

P



U. F. R. J.
MATEMÁTICA ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 60 — Nº 1 Págs. 1 à 48 — Julho de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Achados colposcópicos do colo uterino na gravidez — *Alberto Henrique Rocha, Rogério Meirelles Filho e Ruy Pimenta Filho* 1
- O Ectrópio — estudo crítico — *João Costa Filho* 7
- Nossa experiência no tratamento das displasias e neoplasias benignas da mama — *Aurélio Monteiro* 13
- Pesquisa sôbre a eficiência de novos métodos auxiliares da colposcopia — *Hélia G. Maldonado* 31

EDITORIAL

- Compostos progesteracionais — *A. Vespasiano Ramos* 37

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Desnutrição e mortalidade infantil reúnem pediatras em congresso na Guanabara 41
- Parada cardíaca e suas implicações no campo jurídico e no religioso 42
- Cirurgiões russos no IX Congresso Brasileiro de Cirurgia 42
- Empossado na Academia Brasileira de Medicina Militar o Dr. Murillo Cortes Drummond 43
- VIII Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia 43

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Citologia exfoliativa en el embarazo — Ed. Panamericana 45
- Citologia vaginal, endocervical y endometrial — *L. Montalvo Ruiz* 45
- RESUMOS (ver índice próprio) 47
-

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — *Ginecologia*

1) DIVERSOS

Os quatro grandes tipos clínicos de hemorragias uterinas funcionais. (Les quatre grands types cliniques d'hémorragies utérines fonctionnelles) — **Claude Bécîère** 49

II — *Obstetrícia*

1) ANESTESIA

Hemorragias uterinas funcionais. (Les hémorragies uterines fonctionnelles) — **Prof. Robert B. Greenblatt et Guy L. Farecher** 50

Indicações atuais da ressecção do nervo presacro. (Les indications actuelles de la résection du nerf présacré — A propos de 225 observations) — **E. Pollosson, I. Mathieu et Y. Rochet** 50

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 60 — Nº 2 Págs. 51 à 120 — Agosto de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Sôbre a utilidade da conização do colo uterino no contrôle Histológico dos achados colposcôpicos — *Leonardo Ribeiro Sanches* 51
- Perfusão venosa de ocitocina e tiopental na condução final do trabalho de parto — *Angelo J. S. Silveira* 59
- Estudo comparativo entre citologia endometrial (escôva) e histopatologia (curetagem) no diagnóstico das neoplasias endometriais — *Italo Baruffi* 91
- Nôvo aparelho e método para o exame do colo uterino de virgens — *Delzio Bicalho* 103
- Valor do teste da acetona na identificação dos achados colposcôpicos após Schiller — *Nelson Salomé* 107

EDITORIAL

- O sexo genético dos neoplasmas — *Aurêlio Monteiro* 111

NOTAS E COMENTARIOS

- Curso de atualização em ginecologia 115
- XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia 115
- Centro de Estudos do I.A.P.M. 116
- RESUMOS (ver índice próprio) 117

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

PERFUSÃO VENOSA DE OCITOCINA E TIOPENTAL NA CONDUÇÃO FINAL DO TRABALHO DE PARTO (*)

ANGELO JORGE DOS SANTOS SILVEIRA (**)

PAULO BELFORT (***)

JOSÉ GRANADO NEIVA (****)

ROBERTO RUBENS DA ROCHA E SILVA (*****)

JOÃO BAPTISTA GARCIA (*****)

RESUMO

Após nomear "narco-aceleração" o método de condução da derradeira fase do parto em que associam ocitocina e tiopental em perfusão venosa, descrevem-lhe os AA. a técnica e fazem considerações sobre a farmacodinâmica das drogas empregadas.

Relatam, a seguir, a experiência com os 100 primeiros casos ocorridos na Maternidade e Policlínica Alexander Fleming (do Hospital dos Servidores do Estado) minuciando os resultados maternos e fetais.

Na exegese das repercussões do método sobre o organismo materno destacam o encurtamento da fase final do trabalho de parto, correção das distocias e completa analgesia. Sistematiza-lhe, ao depois, as indicações: analgesia com aceleração, sofrimento fetal, prova de trabalho em bacia limite, discinesias e decorrentes do estado materno.

Da análise dos resultados pediátricos, verifica-se que o número de recém-nascidos deprimidos na sala de partos é 3 vezes maior no grupo submetido à narco-aceleração do que num grupo testemunho. Tal depressão, entretanto, avaliada pela escala de Apgar, é apenas de mediana intensidade, fato irrelevante entre crianças submetidas, embora fugazmente, à ação de barbitúrico.

Salientam os AA. a necessidade da narco-aceleração ser praticada, exclusivamente em ambiente hospitalar de largos recursos e por equipe constituída de obstetra, pediatra e anestesiológista experientes e com largo tirocínio.

(*) Trabalho realizado pelo grupo de obstetras, pediatras e anestesiológistas da Maternidade Alexander Fleming (do Hospital dos Servidores do Estado) e coordenado pelos presentes autores.

(**) Chefe da Clínica Obstétrica à época da realização do trabalho.

(***) Docente da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Obstetra.

(****) Obstetra.

(*****) Pediatra.

(*****) Anestesiológista.

Relativamente ao grupo testemunho, a narco-aceleração não aumenta a incidência de grande reanimação e apenas discretamente eleva a de pequena reanimação.

À excessão de caso único, de evolver tumultuoso, foi normal a permanência dos recém-nascidos no berçário.

A informação de completa normalidade de tais crianças, só pode ser obtida através do acompanhamento na higiene infantil, até o 12.^o mês de vida. Não obstante o curto tempo ainda transcorrido, já se delinea a inexistência de qualquer influência nociva da narco-aceleração sobre os produtos.

SITUA-SE entre as mais antigas preocupações de obstetras, a busca de métodos de aceleração e analgesia do trabalho parturiente que seja, ao mesmo tempo, eficiente e inócuo para mãe e concepto.

Tal procedimento ideal ainda não foi descoberto. Não obstante, consideráveis progressos têm sido feitos, assim no conhecimento da cinética uterina como da farmacologia de drogas, cuja ação e efeitos, ocitócicos e analgésicos, são sabidos e controláveis, permitindo seu seguro emprêgo na condução do trabalho.

A gestação e o parto, por muitos considerados eventos fisiológicos, reclamariam, por isso mesmo, atitude expectante: passividade ante o desenrolar normal dos fatos, resguardada a intervenção para cuidar da anomalia surgida.

Por mais que se estigmatize o abstencionismo retrógrado, permanecem seus guardiães irredutíveis em abandoná-lo, presos a filosofia conservadora e arcaica, insensíveis à mudança que se opera na mentalidade médica atual, essencialmente profilática. Filiados a essa moderna concepção dos fatos, *interviremos sempre* que se tornar necessário preservar as normais condições da parturição, intimamente ligadas à supressão da dor e à aceleração do trabalho.

Entendemos ser necessário, para evitar e corrigir distócias no transcurso do parto, sua "condução global", como preconizam Guilhem e colaboradores (7), respeitadas os postulados do parto dirigido: encurtar-lhe a duração; preservar a estática pélviana e proteger o concepto (13).

É a finalidade da condução, obter parto sempre mais rápido e indolor, sem os percalços dos trabalhos excessivamente céleres diz Rezende (17). Por ser também essa nossa opinião, vimos utilizando todos o recursos que o moderno arsenal terapêutico nos põe à disposição, desde que inócuo para mãe e filho, a fim de sedar a paciente e abreviar a parturição.

Somos obrigados a reconhecer, no entanto, como o fazem outros autores, a existência de certo número de mulheres especialmente dotadas, cujos partos transcorrem celeremente e sem dor, ainda que se lhes não dê qualquer analgésico ou ocitócico.

Não se pode omitir, demais, a importância da preparação psicoprofilática que além de visar ao apaziguamento emocional da grávida, ao transmitir-lhe conhecimentos de fisiologia obstétrica, propõe-se, através variados recursos, abolir ou atenuar as dores do parto e abreviar-lhe a duração (1, 2).

Excluídas, portanto, as parturientes que não sentem dor e cujo trabalho evolva rapidamente e as que submetidas à preparação psicofísica toleram, sem sofrimento, as contrações uterinas, tôdas as demais merecem uma das variadas formas de direção medicamentosa do parto.

A partir de 1959 vem sendo exitosamente utilizado em Toulouse, França, por Guilhem, Pontonnier & cols. (7, 8, 9 e 10), método de analgesia e aceleração do final do trabalho de parto, no qual associam tiopental e ocitocina em perfusão venosa. À fria indiferença e à acerba crítica com que a Europa acolheu o procedimento, responderam os AA. com os excelentes resultados de encorpada casuística.

Entusiasmada com a experiência dos franceses, a escola de Lausanne (Suíça), liderada por Revaz (15), não hesitou em adotar-lhe o método.

Igual exemplo foi entre nós seguido por Ribeiro a partir de 1962. Ouvidas suas preleções, acompanhado o amadurecimento de sua experiência e assimilados seus ensinamentos expostos em recente publicação (16), passamos a utilizar na Maternidade e Policlínica Alexander Fleming, a associação tiopental/ocitocina como método preferente de analgesia e aceleração da segunda parte do trabalho de parto.

Nomeado "narco-aceleração" (n.a.) do final do trabalho de parto, ganhou o método numerosos prosélitos entre os mais destacados especialistas do Rio de Janeiro.

Considerada a "narco-aceleração" como aperfeiçoamento do parto dirigido, exige entretanto, para praticada, a presença de obstetra, pediatra e anestesista experimentados, a par de amplos recursos materiais.

Possuidores dos requisitos exigidos, acolhemos o procedimento e decidimos experimentá-lo na Maternidade e Policlínica Alexander Fleming.

Antes de tecermos as indispensáveis considerações teóricas a respeito dos medicamentos empregados, relacionando as ações e efeitos exercidos sobre mãe e concepto, descreveremos a habitual maneira de conduzir a gestação e o parto em nosso Serviço.

Durante a gravidez, encaminhamos nossas clientes aos cursos de preparação psico-física; deflagrado o parto, praticamos amniotomia precoce, tão cedo permita a dilatação cervical (3-4cm); lento o evoluer do trabalho ou presente hipocinesia, instala-se perfusão venosa de ocitocina em baixa concentração (1 a 2 u em 500 ml de soluto glicosado). A partir do momento em que as contrações uterinas provocam dor ou sofrimento materno, aplicamos, com generosidade, reiteradamente se necessário, injeções intramusculares de meperidina (100 mg). Atingida a segunda metade do trabalho de parto, a partir dos 5 cm de dilatação cervical nas múltiparas e 6 cm nas primíparas, presente a indicação, iniciamos a narco-aceleração. É a episiotomia sistemática nas primíparas e freqüente nas múltiparas previamente episiotomizadas.

Descrição da técnica de "narco-aceleração"

Atingida a dilatação acima mencionada, leva-se a paciente para a sala de partos que estará equipada com material de anestesia e de reanimação fetal, além de armamentário obstétrico tradicional. Provêm-se todos os recursos a fim de evitar improvisações. Ao lado, sala de cirurgia pronta para intervenção.

Colocada a parturiente em posição litotômica, punciona-se veia do antebraço, com agulha calibrosa, e se instala perfusão de 5 ou 6 unidades de ocitocina em 500 ml de soluto glicosado isotônico. Não deve ultrapassar 20 gotas, no início, a velocidade de perfusão, sob pena de causar-se hipercinesia. Testada a sensibilidade da paciente ao ocitócico, pode-se gotejar mais velozmente a solução até obter-se contrações do tipo expulsivo, indispensáveis para o término do trabalho a curto prazo.

Não se omitirá, como de hábito, a audiência dos batimentos cardíacos do feto (GCF) a breves intervalos.

Precedendo, quase sempre, o ocitócico, faz-se a injeção intravenosa de 1 mg de sulfato de atropina.

Já paramentado o obstetra, acompanha o progresso da dilatação cervical.

Tornadas as contrações do tipo expulsivo, intensas e dolorosas, injeta o anestesista, fracionadamente, solução de tiopental a 5 ou 2,5%.

100 mg, ou mais de cada vez, conforme a necessidade individual. É a dose de barbitúrico repetida cada 10 minutos ou, mais freqüentemente, a intervalos que variam em cada caso. Veremos, mais adiante, que raramente empregou-se dose superior a 300 mg. Tão pouca quantidade de barbitúrico permite que a paciente coopere no período expulsivo, tornando supérfluo o uso do fórcepe complementar, de princípio largamente empregado. Solicita-se ao auxiliar que complemente os esforços expulsivos praticando a manobra de Kristeller.

Para fazer episiotomia, infiltra-se a região pudenda com anestésico ou administra-se maior quantidade de barbitúrico aprofundando a hipnose. Nunca empregamos qualquer outro tipo de anestésico para complementar a narco-aceleração.

Nascido o feto, não interrompemos o fluxo venoso de ocitocina mas prosseguimo-lo até a paciente deixar a sala de partos, acordada.

Se a placenta não é delivrada espontâneamente dentro dos 5 primeiros minutos, extraimo-la manualmente.

Realizamos, invariavelmente, minuciosa revisão do colo e da cavidade vaginal.

Estudo das substâncias empregadas na narco-aceleração

1. ATROPINA. É agente de bloqueio neurovegetativo.

Ações farmacológicas.

Sistema nervoso central — A atropina produz excitação do bulbo e centros cerebrais mais elevados. Nas doses clínicas habituais (0,5 a 1 mg), êste efeito se manifesta apenas por certa excitação vagal e moderada excitação respiratória. Aumentam freqüência e profundidade dos movimentos respiratórios.

Trato respiratório — São inibidas as secreções glandulares do nariz, faringe e brônquios do que resulta *secura* das mucosas.

Coração — É o principal efeito da atropina sôbre o coração, a alteração da freqüência cardíaca sôbre a qual tem ação difásica. Quando se empregam doses médias (0,5 mg) a freqüência pode ser temporariamente diminuída; tal diminuição é raramente pronunciada ou significativa. Após grandes doses, habitualmente não superiores a 2 mg, causa aceleração cardíaca ao bloquear os efeitos vagais.

Tais são as ações farmacológicas encontradas no homem adulto.

No feto, segundo Caldeyro-Barcia e cols. (14), parece não existir tono vagal permanente; êle se instala gradualmente na criança, causando queda progressiva da freqüência cardíaca.

Diz-nos Caldeyro-Barcia, que a contração uterina estimularia o centro vagal do feto, causando queda da frequência cardíaca. Terminada a contração, cessando o estímulo vagal, retorna a frequência a seu valor básico. Sugere o mesmo autor que as contrações uterinas podem causar asfixia do centro vagal através dos seguintes mecanismos:

A — Compressão da cabeça fetal. Aumentada a resistência à circulação do sangue fetal pelo encéfalo, ocorre asfixia localizada no sistema nervoso central, sede do centro vagal.

B — Compressão do cordão umbilical. Alentecendo a circulação do sangue fetal pela placenta, há asfixia.

C — Compressão dos vasos útero-placentários. Reduzido o fluxo sanguíneo materno ao espaço interviloso há asfixia fetal.

Sabe-se que o vago é estimulado, na fase inicial de anoxia, assim pela diminuição de aporte de O₂ como pelo acúmulo CO₂.

Caldeyro-Barcia, injetando 0,15 mg de atropina diretamente no feto, demonstrou ficarem suprimidas, ou bastante diminuídas, as quedas da frequência cardíaca fetal causadas pelas contrações.

De suas investigações, conclui serem os mais importantes efeitos da atropina:

A — Aumento de 10 a 35 batimentos por minuto na linha basal dos BCF com supressão de suas nítidas oscilações.

B — Supressão das quedas ("dips") transitórias dos BCF conseqüentes à compressão da cabeça fetal.

C — Redução na amplitude dos "dips" causados pelas contrações uterinas.

O "dip" tipo I desaparece completamente; o tipo II é reduzido de 30 a 40% em sua amplitude.

Hon e cols. (11) verificaram, em 4 casos de Circular do cordão, que após injeção venosa de atropina na mãe, "existe aceleração dos BCF com menos irregularidade e bradicardia, à ocasião das contrações uterinas".

Helman e cols. (12) verificaram que a administração venosa de atropina à mãe que não está em trabalho de parto, causa aumento do número de BCF. O fenômeno é interpretado como conseqüência do bloqueio do tono vagal no feto.

Guilhem e cols. (7) ao iniciarem o método de aceleração da segunda metade do trabalho de parto sob anestesia geral, usavam 0,5 mg de atropina. Não explicam a finalidade do seu emprêgo, que acreditamos ser anestésica.

Usando 1 mg de atropina, pretendemos alcançar duplo fim:

I — Anestésico — por inibir as secreções glandulares do nariz, faringe e brônquios, além de sua excitação sobre o bulbo aumentando a frequência e a profundidade dos movimentos respiratórios.

II — Bloqueio dos efeitos vagais suscetíveis de produzidos pela polissístolia causada pela aceleração (perfusão com 6 u) assim evitando queda transitória dos BCF, arritmia e o conseqüente sofrimento fetal.

2. OCITOCINA. Ao utilizar solução concentrada de ocitocina, velozmente perfundida, pretendemos imitar a natureza, suscitando contrações idênticas às da expulsão e acelerar o parto.

Em rápidas tintas, recapitularemos a cinética uterina da parturição, segundo os conhecimentos legados pelos autores uruguaios.

A — 1º período. Aferida a cinética uterina em unidades Montevideu (produto da frequência pela intensidade, em 10 minutos), verifica-se ser ela de 50 a 100 uM no início do trabalho alcançando 160 a 200 ao final. Sobe o tono uterino de 8 para 10 mm de Hg.

B — 2º período. Ultimada a abertura cervical, mais se intensifica a contratilidade. Sobe até 5 a frequência e a 50 mm de Hg a intensidade das sístoles.

Efeito das contrações uterinas sobre o feto.

As contrações uterinas fazem o feto descer, rodar e sair do canal parturiente. Para cumprir tal fim, cada sístole submete o concepto a compressões que lhe alteram a dinâmica circulatória, além de comprimir os vasos uterinos que levam e trazem sangue do espaço interviloso. Reduzido o fluxo sanguíneo placentário, ocorre anoxia.

Para imitar o incremento fisiológico das contrações, é mister utilizar solução ocitócica (500 ml) contendo 1u de ocitocina, perfundindo-a lenta e controladamente pela veia materna. A dose máxima considerada inócua para mãe e filho, é de 16 mu/min.

Guilhem e cols. (7, 8, 9 e 10) utilizam solução ocitócica altamente concentrada (10 u em 250 ml de sôro glicosado) e referem resultados excelentes. Julgamos tal dose excessiva pois cada ml (20 gotas) da solução contém 40 mU que de muito ultrapassa o considerado limite de segurança (16 mU/min.).

Empregamos soluções contendo 6 u de ocitocina em 500 ml de sôro glicosado e as perfundimos à velocidade inicial de 20 gotas/in. (12 mU). O aumentar ou diminuir a velocidade de perfusão, depende da resposta uterina obtida.

3. TIOPENTAL. É recente o largo emprêgo do barbitúrico em obstetrícia, temidos que eram os nocivos efeitos da droga sôbre o concepto (4).

Snoeck e Rocmans (1946) referem-se à toxicidade do tiopental sôbre o feto e são reticentes quanto ao seu emprêgo.

Helman (1944) afirmava ser o teor sanguíneo fetal do fármaco inferior ao materno, até 12 minutos depois de introduzido na economia desta.

A Guilhem e cols. chamou atenção o fato das crianças nascidas de cesárea apresentarem-se em boas condições de vitalidade quando empregado o tiopental, não obstante a demora de 8 minutos para retirada do concepto. Efetuaram 170 dosagens espectrofotométricas do barbitúrico no plasma, tecidos e urina da mãe e da criança. Os resultados obtidos permitiram compreender a oposição habitual entre o estado da mãe que dorme e o da criança que chora.

Deve-se a diferença das doses recebidas, à barreira interposta entre o cérebro da mãe e o do feto: gorduras maternas e fígado fetal que fixam o barbitúrico, a placenta que modera sua passagem durante os primeiros minutos, quando são mais altas as concentrações materans.

Flowers (6) fêz experiências em coelhas e cobaias, cujas placentas, hemocoriais, semelham a placenta humana, microscópica e fisiologicamente.

Utilizou tiopental (solução a 2%) em doses variáveis de 10, 20 e 30 mg/kg de pêso. máximo de concentração aparece no cérebro e plasma materno quase instantâneamente; o rápido declínio do tiopental é devido à deposição na gordura. Eis a distribuição preferente do barbitúrico no organismo materno e fetal.

Materno	{	cérebro plasma vísceras, tecidos e gorduras		{	vísceras plasma cérebro músculos
---------	---	---	--	---	---

Segundo o autor, o tiopental começa a atravessar a placenta dentro de um ou dois tempos de circulação. São os níveis inicialmente baixos, indicando a imediata ação da barreira placentária. O medicamento atravessá-la por simples difusão passiva, subordinada à sua maior concentração no plasma materno. A concentração do tiopental no cérebro materno era uniformemente maior do que a do plasma sendo o reverso verdadeiro no feto.

Era a concentração no cérebro materno 30 tempos maior do que no cérebro fetal, decorrido um minuto de anestesia; dez minutos após, parece dois a três tempos maior. Durante os 10-15 primeiros minutos de anestesia, estava a coelha adormecida e suas crias acordadas.

As investigações sobre o tiopental parecem revelar que é o feto menos deprimido quando se administra dose única elevada, do que, fracionadamente, doses pequenas.

Chega-se à conclusão que a placenta protege o feto contra altas concentrações. Injetando na circulação materna, em curto tempo, alta dose de barbitúrico, este, após fixação nos vários tecidos, é transfundido através a placenta, na circulação fetal, em lenta injeção de baixa concentração.

As concentrações obtidas no cérebro materno, bastante elevadas, capazes de desencadear o sono, só após a tríplice barreira (tecidos maternos-placenta-tecidos fetais), alcançam o cérebro fetal em quantidades reduzidas, em admissões lentas.

Empregamos, na "narco-aceleração", tiopental a 5% e em alguns casos a 2,5%. Era a dose inicial de 100 mg repetida, obedecendo à necessidade específica de cada caso.

Para realizar a episiorrafia, fornecia-se dose hipnógena do barbitúrico à paciente. Já dissemos que algumas vezes foi praticada a infiltração dos pudendos com anestésico local.

MATERIAL

Corresponde o material aqui apresentado, aos 100 primeiros casos de narco-aceleração do final do trabalho de parto, praticados na Maternidade e Policlínica Alexander Fleming, no período de julho a setembro de 1964.

A especificação desse material é encontrada na Tabela I.

TABELA I — Distribuição da paridade

Primíparas	Secundíparas	Multíparas
33	17	50

Foram obtidas 102 crianças, mercê de dois partos gemelares.

INDICAÇÕES. Cinco foram as indicações adotadas (Tabela II). Foi ela dupla em dois casos: sofrimento fetal e prova de trabalho em bacia limite.

TABELA II — Indicações da narco-aceleração

Analgésia com aceleração do parto	Sufrimento fetal	Prova de trabalho em bacia limite	Discinesia	Decorrente do estado materno
33	10	5	3	1

Analgésia com aceleração. Foi a mais freqüente indicação. O uso do método em tais casos visava a complementar a direção do parto, sendo considerado rotineiro. Incluem-se nesta rubrica todos os trabalhos de evolver normal, marcados entretanto por manifestação dolorosa não mitigada pelos habituais procedimentos analgésicos.

