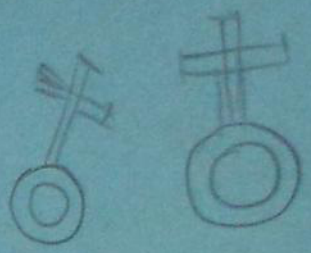
ANO XXVI
SETEMBRO DE 1961
Vol. 52 — N.º 3

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA





FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA





PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"



Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXVI Setembro de 1961 Vol. 52 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Provas funcionais no hirsutismo feminino contribuição ao estudo clínico — DR. ARNALDO DE MORAES FILHO 191

EDITORIAL

Dificuldades respiratórias do recemnascido 237

NOTAS E COMENTÁRIOS

I Conferência Sôbre o Ensino da Pediatria no Brasil 241

IX Congresso Chileno de Obstetrícia e Ginecologia 242

LIVROS E PUBLICAÇÕES

El diagnóstico precoz del cancer uterino — BOTELLA LLUSIÁ, J. MONTALVO RUIZ, J. GONZALEZ, J. e NOGALES ORTIZ, F. — Ed. Cientifica Medica Espanhola, Madrid, 1961 243

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr$	600.00
Exterior	US$	10.00
Número avulso	Cr$	100.00

Pedidos referentes a 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.

Pontos criticos da falha do tratamento do câncer do colo — MUNNEL, E. e BONNEY W.A. 157

Resultados no manejo do carcinoma preclínico do colo uterino — LATOUR J.P.A. 158

Excreção de estrogêneos em pacientes com câncer de mama — G.I.M. SWYER; AUDREY E. LEE J. P. MASTERSON ... 159

Analgesia obstetrica e aceleração do trabalho de parto pelo pyrrolamidol em solução oral — BONHOMME J. 159

Sôbre a dor pseudoginecológica — BALAZUC, J. 160

Excreção de esteróides em mulher portadora de virilismo piloso associado a distúrbios do ciclo menstrual — M. F. JAYLE; R. SCHLLER P. M. JAVIS S. METAY 161

Ovário e secreçao tireóidiana — C. BECKERS, M. DE VISSCHUER 162

O interêsse das provas de E.E.G. e das terapêuticas neuro-sedativas em clínica ginecológica — J.P. GAUTRAY, S. NATTER 162

tomia. Outros dois sofreram proctite radiológica tão forte que tiveram que ser submetidas à exenteração posterior. Oito casos morreram de doenças intercorrentes e nenhum de câncer; 263 casos estão bem e sem recidiva.

Conclue o autor que o carcinoma de invasão incipiente está mais próximo ao estádio O que ao estádio I de invasão franca. O tratamento melhor seria a histerectomia simples com grande manguito vaginal. A simples biópsia anular pode ser considerada suficiente para mulheres moças desejosas de filhos, com a condição de controles citológicos periódicos.

João Paulo Rieper

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Excreção de estrogêneos em pacientes com câncer de mama Oestrogen excretion of patients with breast cancer). — G.I.M. Swyer; Audrey E. Lee; J. P. Masterson — Brit. Med. J. Março 4; 617; 1961).

Estudo realizado em pacientes pré-menopausicas portadores de câncer de mama, em que foram realizadas dosagens de estrogênios, por método químico, antes e após cirurgia (ooforectomia e adrenalectomia).

Os AA. não encontraram diferenças marcantes na excreção dos estrogênios nos períodos pré e post operatório. Nas mesmas pacientes foram realizados exames colpocitológicos, concordando os mesmos de modo geral com as dosagens hormonais. Verificaram também os AA. que às melhorias experimentadas pelas pacientes, não correspondiam as dosagens de estrogênios, não havendo diminuição dêstes.

Adriano C. Ferreira.

REVUE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

Analgesia obstetrica e aceleração do trabalho de parto pelo pyrrolamidol em solução cral. Analgésie obstétricale et accéleration du travail par le pyrrolamidol en solution buvable). — BONHOMME, J. — (Rev. Fr. Gynec. et d'Obst., 56: 241, Março 1961).

O A. apresenta um estudo sôbre o pyrrolamidol ou palfium, durante o trabalho de parto. Seu uso não impede a aplicação de outros métodos com a finalidade de melhorar o confôrto da paciente, como o método psicoprofilático e seu modo de administração oral facilita a aceitação por parte das mesmas. São feitas observações sôbre a ação do produto sôbre o estado geral da parturiente, sôbre a marcha do trabalho de parto, sôbre a expulsão, sôbre o feto e sôbre a dequitação. Analisa também a ação analgésica da droga; na dose de 5 mg., renovada uma vez e excepcionalmente duas com intervalos variando de 1 a 4 horas, o palfium deu um efeito satisfatório em 75 a 80% dos casos, de acôrdo com a observação das pacientes ou de seus assistentes. Encurtou, também, o tempo de trabalho sem trazer nenhum incidente na marcha do mesmo.

C. A. Ferreira

Sôbre a dor pseudoginecológica (Sur la douleur pseudo-gynécologique) — BALAZUC, J. — (Rev. Fr. Gynec. et d'obst. 56:169, março de 1961).

À luz da complexidade de interações (de natureza mecânica, metabólica, endócrina, infecciosa, linfática e nervosa) entre os fatores das dores do andar pélvico da mulher é que o A. define a dor pseudoginecológica. Afirma que esta expressão só tem sentido nos casos onde as manifestações dolorosas acusadas pela paciente parecem indicar uma afecção ginecológica mas que ao exame esta é inexistente ou pelo menos insuficiente para as explicar ou ao serem comprovadas vão com os nomes comodos de nevralgia pelviana ou de pelvipatia.

Ao exame ginecológico o êrro mais freqüente consiste em limitá-lo ao conteúdo visceral da pequena bacia e negligenciá-lo ao estado da parede pelviana e mesmo das paredes no sentido mais amplo da palavra, bem como da estática da bacia e da raque lombo sacra. Ao contrário da dor ginecológica que é visceral a pseudo ginecológica é parietal. Ela pode se estabelecer: a) — ao nível dos ligamentos e reforços fibrosos e b) — ao nível dos nervos.

Analisando o primeiro item estabelece entre outros fatos "um quadrilátero doloroso" constituido pelas duas espinhas ciáticas e os orifícios internos dos canais sub-pubianos. No item seguinte assinala que uma distinção formal entre dor ligamentar e nevrálgica é não sòmente impossível clìnicamente mas sobretudo ilusória.

ANO XXVI
OUTUBRO DE 1961
Vol. 52 — N.º 4

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Atenco do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXVI Outubro de 1961 Vol. 52 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Pág.

O extrator obstétrico a vácuo — DR. HENRIQUE DUEK 163

Simpósio sôbre o vácuo extrator — DR. HENRIQUE DUEK 179

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Tratamento etiopatogenético da sindrome pré-menstrual com uma nova associação medicamentosa — DR. HÉLIO DUARTE FELICIANO 189

EDITORIAL

Educação médica — PROF. OSWINDO PENA 198

NOTAS E COMENTÁRIOS

XII Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 205

Sociedade Brasileira de Citologia 205

Nova reunião anual da Inter-Society Cytology Council 205

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas 206

International Academy of Gynecological Cytology 206

Sociedade Sueca de Citologia Clínica 206

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Das carcinoma colli uteri. Seine prognose und behandlung — JANISCH-RASCIVUC, W. 207

RESUMOS

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr$	600,00
Exterior	US$	10.00
Número avulso	Cr$	100,00

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

TRABALHOS ORIGINAIS

MATERNIDADE CLOVIS CORRÊA DA COSTA
DIRETOR : DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA

O EXTRATOR OBSTÉTRICO À VÁCUO

Dr. Henrique Duék
Chefe de plantão

O extrator obstétrico à vácuo, comumente chamado vácuo-extrator ou ventosa suéca foi criado pelo parteiro TAGE MALMSTROM em 1953 na Suécia, em Gothenburgo.

Houve inicialmente certa resistência ao emprêgo do aparêlho porque as indicações e técnicas exigidas ao seu funcionamento não estavam bem esclarecidas. Com o decorrer do tempo, as dúvidas foram dirimidas e o método difundido nos países escandinavos, na Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Rússia, França, Austrália, Portugal, Espanha Brasil, Argentina, e agora se iniciando nos Estados Unidos.

Em nosso país foi introduzido por Roberto Estrêla em 1957, depois por Francisco Beltrão e difundido por Victor Lacombe e outros, todos parteiros no Rio de Janeiro.

O aparêlho é formado por duas partes: uma produtora de vácuo e outra tratora. A primeira constituída por uma bomba manual aspirante, um vidro intermediário do circuito, que está fechado por uma rôlha grossa de borracha de onde sai um manômetro ou vacuômetro, uma válvula ou botão de descarga que abre e fecha o circuito e um tubo de borracha condutor de ár. (fig. 1)

A 2.ª parte denominada tratora ou condutora é formada por uma ventosa de metal, também chamada cúpula ou campânula, contendo um botão na face externa e uma placa interna obturadora ou obstrutora da passagem de ár, presa a uma corrente; uma cruzeta com um pino de rosca com rôlha

Recebido para publicação em 30/6/61.

de borracha grossa, e finalmente, dois tubos de borracha condutores de ar. Três campânulas de tamanhos diferentes, de 4, 5 e 6 cms de diâmetro de abertura, acompanham o aparêlho a fim de serem colocados na cabêça fetal, dependendo de dilatação do colo do útero.

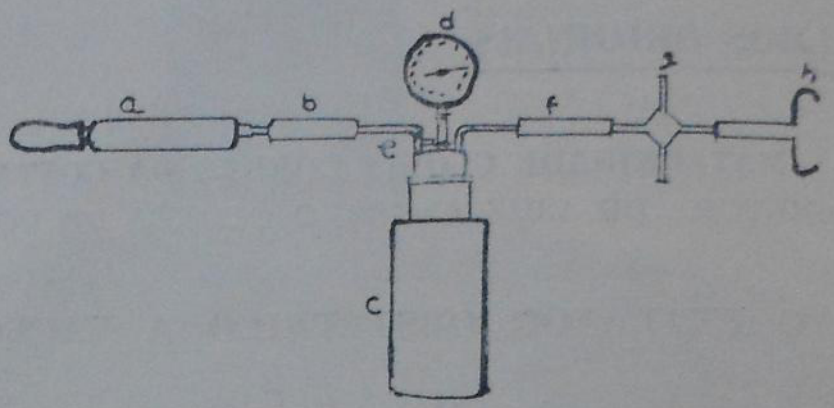


FIGURA 1 - APARELHO DE TAGE MALSTROM
a — BOMBA
b — TUBO DE BORRACHA
c — VIDRO
d — MANOMETRO
e — VÁLVULA
f — TUBO DE BORRACHA
g - CRUZETA
h — CÚPULA

Trata-se, em última análise, de um trator em que a resistência é representada pela cabeça fetal, o ponto de aplicação está na bossa e a potência a fôrça aplicada pelo parteiro na cruzeta.

Juan Livio Martini e José A. Cabello de Buenos Aires, desde outubro de 1958 substituiram a bomba aspirante manual pela de pedal, conseguindo em 120 casos iniciais, resultados muito bons; esta inovação portenha permite ao parteiro trabalhar sòzinho, dispensando assim um ou dois auxiliares que são necessários quando se usa a bomba manual.

H. Fenerstein empregou em 186 casos o motor elétrico para produzir o vácuo, pois acha que êsse aperfeiçoamento aumenta a precisão do aparêlho, impedindo a penetração de ár pela bomba, diminuindo o tempo para se obter o vácuo, reduzindo-o de 6 a 10 minutos, para 4 a 5 minutos; êle também verificou que com êste expediente a bossa sero-sanguinea, artificialmente formada, desaparecia mais ràpidamente.

A montagem geral do aparêlho de bomba manual é simples: o manômetro é preso ao vidro por uma rôlha de borracha; de um lado comunica-se com a bomba manual por um

tubo de borracha; de outro lado é ligado à campânula por outro tubo de borracha, atravessando antes uma cruzeta, mais ou menos a 1/3 de distância da cúpula. A campânula metálica tem uma placa obturadora; desta sai uma corrente de metal que é colocada por dentro de um tubo de borracha; a corrente transfixa a cruzeta, ficando presa à esta por um pino.

As peças devem ficar bem conectadas umas às outras, a a fim de se evitar a penetração de ár. Com êste mesmo objetivo alguns autores recomendam passar um pouco de vaselina entre a rôlha de borracha e o vidro. Nós achamos esta prática dispensável. Deve-se ter sempre o cuidado de fechar a válvula do circuito para impedir a penetração de ár no sistema.

Para funcionamento do aparêlho de bomba manual há necessidade de 3 pessoas; uma acciona a bomba manual aspirante, outra segura o vidro e observa o manômetro, e, finalmente, a terceira pessoa é o parteiro que coloca a cúpula de encontro a cabeça e faz trações para extrair o feto.

— Quais as condições indispensáveis para indicarmos a aplicação da ventosa sueca?

— Bolsa d'água rôta, apresentação cefálica, colo completamente dilatado ou dilatado no mínimo para 8 cms (e, nêste caso não espasmódico, distensível) e bacia normal.

Menos exigentes são outros parteiros ao indicarem o V.E.. Aceitam a aplicação quando colo ainda está com 5 ou 6 cms. de dilatação. Nós só permitimos esta indicação em feto morto; tratando-se de feto vivo, somos mais conservadores, mais cuidadosos, e exigimos que a dilatação do colo esteja para mais de 8 cms, como é feito na Maternidade Escola, serviço do Prof. Rodrigues Lima.

— Qual a anestesia a ser empregada?

— A aplicação do extrator obstétrico à vácuo não exige anestesia; entretanto, fazendo-se o bloqueio anestésico dos pudendos com novocaina a 1%, bem como uma infiltração anestésica no local a ser feita a episiotomia prévia, facilita-se a colocação da cúpula na vagina, torna mais tolerante a manipulação no aparêlho genital, e a parturiente reage menos, reduz espasmos vulvo-vaginais e torna menos dolorosa a saida do concepto.

A cúpula deve ser empregada de acôrdo com o gráu de dilatação do colo, sendo óbvio que quanto maior o diâmetro da ventosa escolhida, maior será a superfície de péga; em conseqüência, necessita-se menor potência na tração, quando se usa a cúpula maior, pois a fôrça energética terá maior distribuição em superfície.

Nas cabeças altas e nas primíparas aconselhamos aplicar, de preferência, a cúpula menor. Quando a cabeça estiver nos degraus mais baixos da pelve materna e sentirmos necessidade de trações mais vigorosas, podemos trocar a cúpula menor por outra maior; provàvelmente, obteremos assim maior êxito.

A introdução da cúpula na vagina deve ser feita com certo cuidado para não traumatisar a mucosa vulvo-vaginal. Com a mão esquerda o parteiro entreabre a vulva e com a direita introduz suavemente a ventosa por um dos seus bordos. Nas primíparas podemos umedecer a cúpula com vaselina líquida, ou melhor, em uma solução de água e sabão.

O botão da cúpula deve ficar sempre voltado para o ociput, a fim de manter o parteiro orientado sôbre a posição da cabeça fetal e o sentido da rotação a ser imprimida à mesma.

A ventosa deve ficar o mais próximo da pequena fontanela, ou fontanela posterior, de preferência ao nível do ocipito, a fim de que, com as trações, venhamos a corrigir a atitude da cabeça fetal, que, por vêzes, se acha mal fletida ou em atitude militar. Com êste artifício de técnica aumentamos a flexão mínima pela flexão média que é de 10 1/2 cms (sub-ocípito-frontal); e, talvez, em casos mais felizes, conseguindo a flexão máxima, e reduzindo a apresentação ao diâmetro sub-ocipito bregmático que é 9,5 cms. Desta forma, no maior número de vêzes, obtem-se por artifício de técnica a redução do diâmetro da apresentação, e conseqüentemente, a passagem do objeto através do canal da parturição, permitindo o parto pela via vaginal, anteriormente considerado distócico.

Outro cuidado importante na técnica da aplicação do extrator obstétrico à vácuo é o de se evitar a penetração do bordo do colo na cúpula, assim como as dobras da mucosa vaginal, as membranas, e os coágulos grandes. Aconselha-se, si necessário a limpar com uma gaze a cabeça fetal antes da colocação da ventosa; isso feito, coloca-se a campânula e corre-se o dedo em tôrno da mesma, a fim de se certificar que o colo aí não penetrou.

Quando se fizer necessária a traquelotomia, aconselhamos só fazê-la após a aplicação da campânula, para que o sangue causado pela incisão não venha a se escoar para dentro da mesma, e, possìvelmente, formar um grande coágulo, com a obstrução de campânula, permitindo que se forme o vácuo, porém em falsa pegada.

Colocada a ventosa de encontro à cabeça fetal esta deverá ser mantida fixa pelos dedos indicador e médio da mão

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

do parteiro, fazendo-se certa pressão para se evitar a entrada de ár pela bomba, aspirando 0,2 kgs por cm 2 cada 2 minutos, até 0,6 a 0,8 Kgs; aí chegando, esperamos mais 1 a 2 minutos antes de iniciarmos as trações. À medida que se faz o vácuo o couro cabeludo vai penetrando na cúpula a pouco e pouco, até enchê-lo completamente, formando o então chamado "coque de aspiração" que é verdadeiramente o ponto de apôio onde se exerce a tração, que nada mais é que uma bossa sero-sanguínea formada artificialmente. Mais recentemente alguns parteiros estão fazendo o bombeamento direto, isto é, provocando a rarefação em um só tempo até, 0.6 kg. esperando poucos minutos para se formar a bossa. Com esta modificação de técnica o "cone de aspiração" parece regredir mais ràpidamente após o nascimento da criança. (fig. 2)

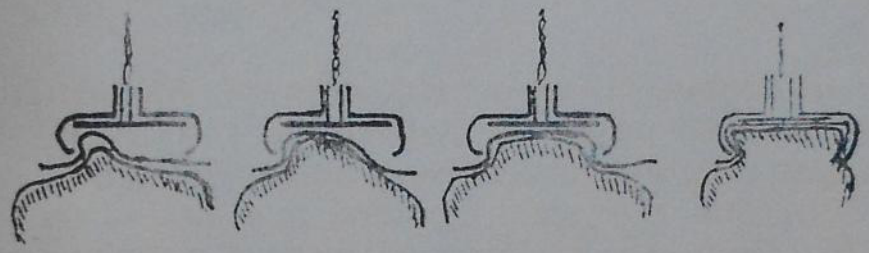


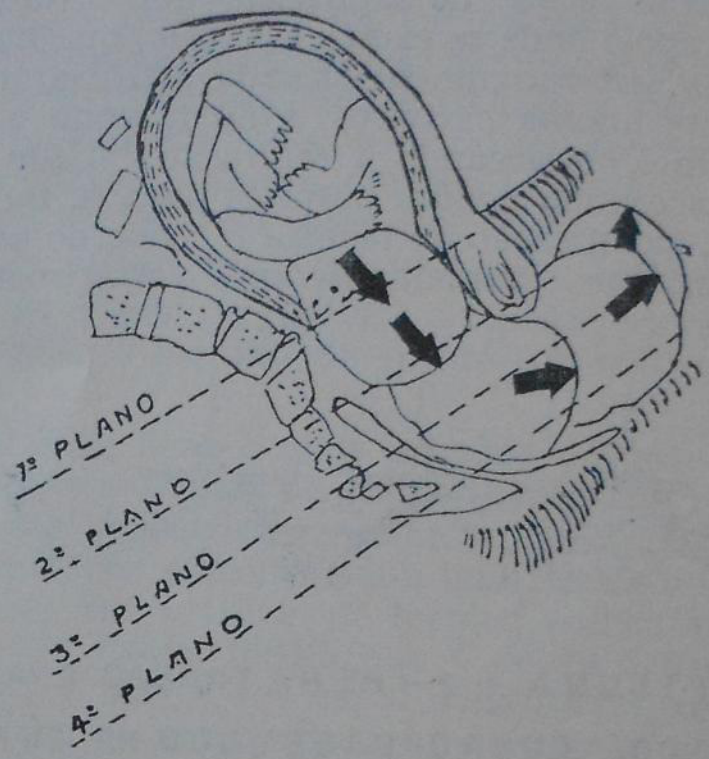
FIGURA 2—PENETRAÇÃO GRADATIVA DO COURO CABELUDO NA CÚPULA

Nos casos em que já houver bossa sero-sanguínea formada pode-se abreviar o tempo de espera.

Formado o "coque de aspiração", obtido o vácuo, com a mão direita o parteiro segura a cruzeta, fazendo tração no sentido do eixo da bacia, procurando conduzir a cabeça fetal através a curva de Carus; na maioria das vêzes a rotação vai se processando espontâneamente com a descida da cabeça. As trações devem ser alternadas, procurando-se imitar as contrações uterinas normais, portanto de 45" a 60" no máximo, em cada uma; a seguir, deve-se relaxar a tração, durante 45" a 60", evitando-se também excitar o útero; depois ou êle se contrai espontâneamente, ou excitamo-lo, tracionando; o útetero geralmente responde à tração, e então, associamos à vis à tergo (útero e prensa abdominal) a vis à fronte, que é a do parteiro: a soma das duas fôrças no sentido apropriado, em momento oportuno e sinérgicas, associando-se à prensa abdominal, corrigindo-se a atitude da cabeça fetal, e rodando no sentido correto, geralmente produz resultado favorável. (fig.3)

Em conclusão, as trações devem ser alternadas, e, de preferência, em sinergia, com as contrações uterinas, no sentido

FIGURA 3- EIXOS DA BACIA. PLANOS DE HODGE E DIREÇÃO DAS TRAÇÕES PARA O EXTRATOR OBSTÉTRICO A VÁCUO



de Carus, a princípio para baixo de 45° do nível da mesa de parto, depois 30°, 20° e 10°, aproveitando a mobilidade do cócix, fugindo ao pube e ao ligamento arquato. Quanto mais alta estiver a apresentação, mais para baixo deverá ser o sentido da nossa tração; nêste caso, com os dedos médio e indicador da mão esquerda, empurramos a cabeça para trás a fim de aproveitar ao máximo a escavação e evitarmos de bater no pube; também nessa circunstância a posição da parturiendeverá ser semi-sentada na mesa de parto, posição de Fitzhrgh — que auxilia a descida da cabeça, desviando-a do pube. Descendo a apresentação, depois de transpôr o ligamento arquato e com o descalçamento das bossas parietais, podemos dirigir as trações para cima 10° 20°, 30°, 45° e até quase 90°, orientando a saída da cabeça e auxiliando a deflexão da mesma. (figs. 4 e 5)

Saindo a cabeça fetal, abre-se a válvula a fim de interromper o circuito, permitindo a penetração de ar, o que traz o deslocamento automático da ventosa sem traumatismo.

Nas posteriores e na transversas, após a descida da cabeça ao nível das espinhas ciáticas, concomitantemente com a tração, pode-se auxiliar a rotação da cabeça fetal girando

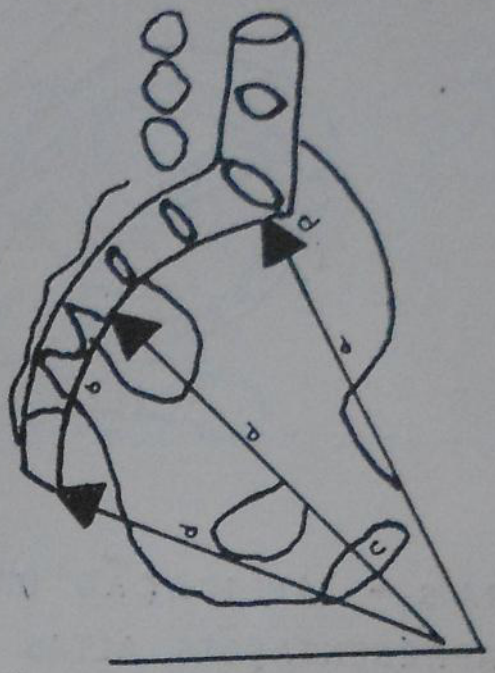


FIGURA 4 - ESCAVAÇÃO (BUMM) SETAS MONSTRANDO A DIREÇÃO QUE DEVE SER IMPRIMIDA À CABEÇA FETAL

a — PROMOTORIO

b — ESCAVAÇÃO DA BACIA

c — PUBE

d — SETAS MOSTRANDO A DIREÇÃO

o tubo de borracha no sentido em que se deseja a rotação — 90° nas transversas e 135° nas posteriores, voltando-se o occipito para o pube.

Algumas causas podem determinar o descolamento da cúpula durante as trações:

a) a presença de membrana se interpondo entre a cúpula e o "cone de aspiração";

b) a presença de grandes coágulos na cúpula;

c) má adaptação da cúpula à cabeça fetal impedindo que se forme convenientemente o "cone de aspiração";

d) má adaptação das partes do aparêlho entre si, permitindo a penetração de ár no circuito;



FIGURA 5 — APLICAÇÃO DA VENTOSA SUECA NAS APRESENTAÇÕES ALTAS (ARTIFÍCIO DE TÉCNICA DO AUTOR)

e) tração no sentido incorreto, esbarrando no ligamento arquato ou no pube;

f) obstáculos ósseos — desproporção céfalo-pélvica, promontório supra-numerário, espinhas ciáticas salientes, inclinação exagerada da bacia (pube baixo), sacro e coccix anquilosados, etc;

g) obstáculo muscular-espasmo uterino alto enluvando o feto ou espasmo anelar na matriz.

h) quando o ângulo formado em tôrno de sua orla de fixação se aproxima do zero.

