 3) ARAUJO, J. O., PEDRAL, N. A. S. e PINOTTI, J. A. — Prognóstico das pacientes cesareadas Estudo de 118 casos. Em publicação na An. Bras. Ginec. — Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Cirurgia — Rio de Janeiro, 1959. — 4) AVILES, B. V. M. — El futuro obstetrico de las operadas de cesarea — Obst. y Ginec. Latino - Am., 9: 148 - 159, 1951. — 5) AVENDANO, O. — Sobre rotura de cicatriz de operacion cesarea — Bol. Soc. Chilena Obst. y Ginec., 20: 98 - 105, 1955. — 6) BAKER, K. — Vaginal delivery after low uterine cesarean section — Surg. Gynec. & Obst., 100: 690 - 698, 1955. — 7) BAZAN, J. — Sindrome mínimo por dehiscência de la cicatriz uterina en cesarea anterior — Sinop. Obst. Ginec., 1: 561 - 566, 1954. — 8) BERG, H. — Sobre rotura de cicatriz de operacion cesarea — Bol. Soc. Chilena Obst. y Ginec., 20: 93 - 96, 1955. — 9) BRIERTON, J. F. — Rupture of the pregnant uterus — Am. J. Obst. Gynec., 59: 113 - 119, 1950. — 10) CHESTERMAN, J. N. — Remote effects of cesarian section — J. Obst. Gynec. Brit. Emp., 60: 784 - 690, 1953. — 11) COSGROVE, R. A. — Management of pregnancy and delivery following cesarean section — J. A. M. A., 145: 884 - 870, 1951. — 12) DELFS, E. e EASTMAN, N. J. — Rupture of uterus. Cahad. M. A. J., 52: 376 - 381, 1945. — 13) DIECKMANN, W. J. — The place of operative obstetrics — Am. J. Obst. Gynec., 69: 205 - 111, 1955. — 14) DUCKERING, F. A. — Delivery after cesarian section — Am. J. Obst. Gynec., 51: 621 - 626, 1946. — 15) FRANGENHEIN, H. — Ueber gesunden nach vorangegangenem Kaiserschnitt — Arch. f. Gynäk., 182: 61 - 70, 1952. — 16) GOFFI, P. S. — Futuro obstétrico da cesaareada — An. Matern. S. Paulo, 3: 179 - 184, 1957. — 17) GUARIENTO A., DELASCIO, D., SALDIVA, M., PEREIRA, O. A. e JUKEMURA, J. — Rotura uterina em cicatriz de cesarea — Matern. e Infância, 16: 124 - 140, 1957. — 18 HERD, S. B. — Vaginal delivery after lower cesarean section — J. Obst. Gynec. Brit. Emp., 56: 118 - 124, 1949. — 19) HESS, O. W. — Wound healing in the uterus — Surg. Gynec. & Obst., 96: 584 - 590, 1953. — 20) JESURUN, H. M. — Vaginal delivery following cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec., 75: 401 - 406, 1958. — 21) KAY, F. M. — Rotura uterina espontanea en cicatriz de perforacion por un raspado anterior Obst. & Gynec., 6: 228 - 230, 1955. — 22) KEYMER, E. — Deiscência de antiga cicatriz de histerectomia — Bol. Soc. Chilena Obst. Ginec., 20: 87 - 90,

1955. — 23) KUDER, K. e DOTTER, C. T. — The charater of vaginal delivery following cesarean section — Am. J. Obst. Gynec., 48: 371 - 378, 1944. — 24) LANDESMAN, R. — Fetal mortality in cesarean section — Am. J. Obst. & Gynec., 61: 557 - 564, 1951. — 25) LANE, F. R. e RED, D. E. — Dehiscence of previous uterine incision at repeat cesarean section — Obst. Gynec., 2: 54 - 62, 1953. — 26) LAWRENCE, R. F. — Vaginal delivery after cesarean section — J. Obst. Gynec.. Brit. Emp., 60: 237 - 243, 1953. — 27) MARSHALL, C. N. e COX, L. W. — Proc. 12th Britsh Congress of Obstetrics and Gynecology, 1949, citado por Lawrence. — 28) MARTINEZ, A. R. (1959) — Comunicação verbal. — 29) MEARES, S. — Labor after cesarean section — M. J. Australia 2: 51-58, 1956. — 30) MONETTA, O. e KRUG, D. — Rotura uterina em enfêrmas portadoras de cicatriz histerectomia por cesárea — Bol. Soc. Chilena Obst. y Ginec., 20: 180 - 187, 1959. — 31) NAHOUN, J. C. — Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea — Rev. Ginec. e Obst., 47: 183 - 198, 1953. — 32) NELL, J. B. — Vaginal delivery following cesarean section — S. Afr. Med. J., 28: 533 - 536, 1954. — 33) PIRAUX, P. — Vingt ans de cesarienne — Gynec. et Obst., 53: 428 - 464, 1954. — 34) POIDEVIN, L. O. S. e BOCKNER, V. I. — A histografic study of uteri after cesarean section — J. Obt. and Gynaec. Britsh. Emp., 65: 278 - 283, 1958. — 35) SAEZ, E. V. — Parto en operadas de cesarea y dehiscencia de la cicatriz — Bol. Soc. Chilena Obst. Ginec., 20: 91 - 98, 1955. — 36) SCHMITZ, H. E. e BABA, G. R. — Vaginal delivery following cesarean section — Am. J. Obst. Gynec., 61: 669 - 673, 1949. — 37) SCHMITZ, H. E. e GAJEWSKI, O. — Citado por Frangenhein. — 38) SEDLIS, A., FINN, S. W. e LOUGHRAN, C. H. — Placenta accreta in cesarean scar. — Obst. & Gynec., 9: 591 - 599, 1957. — 39) STIEVE, H. — Die geburthilfliche Bedeutung der Uterusnarben — Zbl. f. Gynäk., 71: 1060 - 1063, 1949. — THONET, C. — Sôbre rotura de la cicatriz de cesárea — Bol. Soc. Chilena Obst. Gin., 19: 173 - 190, 1954. — WETTERWALD, M. — Zur Frage der Uterusruptur nach transperitonealer Schnittenbindung — Zbl. f. Gynäk., 50: 592 - 599, 1956. — 42) WILSON, A. L. — Labor and delivery after cesarean section — Am. J. Obst. Gynec., 62: 1225 - 1230, 1951. — 43) ZETELMAN, H. S. e BOWERS, V. M. — Study of cesarean section at Evenston Hospital — Am. J. Obst. & Gynec., 65: 953 - 959.

Conduite obstètre chez des patientes ayant été soumises à l'opération césarienne

Résumé

Visant les divergences qui existent, dans la conduite obstètre des patientes ayant été soumises à une césarienne, les auteurs procèdent à une révision de la littérature et présentent une casuistique de la Clinique Obstètricale de la Faculté de Médicine de l'Université de São Paulo (Brésil). Ils concluent que, chez les patientes hospitalisées dans un Service qualifié, il n'est pas toujours nécéssaire de répeter la césarienne, sans préjudiquer la mère et le foetus.

Obstetrical management in patients with previous cesarean section

Summary

As the opinions of obstetricians regarding management of patients with previous cesarean section are by no means in accord, the A. A. after review the litterature, report a series of cases observed at the Obstetrical Clinic of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo, Brasil.

The A. A. are of the opinion that in patients admitted to qualified hospitals it is not always necessary to repeat the cesarean section, good results being observed regarding the mother and fetus, according to their statistics.

Der Verhalten des Geburtshelfers bei kaiserschnittsbehandelten Frauen

Zusammenfassung

Verff., im Hinblick über die unterschiedlich durchgeführte Behandlung bei kaiserschnittsbehandelten Frauen, stellen die einschlägige Literatur zusammen und berichten über die an der Medizinischen Fakultät von São Paulo beobachteten Fällen den wiederholten Kaiserschnitt zu vermeiden, mit guten Ergebnissen für Mutter und Kind.

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRÊTO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

O PROBLEMA DA MULHER CESARIADA (*)

PROF. ALBERTO R. MARTINEZ
Catedrático do Departamento

DR. ROBERTO LUIZ NOGUEIRA
Instrutor de ensino

DR. MANLIO FRONZAGLIA
Assistente voluntário

DRA. NORMA A. M. CAMPOS
Assistente voluntário

Como consequência da maior segurança atual da operação cesariana, está havendo na prática obstétrica modificações mais ou menos acentuadas na conduta diante de certos partos distócicos. A maior segurança e a facilidade de técnica têm aumentado de modo geral a incidência da cesária nas estatísticas de diferentes serviços (12) muito embora HASKINS, WISSNER e ALLEN em 1955 (11) concluam em seu trabalho que « é possível exercer bôa obstetrícia com uma incidência da cesária igual à de 20 anos atrás e com bons resultados, a julgar pela mortalidade e morbilidade maternas e mortalidade fetal. A cesária condiciona risco adicional para a mãe e filho e, portanto, o conservadorismo defendido em outros tempos constitue também hoje um critério judicioso ».

Ao lado do grande progresso em relação à essa operação, entretanto surgiu um problema de suma importância prática ou seja qual o futuro obstétrico dessas pacientes que foram submetidas a operação cesariana.

Esta questão tem sido alvo de numerososs trabalhos, que não só chamam a atenção sôbre êsse futuro obstétrico, aparecendo então expressões tais como « inválidas obstétricas » ou de postulados tais como « Uma vez cesariana, sempre cesariana », como também alguns autores, entre os quais, HASKINS e cols. (11) assinalam que a cesariana tem uma morbilidade e mortalidade materno-fetal, maior que o parto vaginal em função das anormalidades presentes que poderiam indicar a operação.

BUBOLO, 1957 (4) no St. Vincent Hospital de Portland, Oregon (U.S.A.) que como a maioria dos hospitais do noroeste dos EE. UU. respeita o aforismo de reoperar as pa-

---

(*) Contribuição ao tema oficial do VI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Rio, julho de 1959.

cientes cesariadas, assinala que a frequência de cesária repetida está pondo em evidência o perigo crescente de óbito fetal por prematuridade. Sôbre o total de 10.825 crianças nascidas por via vaginal a mortalidade peri-natal foi de 2,91 %. Em 375 cesárias, a mortalidade peri-natal foi de 5,9 %. Das referidas 375 cesárias, 175 foram iterativas e nelas a mortalidade peri-natal foi de 7 ou seja 4,0 %.

HALL, KOHL e SCHECHTER de Brooklyn, 1958 (10), estudando 3.816 cesárias, 2.219 primárias e 1.597 repetidas verificaram que a mortalidade peri-natal no grupo primário foi de 9,0 % e 2,9 % no grupo de reoperadas.

BELONOSCHKIN, 1955, em estudo estatístico comparativo de incidência de cesariana na Suécia e outros países do mundo, conclui que as percentagens de mortalidadde materno-fetal sendo ainda muito altas, todos os esforços deverão convergir para diminuir a incidência dessa operação. Por outro lado SHERRICK e THEBAUT (1956) relatam 3.306 cesarianas com uma percentagem de morte de 0,22 % sendo que de 1941 a 1955, foram feitas 2.286 cesarianas sem morte materna.

A maior preocupação dos autores que têm estudado o problema é a questão da resistência ou não da cicatriz anterior em relação ao trabalho de parto e nesse sentido encontramos trabalhos como por exemplo o de FLEMING, 1956, que é de opinião que uma cesariana eletiva é provàvelmente melhor do que tentativa de parto quando a cicatriz é de dois tipos distintos de rotura, e a técnica que foi empregada na cesariana anterior pode determinar o tipo de « explosão », com uma brecha grande, que atinge tôdas as camadas do útero, com a expulsão do feto ou de todo o ôvo para a cavidade peritonial e que se acompanha quasi sempre de morte fetal e copiosa hemorragia interna materna. O segundo tipo, está representado pela má cicatrização e adelgaçamento da ferida uterina.

Nestes casos em geral a rotura é subperitonial, o conteúdo uterino não é expulso, o ôvo não sofre e a mãe não corre o risco mínimo. Pela análise da literatura verifica-se que em relação às possibilidades de uma cicatriz uterina ceder durante o trabalho de parto, as opiniões são muito controvertidas, LANE e REID, 1953, de Harvard Medicine School, calculam em cêrca de 3 % a incidência de deiscências e que o tipo de incisão não afetava êste número. R. F. LAWRENCE, 1954 (14) encontra 0,65 % de roturas uterinas para as incisões segmentárias transversas.

BAZAN, de Buenos Aires (2), refere no Instituto de Maternidade do Ministério de Assistência Social e Saúde Pública a percentagem de 0,22 %. ARAUJO, NEME e MARETLI,

2,2 % (1) GUARIETO, DESLACIO, PEREIRA, SALDIVA e CARVALHO em 1957 (9), 1,55 %, FERNANDES, ALVES e MORSES NETO cêrca de 19 % (6).

Como contribuição modesta de serviço localizado em zona rural, na presente publicação apresentamos o material do Departamento de Clínica Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Prêto.