Sufrimento fetal. Havendo precariedade dos meios clínicos para diagnosticar-se sofrimento fetal mas temendo-se as alterações de freqüência e ritmo dos BCF e a emissão de mecônio durante o trabalho, é o parteiro induzido a terminá-lo no mais curto intervalo de tempo. Possível a via transpélvica, é a narco-aceleração o recurso mais eficiente para se conseguir tal objetivo.

Não obstante o óbito neo-natal consignado neste grupo, de fato devido à indicação operatória procrastinada, todos os demais conceptos, mesmo os reanimados, evolveram sem incidentes.

Prova do trabalho em bacia limite. Os casos lindeiros de proporcionalidade feto-pélvica, de desfêcho operatório abdominal freqüente, só configuram a impossibilidade da via transpélvica após demorada e exaustiva prova de trabalho. Produzindo contrações intensas que fazem nascer os conceptos em curto tempo, a n.a. obvia a demora e poupa, à mãe e ao feto, indesejável sofrimento.

Esgotados 30 minutos de espera sem que se observe qualquer progresso da apresentação, decreta-se a falência da via baixa e indica-se a operação cesariana.

Dos 5 casos de n.a. por tal indicação praticados, apenas 1 não teve desfêcho operatório. Os 5 produtos nasceram com boas condições de vitalidade e não apresentaram complicações ulteriores.

Discinesia. Constituem êste grupo as pacientes que exibem alterações da normal cinética uterina — quase sempre hipocinesia. É óbvia, neste grupo, a indicação do método.

Decorrente do estado materno. O exemplo único aqui mencionado, corresponde a cardiopata compensada na qual se desejou evitar os percalços da expulsão trabalhosa.

Prematuridade. Não constituiu, para nós, contraindicação ao método. Conquanto seja de temer-se o uso de ocitócico em prematuros e muito embora ainda reduzida nossa experiência é ela alvissareira, não havendo sido obtido qualquer produto acentuadamente deprimido ou apresentando repercussão tardia da narco-aceleração.

Gemelidade. Duas vezes foi a narco-aceleração praticada em partos gemelares, ignorada sua existência até o nascimento. Os bons resultados obtidos não sancionam contudo indicá-la em tais circunstâncias, mercê das conseqüências que pode acarretar para o segundo feto, máxime quando desconhecida sua situação intrauterina.

DILATAÇÃO INICIAL DA CÉRVICE

Variou a dilatação do colo uterino, ao se iniciar a n.a., de 4 a 9 cm, predominando entre 5 e 7 (76%) (Tabela III).

TABELA III — Dilatação do colo ao se iniciar a n.a.

	4 cm	5 cm	6 cm	7 cm	8 cm	9 cm
Primíparas	1	3	6	12	7	4
Secundíparas	2	5	5	5	—	—
Multíparas	1	16	12	12	8	1
TOTAL	4	24	23	29	15	5
			76			

Não obstante os bons resultados obtidos, cumpre não iniciar a n.a. demasiado cedo a fim de evitar modificações muito bruscas da cinética uterina capazes de repercutir desfavoravelmente sobre o feto. Tampouco se praticará o método ultimada a dilatação pois, assim agindo, estaríamos submetendo a mãe a desnecessária hipnose.

ALTURA DA APRESENTAÇÃO. Foi a n.a. iniciada em um caso, flutuante a apresentação. Nos demais apresentava-se para baixo do 1º plano de Hodge.

MODO DE TERMINAÇÃO DO PARTO. O tipo de parto ocorrido com o emprêgo do método é mostrado na Tabela IV, sendo considerada a paridade das pacientes. Em dois casos, havido antecedente de cesariana deu-se o parto por via baixa, sem acidente.

TABELA IV — Tipo de parto

DIRIGIDO			OPERATÓRIO								
			FÓRCIPE			EXTRAÇÃO A VACUO			CESARIANA		
Primípara	Secundípara	Multípara	Prim.	Secund.	Mult.	Prim.	Secund.	Mult.	Prim.	Secund.	Mult.
18	15	45	6	1	1	7	1	2	2	—	2
Total 78			Total 8			Total 10			Total 4		

TABELA V — Duração da n.a. em relação à paridade

Duração (min.)	5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	> 40
Primíparas	2	6	5	10	4	3	1	—	3
Secundíparas	1	3	5	5	1	1	—	—	1
Multíparas	6	14	8	8	8	1	—	3	3
TOTAL	9	23	18	23	13	5	1	3	7
77 casos = 75,5%									

Foi indicação das quatro cesarianas, desproporção céfalo-pélvica relativa, configurada após prova de trabalho inexitosa. A narco-aceleração, de indicação questionável em tais casos, deveu-se a prova de trabalho em bacia limite em 3 casos e bacia limite com sofrimento fetal noutro. Todas as crianças nasceram em boas condições de vitalidade, apenas uma necessitando pequena reanimação (Apgar 6).

Nos 8 casos de fórcepe houve uma grande reanimação nascendo os demais sem precisar cuidados especiais, além da aspiração rotineira.

Entre as 10 crianças extraídas à vácuo, exigiram pequena reanimação 4 e 1 necessitou intubação traqueal.

RESULTADOS

Resultados maternos da narco-aceleração

1 — Na sala de partos

DURAÇÃO. É a duração da n.a. mostrada na Tabela V, levando em consideração a paridade. Foi o tempo mínimo 3 minutos e o máximo (distócia funcional em múltipara, extração a vácuo) 66.

A tabela seguinte confronta a duração da n.a. com a dilatação inicial da cérvix.

A duração da narco-aceleração não foi influenciada assim pela paridade como pela abertura inicial da cérvix; antes subordinou-se à altura da apresentação ao ser iniciado o método.

Transcorridos 25' nasceram 84,3% das crianças. Entre as pacientes que levaram mais tempo para dar à luz (cêrca de 1 h) consignaram-se as seguintes dilatações cervicais iniciais: 7 cm 1 vez, 5 cm 2 vezes e 4 cm 1 vez. De resto, 3 outras parturientes que iniciaram a n.a. com 4 cm de dilatação, pariram dentro dos primeiros 25 minutos.

EPISIOTOMIA. Foi a episiotomia (e conseqüente sutura) realizada em 54 casos, recorrendo-se à anestesia loco-regional em apenas 8. Em 85,2% foi empregado unicamente o barbitúrico e em dose hipnótica.

SECUNDAMENTO. Foi espontâneo e em tempo diminuto (até 5 min.) na maioria dos casos (87,1%). Houve um caso de encarceramento da placenta no qual fêz-se extração manual e outro de hemorragia em que foi transfundido sangue total (Tabela VII).

TABELA VI — Duração da n.a. relativamente a dilatação inicial do colo

Duração (min.)		3' a 5'	6' a 10'	11' a 15'	16' a 20'	21' a 25'	26' a 30'	31' a 40'	41' a 50'	> 1 h
Dilatação	4cm	—	—	1	1	1	—	—	—	1
	5cm	—	5	6	6	3	—	3	—	2
	6cm	1	3	6	3	4	3	1	2	—
	7cm	4	5	1	8	5	—	—	1	1
	8cm	3	7	3	4	—	2	—	—	—
	9cm	1	3	1	1	—	—	—	—	—
TOTAL		9	23	18	23	13	5	4	3	4

TABELA VII — Duração e tipo de secundamento

Espontâneo	— 78 casos										Extração manual — 18 casos		Cesárea — 4 casos
	1	2	3	4	5	6	8	10	15	20	Imediata	Encarceramento	—
Minutos													
N.º de casos	12	27	13	1	15	2	2	4	1	1	17	1	—
%	87,1					12,9					—	—	—

Observação: 1 caso de hemorragia.

2 — No puerpério

O puerpério das pacientes submetidas à n.a. em nada diferiu das demais.

Ficou-lhes impressão satisfatória do parto, na quase totalidade dos casos, segundo suas próprias palavras.

A exceção de 3 pacientes que se queixaram de dor, todas as demais, mesmo tendo algumas exibido fases de excitação durante o período expulsivo, revelaram, ulteriormente, completa amnésia.

Resultados fetais da narco-aceleração

1 — Na sala de partos

A fim de pôr em relêvo a influência da narco-aceleração sobre o concepto, cotejamos as condições neonatais das crianças nascidas nesse grupo (n.a.), com igual número de conceptos, tomados ao acaso, nascidos no Serviço em período anterior à presente investigação (testemunho).

Mostra-nos a Tabela VIII peso e estatura das crianças nos dois grupos.

TABELA VIII — Peso e estatura dos recém-nascidos

PESO	
narco-aceleração	testemunho
1830 a 2500 g — 9 casos	1480 a 2500 — 6 casos
2501 a 2999 g — 13 casos	2501 a 2999 — 28 casos
3000 a 3999 g — 69 casos	3000 a 3999 — 65 casos
4000 a 4450 g — 6 casos	4000 a 4700 — 3 casos
TOTAL — 102 casos	TOTAL — 102 casos
ESTATURA	
40 a 47 cm — 8 casos	42 a 47 cm — 15 casos
48 a 51 cm — 61 casos	48 a 51 cm — 72 casos
52 a 55 cm — 33 casos	52 a 56 cm — 15 casos
TOTAL — 102 casos	TOTAL — 102 casos

AValiação das condições de vitalidade do recém-nascido

Foi a avaliação das condições de vitalidade dos recém-nascidos feita pela escala proposta por Apgar em 1953 (3). Reconhecendo-lhe embora imperfeições, adotamô-la pois apresenta o mérito de basear-se em dados objetivos, não cogita de estabelecer diagnóstico clínico ou fisiopatológico mas apenas fornecer indicação prática e imediata da

TABELA IX — Frequência de graus em relação a cada sintoma

	Batimentos cardíacos		Movimentos respiratórios		Tono muscular		Resposta ao cateter		Côr da pele	
	n.a.	Test.	n.a.	Test.	n.a.	Test.	n.a.	Test.	n.a.	Test.
Grau 0	—	—	5	5	9	5	4	4	11	4
Grau 1	12	5	22	5	16	3	17	6	31	8
Grau 2	89	96	74	91	76	93	80	91	59	89

vitalidade do recém-nascido, além de constituir um método capaz de permitir comparações estatisticamente válidas.

Na Tabela IX consigna-se a freqüência com que os três graus de cada sintoma da escala de Apgar foi encontrado procurando mostrar-se qual o mais influenciado pela narco-aceleração.

É o número total de recém-nascidos, nessa tabela, 101 e não 102 por ter havido no grupo de n.a. um caso com Apgar 7 no qual o pediatra não procedeu ao necessário fracionamento da avaliação, sendo portanto abandonado. Para manter uniformidade, excluiu-se também 1 caso do grupo testemunho.

Os graus possíveis 0, 1 e 2 estão colocados à esquerda. Nas colunas atribuídas a cada dos cinco sintomas da escala, estão anotados algarismos representando o número de vezes que determinado grau lhe foi aplicado, assim no grupo de narco-aceleração como no testemunho.

Quanto ao grau 1, verifica-se ser ele muito mais freqüente no grupo n.a. do que no testemunho, aí residindo substancial diferença entre os dois.

Ao revés, predominou o grau 2 entre os produtos do grupo testemunho.

Considerando cada sintoma da escala de Apgar, verifica-se serem mais gravados pela n.a. o tono muscular, a coloração da pele e os movimentos respiratórios, do que resulta moderada depressão do recém-nascido. Ilustrando tal influência, basta notar o número vezes que foi o grau 0 atribuído ao tono muscular: quase duas vezes mais no grupo de narco-aceleração do que no testemunho; o mesmo se verifica relativamente ao sintoma côr ao qual foi o grau 0 atribuído três vezes mais no grupo n.a. e o grau 1 quase quatro.

A nota global (índice de Apgar) atribuída aos nascidos nos dois grupos pode ser vista na Tabela X.

TABELA X — Índice de Apgar. Incidência de nota global

Índice de Apgar . .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Narco-aceleração . .	—	1	2	6	1	2	4	5	14	19	48
Testemunho	—	2	2	1	—	2	1	—	2	4	33

Com o intuito de facilitar comparações, agrupamos os índices obtidos sob três rubricas distintas espelhando as condições de nascimento, do ponto de vista clínico e de reanimação.

TABELA XI — Condições clínicas de nascimento

	Bom estado (10-9-8-7)	Deprimido (6-5-4-3)	Morte aparente (2-1-0)
Narco-aceleração	86	4	— 3
Testemunho	94	13	4

Repetindo o que atrás foi afirmado, mostra também essa tabela haver maior número de crianças moderadamente deprimidas (3 vezes mais) no grupo de n.a. do que no testemunho.

As manobras realizadas, não apenas para recuperar os recém-nascidos portadores de distúrbios graves e aqueles levemente deprimidos, mas também para a outros proporcionar condições ventilatórias mais favoráveis, são rotuladas de reanimação ().

Como medida isolada ou preambular da reanimação, sistematicamente utilizamos a aspiração elétrica naso-faringo-gástrica das mucosidades.

Pequena reanimação (r) para os casos leves, a exigir aspiração e oxigenação sob máscara, à distância, nasal ou intragástrica.

Grande reanimação (R) para os casos graves, de morte aparente, condicionada à intubação endotraqueal e oxigenação sob pressão.

Na Tabela XII está consignada a freqüência com que se utilizou tais manobras.

TABELA XII — Reanimação dos recém-nados

	Aspiração	r	R
Narco-aceleração	82	15	5
Testemunho	91	7	4

Este quadro concorda plenamente com o anterior, praticamente a ele se superpondo. A maioria das crianças dos dois grupos não necessitou extensos cuidados para colocados em boas condições. Pequeno

foi o número de conceptos a exigir intubação traqueal, sendo entretanto, duas vezes maior o número dos nascidos através narco-aceleração que precisaram oxigenação simples para considerados em bom estado.

Das 18 crianças que apresentaram, ao nascer, circular de cordão, 1 necessitou grande reanimação (neo-morto), 5 precisaram pequena reanimação e 12 nasceram em boas condições.

FATORES SUSCETÍVEIS DE INFLUENCIAR A VITALIDADE DO RECÉM-NADO

Quando se cogita de fazer narco-aceleração, é indispensável analisar a influência que são capazes de exercer sobre a vitalidade do recém-nascido, três elementos fundamentais do método: dilatação inicial da cérvix, velocidade de perfusão de ocitocina e quantidade total de ocitócico e de tiopental administrada.

A. Dilatação inicial da cérvix.

As condições cervicais, ao se iniciar a n.a., não exerceram qualquer influência sobre a vitalidade do recém-nascido, como se depreende da tabela abaixo.

TABELA XIII — Índice de Apgar e dilatação inicial do colo

		Dilatação inicial do colo					
		4 cm	5 cm	6 cm	7 cm	8 cm	9 cm
Índice de Apgar	10	1	10	11	13	11	2
	9	—	5	3	6	2	1
	8	2	3	3	1	2	1
	7	1	3	—	1	—	—
	6	—	2	1	—	1	—
	5	—	—	—	2	—	—
	4	—	—	—	—	1	—
	3	—	—	3	1	2	—
	2	—	1	—	1	—	—
	1	—	1	—	—	—	—
	0	—	—	—	—	—	—

Verifica-se que nos 4 casos de dilatação inicial 4 cm, os conceptos apresentaram índices de vitalidade superior a 7 e os que exigiram grande reanimação (pgar 0, 1 e 2) tinham por dilatação inicial 5 e 7 cm.

B. *Perfusão de ocitocina:*

Administrada de acôrdo com a técnica proposta, a ocitocina não prejudicou a vitalidade dos recém-nados, mesmo nos casos de perfusão prolongada.

Foi o tempo máximo de perfusão 66 minutos: iniciada com 20 gotas/min. durante 5 min.; aumentada para 40 durante 9 minutos, depois para 60 durante 30 minutos e, finalmente, para 80 gotas durante 22 minutos.

Variou a velocidade de perfusão de 20 a 100 gotas por minuto, isto é, 12 a 60 mU por minuto, aproximadamente, sendo a mínima 10 gotas (6 mU) por minuto e a máxima 200 gotas (120 mU) por minuto.

A quantidade total de ocitocina consumida variou de 0,05 u a 2,7 u oscilando a dose habitual entre 0,5 e 1, 2 u.

A relação entre a índice de Apgar e o tempo de perfusão de ocitocina pode ser apreciada na tabela XIV.

Verifica-se que as três crianças precàriamente nascidas (Apgar inferior a 3 estiveram submetidas à ação da ocitocina no máximo durante 20 minutos; outras, ao revés, levando até 1 hora para nascer, ostentaram boas condições de vitalidade.

C. *Dose de tiopental.*

Usado segundo a técnica preconizada, mostrou-se inócua para o concepto não lhe alterando vitalidade ou prognóstico.

Em seis casos nos quais usou-se dose superior a 300 mg nasceram crianças com boa vitalidade.

A Tabela XV expressa a relação entre o índice de Apgar e a quantidade de tiopental empregada.

NARCO ACELERAÇÃO E PREMATURIDADE

A narco-aceleração não prejudicou os prematuros no momento do nascimento. Dois dêles apenas, os de mais baixo pêso de todo o grupo, necessitaram oxigenação imediata, fenômeno de resto trivial em crianças dêsse grupo ponderal.

Foi a evolução a habitual em crianças permaturas, não surgindo intercorrências de gravidade.

TABELA XV — Relação entre índice de Apgar e dose de tiopental

	100 a 300mg	350mg	375mg	450mg	500mg
Índice de Apgar 10	50	—	—	1	—
9	17	—	—	—	—
8	10	1	1	1	—
7	3	—	—	—	2
6	4	—	—	—	—
5	2	—	—	—	—
4	1	—	—	—	—
3	6	—	—	—	—
2	2	—	—	—	—
1	1	—	—	—	—
0	—	—	—	—	—

EVOLUÇÃO DOS PRODUTOS QUE MANIFESTARAM SOFRIMENTO INTRA-PARTO

Das 10 narco-acelerações praticadas por sofrimento fetal, 8 foram exitosas logrando-se obter conceptos com boa vitalidade ou deprimidos e reanimados mas não exibindo complicações ulteriores. 2 outros casos desta relação entretanto, apresentaram complicações: 1 teve evol- ver tumultuoso no berçário, falecendo o demais. Não significa isso, contudo, haver sido o método responsável pela patologia, pois a con- duta obstétrica, em ambas circunstâncias, muito deixou a desejar, como se depreenderá da sùmula das observações abaixo transcritas:

Obs. 76. J.O.S., gesta III, para II. Trabalho parturiente de evol- ver normal até 7 cm de dilatação quando praticada amniotomia dando saída a líquido meconial. BCF abafados, 160 bt/min. Polo cefálico volumoso para a bacia em questão. Indicada narco-aceleração por so- frimento fetal e bacia limite. Após 30 minutos de período expulsivo, decretada falência da via transpélvica e indicada operação cesariana por desproporção céfalo-pélvica relativa.

Recém-nascido do sexo feminino, pesando 3420 g, Apgar 9. Choro imediato mas fraco; máscara cianótica, mecônio. Após aspiração corri- queira e exame habitual, foi a criança considerada em boas condições e enviada ao berçário. Cêrca de 45 minutos mais tarde, sobreveio disp- néia que aumentou consideravelmente nas 12 h seguintes. Colocada

Eis a síntese dos eventos, consignada na Tabela abaixo.

TABELA XVI — Narco-aceleração e prematuridade

Caso nº	Pêso	Estatura	Indicação	Tiopental	Duração	Apgar	Sala de Parto	Berçário
13	2450g	50 cm	distócia funcional	300 mg	7 min.	10	Chôro forte imediato	evolução normal
14	2380g	46 cm	rotina	300 mg	12 min.	10	idem	idem
26	2490g	47 cm	"	300 mg	15 min.	7 (2/1/1/2)	chôro fraco, hipotonia, meconônio	abscesso coxa esquerda
28 A	1830g	40 cm	"	250 mg	23 min.	6 (2/1/1/1)	chôro fraco imediato, oxigênio a distância, circular de coração	após 12h de incubação, evolução normal
28 B	1840g	42 cm	"	250 mg	27 min.	7 (2/1/1/1)	chôro fraco imediato, oxigênio a distância	após 24h de incubação, evolução normal
30	2350g	45 cm	"	500 mg	63 min.	7 (2/1/1/1)	chôro fraco imediato, hipotonia	evolução normal
40	2360g	48 cm	"	300 mg	12 min.	10	chôro forte, imediato	"
47	2360g	45 cm	"	100 mg	4 min.	10	chôro forte imediato, circular da pla do coração	"
59B	2030g	44 cm	"	300 mg	12 min.	9 (2/2/2/2)	chôro fraco, apnéia, sensação pélvica	vômitos 6

a criança na incubadora, seu estado geral celèrmente deteriorou-se: agitação, vômitos, crises de cianose e reflexo de Moro incompleto durante cêrca de 36 h. Rodados 6 dias, começou de normalizar-se a situação da criança que fôra medicada com antibiótico, cardiotônico, analépticos respiratórios e alimentado por gavagem. Desapareceram os sintomas ao cabo de 24 h (7º dia de vida). A radiografia do torax foi normal em 3 ocasiões distintas. Alta no 14º dia, em boas condições, porém com pêso inferior ao do nascimento (3200 g).

Diagnóstico presumível: edema cerebral.

Evolução no ambulatório de higiene infantil: aos 30 dias: peso: 3250 g; diarreia de pouca intensidade. Medicada. Aos 2 meses de vida: peso: 4.100 g. Clinicamente normal.

Obs. 84. O.O.M., gesta XII, para X. Internada na MPAF no dia 26-8-64 às 10 h. A ausculta dos BCF revelou arritmia, à qual não foi atribuída importância. Colo longo, permeável ao dedo. Tentativa malograda de indução do parto com perfuração venosa de ocitocina (2 u.). Transcorridas 24 horas, nova tentativa de indução, dilatando-se o colo, desta feita, até 5 cm após 6 horas de perfusão venosa. Antes e durante a venóclise, eram os BCF arrítmicos. Praticada amniotomia aos 5 cm de dilatação, escoou líquido amniótico com mecônio espesso. Indicada narco-aceleração por sofrimento fetal, dando-se o parto 8 minutos após. Recém-nado do sexo feminino, pesando 3300 g, ostentando dupla circular apertada do cordão em tórno do pescôço. Apgar 2: bradicardia, apnéia, hipotonia e cianose generalizada. Após aspiração naso-faringo-gástrica que deu saída a mecônio espesso e abundante, foi a criança intubada e oxigenada sob pressão. Reanimação sem êxito. Óbito após 15 min. Laudo necroscópico (Dr. O. Castro): "Atelectasia pulmonar com aspiração intra-alveolar de mecônio".

INTERCORRÊNCIAS POSSIVELMENTE RELACIONADAS COM AS MÁAS CONDIÇÕES DE VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO

Discriminamos, abaixo, o número de vezes que cada nota da escala de Apgar, inferior a 7, foi atribuída e algumas intercorrências possivelmente relacionadas com as precárias condições de nascimento dos conceptos.

Apgar 1. Uma vez atribuído. Medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (100 mg) nas 2 horas que precederam o nascimento; indicação da narco-aceleração (n.a.): sofrimento fetal; parto dirigido.

Apgar 2. Duas vezes atribuído.

I) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (100 mg) nas 2 horas que precederam o nascimento; indicação de n.a.: analgesia e aceleração; tipo de parto: extração à vácuo.

II) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (100 mg) nas 2 horas que precederam o nascimento; indicação da n.a.: sofrimento fetal; dupla circular apertada do cordão; dilatação cervical inicial 5 cm, colo duro; tipo de parto: dirigido.

Eis a síntese (Tabela XVI) dos casos de narco-aceleração praticada por sofrimento fetal.

TABELA XVI — Narco-aceleração e sofrimento fetal
Evolução dos conceptos no berçário.

Nº caso	Peso g	Estatura cm	Tiopental Total mg	Tiopental Tempo min	B.C.F.	parto	Índice Apgar	Ocorrências nas salas de partos e evolução no berçário
6	3720	51	300	22	170	dirigido (n.a.)	10	chôro imediato. No 3º dia: crise de cianose seguida de vômito. Aspiração, logo melhorou
25	3950	50	100	2	128 160	dirigido (n.a.)	10	chôro imediato subicterícia no berçário
34	3620	52	250	14	160	dirigido (n.a.)	10	chôro imediato. Evolução normal
38	3500	49	200	6	128 200	dirigido (n.a.)	10	chôro imediato. Evolução normal
66	3350	49	200	2	arritmia	dirigido (n.a.)	1/1/1/ /1/1 5	chôro fraco. Respiração algo irregular durante 4 min. Evolução normal
76	3420	52	300 (n.a.) + 400 (ces.)	90	160	ces.	2/2/2/ /2/1 9	chôro fraco, imediato. Máscara cianótica. Evolução tumultuosa no berçário. Incubadora. Edema ou hemorragia cerebral.
77	2750	50	200	12	148	dirigido (n.a.)	1/0/0/ /0/0 1	Grande reanimação. Respirou espontaneamente aos 10'. Incubadora. Evolução normal
84	3300	53	200	6	120 arritmia	dirigido	1/0/0/ /0 2	Dupla circular aberta; grande reanimação, neonorto.
89	3100	54	200	21	120 arritmia	dirigido (n.a.)	1/00/1/ /1 3	Grande reanimação; respirou espontaneamente aos 4' e normal aos 8'; aos 15' crise de cianose; incubadora, ficou bem após 12'h; evolução normal, a seguir
90	3050	52	200	27	arritmia	dirigido (n.a.)	1/1/0/1/ /0 3	Dupla circular; oxigenação sob máscara; evolução normal

Apgar 3. Seis vezes atribuído.

I) medicação empregada durante o trabalho de parto: antispasmodico (Epidosin) 2 emp.; indicação da n.a.: analgesia e aceleração; período expulsivo prolongado mercê de tumor existente na face anterior do sacro; tipo de parto: extração à vácuo.

II) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (200 mg) sendo 10 0na hora que precedeu o nascimento; indi-

cação da n.a.: analgesia e aceleração; colo resistente; tipo de parto: extração à vácuo.

III) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (200 mg); indicação da n.a.: sofrimento fetal; tipo de parto: fórcepe.

IV) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (200 mg); indicação da n.a.: prova de trabalho em bacia limite e sofrimento fetal; dupla circular apertada do cordão; tentativa de aplicação do fórcepe; tipo de parto: dirigido.

V e VI) 2 casos nos quais não foi observada qualquer ocorrência digna de registo cuja indicação de n.a. foi analgesia e aceleração.

Apgar 4. 1 vez atribuído. Nenhuma medicação aplicada durante o trabalho de parto; indicação da n.a.: analgesia e aceleração; circular apertada do cordão; tipo de parto: extração à vácuo.

Apgar 5. 2 vezes atribuído.

I) medicação empregada durante o trabalho de parto; meperidina (100 mg), antispasmódico por via i.m., seguido de perfusão venosa de sôro glicosado isotônico (500 ml) + meperidina (100 mg) + clorpromazina (100 mg); indicação da n.a.: analgesia e aceleração; circular apertada do cordão; parto dirigido.

Apgar 6. 4 vezes atribuído.

I) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (200 mg) dos quais 100 na hora que precedeu o nascimento; indicação n.a.: prova de trabalho em bacia limite; tipo de parto: cesáreo. (à dose de tiopental da "narco" foi acrescida aquela necessária para indução anestésica).

II) 1º feto de gravidez gemelar. Medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (100 mg) + antispasmódico; indicação da n.a.: analgesia e aceleração; circular simples do cordão; parto dirigido.

III) medicação empregada durante o trabalho de parto: meperidina (200 mg) dos quais 100 na hora que precedeu o nascimento; indicação da n.a.: analgesia e aceleração; houve manifestação de sofrimento fetal (arritmia) na primeira metade do trabalho; parto dirigido.

IV) medicação empregada durante trabalho de parto: meperidina (100 mg) na hora que precedeu o nascimento; indicação da n.a.: analgesia e aceleração; parto dirigido.

2 — No berçário

Foi trivial a evolução no berçário, à excessão do caso já relatado (obs. nº 76).

Relacionamos diversas intercorrências, constantes do quadro abaixo, que poderiam relacionar-se, a qualquer título, com a narco-aceleração.

Intercorrências no berçário	N.º de casos	Comentários
Abscesso na coxa	1	local onde foi aplicada injeção.
Bossa sero-sanguínea	5	de 10 crianças extraídas à vácuo 5 apresentaram bossa de evolução benigna; houve 3 icterícias: máxima bilirrubinemia 8,42 mg%.
Cefalohematoma	1	extração à vácuo. Evolução benigna.
Crise de cianose	5	aos 15 min, 5 e 8 h, 3.º dia; (caso 76); o vômito precedeu a crise em 3 ocasiões; aspiração provocou melhora imediata.
Doença hemorrágica do RN ...	1	vômito sanguíneo; lavagem gástrica: líquido com coágulos no 2.º dia de vida; prova de Apt-Dowey: hemoglobina fetal.
Hipertemia no 1.º dia	1	cedeu com hidratação oral e aspirina.
Icterícia moderada	16	fizeram-se dosagens de bilirrubina em 8 casos (valor máximo 12,38%); fototerapia: 1 caso.
Marca de fórcepe	2	traumatismo leve, nada mais existindo à ocasião da alta.
Máscara cianótica	2	um dos casos correspondendo a uma circular apertada no cordão.
Rubor facial	1	criança medicada com Homatropina, apresentou rubor facial com 1 2h de vida. (atropinismo?)
Sonolência	1	nas 12 primeiras horas; recebera 300 mg de tiopental.
Tremor dos membros superiores	1	no 2.º dia como fato isolado; evolução normal.
Vômitos	11	apenas consignados os vômitos moderados; evolução trivial, salvo no caso 76.

3 — Na higiene infantil

Atribuimos grande importância a essa terceira fase de observação pediátrica, pois só o seguimento rigoroso e sistemático das crianças permitirá rastrear repercussões tardias da narco-aceleração sobre seu desenvolvimento.

Já compareceram à higiene infantil 61 crianças, assim distribuídas:

1 consulta	23 crianças
2 consultas	24 "
3 consultas	12 "
4 consultas	2 "

Foram banais as anormalidades verificadas, sendo supérfluo mencioná-las. O acompanhamento prosseguirá pelo menos até o 12º mês.

O número de crianças tende a crescer com o tempo, ainda curto relativamente ao início da experiência.

CONCLUSÕES

- 1º A narco-aceleração não pode ser praticada sistematicamente mas deve subordinar-se a precisas indicações obstétricas.
- 2º Seu emprêgo exige condições, assim médicas como hospitalares, além dos recursos terapêuticos compatíveis com o moderno atendimento obstétrico, pediátrico e anestesiológico.
- 3º A narco-aceleração da segunda metade do trabalho de parto é recurso a ser usado, exclusivamente, por especialistas.
- 4º A técnica atualmente empregada e preconizada não é definitiva mas se vai aprimorando e modificando com o encorpar-se da experiência.
- 5º Produz eficiente hipnose e amnésia materna jamais necessitando complementação anestésica antes do nascimento do concepto.
- 6º Abrevia, consideravelmente, a duração da segunda metade do trabalho e, com isso, previne distocias e sofrimento fetal e materno.
- 7º Deprime moderadamente o concepto sem entretanto causar-lhe danos persistentes.
- 8º Dilatação inicial do colo, quantidade de tiobarbiturato, tempo de narco-aceleração e velocidade de perfusão ocitócica não influenciaram nocivamente as condições de vitalidade do recém-nascido.

9º Exige-se, para execução do método, que a apresentação esteja insinuada.

10º A inocuidade do procedimento só poderá ser comprovada pelo acompanhamento prolongado da criança no berçário e no ambulatório de higiene infantil.

SUMMARY

Veinous perfusion of occytocine and thiopental, towards the final labor of childbirth — (accelerating and anesthetic agents).

After having given the denomination of "narco-acceleration" to the method of managing the last phase of childbirth by the associated use of occytocine and thiopental, through veinous perfusion, the authors explain to us their technique, commenting on the pharmaco-dynamics of the drugs used.

They talk then about the first 100 cases which occurred at the Poly — and obstetric clinic (of the State's civil servants' hospital) "Alexander Fleming", describing in detail the maternal and fetal results.

Interpreting the effect of this method on the mother's organism, they emphasize the shortening of the final phase of childbirth's labor, the correction of dystocias and complete analgesia.

Systematically the authors give us some indications :

Analgesia with acceleration, fetal suffering, test of labor within the basin's limits, dyskinesias and consequences of maternal conditions.

From the study of the pediatric results we see that the number of the depressed newborn in the childbrith-rom is 3 times higher in the group which was submitted to narco-acceleration than that one in the witness (standard) Group.

Such depression, however, estimated by apgar's scale, is but of moderate intensity, an irrelevant fact in children that were submitted, although slightly, to the action of barbiturates.

The authors recommend the narco-acceleration to be performed exclusively in a hospital of large resources and by a well trained team of obstetrician, anesthesiologist and pediatrician of rich experience.

With reference to the standard ("witness") group, the narco-acceleration does not increase the incidence of great reanimation and only slightly rises the little reanimation.

With the exception of just one case, that evolved tumultuous, was normal the newborn's stay in the crade-room.

A report on the complete normality of such children, may be got after watching during 12 months the child's hygienic conditions.

In spite of a short time of observation, there is, nevertheless, evidence of no bap influence of the narco-acceleration on the results.

RÉSUMÉ

Après avoir appelé "narco-accélération" la méthode de conduite de la dernière phase de l'accouchement, les AA. nous décrivent la technique et se livrent à différentes considérations sur la pharmacodynamie des drogues employées.

Ils rapportent, ensuite, une expérience acquise au cours des 100 premiers cas rencontrés à la Maternité et Polychinique Alexander Fleming (de l'Hôpital des Serviteurs de l'Etat) décrivant minutieusement les résultats maternels et foetaux.

Dans l'exégèse des répercussions de la méthode sur l'organisme maternel, ils mettent en évidence le raccourcissement de la phase finale de l'accouchement, la correction des dystocées, et la complète analgésie. Il s'ensuit ensuite les indications: analgésie avec accélération, souffrance foetal, épreuve de travail dans les bassins limites, discynésies et indications de l'état maternel.

On remarque, après analyse des résultats obtenus, que le nombre des nouveaux nés "deprimis" en salle d'accouchement est 3 fois supérieur, dans le groupe soumis à la narco-accelération, à ceux du groupe témoins. Une telle dépression, cependant, reconnue par l'échelle de Apgar, et seulement de moyenne intensité, fait communément observé, que fugacement, chez les enfants soumis à l'action des barbituriques.

Les AA. insistent sur la nécessité de pratiquer la narcoaccélération uniquement dans un milieu hospitalier, possédant de grandes possibilités, et par une équipe constituée d'obstétricien de pédiatre et d'anesthésiologiste expérimentés. Relativement au groupe témoin la narcoaccélération n'augmente pas le nombre des grandes réanimations, et élève seulement discrètement le nombre des petites réanimations à l'exception d'un cas unique, de dérangement tumultueux, le séjour des nouveaux nés au berceau se passa normalement.

La notion de complète normalité des tels enfants, ne peut être obtenue par une surveillance dans l'hygiène infantile, jusqu'au 12.^o mois de vie.

Malgré le temps réduit écoulé, déjà se dessine l'inexistence de quelque influence nocive de la narcoaccélération sur les enfants.

ZUSAMMENFASSUNG

Ader-Einspritzung von Oxytocine und Thiopental, am Ende der Kindbettwehen (Beschleunigungs- und Betaubungs-Mittel) Nachdem die Verfasser dieser Methode der Handhabung des letzten Teils der Kindbettwehen durch kombinierten Gebrauch von Oxytocine und Thiopental den Namen "Narco-Beschleunigung" gegeben haben, erklären sie uns ihre Technik, wobei sie über die Pharmakodynamik der gebrauchten Drogen reden.

Dann sprechen sie über die ersten Hundert Fälle die im Frauenkrankenhaus und in der Poliklinik "Alexander Fleming" (des staatlichen Beamtenkrankenhauses) behandelt wurden indem sie über den Endzustand von Mutter und Frucht reden.

Bei dem Erklären der Wirkung der Methode auf den mütterlichen Organismus heben sie die Abkürzung der letzten Phase der Kindeswehen hervor, die Beseitigung von Gebärhindernissen, und die völlige Schmerzlosigkeit.

Sie sprechen weiter von: Schmerzlosigkeit mit Beschleunigung, Fruchtleiden, Arbeiten bei engem Becken, Dyskinesien und anderen Folgen des mütterlichen Zustandes.

Durch das Studium der pediatriischen Resultate sieht man dass die Zahl der Depressierten Neugeborenen (im Entbindungsraum) 3 mal groesser ist bei der Gruppe die der Narco-beschleunigung unterworfen war, als bei der Zeugen (standard) gruppe.

Eine solche Depression jedoch, an der Apgar'schen Skala gemessen, ist nur von mittlerer Haeufigkeit, was eine unbedeutende Tatsache darstellt bei Kindern, die Barbiturmitteln, wenn auch nur fluechtig, unterworfen waren.

Die Verfasser raten, die Narco-Beschleunigung nur in Krankenhaus-umgebung vorzunehmen und zwar wo reiche Hilfsmittel und eine erprobte Mitarbeiter-truppe vorhanden sind, also ein Geburtshelfer, ein Narkose-Fachmann und ein Kinderarzt, die jahre lange Erfahrungen Besitzen.

Was die Standard (zeugen) Gruppe anbelangt, die Narco-Beschleunigung vermehrt nicht das Vorkommen von Wiederbelebung und erhoelt nur unwesentlich die kleine Wieder-belebung.

Mit Ausnahme eines Falles, von Stuermischen Verlauf, war das Verbleiben der Saeuglinge im Wiegenraum normal.

Einen Bericht ueber das normale Befinden der Kinder Kann erst nach dem 12 ten Lebensmonat gegeben werden, aber man weiss schon, trotz der geringen Verflrossenen Zeit dass keinerlei boeser Einfluss der Narco-Beschleunigung auf den Enderfolg vorliegt.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIAR, P. B. : Aspectos atuais do método psicoprofilático. Rev. Ginec. & Obst., 1958, 102:243-50.
2. AGUIAR, P. B. : O método psicoprofilático e o parto dirigido. Rev. Brasil. Med. 1957, 14(10).
3. APGAR, V. : A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Cur. Res. Anesth. & Analg., 1953, 32:260-7.
4. BAUX, R.; RENIER, Y.; BENNET, P.; POMAREDE, R. & TRICOIRE, J. : L'anesthésie obstétricale au penthotal de longue durée. Bull. Féd. Soc. Gynec. & Obst., 1959, 11:200-6.
5. DUCAS, P.; ESPAGNO, G.; GUILHEM, P. & MAYER, M. : Le nouveau-né en "detrésse post-natale" et sa reanimation. Gynec. & Obst., 1961, 60:276-303.
6. FLOWERS, C. : Factors related to the placental transfer of thiopental in the hemocorial placenta. Am. J. Obst. & Gynec., 1963, 85:646-58.
7. GUILHEM, P.; PONTONNIER, A.; BAUX, R.; MONROZIES, M.; ARMENGAU, P.; ESPAGNO, G. & BENNET, P. : L'association de la perfusion d'ocytocique à l'anesthésie au penthotal dans l'accouchement normal et pathologique. Gynec. & Obst., 1960, 59:173-86.
8. GUILHEM, P.; PONTONNIER, A.; BAUX, R.; BENNET, P.; POMAREDE, R. & FIN-KELTEIN, A. : Bases physiologiques de l'anesthésie obstétricale au penthotal. Gynec. & Obst., 1960, 59:301-21.
9. GUILHEM, P.; PONTONNIER, A.; MONROZIES, M. & REVAZ, C. : La perfusion d'ocytociques associée à l'anesthésie générale au penthotal dans la sauffrance foetale de la 2e. partie de travail. Gynec. & Obst. 1962, 61:5-18.
10. GUILHEM, P.; PONTONNIER, A.; MONROZIES, M.; MERZ, W. R. & REVAZ, C. : La perfusion d'ocytociques sous anesthésie générale. Bull. Féd. Soc. Gynec. & Obst., 1963, 15:446-8.
11. HON, E. : The electronic evaluation of the fetal heart rate. Am. J. Obst. & Gynec., 1958, 75:1215.

12. HELMAN, L. M.; SCHIFFER, M. A.; KOHL, S. G. & TOLLES, W. E. : Studies in fetal well being. Variations in fetal heart rate. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 1958, 76:998-1012.
13. LACOMME, M. : *Pratique Obstétricale*. Vol. I, Masson. Paris, 1960.
14. MENDEZ-BAUER, C.; POSEIRO, J. J.; ARELANO-HERNÁNDEZ, G.; ZAMBRONA, N. A. & CALDEYRO-BARCIA, R. : Effects of atropine on the heart rate of the human fetus during labor. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 1963, 85:1033-53.
15. REVAZ, C. & MONROZIES, M. : Diminution de la fréquence de la césarienne en cours d'accouchement par la perfusion d'ocytociques sous anesthésie générale au pentothal. Casuistique. *Bull. Féd. Soc. Gynec. & Obst.*, 1963, 15-449-51.
16. RIBEIRO, R. C. : Venóclise de tiobarbiturato e ocitócico na analgesia e aceleração da segunda metade do trabalho de parto. *Rev. Ginec. & Obst.*, 1964, 114:31-40.
17. REZENDE, J. & ROCCO, R. : Fenômenos passivos do parto. Assistência e conduta. In *Rezende, Obstetrícia*, vol. I, Guanabara, Rio de Janeiro, 1962.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — Ginecologia

1) DIVERSOS

- Evolução e tratamento do epiteloma do colo uterino no Hospital Broca de 1950 a 1962 — P. Morice (Rev. Franc. Gynéc. 1965 — 60 (n.º 2) — 115, 124) .. 119
- Ação do novos progestogênios sintéticos na endometriose humana (The effects of new synthetic progestogens on endometriosis in the human female) — P. Kistner, R. W. — Fert. & Steril., 16:61, 1965 119

II — Obstetrícia

1) ANESTESIA

- Aspectos endócrinos da metropatia premenopáusicas (Les aspects endocriniens de la métropathie prémenopausique) — Gyn. Prat. n.º 2 — 1965 — 127, 137 .. 120
- Propriedades progestacionais e anti-ovulatórias do acetato de megestrol e seu emprego terapêutico em perturbações ginecológicas (The oral progestational and anti-ovulatory properties of megestrol acetate and its therapeutic use in gynaecological disorders) Ostergaard, E. — The J. of Obst. & Gynec. Brit. Commonwealth LXXII:45, 1965 121

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 60 — Nº 3 — Págs. 123 à 176 — Setembro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Estado atual da roentgenterapia hipófiso-ovariana em “baixa dosagem”
— *Clarice Amaral Ferreira* 123
- Imagens colposcópicas em citologia III — *Meta Hasse Huebel* 149
- Valor da colpofotografia no estudo da correlação entre os achados col-
poscópicos e histopatológicas das atípias do colo uterino — *Alberto*
Henrique Rocha, Néilson Salomé, Ruy Pimenta Filho e Rogério Mei-
relles Filho 155

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

- Emprêgo duma combinação penicilino-sulfonamídica para o uso oral em
obstetrícia — *José Ferreira* 159

EDITORIAL

- Ambulatório preventivo de câncer ginecológico 163

NOTAS & COMENTÁRIOS

- Homenagem ao Dr. J. P. Fontenelle 167
- I Congresso Luso Brasileiro de Radiologia e X Congresso Brasileiro de
Radiologia 171
- Curso de Atualização em Ginecologia 171
- I Congresso da Federação das Sociedades de Anestesiologia dos Povos
de Língua Portuguesa e XII Congresso Brasileiro de Anestesiologia 172
- RESUMO (Ver índice próprio) 173

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

EMPREGO DUMA COMBINAÇÃO PENICILINO-SULFONAMÍDICA PARA O USO ORAL EM OBSTETRÍCIA

JOSÉ FERREIRA *

RESUMO

A administração da combinação alfa-fenoxi-metil penicilina (135 mg = 200.000 U) + 2-sulfanilamido-5-metil-pirimidina (250 mg) em obstetrícia mostrou excelentes resultados, não ocorrendo quaisquer fenômenos de sensibilização alérgica ou de intolerância geral e gástrica. Destacamos, admais, o aspeto prático da administração por via oral.

O decurso da infecção puerperal, até há pouco, era encarado com muita apreensão, levando, numerosas vêzes, ao desenlace fatal. O quadro constituído pela tríade "toxemia-hemorragia-infecção" é temido, primordialmente, nos estabelecimentos com elevada frequência de pacientes. Isso se verifica nas maternidades, onde as pacientes são tratadas por curto espaço de tempo, permanecendo a maioria internada apenas um dia. Decorrem, daí, acentuados problemas higiênico-bacteriológicos. Com o fito de excluir a possibilidade de infecção, administramos, antes de cada parto, sistematicamente, penicilina.

Considerando ser necessário deves a paciente, depois de deixar a maternidade, continuar a usar a medicação anti-infecciosa, procuramos empregar um preparado oral, permitindo uma forma de administração cômoda. Julgamos ter encontrado êsse medicamento na combinação de

135 mg (200.000 U.) de alfa-fenoxi-metil-penicilina **
250 mg de 2-sulfanilamido-5-metil-pirimidina

* Maternidade Estadual Hereulano Pinheiro — Rio de Janeiro.

** Pahopen Merck.

Este preparado, além de satisfazer às premissas apontadas, apresenta, ainda, as vantagens de conter um derivado penicilínico altamente ativo por via oral e a Palidina, que, além duma ação antibacteriana prolongada, exerce, também, acentuada ação inibitória sobre a penicilinase.

Farmacologia e Clínica.

De acôrdo com os atuais conhecimentos referentes às penicilinas, a fenoxi-metil-penicilina faz parte do grupo das que são ácido-resistentes, desenvolvendo, à administração oral, atividades antibacterianas idênticas às da penicilina G injetável. O mesmo se entende, naturalmente, para o sal potássico.

De outro lado, porém, não é resistente à penicilinase. Esse inconveniente, no entanto, foi eliminado pela adição, ao derivado penicilínico, da Palidina, pois, segundo trabalhos de Kimmig e Meyer-Rohn e Hepding, esse componente sulfonamídico desenvolve, nas concentrações obtidas no sôro e espaços intercelulares, inibição integral da penicilinase. Assim, os germes formadores da mesma tornam-se novamente influenciáveis pela ação penicilínica. Na combinação, o espectro de ação de cada componente é ampliado (Kuhfus).