— Quais os elementos auxiliares que podem ser utilisados na extração à vácuo?

a) — "drip" — com ocitócico — uma unidade pituitrina ou pitocin ou de sintocinon em 500 cc de sôro glicosado a 5% endovenoso — gôta a gôta — XX a XL gôtas ou mais por minuto, a fim de aumentar a contração uterina;

b) — espasmolíticos — caso haja espasmo de colo uterino — de preferência por via intramuscular; excepcionalmente poderá ser adicionado ao sôro glicosado endovenoso a 5% em forma de gôta a gôta — também na dose de XX a XL gotas por minuto (demerol, etc). (fig. 6)

c) — a associação do espasmolitico ao ocitócico, no mesmo sôro glicosado a 5%, gôta a gôta endovenoso, ou em fras-

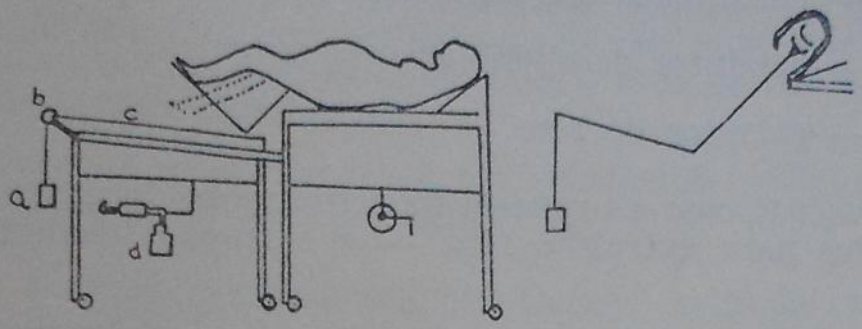


FIGURA 6—TRAÇÃO CONTÍNUA - REPRODUÇÃO DE MALSTROM

a — PESO = 1 a 3 QUILOS

b — ROLDANA

c — CORDEL

d — VÁCUO EXTRATOR

cos diferentes, que é o mais aconselhável, para se poder aumentar ou diminuir a dose de acôrdo com o que fôr necessário;

d) — em caso de grande desvio do útero para um dos lados da coluna — enfaixar o ventre colocando-se um coxim em um dos lados — a fim de que a contração uterina seja convenientemente aproveitada e dirigida no sentido do canal da parturição;

e) — manobra de Kristeler — moderada, no momento da contração uterina;

f) — posição de Fitzhugh — para as apresentações altas e médias — posição semi-sentada da parturiente a fim de permitir a penetração mais fácil da cabeça na bacia da parturiente ao se fazer com o V. E. a tração para baixo; (fig. 7)

De um modo geral, os Autores atribuem ao aparêlho de Malmstrom as seguintes qualidades:

1) — dilatador de colo — alguns parteiros aplicam o aparêlho com o colo dilatado apenas para 5 ou 6 cms; como já dissemos, só empregamos quando a dilatação tem mais de 8 cms, em colo distensível, fino, não espasmódico; ainda outros, só empregam quando a dilatação está completa, portando não o aceitam como dilatador;

2) — corretor de atitudes da cabeça fetal;

3) — condutor de objeto através o trajeto;

4) — extrator do féto.

De acôrdo com a urgência da terminação do parto temos 2 métodos para extrair o féto — a extração imediata e a mediata.

A extração imediata é empregada na grande maioria dos dos casos pelo processo já descrito, fazendo o parteiro trações alternadas na vigência das contrações uterinas.

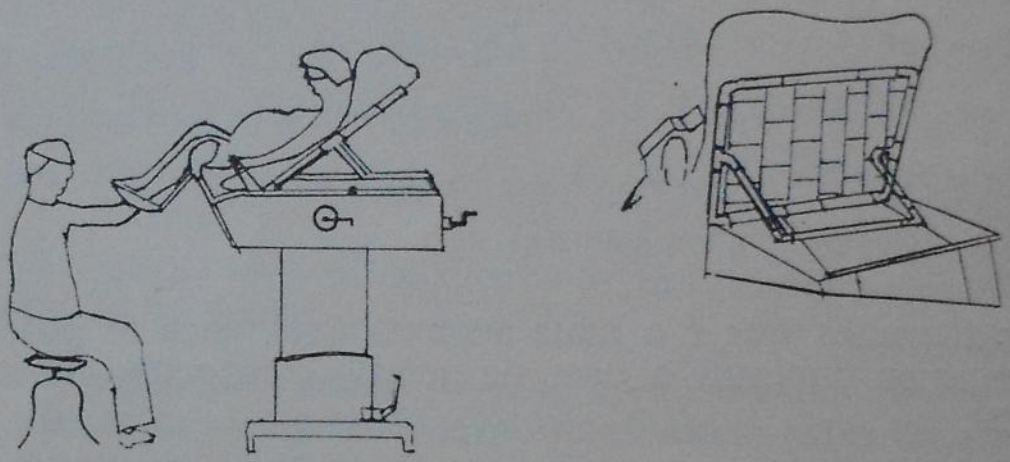


FIGURA 7 — POSIÇAO DE FITZHUGH (SEMI-SENTADA) TAMBÉM ACONSELHADA PARA PERIODO EXPULSIVO NOS PARTOS NORMAIS (MESA ELEVADA E TRAÇÃO PARA BAIXO)

A extração mediata, raramente utilizada, é feita, por meio de tração contínua. É baseada no processo de Gauss-Wilet. Após a aplicação total do aparêlho, amarramos na cruzeta um cordel e o levamos em direção aos pés da mesa de parto, onde deixamos passar por uma roldana; o cordel desce até ser preso a um pêso que deve variar entre 1 a 3 quilos , no máximo. O pêso inicial deve ser de 500 grs. e, gradativamente, aumentado de 500 grs. cada 10 a 15 minutos. O resultado é muito bom quando o colo não é grosso, espasmódico e não há desproporção féto-pélvica. Nos fetos vivos a duração da tração não deve exceder de 40 minutos; descendo a cabeça fetal podemos desprezar a tração contínua e optar pelas trações alternadas feitas pelo parteiro; geralmente, minutos após, a extração fetal é completada. Se, ao contrário, a cabeça não ultrapassar o estreito superior, devemos indicar imediatamente a operação cesareana.

Tratando-se de féto recentemente morto éste método é mais indicado desde que a dilatação do colo, seja para mais de 5 cms; neste caso o espasmo do colo, o vício pélvico e a duração são obstáculos relativos.

Esquema geral das condições e indicações principais para a aplicação do vácuo extrator:

A — Extração imediata por trações manuais alternadas ou intermitentes.

I — **Condições**

a) — bacia normal

b) — ausência de desproporção céfalo-pélvica

c) — apresentação no 2.º, 3.º ou no 4.º planos de Hodge

d) — dilatação do colo completa ou com mais de 8 cms

e) — batimentos cárdio-fetais normais, ou pràticamente normais; no sofrimento fetal em início, ou, féto recentemente morto;

2 — **Indicações principais**

a) — sofrimento fetal em início; sofrimento fetal agudo;

b) — parada da progressão (principalmente nas transversas e nas posteriores persistentes);

c) — período expulsivo prolongado (depois de 20. de espera);

d) — hipossistolia uterina;

e) — assinclitismo persistente;

f) — estafa materna; cardiopatias, asma, toxemia gravídica, tuberculose pulmonar, hipertensão arterial, etc.;

g) — feto recentemente morto;

h) — vácuo de prova; vácuo profilático ou eletivo; insucesso no forcípe;

i) — parto cesáreo anterior;

j) — na profiláxia da hemorróide e do descanso da parede anterior da vagina e da bexiga.

B — Extração mediata por tração contínua — (quando não houver urgência na terminação do parto).

1 — **Condições**

a) — bacia normal

b) — ausência de desproporção céfalo-pélvica

c) — apresentação cefálica entre o 2.º e o 3.º planos de Hodge

d) — colo dilatado para 6 a 8 cms. distensível

e) — batimentos cárdio-fetais normais ou féto recentemente morto;

2 — **Indicações principais**

a) — hipossistolia uterina;

b) — trabalho de parto prolongado;

c) — DPP (com discreta perda sanguínea);

d) — IVP (marginal ou lateral);

e) — feto recentemente morto (neste caso não importa o tipo de bacia);

As lesões maternas causadas pelo V.E. são pràticamente nulas. As fetais são raríssimas, porém alguns Autores referem casos de cefalohematomas, petéquias e flictenas puntiformes; entretanto, nenhuma destas observações apresenta gravidade; as duas últimas ocorrências são resolvidas espontâneamente; e a primeira por puncionamento, quando fôr necessário. Bem raros são os casos em que os Autores pensam em atribuir ao vácuo a morte fetal. Em 100 vácuo-extrações

em nossa maternidade nenhum caso de morte fetal podemos culpar à ventosa sueca.

O "cone de aspiração" desaparece espontâneamente, via de regra, de minutos a horas após o parto, sendo, geralmente, o tempo de desaparecimento proporcional a duração da extração a vácuo. Nos prematuros não devemos elevar o vácuo além de 0,4 a 0.6 kg.

Desaconselhamos a indicação do V. E. nos fetos grandes de mães diabéticas ou pré-diabéticas em que já existe fragilidade vascular constitucional; devemos ser cuidadosos com os fétos super maduros, não elevando o vácuo a mais de 0,6 kg. e proscrevendo a extração contínua; finalmente, contra-indicamos nas apresentações de fronte, face ou nádega.

Voegeli, H. mandou verificar as lesões oftálmicas das crianças a V. E. e encontrou as mesmas lesões que as das crianças nascidas de partos normais, portanto, inócuas e reversíveis.

Diversos Autores procuraram comparar a fôrça do parteiro exercida no fórcipe e no V. E. colocando o dinamômetro de mola nos instrumentos; terminaram por concluir que no fórcipe emprega-se 8 a 10 vêzes mais fôrça que no V.E.

B. Wylie fez minucioso estudo sôbre a fôrça da tração aplicada ao fórcipe e encontrou no dinamômetro os seguintes resultados:

Primíparas	N.º de casos	Kg	Multíparas	N.º de casos	Kg
F. baixo	192	13,7	F. baixo	434	10,0
F. médio baixo	106	17,4	F. médio baixo	101	13,3
F. médio	15	19,3	F. médio	16	15,7

Portanto, a média 16.8 kg para as primíparas e 13.0 kg para multíparas.

BREY e FANGHANEL fizeram com o V.E. verificações semelhantes as de WYLLIE com fórcipe, empregando dinamômetros presos ao V.E. e encontraram apenas 2 a 3 kg quando fizeram trações menores e a 6kg nas trações maiores portanto a média de 4,5 kg.

FENERSTEIN utilizou outro tipo de dinamômetro para dosar nas aplicações de fórcipe e no V.E. com motor elétrico, encontrando em média 8,67 kg fôrça para o fórcipe e 1,2 kg fôrça para o V.E.

Verificou-se que quanto maior a bossa sero — sanguínea existente antes da aplicação do V.E. menor será o tempo necesário para se fazer o vácuo; assim também, quanto maior a campânula menor será a fôrça a ser empregada; finalmente, nas multíparas e nas aplicações baixas, as extrações são mais fáceis. E' inócuo no prematuro com técnica especial.

O emprêgo do V.E. tem baixado os índices de cesareana e, principalmente, os de fórcipe; particularmente nas aplicações transversas e nas posteriores, onde o risco da aplicação de fórcipe é maior, recomendamos substituir pelo V.E. que é atraumático e inócuo.

Com o evento do V.E., ROSA e PIRAUX, da Bélgica, baixaram os seus índices de cesárea para 1% e fórcipe para 1%; FENERSTEIN, da Alemanha, baixou de 2,8% para 1,9% na cesareana e no fórcipe de 4,5% para 3,2%; SNOECK, conceituado parteiro de Bruxelas, após 5 anos de aplicação de V.E., terminou eliminando totalmente o uso do fórcipe na sua Maternidade.

Em mais de duas dezenas de trabalhos que compulsamos sôbre o V.E. não encontramos nenhum caso em que o autor atribuisse a êsse aparêlho a morbilidade ou a morte fetal.

O aparêlho parece ser inócuo para a mãe e para o féto e, por isto, recomendamos o seu uso.

BIBLIOGRAFIA

1. BELTRÃO, F. e FERREIRA, A.D. — Arq. Bras. Med. Naval 66:6267 (1957) — 2. BERGGREN, O.G.A. — Acta Obst. et Gynec. Scandinav — 28-315 (1959) — 3. BREY, J. e FANGHÂNEL — geburts n. Frauvenkl — 12: 1357 (1960) — 4. DEXEUS, J.M. — Obst y Ginec. Lat. Americ. 15:253 (1957) — 5. DUÉK, H. — Rev. Ginec. e d'Obst. — 107: 309 (1960) — 6. ESTRELA, R. — Rev. Med. Municipal — 25: 214 (1957) — 7. ESTRELA, R. — Rev. Ginec. e d'Obst. — 106: 399 (1960) — 8. ESTRELA, R. — An. Bras. Ginec. 49: 185 (1960) — 9. FENERSTEIN, HH. — Geburst n. Frauenk — 8: 960) 10 — FINDERLE, V. — Am. J. Obst. Gynec. — 69: 1148 (1955) — 11. — FLEMING, A. R. BRANDEBERRY KK e PEARSE W.H. — Am. J

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Obst gynec — 78: 125 (1959) — 12. FULDNER, R.V. — Ann. M. Arch. Neurol. and Psychatr. — 74: 267 (1955) — 13. HOCHULI, E. e STOEKLI, A. — Geburts n. Fravenkl — 20: 350 (1960) — 14. LACOMBE, Vg ECOL — Rev. Med. Municipal 26:213 (1959) — 15. MALMSTROM, T. — Acta Obst. et Gynec Scandin. 33 supl. 4 (1959) — 16. MALMSTROM, T. — Acta Obst et Gynec Scandin. — 36:7 (1957) — 17. MARTINI G.L. e CABELLO J.A. — Bol. Soc. Obsty Ginec. Bs. As. — 39: 316 (1960) — 18. MORAND, P. — Tese Docência — Rio Janeiro (1960) — 19. ODDO, R. e MARTIN-LAVAL, J. — Bul. Soc., Gynec. d'Obst. — 11: 146 (1959) — 20. PIGEAUD, H. — Gynec. et Obstetr. — 56: 166 (1957) — 21) ROSA, P. et PIRAUX, P. — Bull. Soc. Belga de Gyn. et d'Obst — 25: 142 (1955) — 22. ROSA, P. et PIRAUX, P. — Bull. Soc. Belga de Gyn. et d'Obs. — 27: 30 (1957) — 23. SNOCK, J. — Obst. Gynec. Survey — 16: 191 (1961) — 24. VOEGELI, H. — Gynec et Obstet — 57: 95 (1958) — 25. WYLIE, B. — Am. J. Obst. Gynec. 29. 425 (1955) —26. TRICOMI V; AMORISI L. e GOTTSCHALK W. — Am. Journ. Obst. and Gynec. 81:4 (1961).

Obstetrical Vacuum Extractor

Summary

The author is based on one thousand vacuum extractions at the Maternidade Clovis Corrêa da Costa. His results to the mother and child are good. He makes a review of the technique, indications and contraindications of the V.E. and advocates the aplication of the V.E. on prematures as well as in some circunstances with private technique, at the superior strait. He believes on the gradual substitution of forceps by V.E. mainly in transverse and posterior positions and some indications for cesarian section. Seven pictures of vacuum extraction ilustrate the article.

Vacuum Extracteur Obstetrical

Résumé

Basé sur une observation de 1.000 vacuum extractions faites à la Maternité Clovis Correa da Costa (Rio) l'A. relate des bons résultats enregistrés tant chez la mère comme chez l'enfant. Une revision de la technique, indications et contre-indications du V.E. est faite. l'interêt de son application chez les prematurés, dans certains cas particuliers, au niveau du detroit superior. Il mentionne la substitution progressive du forceps par le V.E. dans certains cas en position transverse et posterieur et dans quelques indications d'operation cesarienne. Sept photographies de V.E. illustrent cet article.

Die Geburtshilfliche Vakumextraktion.

Zusammenfassung

Der Verf. berichtet über 100 Vakuumextraktionen in der Maternidade Clovis Corrêa da Costa, mit gutem Ergebnis für Mutter und Kind. Der Verf. referiert die Literaturübersicht hierzu sowie Indikation, Kontraindikation wobei er für die Anwendung beim Frühgeborenen mit desonderer Vorzicht ist, sowie bei hochstehendem Kopf unter besonderen Bedingungen mit eigener Technik. Der Verf. glaubt an die allmähliche Verdrängung des Forzeps durch den Vakuumextraktor, besonders bei tiefem Querstand und hinterer Hinterhauptslage, wie auch bei einigen Fäallen die sonst Kaiserschnittsindikation bedeuten. Der Verf. belegt seine Arbit mit 7 Skizzen von direkten und indirekten Vakuumextraktionen.

MATERNIDADE CLÓVIS CORRÊA DA COSTA
Diretor: Dr. Luiz Alfredo Corrêa da Costa

SIMPÓSIO SÔBRE O VÁCUO EXTRATOR

(Considerações em tôrno de 1.000 casos)

Resumo feito pelo
Dr. Henrique Duék
Assistente

Organizado pela Maternidade Clovis Corrêa da Costa, aos 7 dias de junho de 1961, realizou-se um simpósio, na forma de painel, sôbre o extrator obstétrico à vácuo, tendo sido convidados, para coordenador o Prof. OTÁVIO RODRIGUES LIMA, catedrático de Obstetrícia da Faculdade Nacional de Medicina, e mais 7 parteiros representando 8 grandes Maternidades no Rio de Janeiro, para responderem perguntas que seriam formuladas em auditório seleto formado por uma centena de parteiros, pediatras e puericultores.

As Maternidades convidadas que aceitaram compartilhar dos trabalhos foram as seguintes:

1. Maternidade Escola — (Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil). Diretor: Prof. OTÁVIO RODRIGUES LIMA. Assistente indicado para representar — Dr. PAULO MORAND. (a)

2. Maternidade do Hospital Servidores Municipais. Diretor: Dr. MAIA BITENCOURT. Assistente indicado para representar — Dr. ROBERTO ESTRELA. (b)

3. Pela AMSA e Maternidade Cascadura. Dr. FRANCISCO BELTRÃO. (c)

4. Hospital Maternidade Clara Basbaum. Diretor: Dr. FRANCISCO C. GRELLE. Assistente indicado para representar — Dr. DANIEL BOECHAT. (d)

5. Maternidade do Hospital IAPETC. Diretor: Dr. J. J. PIZARRO. Assistente indicado para representar — Dr. DAVID SZNEJDER. (e)

6. Hospital Pro-Matre. Diretor: Dr. JOÃO MAURICIO MUNIZ ARAGÃO. Assistente indicado para representar — DR. OLINTO DE REZENDE. (f)

7. Maternidade Clovis Corrêa da Costa. (I.F.F.). Diretor: Dr. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA. Assistente indicado para representar — Dr. HENRIQUE DUÉK. (g)

Estas Maternidades representam na sua totalidade uma experiência de 1.000 vácuo-extrações.

O Professor RODRIGUES LIMA distribuiu aos 7 componentes da mesa, 4 perguntas iguais para serem respondidas por todos diante do Auditório.

As perguntas foram as seguintes:

1.ª — Qual a ação do V.E. sôbre o feto?

2.ª — Até que ponto o V.E. pode substituir o fórcipe baixo?

3.ª — Até que ponto o V.E. pode substituir o fórcipe médio?

4.ª — Até que ponto o V.E. pode substituir a operação cesareana?

A 1.ª pergunta — qual a ação do V.E. sôbre o feto — foi assim respondida:

a) Dr. P. MORAND — Contraindicamos durante algum tempo o emprêgo do Vácuo-extrator, como decorrência do mêdo de que a aplicação de uma ventosa sôbre o crâneo fetal, pudesse determinar lesões nessa região. O melhor conhecimento do aparêlho, bem como, estudos experimentais realizados por vários autores, demonstrando ser apenas superficial a ação da cupula de fixação, determinaram uma revisão em nosso ponto de vista inicial. Por outro lado, a observação em berçario, dos fetos nascidos por êsse processo, tem provado de maneira cabal a inocuidade do aparêlho.

b) Dr. R. ESTRELA — a) local. Aumento de volume de bossa sero-sanguínea, destituido de importância. Escoriações ligeiras, por vêzes, curáveis ràpidamente com mercúrio

cromo local. Um caso tivemos de cefalematoma, que regrediu sem maior incidente. b) geral. Nula, si o vácuo extrator fôr bem indicado e convenientemente manipulado. A vacuoextração em regra não modifica os batimentos cardio-fetais. Tivemos um caso de ictericia, que independeu, segundo a opinião do pediatra, do método.

c) Dr. F. BELTRÃO J. — Pràticamente nula. Simples escoriações do couro cabeludo. Em abono do que afirmamos, apresentamos dois fatos: a) de 19 prematuros por nós extraídos, muitos em situação pouco favorável, perderam-se apenas 4. b) Num total de 250 fetos, a metade acima do 3.º plano, foi de 7,9% a mortalidade, sendo, porém, que em apenas 2,5% se poderia de alguma sorte relacioná-la com o V.E. casos difíceis, dois deles terminados a fórceps.

d) Dr. BOECHAT — Conquanto a nossa casuística seja limitada (50 casos) podemos afirmar, sem medo de errar, que o vácuo-extrator é inócuo para o feto. E isto decorre do fato de não atingir elementos nobres do sist-nervoso central, não implicando, portanto, comprometimento de elementos vitais. As complicações citadas — escalpes, cefalohematoma e infecção da bossa sero-sanguínea — são lesões externas, facilmente evitáveis e, quando ocorrem, prontamente sanáveis

e) Dr. D. SZNEJDER — A experiência da Maternidade do Hospital do IAPETC com o vacuum extractor é recente e pequena. Adquirindo o aparêlho em agôsto de 1960, foi empregado 18 vêzes, com êxito, de agôsto a novembro do mesmo ano. Deixamos de utilizá-lo por desarranjo no seu mecanismo. Dos nossos casos, 15 fetos nasceram em boas condições de vitalidade e 3 tiveram que ser reanimados, com desobstrução e oxigênioterapia. Todos tiveram alta do berçário em boas condições, inclusive 1 caso em que houve levantamento da camada superficial do couro cabeludo, na região de adaptação da cúpula. Regrediu bem a ferida, com curativo oclusivo. Procuramos saber da evolução de tôdas as crianças: só recebemos informações acêrca de 5: passando bem, sem anomalias no desenvolvimento. Assim, achamos que o vacuum extractor não tem ação nociva sôbre o feto.

f) DR. O. REZENDE — Não podemos emitir uma opinião baseada em nossa casuistica, porquanto no Hospital Pro-Matre o V. E. foi aplicado em apenas cinco casos. Dêstes quatro recém-nascidos nada apresentaram de especial e em um verificou-se um escalpe.

g) Dr. DUÉK — Temos a impressão que a cúpula do V.E. convenientemente aplicada ao nível do ocipito do feto, em tempo que não exceda de 40' é inócuo ao mesmo, já que vem interessar apenas ao couro cabeludo, formando uma bossa que desaparece de minutos a horas após, sem deixar "reliquat". Os Autores são unânimes em reconhecer a inocuidade do vácuo tanto para o sistema nervoso central como para o aparêlho ocular do feto. Essa é a nossa experiência também em 100 casos.

A 2.ª pergunta — até que ponto o V.E. pode substituir o fórcipe baixo — foi assim respondida:

a) Dr. P. MORAND — Somos de opinião, que o Vácuo-extrator pode substituir com êxito o fórceps baixo em tôdas as suas indicações. Ressalvamos, apenas, nos casos de sofrimento fetal grave, onde se impõe a terminação rápida do parto, o uso do forcipe, cuja técnica de montagem é por demais singela, evitando-se assim, perda de tempo na extração fetal.

b) Dr. R. ESTRELA — O vácuo extrator pode ser aplicado em todos os casos de indicação do fórcipe baixo, inclusive no sofrimento fetal agudo.

c) Dr. F. BELTRÃO J. — Dependendo da manualidade do parteiro e de se ter o V.E. à mão, parece-nos, dada a simplicidade do fórcipe baixo indiferente o emprêgo dos dois aparelhos. O V.E. resguardaria melhor as partes moles maternas, além de proporcionar uma distenção perineal mais fisiológica. Na urgência, recomendamos levar o vácuo diretamente a 0,6-0, 8 e assim mantê-lo durante a extração mediante bombear contínuo.

d) Dr. D. BOECHAT — Em nenhuma circunstância haverá contraindicação para o emprêgo do V.E. nesta eventualidade. Se por um lado não vemos vantagens do V.E. que sobrepujem o fórcipe baixo, por outro lado aquele substitui êste em tôda a sua plenitude.

e) Dr. D. SZNEJDER — O vacuum extractor pode substituir, em tôdas as ocasiões, o fórcipe baixo. Sendo, porém, êsse fórcipe baixo, de alívio, **inócuo** e **mais rápido**, preferimos o seu emprêgo ao do vaccuum extractor.

f) Dr. O. RESENDE — Continuamos a preferir o fórcipe baixo. Sua aplicação envolve apenas uma observância cuidadosa na técnica e indicações, sem malefícios para o con-

cépto. O uso de um ou de outro fica,, pois, a critério da orientação de cada serviço ou da opinião do obstétra.

g) Dr. H DUÉK — O vácuo extrator pode substituir o fórcipe baixo em qualquer circunstância na apresentação cefálica sejam quais forem as indicações maternas ou fetais — mesmo no sofrimento fetal agudo para os que estão bastante habituados a empregá-lo com rapidez. A episiotomia prévia sob anestesia local é a regra.