De 7 de agôsto de 1956, data de início de suas atividades à 30 de junho de 1959, foram atendidas 1.187 pacientes na secção de partos, das quais 48 apresentavam cesária anterior, sendo que em 45 casos uma única operação e em 3, já haviam sido operadas por duas vezes.

A evolução dêstes 48 casos foi a seguinte, em 52,08 %, 25 casos, o parto se verificou por via transpélvica e em 47,91 %, 23 casos, por via abdominal, exigindo a feitura de nova cesária.

Tipo de Parto	*N.º de casos*	*Percentagem*	
Parto normal	17		35,40%
cefálico	15	31,25%	
pélvico	2	4,15%	
Parto operatório	31		64,60%
cesária	23	47,91%	
fórcipe	7	14,91%	
* gemelar	1	2,11%	

(*) Parto gemelar em que foi feita versão e extração pélvica no 2.º feto devido a estar em situação transversa.

Separando os casos que apresentavam cesária anterior efetuada no Hospital das Clínicas de Ribeirão Prêto, verificamos ser de 13 o número, e que tiveram a seguinte evolução:

Tipo de Parto	*N.º de casos*	*Percentagem*	
Parto normal	2		15,38%
cefálico	2	15,38%	
Parto operatório	11		84,62%
fórcipe	2	15,38%	
cesária	9	69,24%	

Considerando a via vaginal e abdominal temos:

via vaginal	4	30,77%
abdominal	9	69,23%

Indicação das cesárias:

Desproporção céfalo-pélvica	4
Distócia de contração	3
Situação transversa	1
Iterativa	1

Comparando as indicações das cesárias efetuadas no Hospital das Clínicas encontramos o seguinte:

Prontuário	*Cesária anterior*	*Parto posterior*
	Indicação	*Indicação*
266	Distócia de contração	fórcipe — alívio
844	Defletida 3.º grau MP. persistente	fórcipe — alívio
829	Distócia de contração	cesária — Distócia de contração
2039	Distócia de contração	cesária — iterativa
798	Distócia de contração	cesária — Distócia de contração
1336	Desproporção céfalo-pélvica	cesária — Desproporção céfalo-pélvica
1336		
1148	Desproporção céfalo-pélvica	cesária — Desproporção céfalo-pélvica
1119	Distócia de contração	cesária — Distócia de contração
* 6082	Desproporção céfalo-pélvica	parto gemelar normal no 1.º e versão e extração pélvica 2.º feto — 2.º feto, situação transversa
1148	Desproporção céfalo-pélvica	cesária — Desproporção céfalo-pélvica
2567	Prolapso de cordão	
** 6084	Desproporção céfalo-pélvica	cesária — Situação transversa normal

(*) O feto da cesária anterior pesou 3.440 grs. Os 2 fetos nascidos no parto gemelar pesaram respectivamente 2.600 grs. e 2.500 grs.

(**) O feto da cesária anterior pesou 3.280 grs. e do parto normal 2.980 grs.

Considerando os casos de cesária anterior feitas fora do serviço verificamos que dos 35 casos, 21 tiveram o parto seguinte por vaginal e 14 por via abdominal.

Tipo de Parto	*N.º de casos*	*Percentagem*	
Parto normal	17		48.57%
cefálico	15	42,85%	
pélvico	2	5,72%	
Parto operatório	18		51.43%
fórcipe	4	11,43%	
cesária	14	40,00%	

Considerando a via vaginal e abdominal temos:

Via vaginal	21	60,00%
Via abdominal	14	40,00%

Indicação das cesárias:

Desproporção céfalo-pélvica	6
Distócia de contração	4
Apresentação anômala	2
Placenta prévia	1
Iterativa (Diabetes)	1

Considerando a duração do trabalho de parto, notamos que nas pacientes que conseguiram o parto pela via vaginal os tempos médios abaixo assinalados para os períodos de dilatação e expulsão:

Período de dilatação (médio)	12 horas e 11 minutos
Período de expulsão (médio)	1 hora e 26 minutos

Como muitas vezes as informações da paciente sôbre o início do período de dilatação é falho, se só consideramos o tempo que a paciente esteve em trabalho no hospital, obteremos os números abaixo:

	Horas de trabalho no H. C. (médio)
Fetos extraídos via alta	5 horas e 46 minutos
Fetos extraídos via baixa	8 horas e 47 minutos

Apenas em um caso foi verificada rotura incompleta de útero.

A mortalidade materna foi nula. A morbidade foi nula.

Em relação ao feto, podemos dizer que dos 49 fetos, 47 nasceram vivos e tiveram alta em boas condições, 1 nasceu vivo, morrendo 15 minutos após o nascimento. Tivemos 1 nati-morto.

O pêso fetal (médio) foi o seguinte:

	Pêso médio
Pacientes com parto por via baixa	2.987 grs.
Pacientes com parto por via alta	3.367 grs.

As pacientes tiveram alta com 6 dias (tempo médio).

Fizeram pré-natal no Hospital das Clínicas de Ribeirão Prêto, 40 das 48 pacientes que tiveram parto posterior a cesária, no serviço.

Comentários e conclusões

O risco da rotura da cicatriz de cesária anterior ainda não foi exatamente determinado, e sua frequência é difícil de traduzir em números, mas provàvelmente foi êste temor que levou alguns autores a aconselhar a repetição de cesária em forma eletiva, ou seja, ao conhecido « Uma vez cesária, sempre cesária ». Entretanto parece-nos que tal temor não tem sua razão de ser, motivo pela qual o aforismo acima citado pode ser considerado como absurdo. Após a cesariana, o parto por via vaginal deve ser sempre considerado como uma possibilidade, claro, excluindo-se os casos em que a indicação operatória persiste. Por outro lado se se resolve permitir a uma paciente cesariada, um parto por via vaginal, não há dúvida nenhuma que essa paciente deverá ter contrôle muito maior, visto que potencialmente sempre existe a possibilidade de má cicatrização ou mesmo deicência da cicatriz anterior, que como sabemos difìcilmente são diagnosticadas prèviamente. Clìnicamente por meio de interrogatório muito cuidadoso, poderemos nos orientar, mas infelizmente nem sempre obtemos dados em relação à evolução da operação, tipo de operação, local onde a mesma se realizou, evolução do puerpério, palpação do abdome, dores e dinâmica uterina, etc. Dêstes fatôres todos, a dinâmica uterina é elemento que julgamos de muita importância, nos casos em que não encontramos nenhuma outra possível causa de distócia, pois em geral as pacientes já cesariadas, quando no parto seguinte apresentam dinâmica uterina com as características clínicas normais, verifica-se que, na grande maioria dos casos, o parto evoluiu normalmente e se dá por via baixa, enquanto nos casos em que ela se apresenta alterada, deficiente ou com as características de inversão da onda contractil, então, mesmo procurando-se normalizá-la com os meios que atualmente contamos, em geral êsse parto evolui para uma nova intervenção. No presente material a distócia de contração contribuiu com 30,44 %, ou sejam, 7 casos.

Outro dado interessante e que chamamos a atenção é a pesquiza da chamada síndrome mínima por deiscência da cicatriz uterina em cesariana anterior muito bem estudada por JULIO BAZAN, 1954. A prova de trabalho de parto a que submetemos essas pacientes, desde que não encontramos nada para contra-indicá-lo (desproporção, apresentação anòmala, etc.), é de, em média 8 horas, depois de que, consoante evolução do caso, é ou não indicada nova operação.

Dos 48 casos que se internaram no serviço com cesariana anterior como já referimos o parto por via vaginal deu-se em 52,08 %, número que achamos muito satisfatório visto a inci-

dência relativamente grande de desproporção, dez casos, ou seja, 43,47 %, existente no material em estudo.

Tivemos um caso de rotura incompleta.

A mortalidade fetal foi de 4,09 %.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) ARAUJO, J. O., NEME, B. e MARETTI, M. — Da cesárea iterativa: Análise de 133 casos — An. Brasil Ginec., 1955, 39: 253. — 2) BAZAN, J. — « Sindrome minimo por dehiscência de la cicatriz uterina en cesarea anterior » — Sinop. Obst. Gin., 1954, 1: 561. — 3) BELONOSCHKIN — Das Kaiserschnittproblem — München med. Wchnschr., 1956, 98: 222. — 4) BUBOLO, JOHN M. — Repeat cesarean section and perinatal mortality — Western. J. of Surg. Obst. and Gynec., 1957, 65: 209. — 5) COSGROVE, S. A. — Cesarean section — Surg. Gynec. & Obst., 1956, 102: 616. — 6) FERNANDES, M. ALVES P. e MORAES NETO, P. — Rotura do útero: 54 casos — An. Brasil Gynec., 1953, 36: 259. — 7) FLEMING, AMY M. — Delivery after cesarean section — Am. J. Obst. of Gynec., june 1956, 71: 1202. — 8) GOFFI, PAULO S. — Futuro obstétrico da cesareada — Anais da Maternidade de São Paulo, 1957, 179. — 9) GUARIENTO, A., DELASCIO, D., ARANHA PEREIRA, D., SALDIVA NETO, M. e JUKEMURA — Rotura uterina em cicatriz de cesárea — Maternidade e Infância, 1958, 17: 207. 10) HALL J. EDWARD, KOHL, SCHUYLER, G. and SCHECHTER, H. R. — Current aspects of cesarean section and perinatal mortality — Am. J. Obst. & Gynec., 1958, 75: 387. — 11) HASKINS, ARTHUR L., WISSNER, SETH E. and ALLEN, WILLIAM M. — « Cesarean sections at St. Louis Maternity Hospital from 1948 through 1952 » — Am. J. Obst. & Gynec., 1955, 70: 70. — 12) JESURUN, HAROLD M. e SIMPSON, JOHN W. — Vaginal delivery following cesarean section — Management of the parturient with a uterine scar — Am. J. Obst. & Gynec., 1958, 75: 401. — 13) LANE, FRANCIS, RAND REID e DUNCAN E. — Dehiscence of Previous uterine incision at repeat cesarean section — Obst. & Gynec., 1953, 2: 54. — 14) LAWRENCE, R. F. — Vaginal delivery after caesarean section — The J. Obst. and Gynec. of Brit. Emp., 1953, 60: 237. — 15) NAHOUM, J. C. — Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea — Rev. Ginec. d-Obst., 1953, 47: 183. — 16) SHERRICK, JOHN W. e THEBAUT MAKWELL — Reflections on cesarean section — West. J. Surg., 1956, May, 64: 250.

Le problème de la femme ayant été soumise à une césarienne

Résumé

Revisant l'accouchement ultérieur de 48 patientes qui avaient été soumises à césarienne, les auteurs vérifièrent qu'en 25 de ces cas (52,08 %) cet premier se réalisa par voie vaginale, alors qu'en 23 cas il le fut par voie abdominale (nouvelle césarienne). La morbi-mortalité foétale atteignit 4,09 %.

The problem of cesarian section

Summary

The authors studied ulterior deliveries in a series of 48 patients in which cesarean section had back performed. In 25 cases (52.08 per cent) they were delivered by the vaginal route in 23 cases by the abdominal route that is requesting another cesarean section.

The fetal mortality was of 4.09 per cent.

Das Problem der kaiserschnittsbehandelten Frau

Zusammenfassung

Verff. beobachteten die weiteren Entbidungen bei 48 Patientinnen, die bereits eine Kaiserschnitts-Entbindung durchgemacht hatten. 25 mal (52,08 %) verlief die Entbindung auf vaginalem und 23 mal auf abdomilellem Wege, also durch erneuten Kaiserschnitt.

Die kindliche Sterblickeit betrug 4,09 %.

ERRATA

HISTERECTOMIA FÒRA DA MALIGNIDADE

DR. ALDERICO FELICIO DOS SANTOS

N.º de Novembro de 1959

Tendo êste trabalho saído com alguns êrros de estatística, principalmente um de grande importância no que se refere ao n.º de óbitos, o Dr. Alderico Felicio dos Santos pediu à redação desta Revista a publicação da seguinte nota:

"A página 265, linha 39, onde se lê: "e destas doentes, 947", leia-se "e destas doentes, 910".

À pág 266, último parágrafo, onde se lê: "Nas 859 pacientes operadas tivemos 120 óbitos", leia-se: "Nas 910 pacientes operadas, tivemos 16 óbitos".

Agradecemos à redação dos Anais a publicação desta nota".

Ass. Dr. Alderico Felicio dos Santos

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.

