

(Signature)

[Redacted stamp]

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 62 — Nº 3 — Págs. 127 à 172 — Setembro de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Morphological precursors of breast cancer — Histological, histochemical and caryometric studies — <i>Aurélio Monteiro</i>	127
Marcado efeito antidiurético de baixas doses de ocitocina em uma puérpera com diabetes insípido — <i>I. C. Arnt, T. Hashimoto, L. A. Gullin e R. Caldeyro-Barcia</i>	147
Contribuição para o estudo do parto da cabeça derradeira — <i>Paulo Schmidt Goffi</i>	155

EDITORIAL

Ectrópio (eversão, ectopia). Mecanismo de formação. Correlação entre ectrópio e cervicite — <i>Eitel Duarte</i>	161
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro	165
V Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes	165
Sociedade Brasileira de Cardiologia e Metabologia	166
RESUMO (ver índice próprio)	167

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION*An. Bras. de Gin.*ENDERÉÇO
ADDRESS OFAnais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

(Continuação do nº anterior)

DR. PAULO SCHMIDT GOFFI

São Paulo, SP

CONDUTAS ADOTADAS NO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

SEMPRE que possível, quando tudo evolui normalmente segundo preceitos hoje acatados, o parto em apresentação pélvica deve ser atendido à moda de Bracht.

Preconizada por este obstetra (2), em 1935, consiste em se atender ao parto em apresentação pélvica adotando uma atitude puramente passiva, sem executar tração alguma, apenas orientando o feto que é rebatido sobre o abdome da mãe. Evoluindo espontaneamente, à medida que se sucedem as contrações vai sendo expulso o pólo pélvico e as mãos do parteiro abarcam-no, com os quatro últimos dedos de ambas as mãos aplicados sobre a região sacrococcígea, de cada lado da coluna vertebral, os polegares mantendo as coxas aconchegadas. Respeitando a lordose natural do feto, sem tracionar, vai sendo ele soerguido, em torno do púbis da mãe. No momento oportuno, faz-se a alça do cordão. As espáduas se desprendem em correspondência com as extremidades do diâmetro transverso. Por último, rebatido o feto progressivamente sobre o abdome da mãe, a cabeça também vai-se desprendendo espontaneamente (admite-se, e é útil, que nesta altura o auxiliar, delicadamente, faça pressão por detrás do púbis, através da parede abdominal, sobre a cabeça última, para auxiliar sua expulsão). A assistência nestes moldes deve contar com a paciência do obstetra que aguardará a seqüência dos diversos tempos, sopitando o instintivo desejo de tracionar. A vantagem do método consiste em fazer a profilaxia dos acidentes, representados quase sempre, pelas deflexões (dos braços e da cabeça) e rotação defeituosa do dorso (mãos quando se volta para trás), ocasionando quando se exercem trações mal orientadas e intempestivas.

A assistência à moda de Bracht pode ser executada em paciente não anestesiada (apenas anestesia local para feitura de episiotomia profilática), em paciente sob analgesia intermitente (ciclo ou protóxido), ou em paciente submetida à raquianestesia (nesse caso podendo-se usar concomitantemente infusão de sôro glicosado isotônico com ocitocina, em gôta a gôta endovenoso, para manter uma atividade uterina ideal). A vantagem da anestesia é que em qualquer momento, malogrando a assistência à moda de Bracht, podemos assumir uma atitude ativa, empregando qualquer das manobras indicadas para solucionar as dificuldades encontradas, sem molestar a paciente. É prudente estarmos prevenidos, pois que o parto em apresentação pélvica é prenhe de surpresa. O gôta a gôta de ocitocina, mantendo a atividade uterina ideal, faz a profilaxia também das deflexões, pois é sabido que, em pacientes sob anestesia por inalação (mantidas com éter), a hipoatividade uterina aumenta a incidência destas ocorrências.

Quando o parto da cabeça derradeira não pode ser feito à moda de Bracht, várias são as manobras usadas: Mauriceau, Wiegand, Praga, Champetier de Ribes.

A manobra de Mauriceau procura descer e rodar a cabeça, fazendo hipomóclio com o suboccipício por debaixo do subpúbis. Fletida, o eixo maior do ovóide cefálico (que vai do mento ao occipício) percorre o canal pelvigenital em correspondência com o eixo desse canal (mento na frente e occipício por último), caracterizando, no final da rotação, a cabeça derradeira em mentosacra. A mão ventral entra pelo canal pelvigenital; o feto cavalga o antebraço e os dedos indicador e médio são colocados na boca do feto; outra mão, com os dedos sobre os ombros, cavalga, pela região dorsal, o pescoço. Os dedos introduzidos na boca do feto, ao tracionar, flexionam a cabeça e a mantêm assim, enquanto, pela ação combinada de ambas as mãos, procura-se descê-la e rodá-la até que o suboccipício se fixe debaixo do púbis, quando então, levantando-se o feto, pouco a pouco, vai-se desprendendo a cabeça última. Esta manobra é perigosa, se executada sem os cuidados necessários ou com violência, porquanto pode lesar o assoalho da boca, traumatizar a mandíbula, distender o plexo cervical, produzir paralisias braquiais e outros danos ao feto.

A manobra de Wiegand, também denominada manobra de Celsus-Wiegand-Martin, ou, por outros, Wiegand-Martin-Winckel, é também usada para o desprendimento da cabeça derradeira. A mão central é empregada para manter a sua flexão, sendo introduzidos na boca do feto o indicador e o médio; a outra mão do parteiro ou do auxiliar, pela parede abdominal, comprime a cabeça, a fim de descê-la.

Outra maneira para liberar a cabeça derradeira é a *manobra de Praga*: o parteiro com uma das mãos mantém os pés soerguidos verticalmente, enquanto com a outra cavalga o pescoço do feto, colocando o indicador de um lado e o médio de outro, exercendo tração sobre os ombros; o ajudante colabora na extração, pressionando a cabeça através do abdome. Tem aplicação principalmente quando a boca do feto é inacessível, como acontece com a cabeça derradeira defletida, portanto, em occipitossacra (mento escondido atrás da sínfise púbica, condição em que é denominada *manobra de Praga invertida*). Grandemente traumatizante, é pouquíssimo usada atualmente.

A *manobra de Champetier de Ribes* tem indicação quando alta a cabeça, a fim de insinuá-la e fazê-la descer. Os dedos indicador e médio são introduzidos na boca do feto e a outra mão cavalga o pescoço, semelhantemente ao que foi descrito para a manobra de Mauriceau. O ajudante, através da parede abdominal, procura fazer pressão, principalmente sobre a fronte, para facilitar a flexão da cabeça. Num primeiro tempo força-se a flexão da cabeça pela tração do maxilar, empurrando o occípicio, além da pressão feita pelo ajudante. Num segundo tempo orientamos a cabeça no diâmetro transverso, para em seguida incliná-la, tracionando-a para baixo, a fim de descer o parietal posterior (assinclitismo). Ultima-se como a manobra de Mauriceau. Evidentemente, mais do que esta é uma manobra perigosa, mesmo porque dela nos socorremos em casos maus, quando existe dificuldade de insinuação da cabeça derradeira.

Outra conduta adotada é a aplicação do fórceps em cabeça derradeira.

O tipo especificamente destinado a este fim é o de Piper: contudo, outros fórceps, como o de Simpson, podem também ser usados. O fórcepe de Piper é longo, com colher fenestrada, de curvatura cefálica ampla, articulação fixa por encaixe, tendo acentuada cur-

vatura perineal. A técnica de aplicação é semelhante à descrita para o fórceps de Simpson, ou seja, a primeira colher a colocar é a posterior. O auxiliar mantém o feto levantado, segurando-o pelos pés, sem tracionar ou forçar a angulação tronco-cabeça, para não distender o plexo cervical. O operador, entre os braços pendentes do feto, usa a mão guia e introduz a primeira colher, o mesmo fazendo com a segunda, após trocar de mão. Articula-as, verifica a pega, traciona, roda e, quando aparece a boca fetal na fenda vulvar, desarticula e retira os ramos do fórceps de Piper. Limpa as mucosidades das narinas e da boca do feto e, com suave compressão suprapúbica, libera a cabeça. É interessante, após locadas as colheres, abaixar bem os cabos, para em seguida articular, pois assim fechamos o fórceps sobre a cabeça derradeira de maneira que esta se mantenha fletida, como convém nos tempos subseqüentes. As eventualidades mais comuns, dentro do conhecido mecanismo de parto, são: 1º) mais freqüentemente, cabeça fletida em mentoposterior (M.D.P., M.E.P. ou M.S.); 2º) menos freqüentemente, cabeça defletida em occipitoposterior (O.E.P., O.D.P. ou O.S.). Muito raramente a cabeça derradeira apresenta-se fletida em mentanterior (M.E.A., M.D.A. ou M.P.). No primeiro caso o fórceps de Piper é aplicado como foi descrito, ficando o mento voltado para a porção proximal das colheres e o occipício voltado para as extremidades, e aqui é fundamental ter presente na idéia e possibilidade muito grave de não terem sido bem aprofundadas as colheres (acima do "equador"), porque as suas extremidades poderão comprimir os parietais e afundá-los. Na cabeça primitiva, a marca de Baude-locque deixa as impressões dos bicos das colheres em região pouco vulnerável (face); porém, na cabeça derradeira a compressão dessa parte do fórceps se faz sobre zona perigosa (caixa craniana), se não for bem aplicado.

Na eventualidade de cabeça defletida (dorso voltado para trás) em occipitoposterior, o ajudante soergue o feto pelos pés, como é de preceito. Aqui, porém, a cabeça ficará apreendida de maneira diferente, ou seja, o occipício olhando para a porção proximal e o mento para a distal das colheres.

Na eventualidade muito rara representada pelas fletidas em mentanterior, o tronco fetal, em lugar de ser levantado, deve ser

abaixado, porque o fórceps é aplicado por diante dele. O hipomóclio seria constituído pela fixação da raiz do nariz no subpúbis.

Quando foi iniciada a extração pelviana com feto vivo, e ocorre o encravamento da cabeça derradeira, não podendo ser solucionado com as manobras indicadas ou com o fórceps, constitui o epílogo dramático, temido mesmo pelos parteiros experimentados. Restaria o recurso da prática de operação de urgência ampliadora da pélvis materna, hoje em desuso, como a sinfisiotomia ou operação de Zárate e similares. A não ser assim, nestes casos, baldados os esforços para a liberação, sucumbindo o feto, faz-se o esvaziamento da cabeça última (operação mutiladora), única maneira de terminar a intervenção.

Muitos defendem o uso da *versão externa* como conduta profilática, alegando que, se é de prognóstico tão pior o parto de cabeça derradeira, é melhor transformá-la antes em cabeça primitiva.

Entre os apologistas da versão cefálica externa profilática estão: Jokela (98), Redman (157), Stevenson (186), Freeth e Mac Vine (61), Corkill (40), Fell (59), Kuhnel (103), White (208), Balak (10), Duek (55), Vartan (200), Mac Arthur (123), Lindner (118), Cox (43), Siegel e Mc Nally (181), Dalley (46), Daley e Michael (45), Dieckmann (51), Eastman (58), Grimes, Bartholomew, Colvin, Fish e Lester (81), Pomerance e Daichmann (153) e outros.

Outros, porém, não reconhecem vantagens na prática de versão profilática, acentuando até alguns que apresenta inconvenientes. Entre os não favoráveis estão Loy (120), Hanley (89), Randall, Baetz e Brandy (156), Weisman (207), Morgan (136), Brosset (30) e outros.

Neely (138) relatou uma série de 102 versões externas sucessivas. A porcentagem de sucesso foi de 72%. Nesta série encontrou como complicações: 2 hemorragias, 1 morte intra-uterina do feto, 1 apresentação composta conseqüente, 1 rotura prematura de membranas, 4 desencadeamentos de parto dentro de 24 horas, 2 prolapsos de cordão e 2 pronunciadas bradicardias fetais.

Morgan (136) mostrou-se desfavorável à prática de versão externa, alegando que em sua estatística o parto pélvico apresentou mortalidade fetal baixa e que os perigos de descolamento prematuro de placenta, de ocorrências prejudiciais relacionadas com o cordão e outros inconvenientes, por efeito da versão, não compensam o seu uso.

Brosset (30) foi bem sucedido na consecução da versão externa em apenas 30% dos casos, numa série de 147 pacientes com apresentação pélvica, estudadas radiologicamente. A versão espontânea ocorreu em 50% das vezes. Além do mais, mesmo quando bem sucedida a versão externa, muitas vezes o feto retorna à apresentação pélvica, razões pelas quais Brosset (30) concluiu que é ela de pequeno valor. Para Dalley (46), após a 28^a semana de gestação, em 36,6% ocorreu versão espontânea. Quanto à reversão, encontraram Grimes, Bartholomew, Colvin, Fish e Lester (81) que ela é mais comum após versão externa do que após versão espontânea, na proporção de 19,1 para 9,6%.

Beischer e Townsend (16) defenderam a prática da versão profilática, argumentando que o risco fetal no parto pélvico não complicado (3,8%) é maior que o risco da versão (0,6%) mais o subsequente risco do parto cefálico (1,6%), conforme registraram em seus casos.

Weisman (207) fez radiografias durante a gestação, repetindo-as periodicamente, e verificou que no 5º mês cerca de 42% dos casos mostraram apresentação pélvica ou córmica e, no término, apenas 3%, sofrendo evolução espontânea, à medida que transcorre a gravidez. Concluiu que as manipulações para versão profilática são supérfluas, além de poderem causar transtornos, inclusive, às vezes, óbito fetal. Hall (86) registrou 0,47% de mortalidade fetal na versão externa.

Lacreta (107) alinhou as razões pelas quais os autores não apologistas da versão externa profilática julgam desinteressante praticá-la e, dentre elas, transcrevemos as seguintes: 1) elevada incidência de reversões; 2) a versão efetua-se mesmo espontaneamente; 3) aumento da incidência de procidência de membros, prolapsos de cordão e circulares; 4) pode determinar anomalias de apresentação mais graves; 5) pode desencadear parto prematuro; 6) maior incidência de rotura prematura de membranas; 7) perigo de descolamento prematuro da placenta; 8) perigo de rotura uterina. Ainda sobre a questão, escreveu Lacreta (107) que no Serviço de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a versão externa não é de rotina.

(Continua no próximo número)

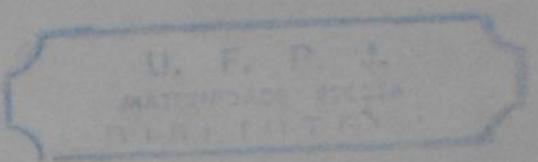
Nesta seção serão sempre resumidos e agora ordenados por assuntos, mês por mês, todos os trabalhos interessantes que se publicarem nas principais revistas do mundo sobre os assuntos da especialidade, seis meses antes.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Distrofias crônicas da vulva — <i>A. Jeffcoate</i>	169
Comparação dos sistemas internacionais americanos de estádios do câncer do seio — <i>C. Zippin</i>	170
Bacteriúria iatrogênica e cirurgia ginecológica — <i>A. A. Hodari e C. P. Hodgkinson</i>	170
Esterilização tubária — <i>C. H. White</i>	171
Abortamento séptico — <i>C. F. Moritz e N. J. Thompson</i>	172

Redação e Administração:

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



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 62 — Nº 5 — Págs. 233 à 286 — Novembro de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Teor de ácido desoxirribonucléico nas células de displasias irregulares do epitélio do colo uterino — <i>Hugo J. Silviano Brandão, Victório Valcri, Italo Baruffi</i>	233
Adenocarcinoma do endométrio — <i>José Medina, Carlos Alberto Salvatore, Alvaro da Cunha Bastos, José Gallucci</i>	251
Conteúdo vaginal em gestantes — <i>Luiz Ferraz de Sampaio Junior, Luiz Ribeiro, Bussamara Neme</i>	261

EDITORIAL

Choque refratário — <i>Wigand Joppert Filho</i>	269
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

X Congresso Brasileiro de Cirurgia	275
I Semana Municipal de Educação e Saúde	275
A Educação Sanitária no Planejamento da Família	277
O Planejamento da Família em Face do Desenvolvimento no Brasil	278
Planejamento da Família	279
Maternidade e Infância	280
RESUMO (Ver índice próprio)	281

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÉÇO
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

A electrocardiologia fetal — <i>J. Chavinié</i>	283
Utilização dos gestagênios orais — <i>J. H. H. Ravina</i>	283
Raras complicações após traquelorrafia ístmica — <i>K. Baumgarten</i>	284
Histerosalpingografia e intravasasão — <i>Laszo Nyirö e Bela Zsolnai</i>	285
Complicações em operações vaginais para relaxamento do soalho pélvico — <i>Alan Rubin</i>	285

Centro Brasileiro de Dinâmica Populacional e Reprodução Humana
(Dinabras)

Informações pelo Telefone 57-8110 com D. Sonia, das 9 às 12 horas.
Correspondência — Rua Constante Ramos, 173 — Rio de Janeiro, GB.

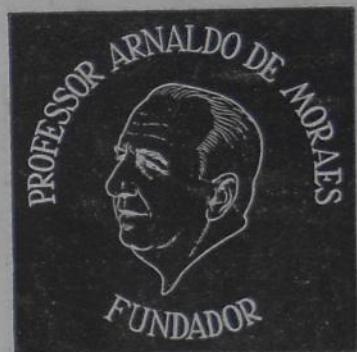
Redação e Administração :

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

R

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



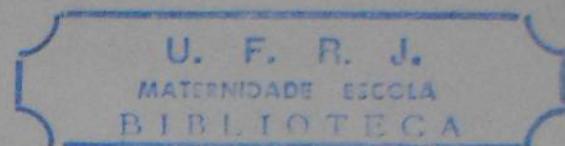
N.º DEDICADO AO PROF. F. VICTOR RODRIGUES
PELO TRANSCURSO DO SEU JUBILEU PROFESSORAL

ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 62 — Nº 6 — Págs. 287 à 390 — Dezembro de 1966

SUMÁRIO



TRABALHOS ORIGINAIS

- Em torno do diagnóstico da prenhez abdominal — *Jorge de Rezende, Paulo Belfort Aguiar, José Maria Barcellos e Jean-Claud Nahoum* 287

- O epitélio da mucosa endocervical nos estados normais e patológicos e nas fases do ciclo menstrual — *Eitel Duarte* 327

- A vilosidade corial da placenta normal de termo — *Carlos Alberto Salvatore, Paulo Vieira e Eustáquio Ciceiviso* 345

- Contribuição para o diagnóstico e o prognóstico da doença hemolítica perinatal — *Maria Luiza Malheiros de Castro, Wilma de Assis, Aldo Barbosa Cerqueira e Jorge de Rezende* 365

EDITORIAL

- Mestre Victor Rodrigues — *A. Vespasiano Ramos* 373

NOTAS E COMENTÁRIOS

- Professor Francisco Victor Rodrigues 377

- Otto K. J. Sachs 377

- RESUMO (ver índice próprio) 383

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÉÇO ADDRESS OF

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

TRABALHOS ORIGINAIS

EM TÔRNO AO DIAGNÓSTICO DA PRENHEZ ABDOMINAL

Erros e omissões ()*

JORGE DE REZENDE
PAULO BELFORT AGUIAR
JOSÉ MARIA BARCELLOS
JEAN-CLAUDE NAHOUM
Rio de Janeiro, GB

RESUMO

Dizem os autores que a gravidez abdominal que evolve até o término ou suas proximidades exibe sintomas dispares ou variados que burlam a semiologia clínica ainda a mais apurada. Crêem estar a solução diagnóstica no uso correto dos exames subsidiários, entre os quais sobressai a radiologia. A chapa simples em dupla incidência e a contrastada, seu apuro técnico e correta interpretação ensejam os principais elementos semióticos. Pormenorizam, em cuidada exposição, a contribuição da anamnese e dos diferentes elementos do exame físico, assim como discutem os sinais e sintomas que podem levar aos erros mais comuns, inclusive na interpretação dos roentgenogramas. Enumeram, também, algumas complicações que eventualmente contribuem para o diagnóstico, dizendo que a resposta aos ocitócicos sómente será corretamente avaliada se forem empregados procedimentos eletrônicos de registro, que eliminam o fator subjetivo, freqüente causa de enganos.

"....experto credite"

Vergílio, Eneida, XI, 283.

APRENHEZ abdominal avançada com feto vivo ou, mais assiduamente, morto, não parece entidade tão rara como o deixa supor a literatura. É seu diagnóstico, entretanto, dos mais difíceis, sobretudo após o decesso fetal, quando a retenção prolongada do óvo leva à tentativa de esvaziamento uterino. No alvedrio

(*) Trabalho que conquistou o 1º lugar do "Prêmio Professor Francisco Victor Rodrigues", 1966. Realizado na "33.ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro".

dos competentes, é diagnóstico que se não faz a menos que nélle se pense.

Há pouco mais de um lustro Nahoum, entre nós, fêz minuciosa exegese dos casos de prenhez abdominal, nacionais e alienígenos; julgamos pertinente atualizá-la, no presente estudo.

Consignados na literatura estrangeira, merecem cita os trabalhos de Ricci, que organizou verdadeira bibliografia das bibliografias sobre a prenhez abdominal no século XIX. Excelentes e modernas revisões são, entre outras, a de Helmann & Simon, coletando 311 casos, de 1809 a 1933 e a de Ware, que a completa e atualiza, acrescentando-lhe 298 casos; as de Jarche (1949) e de Suter & Wichser (1948) especialmente dedicada essa a prenhezes extra-uterinas com fetos vivos; a de Vasicka & Grable (1956) sobre a concomitância de gravidez extra e intra-uterina a término; a de Bright & Maser (1961) que apresentam 1 caso e atualizam a literatura; a de Raju & cols., da Índia (1962), percuciente revisão da experiência mundial por êles aumentada de 13 casos; a de Jeauty, que relaciona 46 observações encontradas entre 1945 e 1962; e, finalmente, a de Kaplan & Janovski (1963), apresentando retrospecto dos últimos 10 anos.

Consigna a literatura nacional numerosos casos de prenhez ectópica atingindo o término, vivo ou morto o conceito. Todavia a falta de registro sistemático, de precisão e de clareza dos textos e a publicação repetida dos mesmos exemplos invalida qualquer pretensão de avaliar-lhes o número.

Concernente às gestações de término com feto vivo há informação que se pretende válida, coligida por Nahoum, entre 1831 e 1959. Dessa época, até o presente, pode-se inventariar mais 4 eventos de prenhez ectópica de término: Lana (Rio de Janeiro, 1960) relata ter operado 1 caso sem especificar pormenores clínicos. Conceito morto. Lauand & Sabbag (Araraquara, 1961) observaram gestação a término, com feto vivo e euplástico. Boechat (Volta Redonda, 1965), outro caso, a término, feto morto, e Coelho (Recife, 1965), gravidez a término, feto vivo e decesso materno.

Compõem nossa casuística 8 exemplos de prenhez abdominal, dos quais 7 produtos natimortos e 1 vivo, euplástico. Descreveremos

seus sucessos clínicos, discutiremos o diagnóstico e, fazendo reflexões sobre os erros e omissões havidos, ajuntaremos algumas conclusões apoiadas nessa vívida experiência.

Observação 1. — M. L. C. (clínica particular), 34 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 13 anos, casou-se aos 14. Sem ter recorrido nunca a medidas anticoncepcionais, não logrou, todavia, gestar. Decorridos 7 anos do casamento, enviuvou. Volta a casar-se no mesmo ano, passando mais 13 sem conceber, embora o desejasse. Foi submetida a laparotomia em 1953, após episódio doloroso abdominal. Nessa operação foi praticada histeropexia para cura de retroversão e apendicectomia. Catamênios subseqüentes regulares.