A associação à Palidina prolonga consideravelmente o tempo de permanência da penicilina no organismo, com conseqüente aumento da sua atividade antibacteriana. E' admissível, assim, uma ação de depósito (Theisen).

CASUÍSTICA

Abrangeu 200 pacientes, revelando as seguintes características:

Nacionalidade	{ Brasileiras	193
	{ Estranegiras	2
Côr	{ Brancas	83
	{ Pardas	75
	{ Pretas	37
Paridade	{ Primíparas	106
	{ Secundíparas	74
	{ Multiparas	20

Tipo de parto	{	Normal	185
		Vácuo	8
		Fórceps	7
		Episiotomia	173
		Rotura do períneo	27

POSOLOGIA

O tratamento foi iniciado logo à internação, na dose de 1 comprimido cada 8 horas, durante 4 dias.

RESULTADOS

Exceção feita a um caso, no qual não houve apirexia e achamos por bem empregar um outro antibiótico, de largo espectro, não observamos quaisquer fenômenos infecciosos concomitantes. Compete destacar, especialmente, não termos observado deiscências de sutura, resultantes de processo infeccioso. Tais deiscências se fazem presentes, às vészes, mesmo ao emprêgo intramuscular de 300.000 U de penicilina G, procaína e 100.000 U de penicilina G potássica.

EFEITOS COLATERAIS

Não observamos reações alérgicas nem outras manifestações de intolerância e salientamos a excelente tolerância gástrica do preparado.

BIBLIOGRAFIA

- HEPDING, L. e WAHLING, H. — *Arzneim. Forschung*, 13 (1963): 41-48.
 KIMMING, J. e MEYER-ROHN, J. — *Med. Klin.*, 57 (1962), 34: 1437-1442.
 KUHUS, W. — *Weiner, Med. Wschr.*, 113 (1963), 40: 739-740.
 THEISEN, H. — *Arzneim. Forschung*, 13 (1963), 4: 333-335.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — Ginecologia

Eletrocoagulação do colo uterino e esterilidade — Prof. P. Muller et L. Renner (Gin. Prat. n.º 3, 239:249, 1965)	173
Sarcomas uterinos — Wolff, J. P.; Herovici, C.; Meunnier, J. (Rev. Franç. Gynéc., 60 (3), 177-194, 1965)	173

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 60 — Nº4 — Págs. 177 à 230 — Outubro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Tuberculose genital feminina — *Francisco Victor Rodrigues e Paulo da Costa Lopes* 177
- Importância da colposcopia na revisão médica geral — *Alvaro Vasconcelos Pereira* 209
- Valor da colposcopia de rotina no exame pré-natal — *Vasconcelos Pereira e Gumercindo Borges de Lima* 213

EDITORIAL

- Mortalidade perinatal — *J. P. Fontenelle* 217

LIVROS & PUBLICAÇÕES

- Exfoliative cytology in gynaecological practice — *Erica G. Wachetel*.
Butterworths & Co. London, 1964 223

NOTAS & COMENTARIOS

- Indústria químico-farmacêutica 225
- XV Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia 226
- RESUMO (Ver índice próprio) 225

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

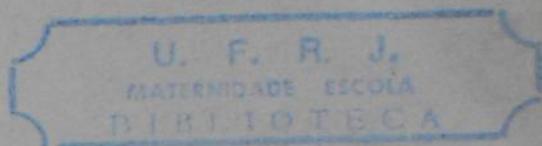
I — *Ginecologia*

- Possibilidades diagnósticas da colpocitologia** (Possibilités diagnostique de la colpocytologie) — G. Virot et R. Heurion, Paris — Rev. Franc. Gynec., 1965, 60 (4) — 295 a 302 229
- Ensaio de classificação dos tumores endócrinos e sexuais do ovário** (Essai de classification des tumeurs endocrines et sexuelles de l'ovaire) — Serment H. Piana L. et Felce A. — Rev. Franc. Gynec., 1965 — 60 (4) 249-262 229
- Indicações terapêuticas e resultados de 8 080 CB em ginecologia** (Indications therapeutiques et résultats du 8 080 CB en gynécologie) — M. Girard,, Paris — Rev. Franc. Gynec., 1965, 60 (4), 21-293 229

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 60 — Nº 5 — Págs. 231 à 286 — Novembro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Gravidez ovariana — <i>Vinicius G. Barão</i>	231
Metodização no estudo das vaginites — <i>Raul Moreira Filho</i>	245
Oxigenação materna na fase pré- anestésica das intervenções obstétricas — <i>Antônio Mahfuz</i>	253
Disgerminoma do ovário com especial referência à associação com gra- videz — <i>Deliveneri A., Amaral V. T., Giordano C. e Luisi, A.</i>	261
Tuberculose pélvica da mulher — <i>Fradique Corrêa Gomes</i>	265

EDITORIAL

Dor pélvica feminina — <i>Murillo Côrtes Drummond</i>	273
---	-----

NOTAS & COMENTARIOS

Universidade Nacional de Córdoba	281
--	-----

RESUMOS (Ver índice próprio)	283
------------------------------------	-----

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

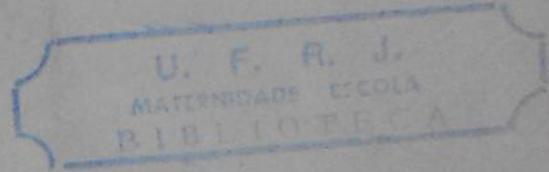
I — *Ginecologia*

- Tratamento do CA avançado do endométrio com acetato de medroxiprogesterona
(Management of advanced endometrial adeno carcinoma with medroxy-
progesterone acetate) — Anderson, David G. — Am. J. Obst. & Gynec.,
92:87, 1965 285
- Estudo de cromossomas do tecido trofoblástico (Chromosomal study of tropho-
blastic tissue) — Valenti, Carlo e wrolikiewicz, Helena — Am. J. Obst.
& Gynec., 92:211, 1965 285

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

B



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 60 — Nº 6 — Págs. 287 à 348 — Dezembro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Considerações sôbre um caso de coriocarcinoma primário central — *Aloísio Soares Guimarães e Eitel Duarte* 287
- Cristalização do muco cervical na gravidez — *Carlos Alberto Salvatore* 297

EDITORIAL

- A fase de novas drogas promissora — *Clarice Amaral Ferreira* 337

NOTAS E COMENTARIOS

- Novas associadas 313
- IIº Debates de Ginecologia e Obstetrícia 343

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABRÉVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

R



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



Moraes Arnaldo
Moraes Arnaldo
Moraes

ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 1 — Págs. 1 à 38 — Janeiro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Anestesia obstétrica e proteção materno-infantil — <i>B. Neme</i>	1
Obituário materno no abortamento criminoso — <i>Bussamara Neme, Lenir Mathias e Leonor Pedro</i>	7
Inversão uterina — <i>Ruy Pimenta Filho</i>	11

LIÇÕES & CONFERÊNCIAS

Integração clínica no diagnóstico precoce do carcinoma do colo e da vagina — <i>Alvaro de Aquino Salles</i>	19
---	----

EDITORIAL

Trinta anos de atividades — <i>A. Vespasiano Ramos</i>	25
--	----

LIVROS & PUBLICAÇÕES

The 1964-1965 Year Book of Obstetrics and Gynecology — Edited By <i>J. P. Greenhill</i>	27
---	----

NOTAS & COMENTÁRIOS

Novas fronteiras em medicina	29
V Congresso Mundial da Associação Internacional de Fertilidade	29
Jornadas Ginecológicas	30
X Congresso Europeu de Hematologia	30

RESUMO (Ver índice próprio)	31
-----------------------------------	----

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

ANESTESIA OBSTÉTRICA E PROTEÇÃO MATERNO-INFANTIL

B. NEME (*)

RESUMO

O emprêgo liberal da anestesia, no decurso dos partos espontâneos e operatório, obriga tocólogos e anestesistas a se preocuparem com os riscos materno-fetais que essa prática condiciona.

A revisão da literatura e nossa experiência não deixam dúvidas quanto às vantagens da anestesia regional no que tange à proteção imediata, e mediata dos organismos materno e infantil.

Na Seção de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. José Medina), a anestesia de escolha, salvo contra-indicação formal, é o bloqueio subaracnóideo limitado em altura às raízes D₈ para as intervenções pela via abdominal e às raízes D₁₁ para a via vaginal.

Dêsse modo: 1) — afasta-se o risco materno pela redução da freqüência intensidade da hipotensão arterial e das alterações da dinâmica respiratória; 2) — não se atinge a vitalidade fetal, cujo comprometimento depende das quedas tensionais conseqüentes à elevação do bloqueio anestésico.

Para se conseguir êsse desideratum, além da redução da dose anestésica (que jamais deve exceder 0,10 g para a escurocaína), recomendamos, como condições indispensáveis, o concurso de anestesista especializado e a presença de material adequado: mesa operatória que favoreça o céfalo-declive e a proclividade, agulhas finas (BD 22-24), seringas bem calibradas esterilizadas a seco, ressuscitador e cânulas para endoscopia.

○ EMPRÊGO liberal da analgesia e anestesia, no decurso da assistência aos partos espontâneos e operatórios, obriga tocólogos e anestesistas a se preocuparem com os riscos materno-fetais que essa norma condiciona.

A revisão da literatura dêsses últimos anos (Lull & Ullery¹³ (1949), Crowder & Mc Nulty⁶ (1951), Torkelson²⁵ & Cooley (1951),

(*) Livre Docente de Clínica Obstétrica e de Clínica Ginecológica.

Bittrich & Rangatore² (1951), Watson²⁷ (1954), Lund¹⁴ (1955), Burge & Baldwin⁵ (1956), Ruppert²³ (1957), Mc Clure¹⁵ (1958), Phillips & col.²⁰ (1959), Ebner & cols.⁸ (1960), Hingson & Cull¹² (1961), Root²² (1961), Quilligan²¹ (1961), Moya & Smith¹⁷ (1962), e a experiência que acumulamos em 25 anos de intensa prática obstétrica, não deixam dúvida quanto às vantagens da anestesia regional no que tange à proteção imediata e remota dos organismos materno e infantil.

Na Secção de Obstetrícia do Departamento do Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. José Medina) a anestesia de escolha, salvo contra-indicação formal, é o bloqueio sub-aracnóideo. Limitamo-lo, em altura, às raízes D₈ para as intervenções pela via abdominal e as raízes D₁₁ para aquelas que se realizam por via vaginal.

Por outro lado, considerando a relação direta decorrente da concentração da droga anestésica, diluída no líquor, com a intensidade do bloqueio da motricidade e nervoso recomendamos nunca exceder a dose de 0,10 g, quando utilizamos a novocaína ou a escurocaína.

Dêsse modo reduzimos o risco materno e fetal pois:

- 1) afastamos a possibilidade da instalação de hipotensão arterial e das alterações da dinâmica respiratória;
- 2) não atingimos a vitalidade fetal, cujo comprometimento, no decurso da R.A., depende das quedas tensionais súbitas e intensas (abaixo de 70 mmHg para pacientes normotensas), conseqüentes à elevação indevida do bloqueio anestésico.

A referência de grande número de A.A. (Delmas & Roume¹, 1924; Brindeau⁴, 1926; Brindeau³, 1930; Hansen¹¹, 1943; Graz¹⁰, 1950; Sauter²⁴, 1950; Bayer & Hoff¹, 1951 e Fuchs⁹, 1951), segundo os quais a anestesia espinal provocaria a hipertonia do corpo uterino e o relaxamento do segmento inferior foi, completamente, invalidada pela pesquisa que realizamos, em 1954¹⁹, ao estudar os efeitos da R.A. sobre a contractilidade uterina, durante o trabalho de parto.

Dêsse modo, entendemos agora porque as objeções de Wislanski²⁸ (1930), Mc Intosh¹⁶ (1949) e Ward & cols.²⁶ (1952), que admitiam o possível risco fetal, dependente das alterações da circulação útero-placentária, nunca encontraram guarida nas casuísticas clínicas que consideraram a questão da vitalidade fetal, durante a R.A..

As condições de anestesia obstétrica ideal, que a nosso ver, podem ser satisfeitas com o emprêgo do bloqueio anestésico espinhal, impõem, contudo, a obediência a certo número de requisitos. Dentre êles salientaremos: 1) — a redução da dose anestésica que, em Clínica Obstétrica, jamais deve exceder 0,10 g quando se utiliza a escurocaína ou novocaína; 2) — o concurso de anestesista especializado; 3) — o emprêgo de material adequado: mesa operatória que favoreça a instalação das posições de céfalo-declive e proclividade, agulhas finas (B.D. 22-26), seringas de 3 cc, bem calibradas e esterilizadas à seco, ressucitador e cânulas para endoscopia.

Atendidos êsses preceitos e respeitadas as condições técnicas que presidem a manutenção do equilíbrio circulatório e as excursões amplas dos movimentos respiratórios, a R.A. pode ser considerada completamente inócua para os organismos materno e fetal.

SUMMARY

In view of the liberal use of anesthesia during normal and operative deliveries, obstetricians and anesthetists must take care of maternal and fetal risks.

Review of literature and our experience leaves no doubt as to the advantages of regional anesthesia in relation to immediate and late effects on mother and newborn.

In the Department of Obstetrics and Gynecology of the University of São Paulo (under Prof. José Medina), the anesthesia of choice (except contraindications) is the spinal blockage limited to D₈ for abdominal surgery and to D₁₁ for vaginal route.

Thus the maternal risk is reduced because arterial hypotension and respiratory dynamics are very scarce. For the same reason fetal vitality isn't affected.

For this desideratum we recommend:

- a) — to reduce the quantities of anesthetic drug;
- b) — specialized anesthetist;
- c) — adequate material (operative table, fine needles (B.D-22-24), dry sterilization of the material, ressucitator and tubes for immediate endoscopy).

RÉSUMÉ

L'usage étendu de l'anesthésie au cours des accouchements normaux et chirurgicaux, oblige les obstétriciens et les anesthésistes à se préoccuper des risques maternels et foetaux qu'éntraîne cette pratique.

Une revue de la littérature et notre expérience ne laissent aucun doute quant aux avantages de l'anesthésie régionale en ce qui, concerne la préservation immédiate et tardivedes organismes maternel et infantile.

Dans le Service d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Université de l'Etat de São Paulo (Pr. José Médina) l'anesthésie de choix, sauf contre-indication formelle, est le blocage spinal limité aux racines D8 pour les interventions par voie abdominale et D11 pour la voie vaginale.

De cette façon, le risque maternel est écarté, par la réduction de l'hypotension artérielle et des altérations de la dynamique respiratoire et la vitalité foetale, dont l'intégrité est altérée par les chutes tensionnelles consécutives à l'élévation du blocage anesthésique, n'est pas atteinte.

Pour que ces conditions soient remplies, nous recommandons la réduction de la dose anesthésique, le concours d'un anesthésiste spécialisé, et un matériel adéquat: table opératoire inclinable, aiguilles fines (B. D. 22-24), réanimateur et tubes pour endoscopie immédiate.

UEBERSICHT

Die weitverbreitete anwendung der betaebung im verlauf der normalen und operation entbindungen, zwingt die geburtshelfer und betaebungs — techniker den gefahren welche mutter und Kind drohen, eine besondere aufmerksamkeit zu widmen.

Eine durchsicht des schriftwesens und unsre eigene erfahrung heben ohne zweifel die vorteile der oertlichen betaebung hervor, mit bezug auf sofortige und spaetere wirkung auf mutter und saeugling.

In der abteilung fuer geburtshilfe und frauenheilkunde an der universitaet von São Paulo (dirigiert von prof. José Medina) die wahlbetaebung (mit ausnahme der unangebrachten) ist die rueckenmarks-blockade (unterbindung) beschraenkt auf D8 fuer unterleibs-chirurgie, und auf D11 fuer den scheideiweg.

Auf diese weise ist das risiko fuer die mutter vermieden, weil der schlagader-unterdruck herab gesetzt wird.

Aus dem gleichen grund erleidet die lebensfaehigkeit der leibesfrucht keine einbusse.

Wegen dieses sachverhaltes empfehlen wird:

- a) Die menge des betaebungsstoffes herabzusetzen,
- b) Die mitarbeit eines fachmannes in betaebungs fragen,
- c) gefeignetes material, coperationstisch, duenne nadeln (B. D. 22-24) trocken-sterilisation des materials, wiederbelegungsgeraet und tuben (rohre) fuer sofortige endoskopie.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAYER, R. & HOFF, F. — Die Vegetativ-neurale Steuerung der menschlichen Gebärmutter. — Wien. Klin. Wochenschr., 63:275, 1951.
- 2 — BITTRICH, N. M. & RANGATORE, J. S. — Spinal Anesthesia in Obstetrics. Am. J. O. & Gynec., 62:1314, 1951.
- 3 — BRINDEAU, A. — Considerations sur la dilatation du col sous rachianesthésie. Paris Méd., 77:564, 1930.
- 4 — BRINDEAU, M. — La Rachianesthésie dans l'opération césarienne. La Presse Méd., 19:295, 1926.

- 5 — BURGE, E. S. & BALDWIN, C. E. JR. — Use of Spinal Anesthesia on Obstetrics at Evanston Hospital. *Am. J. Obst. Gynec.*, 71:973, 1956.
- 6 — CROWDER, R. C. & MC NULTY, J. V. — An Analysis of 1,000 cases of Low Spinal Anesthesia in vaginal Delivery. *Ann. West. Med. & Surg.*, 5:531, 1951.
- 7 — DELMAS, P. & ROUME — Analésie rachidienne et contraction utérine. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynec.*, 13:58, 1924.
- 8 — EBNER, H.; BARCOHANA, J. & BARTOSHUK, A. K. — Influences of post-spinal hypotension on the fetal electrocardiogram. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 80:569, 1960.
- 9 — FUCHS, F. — Spinal Anesthesia as a treatment of postpartum atony of the uterus. *Acta Obst. & Gynec. Scandinav.*, 30:384, 1951.
- 10 — GRAZ, H. F. — Die neuro-muskuläre Sicherung der Schwangerschaft. *Arch. f. Gynak*, 178:196, 1950.
- 11 — HASEN, J. L. — Lumbalanaesthesia som therapived atonia uterei postpartum. *Ugeskr. f. Laeger*, 105:473, 1943.
- 12 — HINGSON, R. A. & CULL, W. A. — Conduction Anesthesia and analgesia for Obstetrics. *Clin. Obst. & Gynec.*, 4(1):87, 1961.
- 13 — LULL, C. B. & ULLERY, J. C. — Continuous Spine Anesthesia in Cesarean Section. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 57:1199, 1949.
- 14 — LUND, P. C. — Influence of anesthesia on infant mortality in cesarian Section. *J.A.M.A.*, 159:1586, 1955.
- 15 — MC CLURE, J. H. — Newborn blood Oxygen. *Obst. & Gynec.*, 11:696, 1958.
- 16 — MC INTOSH, R. R. — Spinal Anesthesia for Cesarean Section. *Brit. M. J.*,
- 17 — MOYA, F. & SMITH, B. — Spinal Anesthesia for Cesarean Section. *J.A.M.A.*, 179:609, 1962.
- 18 — NEME, B. — Da Raquianestesia em Obstetrícia. Tese Livre Docência Fac. Med. Univ. S. Paulo, 1947.
- 19 — NEME, B. — Da Raquianestesia sôbre as contrações do útero grávido humano. Tese. Livre Docência Fac. Nacional Medicina da Univ. do Brasil.
- 20 — PHILLIPS, O. C.; NELSON, R. T.; LYONS, W. B.; GRAFF, T. D.; HARRIS, L. C. & FRAZIER, T. M. — Spinal Anesthesia for vaginal Delivery. *Obst. & Gynec.*, 13:437, 1959.
- 21 — QUILLIGAN, E. J. — Effects of maternal Anesthesia on fetal oxygen. *Clin. Obst. & Gynec.*, 4(1):47, 1961.
- 22 — ROOT, B. — Analgesia, Sedation and Amnesia. *Clin. Obst. & Gynec.*, 4(1):51, 1961.
- 23 — RUPPERT, H. — Über Anaesthesiebedingte Mortalität und Morbidität bei Kaiserschnittkindern. *Anaesthesist*, 6:22-24, 1957.
- 24 — SAUTER, H. — Beziehungen zwischen uterustonius und uterusdurchblutung. *Schw. Mediz. Wochsch.*, 80:1306, 1950.
- 25 — TORRELSON, H. P. & COOLEY, C. L. — Single Dose Low Spinal Anesthesia in Obstetrics. *West. J. Surg.*, 59:533, 1951.
- 26 — WARD, G. H.; ANZ, U. E. & MC CARTHY, A. M. — Sustained contractions of the gravid uterus during spinal anesthesia. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64:406, 1952.

- 27 — WATSON, R. H. — Spinal Anesthesia in Obstetrics, Report of eight thousand Cases. West. J. Surg., 62:284, 1954.
- 28 — WISLANSKI, K. — Der in Lumbalanästhesie mit Tropakokain Ausgeführte Kaiserschnitt. Zentr. f. Gynäk., 50:2330, 1930.

INVERSÃO UTERINA

(Apresentação de três casos)

RUY PIMENTA FILHO (*)

Belo Horizonte, MG

RESUMO

O autor faz um ligeiro estudo sobre inversão uterina, sua classificação, referindo-se à raridade da ocorrência nas grandes clínicas obstétricas e ginecológicas de outros países e do Brasil.

Assinala em seguida a gravidade do acidente que algumas vezes leva a paciente à morte e também as suas causas principais.

Faz referências à sintomatologia, diagnóstico e tratamento nos casos de inversão uterina aguda e crônica.

Em seguida apresenta 3 casos de inversão uterina de 20 dias, 5 anos, e 38 anos, respectivamente.

INVERSÃO uterina é a invaginação do útero: introduzindo-se o fundo dentro do corpo e arrastando progressivamente suas paredes em direção à cervix, podendo transpô-la, atingir a vagina, exteriorizar-se e até mesmo arrastar consigo este último órgão que se inverte também.

O fenômeno pode deter-se em qualquer fase de desenvolvimento, daí os autores classificarem-no em inversão uterina local, parcial, incompleta, completa e total ou então em inversão uterina de 1º, 2º e 3º graus. É uma ocorrência rara em todos os grandes serviços obstétricos do mundo e entre nós os casos assinalados confirmam esta observação.

Em uma das mais recentes publicações sobre o assunto, Amar (1) assinala em 62.511 partos 5 casos de inversão que lhe dão 1:11.317, e Eastman (4) relata que ocorre 1 vez em 20.000 partos e ainda McCulloch, citado por Eastman, 1 vez em 30.000 casos.

(*) Assistente voluntário da Cadeira de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (Serviço do Prof. Clóvis Salgado).

No Brasil, vários trabalhos têm sido publicados a respeito, salientando-se as revisões da literatura nacional por Queiroz (2) e Mascarenhas (3), êste último referindo-se a 162 casos publicados até 1957.

Todos os autores são unânimes em afirmar a gravidade do acidente que não raras vêzes levou as pacientes à morte, por choque ou anemia aguda.

A inversão uterina pode ser obstétrica ou oncótica.

As causas predisponentes mais comumente apontadas são a atonia, o adelgaçamento da musculatura da parede uterina e condições patológicas peculiares à paciente.

São causas determinantes as pressões sôbre o útero através da parede abdominal pelo parteiro, por ocasião do secundamento, ou diretamente pelas vísceras por ocasião de vômitos, tosse ou espirros, ou ainda as trações pelo cordão umbelical feitas pela parteira ou pelo próprio feto ao se desprender nos casos de cordão excessivamente curto.