Observações adicionais sôbre a função córtico-suprarrenal durante a prenhez — JAILER, J. W., CHRISTY, N. P. e colab. 47

Observações adicionais no comportamento das células endometriais humanas em cultura de tecidos — PAPANICOLAOU, G. N. e MADDI, F. V. 48

Linfadenectomia extraperitoneal e histerectomia vaginal radical no câncer da cérvice — SUDOBH MITRA 49

As interrupções prematuras da gestação. Seu tratamento pelo fechamento em bôlsa do colo uterino — RIVIERE, M., MAHON, R. e colab. 51

Miocardia e estado grávido-puerperal — MIGHON, P., LARGAN, A. e RENAUD, J. 52

Deciduose do colo uterino — DE BRUX, J., DUPRE-FROMENT, J. e BRET, J. 53

Contrôle cirúrgico da curieterapia dos epiteliomas do colo uterino estádio I — AMALRIC, R. e SPITALIER, J. M. 53

A ventosa (vacuum extractor de Malmstrom) na prática obstétrica — MICHELETTI, G. 54

Um novo quimioterápico na terapêutica das vaginites por tricômonas e por cândidas — ATALNTE, G. 54

Sôbre um caso de abôrto de repetição por toxoplasmose latente materna — VESTITA, G. 55

Hipopituitarismo pós-parto — SCHREINER, W. E. 55

Gonadotrofinas na gravidez — LAJOS, L., NAGY, D. e GATI, I. .. 56

ANO XXV
FEVEREIRO DE 1960
Vol. 49 — N.º 2

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

S. E. R. A.
BIBLIOTECA
U. B. A.

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV Fevereiro de 1960 Vol. 49 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Prolapso genital e câncer — Doc. Dr. ANTONIO A. QUINET e Dr. SIMÃO ROTSTEIN 55

Sôbre um caso de hirsutismo — Ddo. ARNALDO DE MORAES FILHO 71

EDITORIAL

Cortisona, o "Best - Seller" do arsenal terapêutico ginecológico 97

NOTAS E COMENTÁRIOS

"Prêmio Maternidade de S. Paulo" 103

Curso de aperfeiçoamento sôbre colpocitologia 104

Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia 104

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Year Book of Obstetrics and Gynecology 1959 - 1960 — GREENHILL 105

Obstetricia y Ginecologia Latino - Americanas — Vol. XVII, n.º 3 - 4, 1959 106

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Sexo nuclear e malformação genital em 48 casos de agenesia renal, com especial referência ao pseudo-hermafroditismo feminino não específico — CARPENTIER, P. J. e POTTER, E. L. 107

O papel da culdoscopia na infertilidade — COHEN, M. R. 109

Morte materna consequente à sutura da cérvice incompetente durante a prenhez — DUNN, L. J., COURTLAND, R. J. e STEER, C. M. 109

Malformações congênitas — OKSKINEN, E. V. S. e LINDHOLM, R. V. 110

O aparecimento de estafilococo áureo no leite materno — RANTASLO, I. e KAUPPINEN, M. A. 111

O prognóstico materno e o prognóstico fetal nas apoplexias úteroplacentárias — MALINAS, K. e GHOSN, G, ... 112

Estudo crítico de uma coleção de "proliferações trofoblásticas" graves à luz das recentes aquisições histológicas — FLAMET, I., TABBARA, W. e MALINAS, Y. 112

Estudos biológicos sôbre o colo uterino — BELONOSCHKIN, B. .. 113

A venografia pelviana no diagnóstico do mioma uterino — CAMUNEZ, S. E. 113

Metástase vaginal de adenoacuntoma do endométrio desapercebido pela colposcopia — BAÇAJ, T. e GIORNELLI, C. 114

Excreção urinária dos 17 - hidroxicorticosteróides em pacientes com neoplasia maligna da mama, antes e após estimulação com ACTH — IANNIRUBERTO, A. e MARONE, A. 114

A mola vesicular e seu reflexo sôbre a maternidade — GATTO, A. 115

Investigação do sistema cardiovascular na fibromiomatose do útero, antes e após cirurgia — TURCHETTI, G., INNOCENTI, P. F. e NICOLETTI, G. 116

ANO XXV
MARÇO DE 1960
Vol. 49 — N.º 3

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV Março de 1960 Vol. 49 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Um caso de "Dicephalus Tetrabrachius Dipus" (Aos 2 anos de vida extra-uterina) — Prof. J. ADEODATO FILHO e Dra. LIA ADEODATO SAVASTANO 117

Operação cesariana no Nordeste (Experiência da Maternidade da Encruzilhada) — Prof. Dr. MARTINIANO FERNANDES, Dr. PEDRO ALVES e Dr. JOSÉ GUERRA 125

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Incidência e causas da natimortalidade. Conduta Obstétrica — Dr. ISMAR PINTO NOGUEIRA 137

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

A super-iluminação na hiperbilirrubinemia do recem-nascido — Dr. H. COSTA FERREIRA, Dr. A. BEREZIN, Dr. D. BARBIERI e Dr. M. N. LARRUBIA 147

EDITORIAL

Cromosômas na espécie humana 149

NOTAS E COMENTÁRIOS

As Dras. Clarice do Amaral Ferreira e Hildegard Stoltz, Membros correspondentes estrangeiros 153

2.o Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo 153

"Assises Françaises de Gynécologie" 154

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Boletim da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Ginecologia — N.o 7, 1959 155

Tratado de Obstetrícia — Juan Leon — III Vol. 155

Revista Argentina de Alergia 156

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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

Caixa postal, 1289 — Rio de Janeiro

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA
RECIFE — PERNAMBUCO

OPERAÇÃO CESARIANA NO NORDESTE (*)

(Experiência da Maternidade da Encruzilhada)

PROF. DR. MARTINIANO FERNANDES
Diretor

DR. PEDRO ALVES
Obstetra

DR. JOSÉ GUERRA
Plantonista

A Operação Cesariana Segmentar Transperitoneal marcou na história da Obstetrícia dois distintos períodos: um antes do seu advento, época em que a maioria das intervenções obstétricas e as histerectomias abdominais corporais em primeira plana, eram consideradas pelos seus elevados índices de mortalidade como operações altamente temerosas, o outro em que êsses mesmos resultados passaram a ser exibidos em séries brancas de mais de 100 casos, sem óbito materno ou fetal (D'ESOPO, DIECKMAN, FILMORE).

Essa transição esboçou-se lentamente na Europa e nos Estados Unidos partindo de 1915, alcançando o Brasil em 1925, vindo a se generalizar nos nossos serviços obstétricos mais importantes depois desta época.

Um de nós (M. F.) teve oportunidade de realizar a primeira intervenção dêsse gênero em Recife em 1927, em paciente com atresia vaginal grave.

No nosso Nordeste antes da vulgarização da cesariana segmentar transperitoneal, quando um ousado recorria ao velho talho cesário corporal, quase sempre « in extremis », com feto morto e mãe moribunda, nada mais se fazia do que se antecipar a morte da paciente, na grande maioria das vêzes já com sentença inapelável.

Por isso, rara era a família antes de 1930 que não contava com uma ou várias pêrdas de seus membros, por causas obstétricas. Só se intervinha, de regra, quando as parturientes já se encontravam exaustas, desidratadas, infectadas e não raro profundamente chocadas e anemiadas. Os fetos pouca consideração mereciam nessas emergências.

O fórceps e a versão eram a única solução enquanto vivo estivesse o concepto e o basiótribo ou cefalótribo se incumbiam de desempenhar os últimos quadros do drama, quando

---

(*) Resumo do Relatório ao III Congresso Nordestino de Obstetrícia e Ginecologia, Fortaleza, Ceará.

a vida fetal não estivesse mais em causa. Verdade é, para gáudio dos parteiros daqueles tempos, que vêz por outra um virtuoso na arte, realizando verdadeiros milagres através de malabarismos e numa versão ousada na perícia perfeita em aplicação de um fórceps de excepção. Assim era em Recife, era no interior de Pernambuco, e também em todo o Nordeste, cremos nós, região onde tudo é semelhante, até mesmo os seus aspectos obstétricos.

Não nos sendo possível colher em todos os outros Estados dados precisos e necessários para uma rasoável apreciação da operação cesariana atual resolvemos expôr apenas os fatos observados na Maternidade da Encruzilhada, desde a sua fundação até o momento presente, pois cremos que se há serviços em cidades de outros Estados com resultados mais apreciáveis, existirão, certamente, também aqueles com estatísticas mais desfavoráveis, ficando o nosso como uma espécie de média a retratar em seus índices, aspectos obstétricos mais ou menos semelhantes observados em tôda esta vária região Nordestina.

Incidência

A incidência da operação cesariana nesses 13 anos de funcionamento tem oscilado entre 1,5 % à 4,2 %, podendo ser considerada em média de 2,4 % (1959).

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA

(De fevereiro de 1946 à julho de 1959)

INCIDÊNCIA

Casos	1.803
2,4 %	
Cesarianas iterativas	218
Cesarianas corporais	28
Cesarianas "post mortem"	8
Micro cesárias	6
Cesária e histerectomia	85

QUADRO N.o 1

Representa êste índice uma frequência que corresponde à 50 % menos do que a observada em muitos serviços obstétricos dos U.S.A. e talvez mais de 40 % do que se tem anotado em algumas maternidades da Argentina e do Uruguai.

Nota-se uma tendência no presente para se ampliar a indicação da operação cesariana em nossas clínicas hospitalar e privada, graças ao seu prognóstico imediato que dia à dia se apresenta mais favorável, não só quanto ao interêsse fetal como também quando comparados os seus resultados com

aqueles de certos partos operatórios transpelvianos, com indicações forçadas ou mal conduzidos, cujas consequências imprevistas deixam às vezes invalidez de problemática cura ou mesmo definitiva.

Acreditamos que uma incidência entre 3 e 5 % seja uma média aceitável para as indicações atuais da cesariana no nosso meio. Êstes índices foram sugeridos pela maioria dos participantes do simpósio realizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões no seu 6.º Congresso, em 28 de julho do corrente ano.

Resta-nos averiguar se êsse aumento sempre crescente do talho cesário tem proporcionado resultados muito mais compensadores no que respeita aos coeficientes de mortalidade materna e fetal no nosso serviço.

Indicações:

Poder-se-ia reunir em quatro distintos grupos as indicações mais habituais da operação cesariana no nosso Serviço Obstétrico.

- A) DISTOCIAS
  - Trajeto
    - Ósseo
    - Colo (estenose)
    - Tumores
    - Cicatriz de operação anterior
      - Cesarianas
      - Miomectomias
  - Móvel
    - Apresentações
      - Espádua
      - Face e fronte
      - Pélvica — Primípara idosa
      - Prolapso de cordão
      - Sofrimento fetal
  - Fôrça
    - Hipo-sistolia primitiva
    - Parada ou ausência da dilatação cervical
    - Discinésias não controladas
- B) HEMORRAGIAS
  - Placentação baixa
  - Descolamento prematuro da placenta
  - Apoplexia útero-placentária
  - Ruturas do seio marginal
- C) TOXEMIAS
  - Pré-eclâmpsia
  - Eclâmpsia
  - Hipertensão cárdio-vascular
  - Afecções rènais

D) CAUSAS MÉDICAS { Diabetes / Cardiopatias / Eritroblastose, etc.

E) CAUSAS EXCEPCIONAIS { Prenhez serotina / Primiparidade idosa

Tal como acontece em tôdas as estatísticas as indicações mais comuns em nosso meio correspondem às distócias do trajeto localizadas no desfiladeiro ósseo e responsáveis pelas síndromes de desproporção pélvi-fetal.

Nos casos de incompatibilidadde absoluta ou franca entre a bacia e o feto a indicação do talho cesário é pacífica, desde que um diagnóstico preciso a identifique. São as desproporções relativas porém, aquelas que correspondem a grande maioria e que exigem do parteiro em sua avaliação clínica sagacidade e experiência para reconhecê-las com oportunidade e prudência na apreciação de uma prova de trabalho.

Quando porém, o segmento fetal fixado, pára nos limites de uma insinuação que ainda não se completou ou que mal se deu, oferecendo ao exame uma modelagem extrema e embaraçosa, poderá levar ao pouco experimentado a uma aplicação de fórceps no andar médio ou realmente alta, cujos resultados são na nossa experiência bem mais precários para o feto e partes moles maternas quando comparados ao do parto cesário. Por êsses motivos, os fórceps de andar médio são tentativas que não ascendem da metade da incidência da operação cesariana.

Os tumores de localização prévia, na maioria das vêzes leiomiomas do útero, podem em raras emergências bloquear áreas de insinuação pélvica, impedindo a progressão fetal através do desfiladeiro ósseo, condicionando formal indicação para operação cesariana, completada em determinados casos por uma histerectomia, se uma orientação conservadora não fôr a mais aconselhável.

Os cistos gigantes do ovário, deslocando extremamente o ovóide uterino, concorrendo para uma completa desorientação axial, podem dar margem a ooforectomia de urgência, que se completa no caso com a imediata retirada fetal através da via abdominal já preparada. A mesma conduta poderia ser lembrada para os casos de úteros didelfos, quando o útero vazio estivesse em situação de impedir o livre trânsito pélvico. Felizmente são eventualidades raras que requerem muita prudência em sua verdadeira apreciação para que não se precipite conduta intervencionista desnecessária.

As estenoses cervicais consequentes a operações ginecológicas ou traumas obstétricos, as curas de prolapsos genitais ou tratamento cirúrgico de fístulas vésico-vaginais são no mais

das vezes uma indicação prudente para o talho cesário oportuno, garantia segura da cura de certas ginecopatias às vezes penosamente conseguidas.

Na rara associação de carcinoma do colo e gravidez a operação cesariana, seguida ou não de histerectomia total, tem indicação pacífica.