História da gravidez atual. Última menstruação em 25-5-1957. Perda sanguínea escassa e escura no 2º mês de amenorréia. Nem a amenorréia nem a hemorragia despertaram-lhe a atenção, só vindo a saber-se grávida no fim do 3º mês. Datam dessa época dores abdominais, predominantes no hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca direitos. Relata intercorrência de lipotimia, epistaxe e otorragia, procurando médico particular que certificou a existência da prenhez. Passado o acidente, médico e paciente consideraram a gravidez a se desenvolver normalmente. A partir do 5º mês refere perceber movimentos fetais. Consultou outro médico no último mês de gestação que solicitou radiografia simples do ventre. "Feto em apresentação transversa, alta, dorso superior" foi o resultado da chapa. A partir desse exame, considerados os antecedentes da paciente e o evolver tumultuoso da prenhez, foi estabelecido o diagnóstico de gravidez abdominal.

Exame físico. A palpação do ventre revela feto em situação transversa. São as partes fetais facilmente identificadas, superficiais, sugerindo implantação ectópica do óvo. A mobilidade do feto, provocada por mudança de decúbito ou pela palpação, é acentuada e indolor. Os movimentos do feto desenham-se com nitidez, sob a pele. B.C.F. 132 t/min., muito nítidos em toda a parede do ventre "Fundus uteri" = 36 cm.

Exame pélvico. Colo uterino alto, amolecido, relativamente longo, deslocado para a direita e para diante, orifício externo fechado. Teste de Lorincz negativo com 0,04 u de ocitocina injetadas por via intravenosa.

Para confirmar o diagnóstico e melhor documentar o caso foi realizada histerografia na 39ª semana (28-2-1958). Surpreendentemente a radiografia parecia infirmar a ectociese. Com efeito, não se desenhou a forma clássica da cavidade uterina, antes parecendo que o contraste se coletava por baixo do saco ovular, recalçando-o para cima, iniciando mesmo seu descolamento. Demais uma sombra linear, arqueada, acima do dorso fetal, sugeria o contorno uterino e a ausência de entero-aero-colia sobreposta à imagem fetal mais reforçava o diagnóstico radiológico de prenhez intra-uterina (Fig. 1).

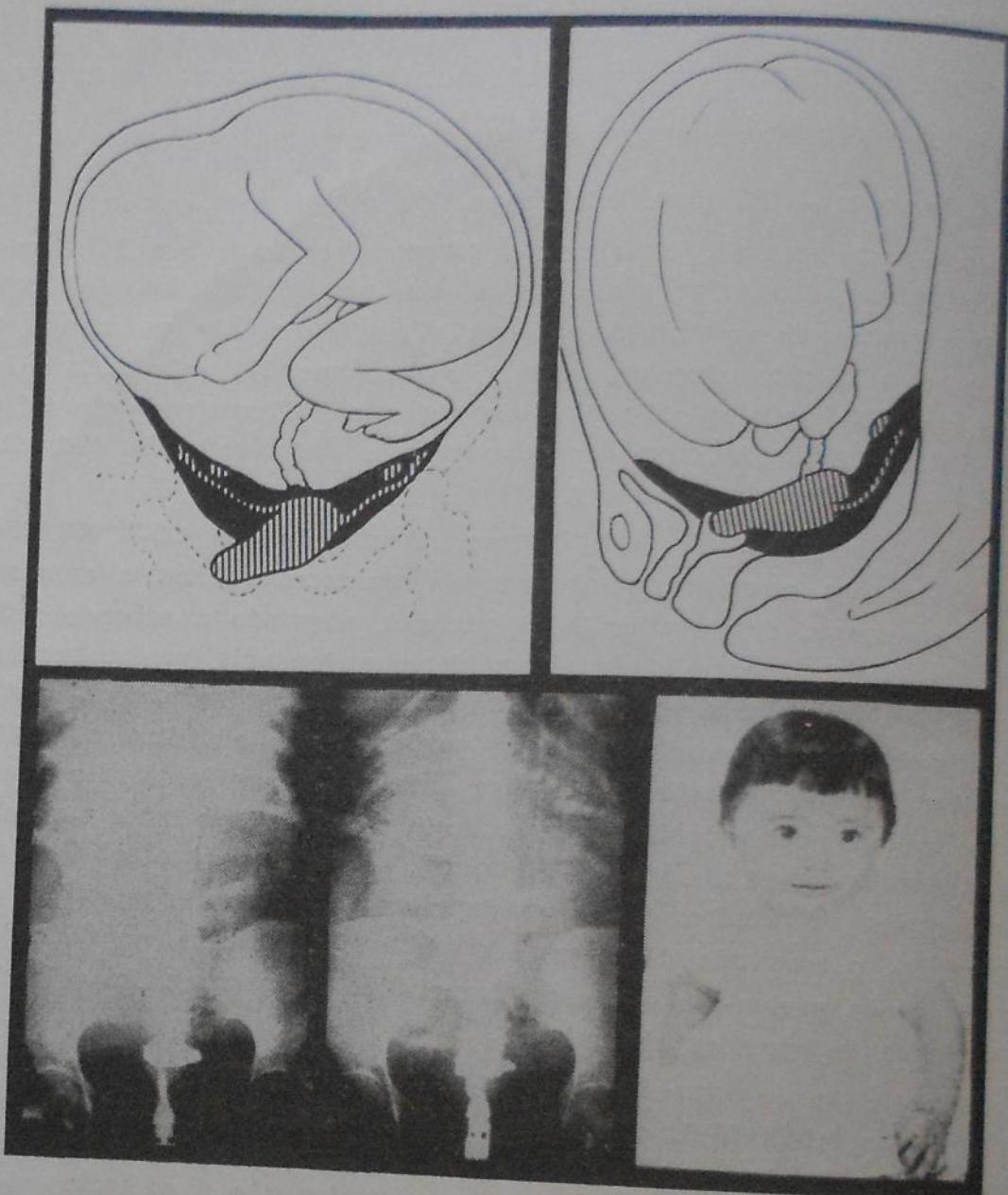


Fig. 1 — (Obs. 1, produto vivo) Acima: Desenhos representativos do óvo em antero-posterior e lateral. Notar as íntimas relações da placenta com a cavidade pélvica e, de modo particular, com o reto. Abaixo: Histerografias após injeções de 6 e 21 ml de contraste iodado. As imagens uterinas não foram conclusivas. Feto a término, em situação transversa alta, dorso voltado para cima. A direita, a menina ao completar 10 meses.

Como as circunstâncias justificassem a operação cesariana (primiparidade idosa, esterilidade primitiva, feto "precioso", etc.), julgamos lícito indicar a laparotomia que, ao cabo, esclareceria definitivamente o diagnóstico e resolvendo a situação clínica, quer se tratasse de gravidez intra ou extra-uterina.

Relato operatório. Incisão mediana infra-umbilical. Incisado o peritônio e desfeitas algumas aderências víscero-parietais, notamos grande massa ora de coloração branco-nacarada, ora deixando perceber vagamente seu conteúdo

— o feto. Ovotomia, escoando-se regular quantidade de líquido amniótico claro. Extração fetal fácil. Feto vivo, Apgar 10.

A exploração da pelve revelou, na linha mediana e desviado para a esquerda, o útero, algo amolecido, de volume comparável ao de gravidez de 2 meses. À esquerda, é a exploração difícil, havendo aderências dos órgãos pélvicos à placenta e páreas. Não foi possível minuciar as relações do óvo com as vísceras (Fig. 1).

O cordão umbilical, de inserção velamentosa, foi seccionado a 1 cm de sua inserção. Logo após obtivemos, por via vaginal, biopsia de endométrio, na qual observamos reação decidual (Fig. 2A). Pós-operatório sem eventos, permanecendo a massa tumoral, indolor, presumivelmente a placenta. Pesou a criança 2 650 g, tendo 47 cm de estatura; sexo feminino.

A paciente foi examinada ao fim de uma quinzena. Passara muito bem. Palpa-se massa no hipogástrio, difusa, imóvel e dura. A tumoração hipogástrica dura, difusa, fixa, regrediu pouco. Sua altura que alcançava 11 cm acima do pube, situa-se após 2 meses a 9 cm. O toque, assim o retal como o vaginal, nada esclarecem. Do útero só se percebe o colo, no eixo da vagina, quase imóvel. A histerometria alcança de 7 a 8 cm; a insuflação revela impermeabilidade tubária e a histerografia imagens inconclusivas, merecendo notadas certas semelhanças com aquelas obtidas durante a gravidez. E' bom o estado geral da paciente.

Menstruou 3 meses após a operação, sendo os catamênios subsequentes regulares. Não voltou a gestar.

Perdemos contato com a paciente até 1965, quando compareceu acompanhada da sua filha, agora com 7 anos e normal desenvolvimento físico e psíquico. Relata que há 3 anos começou a apresentar dores abdominais difusas e episódios de constipação. Certo dia eliminou pelo reto massas de consistência esponjosa; com fenômenos de abdome agudo foi submetida a laparotomia exploradora. Havia perfuração do ceco em meio a aderências múltiplas nos órgãos pélvicos. A paciente não sabe dar pormenores. Supomos que a intercorrência tenha sido motivada pela eliminação da placenta.

Observação 2. — C. G. S. (Reg. 2 632), 28 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 13 anos, casou-se aos 20, 1º parto aos 21 anos. 3 partos normais a término.

História da gravidez atual. Última menstruação: maio de 1961 (dia ignorado). Prenhez de evolução normal, salvo no 1º trimestre quando sentiu fortes dores abdominais que cessaram espontaneamente. Não fez tratamento pré-natal. Internou-se na "33ª Enfermaria" em 16-2-62, no 9º mês de gestação, por haver deixado de sentir o feto mover-se. Descrição do exame feito na admissão: gravidez a término; fundo uterino = 32 cm; feto inaudível, em situação transversa.

Exame pélvico. Colo posterior, longo, orifício externo fechado. Apresentação inacessível ao toque. Exame colpocitológico: ausência de características gravídicas. Conclusão: óvo morto e retido.



Fig. 2 — O endométrio na prenhez abdominal ($100\times$). A: Obs. 1 (produto vivo). Decídua típica. B: Obs. 3 (natimorto macerado). Endométrio com hiperplasia glandular e, em certos pontos, glândulas císticas. C: Obs. 2 (natimorto macerado). Endométrio com discreta hiperplasia. D: Obs. 4 (natimorto macerado). Endométrio com proliferação glandular e células do revestimento apresentando hiperplasia, núcleos volumosos e citoplasma claro.

Conduta expectante, aguardando-se o deflagrar espontâneo do parto. Passados 30 dias de sua data provável foi decidida a indução, perfundindo-se oxitocina por via intravenosa. 15 dias durou a tentativa de esvaziamento uterino. Diante do malôgro em fazer o útero contrair-se, suspeitou-se existir

mioma e não gravidez. Para esclarecimento foi feita radiografia simples do ventre, cujo laudo revelou: "feto morto em situação transversa alta, dorso superior". Só então se pensou na possibilidade de prenhez abdominal, diagnóstico logo afastado, em virtude do "nítido contorno uterino" estampado na chapa (Fig. 3). Por esse motivo também não foi feita a histerografia planejada. Fixado o diagnóstico de morte ovular e temendo-se acidente discrásico sanguíneo pela retenção prolongada do óvo morto (2 meses), baixo o teor de fibrinogênio (206 mg%), determinou-se realizar a cesariana.

Relato operatório. Incisão mediana infra-umbilical. Aberto o ventre, depurou-se o cirurgião com útero aumentado de volume correspondendo a gravidez de 3^º/4^º mês. Implantada no fundo uterino, massa volumosa, opaca, coloração rósea, que, de início não sobressaia com nitidez das demais estruturas. No interior do saco, feto morto e macerado. A placenta e o saco ovular que pela dureza apresentada sugeriam grande deposição de cálcio, inseriam-se no fundo uterino, fundo-de-saco lateral esquerdo e alças intestinais. Foi praticada histerectomia sub-total com anexectomia esquerda, retirada parcial da placenta e marsupializada a porção deixada intracavitariamente (Fig. 3). Pós-operatório sem eventos.

Relato anátomo-patológico. (VO 62.27) Concepto do sexo feminino, pesando 2 600 g e medindo 48 cm, macerado. Acompanhando-o: cordão umbilical, fragmento de placenta e membranas, parte do corpo uterino e um dos anexos genitais (Fig. 3). No estudo microscópico do concepto, além da autólise acentuada, nada registramos de importante. Sinal de Wegner negativo. Cordão umbilical autolisado, medindo 38 cm. O fragmento das membranas e da placenta que media, no conjunto, 14 e 10 cm nos maiores eixos, era espessado endurecido, sugerindo intensa calcificação. Quanto ao ovário, trompa e útero, apenas mantinham conexão com a placenta e membranas; à microscopia, eram as visceras autolisadas, com características de maturidade. O cordão umbilical e as membranas estavam desvitalizados, essas esclerosadas e com grande deposição de cálcio. Placenta do final de prenhez, autolisada, com intensa deposição de cálcio e fibrina, e as vilosidades de tipo "fantasma" penetrando no miométrio. O endométrio era discretamente hiperplástico, embora mostrando, em raros pontos, vacúolos (Fig. 2C); no ovário registramos folículos em vários estádios de crescimento. *Conclusão:* Prenhez abdominal, aproximadamente a término, interrompida e retida há longo tempo. Corpo uterino, ovário e trompa sem particularidades. Natimorto em grau avançado de maceração.

Observação 3. — D. R. M. (Reg. 1845), 21 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 12 anos. 1º coito aos 16, 1^a gestação aos 17 anos terminada por parto operatório (cesariana corporal com incisão paramediana, para-umbilical esquerda, realizada no interior). A segunda ges-

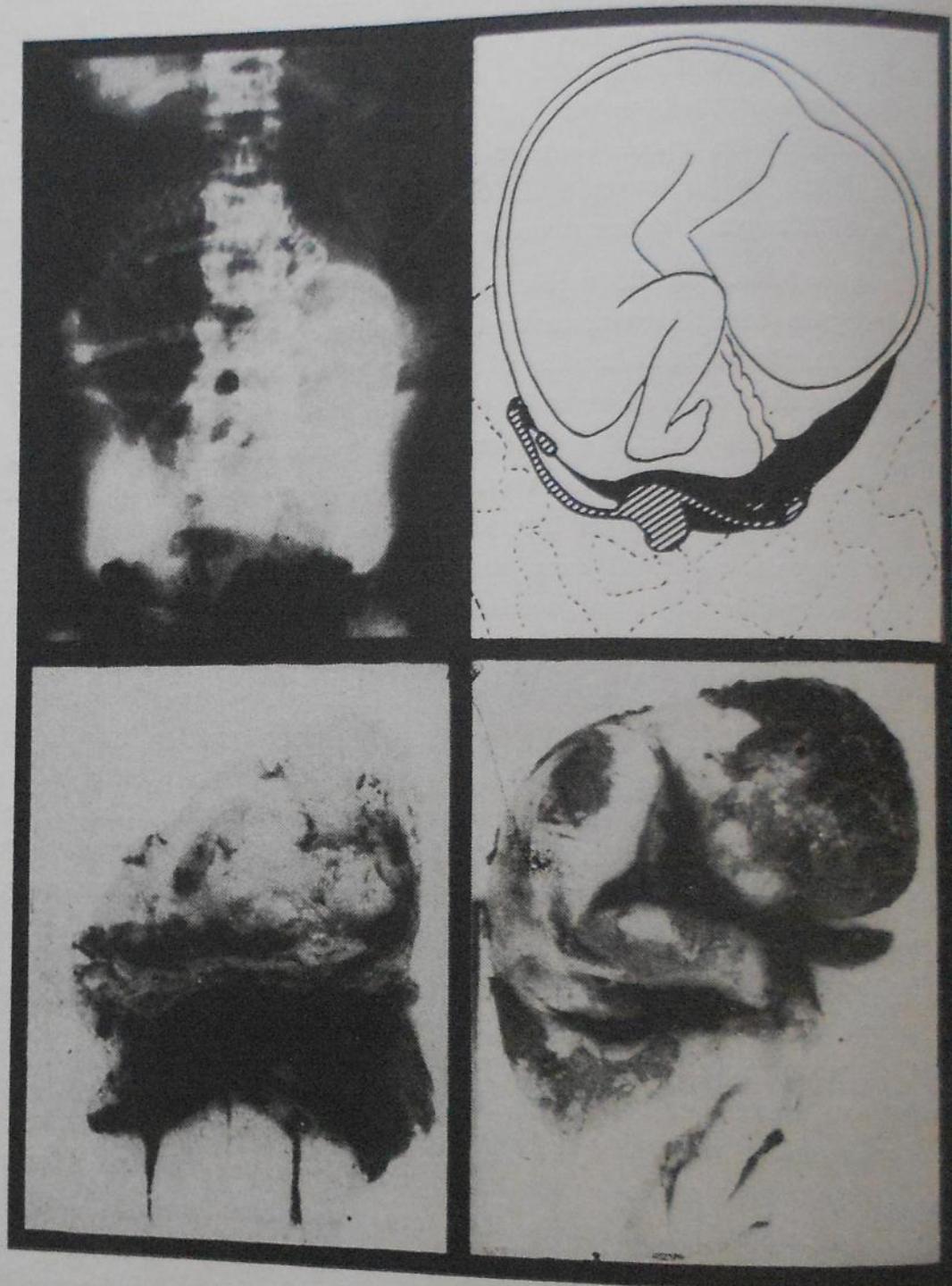


Fig. 3 — (Obs. 2 — VO 62.27). Acima: Estudo radiológico e representação esquemática da cavidade abdominopelviana. O feto está em situação transversa alta, com dorso superior, cavalgados os ossos do crânio (sinal de Spalding), o que permitiu reconhecer-lhe a morte. Segundo o laudo radiológico era quadro sugestivo de prenhez tópica. No desenho vêem-se as relações da placenta com o corpo uterino e com o lado esquerdo da cavidade pélvica, onde incorporara o respectivo anexo. O colo era desviado para a direita e para trás e o corpo para a frente. Abaixo: Parte das membranas, da placenta, o corpo uterino e o feto, bem constituído e em avançada maceração.

tação evolueu normalmente até o término. Parto cesáreo eleito com incisão de Pfannenstiel e incisão segmentária (1960).

História da gravidez atual. Última menstruação em 5-4-62. Não fez tratamento prenatal. Transcorreu a prenhez sem incidentes até a 33^a semana, quando sobreveio forte dor abdominal, desmaio, hipertermia e diarréia. Avenida no Pronto Socorro, melhorou a seguir, entretanto não mais sentiu movimentos fetais. Julgando morto o feto, internou-se na "33^a Enfermaria no curso da 34^a semana de gestação. O exame físico realizado no momento da internação revelou temperatura 36°C. T.A. = 210/130 mmHg, fundo uterino 25 cm. Feto inaudível. Ventre de parede tensa, dolorosa, impedindo a delimitação do contorno uterino e a palpação de partes fetais.

Exame pélvico. Colo amolecido, longo, alto, bloqueado no fundo-de-saco lateral esquerdo, orifício externo fechado. Apresentação ignorada. Colpocitologia: compatível com morte ovular.

Foi o caso rotulado de óvo morto e retido, o decesso fetal atribuído a doença hipertensiva. Subseqüentemente apresentou perda sanguinolenta. Foi instituída medicação hipotensora e diurética; repouso e dieta hipossódica. 2 semanas após a internação, ainda ignorado o tipo de apresentação, em virtude da rigidez do ventre, faz-se radiografia simples do abdome. Resultado: "feto morto em situação longitudinal, apresentação cefálica" (Fig. 4). Nada parecendo haver de anormal, aguardou-se o desencadear espontâneo do trabalho de parto dosando-se, a intervalos quinzenais, o fibrinogênio. Passados 21 dias da data provável do parto, decidiu-se provocá-lo artificialmente. A primeira tentativa foi feita com a sonda de Krause, malograda em virtude do pronunciado desvio do colo. Praticou-se, a seguir, perfusão venosa de ocitocina durante 3 dias, sem êxito. Disso resultou flebite no braço utilizado para a venoclise, sustando-se novos procedimentos, deixada a paciente em repouso durante 1 semana. Não foi consignada a resposta uterina ao ocitócico mas a paciente informava sentir "cólicas" enquanto tomava o sôro.

Julgando inviável o esvaziamento uterino transpélvico, optou-se pela operação cesariana que foi realizada 28 dias após a data provável do parto.

Relato operatório. Incisão de Pfannenstiel. Abertura do ventre com dificuldade mercê de aderências e da fibrose dos tecidos. Estava o útero aumentado de volume e, aparentemente, contendo o óvo. Não foi senão após tentativa de descolar o peritônio visceral que participava, em realidade, da parede anterior do saco ovular, que se verificou tratar de prenhez abdominal. Liberado o feto macerado. Após esvaziamento da câmara ovular foi possível ver rotura uterina antiga, na face anterior, no provável sitio da histerotomia corporal. Inseria-se a placenta em pequena parte da cavidade uterina, nas bordas da rotura, continuando por toda a face externa do corpo, aparentemente preservada a integridade do peritônio visceral. O óvo em seu desenvolvimento abdominal contraíra fróxas aderências com alças delgadas, colo

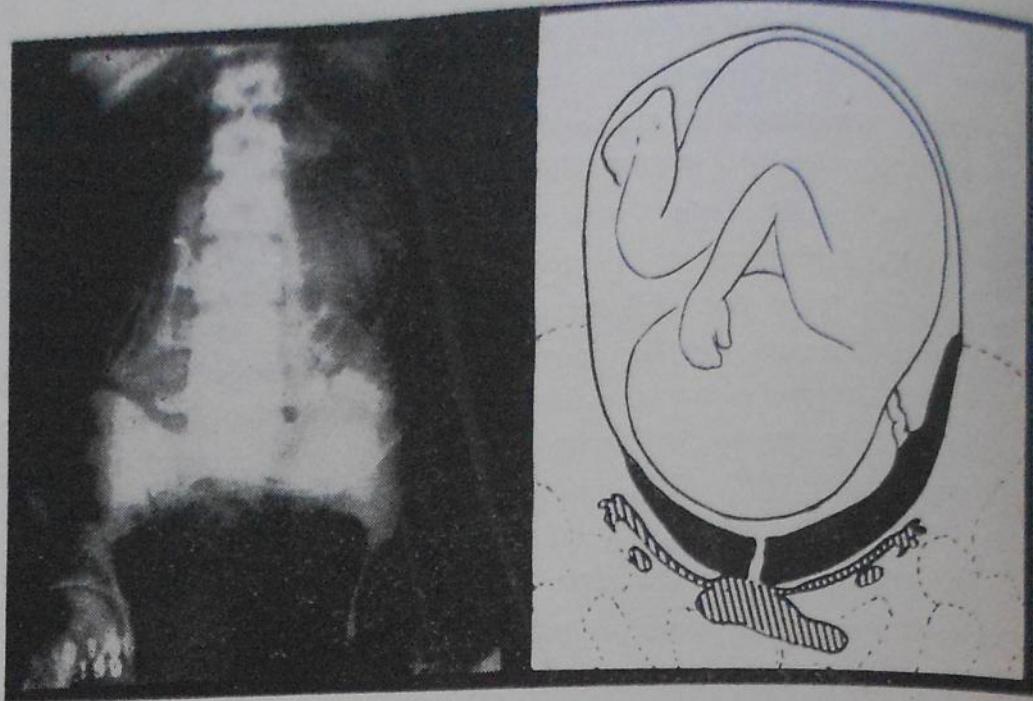


Fig. 4 — (Obs. 3 — VO 63.5). Radiografia simples do abdome, revelando feto morto (cavalgamento dos ossos cranianos), em situação longitudinal. Nesta oportunidade o radiologista não suspeitou de prenhez ectópica, mas, retrospectivamente, vê-se que a altura da cabeça era dificilmente compatível com ôvo intra-uterino. O desenho mostra o saco ovular e o feto, em suas relações com o útero. A placenta apresenta, na zona lindeira ao útero, parte descontínua, que correspondia à rotura da parede da víscera, por onde se comunicava com a cavidade corporal.