Chama-se inversão uterina aguda ao acidente logo após o seu desenvolvimento e até que o útero atinja seu tamanho normal. Quando a paciente resiste e o órgão atinge o tamanho normal mas continua invertido, a inversão passa a ser antiga ou crônica, havendo quem considere sub-aguda à fase intermediária.

A sintomatologia nos casos de inversão aguda varia de conformidade com o gráu de inversão. Nos casos avançados o quadro é dramático, assustador: dôr violenta acompanhada de forte tenêsmo assinala o momento do acidente; logo em seguida o pulso torna-se rápido, filiforme; a paciente apresenta-se extremamente pálida com abundantes suores frios, queda brusca da pressão arterial e perda dos sentidos — é o choque que se instalou.

A hemorragia instala-se em seguida às vêzes pequena, se a placenta continua inserida, outras vêzes profusa e abundante quando a placenta se destaca parcialmente. A morte sobrevem mais pelo choque do que pela anemia.

O exame abdominal revela a ausência do útero em seu sítio com os caracteres que apresenta após o parto. Por outro lado encontramos uma tumoração grande, vermelha, exteriorizando-se pelos genitais, sangrante, com a placenta aderida ou não.

Quando não há exteriorização o toque vem mostrar a presença de grande tumoração na cavidade vaginal, de consistência mole apre-

sentando na parte superior um verdadeiro colarinho que a circunda e constringe — é a porção do colo que ainda não se inverteu.

Nos casos de inversão crônica a paciente apresenta-se geralmente muito anemiada, emagrecida, astênica, com corrimento abundante. Ao exame percebe-se tumoração arredondada do tamanho de um ovo de galinha implantada no fundo da cavidade vaginal e circundada pelo colo. Pelo toque retal percebe-se a inexistência do corpo uterino no abdome.

O diagnóstico é em geral muito fácil — nos casos de inversão aguda o quadro clínico e o exame não deixam dúvida.

Nos casos de inversão crônica, a história, o exame ginecológico e nos casos de dúvida o exame sob anestesia, conduzirão certamente a diagnóstico certo.

O tratamento consiste em cuidar-se primeiramente do estado geral da paciente e em seguida da redução do útero que se consegue com simples tamponamento ou com as manobras de taxe na inversão aguda. Nos casos de inversão crônica o tratamento é cirúrgico havendo várias técnicas que conduzem a resultados satisfatórios.

Primeiro Caso: Foi apresentado na IX Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia que se realizou em Salvador em 1956 não tendo sido, porém, publicado.

A P. A. — 35 anos, branca, casada, natural de Brejaubinha e residente na zona rural de Gov. Valadares, M. G..

Ant. Gin.: Menarca aos 13. Mens 28/4 UR há 6 anos.

Ant. Obst.: 10 gestações, 9 partos a termo e um aborto fetal. Amamentou todos os filhos.

História: Sua 10ª gestação decorreu normalmente como tôdas as anteriores, na zona rural sem qualquer assistência ou tratamento pré-natal.

Informa a paciente ter sido assistida, por ocasião do parto, por curiosa, em sua residência.

Durante todo o trabalho de parto permaneceu assentada em pequeno e tosco móvel como era do seu costume.

O feto se desprende normalmente, não tendo a parteira feito qualquer manobra ou tração.

Depois do desprendimento do feto a curiosa notou, sem que a paciente acusasse dor exagerada, uma enorme tumoração que se exte-

rriorizava pela vagina e pensando que fôsse a placenta ou mesmo a cabeça de outro feto, tracionou-a e só então a paciente sentiu-se tonta e desfaleceu.

Informa ainda que sem qualquer outra assistência senão medicamentos caseiros recobrou os sentidos duas horas depois, e a parteira percebendo que o útero havia saído, reduziu-o introduzindo-o na vagina. Sofreu neste momento grande hemorragia e daí por diante não conseguiu mais urinar espontaneamente e o seu ventre tornou-se muito volumoso.

Durante os 8 dias de puerpério, recebeu tratamento anti-infeccioso e foi feita extração de urina. Daí por diante esteve muito enfraquecida mas mesmo assim conseguiu amamentar o filho durante 12 meses. Pouco mais de um ano após o parto, teve menstruação tendo perdido sangue exageradamente e daí por diante tinha perdas sanguíneas abundantes intercaladas com longos períodos de amenorrea.

Desde o parto até esta data (5 anos após), era portadora de corrimento amarelo-purulento, com mau cheiro.

Exame: Ao exame clínico chamava a atenção a pele e mucosas muito descoradas, emagrecimento, hepato-esplenomegalia.

EXAME GINECOLÓGICO

Genitais Externos: Ruptura perineal do 2º grau.

Toque: Vagina ampla contendo tumoração arredondada, do tamanho de um ovo de galinha, lisa, regular, apresentando certa consistência e elasticidade; inserida no fundo da vagina por um pedículo grosso de diâmetro um pouco menor do que o da tumoração, pedículo este rodeado por um anel delgado que deveria ser o colo uterino. Na bacia notamos a ausência do corpo do útero, o que foi percebido em melhores condições por um toque retal.

Ao espéculo constatamos uma tumoração avermelhada, sangrando facilmente ao menor contacto da gase ou algodão, emergindo do colo uterino e que à maneira de um anel esbranquiçado circundava sua base. Posteriormente foi feito um toque sob anestesia em que nos foi possível perceber nitidamente a ausência do corpo uterino na cavidade abdominal e pequena depressão na base onde se implantava a tumoração localizada na vagina.

Foi estabelecido o diagnóstico de inversão crônica uterina de 5 anos de duração.

Os exames complementares revelaram que a paciente era ainda portadora de esquistosomose e ancilostomose, além da anemia e verdadeira espoliação orgânica.

Tratamento: 1º) Pré-operatório. 2º) Operação de Spinelli sob anestesia geral com bom resultado.

Segundo Caso: Beneficiária do I.A.P.F.S.P.

E. A. Q. — 28 anos, casada, branca, natural de Belo Horizonte, residente à rua Cachoeira Dourada, 181 — Belo Horizonte.

História: Em 29-2-64 teve um parto a domicílio assistido por curiosa. O trabalho de parto foi normal inclusive a placenta expelida espontaneamente.

Logo após o parto, teve uma crise de vômitos a que se seguiu dor intensa no ventre, sucedida de hemorragia cataclísmica e desfalecimento.

Recobrou os sentidos algumas horas após tendo porém tomado medicamentos mesmo em casa. No dia 2 de Março, como as dores eram muito intensas e sobreviesse hemorragia foi chamado o médico que lhe receitou sedativos, aconselhando a remoção para o hospital.

No hospital, foi feito tratamento da anemia, tendo a paciente tomado 4 e ½ litros de sangue em 15 dias.

Até o dia 19 de Março quando fomos solicitados para proceder o exame, várias hemorragias haviam sido observadas e em seus intervalos perda de pequena quantidade de sangue.

Antecedentes Ginecológicos: Menarca aos 15 anos. Mens. 27/7, UR, em 5-7-63.

Antecedentes Obstétricos: 8 gestações, 6 partos a termo e 2 abortos fetaes espontâneos.

Antecedentes Médicos: Curetada há alguns anos atrás por aborto incompleto e por metropatia-hemorrágica.

Exame: Em 19-3-64.

Paciente deitada no leito da enfermaria, apresentando pele e mucosas muito descoradas — pulso 120 Pr. art. Mx 10 Mn 6.

Abdome flácido, mas a paciente acusando dor a apalpação do hipogastro.

Levada à sala de exames, verificamos G. externas normais.

— Ao toque constatamos vagina ampla, dilatada, deixando escapar lóquios com muito mau cheiro e contendo uma tumoração arredondada, lisa, na parte posterior e de superfície irregular na face anterior. Esta tumoração estava bem implantada no fundo da vagina e era como se estivesse saindo do útero pelo colo ainda muito dilatado. Introduzindo-se o dedo entre o colo e a tumoração em todo o contôrno percebemos a existência de um fundo de saco impedindo a progressão do dedo.

Pelo toque bi-manual verificamos que a tumoração era o próprio útero que estava invertido. Foi feito em seguida um toque retal que confirmou a impressão anterior sendo possível perceber-se mesmo a parte posterior da inversão em infundíbulo.

Ao espéculo observamos a tumoração, circundada pelo colo, branco, e contendo ainda aderido na face anterior um fragmento de placenta.

Diagnóstico: Inversão Uterina subaguda de 20 dias.

No dia seguinte, depois de melhorado o estado geral da paciente, sob anestesia geral, conseguimos com relativa facilidade destacar o pedaço de placenta aderido ao útero e praticar, cautelosamente, a manobra de taxe lateral com auxílio de chumaços de gaze montada.

Em seguida praticamos um tamponamento cerrado, que foi removido com 24 horas.

A paciente deixou o hospital 3 dias depois, em boas condições.

Terceiro Caso: Do serviço do Prof. Clóvis Salgado.

C. H. O.: 60 anos, casada, brasileira, residente em Itabirinha de Mantena, Branca, doméstica, etc.

Ant. Gin.: Menarca aos 14 anos. Mens. 30/5. Menopausa aos 50 anos.

Ant. Obst.: 4 gestações, 4 partos a têrmo, a domicílio, assistidos por curiosas. O último determinou o acidente narrado na história.

História: Aos 22 anos de idade, por ocasião de seu último parto teve retenção de placenta, que foi extraída manualmente pela curiosa, 6 horas após o parto. No sexto dia de puerpério, ao se levantar, o útero se exteriorizou tendo havido grande hemorragia. Chamada a parteira esta reduziu-o, colocando-o na cavidade vaginal. De então em diante teve hemorragias genitais mais ou menos abundantes de 2/2 dias aproximadamente.

Desde o último parto era a paciente muito anemiada e enfraquecida, portadora de corrimento sanguinolento com mau cheiro, quando não tinha perdas sanguíneas. Era portadora de dor de pequena intensidade mas constante no abdome inferior, principalmente à esquerda. Sempre fez tratamento com curandeiros e entendidos da zona rural não lhe tendo sido possível procurar o médico.

Exame Geral: Dentro dos limites normais.

Pressão arterial: Mx. 160 m.m., Mn. 90 m.m. de Hg.

Pulso: 74 — Temp. 36,5° C.

Exame Ginecológico : Genitais externos normais. Ao espéculo observamos vagina ampla, apresentando uma tumoração arredondada, vermelha, lisa, com 4 a 5 cm de diâmetro, não se observando o colo uterino circundando a base da tumoração.

Pelo toque vaginal sentimos a tumoração elástica e maciça dentro da cavidade vaginal e não sentimos pelo toque bi-manual, a presença do útero no seu sítio.

Pelo toque percebemos a tumoração existente na vagina e a ausência do útero na cavidade Abdominal.

Diagnóstico: Inversão Uterina crônica com 38 anos de duração.

Hematimetria 3.600.000 p. mm³.

Leucometria 7.600 p. mm³.

Dos. de Hemoglobina — 48%.

Hemosedimentação 20 — 66 mm no dim da 1ª e da 2ª hora.

Tempo de coagulação: 6 m.

Tempo de sang.: 1 m 30 s.

Abreugrafia normal.

Trat. — Histerectomia vaginal. Em um primeiro tempo, praticamos uma incisão na face anterior do útero invertido. Reconhecemos e isolamos a trompa, ligamentos redondos e ovários. Em seguida praticamos a histerectomia. Percebemos, depois da doente anestesiada que também o colo se invertera (inversão completa).

A peça retirada foi examinada, tendo o Laboratório de Patologia fornecido um relatório:

“Útero hipotrófico, sem alterações histológicas evidentes.”

SUMMARY

The author makes a brief study of inversion of the uterus and its classification.

He refers to excessive rarity of the accident in the largest obstetric clinics of other countries and Brazil.

He remarks the gravity of the accident that takes sometimes the patient to death and also shows its principal causes. He refers to symptoms, diagnosis and treatment in cases of acute and chronic uterine inversions.

Following, he presents 3 cases of uterine inversion of about 20 days, 5 years and 38 years duration.

RÉSUMÉ

L'auteur fait une étude sur l'inversion utérine, sur sa classification, et mentionne la rareté de son intervention dans les grandes cliniques d'obstétrique et de gynécologie des autres pays et du Brésil.

Il signale ensuite la gravité de l'accident qui parfois entraîne la mort de la patiente, et aussi ses causes principales.

Il fait mention de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement dans les cas d'inversion utérine aiguë et chronique.

Enfin il présente 3 cas d'inversion utérine datant respectivement de 20 jours de 5 ans et de 38 ans.

ÜBERSICHT

Der Verfasser gibt einen kurzen Studienbericht über die Umstülpung der Gebärmutter und deren wissenschaftliche Kennzeichnung.

Er erwähnt die übergrosse Seltenheit dieses Vorkommnisses sowohl in andern Ländern wie auch in Brasilien.

Er beleuchtet die Schwere des Geschehens, das manchmal die Gebärende zum Tod führt und zeigt uns die hauptsächlichen Ursachen.

Er erwähnt ferner die Anzeichen, die Erkennung und die Behandlung von Fällen mit akuter und chronischer Gebärmutterumstülpung.

Nachher zeigt er Fälle (drei) von Gebärmutterumstülpung, die eine Dauer von 20 Tagen, 5 Jahren und 38 Jahren hatten.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AMAR, ISAAC. Inversão do Útero — Rev. Ginec. e Obst. 113:108-110, out. 63
- 2 — QUEIROZ, A. P. De — Contribuição ao Estudo da Inv. Uterina. Baía Científica. 1944 116 pg. ilustr.
- 3 — MASCARENHAS, G. — Inversão Aguda Puerperal do Útero — Rev. Ginec. e Obst. 100(6):885 — 908, out. 57
- 4 — EASTMAN and HELMAN — Williams Obstetrics — Apleton — Century-Crofts Inc. 61. New York

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — Ginecologia

1) GENERALIDADES, PRINCÍPIOS, DIAGNÓSTICO	
Leucemia aguda mieloblástica em uma mulher de 84 anos, associada a um carcinoma do seio e a um tumor misto da parótida sem metástase — Softic, N.	
Lactação normal e anormal — Hamblen, E. C.	33
2) ESTUDOS EXPERIMENTAIS	
Tratamento complementar do ecrioepitelioma e da mola invasiva pelo Methotrexato — Dinh-Van-Tung e Coa-Xuan-An	34
Biópsia por congelação e fluoromicroscopia com laranja de aeridina — Roganti, A.; Lucena, C. M. e Orsini, W.	34
3) DISTÚRBIOS MENSTRUAIS	
Dismenorréia primária — Testes de tratamento por um derivado do ergot — Chabrier, D. Barrier, I.	34
4) DIVERSOS	
Nôvo exemplo de uma família onde o Fenotipo Am foi observado em 2 gerações — Salmon, Ch.; Reviron, J. e Liberge, Geneviène	35
Coriocarcinoma — Tow, S. H.	35

II — Obstetrícia

Gestação:

1) ANESTESIA E ANALGESIA	
Analgesia do parto mediante gotejamento endovenoso do tiopental sódico — Cerneli, D.; Magistrelli H. B. e Carbonaria, A.	36
2) COMPLICAÇÕES	
Conclusões sobre a afibrinogenemia no deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida — Burger, S. F.; Dreyfus, I. e Renaud, R.	37
O estado de pseudogravidez iotrogênica e suas seqüelas — Hamblen, E. C. e col.	37
3) DIVERSOS	
Gravidez e cardiopatias — Hartman, I.; Dellestable, P. e Touati, C.	37

Recém-nascido:

4) DIVERSOS	
Estudo clínico e anatômico de alguns casos de icterícia do recém-nato por doença hemolítica de evolução rapidamente mortal — Boreau, Th; Martin, L.; Laroche, L. C. e Sautriot, G.	38

Redação e Administração:

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302-ZC-07

dicada. A droga mais comumente empregada tem sido o methrotrexato sozinho ou em combinação com a 6-mercaptopurina ou actinomicina-D.

I. Wendler.

ANALGESIA DO PARTO MEDIANTE GOTEJAMENTO ENDOVENOSO DO TIOPENTAL SÓDICO (Analgésia del parto mediante el goteo endovenoso de tiopental sódico) — *Corneli, O.; Magistrelli, H. B. e Carbonari, A.* — Revista de la S.O.G. de Buenos Aires, 600 : 62, junho, 1964.

Assinalam os A.A. a evidência de que o fator dor no parto contribua de forma nítida para o prolongamento do mesmo bem como a dor é uma das causas principais da disinergia funcional traduzível claramente na distócia cervical.

Ao empregarem o tiopental sódico após terem lido o artigo de Bedoya e Grense que preconizou o seu emprego o fazem de acordo com a técnica do gotejamento endovenoso associado em todos os casos com gotejamento endovenoso de ocitocina sintética.

O método foi aplicado em 70 casos, indistintamente em primíparas ou múltiparas embora em maior número de primíparas: 46 casos; secundíparas 20 casos e em múltiparas 4 casos.

O gotejamento analgésico é feito na seguinte diluição: 2 gramas de pentotal sódico em 500 cm³ de solução glicosada a 5% (não empregam solução fisiológica pelo risco de precipitação do medicamento).

A seguir passam a analisar os resultados, o término do parto, o período placentar e a influência deste método sobre o recém-nascido.

Chegam as seguintes conclusões:

Se bem não acreditarem terem encontrado o medicamento adequado indicam nos seguintes casos:

a) em algumas pacientes especialmente pusilanemes, nervosas ou apreensivas nas quais o estado de ansiedade não pode ser dominado pela psicoprofilaxia nem pela atuação do médico assistente.

b) nos casos em que o estado emocional faça prever distócias cervicais.

c) este procedimento é recomendável para afastar a paciente do trauma decorrente do parto e fazer com que este ocorra sem deixar nenhuma lembrança.

d) merece a atenção dos obstetras pela notável abreviação do parto, o que nos leva a dizer que embora seja condição deste método a indispensável presença constante do médico assistente é difícil que transcorra mais de duas horas (sucedeu em um só caso dos 70 casos) desde o início do gotejamento do medicamento até a término do mesmo.

A. de Moraes Filho.

CONCLUSÕES SOBRE A AFIBRINOGENEMIA NO DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA (Considerations sur l'afibrinogémie dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré) — *Burger, J. P.; Dreyfus, I.; Renaud, R.* — Rev. Franç. Gynéc. Obstet., 1964, t. 59, n° 5-6, pp. 311-324.

Em cinco casos de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, os A.A. estudam com todos os pormenores, as variações dos danos nos fatores de hemostase.

Essas perturbações biológicas parecem constantes, no decurso da evolução do deslocamento prematuro da placenta. Contudo, a síndrome humoral de desfibrilação aguda pode ficar inteiramente latente, nem se modificar clinicamente por uma própria hemorragia. O risco de hemorragia não parece provável para se apreciar conforme os distúrbios hematológicos.

Os AA. chamam atenção para o papel do tratamento profilático das hemorragias por incoagulabilidade sanguínea, tratamento este que deve ser dirigido para abreviar a duração da evolução; refere ainda o valor essencial da conservação da integridade anatômica do trato genital, e da integridade funcional do útero.

S. Natter.

O ESTADO DE PSEUDOGRAVIDEZ IATRÔNICA (ESTERÓIDE INDUZIDO) E SUAS SEQUÊLAS (The state of iatrogenic (steroid-induced) pseudo pregnancy and its sequelae) — *Hamblen, E. C. e col.* — Gazeta Médica Port., XVII : 274, maio-junho, 1964.

Os A.A. fazem um estudo das alterações e reações que surgem durante o estado de pseudogravidez iatrogênica induzido pelos esteróides e as comparam com as que resultam da gravidez normal.

Os estudos indicaram uma ligeira tendência para o hipertiroidismo e um aumento da secreção dos corticóides glucogênicos comparáveis com aqueles duma gravidez normal.

Os A.A. verificaram também que a pseudogravidez iatrogênica e a gravidez normal são, em muitos aspectos, inteiramente semelhantes.

A. de Moraes Filho.

GRAVIDEZ E CARDIOPATIAS (Grossesse et cardiopathies; a propos de 212 observations) — *Harteman, I.; Dellestable, P. et Touati, C.* — Rev. Franç. Gynec. Obstet., 1964, t. 59, n° 5-6, p. 355-378.

A propósito de 212 observações, os A.A. examinaram os principais problemas que aparecem no decurso da associação cardiopatia — gravidez. Eles chamam a atenção sobre a predominância do comprometimento da válvula mitral (86%).

Do ponto de vista etiológico, o R.A.A. foi encontrado em 65% dos casos. Os acidentes grávidos-cardíacos acontecem principalmente no início da gravidez, durante o parto e no post-parto.

Se bem que muito mais raros, as lesões aórticas causam relativamente duas vezes mais acidentes do que as lesões mitrales. Os A.A. expõem as grandes regras terapêuticas que inspiram suas normas de conduta em presença de tais doentes, reservando a cesariana para os casos mais sérios (16 cesarianas, dos quais 12, estritamente implicadas no estado cardíaco). Esse estudo está concluído por considerações sobre o problema da fecundidade das cardíacas, que parece reduzida de 30% em confronto com um grupo paralelo.

S. Natter.

ESTUDO CLÍNICO E ANATÔMICO DE ALGUNS CASOS DE ICTERICIA DO RECÉM-NATO, POR DOENÇA HEMOLÍTICA DE EVOLUÇÃO RÁPIDAMENTE MORTAL (Étude clinique et anatomique de quelques cas d'ictère nucléaire de nouveau-né por maladie hémolytique à évolution rapidement mortelle) — *Boreau, Th, Martin, L, Laroche, I. C. et Sautriot, G.* — Gyn. Obstet. (Paris) t. 63, n° 3, p. 21-336, 1964.

A propósito de 16 observações de icterícia dos núcleos da base do recém nato por doença hemolítica, os A.A. expõem sintomatologia das formas chamadas extra piramidais, e procuram evidenciar a associação eventual de outras manifestações, particularmente nas formas rapidamente mortais, de onde a confirmação do diagnóstico é feita pelo exame anátomo-histológico do cérebro. Eles registram os sinais associados, respiratórios e térmicos, revelando um comprometimento mais difuso do tronco cerebral; eles descrevem com precisão todas as circunstâncias de aparecimento das manifestações nervosas. O estudo anátomo-histológico mostra que as lesões que alcançam sobretudo os núcleos cinzentos também podem afetar as outras estruturas sub corticais, e num grau menor e mais raramente, o córtex.

A propósito desse estudo da icterícia nuclear por doença hemolítica, os A.A. lembram algumas generalidades sobre as outras formas, comparando as lesões encontradas na icterícia do prematuro às da doença hemolítica, e propõem classificar as várias formas de encefalopatias da bilirrubinemia conforme a sua evolução, que depende da intensidade e da difusão das lesões anatômicas; eles diferenciam assim: — as formas graves e difusas que provocam a morte; — as formas localizadas que permitem a sobrevivência.