As cicatrizes segmentares ou corporais resultantes de uma operação cesariana anteriormente efetuada ou de uma miomectomia para tratamento conservador de leiomioma do útero, condicionam situação de expectação angustiante no último mês da gestação e no decorrer do trabalho do parto.

As deiscências dramáticas ou silenciosas verificadas nessas oportunidades levaram muitas Escolas Obstétricas a adotar o critério sobremodo ortodoxo de « uma vez cesária sempre cesária », ponto de vista êste julgado no último simpósio sôbre cesariana no 6.º Congresso Brasileiro de Cirurgia, como inaceitável pela totalidade dos chefes de Serviço e professôres presentes.

Segundo a nossa observação, pelo menos um têrço das pacientes já cesarianadas têm dado à luz em partos espontâneos.

Tivemos ensejo de observar 35 casos de deiscências de antiga cicatriz de cesariana segmentar, sendo 31 vezes no serviço da Encruzilhada e em 4 oportunidades em clínica privada.

Convém frizar que em 23 vezes o acidente decorreu silenciosamente sendo um achado no decorrer da operação iterativa.

O sofrimento fetal constitue atualmente uma indicação muito frequente da operação cesariana, principalmente quando associado à discinésia uterina ou dificuldade de trânsito.

Os distúrbios da dinâmica uterina condicionando retardamento ou parada do preparo do trânsito necessário à parturição espontânea, constitue ainda uma das causas mais frequentes na indicação do parto abdominal. Felizmente já possui a clínica de hoje, meios propedêuticos bem mais precisos para o seu diagnóstico, como também recursos terapêuticos com base muito mais científica, nos estão trazendo a esperança de que em futuro próximo os distúrbios da dinâmica do útero venham ser reduzidos ao mínimo.

As apresentações anômalas, à frente das quais colocamos a de espádua, as cefálicas defletidas, as pélvicas em primíparas consideradas idosas, formam um bom grupo muito mais favorecido pela operação cesariana segmentar do que por intervenções transpelvianas cheias de dificuldades e incertezas nos seus resultados imediatos e tardios.

No grupo das hemorragias a nossa observação conta com um grande acêrvo de casos da mais alta gravidade. A placentação baixa foi uma ocorrência frequente na indicação do parto cesário e também a que mais deu anemia aguda fatal no decorrer desta operação. De regra nessa eventualidade é a

quantidade da pêrda sanguínea mais do que outro qualquer fator que nos leva a escolha do parto abdominal. Pacífica é esta indicação na variedade prévia, cuja solução a experiência já de sobejo demonstrou ser assim melhor atendida.

Quando a amniotomia e o estímulo ocitócico moderado barram a hemorragia e o parto progride satisfatòriamente, costumamos permitir sob expectação armada um teste de trabalho nas variedades laterais ou marginais.

Na apoplexia uterina nem sempre a operação cesariana atende inteiramente ao caso e vèz por outra temos tido necessidade de recorrer a mutilação, premidos por uma atonia não favorecida ou afastada pelo estímulo ocitócico.

As anomalias da coagulação sanguínea decorrentes de estado de afibrinogenemia ou fibrinolise, ensombreiam sobremodo êsse já tão grave acidente, qualquer que seja a terapêutica adotada.

As roturas do seio marginal são sem dúvida de diagnóstico muito mais difícil antes do exame da placenta, podendo no entanto as hemorragias decorrentes dêsse acidente, com um diagnóstico de placentação baixa, serem atendidas pelo parto cesário.

Na toxemia gravídica, o esvasiamento uterino na pré-eclâmpsia grave evolutiva pode ser realizado segundo a nossa experiência por via abdominal com absoluto sucesso. No que se refere à eclâmpsia as opiniões se chocam e a indicação para uma operação cesariana não é aceita sem restrições.

No grupo das causas médicas podíamos colocar em primeiro lugar a paciente diabética, sendo muito mais rara a indicação nas cardiopatias como também uma indicação de exceção a eritroblastose fetal no nosso Serviço. (Quadros n.os 3 e 4).

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA

CESARIANAS

Desproporção feto-pélvica	542 casos
Distensão segmentar	365 „
Placentação baixa	218 „
Distócia de colo	215 „
Apresentação de espádua	76 „
Apresentação de fronte	30 „
Apresentação de face	29 „
Procidência de cordão	42 „
Descolamento prematuro	55 „
Eclâmpsia	28 „
Câncer do colo e tumores prévios	10 „
Diversas	193 „

QUADRO N.o 2

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA

Cesarianas com feto morto	107 casos
5,93 %	

INDICAÇÕES PRINCIPAIS

Placenta prévia	37 „
Descolamento prematuro da placenta e apoplexia útero-placentária	28 „
Apresentação de espádua abandonada	14 „
Distensão segmentar extrema	12 „
Diversas	16 „

QUADRO N.o 3

Contraindicações

As contraindicações do talho cesário segmentar dependem de condições locais, gerais e fetais. Na primeira rubrica encontramos os segmentos inferiores não formados, deformados ou bloqueados por tumores (leiomiomas), ou aderências de operações anteriores (histeropexias diretas), ou inacessíveis como no ventre pêndulo e exagerada cifoescoliose.

As infecções intrapartos, outrora constituindo pelos seus riscos potenciais, uma formal contraindicação do parto cesário, felizmente hoje a sua importância se encontra muito reduzida, excetuando-se as infecções por anaeróbios.

Resta-nos a contraindicação resultante da morte fetal que julgamos com critério muito menos rígido do que aquele defendido pela maioria dos clássicos da especialidade.

Há eventualidades que a clínica nos oferece vêz por outra, nas quais o obstetra conciente e experimentado terá de fazer excepção a essa regra. O demasiado apêgo ao conceito da escolha da via transpelviana sistemática em tôdas as oportunidades de morte fetal, poderá conduzir a tremendos desastres. O célebre caso da Maternidade das Laranjeiras, que a pena de mestre de Magalhães retratou em páginas candentes, ficou na literatura obstétrica brasileira mais como uma advertência precisa e inesquecível do que mesmo como uma representação de uma sucessão de distócias, que se associaram no desenrolar de um caso clínico infeliz.

Nos vícios pélvicos considerados absolutos, nas distócias irredutíveis da contração uterina, retração intraparto, nos casos de carcinoma do colo do útero, nos tumores bloqueadores da pelve, na placentária baixa ou na apoplexia úteroplacentária graves para só citarmos algumas das mais comuns situações obstétricas em que mesmo com feto morto a via abdominal deverá ser a de escolha. Em 107 oportunidades tivemos ensejo de realizar operação cesariana com feto morto no nosso

Serviço. De tôdas elas a causa mais frequente nesta indicação de excepção do parto cesário foi a retração intraparto, principalmente na apresentação de espádua abandonada. Não deixa de ser para o bom obstetra um capítulo decepcionante e constrangedor. Porém, entre os 10 % de mortalidade materna das embriotomias de difícil execução e 2,5 % das estatísticas menos favorecidas da operação cesariana, há uma notável diferença de resultado para justificar essa rara e indesejável indicação.

A divulgação repetida que Rezende fez no Brasil da modificação da técnica da cesariana segmentar defendida na Inglaterra por KARR desde 1921, deu definitivo destaque a essa variante que passou a ser aceita e praticada por quase todos.

Operação singela, conservadora, compatível com a prova de trabalho, atende os casos impuros e suspeitos de infecção, evita as intervenções profiláticas e restringe as indicações das mutiladoras (M. FERNANDES). Representa na atualidade a mais bela conquista da cirurgia obstétrica consubstanciadas nessas séries de mais de 1.000 intervenções sem óbito materno. Operação de duas incisões e duas suturas, ao alcance de qualquer obstetra possuidor de pequena prática de cirurgia abdominal, habilidade que deve ter todo aquele que se julgue capaz de decidir com acêrto as indicações do parto cesário. « Não sendo porém campo adequado ao exercício de principiantes atrevidos a fazer aqui o seu noviciado, terçando as primeiras armas cirúrgicas ». (Rezende).

Mortalidade materna

A mortalidade materna pós-cesariana nas clínicas hospitalares em nosso Estado ainda é excessivamente elevada e difícil de ser avaliada com precisão, tendo em vista o critério que muitas maternidades adotam no registro dessas ocorrências.

Se considerarmos tôdas as mortes verificadas no curso da operação, no pós-operatório imediato ou tardio como de responsabilidade exclusiva da intervenção, ela alcança na soma total dos casos a casa dos 3,5 % à 4,5 %, porém se dela subtrairmos determinados estados patológicos que motivaram a operação, realmente muito mais responsáveis pelo êxito fatal (Anemia aguda na placentação prévia) causa frequentíssima no nosso Serviço, a eclâmpsia, a apoplexia útero-placentária, para só citarmos as mais comuns, a percentagem de mortalidade materna virá para as imediações de 1,7 % à 2 %. (Quadros n.os 4 e 5).

Acreditamos que êstes índices de mortalidade decorrente dêsse tipo de intervenção ainda se encontram muito elevados e isto se deve principalmente as indicações proteladas.

A mortalidade fetal na casa dos 18 % é quase humilhante.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA

MORTALIDADE

Mortalidade materna	1,7 %
Mortalidade fetal	18.0 %

"Causa mortis" mais frequentes:

Infecção
Anemia aguda
Acidente de anestesia
Choque

QUADRO N.º 4

MATERNIDADE DA ENCRUZILHADA

MORBILIDADE

Endometrite puerperal pós-cesária	10 %
Celulite da parede abdominal	5 %
Embolia pulmonar	0,14 %
Flebite dos membros inferiores	0,4 %
Fístula vésico-vaginais	0,19 %
Corpos extranhos	0,14 %
Eventração	2,0 %
Evisceração	0,09 %

QUADRO N.º 5

Comentários

Dois fatos se destacam na profilaxia da mortalidade pós-cesária: oportunidade e precisão da indicação desta intervenção e ambiente cirúrgico para realizá-la.

Atendendo a grande parte da população que vive nos morros e alagados dos arredores de Recife, justamente a mais humilde da cidade, não é de admirar que a Maternidade da Encruzilhada, de regra internando pacientes carenciadas, desnutridas e anemiadas não ofereça nos seus relatórios índices de mortalidade materna e fetal tão elevados.

Apesar de possuir a cidade quatro maternidades para indigentes, perfazendo um total de 500 leitos gratuitos, Recife continua sendo o paraíso das « curiosas ». Os partos se iniciam e permanecem sob as vistas exclusivas dêsse tipo de profissional por todo o tempo que a paciente possa suportar. Só depois de contaminadas quando não profundamente infectadas ou exaustas é que se apela para o internamento.

No interior do Estado de Pernambuco existem 26 serviços obstétricos dos quais dois independentes e os restantes anexados à Hospitais Gerais, contudo ao todo com 450 leitos. Em 1958

todo êsse grupo do interior atendeu a 9.992 parturientes e delas foram cesarianadas 1.666. o que se nos afigura uma incidência sobremodo exagerada ou seja 16.2%.

Poder-se-ia tentar justificativa para fato tão absurdo referindo o receio generalizado que ainda perdura entre as populações do campo de procurar em tempo oportuno os Serviços Hospitalares, decorrendo essa falta mais da ausência de instrução em que ainda vivem os nossos matutos e sertanejos em sua grande maioria.

Houve maternidade nesse grupo do interior em que no seu relatório do ano de 1958 acusava 54 partos transpelvianos e 34 partos cesários. Como também outra que tendo atendido 754 parturientes delas só 3 tinham sofrido operação cesariana segmentar, o que não deixa de ser também um fato incomum.

A indicação em cêrca de 80 % das vezes foi tardia quando não « in extremis ». A prova aí está no elevado número de casos com fetos mortos associados à retração intraparto, anemia irreversível, ruturas do útero, etc., que as nossas estatísticas expõem numa sequência de casos patológicos da mais alta gravidade os quais em muitos centros médicos mais avançados já não são mais vistos se não mui raramente.

Nessa falta de oportunidade cuja culpa o serviço é o que menos participa pois como pronto socorro obstétrico êle é obrigado a receber todos quanto o procuram, está ao nosso ver, a maior responsável pela incidência tão alarmante dos coeficientes de mortalidade e percentagem de morbilidade, da maioria dos serviços obstétricos da nossa Capital e do interior do Estado.

No que se refere à precisão do diagnóstico cremos que a responsabilidade deverá ser transferida inteiramente para o obstetra.

Uma prova de trabalho a que se submete a maioria das parturientes com probabilidade de uma operação cesária, implica sem dúvida em grande responsabilidade para o profissional.

Quando êle não possui critério seguro e discernimento equilibrado, adquiridos na observação diuturna das salas de parto, êsses testes poderão ser muito mal avaliados.

A falta de experiência tanto pode levar a uma precipitação de indicação como deixar que fuja a hora oportuna de uma solução feliz.

Expectação vigilante ou procrastinação esperançosa têm um limite além do qual a nossa prova pode se confundir com um abandono perigoso, fruto da displicência ou no mais das vezes da inexperiência do parteiro.

Cultura obstétrica pode se conseguir no manuseio dos tratados, monografias e relatórios, mas segurança de ação e

acêrto, só se consegue mesmo com a observação de muitos casos clínicos, no convívio com os trabalhos de rotina de uma maternidade.