A 3.ª pergunta — até que ponto o V.E. pode substituir o fórcipe médio — foi assim respondida:

a) Dr. P. MORAND — A utilização do Vácuo-extractor em substituição ao chamado **Fórcipe Médio**, constitue, ao nosso vêr, sua principal indicação. Nas cabeças não rodadas, onde o emprêgo do fórcipe requer do obstétra amplos conhecimentos de operatória transpélvica, o uso do Vácuo-extrator, pelo seu fácil manejo, torna-se dia a dia maior. Contudo, não se deverá esquecer, que é condição "Sine qua non", que esteja completa a dilatação cervical, ou próximo dela.

b) Dr. R. ESTRELA — Em tôdas as indicações do fórcipe médio. É a indicação de mais brilhantes resultados, a nosso ver, sobretudo nas cabeças não rodadas, apresentando a vantagem de ser mais inócuo. Em caso de eventual frustação de uma aplicação da cupola de MALMSTROEM, por sinal rara, nada impede que se lance mão do fórcipe.

c) Dr. F. BELTRÃO — Em número expressivo de vêzes, não sempre porém. Situações existem — cabeças grandes, espinhas ciáticas pronunciadas... e principalmente na absoluta falta de dinâmica (adinamias hipertônicas) em que se impõem fórcipes dada a sua maior capacidade apreensora. O V.E. nessa altura geralmente não prescinde das sístoles uterinas, sendo a falta delas seu maior inimigo.

d) Dr. D. BOECHAT — Quando de nossa participação no painél realizado no I.F.F., tivemos oportunidade de salientar algumas vantagens do V.E. sôbre o fórcipe, justamente nesta indicação. Pareceu-nos, na oportunidade, termos cometido uma evidente heresia, quando dissemos que o V.E. não exige para a sua aplicação certas "condições de praticabilidade" exigidas para o fórcipe — permeabilidade mole e acessibilidade fácil. E' nesta eventualidade — fórcipe médio — que reside o valor maior do V.E. Com dilatação superior a 6 cm e em condições de pouco acesso ao fórcipe, cabe o emprêgo do V.E.; urge salientar, toda-

via, que a sua aplicação neste caso implica em colo **dilatável** e a sua finalidade precípua seria a solicitação do colo pelo polo cefálico. A tração aqui exercida seria contínua, pouco intensa, sem finalidade extratora. O V.E. no estreito médio sobrepuja o fórcipe nos casos em que a indicação do fórcipe médio seria uma temeridade o V.E. seria admissível sem risco materno ou fetal. À guisa de adendo, o V.E. não pode e não deve ser considerado uma panacéa. Seu campo de ação, conquanto amplo, sofrerá restrições e êle situar-se-á dentro de sua devidas indicações. Do ponto de vista do aprendizado obstétrico, é preciso chamar a atenção dos que, vendo no V.E. um aparêlho excepcional, se descure do ensinamento das operações transpélvicas com os vários tipos de fórcipes.

e) Dr. D. SZNEJDER — Com a experiência pequena de 18 casos, apenas, a opinião da chefia de clínica e dos responsáveis pelas equipes, é favorável ao emprêgo do vaccum extractor de um modo geral. Não o consideramos como substituto absoluto do fórcipe. E', para nós, mais um instrumento do arsenal obstétrico e achamos feliz a indicação apresentada por TRICOMI, AMOROSI & GOTCHALK, de Nova York, em trabalho publicado no número de abril último do American J. of Obstetrics & Gynecology: o vaccuum extractor pode ser a terceira solução entre uma difícil aplicação de fórcipe, a ser evitada, e a operação cesareana.

f) Dr. O. RESENDE — Raramente indicariamos um fórcipe médio. No nosso ponto de vista, uma cabêça encravada no estreito médio estaria condicionada à problemas da dinâmica uterina da proporcionalidade céfalo-pélvica e outros fatôres. Nossa escolha recairia numa cesareana, operação sem maiores riscos materno-fetais. Proscrevemos qualquer intervenção obstétrica com o colo incompletamente dilatado pelas sequelas toco-ginecológicas, principalmente a incompetência ístmo-cervical, cuja etiologia poderia ser atribuida à aplicação do referido instrumento sem que esta dilatação tenha se completado.

g) Dr. H. DUÉK — Justamente agora em que os autores discutem indicação do fórcipe médio principalmente nas transversas e posteriores, devido a grande mortalidade perinatal e as lesões imediatas e tardias que causa à mãe e ao feto, tanto com o fórcipe de SIMPSON, como o KIELAND, mesmo em mãos hábeis, julgamos que aí no fórcipe médio está a sua substituição **máxima**, a sua maior indicação, visto que o V.E. é inócuo ao binômio mãe-filho. Portanto achamos

cépto. O uso de um ou de outro fica,, pois, a critério da orientação de cada serviço ou da opinião do obstétra.

g) Dr. H DUÉK — O vácuo extrator pode substituir o fórcipe baixo em qualquer circunstância na apresentação cefálica sejam quais forem as indicações maternas ou fetais — mesmo no sofrimento fetal agudo para os que estão bastante habituados a empregá-lo com rapidez. A episiotomia prévia sob anestesia local é a regra.

A 3.ª pergunta — até que ponto o V.E. pode substituir o fórcipe médio — foi assim respondida:

a) Dr. P. MORAND — A utilização do Vácuo-extractor em substituição ao chamado **Fórcipe Médio**, constitue, ao nosso vêr, sua principal indicação. Nas cabeças não rodadas, onde o emprêgo do fórcipe requer do obstétra amplos conhecimentos de operatória transpélvica, o uso do Vácuo-extrator, pelo seu fácil manejo, torna-se dia a dia maior. Contudo, não se deverá esquecer, que é condição "Sine qua non", que esteja completa a dilatação cervical, ou próximo dela.

b) Dr. R. ESTRELA — Em tôdas as indicações do fórcipe médio. É a indicação de mais brilhantes resultados, a nosso ver, sobretudo nas cabeças não rodadas, apresentando a vantagem de ser mais inócuo. Em caso de eventual frustação de uma aplicação da cupola de MALMSTROEM, por sinal rara, nada impede que se lance mão do fórcipe.

c) Dr. F. BELTRÃO — Em número expressivo de vêzes, não sempre porém. Situações existem — cabeças grandes, espinhas ciáticas pronunciadas... e principalmente na absoluta falta de dinâmica (adinamias hipertônicas) em que se impõem fórcipes dada a sua maior capacidade apreensora. O V.E. nessa altura geralmente não prescinde das sístoles uterinas, sendo a falta delas seu maior inimigo.

d) Dr. D. BOECHAT — Quando de nossa participação no painél realizado no I.F.F., tivemos oportunidade de salientar algumas vantagens do V.E. sôbre o fórcipe, justamente nesta indicação. Pareceu-nos, na oportunidade, termos cometido uma evidente heresia, quando dissemos que o V.E. não exige para a sua aplicação certas "condições de praticabilidade" exigidas para o fórcipe — permeabilidade mole e acessibilidade fácil. E' nesta eventualidade — fórcipe médio — que reside o valor maior do V.E. Com dilatação superior a 6 cm e em condições de pouco acesso ao fórcipe, cabe o emprêgo do V.E.; urge salientar, toda-

via, que a sua aplicação neste caso implica em colo **dilatável** e a sua finalidade precípua seria a solicitação do colo pelo polo cefálico. A tração aqui exercida seria contínua, pouco intensa, sem finalidade extratora. O V.E. no estreito médio sobrepuja o fórcipe nos casos em que a indicação do fórcipe médio seria uma temeridade o V.E. seria admissível sem risco materno ou fetal. À guisa de adendo, o V.E. não pode e não deve ser considerado uma panacéa. Seu campo de ação, conquanto amplo, sofrerá restrições e êle situar-se-á dentro de sua devidas indicações. Do ponto de vista do aprendizado obstétrico, é preciso chamar a atenção dos que, vendo no V.E. um aparêlho excepcional, se descure do ensinamento das operações transpélvicas com os vários tipos de fórcipes.

e) Dr. D. SZNEJDER — Com a experiência pequena de 18 casos, apenas, a opinião da chefia de clínica e dos responsáveis pelas equipes, é favorável ao emprêgo do vaccum extractor de um modo geral. Não o consideramos como substituto absoluto do fórcipe. E', para nós, mais um instrumento do arsenal obstétrico e achamos feliz a indicação apresentada por TRICOMI, AMOROSI & GOTCHALK, de Nova York, em trabalho publicado no número de abril último do American J. of Obstetrics & Gynecology: o vaccuum extractor pode ser a terceira solução entre uma difícil aplicação de fórcipe, a ser evitada, e a operação cesareana.

f) Dr. O. RESENDE — Raramente indicariamos um fórcipe médio. No nosso ponto de vista, uma cabêça encravada no estreito médio estaria condicionada à problemas da dinâmica uterina da proporcionalidade céfalo-pélvica e outros fatôres. Nossa escolha recairia numa cesareana, operação sem maiores riscos materno-fetais. Proscrevemos qualquer intervenção obstétrica com o colo incompletamente dilatado pelas sequelas toco-ginecológicas, principalmente a incompetência ístmo-cervical, cuja etiologia poderia ser atribuida à aplicação do referido instrumento sem que esta dilatação tenha se completado.

g) Dr. H. DUÉK — Justamente agora em que os autores discutem indicação do fórcipe médio principalmente nas transversas e posteriores, devido a grande mortalidade perinatal e as lesões imediatas e tardias que causa à mãe e ao feto, tanto com o fórcipe de SIMPSON, como o KIELAND, mesmo em mãos hábeis, julgamos que aí no fórcipe médio está a sua substituição **máxima**, a sua maior indicação, visto que o V.E. é inócuo ao binômio mãe-filho. Portanto achamos

que o V.E. deve substituir o fórcipe médio. Aqui também fazemos a episiotomia prévia sob anestesia local.

A 4.ª pergunta — até que ponto o V.E. pode substituir a operação cesareana — foi assim respondida:

a) Dr. P. MORAND — O seu emprêgo em substituição à cesareana, pode em determinadas circunstâncias ser considerado, redundando daí uma possível redução nos índices atuais daquela operação. Queremos nos referir a sua indicação, naqueles casos em que a solução transpélvica seria possível pela aplicação alta do fórcipe, cujos percalços por demais conhecidos, nos levaram ao seu completo abandono. O Vácuo extrator, se bem aplicado e conduzido, e por não apresentar riscos maternos ou fetais, veio permitir uma total revisão em nossa conduta em tais casos.

b) Dr. R. ESTRELA — a) Em certos casos de dilatação cervical estacionária (orla persistente do colo); b) quando a insinuação ou a progressão são impedidas ou dificultadas por atitude cefálica desfavorável, havendo proporcionalidade; c) em casos nos quais o obstetra costuma lançar mão da via alta ao envez da aplicação do fórcipe médio. A vácuo extração com a apresentação na área do estreito superior e **aceitável**, nos casos de proporcionalidade; **dicutível** nos casos ditos lindeiros ou limitrofes; **condenável** ou **contraindicada** na desproporção notória. O que importa em matéria de vácuo extração não é tanto a altura da apresentação e sim a sua possibilidade de trânsito.

c) Dr. F. BELTRÃO J. — Sabemos por BERGGREM e outros que a incidência de cesária, em certos Serviços, caiu de 50% com o advento do V.E. Isso é conseqüência natural do V. E. alcançar a cabeça alta e prescindir de dilatação completa. Em 250 fetos por nós extraídos, 50% estavam acima do 3.º plano, 27 vêzes a dilatação era incompleta (6 a 9 cms), sendo 32 nulíparas idosas, 17 com passado de cesária. Algumas vêzes nos valemos do binário V.E. — Fórcipe, o primeiro aprofundando a insinuação, o segundo completando a extração.

d) Dr. D. BOECHAT — Em certas ocasiões a cesárea pode ter uma indicação relativa. São aqueles casos em que o fator impediente para um parto normal é de pouca monta — distócia posicional, falta de progressão por hipossistolia, estafa materna, etc., e não existem condições de praticabilidade para o fórcipe. Aqui, o V.E. pode ser providencial. Afora isso,

a cesárea tem o seu lugar assegurado. A técnica não pode e não deve ser afastada do bom senso.

e) Dr. SZNJDER — As indicações maiores da operação cesareana são a desproporção céfalo-pélvica, placenta prévia total, apresentação córmica em nulípara, prolapso de cordão com colo pouco dilatado. Nessas oportunidades, a operação cesareana não pode evidentemente ser substituída pelo vaccuum extractor. Em casos outros, raros, como os de desproporção relativa, ou os de apresentações altas, havendo boa proporção e permeabilidade do trajeto-quando o fórcipe não puder ser utilizado — o vaccuum extractor seria o indicado. Achamos oportuno citar o caso de pacientes multíparas, cujo feto apresentou sofrimento: 90 batimentos/minuto, arritmicos. Ao toque, colo grosso, dilatado para 8 cm, apresentação cefálica alta, orientada em ODIP e líquido amniotico tinto de mecônio. Não havia condições para aplicação de fórcipe, a indicação seria a operação cesareana. O obstetra preferiu empregar o vaccuum extrator e o fez com êxito. A cabeça tracionada, girou espontâneamente para OP, havia duas circulares de cordão cervicais e o feto foi fàcilmente reanimado. Em resumo, achamos que nas suas indicações "legítimas" (Grennhill), a operação cesareana é insubstituível.

f) Dr. O. RESENDE — Não somos partidários da substituição da cesareana por uma operação transpélvica. Não compartilhamos da indicação de fórcipe alto, conduta considerada obsoleta e impraticável nos tempos atuais, pelos riscos que impõem ao binômio mãe-filho. Ademais, a via alta, desde que obedecida uma indicação precisa, advinda de uma observação obstétrica criteriosa, soma vantagens tais, que nos parece insubstituível.

g) Dr. H. DUÉK — o V. E. pode substituir a operação cesariana sem malefício para a mãe e para o feto: a) nos fetos vivos em apresentação cefálica com colo completamente dilatado quando houver proporção céfalo-pélvica, sobretudo quanto o obstáculo parece ser por má flexão e má posição, isto é, nas occípito mal fletidas; b) no feto recentemente morto, em apresentação cefálica, colo para mais de 6 cms. — mesmo em bacias estreitadas.

Afim de interpretar o pensamento geral dos simposistas que tão bem responderam as perguntas do coordenador, o Professor RODRIGUES LIMA concluiu, resumidamente desta forma:

1.ª P. — Ação sôbre o feto.

R. — O V. E. é inócuo para o feto.

2.ª P. — Até que ponto o V.E. substitue o fórcipe baixo?

R. — O V.E. substitue o fórcipe baixo com vantagens.

3.ª P. — Até que ponto o V.E. substitue o fórcipe médio?

R. — O V.E. é relativamente vantajoso substituindo o fórcipe médio.

4.ª P. — Até que ponto o V.E. substitue a operação cesareana?

R. — O V.E. poderia substituir a operação cesareana com vantagens em determinados casos excepcionais.

Symposium on Vacuum Extractor

Summary

Under the auspices of the Maternidade Clovis Correa da Costa, a symposium on vacuum extractor was held at Rio de Janeiro. Obstetricians of eight maternities took part in it and one hundred fetal extractions were discussed. Prof. Rodrigues Lima was the coordinator and Dr. Paulo Morand, Roberto Estrela, Francisco Beltrão, Daniel Boechat, David Sznejder, Olinto de Rezende e Henrique Duék answered to the questions.

The four answers were:

1) The V.E. is harmless to the fetus.

2) The V.E. substitutes with advantages to the low forceps aplication.

3) The V.E. has advantages on the medium forceps aplication.

4) The V.E. may substitute with advantage to the cesarian section in exceptional cases.

Symposium sur le vacuum extractor

Resumé

Sous les auspices de la Maternité Clovis Correa da Costa, (Rio de Janeiro) a été réalisé um symposium sur le vacuum extractor. Les accoucheurs representant 8 grandes maternités ont discuté l'ex-

perience de 1000 vacuum extractions. Le Prof. Octavio Rodrigues Lima a été le coordenateur alors que plusieus medecins repondaient aux questions. Voici les reponses aux 4 questions posées par le coordenateur:

1) Le V.E. est sans danger pour le foetus ;

2) Il substitue le forceps bas avantageusement;

3) Il substitue encore avec assez d'avantage, le forceps moyen.

4) Il pourrait même substituer, dans certain cas, l'operation cesarienne.

Symposium üeber den Vakuumextraktor

Zusammenfassung

Unter dem Patronat der Maternidade Clovis Correa da Casta fand in Rio de Janeiro ein Symposium über den Vakuumextraktor statt, an dem die leitenden Geburtshelfer von 8 grossen Entbindungssanstalten der Stadt teilnahmen, wobei Erfahrungen über insgesamt 1000 Vakuumextraktionen vorlagen. Prof. Octavio Rodrigues Lima leitete das Symposium, dessen Fragen beantwortet wurden von Dr. Paulo Morand, Dr. Roberto Estrela, Dr. Francisco Beltão, Dr. Daniel Boechat, Dr. David Sznejder, Dr. Olinto de Rezende und Dr. Henrique Duek. Der Leiter stellte 4 Fragen die so beantwortet wurden: 1) Der Vakuumextraktor ist unschädlich für das Kind, 2) der Vakuumextraktor ersetzt erfolgreich die Beckenausgangszange, 3) der Vakuumextraktor ist häufig relativ erfolgreich als Ersatz für Zange aus Beckenmitte, 4) Der Vakuumextraktor kann in Einzelfällen besonderer Indikation anstelle des Kaiserschnittes angewendet werden.

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.

Apresentação pélvica em primipara — revisão de 189 casos — JACKSON, R.L. 209

Precursores do carcinoma do corpo III. O aparecimento do carcinoma do endométrio em pacientes com condições estrogénicas especiais — GUSBERG, S.B. e HALL, R.E. 211

Nôvo preparado de pH baixo para o tratamento da colpite e cervicite — KARNAKY, K.J. 211

Algumas correlações anatomo-patológicas de hiperplasia do estroma do ovário — YIN, P.H. e SOMMERS, S.C. 212

Antagonismos estrogénicos: ação de vários esterois sôbre o útero de ratas castradas — EDGREN, R.A. e CALHOUN, D.W.... 213

Sobrevida de pacientes com carcinoma "recidivado" ou inoperável da mama com especial consideração sôbre o efeito do tratamento hormonal — RATZKWSKI, E. e HOCHMAN, A. 213

Carcinoma intraepitelial e infiltrativo da vulva: BOWEN's Type. ABELL, M. R. e GOSLING, J.R.G. 214

Carcinoma epidermoide in situ do colo uterino e vagina posterior a radioterapia por cancer cervical — KOSS, L.G., MELAMED, M.R. e DANIEL, W.W. 215

Tratamento das afecções inflamatórias dos anexos com glicocorticoides — TASCH, H. 216

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

Apresentação pélvica em primípara-revisão de 189 casos (Breech presentation in the primigravida.. A review of 189 cases) — JACKSON, R. L. (Am. J. Obst. & Gynec. 81:653, abril 1961).

Julga o A. conveniente comparar os resultados obtidos em diferentes instituições hospitalares, afim de se escolher a conduta mais segura no atendimento de primíparas com apresentação pelvica. Assim sendo reuniu 189 casos do City of Memphis Hospitals no período de 1953 à 1958. Tôdas as parturientes eram de enfermaria e a grande maioria de cor negra. O A. excluiu dos casos computados as parturientes com gestações multiplas devido a elevada incidência de prematuridade aliado ao fato bem estabelecido do aumento da mortalidade fetal no sengundo gêmeo. Para a apreciação dos resultados a mortalidade perinatal foi dividida em 2 grupos: prematuros (1.000 à 2.499 g) e maturos (2.500 g e mais). Todos os fetos foram incluidos nestes dois grupos sem correções. As correções foram então feitas ou seja 1.º) quando as anomalias congenitas incompatíveis com a vida foram demonstradas; 2.º) ausência de batimentos cardíacos fetais com a evidência de morte fetal durante a admissão quando provado ser devido a uma causa não obstétrica. A mortalidade fetal encontrada sem as correções apontadas foi de 1,38% e após estas de 11%. Quanto à prematuridade observada foi de 22%. O tipo mais comum de apresentação pélvica observado foi a pelvica simples sendo que a pelvica podálica representou 1/5 do total.. No computo de freqüência

das variedades de apresentação o A. não relacionou as parturientes em que a via eletiva foi a alta por não haver aparente relação entre os vários tipos de apresentação pélvica e a eventual conseqüência do parto. Analisa as várias modalidades da apresentação pelvica em relação aos resultados fetais resultando 9.5% a mortalidade fetal. Quando a avaliação clínica da pelve não foi satisfatória foi feita a pelvimetria com o emprêgo dos Raios X. Acrescenta o A. ser esta associação de procedimentos de grande valia para determinar o método de conduta nas apresentações pélvicas em primíparas. Nos 30 casos de disfunções uterinas, foi empregada a ocitocina endovenosa sendo que a mortalidade fetal foi de 20%. É bem verdade que ao aumento observado deve-se levar em conta por um lado as disfunções uterinas e por outro o emprêgo do ocitocicos intravenosos ambos aumentando a mortalidade fetal.. Finalmente diz o A. que nas disfunções uterinas a apresentação pélvica em relação a apresentação de vértice, quando se emprega como terapêutica ocitocicos endovenosos a mortalidade fetal está aumentada de três vêzes. Nos trabalhos de parto prolongado, nos casos de disfunções uterinas em que se utilizou ocitocicos endovenosos o prazo não deve exceder de 2 horas e o parto deve ser eminente caso contrário deve-se recorrer a cesárea. De tôdas estas considerações pode concluir assim o A:

1) — Uma maior incidência de prematuridade na apresentação pélvica que na de vértice.

2) — A retração cervical bem como a dilatação cervical devem ser completas antes de se romper as membranas e aguardar a extração.

3) — A disfunção uterina na apresentação pélvica responde a ocitocicos endovenosos mais com um elevado aumento na dose destes, sendo excessiva e proibitiva a mortalidade fetal.

4) — Ao ser eleita a terapêutica com ocitócicos endovenosos para o aumento das contrações do trabalho de parto, deve ser feita depois de muita deliberação e com muito cuidado, tendo um prazo predeterminado e definido. Excedendo o prazo a via alta é indicada e plenamente justificada.

A. de Moraes Filho

ANO XXVI
NOVEMBRO DE 1961
Vol. 52 — N.º 5

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

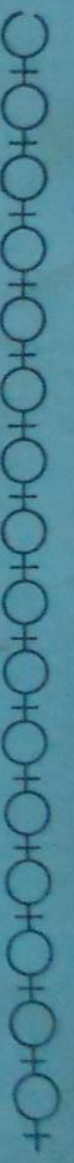
Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"



Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXVI Novembro de 1961 Vol. 52 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Pág.

Conduta no tratamento dos tumores ovarianos; antiblastos carcinoma do ovario — DRS. AURELIO MONTEIRO, ALKINDAR SOARES FILHO e ROBERTO SOUZA CARVALHO 217

Sôbre um caso de galactocele — DRS. GEZA VILLANO e EITEL DUARTE 239

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Dosagem da gonadotrofina corial por nôvo processo — DR. NELSON CASTRO BARBOSA 247

EDITORIAL

Obstetrícia — medicina de equipe — DR. WALDYR TOSTES .. 253

NOTAS E COMENTÁRIOS

Relatórios dos Congressos Médicos realizados em Viena 257

American Society of Cytology 260

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Segundo Simpósio Brasileiro de Citologia 261

The cell and the organism 261

RESUMOS

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil	Cr$	600,00
Exterior	US$	10,00
Número avulso	Cr$	100,00

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

EDITORIAL

OBSTETRICIA — MEDICINA DE EQUIPE

De há muito, o trabalho de equipe vem sendo executado em todos os ramos de atividades profissionais. O seu sentido de coordenação e equilíbrio funcional — suas diretrizes básicas — dão, racionalmente, aos profissionais, maior rendimento de trabalho.

A Medicina, que no mundo moderno cada vez mais se ramifica em diferentes especialidades, e já se pode mesmo encontrar especialistas dentro da especialidade, necessita entrosamento amplo entre seus setôres, afim de manter sua integridade assistencial. Vale dizer, objetivamente, e não constitui surprêsa a nenhum médico ativo, Medicina não se faz mais sem equipe organizada, sem entrosamento, sem coordenação, sem interligação, ora em seus setôres científicos, ora em seu setor ou prática assistencial.

Se nas modernas instituições hospitalares a organização dos serviços de equipe existe como necessidade absoluta do Serviço, a coordenação e o entrosamento inter-equipes já se torna uma condição absoluta para o bom funcionamento da Instituição.

Dentre tôdas, a Obstetrícia é uma dos especialidades que mais se beneficia em face dêsse tipo de organização de trabalho. De fato, não mais se compreende a conduta unipessoal dos profissionais de antigamente que se dirigiam à casa das pacientes, à espera traumatizante e angustiosa, às mais das vêzes, de um parto que não mais se resolvia, ou o fazia de modo dramático, abrupto, intempestivo, sem os recursos normais de uma assistência dirigida. Não mais se entende que o médico obstetra, sòzinho, em face da imprevisibilidade das boas ou más resoluções dos trabalhos de parto, possa, eficientemente, aquilatar, ao mesmo tempo, esta ou aquela conduta à maior segurança de suas pacientes.

Como nenhuma outra especialidade, é a Obstetricia que nos dá responsabilidade de vigilância a duas vidas ao mesmo tempo, uma que se inicia com todos os halos de esperança e a outra, seu complemento espiritual e material, vindo aumentar ainda mais nossas preocupações profissionais. E, ao mesmo tempo, especialidade que mais nos surpreende com seus desfêchos rápidos e dramáticos de trabalhos de parto que em realidade transcorriam normalmente, criando situações de extrema emergência, exigindo do obstetra, de imediato, decisões seguras e eficientes.

Salas de parto e cirurgia, anestesista, internista, enfermeiras obstétricas, banco de sangue, Raios X, ao lado de auxiliares especializados, são condições mínimas e necessárias ao obstetra e que devem se entrosar, contribuindo à diminuição dos acidentes maternofetais.

Tem o sentido de equipe função de assistência contínua e efetiva, proporcionando às pacientes mais tranqüilidade, por que mais bem assistidas durante sua gestação ou em seu término, o que se faz necessário, sobretudo nos grandes centros, onde as distâncias dificultam o contrôle eficaz do responsável pela Clínica.

Atribui-se à época moderna as grandes dificuldades em todo sos setôres de vida. A Medicina, principalmente, é exercida às vêzes, heròicamente, à custa do sacrifício incontido de médicos que a exercem teimosamente, apesar das grandes e variadas barreiras se lhes antepondo à frente, perturbando o exercício honesto da profissão. Sacerdócio, impõe-nos implacàvelmente ao sabor de ingratidões, sem que, indefesos, possamos dirimir a nossa suposta culpa. E isso é tanto mais verdade quanto mias isolado o médico se encontre no exercer de sua profissão. Os serviços de equipe, analisando vários problemas em ângulos diferentes, avaliam a média necessária, cuja resultante dá-nos a chave à resolução dêsses problemas.