S. Natter.

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 2 — Págs. 39 à 80 — Fevereiro de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Rastreamento do pré-diabetes na Maternidade Clovis Corrêa de Costa
— *Luis Alfredo Corrêa da Costa* 39
- O pneumo peritônio na radiologia ginecológica — *Fernando de Sousa Penna* 47
- Conceito e tratamento do carcinoma in situ do colo uterino — *Aurêlio Monteiro* 57

EDITORIAL

- Do uso e abuso cirúrgico em obstetria — *João Mario da Silva Pereira* 65

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Fellowship em patologia perinatal 71
- Nova diretoria do Centro de Estudos "Franco da Rocha" 71
- Prêmio "Fausto Guerner" para o ano de 1965 72

CARTAS À REDAÇÃO

- Sociedade Argentina de Patologia Cervical Uterina y Colposcopia 73
- Sociedade de Obstetria e Ginecologia do Paraná 74
- RESUMO (Ver índice próprio) 75

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

DO USO E ABUSO CIRÚRGICO EM OBSTETRÍCIA

É POSSÍVEL que sejamos mal interpretados. E' provável que não saibamos expor, com a devida clareza, todo o nosso pensamento. E' certo que urge se levantem vozes de alerta, em proteção à gestante indefesa que se entrega confiante aos cuidados do médico e encontra um profissional incompetente, muita vez mercenário. As vozes de alerta deveriam partir de autoridades com cátedra. Não basta a simples advertência feita aos alunos. Faz-se necessária reação de maior profundidade, através de artigos em revistas, palestras em sociedades médicas ou leigas. Clovis Corrêa da Costa, em Julho de 1955, escreveu um editorial para esta revista, que constituiu um libelo de grande repercussão.

Acreditamos que o assunto deva interessar até às academias, associações de classe e conselhos universitários. A facilidade com que, em nosso meio, qualquer profissional se intitula especialista sem a devida preparação e chancela de autoridades competentes, leva pessoas com pouco ou nenhuma habilitação a proliferarem, livremente, nos diferentes setores da medicina.

A obstetrícia, por ser considerada especialidade fácil, não escapou à contaminação, canalizando uma torrente de falsos especialistas.

Atender a um parto normal ou, à qualquer dificuldade, apelar para uma operação cesariana, é muito fácil. Qualquer semi analfabeto em obstetrícia pode partejar ou fazer uma cesariana.

As mortes fetais — mortes evitáveis, sobretudo para os mais "temerários", que se arriscam a uma espera maior ou a uma operação extrativa, são justificadas pretensamente pela prematuridade, circulares de cordão, etc.

Isso é fazer obstetrícia? Certamente não; mas é uma caricatura do que vem sendo feito por muitos médicos, nesta cidade.

Façamos um levantamento da incidência de operações cesarianas nas melhores clínicas da cidade, e ficamos assombrados de ver como se opera! Há dias em que são feitas 6, 8 operações cesarianas! Incidência operatória média, superior a 50%! Há épocas em que o

número de internadas, operadas, é 3 ou 4 vezes superior ao de partos normais. Estamos seguros que, mais da metade daquelas operações, era desnecessária.

Não estamos exagerando — consultem as estatísticas mensais das salas de parto!

No que tange às indicações operatórias, então as surpresas aumentam. Cesarianas especificamente destinadas a se fazer uma ligadura de trompas. Cesarianas por discinesia uterina, após observação de 2 ou 4 horas. Cesarianas por indução fracassada. Cesarianas por pós-maturidade. Cesarianas por apresentação pélvica, mesmo em múltiparas, sem prova da dinâmica etc...

Aparentemente, a maioria dessas indicações é justa. Entretanto, grande parte é constituída de erros de observação que não se enquadraram, legitimamente, nos rótulos que lhes são apostos.

Há poucos dias, uma enfermeira de berçário fêz-nos esta pergunta "O Sr. não gosta de cesariana?" Respondemos: "gosto, e muito, quando indicada", apenas isso.

Julgamos extremamente judicioso um comentário de Rezende, em conversa informal: "Nunca me arrependi de ter feito uma cesariana de mais, já me arrependi, porém, de ter feito uma de menos". Estas palavras são dignas de destaque e devem ser lembradas ao tomarmos uma decisão. Mas, Rezende, é autoridade incontestada — sabe o que faz e o faz bem. As suas palavras não devem servir para encobrir a ignorância.

Porque essa diferença brutal entre a incidência operatória nas maternidades públicas e na clínica privada? Nesta, evidentemente, há uma tendência em todos os centros médicos, a serem mais numerosas as cesarianas, talvez por influência do chamado valor social do feto. Entretanto, entre nós, a disparidade é enorme. Nas Maternidades públicas, variam os índices entre 5 e 10%; na clínica particular, muita vez, ultrapassa a 50%. Como explicar êsse fenômeno? Há, por certo, um lado dasairoso que não desejamos abordar — o interesse pecuniário.

Ele existe, se bem que não possamos avaliar sua extensão. O parto cesáreo é mais vantajoso, economicamente...

Mas há outras vantagens que não podem ser desprezadas e que pesam na decisão de muitos parteiros. Poupança de tempo. Poupança de horas sem dormir. Poupança de tensão emocional. Comodidade... Certeza de que poderá comparecer ao seu consultório particular.

A quasi certeza de um concepto em boas condições. O afastamento de uma operação vaginal extrativa que requereria habilidade e conhecimentos obstétricos maiores.

Errôneamente interpretando as palavras de Magalhães "no futuro o parto será natural ou cesáreo", tomando-as ao pé da letra, caminhamos para uma época em que só não serão operadas aquelas que forem encontradas em franco período expulsivo.

E as conseqüências operatórias? Os riscos, com a técnica moderna, extremamente reduzidos, continuam a existir. E o futuro obstétrico das operadas? E o rombo nas economias domésticas? — Com os preços atuais, altíssimos, das casas de saúde, dos médicos, dos anestesistas, o parto cesáreo está chegando a requerer um financiamento prévio, como se usam para compra de automóveis ou de apartamentos.

Tudo isso não é convenientemente avaliado, ou, então, é negligenciado.

Não somos contra a operação cesariana. Não a indicamos só em último recurso, como pode parecer; ao contrário, procuramos indicá-la, sem delongas. Criticamos os que esperam pelo aparecimento do sofrimento fetal, para intervir. Consideramos que esta indicação, sofrimento fetal, não tem vez em mãos de obstetras verdadeiros, salvo em casos imprevisíveis de D.P.P. ou de prolapso de cordão.

São cada vez mais numerosas as indicações de cesarianas.

Com o enriquecimento dos nossos conhecimentos, cada dia surge nova indicação legítima.

Paradoxalmente, êsse aumento de indicações pouco influe na incidência operatória. E' que, o melhor conhecimento da dinâmica uterina, os recursos modernos para a sua correção, subtraíram um grupo substancial de candidatas à intervenção por distúrbios da força.

O desconhecimento das noções elementares da fisiologia do parto leva, os menos capazes, mas ativos, a alargarem as indicações operatórias, sem a avaliação conveniente dos casos. As chamadas "indicações fracassadas" — (mal orientadas é que são, na maioria dos casos), contribuem com grande pêso na elevação do índice operatório.

São cada vez mais numerosas as indicações que nos levam à indução ao parto. Devidamente estudado, o caso, podemos optar por uma ou outra técnica válida. Atualmente, duas alternativas se

oferecem. Ou usamos apenas o drip de ocitócio, precedida ou não de purgativo e lavagem intestinal, ou associamos o drip à sonda de Krause que vem recuperando o terreno perdido na época que precedeu ao aparecimento dos antibióticos. Dependendo do estado do colo, maduro ou não, optamos por uma ou outra técnica de indução.

São de Luiz Alfredo Corrêa da Costa estas palavras que devem ser meditadas: "O processo de indução, enquanto limitado às etapas puramente médicas, pode ser eventualmente sustado, configurando-se, no caso, uma simples, tentativa de indução.

Já as etapas cirúrgicas, como a amniotomia e as manipulações uterinas, especialmente a primeira, representam um compromisso de terminar o parto, dentro de certo prazo, por qualquer via. Tal compromisso não pode ser assumido levemente, sendo por isso imprudente abalancar-se a uma indução cirúrgica sem a cobertura de um diagnóstico que justifique, por si só, uma cesariana".

Quantos ensinamentos enfechados em poucas palavras!

Induzir é provocar o parto, de forma artificial. Para isso, necessitamos obter contratilidade uterina com as características de parto fisiológico. Essa contratilidade, deve dilatar o colo e expulsar o conteúdo uterino de forma semelhante, quanto possível, ao sucedido no parto espontâneo normal" (Caldeyro Barcia).

Para que possamos assumir tal responsabilidade, devemos saber escolher o método adequado, saber a dose de ocitócico a ser empregada, de acordo com a resposta uterina ao medicamento. Devemos saber que, fora do trabalho de parto, dependendo da idade da gestação, as doses são variáveis, assim também as respostas. Que os casos devem ser individualizados. Que, muita vez, é longo o período de latência para o amadurecimento do colo uterino, sobretudo nas primíparas. Que a dilatação do colo é função da intensidade, frequência, coordenação e gradiente descendente das contrações uterinas.

Induzir não é instalar um drip de ocitócico e aguardar.

Induzir é fiscalizar, permanentemente, a resposta uterina. É tirar todos os proveitos dos nossos conhecimentos da fisiologia uterina — e os trabalhos de Caldeyro Barcia são, facilmente, acessíveis a todos. Induzir é saber da oportunidade da amniotomia, uma vez iniciada a fase ativa do trabalho de parto.

Quantas vezes as chamadas induções fracassadas não são o fracasso dos seus indutores?

Um drip instalado, uma expectativa aparentemente razoável — ausência de dilatação; rotura artificial da bolsa d'água, mesma situação — cesariana indicada. Roteiro quasi que diário, nas melhores clínicas da cidade!

E a paciente não passou da fase latente do trabalho de parto...

Esquecem êsses "obstetras", que, numa indução há um intervalo, variável, que pode ser longo, para o trabalho de parto se instalar. Que em muitas induções, só ao término do 3º ou no 4º frasco de infusão, é que se desencadeia o trabalho de parto verdadeiro. Não raro, quando não existe motivo intransferível, a indução pode ser sustada, e nova tentativa será coroada de êxito, num outro dia.

A fase latente, sujeita a intermitências, de duração variável, pode estacionar por períodos mais ou menos longos — pode ser ruidosa ou silenciosa. Já a fase ativa não se detém, senão quando algo de patológico existe.

Não sòmente nas "induições fracassadas", mas nos partos normais, como fase latente ruidosa, os menos avisados e são muitos, interpretam esta fase, como sendo trabalho de parto verdadeiro, sem que êste se desencadeie — indicam cesariana por falta de dilatação. Sim, há falta de dilatação, mas, dos horizontes obstétricos dos que ignoram fatos essenciais e primários em obstetria. Outro ponto que merece crítica é a facilidade com que hoje se fazem cesarianas com finalidade de esterilização tubária.

Indicações irrepreensíveis as há, e numerosas, mas que existe uma aceitação fácil por parte dos obstetras em resolver os problemas de comodidade ou economia familiares, não restam dúvidas. Quantas cesarianas, na 3ª ou 4ª gestação, são feitas com o fim exclusivo de se ligarem as trompas? Tais atitudes médicas ferem a ética e a moral.

Em muitas oportunidades, gestações futuras são contraídicadas em pacientes portadores dos mais variados tipos de doenças.

Optamos pelo parto vaginal, caso êsse não seja, também, contraídicado, seguido da ligadura tubária no puerpério. Atualmente vemos usando a técnica periumbilical de Reist e Sauter, na Maternidade Clóvis Corrêa da Costa — singela e que permite alta precoce da puérpera, 3 dias no máximo. Injustificável, é a cesariana com especificidade para esterelização, como vem sendo, correntemente, feita entre nós. As Maternidades que possuem religiosas encontram, nestas, as guardiães que obstaculizam essa prática. E os médicos?

Êstes atendem a êsse tipo de getante em outras Maternidades, onde a liberdade é total! Mudam o sofá!...

No que tange às chamadas incompetências do canal cervical, com muita gratuidade vem o diagnóstico sendo feito. O latino, de um modo geral, tem a tendência a querer descobrir casos semelhantes, quando aprende alguma novidade. Muita vez, levado pelo seu temperamento — pouco analista, mais emocional — num curto prazo, julga possuir uma série de casos da nova entidade descrita em revistas estrangeiras.

A incompetência do canal cervical tem sido diagnosticada abusivamente. Em nossas mãos ainda não passou um caso típico; no serviço em que trabalhamos, onde somos chefe de clínica, só vimos um caso, até a presente data. Quanta operação desnecessária! Quanta ignorância em relação às causas de interrupção prematura da prenhez. Recentemente, dois casos, na nossa clínica, foram muito sugestivos: ambas as gestantes haviam sido operadas de incompetência do canal cervical, em gestações anteriores, perdidas. Uma delas, foi operada em 3 gestações, em Pôrto Alegre; outra em duas gestações interrompidas, aqui no Rio. Entretanto, eram pré-diabéticas! O regime e vigilância adequada, até a época oportuna da interrupção artificial da gestação, levaram-nos a fazer induções das mais trabalhosas que temos tido, requerendo infusões com teor mais elevado de ocitocina em relação à média que usamos. Que incompetência era essa, se, numa delas, fomos obrigados até a associar o método de Krause?

Sem negar a sua existência, acreditamos, tem sido muito exagerada a responsabilidade de incompetência cervical na interrupção espontânea da gestação no 2º trimestre.

Êste é uma necessidade íntima que sentimos. E' um brado de alerta. E' um apêlo à razão. Se nos falta autoridade de cátedra, sobramos na vivência obstétrica, alicerçada nos ensinamentos adquiridos numa escola respeitada por todos. Seguimos e procuramos imitar, a disciplina rígida, a análise desapassionada de Clóvis Corrêa da Costa, hoje afastado do palco, trabalhando, porém, nos bastidores, com seu exemplo e seu estímulo. Não visamos pessoas, criticamos métodos — e nos sentimos em paz.

JOÃO MARIO DA SILVA PEREIRA

(Chefe de clínica da Maternidade Clóvis Corrêa da Costa — Instituto Fernandes Figueira — D. N. C.)

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — *Ginecologia*

1) GENERALIDADES

- Drogas ocitócicas no quarto estágio do trabalho de parto — Howard, W. F.; Mefadden, P. R. e Keettel, W. C. 77

2) CIRURGIA

- Citogenética das ascites carcinomatosas em Ginecologia — Bover, G. F.; Candela, R. B. e aMrtinez, M. T. 77

3) DISTÚRBIOS FUNCIONAIS

- Ação da progesterona sobre o efeito ocitócico do 17 Beta estradiol — Pinto, R. M.; Montuani, E.; Lerner, U.; Baleiron, H. e Nemirovsky, M. 78

II — *Obstetrícia*

1) DIVERSOS

- Emprêgo dum heparinóide de síntese (806, CB) nas afecções trombosantes em Ginecologia e Obstetrícia — Girard, M. e Touratier, D. 78
- Esterilidade disgamética — Delacote, I. 79
- Esterilidade endócrina feminina — Giarola, A.; Stradella, R. e Faettini, G. 79

Redação e Administração:

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 - apt. 302 - ZC.07

RESUMOS

DROGAS OCITÓCICAS NO QUARTO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO
(Oxitocic drugs in fourth stage of labor) — *Howrd, W. F.; Mefadden, P. R. e Keettel, W. C.* — JAMA, vol. 189, 6 : 411, agosto 10, 1964.

Os efeitos da ocitocina, maleato de metilergonovina e placebo foram estudados em um grupo de 1459 parturientes no quarto estágio do parto. O grupo de pacientes tratadas com placebo teve uma incidência maior de hemorragias e muitas vezes houve necessidade de se recorrer a um agente ocitócico.

Todavia, 88% destas pacientes não tiveram qualquer dificuldade.

O maleato de Metilergonovina foi o agente mais eficaz na prevenção da hemorragia pós-parto. O aumento da pressão arterial ocorreu nos três grupos, porém a incidência foi maior nas pacientes que receberam maleto de metilergonovina (38% no grupo tratado com ocitocina, 47% no grupo do maleato de metilergonovina e 31% nas parturientes tratadas com placebo).

Houve uma maior incidência de respostas pressoras severas nas pacientes com toxemia tratadas com o maleato de metilergonovina.

Os AA. concluem chamando a atenção para o fato de que nas pacientes com toxemia o agente ocitócico de escolha deverá ser a ocitocina.

A. de Moraes Filho

CITOGENÉTICA DAS ASCITES CARCINOMATOSAS EM GINECOLOGIA
(Citogenética de las ascitis carcinomatosas en Ginecologia) — *Bover, G. F.; Candela, R. B. e Martinez, M. T.* — Rev. Espan. de Obst. y Gin., 136 : 301, julho-agosto, 1964.

Os AA. relatam sua experiência pessoal sobre a investigação cromossômica nos derrames malignos em ginecologia. O material consiste de 3 casos de carcinoma de ovário com carcinomatose peritoneal comprovados pela laparotomia e exame anatomopatológico, e um caso de peritonite tuberculosa que serviu como comparação, as idades das doentes eram 64, 67, 41 e 65 anos respectivamente.

A análise cromossômica foi realizada pelo método direto segundo a técnica dos autores.

Na paciente com peritonite tuberculosa encontrou-se 46 cromosomas em 70 por cento das metafases analisadas. O aspecto e tamanho dos cromosomas foram normais. Nos outros 3 casos evidenciou-se anomalias de número e da estrutura dos cromosomas tais como aneuploidia (valores extremos entre 20 e 21), cromosomas metacêntricos, submetacêntricos e acrocêntricos gigantes,

fragmentos cromosômicos diminutos e cromosomas picnóticos. Os valores modais oscilaram entre 56, 67 e 42 respectivamente.

Os AA. ressaltam a importância da análise cromosômica do líquido ascítico como um meio de diagnóstico, não só na oncologia em geral como também na ginecologia.

F. Santos

AÇÃO DA PROGESTERONA SOBRE O EFEITO OCITÓCICO DO 17 BETA ESTRADIOL (Acción de la progesterona sobre el efecto ocitócico del 17 Beta estradiol) — *Pinto, R. M.; Montuori, E.; Lerner, U.; Baleiron, H. e Nemirovsky, M.* — Rev. Soc. Obs. y Gin. Buenos Aires, 604 : 122, Agosto 6, 1964.

E' estudada a ação da progesterona sobre o efeito ocitócico do 17 Beta Estradiol e da ocitocina, e no trabalho de parto espontâneo. Foram selecionadas 6 pacientes com gravidez à termo, uma delas com um feto morto.

A progesterona foi administrada sob a forma de microcristais dissolvidos em Polivinilpirrolidona (P.V.P.) e incorporada à uma solução de 500 cc de dextrose a 5 por cento, por via intravenosa. A concentração oscilou entre 400 e 2000 g/min. A progesterona foi aplicada após ter aparecido o efeito ocitócico do 17 Beta estradiol, ocitocina ou do trabalho de parto espontâneo.

A pressão intraamniótica foi registrada através a punção transabdominal. Verificou-se que a progesterona diminuiu ou inibiu as contrações produzidas pelo 17 Beta estradiol, porém não aquelas determinadas pela ocitocina. Na paciente com trabalho de parto espontâneo, a progesterona diminuiu a intensidade e a frequência das contrações.

I. Wandler

EMPREGO DUM HEPARINÓIDE DE SÍNTESE (806, CB) NAS AFECÇÕES VASCULARES TROMBOSANTES EM GINECOLOGIA E OBSTÉTRICA (Emploi d'un heparinoide de synthèse (806, CB) dans les affections vasculaires thrombosantes en gynécologie et obstétrique) — *Girard, M. e Touratier, D.* — Rev. Franç. Gynec., 1964, T. : 59 : 471.

Os AA. estudaram a ação dum heparinóide de síntese, o "806, CB", sobre as afecções vasculares trombantes mais frequentes num serviço de ginecologia e obstetrícia. 51 doentes foram tratadas: 11 com sinais de trombose venosa profunda; 32 apresentando sinais de flebite e 8 doentes com suspeita de trombose venosa.

O 806, CB tem um poder fibrinolítico e provoca a aparição dum "fator de clarificação" no sangue. Ele se mostrava particularmente útil nos acidentes vasculares, no decurso da gravidez onde as antivitaminas K estão contraindicadas, nas complicações venosas superficiais, na profilaxia das complicações vasculares pós-operatórias e toda vez que houver necessidade de uma

terapêutica nas trombooses sem arriscar o aparecimento de hemorragia tempestuosa. Um estudo biológico foi conduzido paralelamente à experimentação clínica. As dosagens do fibrinogênio sanguíneo e os tromboelastogramas (feitos em 3 casos) mostraram um poder anticoagulante escasso. Os AA. são de opinião que o 806, CB parece ocupar um lugar valioso no tratamento das complicações venosas que acompanham ou seguem a gravidez.

S. Natter

ESTERILIDADE DISGAMÉTICA (Les stérilités dysgamétiques) — *Delacote*,
I. — Gyn. Prat., 5 : 341.

O A. insiste particularmente sobre a anovulação, a disovulação e a para-ovulação. O diagnóstico é sobretudo paraclínico; todavia nenhum dos testes indiretos aqui descritos parecem diagnósticos por si próprios. A etiologia da ovulação é por vezes orgânica (ovárica e hipófiso-diencefálica), por vezes funcional; o tratamento etiológico é, porém, raramente possível, e em geral é restrito ao tratamento sintomático: gonadotrofinas, estrógenos, progestágenos de síntese. Mas o condicionamento de uma ovulação eficiente não é constante e o problema torna-se complexo uma vez que somente alguns de seus aspectos nos são atualmente acessíveis.

S. Natter

ESTERILIDADE ENDÓCRINA FEMININA (Le stérilité endocrine féminine)
— *Giarola, A.; Stradella, R. e Facttini, G.* — Gyn. Prat., 5 : 327, 1964.

Depois de algumas considerações gerais a cerca da esterilidade endócrina, os AA. chamam a atenção para o fato de que as causas hormonais podem ser ovarianas e extra-ovarianas. Existem formas puras e formas mistas, cujo diagnóstico é baseado no estudo da ovulação. Os autores fazem a seguir uma revisão dos vários métodos que permitem tais estudos, e comentam o papel das secreções extra-ovarianas, diencéfalo-pituitárias, tireoideanas, corticossuprarrenais, pancreáticas e tímicas.

As esterilidades endócrinas podem ser pré-púberes (primárias ou secundárias) e pós-púberes: períodos anovulatórios, amenorréias anovulatórias e metropatias de receptividade.

Os AA. frisam, sobretudo, a importância das amenorréias anovulatórias por falta de fator antigonadotrófico espontâneo, as quais eles estudaram em particular. O tratamento da esterilidade endócrina pode ser somente hormonal: gonadotrofinas de mulheres em menopausa, gonadotrofinas séricas e gonadotrofinas ciriónicas. Para combater o fator antigonadotrófico empregou-se a prednisolona em numerosos casos e nos períodos anovulatórios utilizou-se com proveito os Raios X em dose escassa. As metropatias de receptividade

R

✓



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 3 — pg. 81 a 136 — Março, 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Correlação entre os achados cospocópicos e histológicos das atipias epiteliais do colo uterino — *Clóvis Salgado, Alberto Henrique Rocha e Licy Teixeira Cló* 81
- A narco-aceleração na maternidade Clara Basbaum — *Elza Herszenhut e Antônio Albuquerque* 101
- O portio adapter de Fikentscher de Semn, Hospital do Servidor Público Estadual — *Vicente Mario Izzo e Cosme De Guarnieri Neto* 109

EDITORIAL

- Epitélio cervical — *Helga Rocha Pitta* 117

NOTAS & COMENTARIOS

- IV Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia — *João Paulo Rieper* 121

- RESUMOS (Ver índice próprio) 131

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

A NARCO-ACELERAÇÃO NA MATERNIDADE CLARA BASBAUM *

ELZA PURETZ HERSZENHUT **

ANTÔNIO ALBUQUERQUE ***

Rio de Janeiro, GB

RESUMO

Os autores apresentam 52 casos de narco-aceleração. Iniciam o trabalho com um resumo histórico do método. Descrevem, a seguir a técnica e falam da repercussão do barbitúrico sobre o feto.