É poriso que existem muitos « obstetras fazendo cirurgia obstétrica que não são cirurgiões, como também muitos cirurgiões fazendo cirurgia obstétrica que não são obstetras e o pior é que há muito mais profissionais dos dois sexos fazendo cirurgia obstétrica que não são nem cirurgiões nem obstetras ». LINCH.

Assim pois não é de admirar que em uma pequena maternidade do interior tenha se realizado num total de 88 trabalhos de parto 38,6 % de cesarianas. Êste absurdo é sem dúvida uma resultante da falta de oportunidade de indicação e provàvelmente também de uma indicação exata em muitos casos.

Na primeira hipótese a culpa cabe principalmente a parturiente e aos seus responsáveis, na segunda ela é inteiramente do profissional.

O último fator para o sucesso do parto cesário vem ser o do ambiente cirúrgico que sem dúvida deve oferecer condições mínimas de segurança no preparo, execução e seguimento dessa intervenção. A presença de um obstetra com suficiente desembaraço cirúrgico capaz de realizar com facilidade as técnicas habituais da cesariana como também de atender sem maiores atropêlos qualquer eventualidade que o acaso lhe ofereça, um profissional com essas condições é imprescindível. Nessa equipe um anestesista é elemento quase tão importante quanto o parteiro cirurgião. E por fim uma enfermagem eficiente e dedicada para a difícil tarefa do pós-operatório vem completar o nosso grupo.

Em resumo da falta de oportunidade, da ausência de indicação exata e de ambiente adequado decorre a elevada mortalidade não só materna como fetal em nosso meio da operação cesariana.

A solução estaria na educação da doente, do médico e no esclarecimento dos nossos dirigentes, pois só assim poderemos ter algumas esperanças de em futuro próximo se poder contar com proteção à Maternidade muito mais eficiente e produtiva por todo o nosso Nordeste.

REFERÊNCIAS

1) FERNANDES, M. — *Cesariana Segm. Transperitoneal* — Tese Doutoria — Imprensa Industrial, Recife, 1928. — 2) MAGALHÃES, FERNANDO — *Lições de Clínica Obstétrica* — Livrar. Castilho, Rio, 1922. — 3) LYNCH FRANK — *Surg. Gyn. & Obst.*, 64:338, 1937. — 4) BLAND BROOKE — *Surg. Gynec. & Obst.*, 64:334, 1937. — 5) RICHARD MEREDITH — *Am. J. Obst. & Gynec.*, 70:84, 1955. — 6) DESOPO ANTHONY — *Am. J. Obst. & Gynec.*, 59:77, 1950. — 7) FILLMORE MIL-

LARD — Discussion on « Int. Fourth » — Am. Cong. Obst. & Gynec., 1:318, 1950. — 8) GORDON, DOUGLAS - ROSENTHAL, A. — Am. J. Surg., 54:528, 1941. — 9) DIECKMANN, W. — Surg. Gyn. & Obst., 90:443, 1950. — 10) KERR, E. M. — Operative Obstetrics — W. Wood, Corp., 520, 1937. — 11) REZENDE, JORGE — Operação Cesareana Atual — Rev. Ginec. & Obstetr. (Brasil), 102:62, 1958.

L'opération césarienne au Nord-est du Brésil

Résumé

Une étude, sous ses multiples aspects, de l'opération césarienne au Nord-est du Brésil (région sous-développée), permet à l'auteur de souligner que sur 1803 cas son incidence a été de 2.4 %. La mortalité materno-foétale atteint respectivement 1,7 et 18 %.

Ces chiffres sont dûs, selon l'auteur, au manque d'indication précise opératoire, en de nombreux cas, tout comme aux déficiences des milieux chirurgicaux et à la précarité des dispensaires pré-nataux.

Une meilleure éducation des gestantes, du propre médecin et une attention des autorités visant l'amplification des services chargés du pré-natal et de l'assistance obstètricale, pourront résoudre ce problème.

Cesarian section at northwestern states of Brasil

Summary

The author makes a study on the various aspects of cesarian section at the northwestern states and stresses that in a total of 1803 cases, the operatory incidence was 2.4 per cent. Then he stresses to the high mortality rates in women and fetuses, 1.7 and 18 per cent respectively.

The author thinks it due to lacking of accuracy in operatory indication in many cases as well as to deficiency of the surgical means. Another contributory factors to it are the ill equiped pre-natal dispensaires.

A better teaching to pregnants and even to physicians, a greater interest from the authorities to spread the dispensaires are all essencial for solving the problem.

Kaiserschnitt im Nordosten Brasiliens

Zusammenfassung

Der Verf. berichtet über multiple Aspekte des Kaiserschnittes im Nordosten von Brasilien. Bei den von ihm erfassten 1.803 Entbindungen war die Inzidenz 2.4 %. Die hohe Sterblickeitsziffer von 1,7 % für die Mütter und 18 % für die Kinder wird betont. Der Verf. ist der Meinung, dass diese Ziffern Folge der unkorrekten Indikation in viellen Fällen zuzuschreiben sind, sowie auch der oft unzulänglichen chirurgischen Einrichtung. Die Schwangerenberatung und -ürsorge lassen ebenffalls zu wünschen übrig. Der Verf. hält zwecks Besserung der Verhältnisse eine bessere Unterweisung der Schwangeren Frauen für wünschenswert, ferner eine bessere Ausbildung der Aerzte sowie eine sorgfältigere Kontrolle seitens der Gesundheitsbehörden, die vermehrte Schwangerensprechstunden organiseren müsste und ebenfalls für bessere Geburtshilfe sorgen.

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.

A incidência da oftalmia do recem-nascido sem profilaxia — SOLOMONS, E., KRAMER, B., STEIN, W. W. e KOHL, S. G. 157

Aspectos em Saúde Pública da mortalidade e morbidade perinatais — WALLACE, H. M. 158

Anomalias de apresentação — FIELDS, H., NELSON, P. K. 159

Sarcoma do útero — RADMAN, H. M. e KORMAN, W. 161

Membrana hialina pulmonar — SNYDER, F. F. 161

Metástases ovarianas de adenocarcinomas do colon e reto — WEELOCK, M. C. e PUTONG, P. 162

Enxaquêca e eclâmpsia — ROTTON, W. N., SACHTLEBEN, M. R. e FRIEDMAN, E. A. 163

Fibroadenoma seroso e cistadenofibroma do ovário — ROTHMAN, D. e BLUMENTHAL, H. T. 163

Um estudo das causas e profilaxia do edema de braço pós-mastectomia radical — WEST e ULLISON 164

A individualização do tratamento do carcinoma do colo "in situ" — KRIEGER e McCORMACK 165

A resposta quantitativa do ovário da rata à gonadotrofina hipofisária é modificada pelos estrogênios — PAYNE, R. W. e RUNGER, R. H. 165

Tratamento da disfunção ovariana com pequenas doses de cortisona ou hidrocortisona — JEFFERIES, W. M. e LEVY, R. P. .. 166

Terapêutica mínima versus intensiva na infertilidade — WILSON, R. B. 166

Abôrto habitual — STALLWORTHY, J. 167

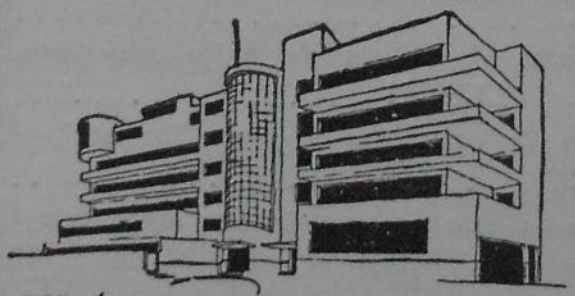
Sôbre um conceito psicossomático de infertilidade — HEIMAN, M. .. 167

Pólipos endometriais: sua interrelação com infertilidade e abôrto — OVERSTREET, E. W. 168

Experiências clínicas com a acetildigitoxina — KECOVA, H. 168

Hemofilia A em "menina" com padrão sexo-cromático masculino — NILSSON, I. M., BERGMAN, S., REITALU, J. e WALDENSTROM, J. 169

Estrias gravídicas: sua relação à hiperfunção córtico-suprarrenal — POIDEVIN, L. O. S. 170
Nova contribuição ao tratamento das toxemias gravídicas pela hidergine — LAGO, E. 170
Alterações hematológicas produzidas pela telecobaltoterapia em pacientes portadoras de neoplasias do aparêlho genital feminino — MALAGOLI, F. 171
Aspéctos da telecobaltoterapia no tratamento da propagação pélvica do carcinoma do colo — ZANETTI, E. e ROSSI, G. F. 171
Influência da isoimunização Rh na mortalidade neonatal — TESAURO, G. 172
O papel do fígado no metabolismo dos estrogênios — CAMERON, C. B. 173
A propósito das relações entre distúrbios hepato-vesiculares e a síndrome dita de "hiperfoliculina" — HÉMINE - MORHANGE, A. 174
Rotação axial ou volvo de útero grávido — GORI, R. M. e CARBONE, M. F. 174
Considerações estatísticas acêrca da fisiopatologia do ovário restante — DURANDO, A. C., BASES, L., MANNARA, J. e SALVINO, H. 175
Incontinência urinária secundária e epispadias feminina simples tratado com a técnica de Marshall Marchetti — ENGELKING, R. L. e PALOMO, T. 175
Câncer do colo uterino. Considerações sintéticas — ZUCKERMAN, C. 176



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$ 6.000,00. — 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

ANO XXV
ABRIL DE 1960
Vol. 49 — N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

BIBLIOTECA
INSTITUTO DE GINECOLOGIA
U. B.

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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



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 XXV — Abril de 1960 — Vol. 49 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Leucemia mieloblástica aguda e gestação — Doc. Dr. B. NEME, Dr. J. D. CZAPSKI e Dr. H. COSTA FERREIRA ... 177

Vácuo-extração fetal "ad modum" Malmstroem — Dr. ROBERTO ESTRELA 185

EDITORIAL

A propósito do carcinoma do corpo do útero 219

NOTAS E COMENTÁRIOS

O Prof. Normando Arenas de passagem no Rio de Janeiro .. 225

Primeiras Jornadas Brasileiras de Cancerologia 226

Casa de Saúde S. Miguel 226

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Primer Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecologia 228

Anais da Maternidade de S. Paulo — Diretor: Dr. E. MARTINS PASSOS 229

Endocrinologia Obstétrica — Prof. J. BOTELLA LLUSIÁ 230

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Via operatória vaginal radical no tratamento do carcinoma da cérvice — Mc CALL, M. L. 231

Relação entre o aumento do pêso na gravidez e a toxemia — FISH, J. S., BARTHOLOMEW, R. A., COLVIN, E. D. e outros .. 232

Carcinoma da vulva — NOLAN, J. F. 233

Córiocarcinoma — LEPOW, H. 234

Rotura espontânea do útero grávido devida a placenta aereta — GOLDEN, M. L. e VETSON Jr., J. R. 235

Deficiência em ácido fólico na prenhez — CHANARIN, I., MAC GIBBON, B. M:. O'SULLIVAN, W. J. e MILLIN, D. L. 236

Massa nuclear e fenômenos similares na mucosa exocervical normal, hiperplasia atípica, carcinoma intraepitelial e carcinoma invasivo escamo-celular do colo uterino — FORAKER, A. G. e REAGAN, J. W. 237

Indice, estádio e idade da paciente no câncer cervical — STERN, E. 237

Amenorréia — SEEGAR JONES, G. E. e BEN NALLEY, W. 238

A operação de Strassmann na cirurgia das malformações uterinas — MATHIEU, J. e DUPARC, J. 239

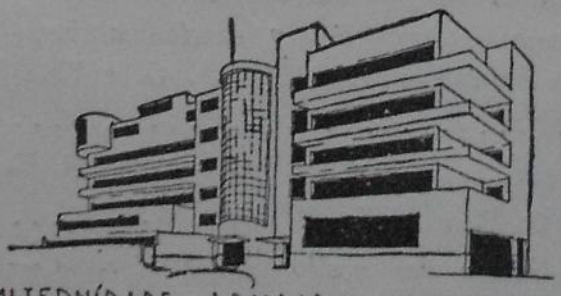
Da responsabilidade das distopias uterinas consecutivas às cesáreas na falha da prova de trabalho — CHASTRUSSE, L. 239

Estudo colpocitológico no primeiro trimestre de gravidez, nos casos de ameaça de abôrto — PASQUINUCCI, C. 240

Influência dos extratos lipóidicos diencefálicos sôbre o ovário — MISURALE, F. e POMINI, P. 240

O diagnóstico do sexo cromosômico nas células esfoliadas do sedimento urinário — GIOCOLI, G. 241

Causas do abortamento espontâneo — USANDIZAGA, M. 241
As alterações vasculares do endométrio na etiologia do abortamento — MAGNIN, P. 241
Tratamento médico profilático do abortamento — CUNHA, P. 242
Hipomenorréia — BELIZAN, L. e GARCIA, C. G. 242
A perfenazina em obstetrícia e ginecologia — ROSENVASSER, E. B. 242
A uretrocistografia pós-operatória da incontinência de urina ao esfôrço — DURANDO, A. C. e MANNARA, J. 243
Sintomas e síndromes em relação com o ciclo menstrual. Dismenorréia e alterações afins — ZUCKERMANN, C. 244



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$ 6.000,00. — 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

RÉVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

A operação de Strassmann na cirurgia das malformações uterinas (*L'opération de Strassmann dans la chirurgie des malformations utérines*) — MATHIEU, J. e DUPARC, J. — (*Rev. Fr. Gynec. et d'Obst.*, 54:615, setembro - outubro de 1959).