Aos médicos recém formados, vem proporcionar, o que consideramos de suma importância, uma norma de conduta ético-profissional estabelecendo e sugerindo naturalmente a seus espíritos as nuances de uma experiência bem conduzida. Perfaz-lhes uma continuidade insensìvelmente adquirida pela elevada coordenação de condutas e ao mesmo tempo lhes induz à atividade educada. Dá-lhes o exemplo e a metodização, suficientes para que, através as sucessivas gerações de profissionais, possam transmitir sempre aos mais novos os progressos alcançados de experiências anteriores.

A clínica particular, ao contrário do que se supõe comumente, oferece-nos um grande campo de atividades nêsse sistema, já melhor compreendido pelas pacientes, que em sua maioria, quando atingem êsse campo, possuem um mais elevado grau de cultura. Contribuem grandemente para isso os cursos de orientação para o parto (parto psíco-profilático, parto psico-físico, parto sem dôr, parto natural, parto sem mêdo), instituidos em clínicas particulares há já vários anos, com o intuito de beneficiar as clientes com noções indispensáveis para melhor se conduzirem durante a gestação e o parto.

Contamos, em nosso serviço particular, com quatro assistentes categorizados, um analgesista e um anestesista, amparados ainda pelos serviços auxiliares da Casa de Saúde onde trabalhamos em conjunto. Adotamos, para melhor contrôle da equipe que funciona no Hospital, o sistema da ficha hospitalar, a par da de consultório, como se fôra duplicata, contendo a história clínico-obstétrica das pacientes, permitindo assim, ao atendente, certificar-se prontamente do passado médico da cliente. Anota-se, concomitantemente, o evoluir do trabalho de parto, condições do nascimento da criança visando o esclarecimento do pediatra e condições de alta e puerpério imediato. Enfim, requisitos indispensáveis ao futuro julgamento de outros partos da mesma parturiente, suas reações, seu grau de comportamento, etc., em face da analgesia ou anestesia fugaz que, uma ou outra, vimos empregando com absoluto sucesso.

Deixamos entrever aqui, não apenas o sistema de equipe prevenida, mas também o de "equipe presente" no atendimento comum aos partos, assim prevenindo pela presença vigilante, *os acidentes materno-fetais, antes, durante e após o parto. São medidas de segurança que desejariamos julgar excessivas, mas em se levando em conta a tranqüilidade médico-cliente e sobretudo a importância e a felicidade de trazermos à vida crianças sadias, ao mesmo tempo assegurando a integridade materna, pensamos ainda, cada vez mais, conseguirmos melhores métodos assistenciais.*

A distribuição de atividades dos métodos da equipe acarreta vantagens no sentido de estarmos a par com recentes publicações científicas, interessando-nos sempre aos novos problemas diagnósticos e terapêuticos que os pesquizadores nos doam.

Todos êsses aspectos do sistema em conjunto, fazem-nos crer ser o mesmo de interêsse pessoal e coletivo, com real pro-

veito de todos, seja na clínica particular, seja nos serviços de coletividade.

São êstes conceitos pessoais, adquiridos pela experiência de vários anos, os que mais me impressionam quanto à eficiência e equilíbrio de serviço.

Dirigimos um serviço modelar, instituição governamental, cuja equipe obstétrica conta com o apôio irrestrito de Clínicas diversas dentro da mesma Organização. Verifica-se ali, apesar de perfeita independência profissional dos componentes, a obediência a princípios básicos de uma rotina prèviamente estabelecida por todos e sujeita a modificações com o progredir da ciência.

Nossa intenção nessas considerações foi apenas a de comentar, genèricamente, a importância da formação de planos de trabalho prèviamente elaborados, o que determina o espírito de equipe.

WALDYR TOSTES

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
A junção epitélio-estroma na cervix — DOUGHERTY C. M.	263
Infusões intra-arteriais de tumores pélvicos com amethopterin — CAHILL, J. J. e ZETT, F. R.	264
Carcinoma in situ de colo — SILVA, H. L., HERRER, J. D. e KAWASAKI, D. M.	264
Adenocarcinoma primitivo da trompa — LOMBARDO, F. A. e WOOD, H. T.	265
Complexo cromo-somo XXY em indivíduos Klinefelter com cromatina sexual dupla — CARR, D. H., BARR, M. L. colab.	265
Estudos endocrinos num caso de pseudo hermafroditismo feminização testicular — JALASSE, R. M. PARIS, J. e colab.	266
Contribuição ao problema da toxoplasmose — IBBRUCH, F. e col.	266
Neurofibromatose da vulva e vagina — DRESCHER, H. e BERGDOG, W.	268
Primeiras experiências com o tratamento de cistos ovarianos benignos pela injeção local de Bayer E 39 dentro da cavidade cística — Bayer, J.	268
Teste citológico do hormônio de efeito anabólico em epitélio vaginal — WALF, W.	269
A propósito das dosagens dos estrogênios urinários durante as toxemias gravídicas tardias — DURAND, G. e CRISTI, P.	269
Indicações e possibilidades neuro-cirúrgicas atuais nas hemorragias intra-craneanas do recem-nascido — BALMES, J. e VLADOVITCH, B.	270
A suprarrenalectomia bilateral no tratamento das metastases do câncer do seio — VIALAL, J. L.	270
Mesenfroma do ovário — LIENHARD, C. e VIVOLI, C.	271
Incompetência cervical: operação de Baden e Baden — NICHOLSON, E. e DRAGLA, J.	272
Noresteroides no tratamento da tensão pré-menstrual — MONTES, E. A. M., ZAPATA, A. C. e BARNATI, E. P.	272

ANO XXVI
DEZEMBRO DE 1961
Vol. 52 — N.º 6

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspícios de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXVI Dezembro de 1961 Vol. 52 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Pág.

Tumor misto mesodermal. — DRS. ELY CHAVES, DALVA MACHADO E LUIZA CAVALCANTI 273

Corioadenoma destruens. — DDO. LUCAS VIANA MACHADO 287

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Os corticoides no tratamento da esterilidade feminina — DRA. CLARICE AMARAL FERREIRA 301

EDITORIAL

Endocrinoloia e ginecologia em 1961. — DR. ADRIANO C. FERREIRA 309

NOTAS E COMENTÁRIOS

Ainda uma homenagem 315

Novos professôres interinos 316

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Meridianos brasileiros. DR. ALMERINDO LESSA 317

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLPOSCOPIA

Ata da 9.ª sessão ordinária 319

RESUMOS

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 1.000,00
Exterior ..... US$ 10.00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

Tuberculose genital na mulher. — SCHAUPP, K. L. 321
Conduta no carcinoma precoce. — MOORE, J. G., MORTON, D. G. e col. 321
Contribuição à etiologia da prenhez ectopica. Iffi, I. 322
Tumor de celulas intersticiais do ovário com virilismo descoberto pre-operatoriamente com ajuda dos métodos endocrinológicos. TETER, J., NADWORNY, J. e col. 323
Uma operação abdominal com retalho para reparo de enterocele e elitrocele. — EMBREY, M. P. 324
Uma operação para a incontinência urinária de esfôrço. — PLAYFAIR, P. H. L. e GIBSON, J. 325
A propósito de 44 casos de malformações uterinas congenitas — CHAHUSTRUSSE, L., DUEBECK, J. P. e PARNEIX, M.... 325
Leiomiosarcoma in situ do utero. — PRZYBORA, L. A. 326
A conduta no carcinoma recidivado do colo uterino após histerectomia total simples. — DANIEL, W. W. e BRUNSCHWIG, A. 327
Emprêgo clinico de gonadotrofinas em casos de insuifciência ovariana de etiologia diversa. — SEEGAR JONES, G., OZIZ, Z. e URBINA, G. 327
Ação do estradiol, progesterona e relaxina na manutenção da gravidez na rata prenhe castrada. — YOCHIM, J. e ZARROW, M. X. 328
Cortisona, gravidez e malformações do recemnascido. — LOHMEYER, N. 329
O tratamento oral da tricomoniase urogenital da mulher com metronidazol (8823 R.P.). — BEDOYA, J. M. e FERNANDEZ ORTEGA, J. M. 330
A situação do aborto nos países socialistas da Europa. — MEHLAN, K. N. 330
Investigação sôbre a regulação hormonal da maturação do foliculo no ciclo da mulher. — HOFFMAN, F. 331
Hemorragia tardia do puerperio. — FIGUEROA, F., PUPKIN, M., CASTILLO, J. 332
Auxílio da radiografia simples no diagnóstico da tuberculose genital peritoneal feminina. — AGUILERA, E., e ELGUETA, H. 333
Rotura espontânea do fígado na pré-eclampsia — GARCIA, M., BUNSTER, A. e GOMES, C. 333
Causas da mortalidade perinatal. — BOTELLA LLUSIA, J., HERNANDEZ, H. e BOTELLA LLUSIA, C. 333
As menometrorragias da época juvenil. URGELL, J. M. 334

ANO XXVI
JANEIRO DE 1961
Vol. 51 — N.º 1

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

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, 293 — 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 XXVI Janeiro de 1961 Vol. 51 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Resultados terapêuticos com o 5,7-dicloro-8-Hidroxiquinaldina em 30 casos de tricomoníase genital feminina — Dr. HUGO MAIA 1

Sôbre o emprêgo dos andrógenos não virilizantes em Ginecologia — Dr. GERSON RODRIGUES DO LAGO 13

Citodiagnóstico do adenocarcinoma uterino — Dra. CLARICE AMARAL FERRERA 23

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Exostoses cartilaginosas múltiplas — Dr. RIBEIRO GOMES e Dr. NELSON M. DO REGO 29

EDITORIAL

Os retro-esteróides 37

NOTAS E COMENTÁRIOS

Professôres Adjuntos de Clínica Cinecológica da Faculdade Nacional de Medicina 42

Decimonono Congresso da Federação das Sociedades de Ginecologia e de Obstetrícia de língua Francesa 42

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Progresos de Obstetricia y Ginecologia, Vol. I, Fasc. 2.º ... 43

Il Cancro Dell'Utero — CARLO SIRTORI e ETTORE MORANO 43

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00
Exterior ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

Hemorragia interna após operações Ginecológicas — WESLEY, R. H 45

Tuberculose pelviana — HENDERSON, D. N., HARKINS, J. L. e STITT, J. F. 45

A biópsia cervical cônica-histerectomia; seqüência e fatores afetando a morbidade febril — CAVANAGH., D. e RUTLEDGE, F. 46

Estudo sôbre flora vaginal — PEREZ-MIRAVANTE, A. e JARA-MOLLO, H. 46

O corpo lúteo contar-lateral. Um importante fator na prenhez ectópica — BERLIND, M. 47

Arrenoblastoma do ovário — PEDOWITZ, P. e O'BRIEN, F. 47

O complemento cromosômico no hermafroditismo verdadeiro — FERGUSSON-SMITH, M. A., JONSTON, A. W. e WEIN-BERG, A. N. 48

Determinação antenatal do sexo fetal — RIIS, P. FUCHS, F. .. 48

Avaliação do eixo hipófise-supra renal no hirsutismo simples — GOLDZIEHER, J. W., LAITIN, H. 50

Tumor masculinisante do ovário com células de Leydig. Estudo clínico anatômico e químico — VAGUE, J., MORHANGE, A., PAYAN, H., MURATORE, R., GARRIGUES, J. C. BERTHET, J. e BONNET, J. 50

As atipias endometriais ditas de árias Stella nas gestações ectópicas — BRET, A. J., CRIMAIL Ph 51

Citodiagnóstico de um epitelioma primitivo da trompa de Falópio — WURCH, T., OPPERMANN, A. e DIBLING, A. 52

Estudo da resistência capilar durante a gestação normal 52

Metrorragias e síndromes de árias Stella — GACIELSEN, G. .. 53

As possibilidades de cura do carcinoma do colo radicalmente operado, relacionadas com a extensão do tumor na peça cirúrgica — BAUMAN, N. W., ADIER, U. 53

Hidrotubação sob pressão com hialuronidase para desobstrução das trompas — BARADLAI B. E. 54

Um caso de verdadeiro hermafroditismo — KOVACIK, M. 55

A prova de cristalização do muco cervical de Zondek e Cooper no diagnóstico da prenhez — MATEU-ARAGONES, J.M. 55

ANO XXVI
FEVEREIRO DE 1961
Vol. 51 — N.º 2

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

DIRETOR

ARNALDO DE MORAES

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

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

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 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 XXVI Fevereiro de 1961 Vol. 51 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Incontinência urinária de esfôrço na mulher — Dr. JOSÉ GALLUCCI e Dr. JOSÉ ROBERTO AZEVEDO 57

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Coriocarcinoma primitivo do ovário — Dr. AFFONSO BIANCO 91

EDITORIAL

Menorragia e discrasias sanguíneas 99

NOTAS E COMENTÁRIOS

Novo Professor Catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife, Pernambuco 103

LIVROS E PUBLICAÇOES

Year Book of Obstetrics 1960-1961 — GRENHILL 105

La endometriosis — Dr. GONZALEZ MARMOL, ROGER, A 105

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00
Exterior ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

Nódulos suprarrenais e de células de Leydig em ovários disgenéticos — DOUGHERTY, CARY, M. e THOMPSON, J. D. 107

Correlação entre citologia vaginal e histologia endometrial — LIU, W. 107

Efeito de um meio indrosolúvel radiopaco sôbre a histopatologia do endométrio — SEEGAR JONES, G. E. e WOORDRUFF, J. D. 108

Seleção do tratamento do câncer do corpo — GUSBERG, S. B., JONES, J. TOVELL, H. M. M. 109

Abôrto: sua previsão e conduta — JACOBSON, B. D. 110

Avaliação estatística da fertilidade feminina - WHITELAW M.J. 111

Critérios colposcópicos da zona de transformação "atípica" — HOLTORFF, J. 111

Sôbre a topografia e gênese formal dos miomas uterinos — H. ORMANN, N. G. 113

A prova de Noradrenalina como novo recurso da colposcopia — MAIEWSKI, A. 113

Pontos de vista novos na endocrinologia ginecológica — ROCKENSCHAUB, A. 114

Contribuição ao tema "Pessários intra-uterinos" - HONAGE, E. 116

Sarcomas primários do orifício externo do útero — VIKILICKY, J. Y. 117

O PH e cérvice e vagina e sua relação para a função ovariana e a concepção — MÜLLER, D. 118

Novo conceito de classificação dos tumores gonádicos derivados das células germinativas (gonocitoma) e sua Histogenese — TETER, J. 118

O prognóstico materno da cesareana segmentar — TOULOUSE, R. e DUBOIS, R. 119

Nossa experiência com o uso do 3-sulfanilamido-2-fenilpirazol na prática ginecológica — MILNER, A. e RODRIGUEZ, E. A. 120

Estudo clínico do desprendimento precoce da placenta — USANDIZAGA, J. A. 120

germinativas e ainda sôbre dados da literatura. Assim foram diferenciados 4 grupos de gonocitomas; Gonocitoma I — forma homogênea de tumor oriundo ùnicamente de células germinativas, hormonalmente inativas. Gonocitoma II — forma mixta compreendendo dois tipos de células: germinativas e células do tipo Sertoli- granulosa. Esta forma de tumor pode apresentar ação estrogênica. Gonocitona III — forma compreendendo os três tipos celulares da gonada fetal postos numa disposição semelhante à estrutura fetal da gonada (gonadoblastoma, sgundo SCULLY). Gonocitoma IV — forma especial de um tipo especial de tumor de células germinativas com os sintomas clínicos de virilismo. Nêstes casos observa-se uma hiperplasia de células androgênicas intersticiais de tecido não neoplasmático da gonada.

O A. apresenta ainda três aspectos de um mecanismo patogênico: 1.º, nas mulheres sadias; 2.º, nos homens aparentetemente sadios e 3.º, nos casos de disgenesia gonadal.

Clarice A. Ferreira

RÉVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

O prognóstico materno da cesareana segmentar. — (Le pronostic maternel de la césarienne segmentaire). — TOULOUSE, R. e DUBOIS, R. — (Rev. Fr. Gynec. et d'Obst., 55:531, Julho-Agosto 1960).

Desde que a cesarea tomou seu lugar na terapêutica obstetrica, seu prognóstico não parou de melhorar, graças ao aperfeiçoamento de técnica e certos adiantamentos adquiridos em outros campos. Permitia guardar simultâneamente os interêsses da mãe e da criança, era uma solução ideal em muitos casos difíceis. Infelizmente estas qualidades levantaram-se, até certo ponto, contra a própria operação. Tirando argumento de sua benignidade, cada vez ia-se preconisando e empregando mais. Porém atualmente a cesarea levanta um problema prognóstico que é geralmente esquivado e que conviria entretanto recordar quando se discute a oportunidade da intervenção.

Os Autores estudam primeiro o valor atual do prognóstico imediato. Depois examinam o aspecto especial representado pelo prognóstico à distância, isto é, o futuro obstétrico das mulheres cesareadas. Para terminar procuram determinar o lugar da cesarea no tratamento obstétrico atual.

(Tradução do resumo do Autor)

Clarice A. Ferreira

ANO XXVI
MARÇO DE 1961
Vol. 51 — 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 »

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 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 XXVI Março de 1961 .Vol. 51 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Alguns aspectos do estudo da eclâmpsia — Dr. CLÓVIS CORRÊA DA COSTA 121

Avaliação do risco operatório — Dr. ALÍPIO AUGUSTO E MARCEL PÉANO 137

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Tratamento clínico das endocervicites — Dra. CLARICE A. FERREIRA 145

EDITORIAL

A síndrome de Stein e Leventhal: um problema de Hormonologia 147

NOTAS E COMENTÁRIOS

Comentários ao número especial do Jubileu Professoral do Prof. ARNALDO DE MORAES 155

VII Congresso Brasileiro de Cirurgia 156

LIVROS E PUBLICAÇOES

"Cancer of the Cervix, Diagnosis of Early Forms" 157

Acta Cytologica, Vol. 5, n.º 1, 1961 158

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00

Exterior ..... Cr$ 1.000,00

Número avulso ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

Carcinoma mesonéfrico de células claras do ovário: estudo clínico e patológico — PARKER, T. M., DOCKERTY, M. B. e RANDALL, L. M. 159
Câncer primário do ovário — KENT, S. W. e McKAY, D. G. 159
Rutura pós-operatória de grandes vasos após operação pélvica radical — BRUNSCHWIG, A. e BROKUNIER, A. 160
Vibrios fetus — uma causa de abôrto humano — HOOD, M. e TODD, J. M. 161
Significativa endometriose pós-menopausica — KEMPERS, R. D., MALCOLM, B. SYMMONDS, E. 161
Sôbre o tratamento e seus resultados no carcinoma da mama da mulher — MICULICZ, R. F. e CHALKIADAKIS, J. 162
Sôbre a questão da virilização do feto pelo tratamento da mãe com gestogêneos — SUCHDWSKY, G. e YUNKER-MANN, K. 163
Relações entre a hemossedimentação e estado dos gânglios linfáticos no carcinoma operável do colo — LAU, H. e BERGMANN, A. 164
Potenciação do efeito local do estriol — GITSCH, E., MULLER, W. e HARTBURG e HOMALAR, W. 164
O estado atual dos nossos conhecimentos sôbre a formação e freqüência das malformações humanas — THOMAS, J. 165
Sôbre a situação do extrator a vácuo na cirurgia obstétrica — STERNBECK, D. 166
Sôbre o retardamento do tratamento de carcinoma do colo — SEGSCHEIDER, P. e RIEDEN, H. 166
Irradiação pelo telecobalto no carcinoma do colo — BUTTENBERG, D. e KUTTIG, H. 167
Aspéctos colposcópicos do colo uterino que são característicos para a formação incipiente do carcinoma — DZIOBA, A. 167
Sôbre o diagnóstico precoce de carcinoma do colo na prática diária — KRAKE, K. H. 168
O quadro da rede vascular terminal no colo carcinomatoso — KOS, J., MIKOLAS, V. e LANE, V. 169
Sôbre a influência do meprobamato no ciclo vaginal da rata branca — DORING, G. K. e HELLER, A. 170
Doseamento dos corticoesteroides na urina — HARGREAVES, M. P. e LECOUR, F. 170
Evolução e patologia de um trofoblastoma — BUR, G. 171
Fístula vésico vaginal complicada com destruição da uretra. Neouretra — ALBERTELLI, Y., MONACO, H. e SANCHEZ, R. 171
O tratamento cirúrgico da insuficiência istmo-cervical fora da gravidez — FELS, E. 172
Ação sôbre o endométrio da progesterona endovenosa em doses variadas — BAGNATI, E. P., BUR, G. E., ZABATA, A. C. e MONTES, E. A. M. 172

ta de malformações, bem como elementos para responder outras perguntas da teratologia.

João Paulo Rieper

Sôbre a situação do extrator a vácuo, na cirurgia obstétrica. (Zur Stellung Des Vakoumextraktor in Der Operation Geburtshilfe). STERNBECK, D. — (Zbl. f. Gynak. 82: 1427, setembro 1960).

Baseado numa experiência de 183 casos entre 4.098 partos, elogia o autor o extrator a vácuo segundo MALMSTRÖM que conquistou lugar definitivo na obstetrícia, com as mesmas indicações de forceps comum. Aos poucos fica substituído o forceps, no material do autor em 50% dos casos, particularmente no forceps baixo. No médio e alto sòmente quando não há pressa. Não pretende-se substituir inteiramente o forceps pelo extrator a vácuo, porque o domínio da técnica correta do primeiro é condição fundamental para o segundo.

O extrator a vácuo pode ser colocado mesmo por cima de fontanelas e suturas, sendo empregado na apresentação frontal da cabeça, se bem que nestes casos talvez seja preferível o forceps comum. Nos casos que necessitam evitar esforços para a mãe, há grande vantagem no emprêgo de extrator a vácuo com extração sincronizada com as contrações.

João Paulo Rieper.

Sôbre o retardamento do tratamento de carcinoma do colo. (Zur Verschleppung Des Kollumkarzinoms). SEGSCHEIDER, P. e RIEDEN, H. — (Zbl. Gynk. 82: 1449, setembro 1960).

Utilizando o material de 5.530 casos de carcinoma do colo da Clínica Universitária de Earlangen, verificou-se que o atrazo motivado pela paciente era de 4 semanas em 72,3% e de mais de 13 semanas em 39,9%. Atrazos motivados por médicos, em 3987 casos, eram de mais de 4 semanas em ... 27,2%. Quanto maior duração dos sintomas, tanto pior era a quota de cura em cada estádio.

A paciente fica inibida de procurar o médico devido a ignorância, indiferença, vergonha, medo da realidade ou resignação em virtude da crença da incurabilidade do mal. O atrazo é mais acentuado no grupo das mulheres mais moças.

ANO XXVI
ABRIL DE 1961
Vol. 51 — 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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

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

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 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 XXVI Abril de 1961 Vol. 51 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Oxiuriasis de los genitales femeninos, con una observación personal en la trompa — DR. RODOLFO SAMMARTINO 173

Biópsia rotativa da cérvice — DR. ORLANDO BAIOCCHI .. 187

EDITORIAL

IN MEMORIAM — †PROFESSOR ARNALDO DE MORAES 211

NOTAS E COMENTÁRIOS

Primeiro Congresso Internacional de Citologia Exfoliativa 215

Terceiro Congresso Mundial da Federação Internacional de Ginecologia e de Obstetrícia 215

Undécimo Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia 216

Prêmio Instituto Central — Hospital A. C. Camargo 216

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil . ..... Cr$ 600,00
Exterior . ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso . ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

A influência do tamanho focal na Radiocurabilidade local dos tumores da cérvice — CHERRY, C. P. e FRASER, W. D. .. 217

O efeito da Adrenalectomia no adenocarcinoma do útero — HUBBARD, T. D. 217

Dexametasona no câncer avançado da mama — STOLL, B. A. .. 218

Tratamento do colo incompetente — BRIGGS, R. M. e THOMPSON, W. B. 218

Estudo das complicações do tratamento cirúrgico e da terapia pelas irradiações do carcinoma do colo do útero — FRICK, H. C., GUTTMANN, R. J., JACOX, H. W. e McKEIWAY, W. P. 219

Gestação a têrmo após tratamento antibiótico de tuberculose endometrial provada — HALBRECHT, I. e BLINICK, G. 220

Tratamento da esterilidade com Cortisona — PALDI, E., FUCH, S. K., PERETZ, A. 221

Um teste imunológico de gravidez — WIDE, L. e GEMZELL, C. A. 221

Excreção urinária de Cortisol na síndrome de Cushing: ação do ACTH — ROSS, E. J. 222

A propósito de uma hiperandrogenia (virilismo pilar) de origem ovariana — KLOTZ, H. P., JARVIS, M. e ROBEL, P. 222

Resultados terapêuticos obtidos no curso da síndrome de Stein e Leventhal - KOLOGLU, S., ESENDAL, A. e KANDEMIR, E. 223

A transformação de androgênios em estrogênios no organismo humano — HENRY, R., THVEN ET, M., LUMBROSO, P. e NETTER, A. 223

O carcinoma intra-epitelial do colo uterino deve ser desmembrado? — DE BRUX, J. e DUPRE, F. J. 224

Sôbre o poder patogênico de um extrato placentar - MAGARA, A. 225

Recentes aquisições em terapêutica hormonal — VOKAER, R. 225

Estudo sôbre os monocitos — YANEVA, H. 226

Defesa contra o tumor por meio de implantação de tumor — EULER, H. 226

O tratamento das hemoblastoses e tumores malignos com trisetileniminobenzoquinona — LINK, A. 227

A posição da radioterapia ginecológica dentro da radiologia em geral — KIRCHHOFF, H. 228

Aproveitamento dos exames prenatais na prática do diagnóstico precoce do carcinoma do colo do útero em pacientes grávidas — JENNY, J., WISS, H. J., MULLER, J. H. e HELD, E. 229

Colheita estéril de sangue menstrual por instrumetno que se adapta ao colo do útero - FINKENTSCHER, R. e SEMM, K. 230

Gravidez em corno rudimentar atrésico sobressalente — GAILER, H. J. 231

Fatores puros e associados em esterilidade — PENA, J. H., CONSOLI, J. F. e INZA, R. 231

Um caso de endometriose vaginal — SOPEN A IBANEZ, A. .. 232

A polimenorréia e a oligomenorréia na esterilidade — PENA, J. H., INZA, R. e CONSOLI, J. F. 232

ANO XXVI
MAIO DE 1961
Vol. 51 — N.º 5

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

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

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspício de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tels. 57-7926 e 37-4437 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

Ano XXVI Maio de 1961 Vol. 51 — N.º 5

SUMÁRIO

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS Págs.