Registram os acidentes e incidentes, as indicações e contra-indicação.

Finalizam com quatro conclusões numa das quais mostram a importância do entrosamento entre obstetra e anestesista.

○ TRABALHO por nós apresentado diz respeito a 52 casos, sendo que 29 são de gestantes registradas na M. C. B. e 23 de clínica particular.

HISTÓRICO

Desde 1942 que a Escola de Toulouse chefiada por *Guilhem, Pontonnier* e outros, fizeram os primeiros ensaios com analgésicos mais extratos post-hipofisários, no caso o clorokelene 22, que foi usado com pequenas modificações até 1959, quando recorreram ao pentotal (1). Em 1961 surgiram os espanhóis com *Gil Vernet* e seu grupo (2) apresentando os primeiros 112 casos depois ampliados para 650 já em 1963.

A primeira referência em trabalhos nacionais foi feita por *Grelle* (3) e o primeiro trabalho publicado foi de *Renato Ribeiro* em 1964 (4).

* Trabalho apresentado na XIV Jornada de Obstetrícia e Ginecologia, realizada em São Paulo de 8 a 12 de Dezembro de 1964.

TÉCNICA

Usamos soro glicosado a 5% (500 mg) mais 10 U. de Syntocinon com gotejamento variável segundo a dinâmica uterina e a sensibilidade da paciente.

E' necessário o colo estar dilatado para 5 cm e a cabeça no estreito médio.

Fazemos, então, doses fracionadas de Pentotal, geralmente, o Thionembutal, diluído a 2,5% começando quase sempre com 150 mg. Injeta-se lentamente a fim de que a paciente não seja levada à apnéia. Aplica-se imediatamente a máscara de oxigênio, êste em circuito semi-fechado.

A seguir, injeta-se 0,0005 mg de atropina a fim de prevenir as secreções e evitar o espasmo de glote, e 40 mg (2 cm³) de Flaxedil. Apoia-se a respiração (compressão na bolsa) até que a doente volte à plenitude respiratória, com isso evita-se a anoxia.

Naqueles casos em que se deverá fazer a episiotomia próximo à mesma, faz-se se pequena dose do barbitúrico.

Retirando o feto administra-se prostigmine, uma ampola e também Ergotrate ou Methergin venoso, logo após a saída da placenta.

Havendo necessidade de sutura usa-se doses fracionadas de Pentotal ou outro anestésico inalatório, o Pentrane ou o Trilene, numa concentração de 0,5%.

A fim de evitar a hipotonia post-partum usamos o gotejamento, agora já mais lento, durante o 3º período e o 4º.

Devemos assinalar que ao iniciarmos o método, nossa técnica era um pouco diferente, pois usávamos o Demerol prévio (uma ampola) verificando-se que a depressão fetal era grande. Aplicávamos também 6 U. de Syntocinon, talvez, influenciados pelo trabalho de Triviño (5).

CASUÍSTICA

Pode-se observar que em 12 casos, utilizamos a narcose antes dos 5 cm de dilatação (Quadro 2), o que pode ser explicado por se tratarem de múltiparas, em que a dilatação de 3 cm é admissível (5), embora o tempo de duração da narco-aceleração fôsse muito maior. Os poucos casos feitos nesta eventualidade, com primíparas, são explicáveis pois, tratando-se de um Serviço Escola, como é o nosso, muitos erros são cometidos (Quadro 3).

QUADRO 1

IDADE

Até 20 anos	20 a 25 anos	25 a 30 anos	30 a 35 anos	35 a 40 anos	40 a 45 anos
10	21	16	2	2	1

PARIDADE

Primípara	Secundípara	Múltipara
33	8	11

APRESENTAÇÃO

Tódas cefálicas

QUADRO 2

DILATAÇÃO (em cm)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
—	1	4	7	14	19	4	3	—	—

THIO BARBITÚRICO (em mg)

Até 100	100 a 200	200 a 300	300 a 400	400 a 500	500 a 600	600 a 700	700 a 800	800 a 900	900 a 1000
1	8	10	7	12	3	5	2	1	3

DURAÇÃO DO PARTO APÓS NARCOSE (em minutos)

Até 5	5 a 10	10 a 15	15 a 20	20 a 25	25 a 30	30 a 35	35 a 40	40 a 45	Mais de 45
8	14	5	3	7	6	5	2	1	1

QUADRO 3

CONDIÇÕES FETAIS (Grelle)

Grau 0	Grau 1	Grau 2	Grau 3
36	13	3	—

3º PERÍODO

Hemorrágico	Normal
3	49

E' de se assinalar que os fetos nascem em boas condições de vitalidade, fato explicável, pois, *Guilhem, Pontonnier* e colaboradores que apreentam uma estatística de 650 casos, acompanharam os fetos por 10 dias, para observar as reações neurológicas e fisiológicas dos mesmos. Fizeram estudos oximétricos revelando-se absolutamente normais. Reações de opacificação pelo Tymol (teste de *MacLagan*) foram realizadas não havendo nenhuma sobrecarga hepática.

Isto acontece por que (6):

- a) Há uma tríplice barragem entre o cérebro da mãe e o da criança realizada pelo tecido gorduroso materno, a placenta e o fígado fetal, justificando assim as diferenças de doses recebidas.
- b) O anestésico chegando brutalmente ao cérebro materno desencadeia o sono (efeito de êmbolo concentrado); o cérebro fetal recebe uma perfusão lenta e muito diluída do Pentotal.

Lemos in Grelle (3) que: "aos 10 segundos, enquanto o barbitúrico numa concentração sanguínea de 100 microg/ml, alcança o cérebro materno, o sangue funicular ainda não o contém. Aos 30 segundos, quando já em declínio a concentração sanguínea materna (50 microg/ml) mercê da fixação nos depósitos gordurosos, é de apenas alguns microg/ml a fetal. Aos 2 minutos estabelece o equilíbrio nos dois lados da placenta, em uma concentração já de 10 a

20 microg/ml. Graças, porém, à barragem do fígado fetal, é muito pequeno o teor que banha o cérebro, ao que se deve acrescentar seu reduzido poder de fixação, dada a menor proporção de líquidos em comparação com o adulto. Aos 40 minutos o barbitúrico encontra-se em quantidade diminuta, tanto no sangue materno como no fetal, tendo se depositado nos respectivos órgãos de acordo com os seus teores líquidos. É assim, extremamente baixa no cérebro fetal.

ACIDENTES E INCIDENTES OBSERVADOS EM NOSSA CASUÍSTICA
(4 CASOS)

O 1º caso trata-se de uma paciente primigesta, nulípara, de 18 anos, registrada sob o número 33.480.

Iniciou-se o narco com 4 cm de dilatação e cabeça no estreito médio: após 33' de narcose notou-se a parada de progressão em O.I.D.P.

Chegou a fazer 300 mg de Thionembutal, o colo foi a 5 cm e daí não progrediu. Interrompeu-se o método e fêz-se cesareana.

Aqui abrimos um parêntesis para explicar que o tempo da narcose varia segundo as opiniões: a Escola de Toulouse admite o máximo de 30' (1). Os espanhóis com *Gil Vernet* e cols. (7, 8) dão como duração média, 50', embora tenham casos até de 60' e 75'. *Grelle* em comunicação pessoal, afirma que o tempo será ditado pelo obstetra.

O 2º e 4º casos são gestantes de clínica particular em que houve hemorragia no 3º período por parada brusca do ocitócico.

INDICAÇÕES: (1, 2, 6, 7, 8, 9)

A) MATERNAS:

- a) Mulheres hipersensíveis (neuropatas e pusilânimes) que têm grande temor ao parto, cuja excitação podem levá-las a um parto operatório.
- b) Distócias funcionais de colo (aparecimento de edema).
- c) Prova de Trabalho de Parto — nas bacias limites.
- d) Parto normal.
- e) Em casos de nefropatias, cardiopatias, tuberculose. Não temos experiência no que diz respeito a êsse item.

B) FETAIS:

Em determinados casos de sofrimentos fetais em que a cesariana não é possível de ser realizada.

As *contraindicações* são derivadas da má indicação ou da má técnica.

CONCLUSÕES

1º — A narco-aceleração é um excelente método, pois além de abreviar o tempo do trabalho parturiente, abole as manifestações sensoriais de grande parte do 1º período e totalmente do 2º.

2º — É método que só pode ser utilizado em Serviços ou Clínicas que disponham de perfeito entrosamento entre obstetra e anestesistas.

3º — Devem ser respeitadas rigorosamente as indicações e contra-indicações, pois do contrário resultados nefastos serão observados.

4º — Em nossa casuística não foram registrados quaisquer alterações para o binômio feto-materno.

SUMMARY

The AA. present 52 cases of narco-acceleration. They make a historical summary of the method and then they describe the technic and comment about the effects of the barbiturates on the fetus. They also mention the accidents and incidence as well as the indications and contra-indications of the method.

The AA. finish their work with four conclusions. In one of the conclusions they call attention to the importance of good understanding between obstetric and anesthesia.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent 52 cas de narco-accélération. Ils font un résumé historique de la méthode et décrivent ensuite la technique; ils commentent les effets des barbituriques sur le fœtus. Ils mentionnent aussi les accidents et incidents, les indications et contre-indications de la méthode.

Les AA. terminent en formulant quatre conclusions, insistant, dans l'une d'elles, sur l'importance de la bonne compréhension entre l'obstétricien et l'anesthésiste.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser besprechen 52 Fälle der Narco-beschleunigung. Ihre Darlegungen beginnen mit einer geschichtlichen Darstellung der Anwendung

Alsdann berichten sie ueber die Technik und reden ueber die Wirkung der Schlafmittel auf die Frucht.

Sie berichten weiter ueber Unfaelle und Widrigkeiten, auch darueber wann die Methode angezeigt und wann sie unangebracht ist.

Sie beenden ihre Ausfuehrungen mit 4 Schluss-Folgerungen, wovon die eine die Bedeutung der guten Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Betaebungs-Fachmann hervorhebt.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — P. GUILHEM, A. PONTONNIER, R. BAUX, M. MONROZIES, P. ARMENGAU, G. ESPAGNO et P. BENNET (Toulouse) — *Gynec. et Obst.*, vol. 59:173-186, 1960.
- 2 — E. GIL-VERNET, D. TORNOS SOLANO, J. TERRADES BALET e J. ROYO TOMÁS — *Med. Clin.*, vol. 38:336-341, maio de 1962.
- 3 — GRELLE — *Vade-Mécum de Obstetrícia*. Livraria Atheneu, 1.^a edição: 192, 1963.
- 4 — RENATO RIBEIRO — *Rev. de Ginec. e d'Obst.*, vol. 114:31-40, 1964.
- 5 — EDUARDO L. GARCIA TRIVIÑO — *Rev. Esp. Obst. Gin.*, vol. 21:208-210, maio-junho, 1962.
- 6 — M. C. REVAZ (Lausanne) — *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, vol. 14:245-251, 1962.
- 7 — E. GIL VERNET, J. ROYO TOMÁS, J. TERRADES BALET e cols. — *Med. Clin.*, vol. 41:288-294, 1963.
- 8 — E. GIL VERNET, J. ROYO TOMÁS, J. TERRADES BALET — *Progresos de Obstetrícia y Ginecologia*, vol. VII, Fasc. 1:5-18, 1964 — Editorial Praxis.
- 9 — P. GUILHEM, A. PONTONNIER, M. MONROZIÈS (Toulouse) — *Acta Gyn. Obst. Hisp.* — , vol. 12:99-108, 1963.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — Ginecologia

1) GENERALIDADES, PRINCÍPIOS, DIAGNÓSTICOS

Correlação entre o exame rotineiro da urina e citologia urinária com o ciclo menstrual e a idade — Tyler, D. E. 133

2) ESTUDOS EXPERIMENTAIS

Observações histoquímicas das enzimas oxidativas nos tumores malignos dos órgãos genitais femininos — Ishiara, Gen e Mari, Masahik 133

3) DISTÚRBIOS MENSTRUAIS

Tipos de menstruação no mixedema — Scott, Joseph e Mussey, Elizabeth 134

II — Obstetrícia

Gestação:

1) COMPLICAÇÕES

Estudos das hemorragias obstétricas maciças ocorridas no Royal Alexandra Hospital, Edmonton, durante 5 anos, abrangendo o período de 1958 a 1962 135

2) DIVERSOS

Estudos cromosômicos nos abortos humanos espontâneos — Thiede, Henry e Salm, Sandra 134

Trabalhos:

3) ANALGESIA — ANESTESIA

Uso de uma nova associação antiespasmó-analgésica no trabalho de parto — Ferrero, A. e Tronconi, G. 136

Passagem transplacentária do pentotal e suas manifestações sobre a fisiologia fetal-neonatal — Rigando, A. e Scolarici, F. 135

Redação e Administração:

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 - apt. 302 - ZC-07

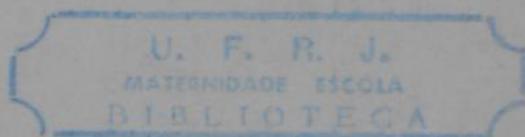
USO DE UMA NOVA ASSOCIAÇÃO ANTIESPASMO-ANALGÉSICA NO TRABALHO DE PARTO (L'uso di una nuova associazione anti-espastico-analgésica nel travaglio di parto) — *Ferrero, A. e Tronconi, G.* — Arch. Ostet. Ginec., 69 : 751, setembro, 1964.

Os AA. estudam a associação farmacológica analgésica e antiespasmódica resultante da combinação de três drogas durante o trabalho de parto, e principalmente no período da dilatação e suas complicações. Estas drogas são a N-fenil-2-metil-amino 3-n-butilaminofosfato, do tipo da papaverina, e os dois analgésicos derivados de pirazolona — 1-fenil-2,3-dimetil-4-dimetil-amino-5-pirazolona e 1-fenil-2,3-dimetil-5-pirazolona-4-metilamino-metano sulfato sódico.

Os resultados obtidos mostram que esta associação farmacológica possui uma ação espasmolítica bastante eficaz, principalmente pela via intravenosa. Além disso foram obtidas um encurtamento de tempo de dilatação, uma maior regularização do trabalho de parto e um parto mais rápido. Não foram observados efeitos secundários na mãe ou no feto. A administração por via parenteral foi a mais efetiva, porém resultados satisfatórios foram também obtidos pela via retal.

A. de Moraes Filho

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 4 — Págs. 137 à 178 — Abril de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Estudo da contratilidade uterina durante o parto induzido de mulheres com fator Rh negativo — *Aramburú G. e Arnt, I. C.* 137
- Gravidez abdominal de 252 semanas de duração — *Roberto O. Velasco e Omar da R. Santos* 147

LIÇÕES & CONFERÊNCIAS

- Evolução do ensino obstétrico em São Paulo — *Edmundo Vasconcelos* 157

EDITORIAL

- Proposição acerca da gênese do câncer — *Aurélio Monteiro* 163

NOTAS & COMENTARIOS

- Primeira Jornada de Ginecologia e Prevenção ao Câncer 167
- Conferência médica comemorativa do centenário de Miguel Couto (1865-1965) 167
- Comemoração do nascimento de Miguel Couto (1865-1965) 169
- 1º Congresso Luso Brasileiro de Radiologia 170
- RESUMO (Ver índice próprio) 173
-

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

TRABALHOS ORIGINAIS

**ESTUDO DA CONTRATILIDADE UTERINA DURANTE
O PARTO INDUZIDO DE MULHERES COM
FATOR Rh NEGATIVO ***

ARAMBURÚ, G. ** ARNT, I. C. ***

Montevideo, Uruguai

RESUMO E CONCLUSÕES

1 — O Trabalho Uterino desenvolvido durante o parto induzido em 14 multiparas com Rh negativo, não é significativamente diferente do que se encontrou na média de 64 casos de multiparas Rh positivo.

2 — Não se encontraram diferenças significativas na quantidade de Trabalho Uterino de pacientes multiparas com Rh negativo entre casos sensibilizados e não sensibilizados.

3 — As infusões intravenosas contínuas de ocitocina de 2 e 4 mU/min. administradas à pacientes Rh negativo, sensibilizadas ou não, produziram um efeito sobre a atividade uterina que não é significativamente diferente do encontrado em um grupo controle.

4 — É interessante continuar o presente estudo, estendendo-o a um número maior de casos, especialmente em casos sensibilizados, mas sem outras complicações que possam influir na contratilidade uterina, para confirmar ou não estas conclusões preliminares.

AINDA que teoricamente a presença do fator Rh negativo no sangue das parturientes não deveria influir na contratilidade uterina durante o parto, quer espontâneo, quer induzido, consideramos que o estudo de tal fenômeno não deixa de ter importância prática, uma vez que, em muitas oportunidades, se

* Conferência pronunciada no curso "Enfermidad Hemolítica del Recien-Nacido", organizado pela Clínica Ginecológica B, Serviço do Prof. Dr. Crottogini, da Faculdade de Medicina de Montevideo, dezembro de 1964.

** O Dr. Germán Aramburú (7.^a Ave. 7-79 Zona 2, Guatemala, Guatemala) realizou este trabalho usufruindo de uma bolsa de estudos da Organização dos Estados Americanos.

*** O Dr. Ivo Carlos Arnt (Serviço do Prof. Victor do Amaral Filho, Maternidade do Hospital de Clínicas, Curitiba, Paraná, Brasil) realizou este trabalho usufruindo de uma bolsa de estudos da Organização dos Estados Americanos.

praticam induções de parto em tais pacientes. Não encontramos na literatura revisada nenhum trabalho sobre o tema, entretanto, cremos interessante que o tocólogo tenha uma idéia mais precisa da resposta do músculo uterino no curso de ditas induções, sejam elas eletivas ou profiláticas.

MATERIAL E MÉTODO

A presente série compreende 17 pacientes, todas elas com gestação à termo, sendo 14 multíparas e primíparas. Não demonstraram sensibilização 12 pacientes (ausência de aglutininas anti-Rh, teste de Coombs negativo, bom estado e bom desenvolvimento posterior do recém-nascido). Estavam sensibilizadas 5 (aglutininas presentes, Coombs positivo existência de sinais de eritroblastose no recém-nascido).

Não se considerou os casos em que havia associação com toxemia da gestação, com feto morto ou com polihidrâmnios evidente, pois, estas condições, são capazes de produzir por si mesmo alterações na contratilidade uterina, como já fora demonstrado em outros trabalhos deste Serviço (4, 7, 8, 9, 10).

Se incluíram 2 casos de polihidrâmnio muito moderado e outro de pré-eclâmpsia leve, que estavam dentro dos limites de contratilidade normal.

Em todos os casos se estudou a contratilidade uterina pelo método de catéter intra-amniótico, conforme técnica de *Alvarez y Caldeyro-Barcia* (1, 2). Os valores do tono e intensidade das contrações se expressou em mm de Hg e a freqüência das mesmas em número de contrações em dez minutos. Do produto da intensidade pela freqüência obteve-se a atividade uterina, que se expressou em Unidades Montevideo (1, 2, 5).

Todos os partos foram induzidos com distintas velocidades de infusão intravenosa de ocitocina (4), mais comumente com 2 e 4 mU/min (miliunidades por minuto) e sua terminação foi por via vaginal. Em alguns casos se aplicou fórcepe baixo.

Como parâmetros importantes para valorizar a contratilidade uterina consideraram-se: o chamado "Trabalho Uterino (T.U.)", representado pela soma das intensidades de todas as contrações que são necessárias para dilatar o colo uterino desde o início até o final do parto (3) e, a denominada "Curva doses-efeitos", ou seja a resposta do útero à administração de diferentes doses de

ocitocina, a partir da contratilidade espontânea ou basal. Estes dois parâmetros se compararam com as médias tidas como normais no Serviço de Fisiologia Obstétrica (3, 4, 6).

RESULTADOS

Tomando-se em consideração o Trabalho Uterino, fêz-se, entre as pacientes, dois tipos de divisão:

a) Pacientes múltiparas e pacientes primíparas (14 e 3 respectivamente);

b) Pacientes múltiparas sensibilizadas e não sensibilizadas (4 e 10 respectivamente).

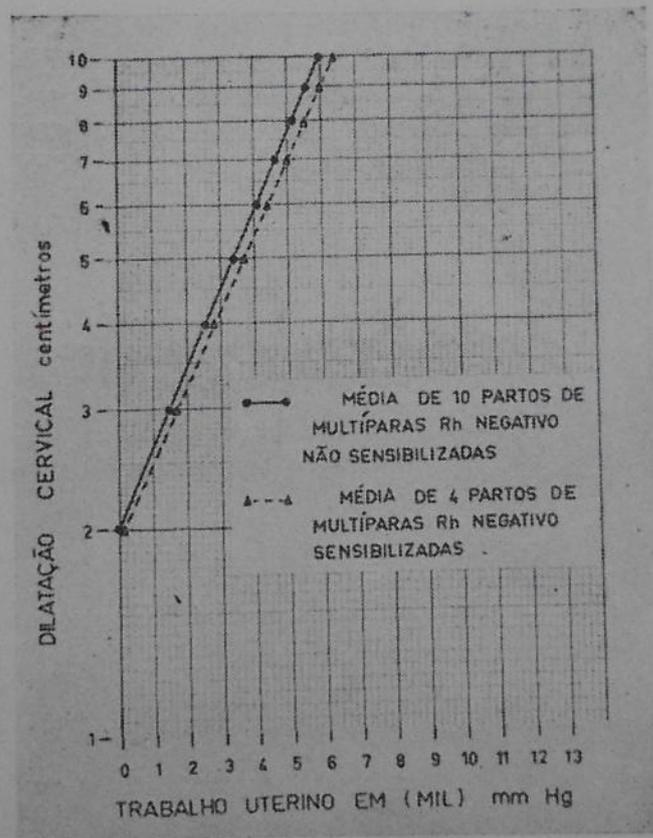


Fig. 1 — O trabalho uterino médio de 64 casos de partos induzidos em múltiparas com Rh positivo foi de 6.700 mm Hg para fazer progredir o colo uterino de 2 a 10 cm, enquanto que o trabalho uterino médio de 14 múltiparas com Rh negativo foi de 6.087 mm Hg.

Não se fêz esta divisão em primíparas, por ser muito baixo o número de casos.

O Trabalho Uterino médio das 14 múltiparas com Rh negativo (Fig. 1) foi de 6.087 mm Hg para fazer progredir a dilatação do

colo uterino de 2 a 10 cm. Esta cifra está muito próxima da média achada por Alvarez e Cibils em 64 partos induzidos em multíparas e que é de 6.700 mm Hg (3). Nas primíparas a média foi de 5.968 mm Hg, que é bastante menor que os dados dos autores referidos (primíparas T. U. = 10.200 mm Hg), porém como foram poucos os casos, o resultado não nos permite afirmar se a diferença é ou não estatisticamente significativa.