À proposito de 8 casos de observação pessoal, os A.A. fazem algumas considerações sôbre a cirurgia das malformações uterinas, considerando a operação de STRASSMANN. Algumas modificações de detalhes de técnica foram introduzidas pelos autores, considerando êstes que essa operação satisfaz plenamente em seus resultados de fertilidade. Em 5 dos 8 casos, suscetíveis de ter um resultado obstétrico, essa operação permitiu 3 gestações a têrmo, seguidas de parto espontâneo, uma morte no fim da gestação por acidentes grávido-cardíacos e uma gestação em evolução.

Essa operação deve ser feita, sem preocupação obstétrica, tôda vez que se opera por dismenorréia e é reconhecida a malformação, podendo ser completada pela ressecção do nervo pré-sacro; também quando a histerografia mostra septo uterino responsável por abôrtos de repetição. — *Clarice do Amaral Ferreira.*

Da responsabilidade das distopias uterinas consecutivas às cesáreas na falha da prova de trabalho (*De la responsabilité des malpositions utérines consécutives aux césariennes dans l'échec de l'épreuve du travail*) — CHASTRUSSE, L. — (*Rev. Fr. Gynec. et d'Obst.*, 54:639, setembro - outubro de 1959).

Segundo os autores e segundo os países, as cesárias iterativas podem representar até 46 % das indicações das histerectomias, acentua o A. Nos países onde é tentada prova de trabalho após cesariana anterior, a percentagem das iterativas, em algumas estatísticas observadas, varia de 8,6 a 40 %. Realmente, se a indicação da primeira cesariana foi bem feita e se se trata, na metade dos casos, de disproporção feto-pélvica, a mulher é condenada às cesarianas repetidas; sua bacia não tendo probabilidade de aumentar, ao contrário, as crianças aumentam de pêso. Porém na outra metade dos casos, as histerectomias foram praticadas por causas fortuitas; um certo número delas podendo repetir-se após prova de trabalho.

Entre as causas de falha da prova de trabalho por anomalia de contração, anomalia de dilatação, defeito de apresentação, etc., é preciso contar com as distopias uterinas consecutivas à cesária anterior: úteros situados altamente, torcidos,

desviados. O A., no entanto, temendo exagerar, não fixa a frequência dessas complicações. — *Clarice do Amaral Ferreira.*

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Estudo colpocitológico no primeiro trimestre de gravidês, nos casos de ameaça de abôrto (*Studio colpocitologico nelle minacce di aborto del primo trimestre di gravidanza*) — PASQUINUCCCI, C. — (*Ann. Ost. Ginec.*, 81:971, outubro de 1959).

A observação de 50 casos estudados pelo A., permitiu as seguintes conclusões: 12 casos foram classificados como no limite do normal, considerando a época da gestação. Apezar de não ser empregada terapêutica hormonal, 11 casos obtiveram êxito com meios especiais e sòmente em um caso o abôrto tornou-se inevitável e foi prèviamente diagnosticado pela elevação rápida do índice de acidofilia e cariopnose; 38 casos receberam tratamento hormonal, tão logo notou-se pelo exame colpocitológico as alterações anormais. Foram interessantes os resultados obtidos neste grupo, excluindo 8 casos de gestantes que abortaram com todos sinais citológicos de gravidês patológica, dos restantes 30 que apresentaram regressão clínica dos sintomas de abôrto, em 18 os esfregaços tornaram-se francamente de aspecto gravídico normal o mesmo não ocorrendo nos restantes 12 casos que deixa sem explicação a aparente divergência entre a sintomatologia e o quadro clínico.

Apezar das dificuldades de aplicação dos métodos nesse período da gravidês, manifestadas pela instabilidade dos índices adotados e pela falta de um quadro típico constante, a citologia vaginal permitiu confirmar seu valor como método de pesquiza seja orientando o diagnóstico e prognóstico, como indicação e contrôle de terapêutica racional. — *Orlando Baiocchi.*

MONITORE OSTETRICO-GINECOLOGICO DI ENDOCRINOLOGIA E DEL METABOLISMO

Influência dos extratos lipóidicos diencefálicos sôbre o ovário (*Influenza degli estratti lipoidei diencefalici sull'ovaio*) — MISURALE, F. e POMINI, P. — (M. O. G. E. M., 30:477, fsc. 4, 1959).

Os A. A. estudaram o efeito do tratamento com extratos lipóidicos diencefálicos sôbre os ovários de coelhas impúberes. Como resultado de seus trabalhos experimentais, puderam estabelecer que êsses extratos determinam efeito estimulante semelhante ao observado a seguir a uma ativação hipofisária total. — *Clarice do Amaral Ferreira.*

ANO XXV
MAIO DE 1960
Vol. 49 — N.º 5

ANNAES BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE - ESCOLA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 »

Número dedicado à contribuição do Instituto de Ginecologia às XI^as. Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia

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 XXV | Maio de 1960 | Vol. 49 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Conduta terapêutica no câncer grao zero do colo uterino — Dr. J. P. RIEPER 245

Contribuição ao estudo da etiopatogenia e tratamento dos abortamentos tardios — Dr. ALVARO A. SALLES, Dr. L. BEETHOVEN AMARAL, Dra. A. L. BLATTER PINHO 267

Colpocitodiagnóstico em 60 casos de carcinoma intraepitelial do colo uterino — Dra. CLARICE DO AMARAL FERREIRA, Dr. DIB GEBARA, Dr. GEORG SCHNEIDER 279

Ação estrogênica na supra-renal de ratos "Augustus" — Dr. ADRIANO CRUZ FERREIRA 295

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Prof. Dr. Dr. h. c. Hans Hinselmann. Sua vida, sua obra científica — Prof. ARNALDO DE MORAES 299

EDITORIAL

XI Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia 309

NOTAS E COMENTÁRIOS

Relatório sôbre o Simpósio sôbre colposcopia na XI Jornada de Ginecologia e Obstetrícia, em Belo Horizonte, em 30 de outubro de 1959 315

Relatório sôbre a participação do Dr. João Paulo Rieper na XI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, de 28 a 31 de outubro de 1959, em Belo Horizonte ... 317

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Panminerva Médica — Vol. I, n.º 1, maio de 1959 321

Historia Natural y Medica del Principado de Asturias — Dr. GASPAR CASAL 321

Université de Dakar. Bulletins et Mémoires de l'École Nationale de Médicine et de Pharmacie de Dakar 322

Revista Clínica do Instituto Maternal — Vol. XI, n.º 38, 1959 322

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Característica imunológica do sôro da mulher grávida — MAC LAREN, J. A., THORNES, R. D., ROBY, C. e REID, D. E. 323

Abruptio placentae e rotura do seio marginal da placenta: algumas afinidades — FERGUSON, J. H. e HATTON, R. L. 324

Fertilidade depois da dilatação cervical — JAVERT, C. T. 325

Ação da irradiação pré-operatória no adenocarcinoma do útero — SCHMITZ, H. E., SMITH, C. J. e FETHERSTON, W. C. .. 325

A correlação da função escamo-celular e das glândulas endocervicais com o ponto de origem do carcinoma da cérvice — THORNTON, W. B., FOX, C. H. e SMITH, D. E. 327

Carcinoma do corpo do útero: diagnóstico e terapêutica — KOTTMEIER, H. L. 328

Tuberculose pélvica — MALKANI, P. K. e RAJANI, C. K. 330

Ação masculinizante fetal de certas progestinas orais — GRUMBACH, M. M., DUCHARME, J. R. e MOLOSHOK, R. E. 331

Apendicite — Esterilidade e histerossalpingografia — LANGLOIS, P. 332

Os polipos mucosos do colo — BORY, R., DE BRUX, J. e CURTZ, J. 332

As substâncias progestativas e sua utilização clínica — SWYER, J. I. M., PHILS 332

Relatório sôbre 252 culdotomias — PETERS, F. e MULLER, H. ... 334

A importância das "glândulas claras" no endométrio para o diagnóstico da prenhez tubária — OVERBECK, L. 335

Como se trata a mulher estéril com o "test" de Sims-Huhner negativo — KNAUS, H. 336

A importância do teste de cristalização do muco cervical na avaliação clínica da função ovariana na mulher — PALAZZETTI, P. e BAÇAJ, T. 336

Estudo clínico-estatístico sôbre 2.250 exames colposcópicos e citocariológicos realizados no centro para o diagnósico e profilaxia dos tumores genitais femininos da Clínica-Obstétrico-Ginecológica de Perúgia — BAÇAJ, T. e PALAZZETTI, P. .. 337

A resposta córtico-suprarrenal ao "stress" operatório nas operadas de pelvectomia — CENTARO, A. e RIO, F. 337
A terapêutica hormonal e o abortamento retido — PARRILLA, R. V. 338
A ausência de inseminação na esterilidade involuntária — NUNEZ, A. C. 339
Disgerminoma em uma paciente com ambiguidade de sexo — BUR, E. G. e BUGNARD, S. C. 339
Síndrome de Little e gravidês — LEDEMA, D. A. 340
O gotejar de ocitocina como método de acelerar o parto — FIRPO, J. R., GALARRAGA, J., MIIANI, N. O. e MARQUEZ, L. .. 340
Ensaio clínico com um novo luteoide, a nor-uinesterona — MONTES, E. A. M., BAGNATI, E. P., ZAPATA, A. C. e BUR, G. E. 341
A biópsia seletiva do colo uterino — FERRO, E. C. V. 341

de Graafina

BENZOATO DE DIHIDROFOLICULINA

1.000
(0,1 mg.)
em caixa de 6 emp.

10.000
(1 mg.)
em caixa de 3 emp.

Unidade benzóicas internacionais
e via oral em vidro de 20 cm³

50.000
(5 mg.)
em caixa de 1 e 3 emp.

RIGOROSAMENTE TITULADA

Inst. Terap. «SCIL» Ltd.
Rio de Janeiro

Rua Francisco Muratori, 55/57
Tel. 42-6641

anatômica o aspecto característico do seminoma ou disgerminoma. O estudo radiológico da pelve revelou uma imagem androide e a pielografia descendente mostrou ausência de imagem renal esquerda. Ilustra o trabalho duas fotografias da paciente. — *A. Felicio dos Santos.*

Síndrome de Little e gravidez (*Sindrome de Little y embarazo*) — LEDEMA, D. A. — (*Bol. de la Soc. Obst. and Ginec. de B. Aires*, 38:374, novembro de 1959).

O A. apresenta o caso de uma gestante com 19 anos de idade, secundigesta, nulípara, portadora de síndrome de Little, paralisia congênita cerebral e espasmódica. A paciente foi submetida à operação cesareana, nascendo um feto perfeito.

Faz o A. comentários sôbre o caso e assim conclue: a paralisia espástica sofrida pela paciente não perturbou sua fertilidade nem a evolução da gravidez, porem devido à luxação pelviana, foi impossível a marcha e o desenvolvimento da pelve óssea, que tornou-se plana, completamente estreita, assimétrica, obrigando a uma intervenção. A criança é de tamanho menor do que o normal, porem é forte e bem conformada. Duas fotografias da mãe e uma da criança ilustram o trabalho. — *A. Felicio dos Santos.*

O gotejar de ocitocina como método de acelerar o parto (*El goteo de ocitocina como metodo de aceleración del* parto) — FIRPO, J. R., GALARRAGA, J., MHANI, N. O. e MARQUEZ, L. — (*Bol. de la Soc. de Obst. Gin. de B. Aires*, 38:415, novembro de 1959).