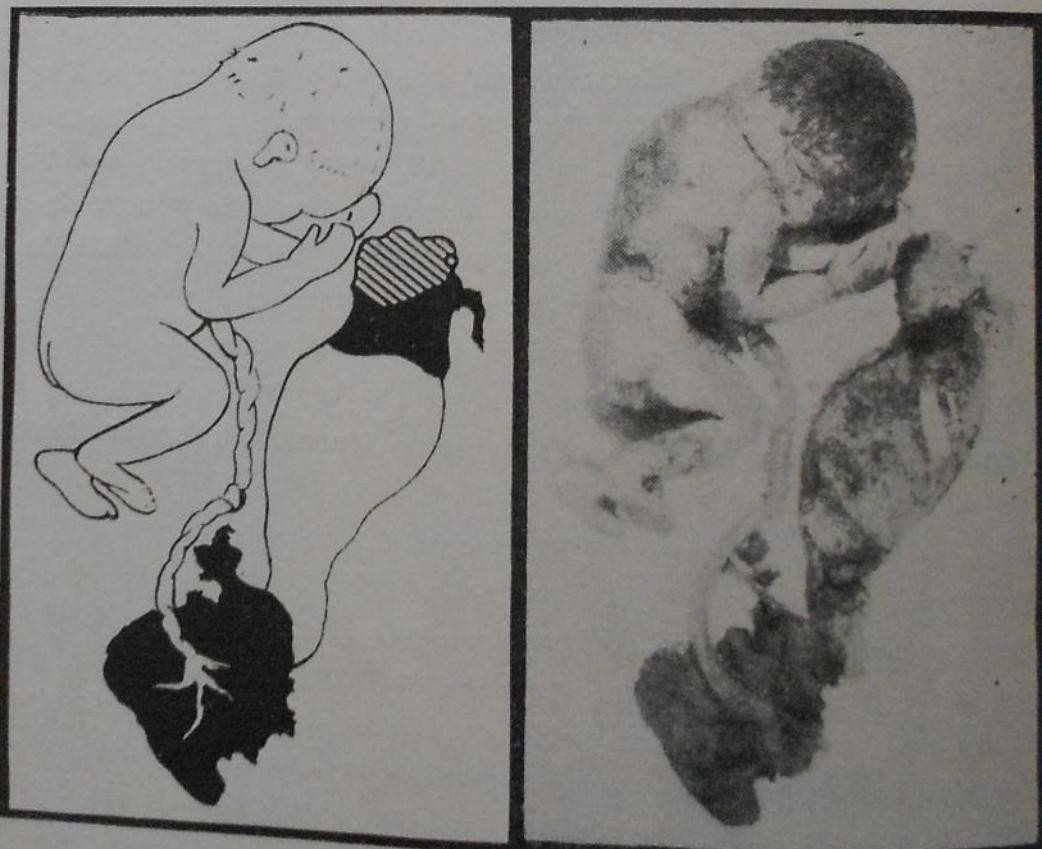


Fig. 5 — (Obs. 3 — VO 63.5). Feto, placenta (vista pela sua face fetal) e cordão umbilical com nó verdadeiro, membranas e a porção retirada do útero. No desenho, em branco, estão as membranas, o feto e o cordão umbilical; em tracejado, o fragmento do corpo uterino e em preto, a placenta, que fôrça retirada irregularmente do saco ovular.

descendente e epíplo, facilmente desfeitas. Foi assim possível a retirada do saco e da placenta, completada com histerectomia corporal (Figs. 4, 5 e 6). Pós-operatório sem incidentes. Alta no 6º dia.

Relato anátomo-patológico (VO 63.5). Concepto do sexo masculino, pesando 1 600 g, medindo 37 cm e macerado. Juntos foram enviados, saco ovular, cordão umbilical, parte do corpo uterino e os anexos genitais (Figs. 5 e 6). No estudo macroscópico consignamos: feto com avançados sinais de autólise e sem malformações; sinal de Wegner negativo; ovários e trompas aderentes ao saco ovular, sem particularidades; cordão umbilical com embebição hemoglobínica, apresentando nó verdadeiro, medindo 40 cm e inserindo-se na parte

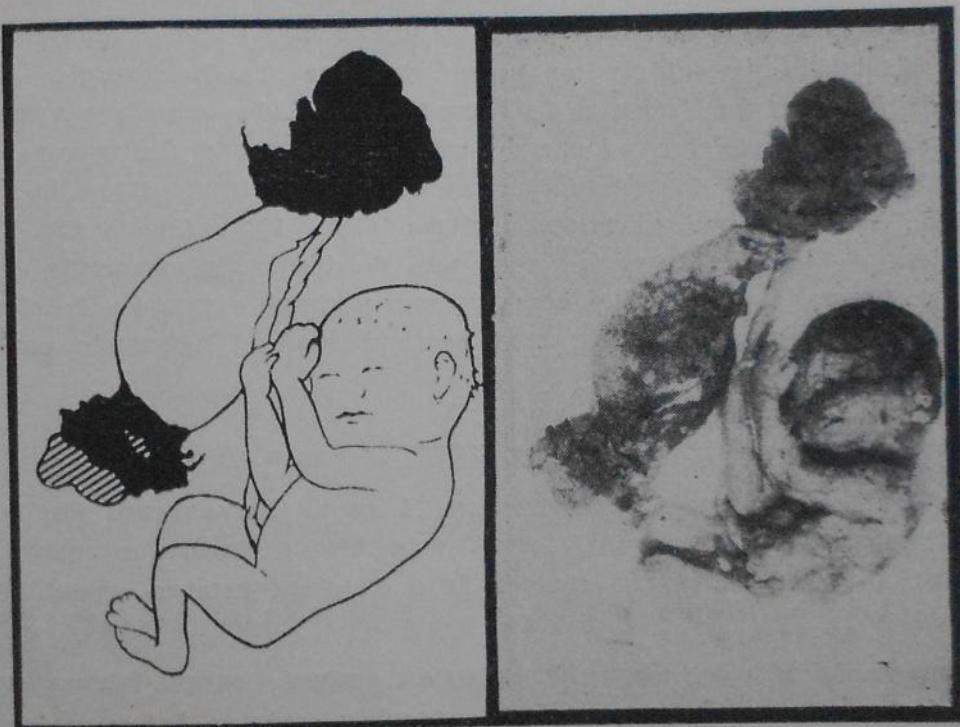


Fig. 6 — (Obs. 3 — VO 63.5). O mesmo caso da Fig. 5, visto pelo lado oposto.

central da placenta; saco ovular mantendo íntima relação com o útero e os anexos genitais, particularmente na inserção placentária, com a superfície interna lisa e uniforme e a externa irregularmente rugosa, correspondendo às zonas de aderências; parede do saco ovular espessadas (0,8 cm), consistência firme e coloração amarelada; zonas amolecidas vermelho-escuro ou duras e acinzentadas (calcificação ?); tecido placentário tendendo ao ovóide, medindo 14 e 18 cm nos maiores eixos, continuando a parede do saco ovular, do qual fazia parte, e representado por tecido rosado e firme, de espessura variável (0,3 cm na periferia a 1,8 cm na zona central); massa

placentária exibindo solução de continuidade circular que media aproximadamente 2 cm de diâmetro correspondendo ao útero, no qual também havia rotura. Aí o tecido placentário circundante era de consistência dura e de coloração cinza amarelada; corpo uterino aumentado de volume, medindo 10 e 6 cm nos maiores eixos, apresentando na porção anterior e esquerda, orifício de contorno irregular que media no maior eixo 2,5 cm. Era esta zona de superfície rugosa (local de onde foi separada a placenta e sede da solução de continuidade aludida). Os cortes mostraram que esse orifício se continuava com a cavidade corporal, na qual era a mucosa espessada, de coloração amarelada ou vermelha. Anote-se existir ainda tecido placentário, assim na zona de rotura como na cavidade corporal, mesmo após a retirada do órgão. À microscopia consignamos, além da autólise generalizada dos tecidos fetais, processo inflamatório granulomatoso de corpo estranho na parede tubária; ovários com folículos em crescimento normal e corpo amarelo; penetração de tecido placentário no miométrio, que era hemorrágico e tinha áreas de degeneração hialina e de necrose; vilosidades coriais e membranas autolisadas, com esclerose, focos de calcificação, áreas de necrose e rica deposição de fibrina; autólise dos elementos funiculares; endométrio hiperplástico, às vezes com glândulas císticas (Fig. 2B). *Conclusão:* Prenhez abdominal de terceiro trimestre mas não de término, interrompida e retida há longo tempo. Corpo uterino com ruptura parietal e invasão de elementos vilositários. Trompas e ovários sem particularidades. Natimorto em maceração avançada.

Observação 4. — B. P. S. (Reg. 3382), 34 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 14 anos. Casou-se aos 20, 1º parto aos 21 anos. Gesta V para II. As 2 primeiras gestações e partos foram normais: 2 produtos vivos e saudáveis; 3^a e 4^a abortamentos espontâneos no 1º trimestre.

História da gravidez atual. No início da gestação surgiu intensa sintomatologia dolorosa, que fez suspeitar-se de prenhez ectópica. Internou-se na "33ª Enfermaria" no decurso da 16^a semana a fim de esclarecer o diagnóstico. Após 3 semanas de observação e de exames, superados os sintomas iniciais, foi a gravidez considerada de evolver normal e concedida alta. Daí em diante nada mais sentiu até a 34^a semana quando referiu forte dor abdominal cessando, seguir, a movimentação fetal. 1 mês mais tarde reinternou-se constando do exame feito à ocasião: gestação na 38^a semana, fundo uterino medindo 28 cm; batimentos cardiotécnicos inaudíveis. Ventre flácido, permitindo identificar partes fetais e tumor uterino, mediano, móvel e indolor.

Exame pélvico. Colo amolecido, alto, bloqueado no fundo-de-saco lateral esquerdo; orifício externo fechado. Exame colpocitológico: Intensa infestação tricomonótica; todavia, o esfregaço sugere grave sofrimento ovular.

Hipótese diagnóstica. Ovo morto e retido.

Nos dias subsequentes, instalou-se sangramento vaginal discreto e constipação rebelde. Aguardou-se o esvaziamento uterino espontâneo, pois a paciente revelam sentir contrações uterinas. Passados 13 dias da data provável do parto, sem indícios de sua deflagração espontânea foi reexaminada, consignando-se, à ocasião, o que se segue: fundo uterino medindo 20 cm. Batimentos cardiotetrais inaudíveis, tumor uterino com as mesmas características anteriores. Exame pélvico: semelhante ao precedente. Dosagem de fibrinogênio normal (440 mg%). "Tem-se a impressão, contudo, palpando o ventre, que as partes fetais estão muito superficiais, logo abaixo da parede abdominal". Teste de Lorincz negativo após injetada 1 u. de oxitocina diluída em 5 ml de água bidistilada, diretamente na veia. Tal resultado, acrescido dos dados anamnésticos, fizeram-nos levantar a suspeita de prenhez abdominal. Não havendo unanimidade nesse diagnóstico, para confirmá-lo foi feita a histerossalpingografia. O estudo radiológico dizia ser a gravidez tópica (Fig. 7).

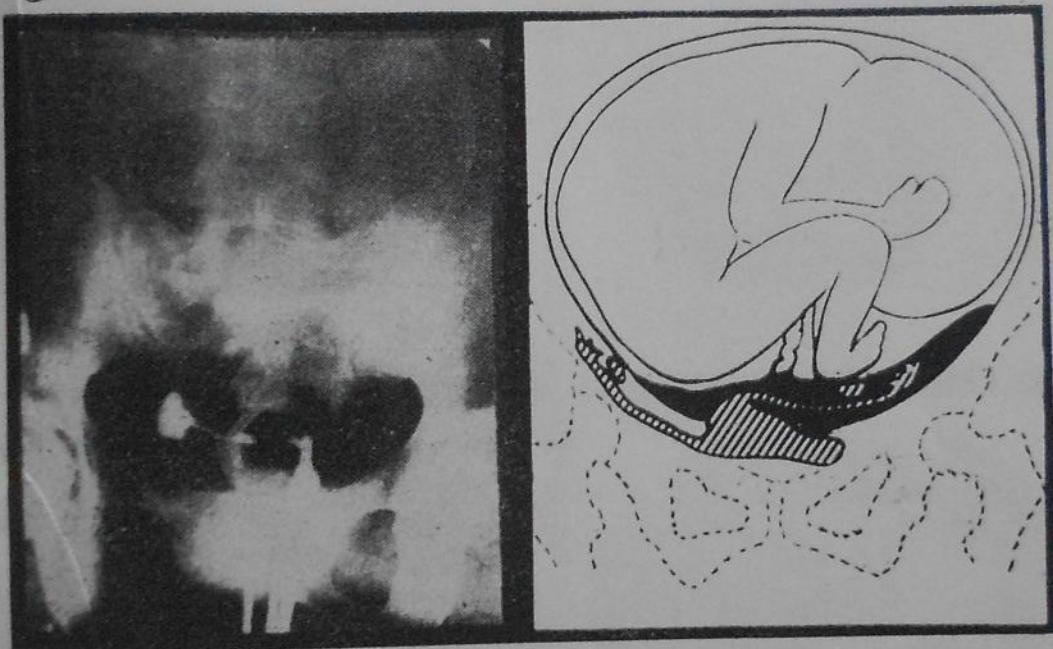


Fig. 7 — (Obs. 4 — VO 63.14). Histerossalpingografia que sugeriu prenhez tópica, com feto em situação transversa e dorso superior. No desenho indica-se a posição do saco ovular. A placenta situava-se no fundo e na face posterior do útero, espraiando-se pelo ligamento largo esquerdo, e tinha aderências firmes à trompa e ao ovário do mesmo lado. O corpo do útero estava desviado para a direita e, o colo, para esquerda.

Ante o resultado, perseverou-se na expectativa do esvaziamento uterino espontâneo. Passados 15 dias da data provável do parto sem que o quadro clínico se alterasse, procedeu-se a reavaliação dos sinais e sintomas, e repetido o teste de Lorincz (negativo), firmou-se o diagnóstico de prenhez abdominal, sendo a paciente operada.

Relato operatório. Aberto o ventre foi confirmada a prenhez abdominal. Inseria-se a placenta parcialmente na face posterior e no fundo do útero,

espraiando-se entre os folhetos do ligamento largo esquerdo, ausentes conexões vasculares com o peritônio pélvico ou com órgãos vitais. Fácil exérese, em massa, do ôvo, após histerectomia fúnica e retirada do ligamento largo juntamente com os anexos do mesmo lado. Laqueadura tubária direita (Fig. 8). Pós-operatório febril, sem outras complicações relevantes. Alta curada no 10º dia.

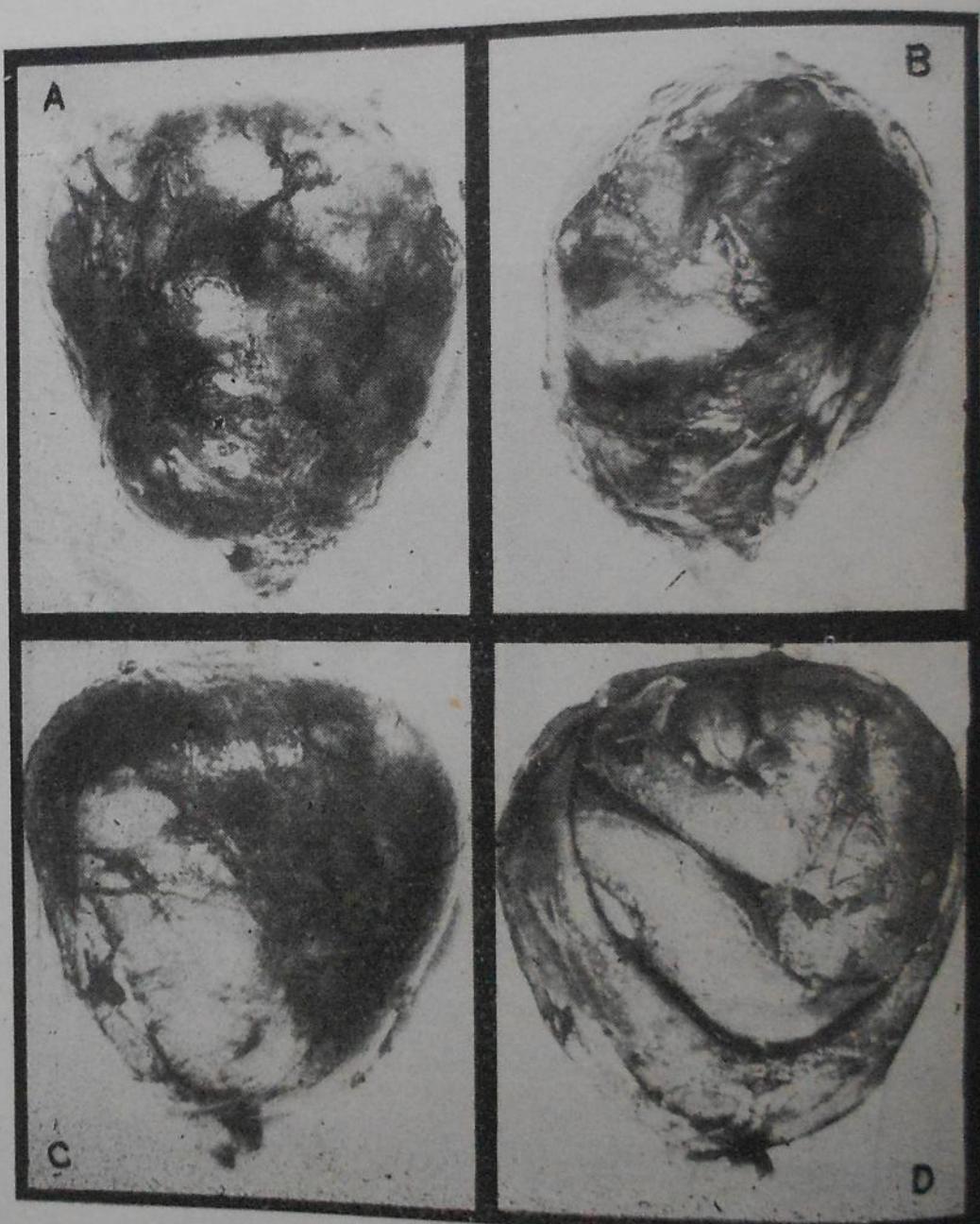


Fig. 8 — (Obs. 4 — VO 63.14). Saco ovular visto pelas faces anterior (A), lateral direita (B) e pela posterior (C). Notar no polo inferior a parte fúnica do útero. Em D, a face posterior, após abertura do saco ovular, vendo-se o conceito com grande descamação epidérmica.

Relatório anátomo-patológico (VO 63.14). O material enviado era representado pelo saco ovular, feto, porção fundica do útero e anexos esquerdos (Fig. 8). O conceito estava macerado, feminino, pesava 2 000 g e media 44 cm. Não registamos anormalidades constitucionais externas ou internas. Visceras autolisadas, hemorragia leptomeníngea. Sinal de Wegner negativo. Não existia praticamente líquido amniótico na cavidade, que era lisa e regular; sua superfície externa era rugosa e apresentava aderente, num dos polos, o fundo do útero e os anexos esquerdos (Fig. 8). A massa placentária correspondia à zona relacionada ao corpo uterino e dela partia o cordão umbilical, com embebição hemoglobínica, medindo 35 cm. Tanto as membranas como o tecido placentário apresentavam consistência firme, às vezes dura, coloração cinza-amarelada, e espessura variando de 0,5 cm na parede do saco ovular a 2 cm na zona da placenta. O estudo histológico revelou vísceras, cordão umbilical, membranas e tecido placentário autolizados. Anotou-se, nesses últimos, esclerose, depósito de fibrina e acentuada calcificação. (Fig. 11). Trompa sem anormalidades, ovário com folículos em normal crescimento e corpo amarelo hemorrágico. Superfície externa do miométrio invadida por elementos vilositários. Endométrio hiperplástico, e discreto infiltrado leucocitário mostrando, aqui e ali, reação de Arias-Stella (Fig. 2D). *Conclusão.* Prenhez abdominal, aproximadamente de térmo, óvo morto, com longo período de retenção. Ovário e trompa sem particularidades. Fundo de útero invadido por elementos vilositários. Natimorto macerado.

Observação 5. — V. S. (Reg. 4 422), 23 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 13 anos. 1º coito aos 17. II gesta I para. 1º parto aos 18, normal, a térmo; recém-nascido vivo, do sexo feminino; 2 300 g. Esterilidade secundária.

História da gravidez atual. Última menstruação em data ignorada. A partir de maio de 1963 apresentou perda sanguínea vaginal constante, acompanhada de cólica, vômitos biliosos e dores generalizadas. Consultando médico particular foi-lhe dito ter cólica hepática. Relata, daí por diante, sucessivas crises dolorosas abdominais, com hemorragia genital. Afirma haver então menstruado com as características de sempre, sendo o fluxo mais escasso, e de cor escura. Aos fins de julho de 63 começou o tratamento no Ambulatório e, depois, na "33ª Enfermaria". Aos sintomas descritos somava-se à época, dispneia. Fêz-se exame de sangue e Rx do ventre. Concluíram ter anemia, liomioma uterino e gravidez tópica, Galli-Mainini positivo. Diz haver sido submetida a várias transfusões de sangue, melhorando e voltando para casa, prosseguindo o tratamento prenatal. A partir dessa época a prenhez evoluiu normalmente até o 6º mês percebendo movimentos fetais. No dia 5 de dezembro, estando a gravidez supostamente no curso do 8º mês, voltou a exhibir os sintomas anteriores. Quando deixou de perceber os movimentos fetais, surgindo-lhe secreção láctea e começando a diminuir o volume do ventre. Seu estado geral decaiu acentuadamente, perdendo cerca de 6 quilos em poucas semanas.

Exame físico. No dia da admissão. Fundo uterino 27 cm. Parede do ventre de consistência dura impossibilitando palpação minuciosa do abdome. Não foram identificadas as partes fetais. B.C.F. inaudíveis.

Exame pélvico. O toque desperta dor à mobilização dos órgãos; colo longo, amolecido, orifício externo cerrado. Útero aumentado de volume, correspondendo a gravidez de 7º mês. Foram solicitados o teste Galli-Mainini, exame de sangue e de urina, citologia e dosagens hormonais. *Hipóteses diagnósticas:* Corioma? Retenção do óvo morto? Mioma?

Nos dias subsequentes permaneceu a paciente em observação, enquanto se processavam os exames complementares. Insistentes as dores abdominais, foi medicada com analgésicos e antiespasmódicos. 1 semana após a internação predominavam as dores epigástricas, disfagia e vômitos alimentares. Tais sintomas fizeram pensar na existência de neoplasia maligna do estômago associada à presença de óvo morto e retido, então diagnosticado, após verificação da chapa radiográfica.