Prática e ensino de Oncologia — Prof. ARNALDO DE MORAES 233

TRABALHOS ORIGINAIS

Le stimolazioni periferiche nella terapia delle menotrorragie giovanili — Prof. GIUSEPPE DELLEPIANE 247

El tratamento quirúrgico del prolapso grave en las histerectomizadas — Prof. AMÉRICO STABILE 255

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

O teste bio-citológico em Obstetrícia — Dr. MARIO BENNING KAMNITZER 269

EDITORIAL

Importância da discariose ou do grupo III no diagnóstico precoce do câncer 271

NOTAS E COMENTÁRIOS

Necrológio — Prof. WALTER STOEKEL (1871-1961) 277

Uma pedra a menos — Dr. ALMERINDO LESSA 279

Curso de extensão universitária no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil 280

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00
Exterior ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

Função ovariana após operação pélvica — TE LINDE, R. e WHARTON, R. 281

Doença policística dos ovários — EVANS, T. V. e RILLY, G. M. 282

Anemias refratárias da gravidez — HOLL, R. G. 282

Conisação cervical na gravidez — BEECHAM, C. e ANDROS G. J. 283

Morbidade por câncer do útero no "East Baton Rouge Parish" — DOUGHERTY, M. 284

Menorragia devida a deficiência férrica crônica — TAYMOR, M.L., STURGIS, S. H.,GOODALE, W.T. e ASHBAUG, D. 284

Resultados de exames citológicos e colposcópicos no domínio da profilaxia do carcinoma — DEIMEL, H. 285

Tratamento sem estrogêneos dos distúrbios funcionais do ciclo, com sangramento persistente, por meio de doses mínimas de primolut e acetato de etinil-nor-testosterona — WASCHKE, G. 286

Gravidez tubária. Celioscopia — JAMAIN, B., LETTESSIER, A. e BONHOMME, J. 287

Eliminação urinária dos corticoides durante a gestação — BRET, A. J., COIFARD e CRIMAIL 288

ANO XXVI
Junho de 1961
Vol. 51 — N.º 6

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspício de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tels. 57-7926 e 37-4437 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

ANO XXVI Junho de 1961 Vol. 51 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Indicações e técnica da operação cesariana — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES e DR. LUIZ BEETHOVEN DO AMARAL 173

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Prolapso uterino em jovem nulípara, resultado com operação de Bumm-Schaefer — DRA. CLARICE AMARAL FERREIRA 191

EDITORIAL

Diagnóstico biológico da gravidez 197

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem póstuma ao Prof. Arnaldo de Moraes na Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais. Palavras pronunciadas pelo Prof. Clóvis Salgado, Prof. de Clínica Ginecológica, na sessão de maio dessa Sociedade 203

† DR. CID BRAUNE FILHO (1915-1961) 208

VIII Congresso da Sociedade Européia de hematologia 208

Programa clínico e didático da Casa de Saúde São Miguel 208

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Educação Médica nos Estados Unidos — F. VICTOR RODRIGUES 209

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00
Exterior ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

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

TRABALHOS ORIGINAIS

INDICAÇÕES E TÉCNICA DA OPERAÇÃO CESARIANA (*)

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Professor Adjunto de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da U. B. Diretor da Divisão Clínica do Instituto de Ginecologia da U. B. Fellow of the American College of Surgeons.

Dr. Luiz Beethoven D. Amaral

Chefe de Equipe na Maternidade Clara Basbaum.
Assistente do Serviço de Cirurgia Geral de Meulheres do I.A.P.I
Obstétra da Maternidade Alexandre Fleming (I.P.A.S.E.).

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Paralelamente à extraordinária evolução médico-científica que se vem operando na última década, certas modificações de conceito e orientação, podem ser observadas na moderna obstetrícia, especialmente no que tange às indicações e técnica da operação cesariana. Apesar de decorridos quasi quatro séculos da descrição da Cesárea, por FRANÇOIS ROUSSET, em seu "Traité Nouveau de Histerectomocie", e do muito que já tem escrito sôbre o assunto, continua ainda na ordem do dia a discussão sôbre vários aspectos ligado à essa intervenção, como indicação, seleção da anestesia, técnica mais convincente, pós-operatório, futuro das cesareadas, etc. para citar apenas os mais importantes.

Até o final do século passado dominavam a Tococirurgia as intervenções efetuadas por via transpélvica; isto decorria da contaminação da cavidade peritonial uma vez aberto o ventre, sendo que a mortalidade materna por **infecção** atingia cifras elevadíssimas. Lembremos, para bem caracterizar o problema, a advertência de CHOMÉ, posta à lume em

(*) Trabalho publicado na Revista "Obstetricia y Ginecologia Latino-Americanas", vol. 18, ns. 5, 6 - 1960.
Recebido para publicação em maio de 1961.

1929: "O diagnóstico de uma peritonite, corresponde à uma verdadeira sentença de morte" (10).

Ao fator peritonite, epílogo quase constante de tôdas as operações cesarianas realizadas em épocas pretéritas, sobrepunham-se dois outros não menos importantes, a **hemorragia** e o **choque** subseqüente, pois, nos primórdios da técnica da Cesárea, a ferida uterina não era suturada. Era natural, portanto, que se encontrasse em certas estatísticas até 100% de mortalidade materna. Como conseqüência, a Cesárea abdominal estava, com justa razão, quase que proscrita do armamentário obstétrico. Sòmente em condições excepcionais era indicada e, ainda assim, com vacilação. Tomemos para exemplificar, a estatística de CHARPENTIER, publicada por BRINDEAU (3) num dos volumes da monumental coleção de "Leçons du jeudi soir a la Clinique Tarnier":

AUTOR	ANO	N.º DE CASOS	MORTALIDADE
GUILLEMEAU	1600	5	100%
BAUDELOCQUE	1750 a 1816	73	57%
KAISER	1750 a 1839	338	62%
VELPEAU	1700 a 1835	265	55%
PAUL DUBOIS	1820	17	100%

Depreende-se, daí, que a via abdominal estava pràticamente condenada, relegada a um plano de inferioridade. Tôdas as anomalias ou distócias advindas durante a gestação ou no decurso do parto eram solucionados através de intervenções só exequíveis por via baixa, ainda que se soubesse que muitas delas seriam letais para o concepto e sobremodo traumatizantes para o organismo materno. Essa a época em que o forceps alto, a versão e a grande extração, a sinfisiotomia e as embriotomias tiveram seu apogeu. Restrito, portanto, nesse período o campo das indicações da Cesárea e vasto, imenso o da operatória transpelviana.

Com o aperfeiçoamento da técnica operatória, com os novos métodos de antissepsia, com o advento das sulfas e antibióticos, com o desenvolvimento da anestesiologia, com a

criação e difusão dos bancos de sangue, e os atuais cuidados pre, intra e pós-operatórios, a situação modificou-se por completo. Transcendental metamorfose operou-se na maneira de pensar e agir dos obstetras; não se visa, hoje em dia, salvaguardar apenas a vida e bem-estar maternos, mas também a vida e integridade do feto.

A moderna Obstetrícia transferiu para a via alta, abdominal, a solução da grande maioria das distócias e contingências clínicas sobrevindas durante o trabalho parturiente ou no transcurso da gestação.

Recorre-se hoje mais vêzes ao parto abdominal porque é mais inofensivo, de mais fácil execução, pronto e seguro, pois é realizado sob o contrôle da visão e do tato do obstetra; já as operações transpelvianas são mais traumatizantes, laboriosas, delongadas e inseguras porque são executadas sòmente sob o tato do parteiro.

Êsses, a nosso ver, os fatôres principais que permitiram ampliar o campo das indicações da Cesárea, que é, de tôdas as intervenções obstétricas, a que mais de perto atende à preservação da vida e integridade do binômio feto-materno, finalidade precípua da Obstetrícia de nossos dias.

INDICAÇÕES

No que respeita ao problema das indicações, nenhuma das operações obstétricas possui, como a cesariana, o caracter universal, dizia FERNANDO MAGALHÃES (2); sôbre as possibilidades de sua execução assim se expressava: "quaisquer emergências clínicas, tôdas as possibilidades operatórias acomodam-se na largueza do parto abdominal que dispensa a oportunidade, que não encontra embaraço, que não sente a distócia, que não se preocupa com o estorvo inesperado, que começa e que acaba, que atende indiferentemente a tôdas as complicações obstétricas"... Mudaram os tempos, normas e condutas obstétricas; mas não as palavras proféticas do insigne Mestre!

A operação cesariana, admitida sòmente em casos restritos até princípios dêste século, devido ao seu prognóstico sombrio, sofreu um primeiro impulso, para ampliar o campo de suas indicações, com o reconhecimento, primeiramente da necessidade de se suturar o útero após a extração fetal e depois, com a adoção e difusão das regras de antissepsia e as-

sepsia. Assim, já em 1926, BRINDEAU e LANTUEJOUL (4) enumeravam várias condições obstétricas em que a Cesárea era realizada, registrando mortalidade materna global de apenas 6%; essas indicações eram as seguintes:

1) — Bacias estreitadas	144	vêzes
2) — Tumor prévio	21	"
3) — Placenta prévia	14	"
4) — Eclâmpsia	5	"
5) — Apresentação córmica	5	"
6) — Hemorragia retro-placentária .	4	"
7) — Distócia de fôrça	3	"
8) — Procedência do cordão.	3	"
9) — Histeropexia	2	"
10) — Morte à repetição do feto	2	"
11) — Macrossomia fetal	1	"
12) — Hidrocefalia	1	"
13) — Ectasia aórtica	1	"

Vemos assim, que já nessa época eram muitas as oportunidades em que a operação cesariana encontrava sua indicação.

Vencida essa etapa, passaram os tocólogos a cogitar de um outro problema, — o da indicação da cesárea nos chamados casos impuros ou infectados, que ainda eram responsáveis por soma apreciável de óbitos maternos; tiveram então grande impulso as técnicas destinadas a abordar o útero evitando a cavidade abdominal — os chamados métodos extra peritoniais (puros ou por artifício). O grande mérito dêsses métodos, como bem assinala GRELLE (15), foi o de desviar na cesárea clássica, o sítio da histerotomia do segmento corporal para o segmento inferior. Essas técnicas, ditas extra-peritonais, apresentando inúmeros inconvenientes e pouco ou nenhum benefício, foram quase que completamente abando-

nadas; a propósito, escrevia KELLER (16), entusiasta da cesárea baixa transperitonial, há mais de 30 anos: "C'est donc pour ces differentes raisons que nous avons, après un temps d'essai assez court, consacré à la césearienne extra-peritonéale, appliqué, par la suite, uniquement la césarienne transperitonéeale, laquelle, selon l'avis de certains auteurs, est la césarienne de lavenir qui ne sera pas de si tôt depassée par aucune autre méthode. Je passe sous silence la méthode de la césarienne corporéale, n'etant plus de mise de nos jours et ne pouvant prétendre aux mèmes applications larges et aus bons résultats de la césarienne basse." Essa assertiva era fundamentada nos resultados por êle obtidos sôbre 100 intervenções, das quais 27 casos apresentavam temperatura igual ou superior a 38° C e pulso superior a 100; apesar disso, registrou mortalidade materna de sòmente 2% e morbilidade de 39%.

Sòmente após a descoberta dos quimioterápicos e dos antibióticos, entretanto, foi que o fator infecção deixou de constituir obtáculo à cesárea que, dia a dia, se pratica com mais freqüência e com indicações liberalmente ampliadas, visando tanto o interêsse materno quanto o fetal.

CASUÍSTICA

A casuística que apresentamos, referente a gestantes de nossa clínica privada, abrange um período de 6 anos — setembro de 1952 a setembro de 1958. Nêsse período registramos 572 partos; dêstes, 502 solucionados por via transpelviana e 70 através da operação cesariana; a incidência de cesárea foi, por conseguinte, de 12,2%.

Computamos sòmente os partos referidos nêsse lapso de tempo por duas razões:

1.°) — A partir de 1952 confeccionamos fichas obstétricas especiais para o registro da evolução de nossos partos.

2.°) — Data daquele ano a padronização da técnica por nós utilizada, tanto para a abertura do ventre (laparotomia) como para a histerotomia e subsequentes suturas. Dêsse modo, torna-se fácil a análise dos resultados obtidos.

Assim exposto, passaremos a estudar as distócias e contigências clínico-obstétricas que nos levaram a utilizar o talho

Desp. céfalo-pélvica	Cesárea Iterat.	Plac. prév.	Toxemia	Abruptio placentae
33,34%	26,32%	9,7%	5,11%	4,17%

QUADRO I

1) — Desproporção céfalo-pélvica	29	(41,43%)
a) — Relativa	20	(28,57%)
b) — Absoluta	9	(12,86%)
2) — Discinesia uterina incoercível	8	(11,43%)
3) — Sofrimento fetal	7	(10,00%)
4) — Apresentação pélvica	6	(8,57%)
a) — Primípara	5	
b) — Multípara	1	
5) — Imunização ao fator Rh	4	(5,71%)
6) — Placenta prévia	4	(5,71%)
a) — Oclusiva parc.	3	
b) — Oclusiva total.	1	
7) — Apresentação córmica	2	(2,86%)
8) — Feto morto retido (Resposta negativa à indução)	2	(2,86%)
9) — Outras indicações	8	(11,43%)
a) — Procidência de cordão	1	
b) — Morte fetal à repetição intra-parto	1	
c) — Prenhez protelada	1	
d) — Cardiopatia	1	
e) — Psicopatia	1	
f) — Tumor prévio	1	
g) — Interrupção gravidez	1	
h) — Plástica orif. int. colo	1	

cesáreo para a terminação do parto ou interrupção da prenhez. Essas indicações acham-se enfeixadas no Quadro I.

1) — DESPROPORÇÃO CÉFALO-PÉLVICA:

Pela análise de nossa estatística verifica-se que a indicação mais freqüente para o talho cesáreo é representada pela desproporção céfalo-pélvica (29 casos, ou seja, 41,43%); essa incidência é corroborada por diversos autores: BOURGEOIS (2), EASTMAN (13), Mc LEAN (23), REZENDE (30,31), SILVA PEREIRA (26), ULLERY (39) e WATERS (41).

POSNER e colaboradores (27), revendo vários autores, apresentam as seguintes cifras médias para indicações mais freqüentes da cesárea:

Todavia, em algumas estatísticas americanas, a cesárea à repetição figura em primeiro plano, como a de POSNER (27) em que se encontra 27,30% de cesárea iterativa e 22,30% para a desproporção céfalo-pélvica. Já no recente trabalho de WATERS (41), a porcentagem de cesárea iterativa é de 26,7% e da desproporção céfalo-pélvica é de 50,4%. Foi na casuística de POWELL et al. (28) onde encontramos a menor incidência de desproporção céfalo-pélvica como indicação de cesárea (13,8%); as duas principais indicações foram cesárea iterativa (43,6%) e episódios hemorrágicos (22,8%). Outrossim, reconhecem que, em muitos casos de cesárea iterativa a indicação foi por desproporção, como textualmente se depreende — "This is one of the lowest rate reported, but many of the repeat sections were for desproportion" (28).

Para a avaliação da proporcionalidade feto-pélvica utilizamo-nos de elementos clínicos e radiológicos. Lançamos mão da radiologia sòmente quando há suspeita clínica de desproporção; não somos apologistas do exame radiológico sistemático de tôdas as pacientes no final da prenhez com o fito de lobrigar possível desproporção.

Nos casos de desproporção céfalo-pélvica absoluta, sòmente duas vêzes recorremos à radiologia para confirmação diagnóstica, pois, nos demais casos, os dados fornecidos pela semiótica eram tão flagrantes e seguros que dispensavam o concurso da radiologia. Por outro lado nos casos de suspeita de desproporção relativa, o estudo radiológico (pelvigrafia e radio-pelvimetria) se impõe, é mesmo indispensável.

Quando há necessidade do exame radiológico, costumamos efetuá-lo em tôrno da 38a. semana; quanto ao método, somos partidários da técnica de THOMS ou da de BALL.

Diagnosticada a desproporção absoluta, não há alternativa na conduta — a cesárea se impõe!

Na desproporção relativa, tôdas as nossas pacientes foram submetidas à prova de trabalho ou "labor test". dos autôres de fala inglêsa.

Na prova de trabalho levamos em consideração os seguintes elementos:

a) — Características da contratilidade uterina (freqüência e duração das contrações).

b) —Gráu de flexão do polo cefálico.

c) — Progressão da apresentação no desfiladeiro pélvico, através da manobra de HISS-MÜLLER.

d) — Características do colo.

e) — Observação atenta da parturiente com o fito de lobrigar quaisquer sinais denunciadores de rotura uterina iminente.

f) — Vigilância cuidadosa do concepto visando a surpreender quaisquer sinais de sofrimento fetal.

g) — Duração da prova: Se bem que variável para cada caso, costumamos prolongá-la até 10 horas, desde que as condições acima relacionadas o permitam e sejam favoráveis.

2) — DISCINESIA UTERINA INCOERCÍVEL:

Assim compreendemos as alterações da atividade contrátil manifestas no segmento corporal inferior e colo, rebeldes ao tratamento medicamentoso instituído. Poucas vêzes, pelo que se depreende dos autores consultados, a distócia de fôrça é relacionada como indicação para a cesárea; entretanto, em nosso material (11,43%), bem como no de SILVA PEREIRA (33,7%), figura em segundo lugar na ordem de freqüência das indicações.

3) — SOFRIMENTO FETAL:

Sendo escopo de moderna Obstetrícia a obtenção de resultados que satisfaçam ao postulado **MÃE** e **FILHO** sadios, é obvio que qualquer alteração que sobrevenha durante o trabalho parturinete denunciando o comprometimento do concepto, acarrete indicação formal para a terminação do parto por via abdominal, desde que as condições então vigentes não permitam a utilização da via baixa.

A exteriorização clínica do sofrimento fetal é avaliada através de alterações rítmo e freqüência cardíacos, assim como pela eliminação de mecônio nas apresentações cefálicas. A êsse respeito é sobremodo interessante o estudo efetuado por DUMOULIN e MARTIN (12), sôbre 130 cesáreas realizadas por sofrimento fetal. Sucumbiram **10** fetos (7,7%), sendo que a mortalidade foi maior quando houve associação de alteração dos batimenots cárdio-fetais e eliminação de mecônio. Chamam também a atenção para o fato de que nas prenhezes proteladas o sofrimento fetal assume características graves por oferecerem ao concepto um ambiente parco em oxigênio.

O sofrimento fetal contribuiu com 10% para a indicação de cesárea em nosso material, não se registrando um só caso de morte fetal.

4) — APRESENTAÇÃO PÉLVICA:

De transcendental importância é a experiência e conduta do obstetra em relação ao parto pélvico pois a mortalidade e morbilidade fetais dêle decorrentes são maiores do que no parto de apresentação cefálica.

CALKINS (7), estudando a mortalidade fetal nas apresentações cefálica e pélvica, apresenta as cifras assinaladas no quadro abaixo:

PÊSO	A. Cefálica	Ap. Pélvica
500 — 995 g	75%	94%
1000 — 1495 g	56%	64%
1500 — 2495 g	11,1%	22,4%
2500 — 3995 g	1,2%	5,0%
4000 ou mais	3,1%	23,0%

NOVIS (25) assinala mortalidade fetal corrigida de 17,98% para primíparas e 13,67% para multíparas.

ONOFRE ARAUJO e col. (1), estudando 126 casos de apresentação pélvica em primíparas assinalam mortalidade fetal de 5,55% quando a parturição se verificou por via baixa, e de 0% quando do emprêgo da cesárea. Registraram, outrossim, morbilidade fetal (paralizia braquial) de 4,95%.

SCHMITZ et al. (33) referem mortalidade fetal global para o parto pélvico de 12,12%, e corrigida, de 4,12%.

Como conseqüência, é natural que haja uma tendência em tornar mais amplo o emprêgo de cesárea nas apresentações de nádegas, mòrmente nas primíparas, onde, além de todos os fatores desfavoráveis pertinentes à parturição transpelviana, soma-se a pouca distensibilidade das partes moles; assim, os percalços para a evolução e consumação da 2a. fase do parto aumentam extraordinàriamente.

Se bem que a maioria dos autores assinale maior mortalidade fetal devida ao parto de apresentação pélvica em prinmíparas do que em multíparas, é necessário assinalar que, outros existem (6,21) em cujo material a mortalidade fetal atingiu cifras mais elevadas justamente nas multíparas: achamos que isto constitui exceção. Em se tratando de primíparas, somos de opinião que, na maioria dos casos, a solução que menos dissabores acarreta ao profissional é a operação cesariana.

5) — IMUNIZAÇÃO AO FATOR Rh:

Não se dispondo, até o momento, de qualquer tratamento eficaz para a paciente sensibilizada pelo aglutinogênio Rh (24), verdadeiro dilema vive o obstetra, no que respeita à conduta a seguir quando os exames hematológicos repetidos demonstram uma produção crescente de anticorpos por parte do organismo materno. Interromper a gestação, correndo o risco da prematuridade, ou deixar evoluir até o têrmo, correndo o risco de se obter um feto morto ou com impregnação acentuada de bilirrubina?

A nosso vêr, cada caso deve ser individualizado, merecendo análise e conduta especiais de acôrdo com as condições vigentes (história pregressa de abortamentos, de partos prematuros ou à têrmo, com produtos macerados, hidrópicos ou ictéricos, infantes com sequelas neurológicas, transfusões

incompatíveis, títulos residual e atual dos anticorpos e genotipo do marido). Apesar de não haver acôrdo entre os autores, somos de opinião que, em as pacientes imunizadas e com história pregressa desfavorável, a conduta que melhores resultados tem proporcionado é a interrupção da prenhez antes do têrmo e a transfusão de substituição (14, 17, 18,20).

No que diz respeito à interrupção da prenhez, somos favoráveis tanto à indução do parto como à via alta, sendo época mais propícia de 36a. semana em diante, desde que as condições assim o permitam.

Em nossa casuística utilizamos a via alta em 4 casos; não registramos mortalidade fetal e a transfusão de substituição foi realizada em duas oportunidades.

6) — **PLACENTA PRÉVIA:**

Pela bibliografia compulsada deduz-se que é uma contingência onde a operação cesariana tem sido empregada em larga escala, quer como indicação eletiva, quer como relativa

Na variedade oclusiva total ou grau IV, a indicação é sumária; nas outras variedades a indicação será ditada de acôrdo com o estado do concepto e da expoliação sanguínea materna.

Em nossa casuística a placenta prévia foi responsável por choque em duas oportunidades; todavia, a mortalidade fetal, relativamente grande em algumas estatísticas, foi nula em nossos casos. Uma conduta trivial, mas de grande relevância, a nosso vêr, tanto no parto abdominal como no transpélvico, é a de se deixar, por ocasião da laqueadura do cordão, côto umbilical longo (10 cm aproximadamente), para que na eventualidade de haver necessidade de transfundir sangue ao nasciturno, nenhuma dificuldade seja encontrada na execução da mesma.

Tivemos 4 casos de placenta prévia onde a cesárea foi estatuída, dando uma incidência de 4,71%.

7) — **APRESENTAÇÃO CÓRMICA:**

Constitui, na nossa opinião, uma indicação eletiva de cesárea; representa, outrossim, juntamente com a distócia anular, condição para a secção longitudinal do segmento inferior, como opinam RODRIGUES LIMA (32) e GRELIE (15). Nos nossos únicos casos utilizamo-nos de uma incisão combi-

nada (segmento-corporal) em forma de T invertido, pois as pacientes foram operadas antes do início do parto e, contávamos, por conseguinte, sòmente com o segmento inferior da gestação como local para a realização da histerotomia.

8) — FETO MORTO RETIDO:

Representa indicação de exceção para cesariana; em duas eventualidades ela foi estatuída por resultar negativa a indução do parto. Como o tempo de retenção do produto já era prolongado e tratando-se, em 1 caso de paciente diabética e toxêmica, e em outro de imunização anti-Rh, valemo-nos da via alta para o esvasiamento uterino.

9) — OUTRAS INDICAÇÕES PARA A CESÁREA:

Sob essa epígrafe catalogamos diversas contingências menos freqüentes, sobrevindas durante a gestação ou trabalho parturiente, em que a preferência pela via alta foi a melhor solução para a interrupção da prenhez ou o término do parto; essas contingências acham-se relacionadas no Quadro I.

TÉCNICA DA OPERAÇÃO CESARIANA

Para que a operação cesariana seja realizada dentro dos requisitos técnicos mínimos exigidos, é mister que o executor tenha conhecimentos suficientes de Obstetrícia e de Cirurgia; comporta, assim, para a sua perfeita exequibilidade, a análise de dois aspectos bem distintos.

1) — Aspecto cirúrgico.

2) — Aspecto obstétrico.

O aspecto cirúrgico é àquele que se relaciona com a via de acesso para se chegar à cavidade abdominal, isto é, a seleção e a execução da laparotomia.

O aspecto obtétrico é aquele que diz respeito à histerotomia, extração fetal, secundamento e a subsequente histerorrafia; a nosso ver, êsse é o tempo essencialmente obstétrico.

Tem cabida no momento as palavras de RODRIGUES LIMA (32): "Bom cirurgião e mau obstetra jamais resolverá bem uma cesariana para o que se exigem conhecimentos especiais de ambas especialidades: prática cirúrgica e sangue frio consciente de obstetra."

Antes de apresentarmos a técnica por nós utilizada, teceremos alguns comentários sôbre os referidos aspectos.

1) — ASPECTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA):

Já de longa data a polêmica entre os cirurgiões sôbre qual a celiotomia que propicía melhor acesso aos órgãos abdomino-pélvicos, resultados cosméticos e qualidade de cicatriz resultante — se a longitudinal ou a transversal.

Por se adaptar melhor às noções básicas da anátomo-fisiologia da parede abdominal ((8, 29, 34, 36), pela exposição do campo operatório que oferece (8, 9, 31) e pelos resultados imediatos e tardios proporcionados(8, 29, 31, 34, 37, 38, 40), a laparotomia transversa supra-púbica tem sido para nós a via de eleição para abordarmos o útero grávido.

Êsse ponto de vista no entanto, não é esposado pela maioria dos obstetras que, habitualmente, se utiliza da laparotomia mediana para a execução da operação cesariana. Poucos são os autores que preconizam a celiotomia transversa para o parto supra-sinfisário, contando-se entre êstes DEXEUS FONT (11), LORCA (19), REZENDE (31) e TOLLEFSON & RUSSELL (38). Isto prende-se, a nosso ver, à maior demora na liberação fetal do claustro materno, que traria como consequência, na narcose, prolongamento da ação dos agentes anestésicos sôbre o concepto. Assim, enquanto na laparotomia mediana infra-umbilical o tempo médio de extração fetal oscila em tôrno dos 3 minutos, na transversa atinge, como posteriormente veremos a 5 minutos.

Apesar do tempo médio de extração fetal na laparotomia transversa ser ligeiramente superior ao da laparotomia mediana, não verificamos, entretanto, maior dificuldade para o início e regularização da respiração dos nascituros

Dentre os fatores que justificam a superioridade do corte transversal sôbre o vertical no baixo ventre, salientamos:

a) — Cicatrização mais consciente.

b) — Aderências raras.

c) — Pós-operatório mais confortável.

d) — Deambulação mais precoce com diminuição das complicações pós-operatórias.

e) — Resultados mais estéticos.

CICATRIZAÇÃO MAIS CONSCIENTE

Fator de grande relevância, tanto do ponto de vista imediato quanto tardio, é a qualidade da cicatriz operatória resultante das incisões efetuadas sôbre a parede abdominal; em tôdas as estatísticas constata-se que a cicatrização é de melhor qualidade nas incisões transversas do que nas verticais. Isto, advém do fato de que sendo a laparotomia transversa mais anatômica e fisiológica, permite que o processo de reparação dos tecidos — tanto dos planos superficiais como os profundos, se realize sob menor tensão e com melhor suprimento sanguíneo; a cicatrização resultante será, naturalmente, mais perfeita, pronta e consistente.

Citaremos, para comprovação de nossa assertiva, algumas estatísticas. Assim, SINGLETON (34) analizando 5.853 incisões verticais, encontrou 60 deiscências de parede e cêrca de 3% de hérnias incisionais; passando a se utilizar da via transversal não mais observou deiscências e as hérnias ventrais diminuiram consideràvelmente. THOMPSON et al. (37) estudando as seqüelas advindas das laparotomias, observaram 0,5% de deiscências na incisão transversa e 2,5% na vertical, enquanto que, as hérnias incisionais ocorreram em 1,3% nas laparotomias transversas contra 3,2% nas longitudinais. CARDOSO DE CASTRO (8), em recente trabalho, encontrou apenas 0,61% de hérnias incisionais após laparotomias transversais; analizando as supra e infra-umbilicais, observou 1,81% nas subcostais e 0% nas supra-púbicas. Em nossa casuística não registramos, até aqui quaisquer seqüelas oriundas do processo de cicatrização (deiscências, eviscerações ou hernias incisionais), quer nas laparotomias obstétricas quer nas ginecológicas, após laparotomia transversa baixa, supra-púbica.

Em Obstetrícia o fator parietal é de máxima importância, tanto sob o ponto de vista anátomo-funcional como estético, pois com freqüência, uma paciente é submetida a 3 ou mais cesáreas iterativas.

ADERÊNCIAS MAIS RARAS

Outro elemento que devemos levar em consideração no futuro obstétrico das cesareadas é o problema das aderências. Há quase meio século, já SPRENGEL (35), chamava a atenção para êsse fato, mostrando que as aderências eram mais freqüentes após as laparotomias verticais do que após as

transversais; corroborando com as observações daquele autôr temos observado nas cesáreas iterativas menor freqüência e extensão das aderências após o talho transversal.

PÓS-OPERATÓRIO MAIS CONFORTÁVEL

Se bem que muitos fatores (psicológicos, tipo de intervenção, etc.) concorram para o transcurso de um pós-operatório suave, ou ao contrário acidentado, ruidoso, — um dos mais importantes com o qual o cirurgião freqüentemente depara é, sem dúvida, a dôr incisional com todo o seu cortejo de malefícios.

Como se sabe, a inervação do baixo ventre é fornecida pelos 6 últimos nervos intercostais e pelos abdômino-genitais; ora, apresentando êsses nervos um trajeto quase horizontal é lógico que as incisões transversais efetuadas nessa região terão menor probabilidade de lesá-los do que as verticais. Dêste modo,respeitando a integridade dos elementos nervosos, a dôr incisional estará consideràvelmente diminuída. Por outro lado, o corte transversal não interessando o ponto de fixação dos músculos largos na liha mediana (linha branca), faculta aos mesmos a liberdade de ação e não interfere com a fase abdominal da respiração, bem como com o ato de tossir; isto facilita sobremodo a expansão pulmonar e a eliminação das secreções bronco-pulmonares (diminuição de atelectasias e pneumonias pós-operatórias), principalmente nas pacientes asmáticas e portadores de bronquites crônicas.

DIMINUIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DEAMBULAÇÃO MAIS PRECOCE

Achando-se diminuída a dôr incisional e facilitada a liberdade de ação dos músculos abdominais, as pacientes realizam movimentação ativa e deambulação mais precoces, concorrendo, destarte, para a diminuição das manifestações trombo-embólicas, bem como para uma recuperação funcional e psíquica mais rápidas.

Assim pôsto, as incisões transversais fazendo baixar a incidência de complicações subseqüentes ao ato cirúrgico, contribuem para que o pós-operatório transcorra suave e confortável.

As estatísticas, a êsse respeito, aí estão para comprovação. Assim, WILLIAMS (40), utilizando a técnica de MAYLARD em 96 casos, não observou caso algum de síndrome

trombo-embólica ou de complicação pulmonar; REES e COLLER (29) anotaram 2,6% de complicações pulmonares nas celiotomias transversas, contra 9,5% nas verticais. CARDOSO de CASTRO (8) registrou sòmente 1 caso de manifestação trombo-embólica distal (tromboflebite); por outro lado estudando a capacidade respiratória no pré e pós-operatório observou que há uma queda mais acentuada no dia imediato à intervenção, nas laparotomias verticais do que nas transversais. Em nossa série registramos sòmente 1 caso de tromboflebite e 1 de pneumopatia aguda (bronco-pneumonia).

RESULTADOS ESTÉTICOS

Atualmente, com recursos de que dispomos, desde que não redunde em prejuízo para o binômio feto-materno, é nosso dever conjugar ciência e arte a um só tempo para a preservação da estética, de capital importância na mulher.

Lògicamente, sendo o talho cutâneo efetuado em região protegida por pêlos, os resultados cosméticos advindos serão os melhores possíveis.. Emprestaremos, assim, ao ato cirúrgico, uma concepção mais elevada — a harmonia da ciência e do belo!

2) — ASPECTO OBSTÉTRICO:

Como salientamos, os principais fatores que tornaram no passado, a via abdominal desaconselhável em tococirúrgica foram a hemorragia, o choque e a infecção pós-operatória.

Se, por um lado, êsses fatores constituiram verdadeiros espantalhos no que concerne à execução e difusão da tomotócia, por outro, representaram um estímulo constante na luta incessante dos tocólogos contra os mesmos, no afã de encontrarem uma solução plausível para êsse cruciante problema.

Um avanço importante nêsse setor foi a concepção genial de E. PORRO, em 1876, preconizando que se realizasse a histerectomia sub-total e anexectomia bilateral, após a extração fetal, fixando o côto uterino à parede do ventre; visava, com êsse procedimento, a prevenir as complicações hemorrágicas e infecciosas, quase sempre de regra, após a cesariana. Apesar de constituir um verdadeiro marco na história da operação cesariana, pôsto que a mortalidade materna sofrera um decréscimo significativo, o processo de PORRO, após um período de entusiamo, foi abandonado, de vez que aos obs-

tétras, repudiava a adoção sistemática do radicalismo extremo — a mutilação materna.

Entrementes, por essa época, repercutiam no mundo médico as idéias de SEMMELWEISS, o "salvador das mães", e os trabalhos fundamentais de LISTER, PASTEUR e KOCK (5) sôbre a etiologia e profilaxia das infecções. Têm início e disseminam-se cèleremente por todos os meios científicos as noções essenciais da profilaxia das infecções cirúrgicas — a era da antissepsia e assepsia, abrindo novos horizontes para a evolução de propagação da cesárea abdominal.

Estavam lançadas as bases fundamentais para o contrôle dos agentes infeciosos, tornados efetivos mais tarde com a decoberta das Sulfas (DOMAGK) e da Penicilina (FLEMING), esta como o primeiro dos antibióticos.

O outro óbice à operação cesariana, — a hemorragia, foi eliminado quando se reconheceu a necessidade de suturar a matriz após o seu esvaziamento. Coube a F. KEHRER (1881) e M. SANGER (1882) a glória de tal evento, pois foram os primeiros que conheceram e realizaram suturas bem sistematizadas.

Finalmente, ainda existia um problema para o reconhecimento e aceitação da cesárea como operação universal — o dos casos impuros ou infestados; mais uma vez o engenho humano, através de sua plasticidade cerebral, começou a arquitetar meios visando a excluir a grande cavidade peritonial do contato com o ôvo contaminado — surgem as técnicas extra-peritoniais (puras ou por artifícios), às quais estão ìntimamente ligados os nomes de FRANK, SELHEIM, DOEDERLEIN, KÜSTNER,LATZKO e, mais recentemente WATERS, NORTON, BOTELLA LLUSIA, etc,. Todavia, como assinalamos, o maior valor dêsses métodos foi chamar atenção dos parteiros mais para a localização da histerotomia, que passou do segmento corporal para o segmento inferior, do que pròpriamente para a segregação da cavidade abdominal.

Admitida a região segmentária inferior como ponto de eleição para a feitura de histerotomia, prevaleceu ainda por certo tempo a orientação vertical do corte cirúrgico; pouco a pouco, se bem que com certa relutância, reconheceu-se que, de acôrdo com a textura e direção dos vasos sanguíneos da referida região a incisão longitudinal do segmento inferior era, como assinala REZENDE (31), "efetuada em desobediência à histologia e vascularização regionais". Coube ainda a

KEHRER a primazia de tal procedimento, pois foi o primeiro que concebeu e praticou uma histerotomia transversal ao nível do segmento inferior.

Hodiernamente, de conformidade com os nossos conhecimentos sôbre a constituição do útero grávido, disposição e significado funcional das fibras musculares que compõem as porções corporal e segmentar do útero, bem assim como sôbre o trajeto apresentado pelos vasos sanguíneos, a **incisão uterina ideal** é a **segmentar transversa**. Sòmente em duas eventualidades prevalece o talho longitudinal do segmento inferior: na distócia anular de Bandl e nos casos de apresentação córmica.

(continua no próximo número)

SÔBRE PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS NESTA REVISTA

Os trabalhos enviados para publicação nesta Revista deverão, sempre que possível, obedecer aos seguintes itens:

a) Os trabalhos serão publicados obedecendo mais ou menos à ordem da data do recebimento.

b) Devem conter no máximo 20 páginas datilografadas em espaço 2 (incluindo as páginas das fotografias ou de quadros).

c) Que não contenham, dentro do possível, mais de uma fotografia para cada 3 páginas de texto.

d) Deve ser enviado um sumário do trabalho, contendo no máximo 100 palavras, para ser traduzido em línguas.

A Redação

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.

Efeito do estímulo androgênico na função sexual e reprodução — ZONDEK, B. e TAMARI, I. 211
Alterações epiteliais do colo produzidas pela podofilina — KAMINETZKY, H. A. 211
Modo de infecção e reinfecção na vulvovaginite por cogumelos — MELEIRO DE SOUZA e UDEN, N. 212
Tratamento do câncer avançado da mama com 3B, 17B. Androstanediol — BRENNAN, M. J., BECKETT, KELLY, J. E., e BETAN ZOS, G. 212
Fertilidade e reprodução a seguir à correção da incompetência do orifício interno cervical — LASH, A. F. 213
Ocorrência de gravidez após adoção — TYLER, E. T., BONAPART, J. e GRANT, J. 214
Tratamento da esterilidade pela cortisona — HUSSLEIN, H. .. 214
O lugar da celioscopia no exame de uma amenorréia — HOUEL, E. e GARES 214
Da associação dos corticosteroides de síntese ao caldo Stock. Vacina de Delbet nas inflamações do tecido conjuntivo pelviano — SCHEBAT, L. MOUSSERON, C. e WAHL, P. 215
Irradiação fetal e materna durante os exames de radiodiagnóstico obstétrico, estudo comparativo das dosses recebidas seguindo as diferentes técnicas de radiopelvimetria — BEWLEY, D. K., LAWS, J. W. e MAGNIN, P. 216
As gonadotrofinas coriônicas no tratamento dos abortos espontâneos precoces — BECLERE, M. C. 217
Investigações sôbre a tricomoníase urogenital — PREISLER, O. 217
Sôbre a questão da gênese por virus de neoplasmas — HARBERS, E. 219
Obstetrícia em pacientes dispneicas — RUTHER 220
Passagem placentária e comportamento farmacológico do tiopental na anestesia obstétrica — UTER, F. e LUTZMANN, L. 221
Inibição da ovulação pelos progestogenios — PEETERS, R. 222
A mortalidade perinatal em 12.000 partes — SPIELMANN, W., HINTERBERGER, K. 222
Emprêgo terapêutico da pseudogestação hormonal — SALVATIERRA, V. e MALDE, J. L. 223
Estudo e crítica da cirurgia tubária — PUIGMACIA, L. P. 224

passando de célula para célula. Seriam pois mutações das células atacadas que produziriam mais virus. Sòmente a parte proteica produz antígenos, de forma que pode haver casos nos quais é difícil comprovar o virus por estar êste ativo sòmente na sua forma de ácido nucleico que, aliás pode encontrar-se exclusivamente nas camadas basais dum papiloma, ao passo que a forma proteínica está nas camadas superficiais. Os bacteriofagos contém ácido desoxiribonucleínico que, ao infectar uma bacteria é injetada dentro do corpo do bacilo, permanecendo a componente proteínica por fora. A célula acometida produz novos bacteriofagos, sendo ela própria destruída. Outros tipos ficam em forma de "profagos" passando de célula em célula, podendo tornar-se virulentos repentinamente sem causa explicável, destruindo a célula. Esta ativação pode ser provocada pelos raios X, ultravioleta e substâncias cancerígenas.

O virus transmite à célula infectada uma "informação" nova, modifica o chamado genoma, modificando o metabolismo da célula. A regeneração dum tecido não se efetua por um estímulo porém pelo desaparecimento duma inibição de crescimento normalmente existente. O efeito inibidor reaparece quando terminou a regeneração. Mutações nas células podem perturbar êste mecanismo, da mesma forma que o virus que contém RNS e DNS.

Não se pode ter a esperança de obtenção fácil duma imunisação passiva em casos clínicos, porque parte essencial das substâncias que induzem o tumor, são de origem endogena. É claro que se pense em tentativas de conduzir para as células informações positivas, isto é contrárias das do virus que normalizassem a regeneração do crescimento. Células cancerosas, tanto como as normais podem receber certa quantidade de moléculas de ácido nucleico polimerisado, sem decompô-los antes. Haverá necessidade de muitas investigações experimentais para ver se os fenômenos descritos também podem ser utilizados no sentido positivo, de transformar uma célula tumoral em normal.

João Paulo Rieper

GEBURTSHILFE UND FRAUENHEILKUNDE

Obstetrícia em pacientes dispneicas. — (Geburtshilfe bei Dyspoischen Kranken). — RÜTHER, (Geburt. u. Frauenhk. 20: 1298, dezembro 1960).

Tôda clínica obstétrica deve estar preparada para manejar os casos especiais, provenientes de dispneia de causa car-

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

díaca, dificuldades várias de respiração, de causa metabólica ou central.

O preparo para o parto é importante, o combate ao medo, garantindo auxílio e acostumando a paciente à máscara de oxigênio e aparelhagens várias. O diagnóstico funcional moderno oferece indicações importantes. A posição da paciente nas várias fases do parto deve ser estudada.

Sedativos como Dolantina e Meprobamato podem ser administrados regularmente, ao passo que os barbitúricos não estão indicados.

Na fase de expulsão deve ser dada uma ajuda em forma de forceps, extrator de vácuo, episiotomia. A anestesia de preferência deve ser a local, em particular a dos nervos pudendos, que também excluem o reflexo da expulsão.

Em caso de cesárea, que só deve ser feita excepcionalmente, deve ser preferida a anestesia, em paciente intubada com succinil-colina.

No purpério deve contar-se com descompensação e complicações graves. O problema da nova gravidez depende da experiência feita e do fato de que a capacidade de compensação diminui com a idade.

João Paulo Rieper

Passagem placentária e comportamento farmacológico do tiopental na anestesia obstétrica. — (Plazentadurchtritt und Pharmakologisches Yerhalten des Thiopentals bei der Geburtshilflichen Anasthesie). — UTER, F. e LUTZMANN, L. (Geburtsh. u. Frauenkl. 200: 1289, dezembro 19600).

Em 50 partos fisiológicos administrou-se uma anestesia endovenosa pelo Tiopental durante o período de expulsão final. As doses foram de 300-500 mg. Análises do sôro tanto da mãe como do filho mostram que o barbitúrico passa imediatamente a barreira placentária de maneira que 30 a 60 segundos depois da injeção há concentração do medicamento igual na mãe como no filho. Depois da ligadura do cordão umbilical cai bruscamente o nível de Tiopental o que pode ser explicado com as alterações pos-partum do pH. Sòmente pequena dose do anestésico alcança o feto porque a maior parte é fixado ao tecido gorduroso da mãe. Uma dose menor de 6,3 mg. por quilo de pêso da mãe não deprime o feto. Recomenda o autor o emprêgo do Tiopental para o período expulsivo bem como anestesia inicial nas intervenções maiores como na cesarea.

João Paulo Rieper

ANO XXVI
JULHO DE 1961
Vol. 52 — N.º 1

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspício de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XXVI Julho de 1961 Vol. 52 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS Págs.

Tumor funcionante do ovário — Dr. A. VESPASIANO — Dr. NÍSIO MARCONDES FONSECA e Dr. JAIME IGLÉSIAS 1

Indicações e Técnica da operação cesariana — Dr. ÁLVARO DE AQUINO SALLES e Dr. LUIS BEETHOVEN DO AMARAL 11

EDITORIAL

Tiróide e endocrinologia feminina 29

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Contributions to Obstetrics and Gynecology — V. N. SHIRODKAR 33

NOTAS E COMENTÁRIOS

Associação Paulista de Medicina 35
Discurso do Prof. Dr. J. ONOFRE DE ARAUJO 37
Discurso pronunciando pelo Dr. EDGARD BRAGA 38
Discurso pronunciado pelo Prof. EDUARDO MARTINS PASSOS 40
Discurso pronunciado pelo Dr. LICINIO H. DUTRA 41
International Correspondence Society of Obstetricians and Gynecologists 44
Federation International de Gynécologie et D'Obstétrique 44

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil . . . . . Cr$ 600,00
Exterior . . . . . Cr$ 1.000,00
Número avulso . . . . . Cr$ 100,00

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

UNIVERSIDADE DO BRASIL
CÁTEDRA DE GINECOLOGIA

INDICAÇÕES E TÉCNICA DA OPERAÇÃO CESARIANA

(continuação)

Dr. Álvaro de Aquino Salles **Dr. Luis Beethoven do Amaral**

Em primeiro lugar, impõe-se, como é lógico, que o executor disponha de recursos suficientes de técnica e tática operatórias, destreza cirúrgica e conhecimento seguro da anatomia regional, a par de experiência obstétrica fecunda e sólida; em suma, cirurgião e obstetra experimentado. Ressumbra, dêsses fatos, que a celiotomia transversa não é convincente para os iniciantes da especialidade, bem como para aqueles dotados de pouca habilidade cirúrgica. Somos entusiastas e apologistas dessa via de acesso para a consumação da operação cesariana, e julgamos que sua prática, nas Clínicas Universitárias e nos Serviços que se destinam ao ensino da Obstetrícia, deve ser incentivada.

Em segundo lugar, há necessidade de uma equipe cirúrgica pré-formada, bem entrosada nos diversos tempos que se sucedem durante a intervenção, devendo a narcose ser administrada por profissional que tenha noção e experiência de ambas as especialidades — Anestesiologia e Obstetricia.

De outra forma, o ato operatório será prejudicado, prolongando-se e advindo percalços, às vêzes quasi que insanáveis, que redundam freqüentemente em sérios danos para o binômio feto-materno.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Antes da paciente ingressar no recinto cirúrgico todos os requisitos necessários à intervenção devem estar ultimados.

Chegando à sala de operações o anestesista procede à punção venosa, indispensável para a realização da narcose e administração de líquidos durante a intervenção; em seguida é feita a antissepsia da pele da região e colocados os campos operatórios. Sòmente após êsse preparativo é que o anes-

tesista começa a indução anestésica. Aguarda-se, então, sua autorização para o início do ato operatório, colocando-se previamente a paciente em posição declive, ligeiro TRENDELENBURG.

A pele e o tecido conjuntivo subcutâneo são seccionados segundo incisão de aproximademente 12cm, efetuada sôbre a prega suprapúbica; quando esta encontra-se além do limite superior dos pêlos, o talho cutâneo é realizado mais abaixo, porém, paralelamente àquela. Os lábios da ferida operatória são então protegidos por compressas mantidas pelo 1.º auxiliar que pressionando-os expõe o plano aponeurótico ao cirurgião. Quando, por ventura, surgem vasos de certo calibre no campo operatório, são pinçados mas não ligados imediatamente.

Em seguida, o folheto anterior da bainha dos retos abdominais (aponeuroses do grande oblíquo, pequeno oblíquo e transverso) será seccionado segundo uma linha curva de côn-

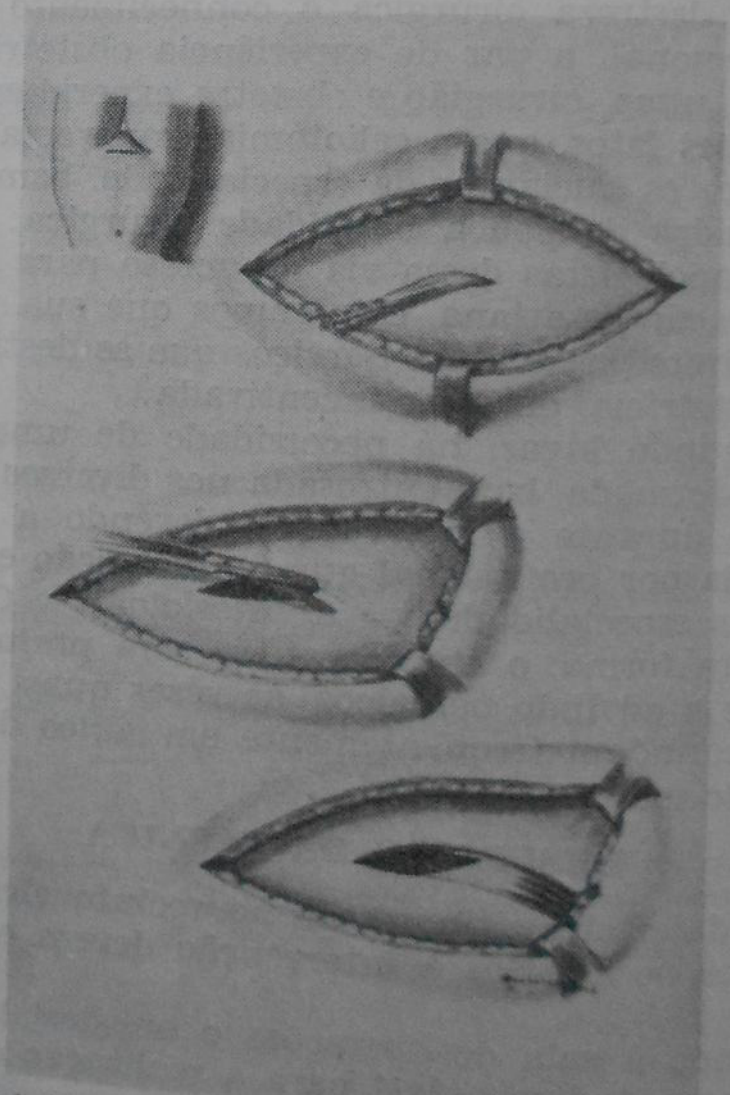


FIG. I a) Incisão transversal, à bisturi, na parte média do folheto anterior aponeurótico da bainha dos retos; b) idem, à tesoura, nas porções laterais; c) a aponeurose do grande oblíquo já seccionada.

cavidade superior e num plano acima da incisão cutânea. Êste corte é iniciado com bisturi na parte medial onde normalmente as três aponeuroses acham-se firmemente aderentes entre sí, e com tesoura nas porções laterais onde habitualmente encontra-se um plano de clivagem entre a aponeurose do grande oblíquo e as duas outras subjacentees, fazendo-se a divulsão nas extremidades da ferida operatória, com a finalidade de evitar a secção de vasos (fig. I, e fig. II, a).

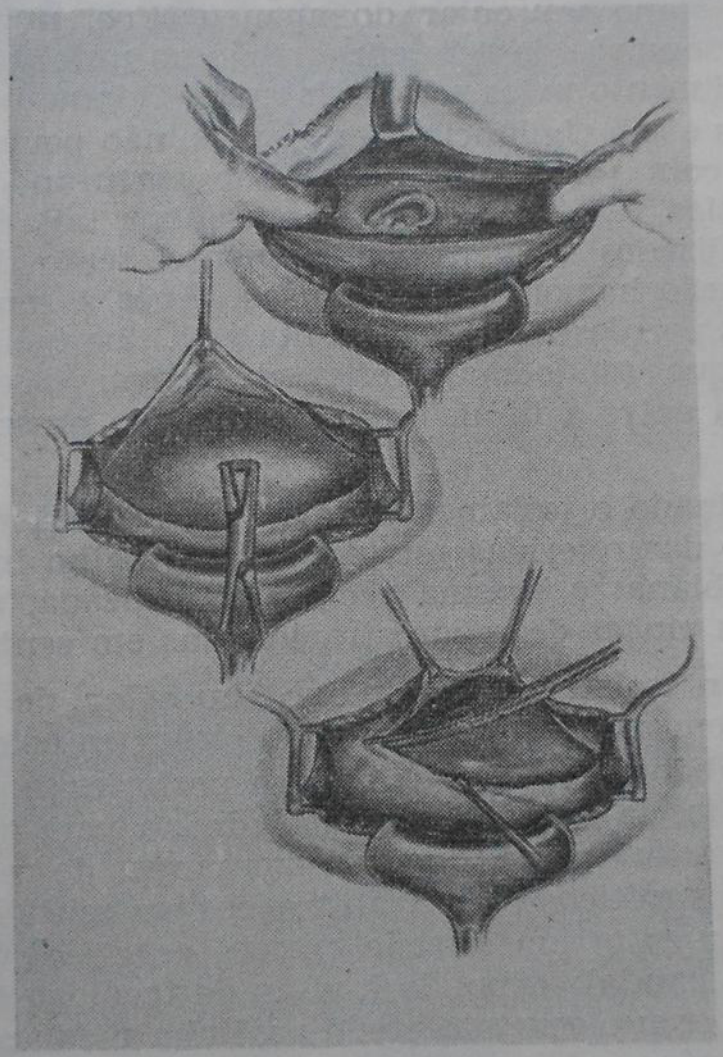


FIG. II a) Divulsão das extremidades da ferida operatória; b) reparo das bordas aponeuróticas e liberação dos músculos retos de sua bainha anterior na porção mediana, à tesoura; c) abertura transversal do peritoneo.

As bordas aponeuróticas do retalho superior são então reparadas com 3 pinças de Kocher retas (1 na parte média e 2 lateralmente, à direita e à esquerda, distando 4cm cada uma da pinça de reparo mediana). Com o retalho aponeurótico inferior o mesmo procedimento é realizado. As pinças de reparo do retalho superior serão mantidas pelo 1.º auxiliar, en-

quanto as do retalho inferior pelo 2.º auxiliar (na falta dêste, pela instrumentadora).

O tempo seguinte visa a liberar ou músculos retos de sua bainha anterior, principiando-se pela porção correspondente ao retalho aponeurótico superior. Para tanto, enquanto o 1.º auxiliar traciona as pinças em sentido cranial com uma das mãos e, com a outra exerce pressão sôbre a musculatura em sentido opôsto, o obstétra com pinça de Forster montada em gaze ou com tesoura vai isolando paulatinamente o plano muscular do aponeurótico, numa extensão aproximadamente de 8cm em direção ao umbigo, começando tal procedimento pelos setores laterais; tais manobras devem ser suaves e sob vigilância atenta, pois, não poucas vêzes deparamos com vasos sanguíneos que perfurando a camada aponeurótica vão ter à camada muscular; tais elementos, se não visualizados e ligados prèviamente, serão dilacerados e determinarão hemorragias profusas. Após a separação suficiente das porções laterais, encenta-se a libertação da porção mediana que, sendo mais resistente, exige golpes sucessivos de tesoura entre a linha branca e o plano muscular. (Fig. II - b).

Terminado o isolamento do retalho superior, passa-se à dissecação das referidas estruturas no retalho inferior até a sínfise pubiana; a mesma técnica é utilizada, sendo, como é óbvio, as pinças de reparo tracionadas em sentido caudal.

Após o isolamento do plano muscular de sua bainha anterior, tem prosseguimento o ato cirúrgico pelo isolamento dos retos abdominais de sua bainha posterior, aqui representada pelo fascia transversalis acolado ao peritônio parietal: para isso, os auxiliares tomando das pinças de reparo dos retalhos aponeuróticos realizarão trações em sentido oposto (as do lábios superior em direção cranial e, as do lábio inferior em direção caudal) expondo à visão do tocólogo os dois músculos retos com o seu interstício na linha mediana; a disjunção das bordas internas dos referidos músculos é exequível insinuando-se, na parte média da ferida operatória, uma tesoura no interstício muscular; entreabrindo-se os seus ramos obtém-se uma brecha inicial na qual serão introduzidos os dedos indicadores que, deslizando em sentido oposto ampliarão o afastamento das bordas musculares em tôda a extensão da ferida operatória. Às vêzes, nas proximidades do pube, devido à forte aderência das bordas musculares entre a porção tendinosa de inserção e a bainha dos piramidais, a desunião das referidas estruturas só é possível por corte à tesoura.

Quando o concepto se relaciona com o estreito superior através do polo pélvico, não há maior dificuldade para a sua liberação do claustro materno; quando, porém, se apresenta pelo segmento cefálico poderá advir certa dificuldade por ocasião de sua extração.

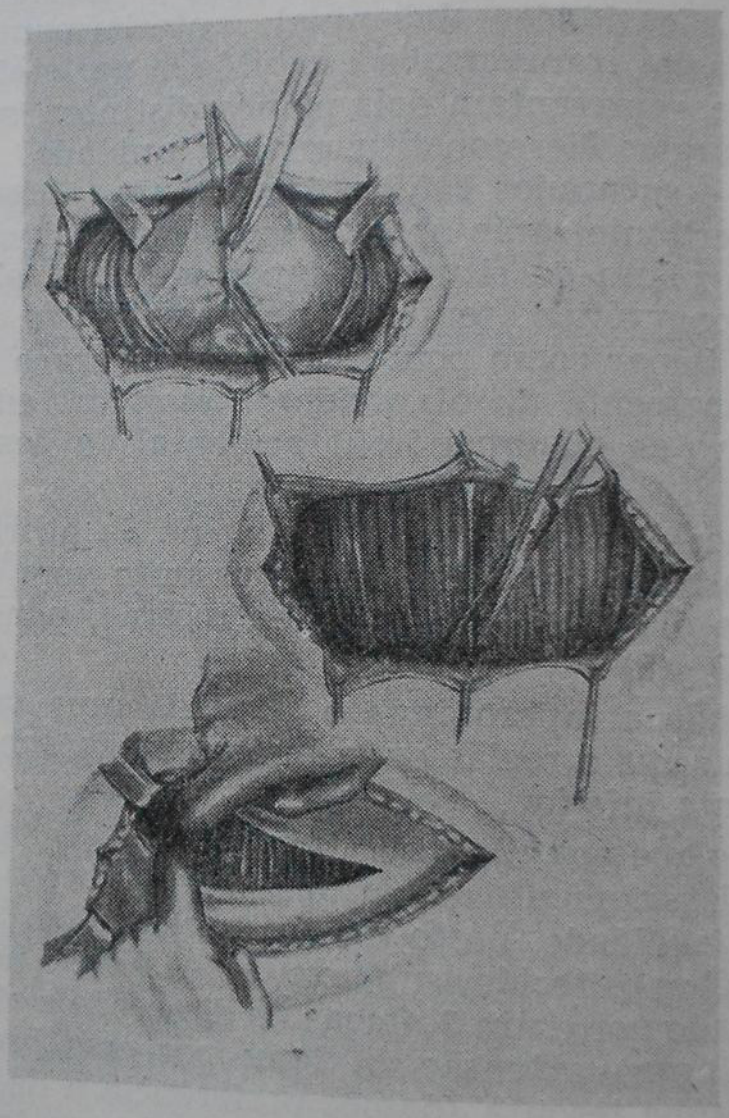


Fig. III

a) **Abertura transversal do peritoneo visceral ao nível do segmento inferior.**

b) **Abertura do miométrio seguida da introdução da ponta de uma pinça de Kocher para completar a botoeira.**

c) **Divulsão das fibras miometriais no sentido transversal.**

Consideraremos, em seguida, os procedimentos que empregamos para a extração fetal, quando da apresentação cefálica.

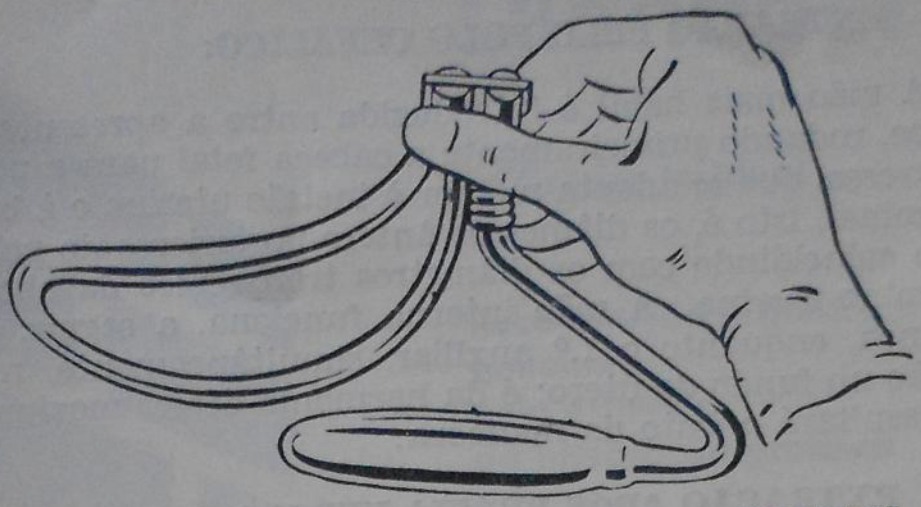


FIG. IV — a) Método de segurar o extrator de MURLESS ao ser aplicado.

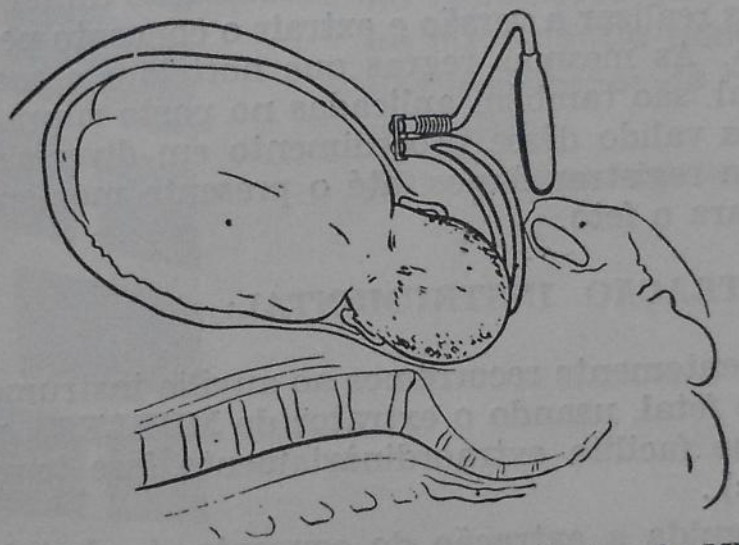


FIG. IV — b) Modo de introduzir o extrator de MURLESS.

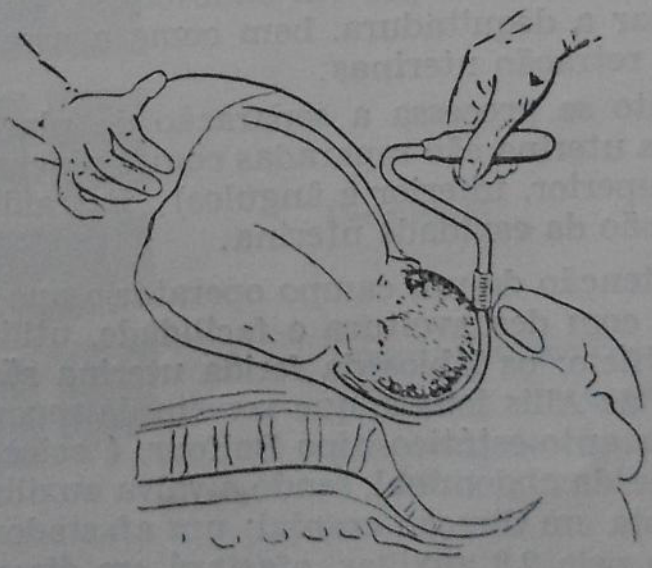


FIG. IV — c) Posição do extrator antes de levantar a cabeça. Observe-se que o assistente exerce pressão sôbre o fundo do útero.

1) — EXTRAÇÃO PELO POLO CEFÁLICO:

A mão mais hábil é introduzida entre a apresentação e o pube, rodando primeiramente a cabeça fetal para a posição transversa, que se adapta melhor à incisão uterina e à brecha abdominal, isto é, os diâmetros ântero-posteriores do polo cefálico coincidindo com os diâmetros transversos da abertura abdomino-uterina. A mão interna funciona, a seguir, como alavanca, enquanto o 1.º auxiliar, simultâneamente, realiza pressão no fundo do útero; é da harmonia dêsses movimentos que resultará o êxito da manobra.

2) — EXTRAÇÃO APÓS PRÉVIA VERSÃO:

Nas cabeças insinuadas, de mobilização difícil e perigosa, preferimos realizar a versão e extrair o concepto pelo segmento pélvico. As mesmas regras que norteiam a manobra por via vaginal, são também aplicadas no parto supra-sinfisário. Temos nos valido dêsse procedimento em diversas oportunidades, sem registrar danos, até o presente momento, para a mãe ou para o feto.

3) — EXTRAÇÃO INSTRUMENTAL:

Freqüentemente recorremos ao auxílio instrumental para a extração fetal, usando o extrator de MURLESS, para a cabeça, o que facilita extraordinàriamente êsse tempo. (Fig. IV - a, b, c).

Conseguida a extração do concepto, é administrado incontinênti um ocitócico por via endovenosa, visando a facilitar e abreviar a dequitadura, bem como a assegurar melhor contração e retração uterinas.

Enquanto se processa a separação da placenta, as bordas da ferida uterina são reparadas com 4 pinças de Allis longas (lábio superior, inferior e ângulos). Extraída a placenta, faz-se a revisão da cavidade uterina.

Para obtenção de um campo operatório que propicie síntese uterina com desenvoltura e facilidade, utilizamo-nos do seguinte artifício: os lábios da ferida uterina são levantados pelas pinças de Allis longas que servem de reparo, enquanto um afastador auto-estático, tipo Balfour, é colocado entre os ângulos da ferida abdominal, sendo a valva auxiliar do instrumento disposta em direção cranial; um afastador tipo Polosson, mantido pelo 2.º auxiliar, afastará em direção caudal a borda inferior da ferida abdominal, completando, assim, a exposição ampla e adequada da região segmentária.

Disposto, assim, o campo operatório, inicia-se a 1a. sutura uterina com categute n.º 00 cromado, chuleio contínuo, evitando-se incluir a mucosa e serosa; (Fig. V - b) um segundo plano de sutura é confeccionado, visando a sepultar o primeiro, com categute cromado n.º 00, chuleio interrompido,

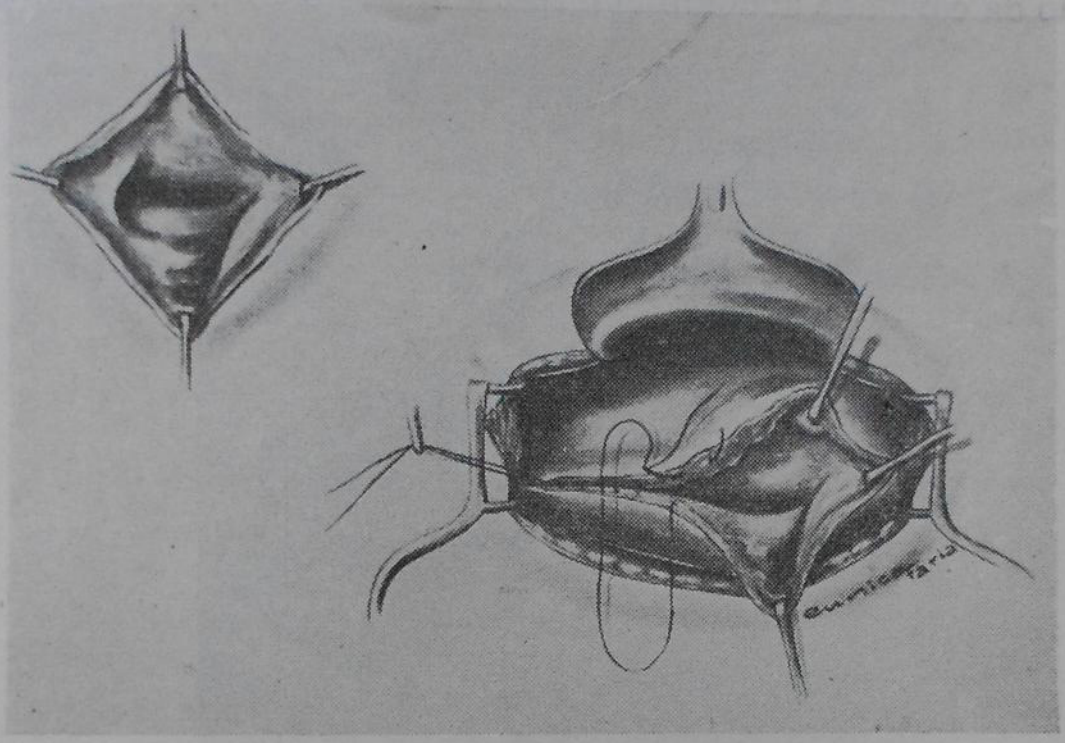


FIG. V — a) Fixação das bordas uterinas com 4 pinças de Allis longas; b) sutura do miométrio com categute cromado

interessando o fascia uterino e parte do miométrio. Síntese do peritônio visceral com categute n.º 00 cromado em chuleio contínuo. Chamamos a atenção para os seguintes requisitos técnicos indispensáveis para o fechamento uterino correto, pois a cicatriz resultante dependerá, em grande parte do mesmo:

a) — Evitar a inclusão da mucosa e serosa por ocasião da síntese miometrial.

b) — Evitar as suturas demasiado apertadas, propiciadoras de isquemia e necrose.

c) — Evitar o excesso de material de sutura pois, funcionando como corpo extranho, perturba a evolução normal do processo de cicatrização; para satisfazer essa exigência utilizamos uma quantidade mínima de pontos, a necessária para promover a hemosta-

sia e bôa coaptação dos lábios da ferida uterina, bem como fio absorvível e sempre fino (categute n.º 00 cromado).

Concluido o tempo de fechamento uterino, altera-se a posição da paciente, dispondo a mesa em plano horizontal, revisão da cavidade abdominal e retirada do afastador de Balfour.

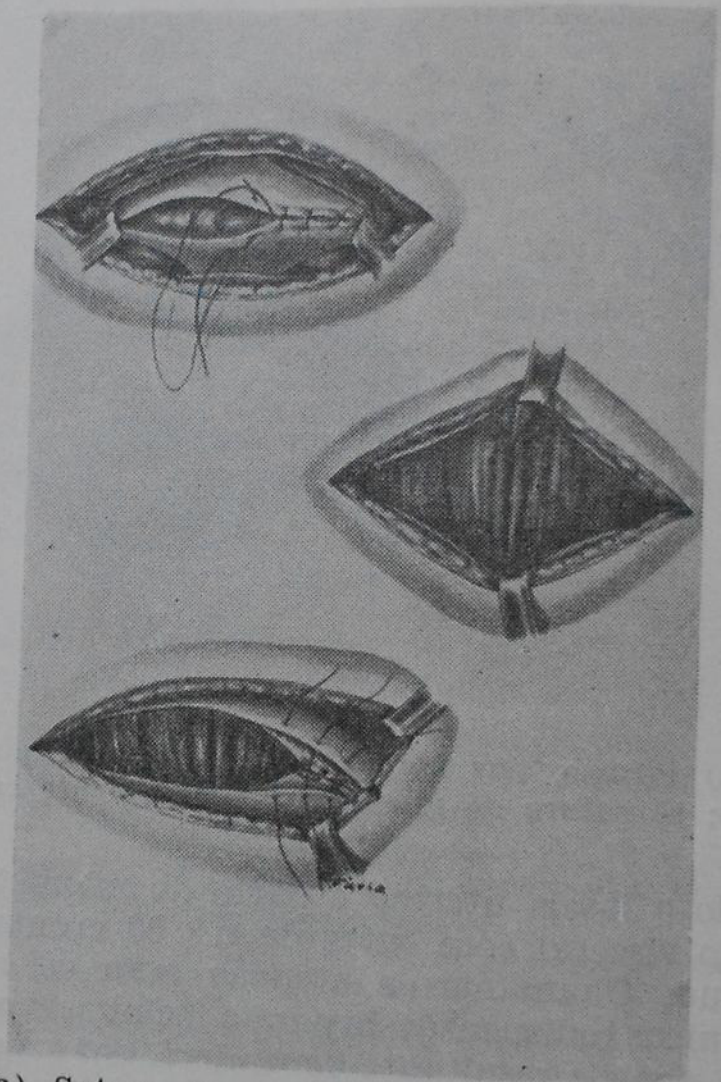


FIG. VI — a) Sutura do peritôneo visceral; b aproximação das bordas internas dos retos; fechamento dos folhetos músculo-aponeuróticos com pontos separados.

Fechamento em conjunto do fascia transversalis e peritôneo parietal com catagute n.º 00 cromado em chuleio interrompido. Aproximação das bordas internas dos músculos retos com categute n.º 00 cromado, 3 pontos em U. (Fig. VI-b) A camada aponeurótica é suturada com categute n.º 00 cromado, pontos separados, em 2 planos; primeiro, o transverso e pequeno oblíquo, conjuntamente, e depois a aponeurose do grande oblíquo. (Fig VI - c) O fascia superficialis é aproximado através de pontos separados com categuete n.º 00 cro-

mado. (Fig. VII - a) Pontos de DONATI na pele com categute cromado n.º 00. Curativo vaselinado e semi-oclusivo.

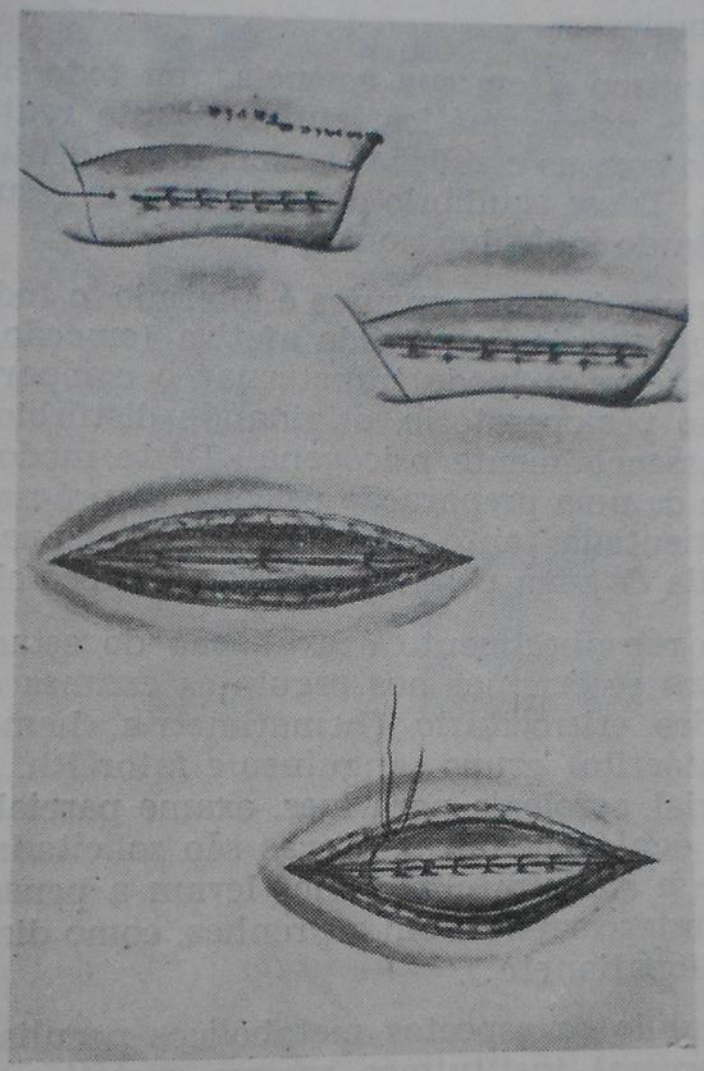


FIG. VII — a) b) Aproximação do fascia superficialis com 3 pontos separados de categute 00 cromado; c) pontos separados na pele, de tipo Donati, categute cromado 00 ou chuleio simples.

Terminada a operação, procede-se à limpeza vaginal, retirando os coágulos e pincelando o canal vaginal com solução antissética; cateterismo vesical. Finalmente, a paciente é enfaixada e, com autorização do anestesista, transportada para o seu aposento.

PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Constituindo, na maioria das vêzes, uma intervenção de urgência, o pré-operatório da cesariana consubstancia-se numa assistência pré-natal cuidadosa e bem planejada — assistência psicológica e somática.

U. F. P. E.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

3) — Administração de um sedativo e analgésico — Demerol ou similar, si necessário.

4) — Movimentação ativa no leito decorridas as primeiras 6 horas, levantando-se a paciente após 12 horas.

5) — Administração de ocitócico (ergonovina ou metilergonovina, em uma dose diária. "per os", até o 3.º dia.

6) — Clister hipertônico glicerinado, após 36 ou 48 horas.

7) — Retirada dos pontos ao cabo do 3.º dia.

8) — Alimentação: após as primeiras 12 horas, se a paciente desejar, poderá fazer uso de líquidos pela bôca (água, mate ou chá açucarados). No 1.º dia do pós-operatório é instituída uma ração alimentar pobre em resíduos, sem elementos fibrosos (caldos, sôpas, purês, torradas, biscoitos e compotas). Do 2.º dia em diante a dieta deverá ser hiperprotêica e hipercalórica, visando não só a reparação dos tecidos lesados pelo ato cirúrgico como também para o cumprimento satisfatório da função lactogênica.

ANESTESIA

A anestesia geral tem sido a preferida em nossa clínica particular; foi utilizada em todos os casos obedecendo à técnica que passaremos a descrever. Como pre-anestésico utilizamos a Atropina, administrada antes da paciente se dirigir para a sala de operações, na dose 0,5 mg, visando, pela sua ação parasimpaticolítica, a prevenir os vômitos, os espasmos e as secreções da árvore brônquica. A técnica anestesiológica fundamenta-se na aplicação de 250 a 400 mg de um barbitúrico de ação ultra-rápida (Thionembutal), por via endovenosa, seguida da de um relaxante muscular, no caso, o Flaxedil, na dose de 120 mg. Esta indução só é iniciada como já frisamos, após a realização da antissepsia e da colocação dos campos operatórios. Caso a paciente reaja, o que por vêzes acontece, completamos a indução com um analgésico (Demerol,, 30 a 50 mg) por via venosa. A oxigenação é feita com oxigênio a 100% em circuito aberto.

A intubação traqueal só é realizada quando a paciente relata haver ingerido alimentos poucas horas antes.

Uma vez extraido o feito, segue-se a anestesia comum sem maiores particularidades.

Até a presente data, não registramos acidente algum materno ou fetal, que pudesse ser imputado à anestesia empregada.

MORBILIDADE E MORTALIDADE MATERNAS

Como vimos, com os progressos verificados em todos os setores de Medicina conseguimos reduzir de muito a mortalidade e morbilidade materna nas cesareadas; todavia, no que respeita à morbilidade pós-operatória permanece ainda uma pequena cifra, difícil de ser excluída das estatísticas.

Apesar de não registramos um só caso de morte materna, a morbilidade ocorreu em 13 oportunidades, ou seja, 18,57%; essas complicações acham-se especificadas no quadro abaixo.

MORBILIDADE MATERNA

Choque (tipo hematogênico)	3	(4,30%)
Síndrome diarrêica (enterite estafilocócica)	2	(2,85%)
Uretrocistite	2	(2,85%)
Mastite	2	(2,85%)
Síndrome trombo-embólica	1	(1,43%)
Edema agudo do pulmão	1	(1,43%)
Pneumopatia aguda (broncopneumonia)	1	(1,43%)
Ileo adinâmico	1	(1,43%)
TOTAL:	13	(18,57%)

MORTALIDADE FETAL

Registramos em nossa casuística 5 mortes fetais (7,14%) assim distribuídas:

Natimortalidade	3	(4,28%)
Neomortalidade	2	(2,86%)

Dos natimortos, em 2 casos tratava-se de fetos mortos retidos, macerados, em que a resposta do útero à indução do parto foi negativa; o outro caso verificou-se em uma prenhez na 30a. sema, em que a cesárea foi realizada por conveniência materna e por indicação psiquiátrica, pois à medida que evoluia a gravidez agravava-se sobremodo a psicopatia.

Assim, fazendo a correção, o ato operatório não foi responsável pela natimortalidade registrada.

A neomortalidade ocorreu uma vez em um caso de procidência do cordão umbilical, e a outra verificou-se em um caso de desproporção céfalo-pélvica absoluta em que a paciente entrou em trabalho de parto antes da data prevista para a intervenção, dando entrada na Maternidade com o concepto "in extremis" (perda de mecônio e bradicardia acentuada); no ato operatório, poude ser verificada a causa do sofrimento fetal: nó verdadeiro do cordão umbilical.

OPERAÇÕES COMPLEMENTARES

A única intervenção realizada simultânea à cesárea foi esterilização tubária; foi executada 5 vêzes, ou seja, em 5,71% dos casos.

DISCRIMINAÇÃO DOS CASOS

No quadro que segue expomos cada caso pormenorizadamente no que diz respeito à indicação operatória, tempo de extração fetal, tempo operatório, condições do concepto e observações complementares. Os hospitais onde foram realizadas as operaçeõs acham-se representados pelas iniciais:

M.A.M. — Maternidade Arnaldo de Moraes

M.C.B. — Maternidade Clara Basbaum

H.E. — Hospital dos Estrangeiros

C.S.S.L. — Casa de Saúde Santa Lúcia

C.S.S.J. — Casa de Saúde São José

Indications and Technic of Cesarean Section

Summary

Present indications for cesarean section are reviewed by the authors who point out that broadening of these indications may be attributed to progress attained on the last decade on anesthesia, nowadays much less deleterious to the fetus, to improvement of

pre, intra and post-operative care, better assistance during pregnancy, and improved operative technic.

This technic, standardized and used for many years by the authors, is the suprapubic transverse laparotomy, with a low transverse incision, which follows the same direction through all plans-cutaneous fascial, aponeurotic, peritoneal and uterine. Described in November 27, 1957, to the BRAZILIAN GYNECOLOGICAL SOCIETY, in Rio de Janeiro, Brazil.

A series of 572 deliveries in private practice is reported by the writers, with an incidence of 12.2 percent of cesarean sections, with no maternal mortality.

The various types of dystocia and clinico-obstetrical conditions which compelled the authors to deliver their patients by cesarean section are refered, and the advantages of this operative technic, which permit early deambulation with less post-operative complications, are stressed.

Indications et Techniques de L'Operation Césarienne

Résumé

Aprés avoir considéré les indications actuelles de la césarienne, les auteurs souligment que l'amplification de ces dernières est due: aux progrès réalisés au cours de la dernière décade, dans le domaine de l' anesthésie qui est aujourd'hui bien moins nocive au foetus; aus soin pré, per et post-opératoires; à une meilleure assistance a la gestante et à la technique opèratoire.

Le technique employée par les auteurs et par eux préconisé e est une laparotomie transverse supra-pubique à incision transversale base et ainsi oriente sur tour les plans: cutané, aponeurotique, peritonéal et utérin. Décrite da manière détaillée et bien illustrée par les auteurs elle correspond à la technique presentée par eux à la Societé Bresilienne de Gynécologie, le 27 novembre 1957.

D'une série de 572 accouchements (clinique privée) ils observèrent 12,2% de césarienne, sans mortalité maternelle.

Les auteurs énumèrent les dystocies et contingence clínico-obstètres qui les obligea à recourir à l' opératorion césarienne. Ils accentuent les avantages de leur technique opératoire, notamment la déambulation précoce et la diminution des complications post-opératoires.

Indikationem und Techniken der Kaiserchnitts-Operation

Zusammenfassung.

Nach allgemeinen Betrachtungen uber den Kaiserschnitt betonen Verff. die Erweiterung seiner Indikationen infolge der Fortschritte, die im letzten Jahrzehnt auf dem Gebiet der Narkose, die gegenwärtig dem Kinde viel weniger schadet, sowie der Vorsichtsmaassregeln vor, während und nach der Operation, der besseren Versorgung der Schwangeren unde der Operations-Technik erzielt wurden.

DISCRIMINAÇÃO DOS CASOS

	NOME	HOSP.	DATA	INDICAÇÃO	T. EXT. FET.	T. OPER.	CONCEPTO	OBSERVAÇÕES
1	VSM	MAM	13- 5-54	Desp. céfalo-pélvica absoluta	7 min.	60 min.	Reanimado	Morte fetal após 18 horas
2	VSM	MAM	17- 5-55	" " " "	7 min.	65 min.	Boas condições	2.ª cesárea
3	VSM	MAM	30- 4-56	" " " "		70 min.	" "	3.ª cesárea
4	VSM	MAM	8- 9-57	" " " "	—	105 min.	" "	4.ª cesárea. Esteril. tub ria.
5	HMB	MAM	14- 6-55	" " " "	8 min.	50 min.	" "	
6	MCVNA	MAM	30- 9-55	" " " "	8 min.	60 min.	" "	
7	ZVS	MAM	21- 5-56	" " " "	5 min.	70 min.	" "	3.ª cesárea.
8	LBA	MAM	8- 8-57	" " " "	6 min.	50 min.	" "	
9	MCVNA	MAM	1-11-56	" " " "	6 min.	—	" "	2.ª cesárea.
10	EB	MAM	21- 8-53	Desp. céfalo pélvica relativa	—	60 min.	" "	
11	MVS	MAM	12-11-54	" " " "	6 min	60 min.	" "	
12	MAR	MAM	22- 1-55	" " " "	7 min.	70 min.	Reanimado	
13	ALSF	MAM	19- 2-55	" " " "	6 min.	70 min.	Boas condições	2.ª cesárea.
14	NTGC	MAM	26- 2-55	" " " "	—	50 min.	" "	
15	NAF	MAM	1-11-56	" " " "	7 min.	70 min.	" "	
16	GGM	MAM	5-10-55	" " " "	5 min.	70 min.	" "	2.ª cesárea.
17	DRMSS	MAM	1- 2-57	" " " "	7 min.	70 min.	" "	
18	VCS	MAM	8- 8-57	" " " "	6 min.	70 min.	" "	
19	MTF	MAM	30- 3-57	" " " "	10 min.	70 min.	" "	
20	MLN	MAM	3- 5-57	" " " "	5 min.	50 min.	" "	
21	MAL	MAM	15- 8-57	" " " "	10 min.	60 min.	" "	
22	LP	MAM	10-10-57	" " " "	6 min.	45 min.	" "	
23	MHA	MAM	10- 4-58	" " " "	6 min.	70 min.	" "	2.ª cesárea.
24	ALSF	MAM	30- 4-58	" " " "	4 min.	60 min.	" "	
25	MNGB	MAM	29- 7-58	" " " "	5 min.	70 min.	" "	3.ª cesárea.
26	MLN	MAM	30- 6-58	" " " "	5 min.	50 min.	" "	
27	AP	CSSJ	15-12-57	" " " "	—	—	" "	2.ª cesárea.
28	MAC	MCB	14-11-57	" " " "	4 min.	50 min.	" "	
29	RSS	MAM	11- 7-57	" " " "	5 min.	45 min.	" "	
30	MPA	MAM	28-11-57	Discinesia uterina incoercível	4½ min.	60 min.	" "	
31	TF	MAM	24- 3-55	" " " "	4 min.	55 min.	" "	
32	MEBS	MAM	24- 6-55	" " " "	8 min.	70 min.	" "	
33	ATF	MAM	10- 1-58	" " " "	—	60 min.	" "	
34	MM	CSSL	29- 7-57	" " " "	5 min.	55 min.	" "	
35	MLMM	MAM	21- 4-55	" " " "	6 min.	65 min.	" "	
36	RM	MAM	24-10-56	" " " "	7 min.	45 min.	" "	
37	DA	MAM	6-12-57	" " " "	6 min.	65 min.	" "	2.ª cesárea.
38	MLA	MAM	25-12-52	Sofrimento fetal	5 min.	65 min.	Reanimado	
39	JC	MAM	24- 3-58	" "	8 min.	55 min.	" "	
40	RA	MAM	8-11-53	" "	6 min.	60 min.	Boas condições	
41	HD	MAM	15- 3-55	" "	—	55 min	" "	
42	SDM	MAM	15- 7-55	" "	5 min.	65 min.	" "	
43	DGV	MAM	9- 6-58	" "	5 min.	50 min.	" "	
44	SA	MAM	9- 8-58	" "	5 min.	60 min.	Reanimado	
45	VHC	MAM	29- 7-57	Apresentação pélvica em primipara	3 min.	50 min.	Boas condições	
46	LCC	MAM	10-12-57	" " " "	4 min.	50 min.	" "	
47	LRSC	MAM	26- 6-56	" " " "	4½ min.	70 min.	" "	
48	MV	MCB	28- 5-56	" " " "	5 min.	50 min.	" "	
49	WB	MAM	15- 5-58	" " " "	4 min.	60 min.	" "	
50	UK	MAM	6- 8-56	Apresentação pélvica em multipara	4 min.	55 min.	" "	
51	AHN	MAM	14-10-53	Imunização ao fator RH	5 min.	65 min.	" "	Esterilização tubária
52	IB	MAM	10- 2-55	" " " "	6 min.	70 min.	" "	
53	LBS	MAM	26- 2-55	" " " "	6 min.	75 min.	" "	Exsang. transfusão. Esterilização tubária.
54	AHN	MAM	23-11-55	" " " "	5 min.	60 min.	Reanimado	2.ª cesárea
55	DU	MAM	21- 1-56	Placenta prévia III grau	6 min.	65 min.	Boas condições	Exsang. transfusão.
56	MMS	MAM	21- 1-58	" " " "	5 min.	60 min.	Reanimado	
57	YGG	MCB	10- 1-58	" " " "	5 min	60 min.	Boas condições	
58	DJ	MAM	27- 7-56	Placenta prévia IV grau	5 min	60 min.	" "	
59	SS	MAM	14-11-55	Apresentação córmica	6 min.	60 min.	Reanimado	
60	IB	MAM	25-10-55	" "	10 min.	70 min.	Boas condições	Histerotomia segmento-corporal
61	AK	MAM	29- 1-55	Feto morto retido	8 min.	60 min.	" "	" " "
62	VMFS	MAM	13- 2-58	" " "	—	50 min.	Macerado	Prenhez protelada
63	RB	MAM	31- 7-53	Prenhez protelada	4 min.	60 min.	" "	Imunização ao fator RH
64	JFW	MAM	8- 1-57	Tumor prévio (MIOMA)	7 min.	50 min.	Boas condições	Indução ao parto: negativa
65	MLMDC	MAM	14- 1-56	Cardiopatia	7 min.	60 min.	" "	
66	DC	HE	14-11-55	Psicopatia. Interrupção gravidez	6 min.	75 min.	" "	Esterilização tubária
67	JOS	HE	23- 1-56	Morte fatal a repetição intra parto	—	—	Matimorto	Gravidez na 30.ª semana. Esterilização
68	CBO	MAM	30-11-54	Procedência de cordão	5 min.	60 min.	Boas condições	Interrupção na 38.ª semana
69	FAL	MAM	14- 3-57	Indicação clinica int. gravidez	5 min	50 min.	Boas condições	Morte após 2 horas
70	DVS	MAM	13- 9-58	Plástica orif. int. (incomp. cervical)	6 min.	75 min.	Reanimado	Esterilização tubária
					4 min.	65 min.	" "	

Die von der Verff. angewandte einheitlich Technik besteht in der suprapubischen queren Laparotomie mit querer Durchtrennung von Haut, Fascie, Peritonium und Gebärmutter

Die von den Verff. im Einzelnen und mit Illustrationen dargestellte Technik entspricht der von ihnen am 27 November 1957 vor der Brasilianischen Gynäkologischen Gesellschaft vorgetrangenen.

Unter 572 in der Privatklinik durchegeführten Entindungen entfielen 12,2% auf Kaiserschnitte, ohne mütterliche Sterblichkeit.

Es werden die klinisch-geburtshilflichen Bedingungen, die zur Ausführung der Kaiserschnitts-Operation führten, aufgezählt und die Vorteile der beschriebenen Operations-Technik, die ein früheres Aufstehen unde eine Verminderung der postoperativen Komplikationen erlaubt, betont.

BIBLIOGRAFIA

1 — ARAUJO, J.O.; MARTINEZ, A.R. & SAMPAIO, N.A.P.: Considerações sôbre o parto pélvico em primípara. In "Anais das Sextas Jornadas Brasileiras de Obstetricia de Ginecologia", Rio de Janeiro, Monte Scopus, 1953, pp. 365-75. 2 — BOURGEOIS, G.A. & PHANEUF, L.E.: Extraperitoneal cesarean section: a review of seventy one consecutive operations. Am. J. Obst. & Gynec., 1950, 60: 866-70. 3 — BRINDEAU, A.: Historie de la césarienne conservatrice. In Leçons de Jeudi Soir a la Clinique Tarnier, Paris, Vigot Fréres, 1938, 5-24. 4 — BRINDEAU, A. & LANTUÉJOUL, P.: Operations césariennes. In Brindeau, A.: La Pratique de l'Art des Accouchements, 4a. edição, Vol. IV, Paris, Vigot Fréres, 1926, pp. 249-82. 5 — BRUN-FAHRNI, R.: Antissepsia e Assepsia. Actas Ciba, -950, 8: 278-311. 6 — CALDWELL, W.E. & STUDDIFORD, W.E.: A Review of breech deliveries during a five-year period at the Sloane Hospital for women. Am. J. Obst. & Gynec., 1929, 18: 623-38. 7 — CALKINS, L.A.: Breech presentation. Am. J. Obst. & Gynec., 1955, 69: 977-83. 8 — CASTRO, J.C.: Laparotomia transversa supra-púbica e subcostal. Tese, Rio de Janeiro, 1958. 9 — CHERNEY, L.S.: A modified transverse incision for low abdominal operations. Surg. Gynec. & Obst., 1941, 72: 92-95. 10 — CHOMÉ, E.: Le traitment chirurgical des infections puerpérales. In Leçons du Jeudi Soir a la Clinique Tarnier, Paris, Vigot Fréres, 1929, pp. 113-33. 11 — DEXEUS FONT, S.: Tratado de Obstetricia, 1.ª edição, vol. II, Barcelona, Salvat, 1949. 12 — DUMOULIN, J.G. & MARTIN, J.D.: Cesarean section for fetal distress. J. Obst. & Gynec. Brit. Emp., 1957-64: 123-26. 13 — EASTMAN, N.J.: Dbstetricia, de WILLIAMS, 2.ª edição castelhana, Mexico, UTEHA, 1953. 14 — EVANS, T.N.: Preterm delivery of erythroblastotic infants. Am. J. Obst. & Gynec., 1956,72: 312-22. 15 — GRELLE, F.C.: Manual de Obstetricia, 1.ª edição, vol. II, Rio de Janeiro, Atheneu, 1956. 16 — KELLER, R.: Les indications de 1.ª césarienne basse. Em Leçons du Jeudi Soir a 1.ª Clinique Tarnier", Paris, Vigot Fréres, 1932, pp. 91-118. 17 — LACOME, M. & KLEIN, M.H.: Technique d'accouchement prèmaturé provoqué par excitations màcanique et medicamenteuse associeès dans l'incompatibilité Rhésus. Gynec. & Obst., 1957, 56: 437-49. 18 — LEPAGE, F.: BOEWILLWALD, M. & LEFÈBVRE, Ph.: 227 cas d'isso-immunisation au facteur Rhésus. Gynec. & Obst., 1958, 57: 117-32.

19 — LORCA, C.: Tratado Practico de Operaciones Obstetricas, 1.ª edição, Madri, Ed. Cientifico-Medica, 1948. 20 — LOW, D.M.: The Obstetrical management of the Rh — negative patient. Am. Obst. & Gynec., 1954, 67: 248-52. 21 — MACAFEE, C.H.G. & Mc CLURE, H.I.: A critical survey of 349 cases of breech delivery. Brit. M.J., 1937, 2 (dez): 1112-115. 22 — MAGALHÃES, F.: Lições de Clínica Obstétrica, 2.ª edição, Rio de Janeiro, Liv. Castilho, 1922. 23 — Mc LEAN, L.F.; Mc DOWELL, H.C.; NICHOLS, D.A. & WILDHACK, R.H.: The present-day safety of cesarean section. Am. J. Obst. & Gynec., 1950, 60: 860-865. 24 — MOLLISON, P.L.; MOURANT, A.E. & RACE, R.R.: Los grupos Rh de 1.ª sangre y sus efectos clínicos, 2.ª eidção espanhola, Barcelona, Ed. Cientifico-Médica, 1952. 25 — NOVIS, A.: Mortalidade fetal em apresentação de nádegas. Etiologia. Profilaxia. Casuística de 12 anos. In "Anais das Sextas Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia", Rio de Janeiro, Monte Scopua, 1953, pp. 587-602. 26 — PEREIRA, J.M.S.: Cesarianas — estudo de 208 casos. Em "Anais das Sextas Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia", Rio de Janeiro, Monte Scopus, 1953, pp. 561-83. 27 — POSNER, A.C.; COHN, S. & POSNER, N.S.: Cesarean section: progressive trends, Am. J. Obst. & Gynec., 1954, 67: 64-75. 28 — POWELL, D.V.; STEVENS, L.A. & LEONARD, M.W.E.: Cesarean section: An eleven year review. Obst. & Gynec., 1948, 11: 19-29. 29 — REES, V.L. & COLLER, F.A.: Anatomic and Clinical study of the transverse abdominal incision. Arch. Surg., 1943, 47: 136, 46. 30 — REZENDE, J.: Minha experiência das incisões arciformes na terapêutica do caso impuro. Obst. Ginec. Lat.-Amer., 1943, 1: 257-92. 31 — REZENDE, J.: A operação cesariana atual Rev. Ginec. & Obst., 1958, 102: 29-110. 32 — RODRIGUES LIMA, O.:Alguns pontos de técnica da operação cesariana. Obst. Ginec. Lat.-Amer., 1952, 10: 50-57. 33 — SCHMITZ, H.E.; SMITH, C.J. & CLUMPNER, E.R. End results of breech deliveries at Lewis Memorial Maternity Hospital. Am. J. Obst. & Gynec., 1955, 69: 984-94. 34 — SINGLETON, A.O.: Surgical records of the abdominal wall with their favorable and unfavorable results. Am. J. Sur., 1947, 73: 233-47. 35 — Cit. in WILLIAMS (40). 36 — Testut, L. & JACOB, O.: Tratado de Anatomia Topografica, 7.ª edição espanhola, vol. II, Barcelona, Salvat, 1947. 37 — THOMPSON, J.B.; MAC LEAN, K.F. & COLLER, F.A.: Role of the transverse abdominal incision and early ambulation in the reduction of the postoperative complications. Arch. Surg. 1949, 59: 1267-277. 38 — TOLLEFSON, D.G. & RUSSEL, K.P.: The transverse incision in pelvic surgery. Am. J. Obst. & Gynec., 1954, 68: 410-22. 39 — ULLERY, J.C.: Intervención cesárea. In Lull, C.B. & Kimbrough, R.A.: Obstetricia Clinica, 1.ª edição castelhana, Mexico, Ed. Interamericana, 1954, pp. 560-72. 40 — WILLIAMS, G.S.: The low transverse muscle-cuting incision in gynecological surgery. Am. J. Obst. & Gynec., 1954, 67: 398-406. 41 — WATERS, E.G.: Recent trends in cesarean section: a review of 2066 consecutivel operations. Obst. & Gynec., 1958, 11: 650-656.

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.

Ação laboratorial e clínica da Nortestosterona — TAYMOR, M.L. 45

Tratamento da endometriose pela nor-progesterona — LEBHERZ, T. B. e FOBES, C. D. 46

Allystrenol: Um nôvo Progestogeno Oral — FIELD-RICHARDS, S. 46

Crítica das possibilidades de contaminação extra-Venérea da tricomoniase uro-genital — CHAPPAZ, G., BERTRAND, P. e FREAL, C. 47

Freqüência das anexites tuberculosas e outras formas etiológicas — KARDOS, F. 48

Gravidez e complicações maternas da tuberculose útero-anexial — KARDOS, F. 48

Emergências em ginecologia e obstetrícia — ZUCKERMANN, C. 49

ANO XXVI
Agôsto de 1961
Vol. 52 — N.º 2

Anais Brasileiros de GINECOLOGIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

FUNDADOR

Professor ARNALDO DE MORAES

PUBLICAÇÃO MENSAL

Sob os auspicio de:

"Sociedade Brasileira de Ginecologia"
"Sociedade Brasileira de Fertilidade"
"Sociedade Brasileira de Citologia"
"Sociedade Brasileira de Colposcopia"
"Ateneu do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil"

Av. Princeza Izabel, 293 - ap. 302
Tel. 57-7926 — Calxa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Anais Brasileiros de Ginecologia
REVISTA MENSAL

ANO XXVI Agôsto de 1961 Vol. 52 — N.º 2

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Antibióticos em cirurgia ginecológica: uso adequado e uso inadequado — DR. AURÉLIO MONTEIRO, DR. CÉLIO PACHECO CHAVES e DR. ALKINDAR SOARES Fº. 51

NOTAS CLINICAS E TÉCNICAS

Citologia em hospital rural — DR. AUGUSTO PELTIER LOUREIRO FREIRE 60

EDITORIAL

As provas funcionais na endocrinologia feminina — DR. ARNALDO DE MORAES FILHO 78

NOTAS E COMENTÁRIOS

Prof. Normando Arenas 83
Homenagens póstumas ao Prof. Arnaldo de Moraes 84
Um médico na Multidão 85
Sociedade Brasileira de Colposcopia 86

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Clinical Cytology and Cytologic Research — B. CORNELIS HOPMAN 89
Shaw's Textbook of Operative Gynecology — Revisão de JOHN HOWKINS 89

RESUMOS (Ver índice próprio)

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Assinatura anual:

Brasil ..... Cr$ 600,00
Exterior ..... Cr$ 1.000,00
Número avulso ..... Cr$ 100,00

Pedidos referentes a 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.

Cancer de vulva — MERRIL, J. A. e ROSS, N. L. 91

A disseminação do câncer do colo uterino observado em cortes histológicos gigantes — FRIEDELL, G. H. e PARSONS, L. 92

Estrogenoterapia intravenosa — KELLY, J. V. 92

Formação de androgênios por tecido de arrenonoblastoma humano in vitro — GUT, M., DORFMAN, R. I., GABRILOVE, J. L. e SOFFER L. J. 93

Dispareunia decorrente de operações vaginais — FRANCIS, W. J. A. e JEFFCOAT, T. N. A. 94

Hematoma de células de Sertoli do ovário em mulher com ausência congênita de útero — GRAIG, J. M., HARVEY, P. W. e THURSZ, R. 94

Granuloma óleo queratinico do peritoneo — KURREIN, F. e FOTHERGILL R. J. 95

Corioepitelioma na mãe e criança — DAAMEN, C. B. J., BLOEM, G. W. D. e WESTERBEEK, A. J. 95

Enzimas na regressão fisiológica dos folículos e corpos amarelos de ratas normais — LOBEL, B,; L. ROBERT, M. R., DEANE H. W. 96

Obesidade e estado grávido-puerperal — CHOSSON, J. e DELANIAN, L. N. 97

A propósito do diagnóstico clínico da endometriose pélvica — LOUYTE, J. 97

Cariocarcinoma, com especial referência ao diagnóstico — CRUZ, H., FISCHER, O., e LILIO, F. 99

Sinéquias uterinas traumáticas, PENA, G., e WOOD, J. 99