Os A.A. estudam a ação da ocitocina em gotas durante o trabalho de parto em vários casos, com resultados satisfatórios. Mostram o material que contavam o método seguido e os resultados obtidos. Fazem comentário e discutem o método que julgam bom desde que não haja distócias e concluem: o gôta a gôta de ocitocina no parto de evolução normal, diminue a duração, não se observam interferências na fisiologia da contração uterina, não há influência sôbre a vitalidade do feto; é um método que deve ser controlado pelo *médico.*

Regular bibliografia e dois quadros ilustram o trabalho. — *Alderico Felicio dos Santos.*

ANO XXV
JUNHO DE 1960
Vol. 19 — N.º 6

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV Junho de 1960 Vol. 49 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Citologia e patologia da gestação — Dr. MARTINIANO FERNANDES 343

Orientação terapêutica do carcinoma do colo uterino estádio "0" Drs. A. FRANCIA MARTINS e ISIDORO DREICON 363

A assistência imediata ao recemnascido na prática diária — Dr. TULIO GONIK 369

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Córiocarcinoma uterino com metástase vaginal tratado pelo methotrexato — Dra. HILDEGARD STOLTZ 383

EDITORIAL

O contrôle da população, a fertilidade e a fome 389

NECROLOGIO

Docente-livre Dr. Benedito Pinheiro Machado Tolosa 393

NOTAS E COMENTÁRIOS

66.º aniversário de "La Semana Medica" 395

Inaugurçação do Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná 395

IV.º Congresso Médico da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora 396

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Colposcopie — BRET, J. e COUPEZ, F. 397

Arquivo de Patologia — Órgão do Instituto Português de Oncologia 398

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Revisão de 383 casos de abruptio placentae e 169 casos de placenta prévia tratados durante os anos de 1944 a 1957 — KIMBROUGH, R. A. 399

Culdoscopia na infertilidade — RIVA, H. L., HATHS, R. P. e BREEN, J. L. 400

A determinação do momento da ovulação — SPECK, G. 401

Anomalias congênitas do útero — YHOMAS, M. e LANGLEY, I. I. 402

A terapêutica no câncer ginecológico. Uma re-avaliação — GRABER, E. A., O'ROURKE e JAMES, J. 403

Diminuindo o dano genético da radiação médica — COOPER, Jr., G. 404

Reprodução após irradiação para o tratamento da metrorragia disfuncional — MONTGOMERY, J. B. e LONG, J. P. 404

O tratamento da endometriose pela indução de pseudo-gravidez com hormônios ovarianos — KISTNER, R. W. 405

Dor pelviana e autosensitividade — HECKEL, G. P., LEAHY, M. F., ROSE, A. L. e ?TRAIN, W. H. 405

Tumores pituitários em pacientes com síndrome de Cushing — SALASSA, R. M., KEARNS, T. P., KERNOHAN, R. G. e col. 406

Carcinoma primitivo da vulva, em especial referência à leucoplasia — STENING, M. 406

Corticoterapia geral e local e recuperação funcional tubária — BRET, A. J. e LEGROS, R. 407

Utilisação das gonadotrofinas coriônicas no desencadeamento da postura ovulatória — JAMES, M. 408

Os hormocitogramas, síntese das explorações endócrinas ginecológicas MAGNIER, P. A. 409

A colpomicroscopia — HOUEL, E., LAVERHE, P. e LUSCAN, R. 409

Cortisona e derivados no tratamento da esterilidade — BRET, A. J., LEGROS, R. e HIDDEN, J. 410

Experiência com o preparo psicoprofilático do parto — VIERNEISEL, B. e MEDWETH, W. 410

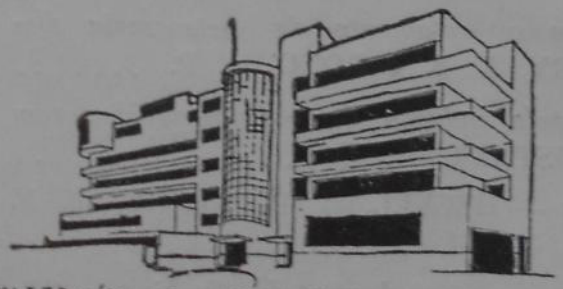
O tratamento pela cortisona sob proteção de tuberculostáticos administrados por via oral e local na tuberculose genital da mulher REVELLI, E. e DURANDO, C. 411

Problemas do carcinoma do prepúcio e da cérvice em animais — — KAST, A. 411

Técnica, vantagens e desvantagens da conisação do colo uterino — OBER, K. G. e BOTZELEN, H. P. 412

Abertura anormal do orifício interno e tendência para abôrtos — LINDAHL, J. e HELANDER, C. G. 413

Sôbre a regulação rombo-meso-diencefálica de algumas seções do sistema endócrino — TARTAGLIA, P. e MARCONE, G. 413



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$ 6.000,00. — 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

Cortisona e derivados no tratamento da esterilidade (*Cortisone et dérivés dans le traitement de la stérilité*) — BRET, A. J., LEGROS, R. e HIDDEN, J. — (*Rev. Fr. Gynec. et d'Obst.*, 54:805, dezembro de 1959).

FINEGOLD, em recente estatística, nas indicações visinhas às referidas neste trabalho e com uma linha de conduta um pouco diferente, encontra 23 % de curas das esterilidades tratadas pela corticoterapia. Essa percentagem pode parecer inicialmente bem fraca, mas já é uma melhoria importante e apreciável sôbre as estatísticas anteriores. É preciso também assinalar que se trata de uma estatística global; seria interessante, mas é cêdo ainda para isso, fazer uma estatística por indicação: ver-se-ia então aparecer os excelentes resultados da corticoterapia na esterilidade de origem hormonal, bons ainda da esterilidade secundária a gestação extrauterina, menos bons enfim, embora satisfatórios, nas sequelas dos processos infecciosos e em particular da tuberculose, sob a reserva que o tratamento seja precoce e perseverante.

Em todos os casos, a corticoterapia merece, na mulher jovem desejosa de ter filhos, ser encarada antes de ser resolvida uma intervenção cirúrgica. O aparecimento recente de derivados de ação importante com doses menores e pondo o paciente ao abrigo dos incidentes do início da utilisação da cortisona, permite esperar possibilidades terapêuticas mais amplas e talvez mais eficazes.

Completando êsse autoresumo dos autores sôbre o assunto, referem-se a casos de gestação obtidos após corticoterapia em casos de esterilidade por hiperandrogenia, isolados ou associados a hipoluteinismo: por perturbação do receptor endometrial ou seja cório fibroso; após plásticas útero-tubárias; nas infecções pelvianas agudas e subagudas e nas obstruções tubárias residuais. — *Clarice do Amaral Ferreira.*

GYNAECOLOGIA

Experiência com o preparo psicoprofilático do parto (*Erfahrung mit der psychoprophylaktischen Geburtsvorbereitung*) — VIERNEISEL, B. e MEDWETH, W. — (*Gynäk.*, 148:381, dezembro de 1959).

Os A.A. relatam sua experiência pessoal com o preparo psicoprofilático para o parto. Dão certo número de aulas às pacientes sôbre a anatomia e fisiologia da genitália feminina, alterações causadas pela gravidez; explicam que o temor e falsas idéias conduzem reflexòriamente ao parto doloroso; ensinam a respirar, demonstrando a importância do oxigênio para o músculo uterino e para a criança; explicam o que

significam os movimentos da criança e as contrações do útero: o que é o período de dilatação; o que é o período de expulsão, finalmente, repetição dêsses dados pela parteira.

O método que usaram foi o de LAMAZE. Discutem as possibilidades do mesmo. Os exercícios psicológicos constituem o elemento primacial, pois despertam nas pacientes o desejo de colaboração. Os exercícios físicos completam essa preparação. A respiração encurtada permite melhor relaxamento e possue, dizem os A. A., ação analgésica. — *A. de Moraes.*

O tratamento pela cortisona sob proteção de tuberculostáticos administrados por via oral e local na tuberculose genital da mulher (*Le traitement à la cortisone sous la protection de tuberculostatiques administrés par voie générale et locale dans la tuberculose génitale chez la femme*) — REVELLI, E. e DURANDO, C. — (*Gynäk.*, 148: 416, dezembro de 1959).

Os A. A. aplicaram, em cêrca de 200 casos de tuberculose genital feminina de diferentes tipos, o tratamento pela cortisona sob a proteção de agentes tuberculostáticos, em aplicação geral e local (transperitoneal e vaginal). A Prednisona (com ou sem ACTH) foi administrada por via geral em 73 casos de tuberculoses peritoneais, recente ou crônica. Na maioria dos casos êste tratamento geral foi reforçado pela aplicação local dêsses mesmos medicamentos.

Administraram-se, assim, às pacientes verdadeiros *cocktails* de medicamentos que desenvolveram ação local ótima antimicobacteriana, antiexsudativa, antinflamatória e antifibroblástica.

O aparecimento de uma vintena de prenhezes em indivíduos estéreis, a resolução rápida das formas evolutivas, a repermeabilização das trompas obstruídas pelos fenômenos inflamatórios, a disparição da síndrome dolorosa e a regressão sensível de complicações fibróticas à distância, constituem o balanço encorajante dêste tratamento combinado. (*Tradução do resumo dos A. A.*).

ANO XXV
JULHO DE 1960
Vol. 50 — N.º 1

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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 XXV — Julho de 1960 — Vol. 50 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

A histerectomia vaginal no tratamento do prolapso do útero — Doc. Dr. CARLOS A. SALVATORE e Dr. JOÃO A. P. MARTINS 1

Tumor de células da granulosa do ovário, adenomiose e hiperplasia glandular do endométrio — Prof. Dr. MARTINIANO FERNANDES 17

Tricomoníase no ciclo grávido-puerperal — Dr. FRANCISCO CARLOS GRELLE e Dr. L. BEETHOVEN DO AMARAL 29

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

O emprêgo da 4-clorotestosterona em obstetrícia — Dr. PLINIO TISI FERRAZ e Dra. ALZIRA VIEIRA 37

EDITORIAL

A mulher na medicina 41

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem ao Prof. F. Freitas Simões de Lisboa 45

O que é a Obstetrícia? 46

O professor G. Tesauro eleito reitor da Universidade de Nápoles 47

Inter-Society Cytology Council 48

LIVROS E PUBLICAÇÕES

1.º Simpósio Brasileiro de Citologia, 1958 49

Anais da Universidade do Brasil — Ano X, n.º 5 50

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 500,00
Exterior ..... Cr$ 700,00
Número avulso ..... Cr$ 50,00

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.

Discrasia sanguínea como fator causador na hemorragia anormal uterina — RADMAN, H. M: 51

Estudos da coagulação de pacientes com hemorragia anormal uterina — SEAMAN, A. J. e BENSON, R. C. 52

Hemorragia uterina pós-menopausa de origem psicogênica — HEIMAN, M. e SHAPIRO, W. J. 53

Carcinoma primário da trompa de Fallopio. Com o relato de 12 casos novos — HAYDEN, G. E. e POTTER, E. L. 53

Tratamento cirúrgico de complicações resultantes da terapêutica radiativa do câncer cervical — SEAN, R. S. e TAYLOR, E. S. .. 54

Progresso na assistência ao trabalho e ao parto — DAVIS, M. E. .. 55

Fatôres prenatais no desenvolvimento intelectual e emocional — NORRIS, A. S. 57

Excreção do estriol na morte intrauterina do feto — TEN BERGE .. 58

A colpofotografia — WESPI, H. J. 59

O diagnóstico precoce do câncer genital da mulher 59

O prazo da ovulação e sua importância para a determinação correta do prazo do parto e da duração da gravidez — KNAUS, H. H. 60

Anemias como forma especial da toxicose gravídica — HUBER, H. e SCHLAGETER, K. 60

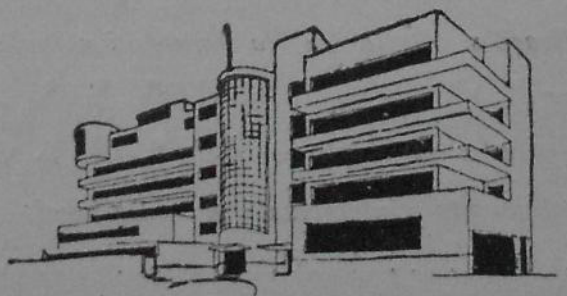
Avaliação precoce dos carcinomas do colo resistentes à irradiação — ZEITZ H. 61

Rotura do útero — FEIS. H. L. 62

Rotura de gravidez ovariana primária — MALZ. S. 63

Excreção do oestriol em caso de morte fetal intrauterina — TEN BERGE. B. S. 63

Observações sôbre candidíase vulvo-vaginal no material da Clínica Obstétrica e Ginecológica de Perugia — BAÇAJ. T. e PALAZZETTI. P. 63



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$ 6.000,00. — 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

senta um relatório dos método sque empregaram no tratamento de fístulas genitais, proctites, necroses da vagina e do colo, e degeneração cutânea, causadas por tratamento radioativo. Os princípios cirúrgicos indicados no diagnóstico e correção das lesões necróticas consequentes à ràdioterapia foram discutidas, com o relato de casos ilustrativos, com os processos empregados no tratamento das complicações pós-irradiação.

Acentuam que uma paciente com necrose pós-tratamento não deve ser considerada sem esperança, sem biópsia comprobatória de continuação do processo, embora continue a ter dor, mas floresce e ganha pèso. No caso de haver proctite ou fístulas múltiplas, deve ser feito desvio das fezes, como operação preliminar, 6 meses antes. — *A. de Moraes.*

THE JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Progresso na assistência ao trabalho e ao parto (*Progress in the management of labor and delivery*) — DAVIS, M. E. (*J. A. M. A.*, 172:409, janeiro de 1960).

O A. que é sucessor do célebre Professor DE LEE, na cátedra de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Chicago e Chefe de Serviço da Maternidade de Chicago (Chicago (*Chicago Lying-in Hospital*), inicia suas considerações sôbre o empolgante tema dizendo: «Verdadeiro milagre ocorreu na assistência à parturição, desde a inauguração da Seção de Obstetrícia e Ginecologia na Associação Médica Americana. A maior parte dos progressos fenomenais realizaram-se no último quarto de século». Em 1935 mais de 60 mães perdiam suas vidas no nascimento de 10 mil crianças, o que se reduziu, em 1958, a 4 pèrdas de vidas maternas para 10 mil partos. A redução no tocante aos fetos foi também surpreendente: em 1935 perdiam-se mais de 60 em cada mil partos, o que declinou para menos da metade em 1958.

Refere-se, então, o A. aos fatôres que tornaram a parturição tão segura experiência em tão curto espaço de tempo: 1) O crédito a ser dado aos médicos que se tornaram cientes da necessidade de impediir a perda de mães e filhos e de contriibuiir para sua invalidez. Tal resultou especialmente dos esforços decorrentes da melhoria da educação médica nos Estados Unidos através de organizações, entre outras, como o «American Maternal Welfare Committee» e o Bureau Infantil. 2) Acentuada aceleração do internamento de mulheres grávidas em hospitais para dar à luz, devido às necessidades da guerra. 3) Os progressos rápidos das ciências médicas que contribuíram com os antibióticos, pronta e segura hemo-transfusão, ministração de alívio inteligente e anestesia, além dos

maiores conhecimentos relativos à fisiologia da reprodução dos mamíferos. 4) Finalmente, a educação de médicos, enfermeiras e de profissões afins em relação aos problemas da maternidade, fornecendo adequado e treinado pessoal. Todos èstes aperfeiçoamentos e o conhecimento do público de que o parto pode ser desastroso para mãe e filho e deve merecer a atenção de todo o povo esclarecido, são os fatos responsáveis pelo que foi realizado.

Resulta daí que as palavras pessimistas do fundador da famosa Maternidade de Chicago, Prof. DE LEE, devem ser substituídas pelas de seu sucessor, no dizer «Não é uma maravilha que cada aspiração e cada esfôrço seja dirigido para aumentar a segurança crescente do nascimento, tanto para mães como para filhos? Cada novo avança na medicina, todos os novos conhecimentos, e todos os esforços devem colimar êsse fim. Que cada salvaguarda adicional resulte em maior redução da mortalidade materna e fetal, a parturição tornando-se cada vez mais artificialmente adstrita a técnicas e práticas rígidas. Lenta, mas certamente todos os vestígios de recompensa pessoal, excitação e satisfação emocional em ter experimentado maiores recompensas se esvaniu. O processo do parto foi se tornando uma maior maravilha de eficiência mecânica tão cara aos corações dos Americanos».

O que é surpreendente é que, num período de 27 anos na Maternidade de Chicago, foi possível manter o índice de frequência de cesárias de 5 %, sem sacrificar os melhores interêsses de mãe e filho. Em certos casos, o parto abdominal foi complementado pela histerectomia, havendo a série de 400 operações sem mortalidade. A incidência do traumatismo fetal que resulta na mortalidade perinatal foi baixando acentuadamente, porém a apresentação pélvica ainda constitue problema. A descoberta da causa da eclâmpsia e a redução da incidência das lesões intracrânicas e do atrazo mental ainda desafiam o investigador.

Concluindo o seu trabtalho, o ilustre A. refere-se ao futuro previsível em que será possível controlar todo o mecanismo de parte pelos nossos conhecimentos sôbre os hormônios que regulam o processo reprodutor. Isso reduzirá cientìficamente a frequência do parto prematuro, do parto prolongado e da ineficácia do mecanismo uterino. Poderemos, diante dos progressos científicos, «olhar para um utópico amanhã quando a reprodução humana será mais emocionante, segura e recompensadora para os pais, para a sociedade, e para nossos concidadãos de amanhã». — *A. de Moraes.*

O controle clínico após 8 semanas mostrou reação favorável do tumor em 207 casos (76,1 %) e reação desfavorável nos restantes 65. A idade das pacientes e a estrutura histológica do tumor foi aproximadamente igual nos dois grupos. A cura de 5 anos foi de 71 % no grupo dos carcinomas radium-sensíveis e de 23 % nos casos radium-resistentes.

Conclue o autor que o achado clínico levantado 8 semanas depois da irradiação permite distinguir o carcinoma sensível do resistente às irradiações. Estes últimos deveriam ser operados radicalmente o mais depressa possível. — *João Paulo Berjeo.*

GINECOLOGIA

Rotura do útero (*Ueber 8 Uterusrupturen*) — FELS, H. L. — (*Zentr.*, **149**: 1, 1960).

O A. compilou os casos de rotura do útero ocorridos no decurso de 20 anos na Clínica Universitária de Bern (Suiça), estudando especialmente a sintomatologia da rotura iminente do útero durante o trabalho de parto e o comportamento psicológico da parturiente antes e depois da rotura de útero. Devido as roturas ora espontâneas e violentas (após intervenção obstétrica). Entre 33.613 partos na Clínica de Bern ocorreram 15 roturas espontâneas do útero e 16 roturas violentas, havendo em outras 17 parturientes indicação de laparatomia por ameaça de rotura. A rotura espontânea ocorreu com incidência maior nas parturientes multíparas com pequeno intervalo entre as gravidezes, mais frequentemente no grupo dos 31 - 40 anos de idade. A rotura violenta ocorreu em caso de anomalia da posição fetal e nas múltiparas casadas e com gravidez prolongada. A versão podálica combinada seguida ou não de extração do feto resultou em rotura frequentemente. Como fatores predisponentes devem ser considerados: cesariana anterior, clínica, na maioria dos casos, curetagem, descolamento manual da placenta prévia em gravidez anterior, operação de miomas ou endometrite pós-aborto. O A. acentua como sintoma mais frequente: falta de dilatação após boas contrações, dor contínua no baixo ventre, desaparecimento dos sons fetais e extrema dificuldade em percebê-los, alterações psíquicas ao estilo de loucura mental. Na presença dos fatores predisponentes o A. aconselha restrição da indicação de cesariana e ponderação especial na indicação da intervenção para terminar o parto, como também laparatomia em caso de ameaça de rotura, sendo esta laparatomia em geral bem sucedida, como se vê da comparação dos resultados: nos 15 casos de rotura espontânea ocorreram 7 mortes maternas e

O contrôle clínico após 8 semanas mostrou reação favorável do tumor em 207 casos (76,1 %) e reação desfavorável nos restantes 65. A idade das pacientes e a estrutura histológica do tumor foi aproximadamente igual nos dois grupos. A cura de 5 anos foi de 71 % no grupo dos carcinomas radium-sensíveis e de 23 % nos casos radium-resistentes.

Conclue o autor que o achado clínico levantado 8 semanas depois da irradiação permite distinguir o carcinoma sensível do resitente às irradiações. Êstes últimos deveriam ser operados ràdicalmente o mais depressa possível. — *João Paulo Rieper.*

GYNAECOLOGIA

Rotura do útero (*Ueber Uterusrupturen*) — FELS. H. L.. — (*Gynäc.*, 149:1. 1960)..

O A. compilou os casos de rotura do útero ocorridos no decorrer de 20 anos na Clínica Universitária de Bern (Suíça), estudando especialmente a sintomatologia da rotura iminente do útero durante o trabalho de parto e o comportamento psicológico da paciente antes e depois da rotura de útero. Devide as roturas em espontâneas e violentas (após intervenção obstétrica). Entre 33.61x partos na Clínica de Bern ocorreram 15 roturas espontâneas do útero e 16 roturas violentas, havendo em outras 17 pacientes indicação de laparatomia por ameaça de rotura. A rotura espontânea ocorreu com incidência maior nas pacientes multíparas com pequeno intervalo entre as gravidezes, mais frequentemente no grupo dos 31 - 40 anos de edade. A rotura violenta ocorreu em caso de anomalia da posição fetal e nas múltiparas casadas e com gravidez prolongada. A versão podálica combinada seguida ou não de extração do feto resultou em rotura frequentemente. Como fatôres predisponentes devem ser considerados: cesareana anterior, clássica, na maioria dos casos, curetagem, descolamento manual da placenta prévia em gravidez anterior, operação de mioma ou endometrite pós-abôrto. O A. acentua como sintoma mais frequente: falta de dilatação após boas contrações, dôr contínua no baixo ventre, desaparecimento dos tons fetais a crescente dificuldade em percebê-los, alterações psíquicas no sentido de ânsia mortal. Na presença dos fatôres predisponentes o A. aconselha restrição da indicação de ocitócicos e ponderação especial na indicação da intervenção para terminar o parto, como também laparatomia em caso de ameaça de rotura, sendo esta laparatomia em geral bem sucedida, como se vê da comparação dos resultados: nos 15 casos de rotura espontânea ocorreram 7 mortes maternas e

10 mortes fetais. Nos 16 casos de rotura violenta ocorreram 3 mortes maternas e 12 mortes fetais enquanto que nas 17 pacientes de rotura iminente operadas em tempo não ocorreu nenhuma morte materna nem fetal. — *H. Stoltz.*

Rotura de gravidez ovariana primária (*Ruptur einer primären ovariellen Schwangerschaft*) — MALZ, S. — (*Gynäc.*, 149:21-26, 1960).

Aos 200 casos já publicados na literatura especializada o A. adiciona mais 1 caso de sua observação no Hospital Central de Emek. Afula. (Israel). Afirma que 1 caso dêstes ocorre 1 vez em 25.000 gravidezes e 1 vez entre 117 casos de prenhez ectópica. Tratava-se de 1 paciente de 20 anos, 3 p. que fora internada com suspeita de prenhez ectópica após sintomatologia dramática de hemoperitôneo. A laparatomia revelou o aspeto típico postulado por SPIEGER e NORRIS de prenhez ovariana com trompas normais. — *H. Stoltz.*

Excreção de oestriol em caso de morte fetal intrauterina (*Oestriol Excretion in Intra-Uterine Foetal Death*) — TEN BERGE, B. S. — (*Gynäc.*, 149:40-55, 1960.

O A. reafirma a utilidade da investigação da eliminação do estriol na gestação de mais de 5 meses ameaçada para verificar a possível morte fetal. Cita as experiências de ZONDEK quanto à atividade autônoma das capilares das vilosidades da placenta, contribuindo para o esclarecimento do problema com estudos proprios organizados em tabelas estatísticas sôbre a eliminação do estriol e fatôres clínicos da toxemia da gravidez com estudo macro e microscópico da placenta. — *H. Stoltz.*

RIVISTA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Observações sôbre candidíase vulvo-vaginal no material da Clínica Obstétrica e Ginecológica de Perugia (*Osservazioni sulle candidosi vulvo-vaginali nel materiale della Clinica Ostetrica e Ginecologica di Perugia*) — BAÇAJ, T. e PALAZZETTI, P. — (*Riiv. Ost. Gin.*, 15:31, janeiro de 1960).

Depois de acentuar que a candidía-e genital representa em nossa especialidade sempre problema da atualidade, pois em tôda a parte do mundo se apresentam processos inflamatórios

devidos aos fungos. Isso levou os estudiosos do problema a procurar esclarecer os vários aspectos biológicos. Tudo se atribuía a uma única espécie a *Cândida albicans*, fato hoje superado, atribuindo-se as manifestações patológicas no homem ao gênero *Cândida* e precisamente às espécies *albicans*, *parakrousei*, *tropicalis*, *pseudotropicalis* e *gulliermondi*. O material dos A. A. consistiu em 3.685 pacientes admitidas na Clínica, de 1.º de janeiro de 1956 ao fim de 1958. A maioria, contudo, eram doentes com afecções ginecológicas várias e sòmente em parte grávidas, as quais habitualmente ingressaram em trabalho de parto.

Os A. A. empregaram os seguintes métodos de exame: bacterioscópico direto, cultural, e estudaram diversos fatôres, representados pela idade, frequência, sintomatologia, quadro colposcópico, para chegar ao diagnóstico.

A Cândida foi identificada 307 vezes, com a frequência de 8,3 %. Em 160 casos foi feita a pesquisa cultural em meios glicosados selecionados. Das 65 pacientes com cultura positiva sòmente 13 apresentavam sintomatologia clínica, as outras 52 sòmente algumas perturbações. Na gravidez, pelo contrário, a Cândida é mais frequente e apresenta manifestações patológicas. Em 40 casos de candidíase vaginal na gestação, 32 ou 80 %, apresentavam sintomatologia vulvo-vaginal atribuível às condições endócrinas gravídicas. Depois de haver descrito os aspectos colposcópicos da vaginite micótica que a distinguem da de natureza protozoária, concluem pela eficácia da terapêutica com micostatin, pois em 78 pacientes estudadas, depois de 10 dias de tratamento obtiveram a cura em 70 ou seja 89,7 %, melhoria da sintomatologia clínica em 5, dos quais duas gestantes. O resultado bacterioscópico foi negativo em 67 pacientes ou seja 84,6 %. Durante o tratamento sòmente tiveram 1 caso de intolerância aos medicamentos, com manifestação hiperêmica local, edema e eritema, que melhorou em poucos dias com antihistamínicos por via geral e aplicações locais de unguento de cortisona. — *A. de Moraes.*