Examinada pelo gastroenterologista foi afastada a hipótese de neoplasia maligna do estômago. Transcorridas 3 semanas de observação ainda não fôra feito diagnóstico definitivo, mercê dos elementos contraditórios. A reação de Galli-Mainini foi positiva em 20/12; as dosagens hormonais em 31/12, revelaram: fenolesteróides 600 mg e diol 30 mg na urina de 24 horas. O diagnóstico colpocitológico viu-se prejudicado a conta de infestação por tricômonas. O Rx do ventre mostrava imagem fetal sem sinais de morte, estando o conceito em situação longitudinal e apresentação pélvica (Fig. 9). 23 dias após a internação, pela primeira vez pensou-se na possibilidade de prenhez abdominal em virtude dos seguintes elementos: 1. Teste de Lorincz: a injeção venosa de 1 u. de ocitocina não fêz o presumido útero contrair-se, apesar da excessiva tensão do ventre impedir a boa percepção do conteúdo abdominal. 2. A punção transabdominal do possível conteúdo uterino revelou líquido de cór vinhosa (feto morto e macerado) num sítio, e sangue rutilante noutro; a segunda punção atingiu provavelmente a zona de inserção da placenta que era inquestionavelmente funcionante. 3. Exame pélvico: colo volumoso, longo, excessivamente doloroso à manipulação e bloqueado na zona do fundo-de-saco lateral direito. Nos dias imediatos persistiu a perda sanguínea que jamais se extinguira durante todas as fases da enfermidade, sendo a paciente finalmente submetida a laparotomia.

Relato operatório. Incisão longitudinal. Aberta a cavidade abdominal verificou-se a existência de tumor mediano, volumoso, mantendo estreita aderência com as paredes anterior e posterior do ventre. A fim de evitar acidente, pela manipulação, praticou-se abertura do saco ovular que continha líquido amniótico de cór violácea (como o obtido por punção transabdominal) e o feto morto macerado. A tentativa de explorar a zona de inserção da placenta abaixo situada, aderente ao corpo uterino e ao fundo-de-saco posterior (Fig. 9) ocasionou sangramento copioso, logo se abandonando o óvo em seu sítio. Idêntica repercussão provocou a experiência de ressecar parte das membranas que contraíram aderências com a parede posterior do abdome. Feita a

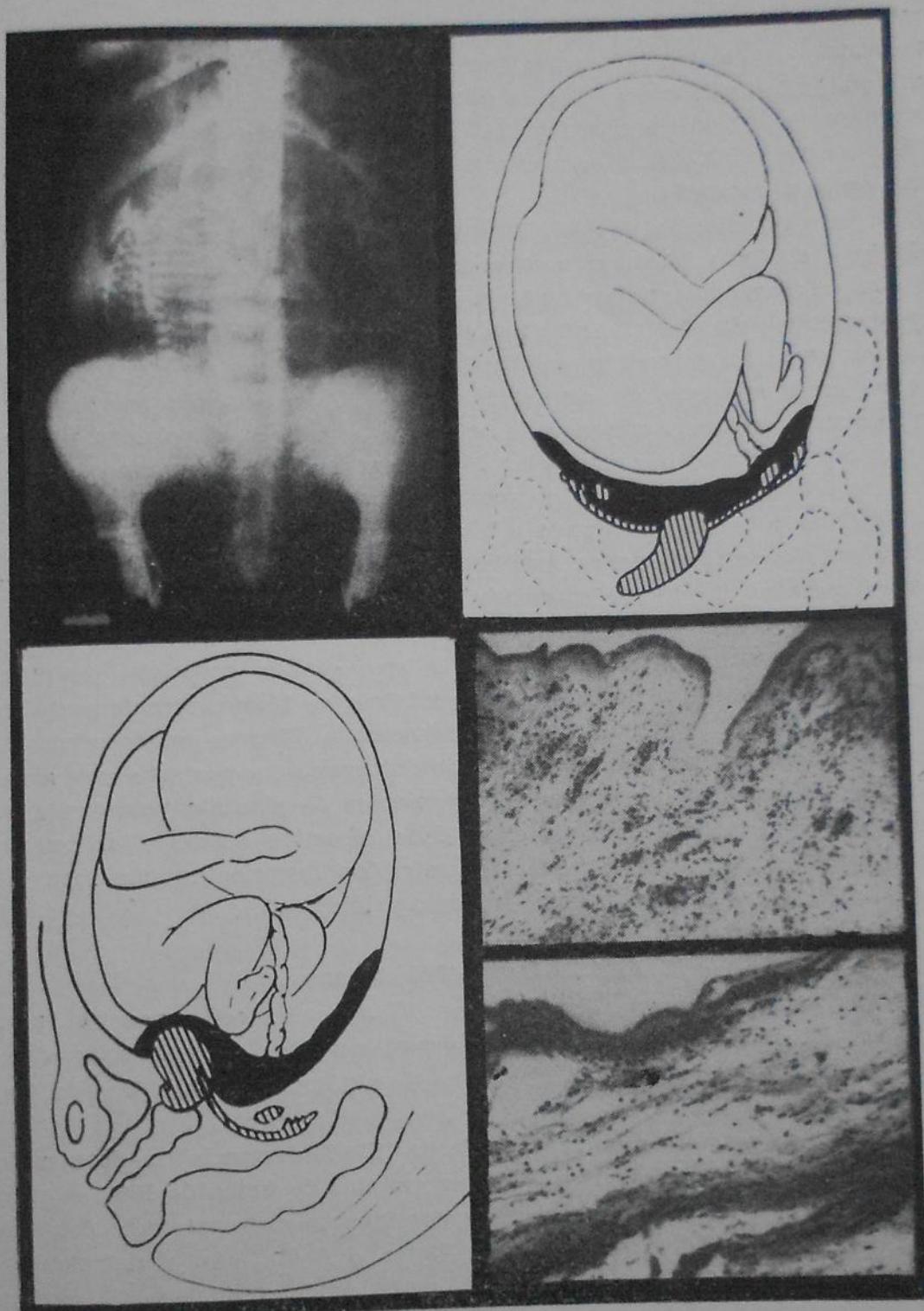


Fig. 9 — (Obs. 5 — Vo 64.3). Radiografia simples do abdome. Feto em situação longitudinal e apresentação pélvica. Os desenhos figuram, em anteroposterior e lateral, as relações do saco ovular. A placenta adere ao corpo uterino e fundo-de-saco vésico-uterino e retro-uterino. O útero tinha o corpo desviado para a esquerda e o colo para a direita. As duas fotomicrografias apresentam a membrana amniótica com denso infiltrado leucocitário ($100\times$).

hemóstase possível, foi o cordão umbilical seccionado ao nível da inserção fazendo-se, a seguir, a marsupialização da placenta. O pós-operatório foi extremamente acidentado: hipertemia, dor abdominal, sangramento vaginal intermitente e constipação rebelde. Permaneceu volumosa massa na fossa ilíaca esquerda. Melhorado o estado da paciente, foi-lhe concedida alta 36 dias após a operação.

Relato anátomo-patológico (VO 64.3). Concepto do sexo feminino, pesando 1 400 g e medindo 36 cm com discreta maceração. Macroscopicamente, além da aludida maceração, notava-se hiperemia visceral generalizada, pequena bossa sero-sangüínilenta na região craniana e ausência de deixar malformação. Sinal de Wegner negativo. O cordão umbilical mediou 30 cm; os fragmentos de membranas eram espessos, de consistência firme, e as exiguas porções de placenta revelaram áreas escassas de estrutura esponjosa, envolvidas por tecido firme e de coloração amarelada. Microscopicamente observamos serem as visceras fetais maduras, com hiperemia generalizada e focos de micro hemorragias. Nos pulmões era grande o teor de elementos amnióticos. Cordão umbilical autolisado, bem assim membranas e placenta. Anotamos ainda membranas erosadas, infiltrado leucocitário com abscessos pequenos e sem especificidade (Fig. 9). O fragmento da placenta tinha os caracteres gerais do final de prenhez, malgrado autolisada e com grande deposição de cálcio e fibrina. *Conclusão:* Prenhez abdominal próxima ao térmo, recentemente interrompida e retida. Natimorto com leve maceração. Flogose amniocorial.

Dois meses passados da intervenção reinternou-se a paciente com abscesso de parede. Eliminou, ao que parece, fragmentos de placenta pela ferida abdominal e, ao cabo de 3 semanas, cicatrizado o ventre obteve alta, notando-se ainda presença da massa lateral. Os referidos fragmentos não foram, por extraviados, submetidos a estudo anátomo-patológico.

Observação 6. — M. A. A. (Reg. 4-480), 26 anos.

Antecedentes pessoais. Menarca aos 15 anos. 1º coito aos 21 anos. 1º parto aos 22. II gesta, I para. Parto normal a termo, recém-nascido vivo, de sexo feminino, pesando 2 600 g. Nega uso de anticoncepcionais. Passou 4 anos sem gestar.

História da gravidez atual. Internada na "33ª Enfermaria" no decurso do 6º mês. Havendo menstruado pela última vez em fins de junho de 1963, os primeiros meses de gestação foram marcados por intensa sintomatologia dolorosa, o que a fez procurar diversos médicos. Entre o 5º/6º mês, matriculou-se no ambulatório prenatal do nosso Serviço, nada sendo assinalado de particular na primeira visita. Estava o feto vivo. O fundo uterino media 20 cm. No 7º mês procurou internação por sentir fortes dores abdominais difusas, não mais percebendo movimentos fetais há 1 semana. Era o feto inaudível e havia discreto sangramento vaginal.

Exame físico. Ao internar-se, revelou: paciente agitada com dor abdominal. T. A. = 110/60 mmHg; Temp. 36°C; fundo uterino = 23 cm; parede do ventre de consistência normal, feto morto em apresentação cefálica (?).

Exame pélvico. Colo amolecido, bloqueado detrás da sínfise pubiana, orifício externo fechado. Útero de volume correspondendo à idade de gestação. Colpocitologia prejudicada pela infestação por tricomonas.

No dia imediato deteriorou-se o estado geral, acentuaram-se as dores abdominais, sobreveio hipertermia (38°C), lividez e dispnéia T. A. = 90/60 mm/Hg, pulso 130 bat/min. Novo exame pélvico revelou: colo sem modificação, sangramento mínimo; útero na cicatriz umbilical, tenso, sugerindo hipertonia. A esquerda da linha mediana, acima do pube e adiante do "útero", foi encontrada massa endurecida, sugestiva de mioma. Abdome muito distendido. O exame de sangue revelou: hemoglobina 65%, hematócrito 33%. *Suposição diagnóstica:* hemorragia interna de causa ignorada; possivelmente DPP ou hemorragia discrásica por retenção prolongada de óvo morto e retido; rotura de viscera? Teste de Weiner evidenciando mecanismo de coagulação normal afastou a possibilidade de hemorragia discrásica. Aumentando a sensibilidade do ventre e a anemia da paciente, comprovada por sucessivos hematócritos (24% 12 horas mais tarde), fortificou-se a presunção de DPP. Repetidas transfusões de sangue não fizeram melhorar o estado geral e foi proposta laparotomia exploradora.

Relato operatório. Aberta a cavidade abdominal foi encontrada grande quantidade de sangue. Era a massa abdominal, considerada uterina, na realidade o óvo ectopicamente implantado e rôto em sua porção posterior de onde provinha o sangramento. Identificavam-se, facilmente, placenta, membranas e feto. Grande parte da massa placentária sofrera dequitação, estando sólta na cavidade. Após retirada do feto e secção do cordão rente à implantação placentária, seguiu-se a exérese do fragmento sólto da placenta. Subseqüentemente, foi iniciada a exploração da cavidade: útero desviado para a esquerda, aumentado de volume, simulando o "mioma" referido no exame clínico. Por perigosa e sangrante foi abandonada a tentativa de localizar minuciosamente a zona de inserção placentária; não obstante pudemos colher alguns subsídios topográficos, verificando inserir-se a placenta do lado direito, no ligamento infundíbulo-pélvico (Fig. 10). Após limpeza da cavidade foi praticada síntese das bordas do saco ovular. Pós-operatório sem incidentes. Alta no 6º dia.

Relato anátomo-patológico (VO 64.6). Tratava-se de conceito do sexo masculino, pesando 550 g e medindo 28 cm. Não revelava sinais de maceração nem malformações. Mucosas visíveis e leitos ungueais intensamente arroxeados. Ao exame interno os pulmões exibiam pontos hemorrágicos na superfície pleural e na leptomeninge; hiperemia visceral generalizada e vias aeróforas cheias de substância pastosa, amarelada. Sinal de Wegner negativo. Cordão umbilical, de aspecto normal. Tecido placentário esponjoso, pequenos pontos de coloração amarelada e consistência firme. Microscópicamente mostrava hiperemia visceral generalizada, micro-hemorragias difusas, particularmente extensas na leptomeninge e nos pulmões. Visceras imaturas. Placenta com os caracteres

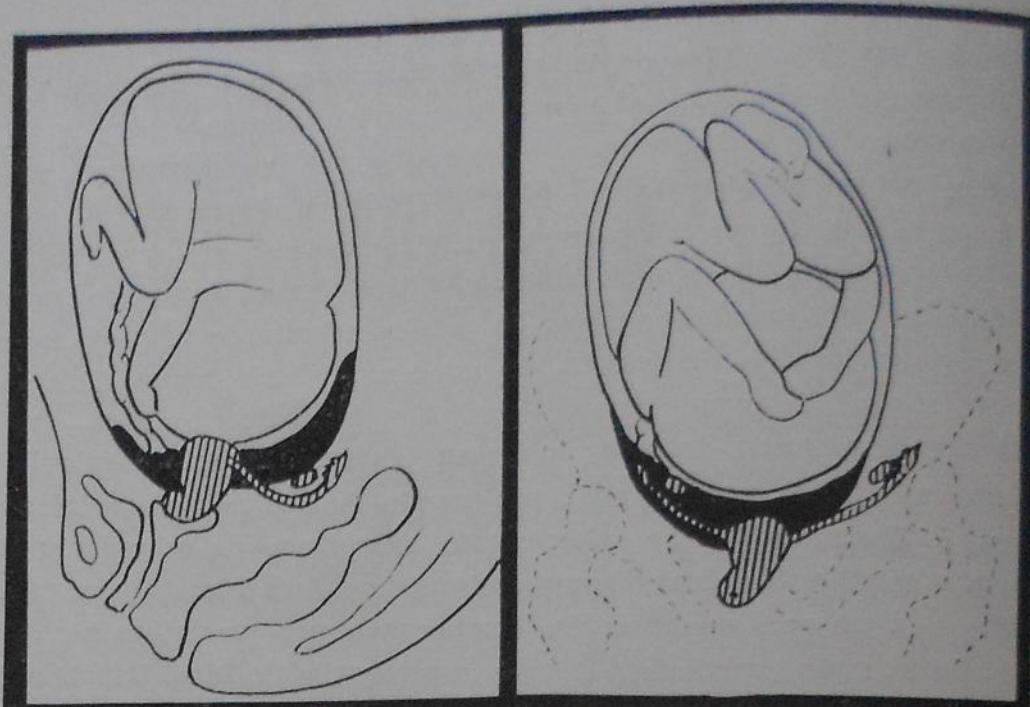


Fig. 10 — (Obs. 6 — VO 64.6). Desenhos representativos do saco ovular, do feto e das relações com a cavidade abdominopélvica. Vê-se a placenta em relação com o fundo do útero e com as porções direitas da cavidade pélvica, englobando os anexos dêste lado. O corpo do útero era ligeiramente desviado para a esquerda e o colo para a direita.

do segundo trimestre, havendo áreas mostrando deposição de fibrina aumentada (Fig. 11). *Conclusão:* Prenhez abdominal, interrompida no curso do segundo trimestre; morte fetal recente. Natimorto prematuro, não macerado. Síndrome hemorrágica fetal por anoxia.

Dois anos mais tarde, voltou a paciente a gestar. Relatou: menstruou em 9.2.1966, dor abdominal intensa e sangramento tipo "bôrra de café" iniciados 20 dias após o derradeiro catamônio. Com 1 mês de amenorréia foi internada por se haverem acentuado os sintomas. O exame realizado logrou surpreender tumor anexial esquerdo. Em face da intensa sintomatologia dolorosa e do quadro de choque iniciado após o exame pélvico, não hesitamos em firmar o diagnóstico de prenhez ectópica rôta. Realizada a laparotomia em 9.3.1966 encontrou-se grande quantidade de sangue e a trompa esquerda grávida e rôta. Após salpingectomia foi a cavidade abdominal examinada, não sendo encontrado vestígio do saco ovular marsupializado ao momento da gravidez abdominal de 2 anos antes (Fig. 12). Pós-operatório sem eventos. Alta curada no 6º dia.

Relato anátomo-patológico (PC 66/29). Macroscopia: Tumoração arredondada, medindo 7 cm, coloração vermelho-escuro, de superfície externa irregular.

com soluções de continuidade por onde saíam coágulos sanguíneos. O corte mostrou tratar-se de cavidade de contorno irregular, contendo sangue, coágulos, tecido esponjoso fixado à parede e fragmento de embrião já em autólise. Foram também observados numerosos coágulos sanguíneos, cujo volume corres-



Fig. 11 — Histologia da placenta ($\times 100$). Acima (Obs. 4 — VO 63.14). Vilosidades coriais totalmente autolisadas, com esclerose e deposição de fibrina, bem assim focos de calcificação. Abaixo (Obs. 6 — VO 64.6). Placenta tendo os caracteres do 2.º trimestre, embora apresentando áreas com grande deposição de fibrina (fotomicrografia do lado esquerdo). Notar que as estruturas placentárias exibem vitalidade.

pondia ao dôbro da tumoração. Microscopia: coágulos sanguíneos, tecidos fetais com autólise, vilosidades coriais jovens com vitalidade, às vêzes invadindo o plano parietal, constituído pela trompa esclerosada, infiltração leuco-

citária e áreas de necrose e de hemorragia. Conclusão: Prenhez tubária com hemorragia. Hematossalpinge (Fig. 12).

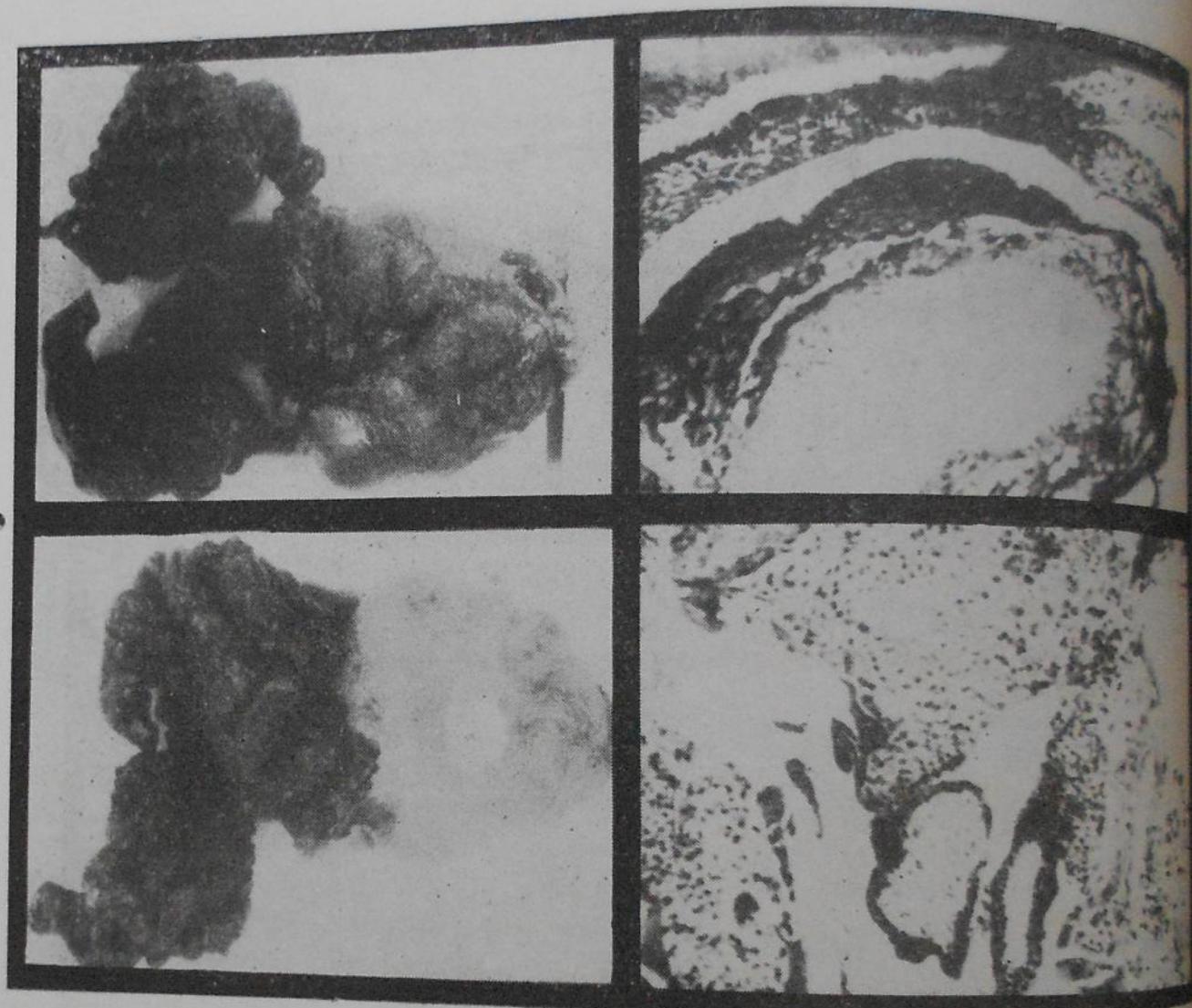


Fig. 12 — (Obs. 6 — PC 66.29). Coágulos sanguíneos e trompa dilatada por sangue e com zona de rotura. Vê-se, numa das fotos, a parte cefálica do embrião. Aspectos microscópicos das vilosidades jovens penetrando na mucosa tubária ($100\times$).

São as duas observações finais menos completas, do ponto de vista clínico limitada nossa participação ao exame das peças cirúrgicas.

Observação 7. — M. A. S. Paciente com 30 anos.

Antecedentes pessoais. Ignorados.

História da gravidez atual. Internada com o diagnóstico de óbito morto e retido, ultrapassada de 30 dias a data provável do parto. Durante outros 40 foi a paciente acompanhada. Nesse entretempo, e por diversas vezes, foi tentada a indução do parto com perfusão venosa de oclito.

cina. A radiografia simples do ventre evidenciou feto solitário, morto, em em situação transversa alta e macrocefalia (Fig. 13). O toque revelou massa tumoral localizada no fundo-de-saco posterior, interpretada como cisto de ovário. Dosado, mostrou-se o fibrinogênio em baixos teores (180 mg%) o que indicou a laparotomia.

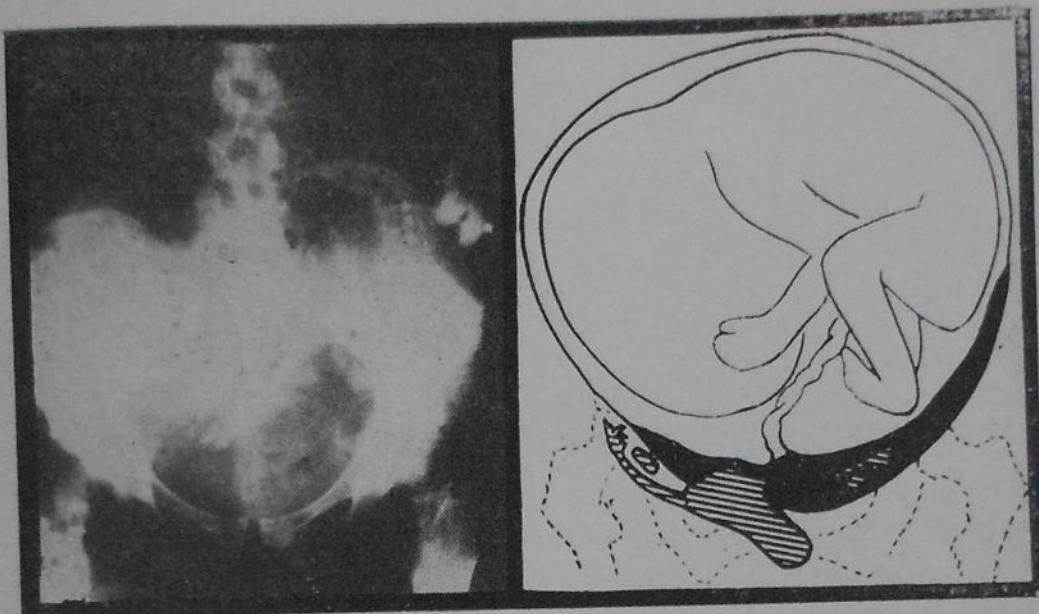


Fig. 13 — (Obs. 7 — VO 63.30). Radiografia simples do abdome mostrando feto solitário, morto, em situação transversa alta e com macrocefalia. No desenho indicam-se as relações da placenta com o útero e os anexos esquerdos. O corpo uterino estava desviado para a direita e o colo para a esquerda.

Relato operatório. "Aberto o ventre encontrou-se o útero, pequeno, desviado para a direita. Estava o óvo ectópicamente implantado no ligamento largo esquerdo, empurrando a alça sigmóide para trás, extendendo-se até o Douglas. Provinha a vascularização do sacc ovular do meso-sigmóide. No seu crescimento, o óvo englobara trompa e ovário esquerdos. Anexos opostos conservados e normais. Foi possível a ressecção completa do óvo incluindo os anexos esquerdos" (Figs. 13 e 14). Pós-operatório sem incidentes.

Relato anátomo-patológico (VO 63.30). Foram enviados: feto e saco ovular. Macroscópicamente anotamos conceito macrócefalo, em avançada maceração, sexo masculino, pesando 3 000 g e medindo 52 cm de estatura. Não foram vistas outras malformações externas ou internas. Visceras autolisadas, incluindo o encéfalo, o que não permitiu dados pormenorizados sobre a provável origem do aumento céfálico. Sinal de Wegner negativo. O saco ovular que o envolvia, também com acentuado processo autolítico, pesava 550 g e media 30 e 32 cm nos maiores eixos. Não havia praticamente líquido amniótico. A superfície interna do saco ovular era lisa e cerca da quinta parte ocupada pelo disco placentário, cujo tecido esponjoso se misturava com zonas amareladas

e acinzentadas, firmes ou duras, em decorrência da acentuada calcificação. Cordão umbilical medindo 30 cm e saindo de uma das bordas. Externamente, a superfície do saco mostrava-se irregular. Microscópicamente: processo autolítico dos tecidos e esclerose com grande deposição de cálcio nas membranas



Fig. 14 — (Obs. 7 — VO 63.30). Acima: Concepto macrocéfalo e com intensa calcificação. Nêle não registramos outras malformações. Abaixo: Fotomicrografia da placenta, mostrando vilosidades coriais fantasmais envolvidas por massas de fibrina (100 X).

e na placenta, completamente desvitalizadas. Consignamos, lindeira ao saco ovular, pequena massa de musculatura lisa envolvendo mucosa, a lembrar a do corpo uterino. Conclusão: Prenhez abdominal de término, interrompida e retirada há longo tempo. Natimorto macerado. Macrocefalia (Fig. 14).

Observação 8. — M. L. de 29 anos.

Antecedentes pessoais. Ignorados.

História da gravidez atual. 29 anos secundípara, hospitalizou-se supostamente grávida de 9 meses, apresentando edema generalizado e hipertensão arterial. Rotulada como toxêmica, permaneceu internada 2 semanas tendo alta, melhorada. Reinternou-se pouco após permanecendo hospitalizada por 5 meses, em observação. Relatava perda vaginal escura, interpretada como meconio. Sem diagnóstico firmado submeteu-se a intervenção cirúrgica.

Relato operatório. Incisão mediana infra e supra-umbilical, para retal esquerda. Aberto o ventre, encontrou-se volumoso tumor de consistência cística, localizado na região dos anexos direitos. Trompa e ovários correspondentes não foram visualizados. Estava o útero, pequeno, rechaçado para o lado oposto, e o tumor fixado aos planos profundos, à sigmóide e alças delgadas, à parede anterior do ventre e ao epíplo. Desfeitas algumas aderências, e em face da dificuldade de extirpar o tumor, seccionou-se-lhe a parede anterior, com aspirado do conteúdo líquido, amarelo-esverdeado espesso. Durante a manobra averiguou-se existir cabelo no interior do cisto, evocando a presença de teratoma do ovário. Entretanto, esvaziado o tumor, reconheceu-se, pela palpação, a presença de conceito. Só então ficou patenteado o diagnóstico de prenhez abdominal. Desfeitas as aderências profundas, foi globalmente retirado o saco ovular contendo feto e placenta no seu interior (Fig. 15). Pós-operatório sem eventos. Alta no 11º dia.

Relato anátomo-patológico (VO 65.64). Saco ovular medindo 29 e 20 cm nos maiores eixos e pesando 3 500 g, autolisado, de superfície externa irregular e rugosa. Não registramos a presença de ovários ou de trompa, nem de fragmentos de corpo uterino. A superfície interna era lisa e sem brilho e numa grande área havia massa placentária disposta irregularmente, com 15 cm no maior eixo. Era o tecido placentário firme e amarelo-acinzentado mostrando, em raros pontos zonas vermelho-escuras. O cordão umbilical, partindo da porção central da placenta, media 42 cm e mostrava embebição hemoglobínica. O saco ovular apresentava espessura variando de 0,8 cm na porção membranácea propriamente dita, a 2 cm na placenta. O conceito feminino, macerado, pesando 2 800 g e medindo 48 cm. Nêle não observamos malformações. Anotamos nova pigmentação na região dorsolumbar, sinais de anoxia (leitos ungueais e mucosas visíveis arroxeadas), e micro-hemorragias viscerais. Sinal de Wegner negativo. Ao microscópio, além dos estigmas de maceração, focos de hemorragia nas vísceras, nevo pigmentado intra-dérmico, e a presença de grande número de elementos amnióticos nos alvéolos. Placenta sem qualquer sinal de fibrina e de cálcio. Membranas esclerosadas e tendo

focos de calcificação. Cordão umbilical autolisado. *Conclusão:* Prenhez abdominal de término; interrupção antiga e retenção prolongada. Natimorto macerado (Fig. 15).



Fig. 15 — (Obs. 8 — VO 65.64). Acima: Desenhos, em lateral e anteroposterior, das relações do óvo com a cavidade pélvica. Era situação longitudinal com apresentação cefálica. Não foi possível caracterizar o anexo direito, que se supôs retirado junto com o óvo durante a intervenção cirúrgica. Abaixo: Fotografias do saco ovular e do feto. Era a superfície externa do óvo irregular e rugosa, e o feto exibia grande descamação da epiderme.

COMENTARIOS

Ao propor roteiro diagnóstico, minuciaremos os sinais e sintomas que compõem o quadro da prenhez abdominal avançada, em suas formas mais típicas. Procuraremos tornar salientes as peculiaridades de cada elemento arrolado, mostrando suas eventuais transfigurações. Quando pertinente ajuntaremos, aqui e ali, o que a nossa experiência assoprou. Faremos, demais, a exegese das principais omissões e dos erros que habitualmente se praticam nas tentativas de desvendar o diagnóstico da prenhez abdominal avançada.

ANAMNESE

A) *Antecedentes*. São numerosas as causas que predispõem à implantação ectópica do óvo.

I — *Esterilidade e infertilidade*. São ocorrências triviais nos comemorativos dessas pacientes a esterilidade ou a infertilidade, primária ou secundária. Dos 8 casos apresentados havia 1 esterilidade primária de longa duração (Obs. 1), outra secundária, vigente fazia 4 anos (Obs. 6), ignorados os antecedentes em 2.

II — *Antecedentes operatórios*. Pode o óvo implantar-se primitivamente no sítio normal, intra-uterino, e depois, consequentemente à rotura da matriz, prosseguir seu desenvolvimento na cavidade abdominal. Num de nossos casos (Obs. 3), ficou patenteado que o desenvolvimento abdominal do óvo deveu-se à rotura corporal do útero em zona de antiga cicatriz histerotómica.

B) *Gestação atual*. Queremos nos referir às ocorrências do primeiro trimestre quando há, freqüentemente, indícios de prenhez ectópica incipiente que passam, entretanto, despercebidos na maioria das vezes. É comum as mulheres ignorarem a existência de gestação tão recente. Ocorrendo fissuração no local ectópico de implantação do óvo e hemorragia intraperitoneal mínima, capaz entretanto de produzir sintomas agudos e graves, mas transitórios, é aos hospitais de Pronto Socorro que mais assiduamente se dirigem as pacientes, perdendo os obstetras a oportunidade de rastrear a ectociese nos primórdios do desenvolvimento. São 3 os principais elementos da anamnese nesse período: I — *Amenorréia*. Quase sempre de curta duração, podendo entretanto faltar. Há dificuldade de evidenciá-la, metamorfoseada pelas perdas deciduais. II — *Hemorragia*.

Há pequenas metrorragias irregulares, ou gotejamento permanente de sangue vermelho carregado, como "bórra de café"; não dependem da intensidade das dores e fogem a qualquer ritmo; III — Dor. De mediana intensidade, repassadas pelo baixo ventre, intermitentes, seguidas de estado vertiginoso passageiro. Nossa experiência confirma plenamente a pontualidade desses elementos: excluídas pacientes das observações n°s 7 e 8, cujos antecedentes são ignorados, e a de n° 3, todas as demais apresentaram dor e hemorragia no início da gestação. Ultrapassada a fase crítica, cessados os sintomas, a gravidez costuma evolver silenciosamente até o fim do 2º trimestre. São os fenômenos iniciais, de ordinário, atribuídos à ameaça de abortamento.

Erros e omissões praticados na anamnese. E', de longe, o mais comum dêles, o interrogatório superficial, apressado, incompleto. Tende o obstetra a subestimar os antecedentes e mesmo a ignorá-los. Em clínica hospitalar, nos serviços universitários principalmente, tornou-se a anamnese atribuição dos internos ou dos médicos mais jovens e menos experimentados, motivando importantes omissões. Sintomas e sinais de gestação ectópica incipiente são, freqüentemente, levados a conta de abortamento tópico ameaçado. Não menos difícil é a conduta diante da suposição de ectociese. Nos casos 1 e 6, não obstante a fundamentada suspeita de prenhez ectópica, não foi adotada medida alguma. Passada a crise inicial, considerou-se a gestação de evolver normal.

EVOLUÇÃO

As mais vêzes, vencida a ameaça de acidente inicial, torna-se quiescente a prenhez até a época em que o feto começa a movimentar-se — alturas do 5º mês. Data dessa fase o reacendimento dos sintomas cujo agravo e intensidade, extremamente variáveis, dependem das conexões adquiridas pela placenta no interior do ventre. Há, pelo geral, movimentação exacerbada do feto, transmitida a órgãos sensíveis vizinhos; de outras feitas, é o descolamento da placenta, levando a grave quadro de hemorragia interna (caso n° 6); mais raramente, tudo permanece tranquilo, o feto atinge a vitalidade com o diagnóstico oportuno, nascendo conceito vivo e eu-plástico (caso n° 1).

Ordinariamente sucumbe o feto e permanece retido por tempo variável, até que sucessivas tentativas malogradas de esvaziamento uterino façam o obstetra pensar na possibilidade de prenhez abdominal. Analisaremos os diversos sinais e sintomas dessa fase avançada.

DOR

Está habitualmente presente, em intensidade variável. Não tem sítio definido, espalhada por todo o ventre ou localizada. Vivo o feto, sua movimentação agrava o sintoma. A dor, surgida no primeiro trimestre, nem sempre cessa, como dissemos; ao revés pode manter-se constante, exacerbando-se até o epílogo. Não é incomum andar associada a estado sincopal, manifestando-se então por epicrises. Foi sintoma dominante em todos os nossos casos, conquanto em alguns dificultasse o diagnóstico pelo haver assumido características especiais de intensidade e de sede. Num caso apareceu no 1º trimestre associada a lipotímia, epistaxe e otorragia; em outro, instalando-se na mesma época, cedeu espontaneamente; na 3ª paciente sobreveio forte dor abdominal acompanhada de lipotímia no curso da 33ª semana, época provável do decesso fetal; na 4ª observação houve manifestações dolorosas no início da prenhez e por volta da 34ª semana, simulando trabalho de parto. Na 5ª história clínica foi a dor fenômeno constante e dominou o quadro. Os médicos consultados vincularam-na, no início a cólica hepática e, posteriormente, a causas de varia índole, até a neoplasia maligna, tal a repercussão sobre o estado geral. Depoimento semelhante se encontra no caso nº 6. Em todos êles é a sintomatologia dolorosa do inicio da prenhez levada a conta de gravidez com evolução ameaçada, e atribuída diretamente às contrações uterinas. A hemorragia discreta e a continuação do processo gestatório parecem sancionar as hipóteses formuladas, mascarando a ectociese.

PALPAÇÃO

Visa a identificar as características do tumor — só tardiamente identificado como óvo — a situação do feto e as contrações uterinas. Utilizando a semiologia obstétrica tradicional, verifica-se que não é a tumoração mediana, antes excêntrica e seu contorno irregular e bizarro; falta a consistência uterina elástico-cístico-pastosa; não

é possível palpar, lateralmente, os ligamentos redondos. No decurso do exame deve-se averiguar a presença de metrossístoles. Se a gravidez estiver longe do término, sua ausência nada significará. Aspecto dos mais conspícuos, vivo o feto, é a sua excessiva movimentação. Sente-se, demais, a superficialidade das pequenas partes por não existir, interposto entre o conceito e as mãos do observador, nada mais que a parede do ventre. Não menos importante é a situação anômala do feto, quase sempre transversa e alta. Graças à escassez de líquido amniótico é sua posição fixa. A palpação do conteúdo abdominal torna-se freqüentemente impraticável, mercê da tensão excessiva do ventre. Ignora-se por isso sua natureza. Há tumor, logo deve ser útero, eis o raciocínio. Tudo o que acima foi dito sobre consistência, forma, mobilidade e contratilidade do tumor abdominal e da situação fetal, perde significado diante da existência da prenhez que sómente os raios X conseguem afirmar. Nossa experiência é rica de ensinamentos sobre equívocos à palpação. Excetuando o 1º caso no qual se exibiam vários sintomas típicos: forma e consistência do tumor, movimentos fetais exagerados desenhando-se sob a pele, situação transversa do conceito, etc., em todos os demais a tumoração abdominal foi diagnosticada como sendo útero e sua mensuração feita. Em dois eventos a tensão do ventre, excessiva, tornava-lhe o conteúdo enigmático, sendo a princípio duvidosa a existência da prenhez (observações n°s 3 e 5); noutra, contrariamente, a flacidez da parede permitindo palpar minucioso (obs. 4), a consistência do tumor, sua sede mediana, fácil mobilidade e a transmissão do rechaço ao colo, faziam crer tratar-se de útero. Neste caso, diagnosticado pré-operatoriamente, verificou-se à laparotomia que o óvo estava implantado no fundo do útero, isento de aderências a outras estruturas, o que lhe conferia a mobilidade aludida. Noutra história clínica (nº 6), de evolver tumultuoso, considerando útero o óvo, tomou-se por mioma a massa superficial, pequena, lateralmente desviada para a esquerda, na realidade a matriz não-grávida como ficou demonstrado ulteriormente. Não menos provável, é confundir-se o óvo ectópico com cisto anexial e vice-versa. A esse propósito temos caso muito instrutivo, a relatar adiante, ao qual se impôs falso diagnóstico de prenhez abdominal.

AUSCULTA

Valorosa quando vivo o feto. Interpondo-se à transmissão dos ruídos cardíacos apenas o delgado envoltório membranoso e a parede abdominal materna por reduzido o volume amniótico, captam-se com extrema nitidez os batimentos cardiotetais. Morto e retido, é imóvel e mudo o conceito, multiplicando-se as dificuldades para estabelecer o diagnóstico.

EXAME PÉLVICO

Encontra-se, ao toque vaginal, elemento quase patognomônico da ectociese que é o desvio do colo para diante — freqüentemente bloqueado por detrás da sínfise, para os lados ou posteriormente — ocupando o sítio correspondente aos fundos-de-saco respectivos. Malgrado embebida, não perde a cérvix sua extensão normal. O corpo uterino, pequeno, e sofrendo igualmente desvios, poderá ser identificado ao palpar combinado. Ora é anterior e superficial, colocando-se adiante do saco ovular, ora é empurrado para trás ou lateralmente, na dependência do sítio de implantação do óvo. Cumprre não confundi-lo com nódulo miomatoso, como tem acontecido, e se registrou num de nossos casos. Ocorrendo dúvida sobre sua situação, e presumida a prenhez abdominal, deve-se recorrer à histerografia. Contrariamente ao que de ordinário ocorre na gravidez tópica, não se percebem partes fetais nos fundos-de-saco e tampouco através do colo, mesmo empurrando, com certo vigor, o conceito em direção à pelve; fato autêntico em todos os casos relatados. São os fundos-de-saco sede freqüente de alterações: a cérvix lhes ocupa o lugar. Tal achado é significativo, convindo dar-lhe aprêço. Quando normais, são os anexos árdreamente palpáveis, ou jamais percebidos. De ordinário, entretanto, pelo menos um deles está englobado no saco ovular, provável sede primitiva da implantação do óvo. Não é incomum diagnosticar-se como cisto anexial a prenhez extra-uterina; a recíproca não deixa de ser verdadeira. Sómente a conjunção de vários elementos sintomatológicos ou a laparotomia poderão dirimir a dúvida. Deve ser levada em consideração a descarga vaginal sanguinolenta referida por diversas pacientes. Eliminando-se de maneira intermitente, em quantidade variável, supõe-se

seja originária do útero ficticiamente grávido. Pelo geral escasso, costuma ser o fluxo evidenciado quando se pratica exame especular.

TESTE DA OCITOCINA

Comprovada a presença do conceito e, portanto, da gestação, não se omitirá o teste de Lorincz consistindo na injeção venosa de ocitocina variadamente concentrada. Se o tumor, havido como útero, não se contrair, está inteiro e *irretorquivelmente* feito o diagnóstico de prenhez abdominal. Não obstante a afirmação categórica que vimos de fazer, nem sempre é o teste factível. Em momentos diversos da nossa experiência mostramos como a dureza da parede abdominal prejudicou a palpação de seu conteúdo e a aferição do efeito da ocitocina injetada. Além do impecilho mencionado é o fator humano responsável por equívocos, não raro grosseiros. Na observação 4, a despeito de negativo o teste de Lorincz, não houve unanimidade diagnóstica, sendo exigida, para confirmá-lo, a histerossalpingografia. Demanda-se do examinador, quando injetada a ocitocina venosa, permanecer longos minutos com a mão apostada sobre o ventre materno. Não observado o preceito, perde o teste valimento. E' também corrente a consignação de metrossistoles inexistentes, a principal causa de diagnóstico falso-positivo da gestação tópica, como acentuaremos ao discutir a retenção prolongada.

EXAME RADIOLÓGICO

I — *Radiografia simples*. Dirime, a basto, o diagnóstico, demonstrando a situação anômala do feto, transversa, muito elevada em relação à pelve, com dorso voltado para cima, ausente o halo revelador do contorno uterino. Não deverá faltar, complementando a exposição ântero-posterior, a lateral. Nessa incidência visualiza-se imagem aéro-êntero-cólica situada adiante do tumor e, por vezes, superposição de esqueleto fetal à coluna materna. Tais aspectos inexistentes na gravidez tópica por motivo do deslocamento que o útero imprime às alças intestinais para trás ou para os lados; há impossibilidade prática de se superporem partes fetais à coluna materna, graças à tenacidade da matriz que impele, para a frente, as mais vezes, seu conteúdo fetal. Paradoxal que pareça, foi entre tanto a radiografia simples importante obstáculo ao diagnóstico, em

diversos casos apresentados. No primeiro, reforçou a suspeita clínica, mostrando a situação transversa alta do conceito, muito embora, numa segunda chapa, surgisse sombra linear arqueada, acima do dorso fetal, a sugerir contorno uterino e parecendo indicar que o óvo se achava implantado no sítio habitual, dentro do útero; no segundo, evidenciou igual irregularidade mas, também nesse caso, o espessamento das membranas envoltórias do óvo, simulando contorno uterino, levou o radiologista — experimentado — a diagnosticar gestação tópica. No terceiro, fugindo à regra, locava-se o feto em situação longitudinal, aparentemente normal, retardando desse modo o acerto diagnóstico; na observação nº 4 obteve-se radiografia simples e contrastada, da última tampouco resultando formal confirmação diagnóstica, muito embora, posteriormente, parecesse óvia a anormalidade morfológica da cavidade uterina condizendo com a ectociese; na 5^a história clínica encontrou-se situação longitudinal, pélvica a apresentação. Em virtude das precárias condições maternas à época da radiografia, supoz-se tópica a gestação e outra a causa da grave enfermidade. O exame radiológico não contribuiu para esclarecer o diagnóstico, senão para confirmar a existência de prenhez. Nos 2 últimos eventos, também nada ajudou a radiografia. Note-se que em muitos casos — lapso lamentável — omitiu-se a incidência lateral que, talvez, os teria esclarecido.

II — *Histerografia*. É supérflua e dispensável quando elucidativa a radiografia simples, notadamente se obtidas as exposições mencionadas, de frente e de perfil. Não obstante, há casos em que se torna necessária a fim de esclarecer e/ou de confirmar o diagnóstico. Não raro, entretanto, contraria seus objetivos, constituindo-se em causa de erro. No 1º caso foi feita com intuito de ratificar diagnóstico que se antolhava certo; todavia “não se desenhou a forma clássica da cavidade uterina, antes pareceu que o contraste se coletou por baixo do polo do óvo, recalcando-o para cima, iniciando mesmo seu descolamento”. Desta sorte a implantação extra-uterina do óvo que a clínica sugeria fortemente, a radiologia, sem afastar a hipótese, tornava-a pouco provável. Na observação nº 4 a imagem da cavidade uterina foi caracteristicamente anômala conforme se documentou radiográfica e anátomo-patologicamente; não obstante, à época do exame porém, foi considerada compatível com gravidez tópica toldando o diagnóstico óbvio. Queremos chamar a atenção, finalmente, para

a possibilidade da histerografia confirmar o diagnóstico falso-positivo de prenhez abdominal, clinicamente suspeitada e nada melhor do que relatar caso concreto.

M. C. F. (Reg. 5797).

Antecedentes pessoais. Menarca aos 12 anos, casou-se aos 21, primeiro parto aos 22. VII gesta, VI para, 6 partos normais, a término, todos produtos vivos e sadios. Cataménios regulares do tipo 3/28 até 5 anos atrás, quando teve o último filho. Dessa época em diante passou a ter ciclos longos que chegavam a durar 90 dias. Em virtude do distúrbio menstrual submeteu-se a tratamento. No decurso da investigação apresentou-se amenorréica, com "útero" aumentado de volume, sendo considerada gestante por seus médicos assistentes. Última menstruação: 29-6-1965. Como não se sentisse pejada fêz, por conta própria, 3 reações biológicas, todas negativas. Não obstante, crescia-lhe o ventre o que motivou sua matrícula no ambulatório prenatal da "33ª Enfermaria" em 22-12-1965, supostamente no 5º/6º mês de gestação. Media o "fundus uteri", nessa data, 14 cm e a paciente perdia sangue escuro pela vagina. Não hesitou o obstetra em rotular o caso de óvo morto e retido pois não havia referência a movimentos fetais e o "útero" achava-se pouco desenvolvido em relação à idade da gravidez. O exame pélvico revelou: mucosas vaginal e cervical arroxeadas. Colo amolecido, central, longo, orifício externo fechado. O presunrido útero, correspondia a gravidez de 4 meses. O exame colpocitológico, apesar da intensa infestação tricomonótica, fazia pensar em atividade produtacional. Internada em 25-1-66, ao aparecer colostro, corroborando o diagnóstico de óvo morto e retido. Passou-se a aguardar o esvaziamento uterino espontâneo. No dia 2-2, ausentes indícios de parto próximo, foi decidida a interrupção artificial da gestação através da colocação de sonda intrauterina. Por motivo da rigidez do colo e de sua reduzida dilatação colocou-se sonda fina (calibre 16). Associou-se-lhe perfusão venosa de ocitocina (3 u); 2 dias durou a malograda tentativa de indução, sendo consignadas algumas "contrações uterinas". Após 3 dias de repouso, recolocada a mesma sonda fina, repetiu-se o malôgro. Pela radiografia simples do ventre, não foi evidenciada imagem de esqueleto fatal, o que se subordinou à morte do conceito em época muito precoce de desenvolvimento. Demais, a má qualidade da chapa tornava de pequeno valor a ausência de imagem fetal. A evolução dos fatos e a nossa experiência fizeram-nos supor tratar-se de prenhez abdominal. No dia 14-2 o reexame minucioso da paciente revelou, além dos aspectos mencionados; útero pequeno, em ante-verso-flexão, móvel, doloroso, palpável sob a massa tumoral de consistência cística. Em face dos antecedentes de esterilidade secundária, episódio de sangramento e de dor no inicio da amenorréia e do achado físico recém-descrito, estabelecemos o diagnóstico de prenhez abdominal. Para confirmá-lo e melhor documentar o caso, praticamos a histerossalpingografia que revelou imagem uterina típica, desenho de ambas as trompas e, saindo do corno esquerdo, o contraste comunicava-se com outra

cavidade, supostamente o óvo ectópico. Tratar-se-ia de prenhez primitivamente cornual perfurada, com desenvolvimento abdominal ulterior. Com o diagnóstico estabelecido foi a paciente operada em 18-2.

Relato operatório. Aberta a cavidade abdominal visualizou-se volumoso cisto de paredes lisas e finas, transparentes, deixando ver, no interior, apenas líquido claro. Esvaziado o tumor confirmou-se o erro diagnóstico, pois se tratava efetivamente de tumoração anexial alheia a prenhez, confirmada mais tarde pelo exame histopatológico. Não encontramos, no entanto, justificativa para o achado radiológico histerossalpingográfico, não o logrando fazer tampouco os radiologistas consultados.

Relato anátomo-patológico (PC 66/12). Cisto rôto, com parede fragmentada. Plano parietal espessado, irregular, de consistência firme e, num ponto, pequenas cavidades císticas. Microscopia: foram observados elementos constituintes da trompa, cuja cavidade, de pregas bem apagadas e reduzidas numéricamente, mostrava esclerose e infiltrado leucocitário. Em continuidade à tubária estava a grande cavidade cística, cujo revestimento, unicelular, aplanado, cubóide, ou cilíndrico, de certa forma, lembrava o do endossalpinge.

Conclusão: Hidrossalpinge. Salpingite crônica com esclerose.

A análise minuciosa dessa história mostra os diversos equívocos em que incorremos, porém difíceis de rastreados durante a evolução do caso: antecedentes insuficientemente avaliados, sobretudo a hipomenorréia (ou seria amenorréia?) a consistência do tumor, a ausência de esqueleto fetal, a percepção de "metrossístoles", a falta de distopia uterina e, principalmente, a situação correta da cérvix. Não conseguimos explicação para o achado histerográfico.

REtençAO PROLONGADA

A menos que o feto esteja vivo ou surja grave compilação alterando prematuramente o curso da prenhez, é a retenção prolongada do óvo, além do término cronológico, sua consequência imanente. Surge o diagnóstico da ectociese somente à tentativa de esvaziamento uterino. 5 dos 8 casos relatados permaneceram retidos tempo variável, um deles até 5 meses. A sensação dolorosa, subitânea, que ocorre nas vizinhanças do término, freqüentemente descrita como falso trabalho de parto e a reação produzida pela perfusão venosa de ocitocina ou por outros meios destinados a excitar a cinética uterina, errôneamente interpretada como metrossístoles, conduzem ao diagnóstico de gravidez tópica tardivamente corrigido após sucessão de malogradas tentativas para obter o nascimento do conceito. A

recomendação de vigiar atentamente a cinética uterina quando se administra ocitócico ou se induz o parto através de outros procedimentos, deve ser rigorosamente seguida na eventualidade; do contrário, nunca se saberá quando o tumor se contrai ou deixa de fazê-lo. E o que é mais importante, sendo a massa abdominal por definição o útero, qualquer sensação que a paciente venha a experimentar, se não fôr objetivamente avaliada, será atribuída às metrossistóles supostamente desencadeadas.

O teste de Lorincz, anteriormente descrito, tem serventia sómente quando muitos indícios apontam a presença da gravidez ectópica: a injeção venosa de ocitocina, altamente concentrada, raramente poderá ser feita antes de interrogada a autenticidade das metrossistóles.

O exame colpocitológico e o teste biocitológico são recursos válidos, disponíveis, para avaliar as condições hormoniais da gestação e, eventualmente, confirmar ou infirmar sua existência.

Quando a retenção se prolonga excessivamente, reassumem os ovários sua atividade normal, logo refletida nos esfregaços vaginais.

COMPLICAÇÕES

São, de longe, principais, a dor e a retenção prolongada. Outras todavia ocorrem, entre elas o descolamento da placenta, a infecção, a oclusão intestinal e as discrasias sangüíneas.

Descolamento da placenta — De suma gravidade, se não fôr oportunamente tratado levará à morte por exsanguinação. Não tem época preferente para se manifestar, podendo suceder muito cedo, como em nossa observação nº 6, no curso do 5º mês. E' o diagnóstico extremamente difícil e quase só possível à laparotomia. O quadro é de anemia aguda, exigindo medidas terapêuticas de urgência extremada.

Infecção — E' geralmente favorecida pela aderência de alças intestinais às paredes do saco ovular. Evidencia-se pela ascensão térmica progressiva, tornada oscilante, aceleração do pulso, calafrios, vômitos e dores acentuadas. Fica o abdome tenso, distendido, com defesa muscular acentuada. Há grave repercussão sobre o estado geral (observação 5) o que torna ainda mais difícil o diagnóstico. O tratamento clínico é geralmente improfícuo e o quadro exige terapêutica mais radical.

Oclusão intestinal — É excepcional, devendo-se ao impecilho mecânico causado pelo ôvo ectópicamente implantado. O diagnóstico etiológico naturalmente só pode ser feito por exclusão, no decurso do tratamento cirúrgico. Os sinais e sintomas não apresentam qualquer peculiaridade a distinguí-los dos produzidos pelas causas habituais. É a terapêutica clínica inadequada.

CONCLUSÕES E REFLEXÕES APOIADAS EM NOSSA EXPERIÊNCIA

1. *Anamnese* — Há-de ser minuciosa, dando relêvo às causas predisponentes da prenhez ectópica: esterilidade e infertilidade, presença de inflamação, de tumores pélvicos e de passado operatório (cesariana corporal, etc.). No interrogatório é mister valorizar os sinais e sintomas da ectociese incipiente: amenorréia, dor e hemorragia. A dor abdominal é de intensidade variável, por vezes exacerbada pela movimentação do feto. Costuma acompanhar-se de estado sincopal.

2. *Exame físico* — À inspeção, quando é o concepto vivo, vêem-se seus movimentos transmitirem-se com extrema nitidez à superfície do ventre, chegando a desenhar as partes fetais. A palpação revela, além da situação anômala do feto, as características da massa abdominal: consistência cística, situação excêntrica, contorno irregular, fixidez e ausência dos ligamentos redondos. Não raro, entretanto, especialmente quando intercorrem complicações (hemorragia interna, infecção do saco ovular, obstrução intestinal, etc.), a parede do ventre torna-se mui sensível e dura, impossibilitando a identificação dos elementos descritos.

No feto vivo, a ausculta dos batimentos cardiotécnicos é nítida e incomum.

3. *Exame pélvico* — Ressalta, como elemento quase constante, o desvio do colo. Ao revés, é seu amolecimento incompleto, estando preservada a extensão do canal cervical. Sofre o corpo uterino, de reduzido volume, idêntico desvio, podendo ser palpado superficialmente como massa lateral, às vezes interpretada como nódulo miomatoso. É a descarga vaginal, sanguínea, de ocorrência trivial, facilmente tomada como metrorragia, dificultando o diagnóstico. Cumpre ressaltar a possibilidade do exame físico e dos genitais internos conduzirem a falsos diagnósticos, fazendo parecer tumo-

ração anexial a prenhez ectópica. Reciprocamente, pode a tumoração de anexo simular gravidez ectópica.

4. *Metrossístoles* — Entre os enganos mais comuns está a falsa percepção de contrações uterinas. A paciente, incauta, interpreta como metrossístoles as dores despertadas pelos movimentos do feto e pela compressão de vísceras consequente à anômala implantação do óvo. Quando imprecisa a observação, rígido o ventre, facilmente se deixa o obstetra influenciar pelas sugestões da paciente, afirmando a existência de contrações inexistentes. Até mesmo o teste de Lurincz enseja dúvidas quanto à resposta uterina ao ocitócio.

5. *Exame radiológico* — Pode frustrar o diagnóstico quando ocorrem:

- situação longitudinal do feto;
- omissão da incidência de perfil, e
- êrros de interpretação.

Obviamente, superadas as falhas mencionadas, é o exame radiológico elemento diagnóstico de primeira linha.

6. *Complicações* — Morto o feto, a retenção prolongada do óvo surge como sua conseqüência. No curso das tentativas de esvaziamento uterino aponta, quase sempre, o diagnóstico. Há, contudo, outras complicações capazes de evocá-lo: descolamento da placenta, infecção do saco ovular e oclusão intestinal.

SUMMARY

Diagnosis of Abdominal Pregnancy. Errors and Omissions. — The authors say that the abdominal pregnancy that evolves until term or its proximity shows diverse and varied symptoms that may deceive the practitioner, even if he is an accomplished semeiologist. They believe that the proper diagnosis shall be based on the correct use of the subsidiary examinations, emphasizing among them, the radiology. A good two-directioned roentgenogram, well technically contrasted and correctly interpreted can furnish the main semeiotic data. They detail, in a careful exposition, the contribution of the case history and the different elements of the physical examination, and discuss the signs and symptoms that may lead to the most common errors, inclusive of the interpretation of roentgenograms. The enumeration of a few complications that eventually contribute to unmask the reality close the paper, and they say that the response to oxytocics will be truthfully evaluated only if electronic procedures of registration are used, to eliminate the subjective factor — a common cause of mistakes.

RÉSUMÉ

Diagnostique de la Grossesse Abdominale. Erreurs et Omissions. — Les AA. affirment que la grossesse abdominale à terme ou à sa proximité montre des symptômes divers et variés qui peuvent tromper le praticien, même le plus versé dans la sémiologie. Ils croient que le vrai diagnostic est fondé sur l'emploi correct des examens subsidiaires, encherissant, parmi eux, la radiologie. Un bon roentgenogramme à double incidence, techniquement bien contrasté et correctement interprété peut fournir les principaux éléments sémiotiques. Ils détaillent, avec une exposition recherchée, la contribution de l'anamnèse et des différents examens cliniques, et discutent les signes et symptômes qui peuvent conduire aux erreurs les plus communes y inclus la défective interprétation des roentgenogrammes. L'article se termine par l'énumération de quelques complications qui éventuellement coopèrent pour démasquer la réalité, tout en disant que la réponse aux oxytociques ne peut être évaluée en vérité que dans le cas de l'emploi des procédés électroniques d'enregistrement, pour éliminer le facteur sujetif — une cause fréquente de grosses erreurs.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA (*)

- BAUX, R.; FERRIER, Y.; COMBEL, R. & BENNET, P. — Intérêt de l'hystérosalpingographie et des réactions biologiques sur urines concentrées dans le diagnostique de la grossesse extra-utérine. Bull. Féd. Soc. Gynéc. & Obst., 1959, 11 : 554-9.
- BEOLCHINI, P. E. & VALSECCHI, A. — La etiopatogenesi della gravidanza extrauterina. Considerazioni statistiche su 349 casi consecutivi. Minerva Ginec., 1963, 15 : 1 085-91.
- BOECHAT, J. — Prenhez tubária a término. Rev. Ginec. & Obst., 1965, 116 : 80-3.
- BRIGHT, A. S. & MASER, A. H. — Advanced abdominal pregnancy. Review of the recent literature and report of a case. Obst. & Gynec., 1961, 17 : 316-24.
- CHEZ, R. A. & MOORE, J. G. — Diagnostic errors in the management of ectopic pregnancy. Surg. Gynec. & Obst., 1963, 117 : 589-96.
- CLARK, J. F. G. & BOURKE, J. — Advanced ectopic pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec., 1959, 78 : 340-50.
- CLARK, J. F. G. & BENNETT, R. — Uteroabdominal pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec., 1961, 81 : 298-301.
- COELHO, A. R. — Prenhez abdominal de término com feto vivo. Rev. Ginec. & Obst., 1965, 117 : 302-9.
- CRAWFORD, J. D. & WARD, J. V. — Advanced abdominal pregnancy. Obst. y Gynec., 1957, 10 : 549-54.
- DOUGLAS, C. P. — Tubal ectopic pregnancy. Brit. Med. J., 1963, 5 361 : 838-41.
- FERREIRA, F. — Nova técnica operatória para o tratamento da placenta na prenhez abdominal. Mat. & Inf., 1962, 21 : 115-8.
- FIELDING, W. L.; RANKIN, J. & TENNEY Jr., B. — Post-term extrauterine pregnancy. Obst. & Gynec., 1963, 22 : 795-7.

(*) As referências não estão numeradas nem inseridas no texto, por tratar-se de trabalho calcado na experiência pessoal.

- HENDERSON, D. N. & WILSON, R. — Abdominal pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec., 1964, 88: 356-60.
- HOANG-NGOC — La grossesse extra-utérine. Gynéc. & Obst., 1962, 61: 678-83.
- JARCHO, J. — Ectopic pregnancy with special reference to abdominal pregnancy. Am. J. Surg., 1949, 77: 273-313 & Am. J. Surg., 1949, 77: 423-55.
- JEAUTY, A. — La grossesse abdominale avancée. Diagnostique, prognostic et thérapeutique. Bull. Soc. Belge Gynéc. & Obst., 1962, 32: 441-50.
- KAPLAN, A. L. & JANOVSKI, N. A. — Interstitial pregnancy. Report of a case and review of the literature of the past ten years. Med. Ann., 1963, 32: 134-7.
- LACOMME, M. — Pratique obstétricale, 2º vol. Masson, Paris, 1960.
- LANA, F. V. — Prenhez abdominal. Rev. Ginec. & Obst., 1960, 107: 27-38.
- LAUAND, E. & SABBAG, Y. — Sobre um caso de gravidez tubária istmica a término com feto vivo e euplástico. Rev. Ginec. & Obst., 1961, 108: 63-6.
- LÉVY-SOLAL, E. & GRASSET, J. — Syndromes pathologiques de la gravido-puerpéralité. Masson, Paris, 1952.
- MACKAY, E. V. — Advanced abdominal pregnancy. Med. J. Australia, 1959, 46: 642-7.
- MAGIS, P. — Six cas de grossesse abdominale à terme. Bull. Soc. Roy. Belge Gynéc. & Obst., 1963, 33: 403-28.
- MALKASIAN, Jr., G. D.; HUNTER Jr., J. S. & REMINE, H. — Ectopic pregnancy. Analysis of three hundred twenty-two consecutive cases. J.A.M.A., 1958, 168: 985-90.
- MITFORD-BARBERTON, G. B. — Advanced extra-uterine pregnancy. A report of nine cases. J. Obst. & Gynec. Brit. Emp., 1963, 70: 643-6.
- NAHOUN, J. C. — Gravidez de término com feto vivo e euplástico. Apresentação de 1 caso e estudo da literatura brasileira. Rev. Ginec. & Obst., 1959, 105: 671-88.
- OZARAS, H. — Diagnostic value of pelvic arteriography in tubal pregnancy. Acta Radiol., 1959, 51: 257-65.
- PAUWEN, J. — Über eine ausgetragene extrauterine Schwangerschaft mit lebendem Kind nach einer Uterusruptur im 3 Schwangerschaftsmonat. Zbl. Gynaek., 1964, 86-1 514-6.
- PFFAFF, A. — Wandel der Erscheinungsform der Extrauterin gravidität zwischen Europa und Ostasien. Zbl. Gynaec., 1957, 79: 578-83.
- QUEIROZ, P. — Prenhez ectópica. In Rezende, J., "Obstetrícia", vol. 2, Guanabara, Rio de Janeiro, 1963.
- RAJU, G. & SATYABHAMA REDDY, R. — Radiological study of advanced extra-uterine gestation. J. Radiol., 1963, 17: 37-43.
- RICCI, J. V. — "One hundred years of Gynaecology". Philadelphia, Blackinston, 1945.
- RICHTER, K. & DOPPLER, K. — Pseudo extra-uterine gravidität. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der ektopischen Schwangerschaft. Geburt & Frauen., 1958, 18: 1152-5.
- ROTH, D. B. — Ectopic pregnancy: is it increasing? Obst. Gynec., 1959, 13: 544-6.
- SCHLUSSEL, S. & SALL, S. — Advanced abdominal pregnancy survival with a 5-year follow-up. Report of a case. Obst. & Gynec., 1963, 22: 390-92.
- SUTTER, M. & WISCHER, C. — The fate as the living viable babies in extra-uterine pregnancies. Am. J. Obst. & Gynec., 1948, 55: 489-95.
- VASICKA, A. I. & GRABLE, E. E. — Simultaneous extra-uterine and intra-uterine pregnancies progressing to viability. A review of the literature and a report of two cases. Obst. & Gynec. Surv., 1956, 11: 603-21.
- VEHASKARI, A. — Advanced ectopic pregnancy. Three cases with difficult diagnosis. Ann. Chir. Gynaec. Fenn., 1960, 49: 476-86.
- WARE, JR., H. H. — Observations in 13 cases of late extra-uterine pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec., 1948, 55: 561-82.
- WEINBERG, C. R.; CICCALESE, G. & ABRASEGEN, S. — Radiological diagnosis of extra-uterine pregnancy. Radiology, 1963, 80: 69-75.
- WINCH, G. C. & BRYANS, F. E. — Hypofibrinogenemia following retained placenta in a case of abdominal pregnancy. J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp., 1960, 67: 646-8.

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.

INDICE DOS RESUMOS

Macromastia na mulher e seu tratamento cirúrgico — <i>Strombeck, J. O.</i>	385
Avaliação da radioterapia profilática postoperatoria no câncer do seio — <i>Guy F. Robbins e al.</i>	385
Citologia do câncer endometrial — <i>Hecht, Emmanuel L. e Oppenheim, Abraham</i>	386
Prenhezes subsequentes em pacientes com câncer da tireoide — <i>Hill, C. Stratton e al.</i>	387
O problema da terminação artificial da gravidez — <i>Heiss H.</i>	388

Centro Brasileiro de Dinâmica Populacional e Reprodução Humana

(Dinabras)

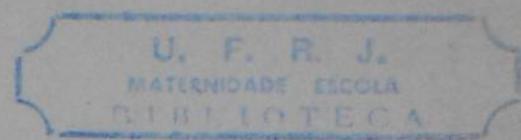
Informações pelo Telefone 57-8110 com D. Sonia, das 9 às 12 horas.

Correspondência — Rua Constante Ramos, 173 — Rio de Janeiro, GB.

Redação e Administração :

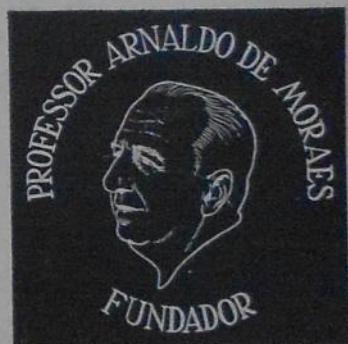
AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 61 — Nº 1 — Págs. 1 à 60 — Janeiro de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Emprêgo dos anovulatórios — <i>Rosalvo Cavalcanti</i>	1
Diabete e gravidez — <i>Herminio Ferreira Pinto</i>	23
Orientação do tratamento cirúrgico do carcinoma incipiente do colo ute- rino pela colposcopia — <i>João Paulo Riepper</i>	35

NOTAS CLÍNICAS E TÉCNICAS

Sobre o uso da associação de vitamina (E) e extrato de ioimba em am- bulatório de ginecologia — <i>Ruy Barbosa Marques</i>	41
---	----

EDITORIAL

Cirurgia pélvica — <i>F. Victor Rodrigues</i>	47
---	----

NOTAS & COMENTÁRIOS

Relatório sobre a reunião inaugural da Sociedade Argentina de Patologia Cervical y Colposcopia	49
---	----

NOTICIARIO DAS ENTIDADES FILIADAS

Sociedade Brasileira de Colposcopia	53
RESUMO (Ver índice próprio)	55

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABRÉVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÉÇO

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*

Descobrimento do câncer insuspeitado dos seios pela mamografia — Gershon-Cohen, J.	57
Separação estatística das vaginites tricomatosas — Norrell, J. et Rousseau, C.	57
Depressão fetal por analgesia com o meperidina e propiomazina — Kleber, B. & Bristol Nelson, H.	58
Síndrome hépato-vesículo-ovárico na doença dos estrógenos — Magnier, P.	59

Redação e Administração :

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

RESUMOS

DESCOBRIMENTO DO CÂNCER INSUSPEITADO DOS SEIOS PELA MAMOGRAFIA (Detection of unsuspected breast cancer by mammography) — *Gershon-Cohen, J.* — *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 1965, 121 : 1, 97-101.

Diz o A. que a elevada incidência de câncer do seio nos Estados Unidos é causa de preocupação para os médicos, assim como a verificação de que a sobrevida estatística tem estado estacionária nos últimos 30 anos, a despeito dos adeantamentos na técnicas cirúrgica, no aperfeiçoamento radioterapêutico e dos novos descobrimentos quimioterápicos. Todos crêem que essa parada estatística deva ser vencida e o A. acredita que a mamografia oferece muitas promessas a tal respeito. Apesar de serem os seios de tão acessibilidade, outros fatores atuam para dificultar o descobrimento precoce da doença: o temor da mulher sobre o diagnóstico depois que ela descobre qualquer anormalidade o medo de operação, da anestesia e da morte e, no caso das excessivamente pudicas, o ter de serem examinadas. A ignorância, o estado econômico e o narcisismo muito contribuem para a demora no descobrimento.

A mamografia não é técnica nova, pois que há mais de 50 anos já Solomon tinha assinalado o valor da radiografia do seio. São os próprios médicos que tem retardado a difusão do emprêgo do método, pela vaga suspeita de ineficiência. Mas os documentos acumulados pelo A., no descobrimento de 514 casos, lecam-no a acentuar o valor dessa técnica no despistamento de tumores quando ainda pequenos e causando menor incidência de metástases do que se pode descobrir pelo exame clínico isolado. Mais de 20% de todas as pacientes com câncer dos seios não revelam sinais clássicos e no entanto mostram evidência positiva de tumor maligno pelo estudo radiográfico. Tanto os cirurgiões quanto os roentgenologistas devem ser despertados para o uso muito maior deste método particular de descobrimento.

Como método inicial de despistamento entre mulheres que se crêem em estado de saúde ou se apresentam assintomáticas, a mamografia se apresenta como de real valor, devidamente utilizada. Infelizmente, seu uso continua muito limitado. O atrainamento de radiologistas e técnicos auxiliares, o esclarecimento do público, a aceitação pelos cirurgiões e as despesas de instalações são óbices a serem ultrapassados.

A. de Moraes Filho

DEPRESSÃO FETAL POR ANALGESIA COM MEPERIDINA E PROPRIOMAZINA (Analgesia and fetal depression with intravenous meperidine and propiomazine) — *Klieber, B. & Bristol Nelson, H.* — *J. of Obst. & Gynec.*, 1965, 92 : 6, 850-855.

Do estudo de 521 mulheres que deram à luz a 523 fetos de termo os A.A. chegaram às seguintes conclusões:

1. Uma dose de 50 mg de meperidina dada intravenosamente cada 2 horas com um total de 2 ou 3 doses não oferece perigo para a parturiente e para seu filho, mas não é particularmente efetiva. A analgesia melhora muito quando se acrescentam 20 mg de propiomazina (75% das mães que receberam a associação das duas substâncias declararam ter tido excelente alívio da dor). Tal associação tão pouco oferece perigo para a mãe e o filho e pode ser repetida se necessário. Não houve reações adversas. Demais, 80% das pacientes que receberam uma dose única de meperidina e propiomazina naquelas doses, juntamente com escopolamina (0,5 mg), não revelaram dor.

2. Uma dose única de 100 mg de meperidina mostrou-se tão sem perigo e efetiva quanto a combinação de 50 mg de meperidina e 20 mg de propiomazina. Entretanto, quando a dose de 100 mg foi repetida a taxa de fetos com depressão alcançou 25%, levando os autores a acharem que não mais deve ser admitida.

3. A depressão fetal parece ser associada à quantidade de narcótico e aos fatores obstétricos que causam anoxia fetal, mas não à duração do intervalo entre a administração da substância e o parto.

4. De 19 fetos em apresentação de nádegas, 14 estavam deprimidos 1 minuto após o nascimento. E' pois recomendável que as mães com fetos em apresentação de nádegas tenham o parto com um mínimo de analgesia e recebam oxigênio por máscara antes da extração. Não devem ser usados narcóticos na extração de prematuros.

A. de Moraes Filho

SEPARAÇÃO ESTATÍSTICA DAS VAGINITES TRICOMATOSAS (Répartition statistique des vaginites à trichomonas) — Norrell, J. et Rousseau, C. — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1965, 60 : 557-561.

Os estudos estatísticos referentes às vaginites por tricômonas são relativamente pouco numerosos e com resultados divergentes, passando de quase 100% entre as doentes da clínica ginecológica de Bordeaux, em 1884, a 22,2% em 1955 para Whittington, e para 8% em 1913 para Brumpt e Sabaté. Mas isso era entre doentes pré-selecionadas, parturientes, prostitutas e leucorréicas, em séries de poucas centenas de pacientes. Agora, os A.A. gruparam cerca de 7 000 mulheres vindas à consulta ginecológica de cada dia, entre 1948 e 1963. Impressionados pela relativa indiferença das tricômonas às circunstâncias de idade, de meio, de doenças associadas e sobretudo de atividade sexual, foram os autores levados a dar mínima importância prática à incidência das relações sexuais sobre a vaginite tricomatoso, pensando que outros fatores de infestação e de recidivas devesssem ser procurados.

Totalizando os resultados, encontraram, com 1 249 casos positivos, para os 16 anos, 23% de incidência nas mulheres habitantes da cidade e 16% para as do campo. A separação conforme a idade verificou porcentagem bem menos importantes no grupo das pacientes de menos de 18 anos, o máximo

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Semina da Candura

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



NUMERO ESPECIAL SOBRE GESTÁGENOS

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO DOS PROGESTOGÊNIOS DE SÍNTSE

APRESENTANDO êste número especial dos "ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA", não podemos passar sob silêncio o número especial que realizamos em maio de 1955, em homenagem ao Prof. Arnaldo de Moraes.

Em pouco mais de dez anos, os ANAIS cresceram na trajetória projetada pelo seu inesquecível Fundador. Hoje temos o orgulho de colocar ao serviço da classe médica especializada em ginecologia e obstetrícia, 20.000 números especiais, consagrados aos progestogênios de síntese.

Desejamos entregar aos interessados amostragens escolhidas em vários países, capazes de precisar com bastante vigor os efeitos, vantagens e desvantagens do uso dos progestogênios de síntese compostos ou seqüenciais.

Não fossem as experiências de dezenas de pesquisadores em mais de 15 países, sublinhando a inocuidade persistente destas substâncias, não esteríamos hoje apresentando-as.

Forçoso nos é reconhecer que tudo se passa como se uma nova fisiologia substituisse a original, no decorrer da administração dos progestogênios de síntese, compostos ou de forma seqüencial como anovulatórios. Tudo parece passar-se como na hibernação artificial defendida na tese de Laborit, ao ponto que chegamos a pensar numa "mise en réserve", numa latência temporária das potencialidades gametogênicas, na mulher.

Daí o possível emprêgo dessas substâncias como anovulatório, quando as reticências teológico-morais o permitiram, quando mudado o Código Penal e o Código de Etica Médica no que diz em respeito a essa finalidade e sob reserva de rigoroso e periódico exame ginecológico.

Além das atividades, progestogênica, ovulostáticas (por ação indireta diencefalo-hipofisária, e direta sobre o ovário, a qual talvez seja também devida a uma ação diencefalo-hipofisária através lesões tróficas das estruturas primordiais do ovário) são conhecidos efeitos

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 61 — N° 4 — Pág. 319 a 372 — Abril de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Da progesterona aos antiovulatórios — <i>G. Sala</i>	319
A biópsia do colo uterino considerações técnicas — <i>João Paulo Rieper</i>	331
Distribuição sócio-econômica do câncer no Estado da Paraíba, com especial referência ao câncer do útero e mama — <i>Ely Chaves</i>	337
Ectrópio cervical não acompanhado de endocervicite — <i>Alvaro da Cunha Bastos e Antônio M. Cardoso de Almeida</i>	345

EDITORIAL

Estrogenoterapia em geriatria — <i>Cláudio Goulart de Andrade</i>	349
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de pós-graduação em ginecologia	363
Programa das comemorações do cinquentenário da Academia Brasileira de Ciências	363
VIII Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia	364
I Congresso Brasileiro de Bem-Estar da Família	364
Jubileu do Prof. Francisco Victor Rodrigues	365
Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná	366
Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio G. do Norte	366
Resumo (ver índice próprio)	367

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABRÉVIAÇÃO

An. Bras. de Gin.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA
ENDERÉÇO
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.

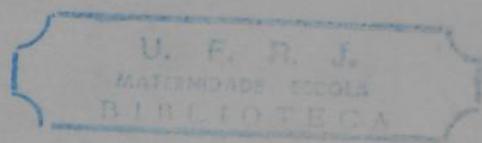
ÍNDICE DOS RESUMOS

A placentografia por meio de rádio-isótopos — <i>Mantalenakis, S. J.</i>	369
Histerectomia vaginal em pacientes jovens e idosas — <i>Pratt, J. H. e Galloway, J. R.</i>	369
Carcinoma da tireóide e gravidez — <i>Rosvoli, R. V. e Winship, Theodore</i>	370
Carcinogênese cervical — <i>Corfmon, P. A. e Richart, R. M.</i>	370

Redação e Administração :

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

R



anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 61 — N° 6 — Pág. 431 a 483 — Junho de 1966

SUMÁRIO

TRABALHO ORIGINAIS

Cardiopatia oncogênita no ciclo grávido-puerperal. Considerações gerais.	
Tratamento cirúrgico — <i>Jayme Troncoso y Troncoso</i>	431
Uso dos hormônios esteróides em ginecologia — <i>Gerson Rodrigues do Lago</i>	461

EDITORIAL

Eternamente feminina — <i>A. Vespasiano Ramos</i>	473
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Falecimento do Professor Dr. Manuel Luis Perez — <i>Clarice Amaral Ferreira</i>	477
VIII Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia	479
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Paraná	479
Sociedade Bahiana de Medicina	481
Resumos (Ver índice próprio)	483

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÉÇO
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

Esterilidade conjugal sem causa aparente — <i>Caballero, A.</i>	499
Pressão do líquido cérebro-espinhal no trabalho de parto — <i>Hopkins, E. L. et al</i>	499
Interesse dos esfregaços vaginais e endometriais no descobrimento do câncer endocervical e endometrial — <i>Kostic, P. et al.</i>	500
Avaliação da adrenalectomia e do androgênio no câncer disseminado da mama — <i>Dao, T. H. e Nemoto, T.</i>	501

Redação e Administração :

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

RESUMOS

ESTERILIDADE CONJUGAL SEM CAUSA APARENTE (Stérilité conjugale sans cause apparente) — Caballero, A. — Rev. Française de Gyn. et D'Obst., 60 : 733, 1965.

Diz o autor parecer-lhe paradoxal falar de "esterilidade conjugal sem causa" ou de "casal estéril normal" quando os fatores fertilidade dos dois cônjuges resultam "normais". São perigosas tais expressões, por levarem ao abandono do tratamento, e incorretas, porque a esterilidade de um casal cujas relações sexuais existem desde prudente lapso de tempo é certamente a expressão de alguma alteração desconhecida. Por isso, prefere falar de "esterilidade sem causa aparente". Diz o autor que resolveu tratar desse assunto porque tem êle freqüência relativamente importante e levanta problemas terapêuticos a que não nos podemos esquivar. Examinando estatísticas européias e norte-americanas, verificou que 10 autores investigados, num total de 9 903 mulheres, haviam encontrado com "esterilidade sem causa" cifras que variavam, para cada autor, entre 0,6% e 25,7%, o que atribui a critérios muitos diversos seguidos por cada um. Reunindo êle próprio 1 078 casais estéreis pôde reduzi-los a 74 (8,59%) quando foram adotados critérios rigorosos para ficar apenas com os sem causa aparente.

Depois de minucioso e muito interessante estudo de tôdas as questões relativas à etiopatogênese, ao diagnóstico e ao prognóstico da condição dessas pacientes, diz o autor que classifica tais casos paradoxais em dois grandes grupos: 1º, o que comprehende os casais que podem ser considerados normais — os infortunados do ponto de vista do índice de fertilidade, do modo de vida sexual e do acaso — e 2º, o que comprehende os pacientes em que as causas de esterilidade não são objetivas e em que as limitações e erros de diagnóstico exigem os mais cuidadosos e sensíveis testes.

PRESSÃO DO LÍQUIDO CÉREBRO-ESPINHAL NO TRABALHO DE PARTO (Cerebro-spinal fluid pressure in labor) — Hopkins, E. L. et al. — Am. J. of Obst. and Gyn., 93 : 907, 1965.

O sistema nervoso dos mamíferos é mantido em capacidade constante pelas paredes do crânio e da coluna vertebral, com o conteúdo intradural operando num dinâmico equilíbrio fisiológico. O efeito do trabalho de parto sobre a pressão do líquido cérebro-espinhal (PLCE) tornou-se matéria de particular preocupação para os obstetras e anestesiologistas, por causa de certas questões clínicas. A mais importante pergunta que ocorre é se as contrações do trabalho e o esforço para baixo, na segunda fase, produzem significantes alterações na PLCE, por isso que qualquer grande alteração, a êsse tempo, em certas circunstâncias pode pôr a paciente em perigo. E sobre isso há

muita controvérsia, como, por exemplo, o que diz respeito a injeções intratecais "durante a contração". Como contribuição para a solução de questões como essas, os autores realizaram pormenorizado estudo experimental na Universidade Western Reserve, com as seguintes conclusões: 1. A elevação da PLCE em resposta à contração uterina é previsível e concordante, sendo associada a aumento da pressão venosa central, a aumento da pressão arterial, à intensidade da sístole e à vasão cardíaca; 2. O sistema circulatório materno serve como "condutor", que prontamente transmite as mudanças de pressão para a PLCE até durante o sono e o bloqueio sensorial completo; 3. As modificações do ciclo respiratório manifestadas na PLCE demonstram a rapidez com que as alterações da pressão intratorácica podem ser comunicadas ao sistema nervoso central, tanto que a manobra de Valsalva conduz a exagerada resposta respiratória; 4. Este estudo não apoia a teoria que a injeção de um anestésico espinhal deva ser retardada durante a contração uterina por causa da turbulência do líquido cérebro-espinhal.

INTERÉSSE DOS ESFREGAÇOS VAGINAIS E ENDOMETRIAIS NO DESCOBRIMENTO DO CÂNCER ENDOCERVICAL E ENDOMETRIAL

(Intérêt des frottis vaginaux et endométriaux dans le dépistage du cancer endocervical et endométrial) — Kostic, P. et al. — Gynécologie Pratique, 16 : 491, 1965.

Sabe-se bem que o epitélio pavimentoso descama-se mais facilmente que o epitélio cilíndrico. Por isso, encontra-se na vagina número bem maior de células chatas que de células cilíndricas. O câncer intracervical, endometrial, tubário, ovárico ou do peritônio será pois de diagnóstico mais delicado. Demais, para achar células malignas provenientes desses órgãos importa que a permeabilidade das trompas e do canal cervical esteja conservada. A obstrução dêles acarreta dificuldades suplementares e um tal câncer não poderá ser descoberto. Esse diagnóstico sómente será possível quando numerosas condições forem preenchidas, sobretudo em fase precoce. As variações cíclicas do endométrio sob influência dos hormônios sexuais constituem para esse tipo de câncer um terceira causa de erro. Como contribuição ao estudo desse problema os autores apresentam os resultados obtidos no Hospital de Ginecologia e de Obstetrícia de Belgrado, nos três anos de 1962-64. Num total de 392 mulheres com metrorragia suspeita houve 26 com Papanicolau positivo, variando a idade de tais pacientes entre 45 e 66 anos, das quais 15 tinham idade entre 51 e 60 anos. Analisando o número de abortos e de partos, entre tais pacientes, verificaram os autores que nem o número dos primeiros nem o dos segundos influiram na freqüência do aparecimento do câncer, ao contrário do que se pretende habitualmente. Os esfregaços corados pelo Papanicolau permitiram distribuir os 26 casos da seguinte maneira, pelas classes I, II, III, IIIId e IV: 0, 0, 6, 4, 16. Os 16 casos da classe IV provam o valor do método pois que todos foram confirmados pela anatomopatologia. As técnicas histoquímicas teriam permitido melhor diagnóstico do câncer do endométrio que freqüentemente levantam problemas difíceis.

E

U. F. R. J.
MATERIALS EDUCACIONAIS
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 62 — Nº 1 — Págs. 1 à 66 — Junho de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Rotura uterina e conduta conservadora iatrogênica — <i>Bussmara Neme</i>	1
Alguns aspectos estatísticos-epidemiológicos do câncer da mama no Es- tado da Paraíba — <i>Dr. Ely Chaves</i>	13
Contribuição para o estudo do parto da cabeça derradeira — <i>Dr. Paulo Schmidt Goffi</i>	23
Valor dos cortes seriados no diagnóstico do carcinoma grau 0 e do micro- carcinoma do colo uterino — <i>Dra. Licy Teixeira Cló</i>	29
Cardiopatia congênita no ciclo grávido-puerperal. Considerações gerais. Tratamento cirúrgico — <i>Jayme Troncoso y Troncoso</i>	39

EDITORIAL

Organismos "pleuropneumonia-like" na genitalia feminina	57
---	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro — Escola Médica de Pós-graduação	59
Curso Nestlé de Atualização em Pediatria	60

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Medical, surgical and gynecologic complications of pregnancy	63
Resumos (Ver índice próprio)	65

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABRÉVIAÇÃO

An. Bras. de Gin.

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

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

(Considerações)

DR. PAULO SCHMIDT GOFFI
São Paulo

É VERDADE inconteste, muito repetida, que o parto em apresentação pélvica apresenta dificuldades crescentes, sendo fácil o desprendimento da cintura pelviana, menos simples a saída das espáduas e difícil a liberação da cabeça última. São segmentos de distócia que se sucedem num crescendo de problemas. Este ponto de vista permite-nos admitir como sendo o momento de maior magnitude quando o obstetra se defronta com a assistência ao parto em apresentação pélvica aquêle representado pela passagem da cabeça derradeira.

Não foi sem motivo que De Lee, querendo especificar como poderia testar o preparo e o mérito de um tocólogo, escreveu: "Permitam-me ver como um homem conduz um parto em apresentação pélvica e eu lhes direi de sua experiência obstétrica".

Tratando, pois, dos problemas da cabeça derradeira, para melhor entendimento do tema abordaremos o seu mecanismo de parto, as dificuldades, as condutas adotadas e o prognóstico.

MECANISMO DO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

Para Briquet (27) "a cabeça flete-se, completa a descida, gira, loca o suboccipício por baixo do púbis, recalca o cóccix pela região frontal, e desprende-se libertando, sucessivamente e pela ordem inversa, as circunferências suboccipitobregmática, suboccipitofrontal e suboccipitomentoneira". E como irregularidade citou a "rotação sacra da cabeça", referindo que "nem sempre a cabeça derradeira

(*) Tese do Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

se desprende em mentopública (?), como é de preceito". "Retardado o auxílio, o dorso, solicitada pelo peso do corpo já expulso, tem tendência a voltar-se para trás, e, com isso, arrasta a cabeça. Se não se conseguir transformá-la em O.P. (?), e mantendo-se fletida a cabeça, completa-se a saída da face com a locação da glabella sob o púbis". As interrogações entre parênteses colocadas após as expressões "mentopública" e "O.P." são nossas, pois queremos parecer que existe contradição no texto de Briquet, por conta de êrro de interpretação ou de impressão, embora repetidos na edição pós-morte, sob orientação de Delascio e colaboradores (28). Portanto, figurou êle dois mecanismos de parto: no primeiro, típico, a cabeça fletida faz hipomóelio com o suboccipício; no segundo, a cabeça também fletida, com dorso fetal para trás, faz hipomóclio com a glabella, constituindo êste uma irregularidade em sua opinião.

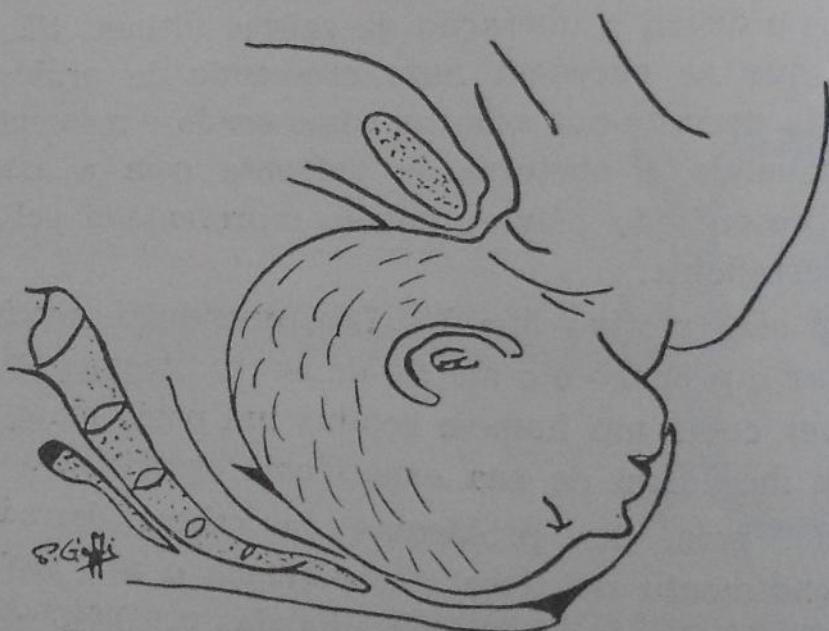


Fig. 1 — Cabeça derradeira fletida em mentossacra

Bumm (32) considerou freqüente e normal o desprendimento da cabeça derradeira fletida, com a face voltada para trás, e lembrou também outras duas hipóteses: 1º) fletida, quando a face se volta para a frente; 2º) quando há deflexão. Escreveu: "a passagem da cabeça não oferece dificuldades peculiares se ela conserva uma flexão normal. O mento desce primeiro, a face se desprende até a fronte; a região da raiz do nariz coloca-se debaixo da sínfise, enquanto o occipício percorre o períneo e atravessa a vulva. A expulsão da cabeça é bem mais difícil e perigosa para a criança quando o mento afasta-se do esterno e a cabeça deflete-se, como

na apresentação de face. O mento é agora retido atrás da sínfise, e, se a intervenção do médico não vem corrigir esta atitude anormal, o occipício desprende-se primeiro, no períneo". Portanto, aqui é descrito um terceiro mecanismo de parto que pressupõe a deflexão da cabeça, em consequência do que o mento afasta-se do esterno, ficando retido atrás da sínfise. Nestas condições, o occipício desprende-se primeiro. O ovóidecefálico percorre o canal pelvigenital oferecendo o seu eixo maior ao trânsito, porém, invertendo a polaridade (pólo occipital primeiro e pólo mentoneiro por último). O hipomóclio é o submento. As circunferências desprendem-se pela ordem: submentoccipital, submentofrontal e submentobregmática. Um quarto mecanismo de parto poderia ser considerado. Seria o caso da cabeça deflectida (com o mento afastado do esterno) quando o dorso fetal se orienta para diante. De todos os mecanismos este seria o mais raro, senão impossível. Por mais que se distenda o pescoço, a distância do mento ao esterno é inferior à altura do sacro, de sorte que a cabeça fica suspensa na bacia ao nível do estreito superior. É equivalente esta eventualidade à apresentação de face (em cabeça primitiva), quando não ocorre a rotação complementar de descida.

Nestes mecanismos, os tempos se sucedem como é do conhecimento geral: insinuação, descida, rotação interna e desprendimento. Não são independentes uns dos outros, mas solidários, de tal sorte que, antes de terminar um, já começa o seguinte, fundindo-se todos êles em um movimento harmônico de espira, que propulsa e faz rodar a cabeça fetal. Como o parto da cabeça segue-se ao das espáduas, comprehende-se que estas, arrastando-a, influem na maneira como aquela se insinua. O diâmetro de insinuação ideal é diferente conforme o tipo de bacia, mas é conveniente que o dorso fetal seja sempre orientado para diante, a fim de que o occipício o acompanhe e assim a cabeça fetal possa seguir o primeiro mecanismo descrito, para terminar o desprendimento em mentossacra, de epílogo sempre mais favorável.

Em 1959, levantamos a questão do ponto de referência fetal relativamente à cabeça derradeira. Greenhill (77) citou nosso trabalho no Year Book desse ano: "Goffi states that most obstetricians consider the occiput as the fetal point of reference in describing aftercoming head deliveries. He draws attention to the need for proper consideration of the physiologic attitude in which flexion occurs as well as that in which there is deflection. It is

only in the latter that the occiput may be considered as the point of reference. According to Goffi, in the flexed aftercoming head the point of reference is the chin".

No referido trabalho (72) nós achávamos necessário firmar o uso de expressões corretas e que era imperioso uniformizar a linguagem obstétrica a respeito. Insurgíamo-nos contra a falta de critério na distinção da cabeça derradeira fletida e defletida, cada uma delas com o dorso fetal para diante ou para trás. Perez (147) usou apenas as expressões "occítopúbica" e "occípitossacra". Leon (114), Greenhil e De Lee (78) e outros apresentam figuras ilustrando partos de cabeças derradeiras, fletidas umas e em extensão outras, sempre referindo nas legendas a expressão "occípito-posterior". Para êstes autores o ponto de referência é sempre o occipício (!). A mesma impropriedade de têrmos é encontrada em Moragues Bernat (134), Titus (190), Clivio e cols. (39), Grelle (79), Holland (93) e McCormick (122).

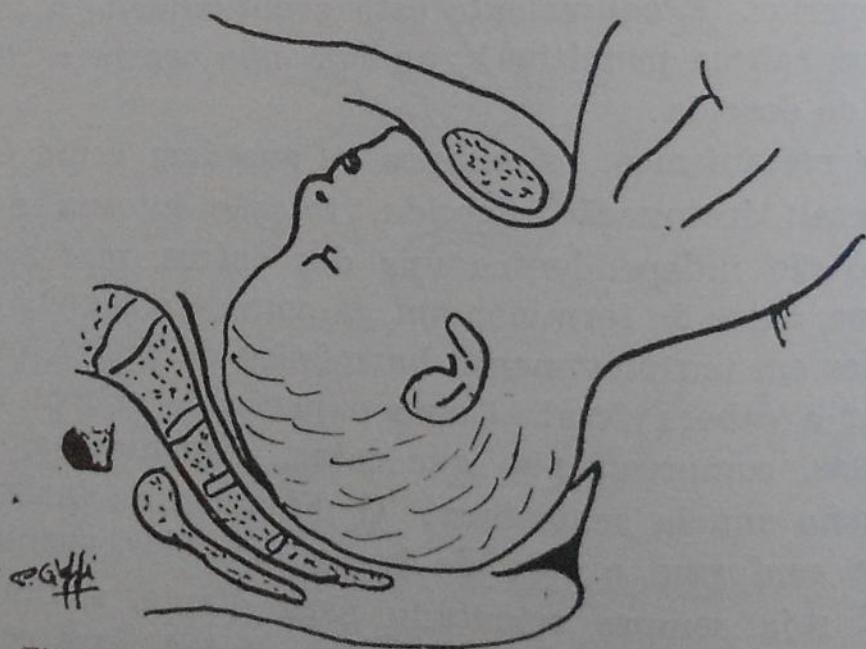


Fig. 2 — Cabeça derradeira defletida em occipitossacra

Mas Briquet (26) de certa feita houve por bem considerar o "mento" como ponto de referência fetal. É o que se depreende pela leitura do seu capítulo sobre a aplicação do fórceps em cabeça derradeira, onde escreveu: "por vêzes, apcs a extração pélvica, a cabeça fica retida e se o feto estiver vivo, cumpre extraí-lo quando hajam falhado as manobras para tais casos aconselhadas. Distingue-se dois casos: a) M. P., mento atrás da sínfise púbica e boca inacessível; b) M. S., mento dirigido para o sacro". Continúa usando no

texto as letras indicativas "M. P." e "M. S." para expôr a conduta que lhe parece aconselhada na solução dêstes casos. Apresenta uma figura reproduzida de Winter (210), onde coloca a seguinte legenda: "fórcepe sobre cabeça derradeira em M. P.". Gabamos o mérito de Briquet em apontar o "mento" como ponto de referência, mas lamentamos que não tenha considerado "pontos" de diferentes nomes para as duas diferentes atitudes, em flexão e em deflexão. Assim, comete êrro, em nosso entender, reproduzindo a figura de Winter, onde o mento inacessível está escondido atrás da sínfise e o occipício é que, no evolver do parto, aparece primeiro na fenda vulvar, apresentando a legenda com a referência "M. P.". Neste caso trata-se de uma "O. S.", em nossa opinião.

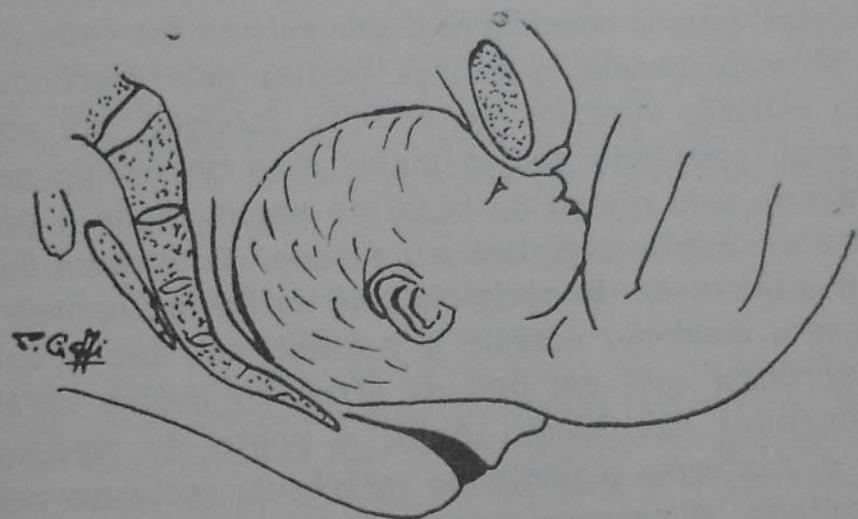


Fig. 3 — Cabeça derradeira fletida em mentopubica

Dexeus Font (50) descreve o mecanismo comum do despreendimento da cabeça derradeira e depois, com o título "variantes do mecanismo", relata: "se o sacro, em lugar de orientar-se para diante, orienta-se para trás, o occipício seguirá o mesmo caminho. Ao abordar o estreito inferior, o mento estará dirigido para diante, o occipício para trás. Com a cabeça fletida, se vencem, de ordinário, as dificuldades oferecidas pela resistência perineal. O trauma das partes moles será maior pela natureza dos diâmetros que atravessam o orifício vulvar (nasosuboccipital, nasoccipital, nasobregmático). Pode ocorrer todavia que a cabeça se coloque em atitude de deflexão. O mento se choca contra a sínfise pubiana e, servindo de hipomólio a região hiodéia, aparecem sucessivamente na comissura posterior da vulva o occipício, a sutura sagital, a fronte e finalmente a face. A terminação espontânea, tanto em um caso como

em outro, reclama o feto de pequeno volume e em uma pélvis de grande capacidade. Assim mesmo, e contando com o concurso da arte, as dificuldades para a total liberação fetal são muito grandes. Com proporções pélvico-fetais correntes, a rotação do occipício para trás é sempre um grave contratempo, principalmente quando se acompanha de deflexão da cabeça com encravamento do mento por cima do púbis". Em uma figura que apresenta sobre o parto podálico e suas complicações podemos ler a legenda: "expulsão da cabeça em mentopúbica". Este autor, portanto, considera como ponto de referência fetal, nesta condição, o "mento".

Argumentando, com a intenção de defender o nosso ponto de vista sobre a necessidade de considerar o mento como ponto de referência para a cabeça fletida e o occipício para a cabeça defletida derradeira, vamos considerar o mecanismo em cada uma destas atitudes. Estando fletida, a cabeça desliza pelo desfiladeiro pelvigenital, do estreito superior ao estreito inferior, até ocorrer sua expulsão total, orientada com o maior eixo do ovóidecefálico em correspondência com o eixo do canal do parto, tendo o pólo mentoniano à frente e o pólo occipital por último. O término da expulsão ocorre com a liberação do occipício, até então inacessível ao toque. Pressupõe-se a condição comum e normal, em que a cabeça está fletida, ocorrência esta em que os eixos do ovóidecefálico e do canal pelvigenital coincidem. Aqui, o ponto de referência fetal é o mento e, conforme o ponto de referência materno para o qual ele está voltado, deveremos usar as designações: M.P., M.E.A., M.E.T., M.E.P., M.S., M.D.T., ou M.D.A. Estando defletida, inverte-se a polaridadecefálica. O occipício desliza na frente e é expulso em primeiro lugar. O mento é liberado por último e permanece inacessível até o término da expulsão da cabeça derradeira. Nesta condição, usamos como referência o occipício e empregamos a letra maiúscula "O", para especificar a variedade de posição dessa cabeça defletida, como por exemplo: O.S., O.E.P., O.D.P., etc.

(Continua no próximo número)

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

Terapia sequencial estrogênio-progestogênio em ginecologia — <i>Edwin C. Jungck e al.</i>	65
O sistema fibrinolítico no sangue humano durante a gravidez — <i>Pieter Brakman</i>	65
Gravidez depois da restauração do assoalho pélvico — <i>R. W. Taylor</i>	66

Redação e Administração :

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

E
U. F. R. J.
UNIVERSIDADE - ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 62 — Nº 2 — Págs. 67 a 126 — Agosto de 1966

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Carcinoma invasivo do colo do útero — Revisão de 800 casos — <i>José B. Medina, Carlos Alberto Salvatore, Sérgio Guidi, Raymond Hegg, Nélson Abrão e José Gallucci</i>	67
Impressões sobre um estágio em serviço de anticoncepção do Chile — <i>Luiz Ferraz de Sampaio Júnior</i>	87
Pesquisa clínica sobre a tietil-perazina (Torecan) — <i>Sérgio Borges Bálsmo, Luiz Ferraz Sampaio, Heitor Camargo Barros, Nélson de Souza Nobre, Antônio Rosas e Bussamara Neme</i>	99
Contribuição para o estudo do parto da cabeça derradeira — <i>Dr. Paulo Schmidt Goffi</i>	107

EDITORIAL

Diagnóstico dos tumores virilizantes do ovário — <i>Vespasiano Ramos</i> ..	113
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

III Congresso Nacional de Citologia	117
V Congresso Latino-Americano e XL Congresso Chileno de Obstetrícia y Ginecología	117

RESUMO (Ver índice próprio)	122
-----------------------------------	-----

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABRÉVIACTION

An. Bras. de Gin.

E N D E R E Ç O
A D D R E S S O F
Anais Brasileiros de Ginecologia
BOX 1289 — RIO DE JANEIRO
GUANABARA — BRASIL

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

(Continuação do nº anterior)

DR. PAULO SCHMIDT GOFFI

DIFÍCULDADES NO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

Na opinião de Hughes (94), nenhuma condição é tão imprevisível e requer tão acurada ponderação sobre as condições materno-fetais em obstetrícia quanto a solução de um parto em apresentação pélvica. As maiores dificuldades aparecem na expulsão da cabeça derradeira, a fase mais perigosa do parto, fator dominante no agravamento dos índices de mortalidade e morbidade fetal.

Em princípio podemos considerar que a cabeça derradeira, não seguindo o mecanismo de parto comum, em que, fletida vem desprender-se em mentossacra, sempre apresenta dificuldades. Muitas podem ser as dificuldades, em função dos três elementos em causa no parto: força, trajeto e objeto.

a) *Fôrça*

Já nas fases iniciais da expulsão, tem-se como certo que a contração representa elemento importante a fim de manter a atitude fisiológica do conceito, com os braços aconchegados à face anterior do tórax e a cabeça fletida. Durante a expulsão até o final, com vantagens, essa atitude com a cabeça fletida é assegurada pela contração. Existe tendência às deflexões quando a contração não se mantém normal.

A participação da força contrátil do útero por si só, quando apenas resta ser partejada a cabeça, já expulso o ovóide córmico, é assunto de controvérsia entre os autores. A terminação inteiramente espontânea de partos nestas condições é argumentado válido para sustentar que isto ocorre quando tudo vai bem. Entenderam Vermelin e Ribon (201) que o parto pélvico ideal é o espontâneo, à custa de uma dinâmica uterina normal auxiliada pela prensa abdominal, em função do esforço da parturiente, sem qualquer interfe-

rênciam da arte ou de recurso medicamentoso. Muitos autores, porém, não acreditam na eficiência da contração para a ultimação do parto da cabeça por si só e preconizam ajuda pela expressão suave do fundo uterino.

A deficiência da força contrátil, portanto, pode criar dificuldades por não manter a flexão cefálica ou por não contribuir satisfatoriamente para a expulsão da cabeça derradeira. Existe, também, a influência nefasta da contração patológica dificultando o parto, quando, numa eventualidade rara e grave, a cabeça é retida, pela formação de anel de constrição.

b) *Trajecto*

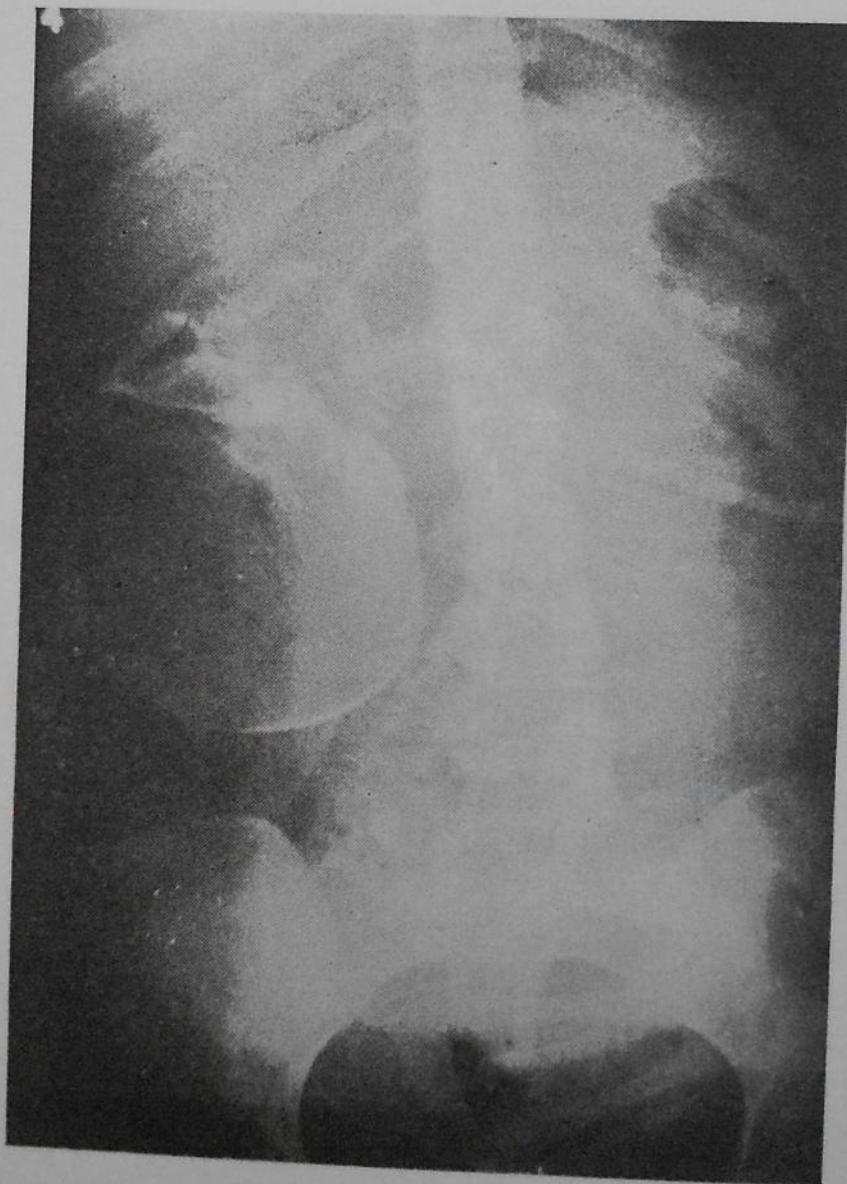
Deixando de lado as distócias ósseas que podem criar problemas, encarecem muitos autores a importância das dificuldades criadas pelas partes moles. Aqui sobreleva em importância a ação do colo que, muitas vezes, prende a cabeça derradeira. E' lembrado o fato de que a cintura pélvica e a cintura escapular, por possuírem diâmetros menores, não preparam suficientemente o colo para a passagem da cabeça, que conta com diâmetros maiores. Além disso, em determinadas condições, após o trânsito dos ombros o colo retraí-se sobre a zona mais adelgaçada representada pelo pescoço fetal e, assim, tem-se dificuldade na ultimação do parto da cabeça derradeira. Johnson (97), Bédrine e Lesoin (14) e muitos outros reconheceram a importância deste fato. Para Ross (167) a principal causa de dificuldades no parto da cabeça derradeira é a dilatação não satisfatória do colo. Ware, Winn e Schelin (205), analisando o problema, chegaram mesmo a distinguir o que chamaram "colo completamente dilatado" e "colo completamente dilatado e paralisado", dizendo que aquêle freqüentemente se contrai em torno do pescoço, dificultando a liberação da cabeça, ao passo que este raramente interfere. Rezende, Amar, Tancredo e Barcellos (160), temendo dificuldades nesse sentido, escreveram que "ao aflorar do umbigo à fenda vulvar, convém aplicar um dos chamados antiespasmódicos para afastar toda a possível resistência do colo à passagem da cabeça. Leon (113) também emprestou grande importância à retracção do colo, achando que constitui "complicação muito séria". Achou êle que o colo incompletamente dilatado, ao retrair-se, retém a cabeça; quando não cede, devem-se praticar incisões com tesoura, pois não será com trações violentas que se logrará vencer o obstáculo.

c) Objeto

Deixando de lado as malformações fetais (hidrocefalia, tumores, etc.), fato corriqueiro na gênese das dificuldades no parto da cabeça derradeira é a desproporção céfalo-pélvica, muitas vezes não suspeitada, e que no dizer de alguns constitui "denominador comum à maioria dos partos distócicos em apresentação pélvica". Baxter (13) mostrou opinião diferente, escrevendo que raramente se pode incriminar o volume cefálico como fator de distocia, desde que a cabeça se insinue completamente fletida. Este autor estudou as variações do volume cefálico em relação ao peso fetal. Constatou que o polo cefálico de um feto de 4 536g mostra um aumento de 2,5cm na respectivo diâmetro, em confronto com um feto de 3 175g; assim, considerou que tal variação não pode acarretar dificuldade apreciável e que, nos fetos grandes, os problemas que surgem são mais do que tudo consequência da grande circunferência torácica, que predispõe à deflexão dos braços e ao mesmo tempo impede o acesso a eles, dificultando a extração. Contudo, em uma série de 85 casos consecutivos, em primíparas, atribuiu dificuldades inerentes à liberação da cabeça em seis pacientes. Encareceu a importância do tamanho em função da atitude, achando que o volume e a falta de moldagem da cabeça derradeira são fatores menos importantes do que a deflexão como causa de dificuldades na sua liberação.

A deflexão da cabeça derradeira, tão temida como causa de dificuldades, tem sido surpreendida por muitos autores, mesmo antes de desencadeado o parto, pelo exame radiológico, tais como: Stein (185), Toulouse (192), Taylor (189), Gaddy (62), Guilhem, Pontonier e Baux (82), Rivière (161), Gernez e Poiret (64), Calk e Torpin (34) e outros. Admite-se que o comum na apresentação pélvica é a cabeça estar fletida e orientada para o plano ventral do feto. Wilcox (209), contudo, em 216 radiografias, verificou atitude indiferente, ("middle", "military") em 49,5%, flexão em 39,8% e deflexão ou hiperextensão em 10,7% dos casos. Apenas em um destes encontrou anomalia congênita do pescoço. Defendeu o ponto de vista de que a cesárea não tem indicação só pelo fato de haver hiperextensão da cabeça fetal. Para Grasset e Levy (76) a deflexão da cabeça, nestas condições, pode apresentar-se de duas maneiras: 1) deflexão transitória, observada em exame radiológico e que se corrige espontaneamente; 2) deflexão definitiva ou persistente no

útero, mas que pode desaparecer logo após o nascimento ou continuar por vários dias. Rivière (161) observou, em alguns casos, que o recém-nascido conservou durante semanas a atitude de deflexão forçada. Para Vermelin e Ribon (201), a atitude defletida da cabeça é a causa mais freqüente da rotação do dorso e do occipício para trás, no momento da expulsão, acarretando distócia. Brakemann (24), que encontrou a deflexão cefálica em 11% dos



casos de apresentação pélvica, lembrou que nestas condições transmite-se mal a pressão axial do feto, obrigando, muitas vezes, pelo prolongado trabalho de parto resultante, à extração. Azevedo, Galacci e Landi (9) admitiram que a hiper-rotação cefálica é um

importante fator de distócia. Behrman (15) estudou a hiperextensão do polo cefálico fora do trabalho de parto, escrevendo que ela pode ser de graus variáveis, desde a atitude militar até a deflexão máxima, na qual pode haver a rotação lateral. Quando persistente, o recém-nascido pode exibir essa atitude até dias ou semanas após o nascimento. Behrman (15) coletou 47 casos publicados e a eles acrescentou 4 casos pessoais. Os seus casos tiveram todos solução por via vaginal, sem dificuldades. Três deles, no berçário, mantiveram a deflexão pelo período de 1 a 5 dias. Dos casos da literatura analisados por Behrman (15), 16% apresentavam anomalias congênitas, sendo três quartos delas incompatíveis com a vida, o que considera mais uma razão para não praticar cesárea de rotina, nessas condições. Publicação de Reis e De Costa (158) referente a um feto em apresentação pélvica, cuja radiografia mostrava hiper-rotação e deflexão da cabeça, levando-os à prática de cesárea eletiva, motivou considerações de Leon (112) sobre o assunto. Este autor lamentava que os americanos não conhecessem seu trabalho anterior em colaboração com Gavioli e Ledesma (116), porque se dêle tivessem conhecimento não teriam feito cesárea. Para êles, esta atitude atípica pode ser transitória ou permanente; porém, na grande maioria das vezes não se associa com defeitos congênitos e não prejudica, por si só, a boa evolução do parto por vias naturais.

Quando o mecanismo de parto comum, em qualquer de suas fases (insinuação, descida, rotação interna e desprendimento), não ocorre de maneira típica, os problemas vão-se agravando e as dificuldades são tanto maiores quanto mais precocemente se instalam estas alterações da física do parto. Importância muito grande tem a condução prévia do parto, principalmente no que tange à orientação anterior do dorso e à não deflexão dos braços. São dois fatores que merecem ser considerados para evitar distócia na ultimação do parto da cabeça. Barnes (11) insistiu em que o sacro pode, mas o dorso nunca deve ser posterior. Paolantonio (144), fazendo um estudo crítico dos métodos empregados para o desprendimento dos membros superiores, mostrou que os melhores resultados foram conseguidos sempre que se fêz a rotação anterior do dorso. A cabeça, acompanhando essa rotação, tem menores dificuldades para ser expulsa.

Também uma variedade de posição, a sacropúbica ou sacranterior direta (pélvica incompleta, modo de nádegas persistente com dorso anterior), é considerada por alguns como capaz de criar dificuldades. Torpin (191) considerou esta variedade de posição, quando definitiva, essencialmente distócica. E' a denominada "síndrome de Torpin".

(Continua no próximo número)

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

Hemorragia post-partum — <i>Michael Newton</i>	123
Endometriose provocada experimentalmente por fragmentos de endomélio — <i>James A. Merrill</i>	123
Tensão arterial materna e mortalidade perinatal — <i>A. J. Bret e J. Cheynier</i>	124
Avaliação da seqüência da biópsia, do cone da conização e da histerectomia no carcinoma intra-epitelial do colo — <i>E. L. Silbar e J. D. Woodruff</i>	124
Fatores prognósticos do câncer do seio — Reproducibilidade da classificação histopatológica — <i>S. J. Cutler e al.</i>	125
Hipofibrinogenemia complicando ruptura uterina: relacionamento com embolia do líquido amniótico — <i>W. E. Josey</i>	125

Redação e Administração :

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