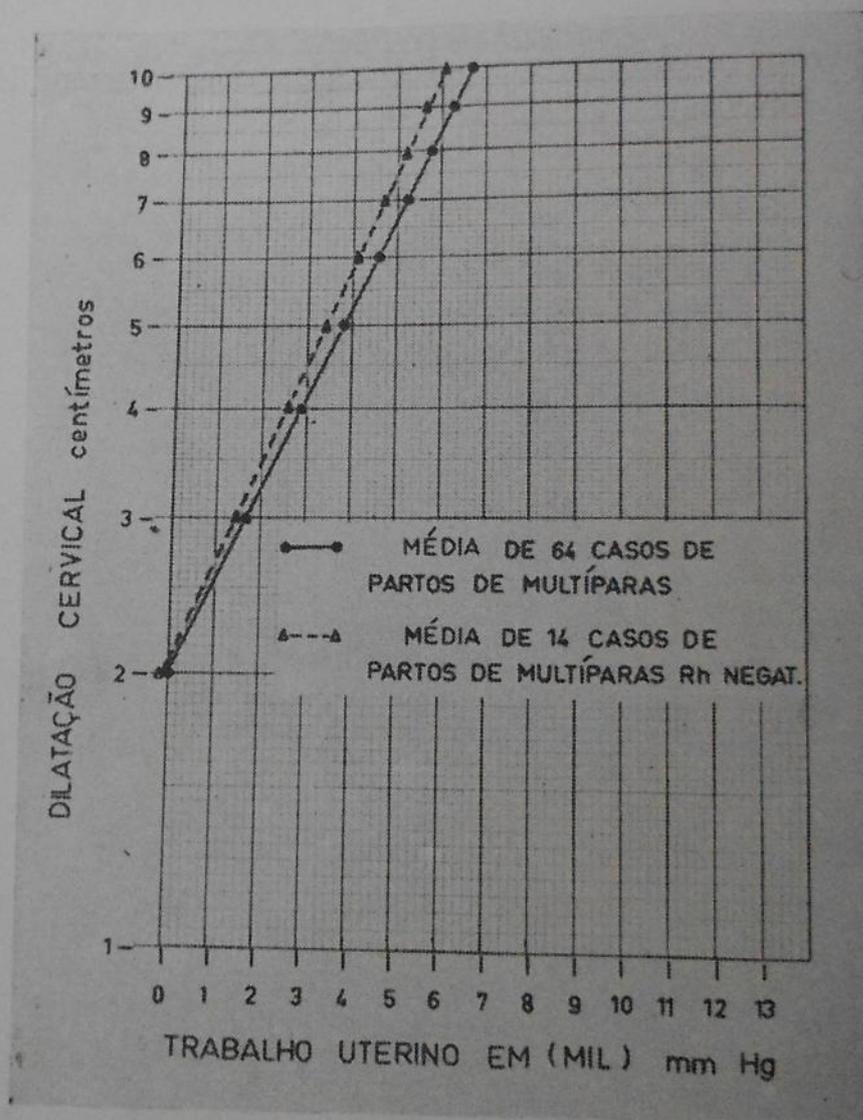


Fig. 2 — Não é significativa a diferença entre a quantidade de trabalho uterino para pacientes multíparas sensibilizadas (trabalho uterino = 5.968 mm Hg).

A quantidade de trabalho uterino para pacientes multíparas sensibilizadas e não sensibilizadas foi de 6.386 e 5.968 mm Hg, respectivamente. A diferença entre ambos grupos é muito pequena, não significativa. (Fig. 2)

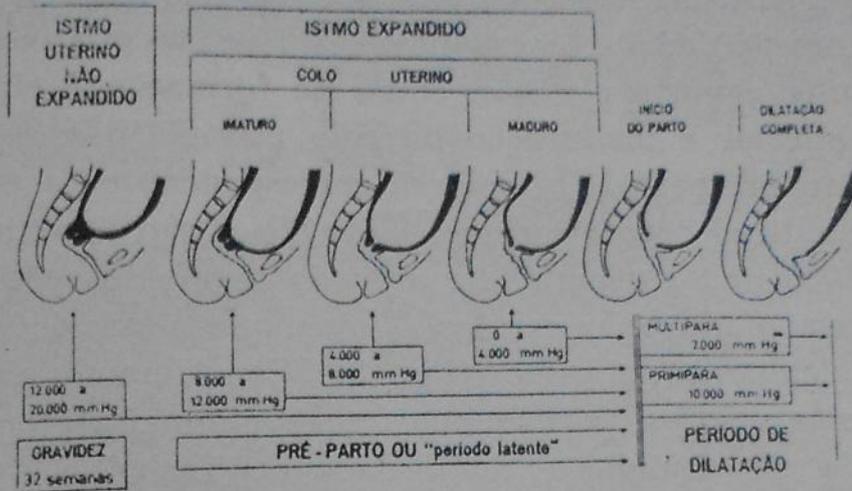


Fig. 3 — Na parte superior da figura estão esquematizadas as modificações que experimentam o istmo uterino e o colo, no final da gestação, durante o período de pré-parto e na fase de dilatação. Na parte inferior indicam-se os valores de "Trabalho Uterino" necessário para que cada um dos estágios do colo chegue ao começo do período de dilatação. À direita estão as cifras de "Trabalho Uterino" necessário para dilatar o colo. (Tomada de Caldeyro-Barcia, R., in *Obstetrícia*, Rezende, J. Ed. Guabarana, Rio, (12).

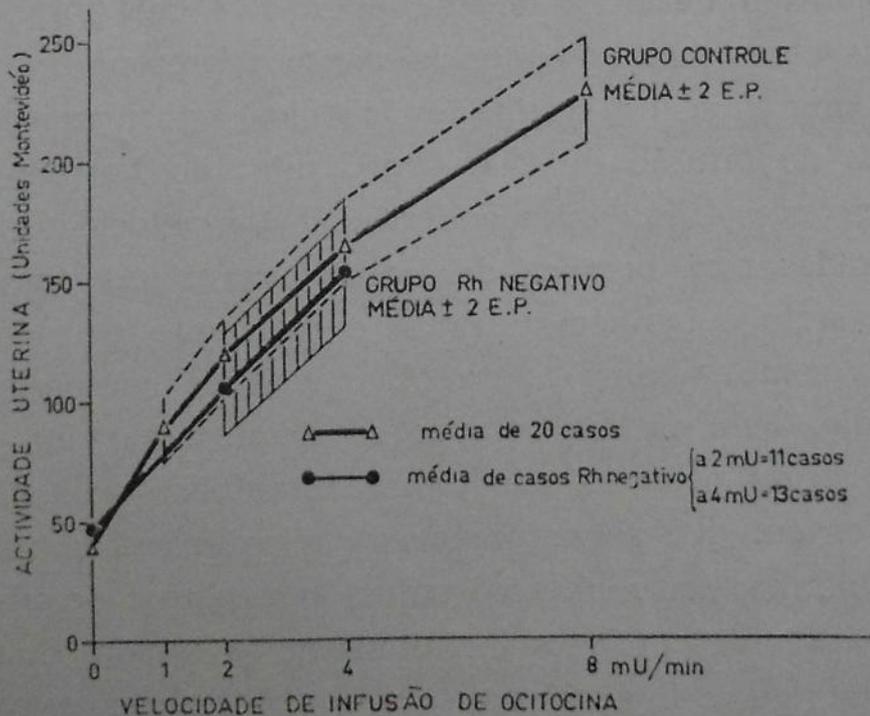


Fig. 4 — Curva doses-efeito obtida em 20 pacientes, no Serviço de Fisiologia Obstétrica por Caldeyro-Barcia, R., e cols. (4, 6). Conjuntamente se mostram os resultados obtidos em 14 casos de parturientes Rh negativo, com infusão intravenosa contínua de ocitocina a 2 e 4 mU/min., com mais ou menos dois erros padrão (E.P.), em cada ponto representativo. As diferenças entre o grupo controle e o grupo de parturientes Rh negativo não são estatisticamente significativas.

É importante se destacar, que no que se refere ao "Trabalho Uterino", nossos dados correspondem à fase de progresso de dilatação durante o parto e não a etapa de formação e alongação do segmento inferior e maturação do colo uterino, que se deve considerar como pré-parto. Os valores correspondentes a estas etapas já foram publicados anteriormente (6, 12) e são aproximadamente de 12 a 20.000 mm Hg para formação do segmento e de 8 a 12.000 mm Hg para maturação cervical, antes que a paciente entre em verdadeiro trabalho de parto (Fig. 3). Consideramos de utilidade recordar estes valores, pois ambos representam um grande período de tempos e de abundante quantidade de Trabalho Uterino, que não incluímos em nosso estudo, porém que sempre se deve ter em mente ao valorizar-se o estado do colo uterino em uma paciente que vá ser submetida a indução do parto. Dêste fato depende em realidade o critério para catalogar o êxito ou o fracasso de uma indução.

Na figura 4, se representa a curva doses-efeito obtida em 20 pacientes por *Caldeyro-Barcia* e cols., no Serviço de Fisiologia Obstétrica (4, 6). Nela se pode apreciar a média da resposta à velocidades de infusão de ocitocina desde 1 a 8 mU/min., com mais menos dois erros padrão em cada ponto representativo. Conjuntamente se mostram os resultados obtidos em nossos casos, com velocidades de infusão de 2 e 4 mU/min. do hormônio, também com seus erros padrão correspondentes. Estas velocidades de infusão (administradas com bombas de infusão contínua) foram as mais usadas na série e também durante o suficiente período de tempo (uma hora como mínimo) para obter valores comparáveis com a curva média. Este último sempre se deve tomar em conta pelo tempo requerido pela ocitocina para estabilizar seus efeitos (11). Houve casos em que se empregaram velocidades de infusão de 1 e 8 mU/min., mas seu número é reduzido e o lapso de administração curto. Por esta razão não os incluímos neste estudo. Como se pode observar na figura 4, a resposta da contratilidade, expressada em Unidades Montevideo de atividade uterina é muito similar entre os casos com fator Rh negativo e os casos médios, com doses de 2 e 4 mU/min., As diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — *Ginecologia*

1) GENERALIDADES, PRINCÍPIOS, DIAGNÓSTICO

Tumores ovarianos na gravidez — Tawa, Katsumi 173

2) ESTUDOS EXPERIMENTAIS

Atividades das fosfatase alcalina e dehidrogenase (redução do T.T.C.) no ovário do rato em condições fisiológicas e experimentais — Arezzi-Boza 173

3) DIVERSOS

Zonas da borda dos carcinomas epidermóides do colo uterino — Brux, J. e Dupré-Froment, J. 174

II — *Obstetrícia*

Gestação:

1) COMPLICAÇÕES

Alterações cariológicas materna e fetal durante a administração na cavidade interna de um antilástico alquilante — Paladini, A.; Barone, A.; Pallicano, A. e Persico, A. 175

Eclâmpsia intraparto — Torres, F. S. 175

2) FISILOGIA

Estudos angiocardiógráficos na circulação fetal humana com a placenta in situ — Rauramo, L.; Lind, J. e Sysimetsä, E. 175

Aspectos cardiorespiratório e metabólico do trabalho muscular na gravidez — Bergamaschi, P.; Capodaglio, E. e Fre, B. 176

Contrôle neuroendócrino da suprarrenal do feto humano — Lacomme, M.; Tuchmann-Duplessis e Mercier-Parot, L. 176

III — *Diversos*

Metabolismo anormal dos carboidratos e gravidez — Yen, Samuel 177

Redação e Administração:

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 - apt. 302 - ZC-07

ALTERAÇÕES VARIOLÓGICAS MATERNA E FETAL DURANTE A ADMINISTRAÇÃO NA CAVIDADE UTERINA DE UM ANTIPLÁSTICO ALQUILANTE (Alterazioni cariologiche materne e fetali indotte dalla somministrazione in cavie gravide di antiblastico alchilant) — *Paladini, A.; Barone, A.; Pallicano, A. e Persico, A.* — Arch. di Ostet. e Gin., 69 : 461, 1964.

Os autores analisam os efeitos que doses crescentes de um antiblástico alquilante, o bis- (B-cloretil)-metilamina cloridrato (Cloramina), provocam sobre os núcleos e sobre a cromatina nuclear de alguns órgãos maternos e fetais. O corante usado é o de Feulgen para os ácidos desoxirribonucleicos. Os órgãos estudados são, na mãe: o pulmão, o coração, o fígado, os rins e a suprarrenal; no feto: o pulmão, o coração, o fígado, o intestino e o timo. Após chamarem atenção para as alterações nucleares que são bastante evidentes, os Autores concluem afirmando que as drogas quimioterápicas antiblásticas devem ser usadas com muita prudência durante a gravidez. Além disso, é preciso ter em mente que os efeitos secundários destas drogas nos tecidos fetais são bastante graves, uma vez que os mesmos, possuindo um metabolismo celular elevado, são particularmente sensíveis a estas substâncias.

F. Santos

ECLÂMPSIA INTRAPARTO (Eclampsia intraparto) — *Torres, F. S.* — Rev. Colombiana Obst. y Gin., XV : 397, Set.-Out., 1964.

O Autor faz um estudo de 135 casos de eclâmpsia intraparto, atendidos no Instituto Materno-Infantil de Bogotá num período de seis anos (1958-1963). O tratamento e cuidados de cada paciente foram similares, e consistiram em cuidados de ordem geral e na aplicação de fenobarbital, sulfato de magnésio e acepromazina.

O aparecimento de convulsões durante o parto ocorreu em 31,6% dos casos de eclâmpsia observados. Faleceram 4 mulheres (2,9%) e a mortalidade foi de 19 fetos (14,06%). 14 cesáreas foram realizadas (10,36%) com indicações distintas relacionadas a própria toxemia.

O Autor conclui fazendo um comentário sobre a conduta médica e o procedimento obstétrico adequado que devem seguir-se nos casos de eclâmpsia intraparto.

A. de Moraes Filho

ESTUDOS ANGIOCARDIOGRÁFICOS NA CIRCULAÇÃO FETAL HUMANA COM A PLACENTA (IN) SITU (Angiocardigrafia studies in human foetal circulation with the placenta still attached) — *Rauramo, L.; Lind, J. Syssimetsä, E.* — Annales Chir. e et Gyn. Fenniae, 53 : 415, 1964.

Os Autores estudam as vias pelas quais se processa a circulação fetal humana. Para tanto usam a angiocardigrafia. O contraste é injetado através a veia e a artéria umbilicais.

R



U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de Moraes filho - diretor



**NÚMERO ESPECIAL DE COLPOSCOPIA
COMEMORATIVO AO 30.º ANIVERSÁRIO DOS ANAIS BRASILEIROS
DE GINECOLOGIA E AO 40.º ANIVERSÁRIO DA COLPOSCOPIA.**

ANAI S BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 5 — Págs. 179 à 380 — Maio de 1965

SUMÁRIO

Introdução — <i>Arnaldo de Moraes Filho</i>	179
TRABALHOS ORIGINAIS	
Sóbre o microcarcinoma do colo uterino. Colposcopia, Citologia, Histologia e Tratamento — <i>G. Mestwerdt</i>	181
Ectropion congenito — <i>Alfredo Jakob, Miguel Soler, Miguel Benevenia, E. Peduzzi</i>	203
Estudo do ADN no Carcinoma pré-invasor, invasor e no epitélio do colo uterino — <i>Victorio Valeri, André R. Cruz, Hugo J. Silviano Brandão, Lucien Lison</i>	207
Época provável do aparecimento das metaplasias na junção escamo-colunar do colo uterino — <i>Alberto Henrique Rocha</i>	211
Vantagens e dificuldades da colpofotografia — <i>Alberto Henrique Rocha, Ruy Pimenta Filho Rogério Meirelles Filho</i>	217
Estudo comparativo colposcópico e citológico das cervicites — <i>João Paulo Rieper José Maria Barcellos</i>	225
Contrôle colposcópico do tratamento das cervicites crônicas pela diatermo coagulação do colo — <i>H. Pasqualette Júnior, Frederico Moeller</i>	229
La electrocoagulación sin previo diagnóstico — <i>A. Jakob, M. Benevenia, E. Savransky</i>	235
A junção escamo-colunar da Infância à Adolescência — <i>Delzio Moura Bicalho</i>	241
Modificaciones del cuello en las embarazadas. Su imagen colposcópica — <i>Alfredo Jakob, Miguel Benevenia, Miguel Soler</i>	245
Junção escamo-colunar e localização do carcinoma incipiente do colo uterino — <i>João Paulo Rieper e Col.</i>	249
Zona de transformação atípica — <i>Hildegard Stoltz</i>	269
LIÇÕES E CONFERÊNCIAS	
Forma y estructura del exocervix en las edades de la vida — <i>H. Hamperl</i>	277
Valor da colposcopia, citologia e histologia no diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino — <i>Hans Limburg</i>	287
Estudo colposcópico das cervicites — <i>F. Victor Rodrigues</i>	301
EDITORIAL	
Colposcopia Brasileira — <i>João Paulo Rieper</i>	313
NOTAS E COMENTÁRIOS	
Novas fronteiras da Medicina	317
I Congresso Brasileiro de Colposcopia	320
Prof. Dr. Hans Hinselmann	323
Tentativa de autobiografia — <i>Hans Hinselmann</i>	324
Prática do diagnóstico precoce do câncer ginecológico — <i>Arnaldo de Moraes</i>	326
História da Colposcopia — <i>Hans Hinselmann</i>	330
XXX Aniversário da Colposcopia — <i>Arnaldo de Moraes</i>	362
A colposcopia no Brasil. Seus começos e desenvolvimento no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil — <i>Arnaldo de Moraes</i>	364
Curso de aperfeiçoamento sóbre colposcopia	368
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
Gynecology — Principles and Practice — <i>R. W. Kistner</i>	371
Carcinoma in situ — <i>Günther Kern</i>	371
RESUMOS (ver índice próprio)	375

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

I — Ginecologia

1) DIVERSOS

- Estudo clínico e biológico de 72 casos de hipertricose — H. Bloch Michel, A. A. Reimberg, Y. Salomon-Bernard, M. Thevenet e H. Aristoff — *Gynécologie Pratique*, 6:41, 1964 377
- O síndrome anêmico toxi-infeccioso do fibroma uterino (Le syndrome anémique toxi-infectieux du fibrome utérin) — Insinna, F. e Albano, V. — *Gynécologie Pratique*, 6:402, 1964 377
- O câncer primitivo da vagina (Le cancer primitif vagin — 85 cas examinés a l'Institut Gustave Roussy de 1949 a 1961) — Wilff, I. P. e Douyon, E. — *Gyn. Obst.*, 63:565, 1964 378

II — Obstetrícia

1) ANESTESIA

- Resposta fetal e uterina à anestesia espinhal e epidural (Spinal and epidural anesthesia and uterine response to acute hypo and hypertension) — Vasicka, A.; Hutchinson, H. T.; Eng, M. e Allen, C. R. — *A. J. Obst. and Gynec.*, 90:800, novembro 15, 1964 379

2) DIVERSOS

- A quimioterapia nas doenças trofoblásticas (Chemotherapy in trophoblastic diseases) — Berwer, J. L.; Gerbie, A. B.; Dolkart, R. E.; Skon, J. H.; Nagle, R. G.; Torok, E. E. — *Am. J. Obst. & Obst.*, 90:566, novembro 1, 1964 379
- Uricemia e síndromes nefrológicas da gravidez (Uricemie et syndromes nephrologiques de la grossesse) — Dumont, Martial et Bettenbot, Claudette — *Gyn. Obst.*, 63:681, 1964 380

Redação e Administração :

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

RESPOSTA FETAL E UTERINA À ANESTESIA ESPINHAL E EPIDURAL
(Spinal and epidural anesthesia, fetal and uterine response to a acute
hypo and hypertension) — *Vasicka, A.; Hutchinson, H. T.; Eng, M.
e Allen, C. R.* — *A. J. Obst. and Gynec.*, 90 : 800, novembro 15, 1964.

Os Autores estudaram 47 gestantes durante o trabalho de parto.

O anestésico usado para a injeção intratecal foi o cloreto de tetracaina e para a extratecal foi o cloreto de lidocaina.

Verificaram os Autores que a anestesia espinal ou epidural não abala a contratilidade uterina desde que a pressão arterial se mantenha dentro dos limites normais. Os fatores associados à sensação de dor, pêsco, rigidez muscular, etc. que podem facilitar ou inibir a contratilidade uterina, foram, contudo, abolidas pela anestesia espinal ou epidural. Embora a anestesia espinal ou epidural possa alterar o trabalho de parto, o trabalho uterointrínseco é, todavia, preservado.

A Hipotensão aguda pós epidural resultou numa diminuição da contratilidade uterina, em taquicardia fetal e variação na frequência cardíaca fetal. A bradicardia fetal foi encontrada tanto na hipotensão grave materna como durante o aumento da contratilidade uterina que se segue ao período pós hipotensivo.

A correção da hipotensão aguda com uma injeção intravenosa de 3 mg de cloreto de metoxamina deu origem à contração uterina tetânica e sofrimento fetal grave em 8 casos.

Os Autores sugerem que, no tratamento da hipotensão pós-espinal pelas aminas pressoras, o gotejamento venoso seja usado e que a dose e efeito sejam, para cada caso, controlados pela frequência cardíaca fetal, contratilidade uterina e pelo estado hemodinâmico materno.

A. de Moraes Filho

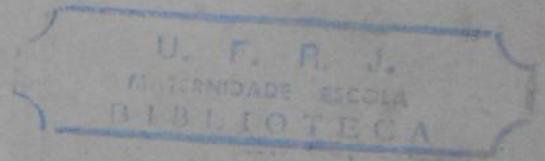
A QUIMIOATERAPIA NAS DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS (Chemotherapy
in trophoblastic diseases) — *Berwer, J. L.; Gerbie, A. B.; Dolkart,
R. E.; Skom, J. H.; Nagle, R. G.; Torok, E. E.* — *Am. J. Obst. &
Gynec.*, 90 : 566, novembro 1, 1964.

Os autores relatam sua experiência no tratamento das doenças do trofoblasto pelos quimioterápicos e comparam-no com o tratamento pela histerectomia mais quimioterapia.

Vinte e oito pacientes com doença trofoblástica foram tratadas no Passavant Memorial Hospital e na Northwestern University Medical School desde setembro 1, de 1962. Os doentes foram grupados em três categorias: coriocarcinoma, corioadenoma destruens e questionável coriocarcinoma ou corioadenoma destruens.

Foram usados os seguintes medicamentos: Metrotrexato — administrado oralmente durante 5 dias. Dose total 125 a 130 mg; Actinomicina D — injeção intravenosa por 5 dias. Dose de 10 mcg por quilograma de pêsco diariamente; e terapia tríplice, que consistiu na administração diária de 5 mg de Metotre-

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 59 — Nº 5 — Págs. 381 à 450 — Junho de 1965

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

- Importância da colpocitologia funcional no tratamento humoral da síndrome do climatério — *Carlos Alberto Salvatore* 331
- Esterilidade funcional — *Franz Mueller* 389
- Estudo colposcópico e colpocitologia de 1.350 pacientes, clinicamente sem qualquer suspeita de neoplasias malignas — *Maria das Dores Pontes Cunha* 407
- Prevenção do câncer mamário: hormonioterapia e cirurgia e neoplasias benigna da mama — *Aurélio Monteiro* 415

EDITORIAL

- Recentes contribuições ao estudo da histologia e fisiologia da mucosa endocervical — *Eitel Duarte* 445

NOTAS E COMENTÁRIOS

- IX Congresso Brasileiro de Cirurgia 449
- 11 Curso de Cirurgia Ginecológica 449
- Curso intensivo de câncer da Universidade do Brasil 450

Resumo (Ver índice próprio) Nota: Os resumos desta edição serão publicados no próximo número.

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL