U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII AGÔSTO, 1968 VOL. 66 — Nº 2

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 66 — Nº 2 — Pág. 57 a 126 — Agôsto de 1968

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Mortalidade perinatal — *Paulo Schmidt Goffi* 57
Disgenesias gonádicas femininas — *Jean Claude Nahoum* 67
Da pré-eclampsia. Estudo e interpretação das lesões glomerulares e vasculares do rim — *Luiz Alfredo Corrêa da Costa* 87
Alterações menstruais clínicas em mulheres usando a longo tempo o dispositivo intra-uterino de Lippes — *Antonino Pompeu Pandolfi* 99

EDITORIAL

Genética e citogenética — *Jean Claude Nahoum* 105

NOTAS E COMENTÁRIOS

Revista Sôbre Ginecologia e Obstetrícia 109
Curso de Atualização em Pediatria 118
Reunião Sôbre Estudos do Recem-nascido 118

RESUMOS (ver índice próprio) 119

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 66, 1968, nº 2, p. 57-66

TRABALHOS ORIGINAIS

MORTALIDADE PERINATAL

PAULO SCHMIDT GOFFI (*)
São Paulo, SP

RESUMO

Neste trabalho procura o autor esclarecer uma série de fatos ligados ao que desde Pfaundler se chama "mortalidade perinatal". Qual o conceito de mortalidade perinatal, quais as principais causas dessa mortalidade, como varia o coeficiente e mortalidade perinatal nas váris zonas geográficas do Brasil, como atua o fator sócio-econômico nas estatísticas de mortalidade perinatal, quais os reflexos da carência alimentar sôbre essa mortalidade, qual a influência da idade e da paridade da gestante, qual a influência da toxemia gravídica e do diabete, qual a variação da mortalidade na clínica particular e na clínica hospitalar gratuita, como influi sôbre essa mortalidade a preparação psico-física da gestante.

Essas e outras questões são pormenorizadamente examinadas com dados da literatura médica mundial e principalmente com os dados do próprio autor referentes à Clínica Obstétrica da Maternidade São Paulo e do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

A COMISSÃO EXECUTIVA da XVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em Pôrto Alegre, em 1967, programou a discusão do tema "mortalidade perinatal", formulando questões. Como participante dessa mesa redonda, algumas foram por nós abordadas. Nossos comentários a êstes tópicos, foram os seguintes:

1. Qual o conceito de mortalidade perinatal?

O termo "mortalidade perinatal" foi criado por Pfaundler, em 1939, para significar as perdas de produtos da concepção que ocorriam "pouco antes, durante e pouco depois do parto". Peller, nove anos depois, completou esta conceituação, considerando a mortalidade

(*) Assistente do D. O. G. da F. M. U. S. P. e Chefe de Clínica da Maternidade São Paulo.

perinatal representada pela soma de natimortos, da 28ª semana de gestação em diante, mais os neomortos, até o 7º dia de pós-parto. A Organização Mundial de Saúde (O. M. S.) adota êste critério.

2. Que constitui os períodos perinatal I e II?

A Associação Médica Americana admite a mortalidade perinatal relacionada com dois períodos: *a*) Período Perinatal I, incluindo fetos de 28 semanas ou mais e nascituros até 7 dias; *b*) Período Perinatal II, englobando fetos de mais de 20 semanas e nascituros até 28 dias. Admite-se a substituição do critério "semanas" pelo "pêso", considerando equivalência entre 20 semanas de gestação e 500 g de pêso fetal, e, 28 semanas e 1 000 g.

A crítica que fazemos à preocupação dos autores em se aterem à mortalidade perinatal dentro dêstes conceitos é no sentido de que dificilmente, na prática, podemos referir com exatidão as mortes ocorridas até o 7º dia, porque nossas pacientes recebem alta nas maternidades, com os filhos, antes dêsse dia. No 4º dia se vão e não temos notícias do que acontece em seguida. Em nossas estatísticas em serviços de maternidade o que vemos referido habitualmente são "natimortos" (os que não chegam a ingressar no berçário), e, "neomortos" (os que falecem no berçário). O comentário vem a propósito de caracterizar nas estatísticas de maternidades o "natimorto", que seria, de fato, o nascituro que não respira e não exibe qualquer outro sinal de vida (batimentos do coração ou do cordão, e, movimentos musculares). E' comum o recemnascido reanimado sem sucesso entrar nas estatísticas como natimorto. Estas diferentes maneiras de encarar o problema acarretam dificuldades para o cotejo de estatísticas.

Não se querendo restringir à análise das perdas ao clássico conceito de natimortos e neomortos, para ter visão mais ampla dos danos, poderíamos encarar a questão dentro da idéia de Anderson, de Nasbitt, e de outros que procuram enfocar o que chamam de "human reproductive failure", incluindo prenhezes ectópicas, abortamentos embrionários e fetais. Lilienfeld e Parkhurst sugerem que se considere também como "conseqüências" da "reproductive failure" os componentes subletais representados pelas formas de paralisia cerebral, epilepsia, retardo mental e condições deficitárias outras, que mostram falha ou insucesso no escopo de obter um produto

bom como resultado de um ciclo grávido puerperal de desenvolvimento normal.

Em 3 622 411 partos Anderson encontrou 800 595 gestações com epílogo não satisfatório, pelas seguintes razões: 72 855 mortos antes do 28º dia de vida; 68 262 nascidos mortos; 362 241 abortamentos espontâneos; 217 344 abortamentos criminosos; 22 640 prenhezes ectópicas; 21 369 paralisias cerebrais; 7 244 epilépticos; 18 110 retardados mentais; 822 cegos; 5 000 surdos; 4 708 portadores de lábio leporino, palatoesquise ou outras malformações.

3. Quais as principais causas gerais de mortalidade perinatal?

Para Nesbitt e Anderson, em crianças de 1 000 gramas e mais, no Johns Hopkins Hospital, as causas de morte foram: anoxia 33,7%; sem fator letal demonstrável, filhos de toxêmicas e diabéticas ou não 32,0%; trauma de parto 9,8%; malformações 9,4%; ventilação pulmonar anormal 7,1%; infecção (sífilis e outras) 5,6%; eritroblastose 1,6%; outras causas 0,8%.

Em São Paulo, Martins, reecntemente (1966) publicou resultados da Maternidade "João Daudt d'Oliveira" (SESC), dando conta das causas de morte em 281 crianças, das quais 25 apenas foram necropsiadas: anoxia 41,0%; função respiratória anormal e/ou membrana hialina 24,9%; malformação 10,3%; doença hemolítica 3,2%; trauma craniano 2,8%; infecção 2,5%; desconhecidas e outras 15,3%.

4. Quais as causas das variações dos coeficientes de mortalidade perinatal nas diversas regiões geográficas do Brasil?

No Brasil, as estatísticas oficiais são falhas porque em muitas regiões os cartórios não são notificados com exatidão sôbre os nascimentos e os óbitos perinatais. Lembra Martiniano Fernandes que em certas localidades do interior o número de certidões de batismo é maior que o número de registros em cartório. Além disso, as causas das variações dos coeficientes de mortalidade perinatal nas diversas regiões geográficas do Brasil são acacianamente conseqüência da heterogeneidade do meio. Regiões ricas e regiões pobres. Em alguns lugares pletora de médicos e em outros, inexistência de um médico siquer no município. Segundo Jairo Ramos, enquanto na Guanabara existe 1 médico para 358 habitantes, no Maranhão

existe apenas 1 para 19 333. Os Estados com maior número de médicos por habitantes, são Guanabara, Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pernambuco e Minais Gerais. Os que têm menos, são: Maranhão, Amazonas, Rio Grande do Norte, Piauí e Mato Grosso.

De região para região, o mesmo acontece com hospitais e maternidades, assim como com pessoal técnico auxiliar (parteiras e enfermeiras). Neste particular (queremos nos referir a "pessoal técnico auxiliar"), a situação é má em quase todo o Brasil. Apresentamos um exemplo para ser considerado: numa construção, para o bom andamento da obra, podemos admitir que na cupula figure um arquiteto e um engenheiro construtor e como auxiliares desenhistas, calculistas, empreiteiros, eletricistas, encanadores, carpinteiros, pedreiros e operários, ou, seja, pessoal técnico auxiliar capacitado dentro duma hierarquia, em função do que é levada adiante a emprêsa. No caso da assistência prenatal, ao parto e ao recem-nascido deveríamos ter também no plano mais elevado o obstetra, o puericultor e o anestesista, seguindo-se o pessoal técnico auxiliar (parteiras, enfermeiras, etc.). E' o que geralmente não existe. Grande é o entusiasmo que se apodera em nosso país, em todos os quadrantes, dos que lutam pela criação de Faculdades, para habilitar, em nível superior, especialistas para todos os setores, sem contudo haver preocupação na formação de pessoal técnico auxiliar. Teremos, dentro em pouco, muitos médicos e poucas obstetrizes e enfermeiras. Teremos muitos veterinários e agrônomos e poucos tratoristas, poucos capatazes, poucos ordenhadores habilitados e assim por diante. A indústria, de algum tempo para cá, tem procurado formar mão de obra especializada nas escolas de aprendizagem industrial (tipo SENAI), mas, no que tange à medicina, o esfôrço dispendido, em nossa opinião, erradamente se polariza na criação de escolas de pessoal de nível superior, o que não está bem dentro das necessidades do país. São necessárias, mas não são tudo o de que precisamos.

Com o título "Assistência obstétrica: problema pede solução por regiões", lembra Onofre Araújo, a necessidade de maior número de obstetrizes e escreve que "a êsse respeito, aliás, já na sessão de encerramento do VII Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, reunido em Pôrto Alegre em 1963, foram sugeridas e recomendadas as seguintes medidas: 1. que as Faculdades de Medicina pro-

movam a instalação e funcionamento de Escolas de Obstetrizes; 2. que as cátedras de Obstetrícia, responsáveis pela formação de especialistas, sejam dotadas de instalações e verbas de manutenção condignas". Pelo que sabemos, no Brasil existem apenas três escolas de obstetrizes: Recife, São Paulo e Pôrto Alegre. Note-se que a demanda ou a procura de curso em São Paulo é pequena, pois apenas cêrca de 20 moças em média procuram, por ano, matricula na Escola de Obstetrícia da Faculdade de Medicina (U. S. P.).

5. Como atua o fator sócio-econômico nas estatísticas de mortalidade perinatal?

Quanto ao fator sócio-econômico influindo na mortalidade perinatal, citamos Butler e Bonham que na Inglaterra verificaram mortalidade crescente das classes sociais mais favorecidas para as menos favorecidas, considerando a profissão do pai: classe I (profissional diferenciado); classe II (supervisor); classe III (profissional habilitado); classe IV (semi-habilitado); classe V (não habilitado). Respectivamente, os coeficientes de mortalidade perinatal foram de 69, 80, 96, 108 e 128 por mil. Num último grupo, que poderia ser rotulado "classe VI", sem pai (filhos de mães solteiras), a mortalidade foi ainda maior, ou, seja, de 140 por mil.

6. Quais os reflexos da carência alimentar na mortalidade perinatal?

A carência alimentar só quando muito pronunciada terá, por si, influência na natimortalidade, sendo porém mais acentuada na neomortalidade. Contudo, como a falta de alimento é o comemorativo básico da condição sócio-econômica, compreende-se que o referido linhas atrás cabe perfeitamente aqui, aceitando-se o estudo feito por Butler e Bonham. E' o que pessoalmente verificamos na Maternidade São Paulo, comparando a Seção Gratuita com a de Pensionistas. Também podemos cotejar os dados do Hospital das Clínicas de São Paulo, publicados por Lemos e Misawa. O quadro que se segue dá conta dêstes dados.

Portanto, os dados aqui referidos mostram mortalidade perinatal de 23,35 entre Pensionistas da Maternidade São Paulo, ao passo que foi de 43,82 na Seção Gratuita, sendo mais elevada ainda no Hospital das Clínicas, onde, na mesma época, foi de 150,31. Além das con-

dições sócio-econômicas das pacientes atendidas no Hospital das Clínicas serem ainda piores, acresce o fato de que para aí são drenados todos os casos patológicos do Pronto Socorro.

MORTALIDADE PERINATAL

trienio 1964/66	Fac.Medicina D.O.G.-H.C. 6899 partos		Maternidade São Paulo Gratuitos 13209 partos		Pensionistas 14557 partos	
	nº	coef.	nº	coef.	nº	coef.
natimortos	441	63,92	396	29,97	165	11,33
neomortos	596	86,39	183	13,85	175	12,02
total	1037	150,31	579	43,82	340	23,35

Para Luiz Alfredo Correa da Costa, nos países subdesenvolvidos a mortalidade infantil é muito maior que a perinatal, mas, à medida que vão sendo galgados os degraus do desenvolvimento, aquela diferença vai-se anulando. A mortalidade perinatal, ao contrário da infantil, é problema mais técnico do que sócio-econômico; depende mais da qualidade da assistência médica, que da elevaçãodo padrão de vida da comunidade, segundo êle.

No Estado de São Paulo, o progresso dos últimos 25 anos acarretou uma diminuição dos coeficientes de mortalidade fetal e infantil. Em 1940, eram êstes coeficientes: natimortalidade 64,76; mortalidade infantil 178,30. Em 1956, baixaram respectivamente para: 30,73 e 72,56. Portanto, a natimortalidade baixou para 47 por cento do que era há 25 anos, ao passo que a mortalidade infantil decresceu mais, e passou a representar 40 por cento do que era.

Dados do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo mostram que no Interior a natimortalidade tem sido sempre maior que na Capital. E' certo que isto se explica pelos menores recursos assistenciais lá encontrados. Em 1940, os coeficientes eram: Interior 67,22; Capital 49,94. Vinte e cinco anos após, em 1965: Interior 32,50; Capital 26,41.

7. Varia a mortalidade perinatal com a idade e paridade da gestante?

Com a palavra Butler e Bonham, que em seu bem documentado livro respondem à questão, referindo respectivamente os seguintes coeficientes de mortalidade perinatal, na primeira segunda, terceira e seguintes paridades: 106, 74, 99, 112, 138, 141, 170, 178 .... Daí

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

se conclue que os produtos de segunda parição são os que mostram menor coeficiente de mortalidade. Os filhos de multíparas apresentam maior mortalidade. Também os geneticistas têm alertado sôbre o aumento de disgenesias em filhos de pacientes idosas e multíparas. Nossa opinião pessoal é coincidente com os resultados de Butler e Bonham, pois achamos que a primiparidade ensombrece o prognóstico e, por outro lado, a grande multiparidade condiciona a "distocia grávido-dinâmica" como referia Briquet, que acarreta problemas. Num meio termo estão as secundíparas, já testadas em seu primeiro parto e ainda livres do ônus representado pelas gestações muito repetidas.

8. Qual a relação da gravidez multípara e mortalidade perinatal?

Em nossa experiência, a mortalidade perinatal na prenhaz múltipla é cêrca de 50% maior que na simples, em função da prematuridade que acarreta, da superdistensão uterina e dos transtornos da contração, da maior incidência de partos cirúrgicos e da maior freqüência de malformações, além de outras distócias feto-anexiais.

9. Qual a influência da toxemia gravídica na mortalidade perinatal?

No Serviço onde trablhamos (Hospital das Clínicas), em 289 casos de eclampsia Neme encontrou um coeficiente de mortalidade perinatal de 332 por mil. As alterações útero-placentárias orgânicas e funcionais, levando, além da anoxia a outros problemas, seriam as razões do grande aumento da mortalidade perinatal na toxemia gravídica. Em trabalho por nós publicado, registramos na Maternidade São Paulo coeficiente de neonatimortalidade igual a 298 por mil. Naquela época significava uma mortalidade trêss vêzes maior que a registrada na Seção Gratuita, globalmente.

10. Qual a influência do diabetes na mortalidade perinatal?

Entre nós, Maretti (DOG da FMUSP — Hospital das Clínicas) em 80 filhos de diabéticas refere 22,6 por cento de natimortos e 13,5 por cento de neomortos, representando uma neonatimortalidade maior que o dôbro da global.

11. Qual a influência da gravidez prolongada?

Aceitamos, em nosso meio, os pontos de vista de Cerruti, que publicou a respeito uma monografia. Aceitamos a gravidez seródia como complicação obstétrica, responsável por apreciável aumento da mortalidade perinatal. Quanto maior a duração real da gestação seródia tanto maior o risco fetal. Admitimos que do 14º ao 21º dia após a data prevista do parto são de tal ordem as possibilidades de complicações para o feto, que tomamos por referência êsse período para limite de nossa vigilância e da expectativa armada. Segundo Hosemann, a mortalidade perinatal na gravidez prolongada pode ser representada por uma curva parabólica, em função de sua duração, a saber: na 44ª semana 10%; na 45ª 20%; na 46ª 30%; na 48ª 40%; na 50ª 70% e na 52ª 100%.

12. Há nítidas variações na relação entre partos em clínicas privadas e gratuitas e mortalidade perinatal?

A resposta é afirmativa. Nossa estatística, comparando a Seção de Pensionistas e a Seção Gratuita na Maternidade São Paulo prova isto. Em primeiro lugar porque a condição sócio-econômica é diferente e sua influência é positiva. Em segundo lugar porque no pré-natal, no parto e no pós-parto as atenções são maiores, via de regra. Fator que também influencia a mortalidade perinatal é a incidência de parto operatório, variável entre gratuitas e pensionistas. Vantagens e desvantagens decorrem disto. Pesoalmente, criticamos a alta incidência de cesáreas atualmente verificada em clínicas particulares (médicos há que fazem mais de 25 por cento de cesárea em suas pacientes), mas achamos que o alargamento das indicações do forcipe nos períodos expulsivos prolongados diminuiram de muito a mortalidade perinatal, principalmente nos Serviços Gratuitos. No Hospital das Clínicas de São Paulo anotamos apenas 7,34% de forcipes e na Seção Gratuita da Maternidade São Paulo 4,92%. Achamos que devia ser maior esta freqüência de aplicação de forcipes. Pessoalmente, em nossa clínica particular, de 1-8-66 e 1-8-67, atendendo 231 parturientes, fizemos 85 aplicações de forcipe. Dêstes 59 "baixos" e 26 "médios" (25,59% e 11,35%, ou, seja, um total de 36,84%). Ampliamos a indicação do forcipe em nossa clínica particular, não por imediatismo, pois que nunca nos valemos desta circunstância

para valorizar nossa atuação frente à família da paciente, mas tão só por convicção de que assim estamos agindo no interêsse da paciente e do filho.

13. Quais as vantagens do tipo de assistência obstétrica determinada pelo I.N.P.S. e qual a relação dêste atendimento com a mortalidade perinatal?

A assistência obstétrica como vem sendo feita pelo I.N.P.S. tem seus aspectos negativos e positivos. Um dos aspectos negativos é a contratação de serviços com hospitais de categoria inferior, com equipes de obstetras improvizados e onde por "imediatismo" existirá sempre uma incidência exagerada de intervenções porque isto representa para os inescrupulosos mais "unidades serviço". O lado positivo é representado pelo estímulo à consulta de prenatal onde as pacientes vêm receber a "guia de internamento" e a ordem para o "auxílio natalidade", com conseqüente maior afluxo às maternidades, diminuindo assim a freqüência de parto em domicílio sem assistência. O balanço destas influências acarretará uma diminuição, por certo, da mortalidade perinatal.

14. Houve alterações na mortalidade perinatal com a preparação psico-física da gestante para o parto?

O preparo para o parto permite à paciente colaborar melhor, evitando o uso antecipado de drogas analgésicas durante o parto e permitindo que o médico trabalhe orientado pelas indicações puramente obstétricas e não em função da pusilanimidade da parturiente e da pressão da família aflita.

SUMMARY

Perinatal Mortality. — In this paper the author discusses a series of discusses the facts connected with what, since Pfaundler, is called "perinatal mortality". What is the concept of perinatal mortality, which are the principal causes of this mortality, how varies the coefficient of perinatal mortality in the differents geographical sections of Brazil, how acts the socio-economic factor to influence this mortality, which are the reflexes of the alimentary deficiency upon the perinatal mortality, what is the influence of the age and the parity of the pregnant woman and the toxemia of pregnancy and diabetes upon the perinatal mortality, how varies the perinatal mortality in private practice and the free hospital, how is this mortality influenced

by the psycho-physical preparation of the pregnant woman? These and other pertinent questions are analyzed with details with data of the world literature and mainly with informations from the obstetrical clinic of the São Paulo Maternity and the obstetrics department of the hospital of the State of São Paulo University.

RÉSUMÉ

Mortalité Périnatale. — L'auteur discute une série de faits rélatifs à ce que depuis Pfaundler on appelle "mortalité périnatale". Qu'est-ce qu'on entend par mortalité périnatale, quelles sont les principles causes de cette mortalité, quelle est la variation de cette mortalité dans les différentes zones géographiques du Brésil, comment agit le facteur socio-écononomique sur les statistiques de mortalité périnatale, quels sont les réflexes de la carence alimentaire sur la mortalité, quelles sont les effets de l'age et de la parité de la femme enceinte, ainsi que l'influenc de la toxémie gravidique e du diabètes sur cette mortalité, quelle est la variation de la mortalité dans la pratique particulière et dans l'hôpital gratuit, quelle est l'influence sur la mortalité de la préparation psycho-physique de la femme enceinte? Cells-ci et d'autres questions sont discutées avec beaucoup de détails avec les donnés de la littérature mondiale et principalement avec les statistiques du service de l'auteur à la Clinique Obstétricale de la Maternidade São Paulo et du département d'obstétrique de l'Université de l'Etat de São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, G. W. — Current trends in the pathology of human reproductive failure. Am. J. Pub. Health, 45 : 1 259, 1955.

ARAUJO, J. O. — Assistência obstétrica (problema pede solução por regiões). Medicina Hospitalar, 1 : 21, 1968.

BRIQUET, R. — Obstetricia Normal. São Paulo, Preitas Bastos, 1939.

BUTLER, R. — Obstetrícia Normal. São Paulo, Freitas Bastos, 1939.

BUTLER, N. R. e BONHAM, D. G. — Perinatal mortality. London, Livingstone, 1963.

CERRUTI, F. — Gravidez prolongada. Anais da Mat. S. Paulo, 4 : 93, 1959.

CORRÊA DA COSTA, L. A. — Mortalidade perinatal. In Rezende, J., ed. Obstetrícia. Rio, Koogan, 1963, pág. 1 453.

LEMOS, J. L. e MISAWA, Y. A. — O registro de pacientes do Hospital das Clínicas da Fac. Med. da Univ. São Paulo. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 21 : 253, 1966.

LILIENFELD, A. M. e PARKHURST, E. — A study of the association of pregnancy and parturition with the development of cerebral palsy. Am. J. Hyg., 53 : 262, 1951.

MARETTI, M. — Diabetes e gravidez (a ser publicado).

MARTINS, C. P. — Mortalidade perinatal na Maternidade "João Daudt d'Oliveira". Maternidade e Infância, 25 : 293, 1966.

NEME, B. — Toxemias tardias da prenhez. In Rezende, J., ed. Obstetrícia. Rio, Koogan, 1963, pág. 615.

NESBITT, R. E. L. — Perinatal loss in Modern Obstetrics. Philadelphia, Davis, 1957.

NESBITT, R. E. L. e ANDERSON, G. W. — Perinatal mortality (clinical and pathologic aspects). Obst. & Gynec., 8 : 50, 1956.

PELLER, S. — Mortality, past and future. Population Studies, 1 : 105, 1958.

RAMOS, J. — Criação de novas escolas médicas. Rev. da Ass. Méd. Bras., 13 : 99, 1967.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Citologia endometrial em pacientes assintomáticos post-menopáusicas — *Doran, T. A. e Thompson, D. W.* 121

Recorrência vaginal de carcinoma endometrial — *Brown J. M. e outros* 121

Carcinoma da vulva — *Goplerud, D. R.* 121

Câncer mamário feminino após doença cística do seio — *Veronesi, U. e Pizzocaro, G.* 122

Carcinoma endometrial recidivante — *Dede, J. A. e outros* 122

Biometria do câncer cervical — *Mochissi e outros* 122

Graus de radiosensitividade e de malignidade no câncer cervical — *Gusberg, S. B. e Herman, G. G.* 123

Complicações ligadas ao uso de artifatos contraceptivos intrauterinos em mulheres da classe socioeconômica média e superior — *Wilson, J. R. e Ledger, W. J.* 123

Resultados de 10 anos após tratamento cirúrgico do câncer cervical — *Navratil, Ernst* 123

Tratamento cirúrgico do câncer cervical do útero nos estádios I e II — *Braunschwig, A.* 124

Doença de Paget da vulva — *Koss, L. e outros* 124

Carcinoma in situ primitivo da vagina — *Avanzini, S. e Lampertico, P.* 125

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



N.º ESPECIAL DEDICADO AO PROF. JOAQUIM ONOFRE DE ARAUJO PELO TRANSCURSO DO SEU JUBILEU PROFESSORAL

ANO XXXIII SETEMBRO, 1968 VOL. 66 — N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. de Gin. — Vol. 66 — N.º 3 — Págs. 127 à 310 — Setembro de 1968

SUMÁRIO

EDITORIAL

Joaquim Onofre de Araujo — **José Medina** 127

INTRODUÇÃO

Discurso em homenagem ao prof. Joaquim Onofre de Araujo — **Bussamara Neme** 133

TRABALHOS ORIGINAIS

Fundamentos fisiopatológicos da profilaxia do óbito materno da Eclâmpsia — **Bussamara Neme & Col.** 137

Cininas plasmáticas — bradicinina e análogos — **Alberto Raul Martinez** 219

Epilepsia e ritmo menstrual — **Hans Wolfang Halbe** 231

Problemas diagnósticos e terapêuticos da esterilidade tubária — **Franz Mueller & Col.** 241

Freqüência de parto operatório — **Paulo Schmidt Goffi** 255

Inversão crônica do útero — **Sergio Peixoto & Col.** 269

Sarcoma do endométrio — **Álvaro da Cunha Bastos & Col.** 263

A nomenclatura anatômica atual em toco-ginecologia e urologia feminina **Álvaro da Cunha Bastos & Col.** 279

Alguns fundamentos médicos e sócio-econômicos para o planejamento da família — **Milton Maretti & Col.** 285

Carcinoma da vulva em adolescente — **Álvaro da Cunha Bastos & Col.** 297

NOTAS E COMENTÁRIOS

Intercâmbio científico 307

XVII Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 307

Prêmio Lafi de Ciências Médicas 309

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 66, 1968, n.º 3, p. 255-262.

FREQÜÊNCIA DE PARTO OPERATÓRIO

PAULO SCHMIDT GOFFI (*)
São Paulo SP.

RESUMO

As indicações do parto operatório têm aumentado seguidamente entre nós, não sòmente pela maior liberalidade na prática da cesárea e pelo crescente emprêgo do forceps de alívio, como também em razão da unificação dos Institutos de Previdência, cuja direção deseja que a freqüência dêsse tipo de parto não deva ir além de certo limite. Qual seria sua porcentagem ideal? Tentando contribuir para uma resposta, começa o autor do artigo por lembrar que entre os fatores que atuam para aumentar a incidência operatória estão a honorabilidade, a dedicação e a experiência do obstetra, a condição sócio-econômica da paciente e os recursos de pessoal auxiliar do local da assistência. Para esclarecimento do problema, apresenta dados estatísticos que mostram como hoje não se vê mais o elevado número de versões, extrações, forceps altos e operações mutiladoras, de uma ou duas décadas atrás. Lembra trabalho seu sôbre 243 versões internas, em 1945 e 1946, com incidência de 1.9% sôbre o total de parturientes e de 12.5% sôbre as intervenções, o que agora é coisa rara. As cesáreas, que em 1948-1951 eram da ordem de 1.4% na seção gratuita da Maternidade São Paulo e de 7.1% na seção de pensionistas, mostram hoje porcentagens muito maiores. Em 1964-1966, na mesma maternidade, os partos operatórios subiram para 11.3%. A influência da condição sócio-econômica das pacientes é muito clara: a paciente particular e a família forçam o obstetra a executar e repetir operações cesáreas. Na sua casuística particular, salienta o autor o uso ampliado do forceps de alívio, que também deve ser aplicado mais vêzes nas clínicas gratuitas, em que a morbi-mortalidade fetal é sempre muito elevada. Na sua opinião, o forceps de alívio indica assistência obstétrica bem melhorada.

ASSUNTO digno de ser discutido no momento é o referente à incidencia de parto operatório. A primeira razão é a ampliação das indicações, seja em função da maior liberalidade na prática da cesárea, seja em virtude do crescente emprêgo do forcipe de alívio. A segunda razão prende-se ao sistema assistencial que criou em

(*) Assistente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de SP. Chefe de Clínica da Maternidade São Paulo. Professor de Obstetrícia da Fac. de Medicina de Taubaté, SP.

virtude da unificação dos Institutos. A Direção do nôvo INPS imagina que a freqüência de parto operatório não deve ir além de determinado limite. Pergunta-se, então, qual seria a percentagem ideal? Vários fatôres influem na incidência operatória, entre os quais citamos: 1) a honorabilidade, a dedicação e a experiência do obstetra; 2) a qualidade da paciente; 3) os recursos de pessoal auxiliar e do ambiente.

1. Queremos nos referir à questão do "imediatismo" que poderia levar o obstetra menos conciencioso à prática exagerada de intervenções, principalmente cesáreas, porque isto lhe representaria mais "unidades serviço". A dedicação é outro fator em causa, que explicaria, por exemplo, porque um profissional dedicado acompanha mais carinhosa e pacientemente uma parturiente, conseguindo-lhe um parto por vias naturais e em boas condições, enquanto que o menos disposto a essa espera opta desde logo pela via alta, intervindo afim de se descartar mais ràpidamente do seu encargo assistencial. Enfim, a experiência obstétrica também influe e explica porque o menos dextro no manejo da via baixa mais freqüentemente indique soluções cirúrgicas pela via abdominal, cesareando maior número de pacientes.

2. Referimo-nos à qualidade da paciente porque admitimos que, bem preparada e tendo feito um bom seguimento prenatal, sua colaboração será melhor, no sentido de conseguir-se um parto natural, e porque, nestas pacientes, os quadros patológicos e as distócias são menos comuns. Em pacientes mal preparadas e de má qualidade, a incidência operatória será maior. Admitimos aqui um reparo, que se refere a outra faceta da questão, qual seja o "limiar à dor", diferente na paciente comum e na paciente diferenciada. Razões psicogênicas levam a paciente de escala social ou cultural elevada a solicitar mais sedação, o que conseqüentemente leva a incidência operatória maior em função disto.

3. Considerando o ambiente e o pessoal auxiliar, vemos que Maternidades bem aparelhadas, comparativamente com serviços improvisados, apresentam incidência diferente, em função dos recursos postos à disposição do atendimento. Principalmente aqui queremos reportarmos a participação das obstetrizes. Uma auxiliar eficiente tem ação decisiva na justa incidência operatória. Informações defeituosas sôbre a evolução de um parto ou impressões alarmistas sôbre as condições presentes, partidas da obstetriz menos esclarecida, esta-

belecem pânico na paciente e na família e criam dificuldades na orientação do médico, levando-o a maior número de soluções cirúrgicas.

Considerados que foram os fatôres que levam a maior ou menor número de partos operatorios, devemos também analisar as conseqüências de abstenção exagerada. Pode-se intervir menos e ter mortalidade e morbidade fetal maior quando se espera que a parturiente dê à luz por si própria, intervindo só quando isto não é possível. E' o que se vê em alguns serviços em que, devido a razões que não discutiremos, existe incidência operatória baixíssima, nos quais são sacrificados fetos que em outras condições seriam aproveitados.

Produzindo a evolução dos conhecimentos e da orientação assistencial ao parto, mostra o passar do tempo porque as estatísticas das Maternidades se modificaram substancialmente. Hoje não se vê mais o número de versões, extrações, forcipes altos e operações mutiladoras que se viam há uma e duas decadas atrás.

Nós mesmo, publicamos[2] um trabalho sôbre 243 versões internas feitas em apenas dois anos, 1945 e 1946, na Maternidade São Paulo. Isto correspondeu à incidência de 1,89% sôbre o número de parturientes e 12,5% sôbre o número total de intervenções nesse período. Hoje, no entanto, esta intervenção é rara e quase que só executada no segundo feto, em prenhezas gemelares.

As cesáreas, que em trabalho por nós publicado[3] ,também sôbre material da Maternidade São Paulo, mostravam incidência de 0,91%, 1,32%, 1,52% e 1,55%, respectivamente em 1948, 1949, 1950 e 1951, na Seção Gratuíta, e, 6,17%, 7,17%, 7,15% e 8,41%, em 1948, 1949, 1950 e 1951, na Seção de Pensionistas, agora mostram percentagens muito maiores.

Onofre de Araújo[1], como relator do tema "Indicações da via vaginal no parto operatório", na VI Jornada de Obstetricia e Ginecologia, defendeu o ponto de vista de que o maior número de operações que ano por ano se verifica devia-se em grande parte à participação de "não especialistas". O obstetra experimentado, escreveu êle, "tem noção exata dos riscos maternos e fetais que acompanham o ato cirúrgico, sabe discernir, com precisão e acêrto os casos que necessitam do auxílio da arte... É aos responsáveis pelo ensino da especialidade que cumpre refreiar a tendência operatória atual, pela educação obstétrica dos futuros profissionais da arte tocológica, incutindo-lhes as regras de bem conduzir o parto..."

Analisamos os partos em nossa clínica pessoal e os ocorridos nos Serviços em que trabalhamos: Departamento de Obstetricia da Faculdade de Medicina da U.S.P. (Hospital das Clínicas) e Maternidade São Paulo (Seção Gratuíta e de Pensionistas).

Clínica Pessoal — de 1/8/66 a 1/8/67

Tipo de parto	**Casos**	%
Cesárea	30	12,99
Fórcipe médio	26	11,25
Fórcipe baixo	59	25,54
Parto pélvico	6	2,58
Versão interna	3	1,29
Partos operatórios	124	53,65
Partos normais	107	46,35
Total de partos	231	100,00

Hospital das Clínicas (D.O.G.F.M.U.S.P.) — 1965/66

Tipo de parto	**Casos**	%
Cesárea	571	12,56
Fórcipe	282	6,20
Extração pélvica	8	0,18
Versão interna	11	0,24
Fetotomia	18	0,40
Partos operatórios	890	19,58
Partos normais	3 657	80,42
Total de partos	4 547	100,00

Maternidade São Paulo — 1964/65/66

Tipo de parto	Gratuitos		Pensionistas	
	Casos	%	Casos	%
Cesárea	792	6,07	3009	20,89
Fórcipe	650	4,98	1940	13,47
Extração pélvica	17	0,13	16	0,11
Versão interna	16	0,12	15	0,10
Fetotomia	2	0,02	1	0,01
Vacuum extractor	3	0,03	5	0,04
Partos operatórios	1 480	11,35	4 986	34,62
Partos normais	11 540	88,65	9 417	65,38
Total de partos	13 044	100,00	14 403	100,00

É necessário caracterizar a condição sócio-econômica das pacientes e a natureza do atendimento em cada um dêstes Serviços:

a) como "Clínica Pessoal" contamos apenas as parturientes particulares por nós atendidas, excluindo qualquer paciente que pertencesse a "Sociedade" ou "Institutos".

b) Hospital das Clínicas (D.O.G. da F.M.U.S.P.) — pacientes de condição sócio-econômica deficitária; grande número de casos patológicos entrados pelo Pronto Socorro; clínica de ensino com participação de estudantes.

c) Seção Gratuita da Maternidade S. Paulo — pacientes também de condição sócio-econômica não favorável; atendimento por equipe de obstetras da própria Maternidade.

d) Seção de Pensionistas da Maternidade S Paulo — pacientes de melhor condição sócio-econômica, algumas genuìnamente particulares e outras pertencentes a Institutos e Sociedades que mantêm convênio; algumas atendidas por médicos da casa e muitas outras atendidas por médicos estranhos ao Corpo Clínico, com liberdade de orientação, desde que dentro da ética profissional.

Em clínicas gratuitas (Hospital das Clínicas — D.O.G. e Seção Gratuita da Maternidade São Paulo) encontramos menor freqüência operatória, enquanto que na Seção de Pensionistas foi maior. Em nossa clínica particular, encontramos número de cesáreas maior do que imaginavamos, por nos têrmos em conta de "não cesarista". Procuramos por isso analisar individualmente cada caso de cesárea por nós atendido e chegamos à conclusão de que em 66% foi ela repetida (das 30 cesáreas feitas por nós, 20 tinham sido cesareadas anteriormente, a maioria por outros obstetras). Explicamos então, assim: a tendência de todos em cesarear mais, leva até os não cesaristas, obrigatòriamente, a aumentar suas estatísticas. A paciente particular e a família freqüentemente forçam o obstetra à repetição da cesárea, atemorizadas e não dispostas à espera da evolução do parto por vias naturais. Não somos partidários da repetição rotineira da cesárea. Já em trabalho anterior [4], mostramos nossa opinião nesse sentido e publicamos os resultados em clínica gratuita, onde em 171 cesareadas, 70,2% tiveram parto por via transpélvica e 29,8% necessitaram nova cesárea.

Em nossa casuística pessoal verificamos o uso ampliado do fórcipe de alívio. Fizemos durante o ano 59 aplicações de fórcipe baixo, a maioria nestas condições. Somos apologistas do fórcipe de alívio e entendemos que na assistência de alto padrão deve existir elevado número de fórcipes de alívio. Admitimos que nas clínicas gratuitas, em que a morbi-mortalidade fetal é grande, conseguiríamos baixar êstes índices fazendo a aplicação do fórcipe de alívio mais vêzes. O número grande de fórcipes de alívio indica, em nossa opinião, assistência obstétrica melhor.

O raciocínio que acabamos de defender não se aplica à cesárea. Achamos que para a cesárea existe um "ótimo" de incidência para caracterizar assistência de alto padrão obstétrico. Sendo muito mais ou muito menos que êsse nível admissível, podemos duvidar da excelência do atendimento, seja porque a formação obstétrica de quem atende é deficitária, seja por outras razões.

BIBLIOGRAFIA

1. **ONOFRE DE ARAUJO, J.** — Indicações da via vaginal no parto operatório. Rev. de Gyn. e d'Obst., 47 (II): 415-427, 1953.
2. **GOFFI, P.S.** — Versão interna (sôbre 243 casos). Rev. de Gy. e d'Obst., 41 (II): 549-552, 1947.
3. **GOFFI, P.S.** — O Fórcipe na operatório obstétrica. Rev. de Med. e Cir. de S. Paulo, 13: 155-163, 1953.

4. GOFFI, P.S. — Futuro obstétrico da cesareada. Anais da Mat. S. Paulo, 3: 179-183, 1957.
5. LEMOS, M.L. e MISAWA, Y.A. — O registro de pacientes do Hospital das Clínicas da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 21: 253-265, 1966

SUMMARY

Frequency of Operative Delivery — The indications for operative delivery have increased continuously in Brazilian medical centers, not only because of greater liberality in the practice of the cesarean section and increased use of relief forceps, as well as the result of the unification of the separate medical services of the syndicates of the several kinds of workers, the direction of which wishes that the frequency of that type of delivery may be contained within a certain limit. What would be the ideal percentage of operative deliveries? Trying to contribute to an answer to this question the author of the present paper begins with the indication that among the factors that contribute to increase the incidence of operative deliveries are the honorability, the dedication and the experience of the obstetrician, as well as the socio-economic conditions of the patients and the resources of auxiliary personnel at the place where the delivery is performed. To clarify the problem, he presents statistical data showing how today we do not see great number of versions, extractions, high forceps and mutilating operations of one or two decades ago. He refers a report of 243 internal versions performed by him in 1945 and 1946, with the incidence of 1.9% of the total of patients and 12.5% of the number of operative deliveries. The cesarean section, which in 1948-1951 at the Maternidade São Paulo, were of the order of 1.4% among free patients and 7.1% among the paying ones, show today much higer percentages. In 1964-1966, at the same maternity, the operative deliveries increased to 11.3%. The influence of the socioeconomic conditions of the patients is very clear: the private patient and the families urge the obstetrician to perform and repeat cesarean sections. In his own cases the author emphasizes the enlarged use of the relief forceps, which should be used more frequently in free maternities, in which the fetal morbi-mortality is always very high. In his opinion, the relief forceps is an indication of an obstetrical assistence well improved.

RÉSUMÉ

Fréquence de l'Accouchement Opératoire — Les indications de l'accouchement opératoire ont augmenté continuellement aux centres médicaux brésiliens, non seulement à cause de la libéralité plus grande dans la pratique de la césarienne et par l'augmentation croissante de l'usage du forceps de soulagement, ainsi qu'en raison aussi de l'unification des services médicaux séparés des syndicats ouvriers des différents métiers, dont la direction veut établir une certaine limite pour ce type d'accouchement. Quel serait le pourcentage idéal de ces accouchements opératoires? Pour chercher une réponse à cette question, l'auteur commence par citer que parmi les facteurs qui contribuent

pour augmenter l'incidence des accouchements opératoires, il y a l'honorabilité, la dédication et l'expérience de l'obstétrician, ainsi que les conditions socio-économiques de la patiente et les ressources de personnel auxiliaire à la place où l'accouchement a lieu. Pour éclaircir le probléme il présente des données statistiques qui montrent qu'aujourd'hui on one voit plus le grand nombre de versions, extractions, forceps haut et opérations mutilantes d'il y a 10 ou 20 années. Il cite un rapport de 243 versions pratiquées par lui en 1945 et 1946, avec incidence de 1,9% sur le total de femmes accouchées et 12,5% du nombre d'accouchements opératoires. Les opérations césariennes, qui étaient, en 1948-1951, à la Maternidade São Paulo, de l'ordre de 1,4% des accouchées gratuites et 7,1% des accouchées payantes, montrent aujourd'hui des pourcentages beaucoup plus élevés. En 1964-1965, à la même maternité, les accouchements opératoires montèrent à 11,3%. L'influence des conditions socio-économiques des patientes est très claire: les patientes privées et les familles pressent l'obstétricien pour opérer des accouchements césariens et les répéter. En ces cas privés l'auteur accentue l'usage plus grand du forceps de soulagement, qui devrait être employé plus fréquemment dans les maternités gratuites, où la morbi-mortalité foetale est toujours très élevée. À son opinion, le forceps de soulagement est une indication d'amélioration de l'assistance obstétricale.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII NOVEMBRO, 1968 VOL. 66 — N.º 5

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 66 — N.º 5 — Pág. 379 à 446 — Novembro de 1968

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Hidrotubação quimográfica no tratamento da obstrução tubária. Resultados com o emprêgo de enzimas proteolíticas — **A. Campos da Paz Filho** 379

Da pré-eclampsia. Estudo e interpretação das lesões glomerulares e vasculares do rim — **Luiz Alfredo Corrêa da Costa** 393

Disgenesias gonádicas femininas III — Estigmas — **Jean Claude Nahoum** 413

EDITORIAL

Intersexualidade — **Antonio Vespasiano Ramos** 431

NOTAS E COMENTÁRIOS

Simpósio Farmitalia no Brasil 435

Forum Científico 436

RESUMO (ver índice próprio) 439

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

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

INDICE DOS RESUMOS

Poliploidia no endométrio humano com reação de Arias-Stella — **Wagner, D. e Richardt, R. M.** 441

Imprevisibilidade da evolução dos lipomas — **Sawyer K. C. e outros** 441

Metástases Gastrointestinais do carcinoma do seio — **Asch, M. J. e outros** 441

Doença mental após histerectomia — **Martin, F. I. R. e Stocks, A. E.** 442

Carcinoma do seio em indivíduos transsexuais após alteração cirúrgica ou hormonal dos caracteristicos sexuais primários ou secundarios — **Symmers, W. C.** 442

Carcinoma do seio — aspectos histológicos e clínicos dos tumores apocrínicos — **Frable, W. J. e Kay, S.** 443

Carcinoma do colo estádio — **Kolstad, P.** 443

Diversão urinária paliativa em pacientes com carcinoma adiantado do colo — **Chua, D. T. e outros** 444

Estudo de 864 pacientes com carcinoma uterino da cervix — **Nielson. I. C. e outros** 444

Considerações histológica e clínicas sôbre seis pacientes com tecoma — **Sirbu, P. e outros** 445

Curetagem uterina com anestesia paracervical em ambulatório — **Hedberg, G.** 445

Conização supercial do colo — **Crisp, W. e outros** 445

Tempo necessário para conversão displástica do epitelio cervical — **Fox, C.** 446

Propriedades antimocrobiais do endométrio — **Kozinn, P. J. e outros** 446

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII DEZEMBRO, 1968 VOL. 66 — N.º 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 66 — N.º 6 — Pág. 447 à 490 — Dezembro de 1968

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

A operação de Manchester no tratamento do prolapso do útero — **Carlos Alberto Salvatore & Col.** 447

Disgenesias gonádicas femininas — **Jean Claude Nahoum** 455

Aceitabililade e eficácia dos dispositivos intra-uterino de Lippes — **Antonino Pompeu Pandolfi** 465

EDITORIAL

Teco — Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia — **Jean Claude Nahoum** 477

NOTAS E COMENTÁRIOS

Turma de Médicos Notáveis 479

Medicina do Trabalho 479

XVII Congresso Brasileiro de Higiene 479

Mortalidade Infantil 480

Nova Droga para as Coronárias 480

Funções Renais após Homotransplantes 481

Forum Científico 481

RESUMOS (ver índice próprio) 483

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Aspiração suprapúbica de urina na gravidez — **McDayen, I. R. e outros** 485

Tratamento graduado do carcinoma in situ do colo uterino —**Krieger J. S. e outros** 485

Futuro histológico e citológico dos casos com esfregaço cervical atípico — **Hulka, B. S.** 485

Metabolismo dos carbo-hidratos e contraceptivos orais — **di Paola G. e outros** 486

Rigoroso método simplificado para descobrir bacteriúria — **Fennerty F. A. e outros** 486

Leucemia em pacientes com câncer do colo tratadas com irradiação — **Hutchison G. B.** 487

Antigênios ABO no câncer — **Kovbrik S. e outros** 487

Anormalidades mentais no postparto ligadas ao uso de contraceptivos orais — **Nilsson A. e outros** 487

Hirsutismo — **Ingiulla Wladimir** 488

Investigação da Tricomonose e da Candidiose no corrimento genital — **Cordova M. S. e outros** 489

A histerosalpingografia na terapia da esterilidade feminina — **Regidor P.** 489

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII JANEIRO, 1968 VOL. 65 — N.º 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 65 — Nº 1 — Pág. 1 à 64 — Janeiro de 1968

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Terapêutica seletiva do carcinoma da mama — *Aurélio Monteiro* 1

Observações clínicas sôbre o tratamento seqüencial pelo mestranol-clormadinona (11-10) — *Alvaro de Aquino Salles, M. Peano e N. Peano* 13

O uso do DT-327 no tratamento do edema no terceiro trimestre da gravidez — *C. E. Martinelli, N. Augusto, F. R. da Costa e M. H. Batarr* 27

A lesão glomerular toxêmica na pré-eclampsia — *Luiz Alfredo Corrêa da Costa* 33

EDITORIAL

Limitação da natalidade — *José Pimentel Maia Bittencourt* 45

NOTAS E COMENTÁRIOS

Conferência Nacional de Obstetras e Ginecologistas 49

Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro 50

Curso de Urologia Ginecológica 51

Título de Especialização em Ginecologia Obstetrícia 51

RESUMOS (ver índice próprio) 55

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Estudo de 25 tumores primários do ovário — *Larrieu, H. e Goiran, J. P.* 57

O método de Averette para diagnóstico da ruptura do saco amnio-corial — *Bailo, . e al.* 57

Linforsarcoma primário da glândula mamária — *Jernstrom, P. e al.* 58

Secreção de andrógenos por ovários normais policísticos e neoplásticos — *Rivarola, M. A. c al.* 60

Efeitos adversos dos contraceptivos com esteróide — *Velasquez, J. G.* .. 60

Cancer da uretra feminina — *Grabstald, H. e al.* 61

Renina e aldosterona como contraceptivos e alta pressão arterial — *Larahg, J. H. e al.* 62

Gravidez ovárica e artefato intrauterino contraceptivo — *Piver, M.* 62

Variação da sobrevivência em pacientes com cancer do avário — *R. T. Long* 63

Valor do ácido desoxirribonucleico (DNA) na evolução do cancer do seio — *Emson, H.* 63

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII FEVEREIRO, 1968 VOL. 65 — Nº 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol 65 — Nº 2 — Pág. 65 a 112 — Fevereiro de 1968

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Estrogeneoterapia e câncer na menopausa — *Aurélio Monteiro* 65

Descolamento prematuro da placenta — *Bussamara Neme* 73

Tratamento da hiperemese gravídica pelo metoclopramide HCL — *Carlos Alberto Salvatore* 87

RELATÓRIOS E CONFERÊNCIA

Relatório apresentado ao IX Congresso Internacional de Câncer — *João Paulo Rieper e Chie Kasai Nicioka* 95

ERDITORIAL

Educação e a "Armadilha Populacional" — *Arnaldo de Moraes Filho* ... 99

NOTAS E COMENTÁRIOS

Congresso de Citologia 105

Curso Sôbre Contracepção 105

RESUMOS (ver índice próprio 107

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

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

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

ÍNDICES DOS RESUMOS

Tratamento do câncer do seio por feixe eletrônico — *Chu, S. C. H. e al* 109

Mamografia — *Lesnick, G. J.* 109

Alterações na circulação linfática após mastectomia — *Abbes, H.* 110

Estudo do parênquima mamário por mamografia em mulheres sãs ou com doença benigna e maligna — *Wolfe, J. N.* 110

Ductos como indicadores do carcinoma do seio pela mamografia — *Wolfe, J. N.* 111

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII MARÇO, 1968 VOL. 65 — Nº 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 65 — Nº 3 — Pág. 113 a 172 — Março de 1968

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Resultados funcionais da neovaginoplastia quando da presença de útero funcionante. Experiência com 10 casos — *Carlos Alberto Salvatore e Orlando Ludovici e José Galuci* 113

Regime dietético e ciclo grávido-puerperal — *Bussamara Neme e Marilena Cury* 129

Estudos sôbre o eletrocardiograma materno durante o trabalho de parto — *Luiz Abtibol, Paulo Belfort Aguiar, Igor Borges Abrantes Jr. e Jorge de Rezende* 141

Obtuário materno no descolamento prematuro da placenta — *Bussamara Neme* 149

A sulfanilamidopirimidina em gerontoginecologia — *Plinio Tisi Ferraz* 155

EDITORIAL

Descolamento prematuro da placenta; contrôle clínico no puerpério — *Bussamara Neme* 161

NOTAS E COMENTÁRIOS

Nova Diretoria da Fundação Lafi 163

Sociedade Brasileira de Dermatologia 163

IV Congresso Internacional de Higiene e Medicina Preventiva 163

Previdência Social 164

Sociedade Obstetrícia e Ginecologia do Paraná 165

Curso de Genética em Ginecologia 165

Curso de aperfeiçoamento sôbre colposcopia 166

RESUMOS (ver índice próprio) 167

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

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

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 65, 1968, nº 3, p. 141-148.

ESTUDOS SÔBRE O ELETROCARDIOGRAMA MATERNO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Luiz Abitbol (*)
Paulo Belfort Aguiar (**)
Igor Borges Abrantes Jr. (***)
Jorge de Rezende (****)
Rio de Janeiro, GB

No curso de investigações e de reflexões sôbre eletrocardiografia na gravidez, chamou-nos atenção a míngua de trabalhos versando a morfologia e as modificações do eletrocardiograma materno nas várias fases do trabalho parturiente. Tratados de cardiologia e textos fundamentais de eletrocardiografia (1 a 8) referem-se, tão sòmente, às modificações evolutivas do eletrocardiograma processadas durante a gestação, nada mencionando a respeito de eventuais alterações havidas durante o trabalho de parto. Tal omissão estimulou-nos a averiguar como se comportava o eletrocardiograma materno antes e depois do parto: durante a fase de dilatação, a de expulsão e no secundamento.

MATERIAL E MÉTODO DE ESTUDO

Foi o presente trabalho realizado em 39 parturientes clìnicamente normais, tôdas no têrmo cronológico da prenhez.

Trabalho realizado na "33.ª Enfermaria (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia" e no "Instituto de Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro".

(*) Cardiologista do Departamento de Eletrofonocardiografia Fetal do Instituto de Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

(**) Professor Assistente e Docente de Clínica Obstétrica. Chefe de Clínica do "33.ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro" e do "Instituto de Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

(***) Cardiologista da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

(****) Catedrático de Clínica Obstétrica e Diretor do Instituto de Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Professor Titular de Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Chefe da "33.ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia.

Eram os traçados eletrocardiográficos obtidos em cada fase clínica do trabalho de parto: no *1º período*, com qualquer dilatação cervical, durante a metrodiástole; à expulsão, no intervalo do esfôrço expulsivo e, por fim, após o secundamento.

Prestaram-se os traçados eletrocardiográficos assim obtidos à análise do *ritmo*, *da freqüência* cardíaca e dos respectivos eixos elétricos ÂP, ÂQRS e ÂT.

RESULTADOS

1. *Ritmo.* 35 pacientes não apresentaram qualquer alteração em seu ritmo sinusal inicial; 3 exibiram extrassístoles ventriculares durante o período expulsivo e após o secundamento, e 2 revelaram a extrassistolia ventricular sòmente depois da dequitação.

Tabela I

Modificações da freqüência cardíaca ocorridas na transição da fase expulsiva para o secundamento

bt/min. Freqüência cardíaca	Fase expulsiva		Secundamento	
	nº de casos	%	nº de casos	%
60 a 70	9	20,5	7	18,0
71 a 80	4	10,2	7	18,0
81 a 90	9	23,0	10	25,5
91 a 100	9	23,0	6	15,3
101 a 110	4	10,4	3	7,6
111 a 120	4	10,4	5	13,1
Mais de 120	1	2,5	1	2,5
Total	39	100,0	39	100,0

2. *Freqüência.* Interessou-se consignar, tão sòmente, as modificação de freqüência ocorridas na transição da fase expulsiva para o secundamento (*Tabela I*). Durante êsse período 15 pacientes apresentaram elevação da freqüência cardíaca, 22 diminuição, permanecendo inalterada em 2 (*Tabela II*).

Tabela II

Modificações da freqüência cardíaca ocorridas na transição da fase expulsiva para o secundamento

bt/min			
de 1 a 10	6	10	-
de 11 a 20	5	8	-
mais de 21	4	4	-
total	15	22	?

1. *Eixo elétrico.* Permaneceram pràticamente inalterados os diversos eixos elétricos, em tôdas as pacientes, durante as fases de dilatação e expulsiva. Na transição do 2º período para o secundamento foram *mínimas, pràticamente desprezíveis*, as modificações dos eixos elétricos ÂP e ÂQRS conforme se vê nas *Figuras 1 e 2*.

Merecem consideradas, entretanto, as diversas modificações de ÂT (*Fig. 3*), nêle encontrando desvio para esquerda em 12 casos, para a direita em 9, permanecendo inalterados em 18.

COMENTÁRIOS

As modificações experimentadas pelo coração materno, referentes ao ritmo, à exceção de extrassistolias auriculares e ventriculares, possivelmente por motivo de excitação vagal, foram irrelevantes.

Os diferentes eixos elétricos não evidenciaram, também, as modificações esperadas, imputáveis ao esfôrço expulsivo e ao esvaziamento uterino. Com efeito, o agravado esfôrço dispendido pela paciente no transe da expulsão e a súbita descompressão abdominal causada pela saída do concepto, não exercem modificações cardíacas traduzidas em desvios apreciáveis do eixo elétrico, mostrando assim, de forma inequívoca, não existir, na grávida normal pelo menos, relação direta entre os efeitos fisiológicos, circulatórios e a atividade elétrica do coração.

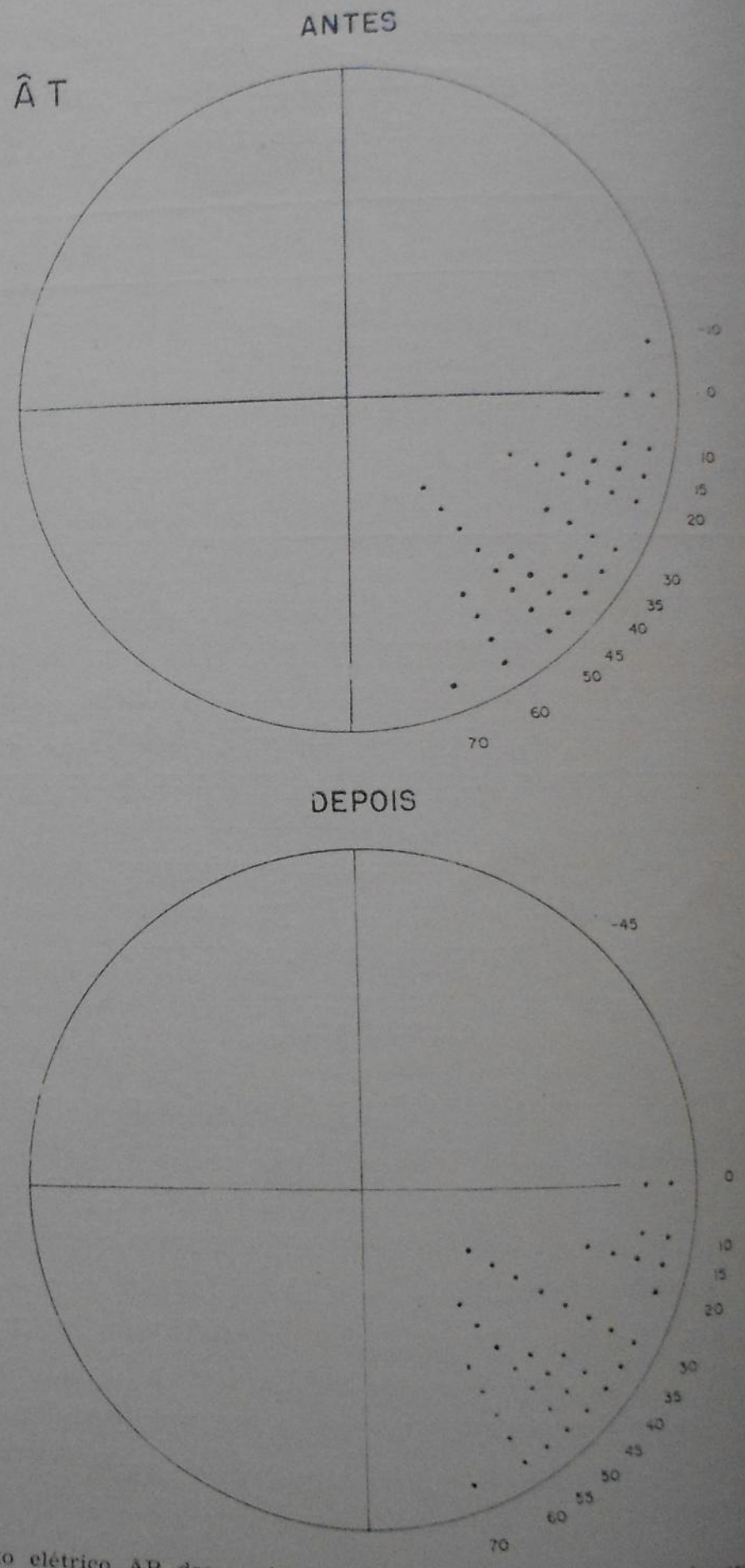


Fig. 1 — Eixo elétrico AP das pacientes observadas antes e depois da expulsão fetal. (Vide descrição no texto).

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 sôbre os assuntos da especialidade, seis meses antes.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Estudo clínico-estatístico de 657 casos de apresentação podálica — *Ruocco, F. e Pasparini, M.* 169

Fluoruracil no tratamento do câncer d oseio — *Samp, R. J. Ansfield, F. J.* 170

Variabilidade na classificação do carcinoma do colo do útero — *Holmquist, N. D. e McMahan, C. A. e Williams, O. D.* 170

Toxemia gravídica experimental — *Arhelger, R. B. e Douglas B. H.* 170

Efeito da grande altitude simulada sôbre a gravidez — *Delaquerierre Richardson e Valdivia, E.* 171

Cratinina no líquido amniótico — *Pitikin, R. M. e Zwirek, S. J.* 171

Fatôres causaes da gravidez tubária — *Kliener, G. J. e Roberts, T. W.* .. 171

Exatidão diagnóstica da biopsia cervical e da conização — *Anderson, S. G.* 172

Estados premalignos e malignos do colo do útero — *Anderson, W. A.* .. 172

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 65, 1968, nº 3, p. 169-172.

RESUMOS

ESTUDO CLINICO-ESTATISTICO DE 657 CASOS DE APRESENTAÇÃO PODÁLICA (Rilievi Clinico-Statistichi su 657 Casi di Parto in Presentazione Podalica) — Ruocco, F. e Gasparini, M. — *Riv. d'Obst. e Ginec. Pratica*, Milão, 49 : 745, 1967.

Pareceu interessante aos autores reexaminar mais uma vez o problema do parto podálico, sobretudo tendo em vista as elevadas morbidade e mortalidade fetais e, em menor escala, também, as maternas. Fazem-no com a apresentação de 657 casos ocorridos num total de 14 589 partos registrados nas 19 019 fichas de pacientes atendidas, entre 1962 e 1966, no departamento de obstetrícia e ginecologia do Hospital Civil de Udine, Itália. Durante aquele quinquênio, essas apresentações podálicas ocorreram nas razões de 5.19%, 5.27%, 3.95%, 4.46% e 3.82%, respectivamente, entre os partos dêsses cinco anos sucessivos, com a média geral de 4.50% para todo o quinquênio. Repassando a literatura mundial, referem as estatísticas de 27 autores, em que, num total de mais de 12 000 partos, a apresentação podálica ocorreu na razão média de 4.35%, que não difere muito das cifras agora apresentadas e que se escalaram entre o mínimo de 1.5% no trabalho de Morton, na Grã Bretanha, e o máximo de 6.4%, no de Rivoltella, na Itália.

Nesse total de 657 partos podálicos, havia 41.90% de meninos para 47.03% de meninas e 594 partos simples (88.97%) e 73 duplos (11.03%). Dêsses 73 gêmeos, em 8.37% a apresentação podálica era de um só feto e em 2.70% era de ambos os fetos. A paridade, de I a VI, tinha a seguinte distribuição, respectivamente: 338 (15.5%), 206 (31.4%), 87 (13.2%), 17 (2.6%), 6 (0.9%) e 3 (0.4%). Distribuidos pela idade essas 657 gestantes eram: 202 (30.7%) de 16 a 25 anos, 362 (55.0%) de 26 a 35 anos e 93 (14.3%) de 36 a 45 anos. Em relação às variedades de posição na apresentação podálica, era ela completa em 8.83% dos casos, de nádegas em 67.73%, de pés em 19.79%, mista em 2.89% e de joelhos em 0.76%. A duração do trabalho de parto variou entre o mínimo de 10 h e 25 m e o máximo de 20 h e 30 m, com o tempo médio de 15 h e 11 m. Dêsses partos, 86 ou 13,09% tiveram de ser realizados por meio de operação cesariana, das quais 24, ou 27.91%, por sofrimento fetal. Houve 42 óbitos perinatais (6.39%), sendo 6 pre-partum (0.91%), 4 intra-partum (0.61%) e 32 post-partum (4.87%), ocorridos êstes dentro de poucos dias após o parto. Vinte e sete dêsses óbitos fetais deram-se com os filhos de primiparas e 15, com os de secundiparas e pluriparas; 32 fetos pesavam de 1 000 a 2 500 g e 10 pesavam de 2 501 g e 4 500 g. As causas de óbitos foram: imaturidade e prematuridade 25.8%, asfixia e atelectasia 3.1%, eritroblastose 1.64%, defeito de conformação 1.3%, fratura da clavícula 1.0%, paralisia obstétrica 1.0%, asfixia pálida 0.9%, post-maturidade 0.4% e fratura do umero 0.1%. Não houve qualquer óbito materno, mas ocorreram 18 casos de morbidade puerperal: 9 por metrorragia post-partum, 7 por causa

de retenção placentária, um por falta de secundamento e um por atonia uterina, todos resolvidos com adequada terapêutica. Se tivesse havido *um* só óbito materno, corresponderia isso à taxa de 1.5 por mil.

FLUORURACIL NO TRATAMENTO DO CANCER DO SEIO (Breast Cancer Treated with Fluoruracil) — Samp, R. J. e Ansfield, F. J. — *J.A.M.A.*, 202 : 724, 1967.

A adição de 5-Fluoruracil às medidas comuns de tratamento paliativo do câncer do seio em estádios avançados resultou, em 144 pacientes, num aumento médio de 6 a 17 meses de sobrevivência, em comparação, por subgrupos, com 127 mulheres num grupo de contrôle, também submetidas ao mesmo tratamento padrão. Tôdas as pacientes tinham diagnóstico positivo confirmado histologicamente e foram submetidas a seguimento sistemático. A comparação da sobrevivência por subgrupos, de acôrdo com a idade, com o tempo de sobrevivência, localização das metastases, idade na menopausa ao tempo da disseminação, às médias de sobrevivência de 50% e com a combinação dêsses fatores favorece as pacientes tratadas com fluoruracil. Além do mais, o uso de 5-fluoruracil não exige nem contraindica outros e continuados tipos de terapia, se e quando o tumor se reativar pelo fato do aumento de sobrevivência pelo corrente tratamento com fluoruracil.

VARIABILIDADE NA CLASSIFICAÇÃO DO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO (Variability in the Histological Classification of Carcinoma in Situ of the Uterine Cervix) — Holmquist, N. D., McMahan, C. A. e Williams, O. D. — *Arch. Path.*, 84 : 334, 1967.

Êste estudo foi projetado para obter informação sôbre a variabilidade na classificação histológica do carcinoma in situ e lesões correlatas do colo do útero. Sete patologistas independentemente procuraram classificar lesões de 118 lâminas de material de biopsias de cone do colo uterino dentro de cinco amplas categorias histológicas. Comparações de pares foram feitas das classificações das mais sérias lesões do ponto de vista clínico. O trabalho dos patologistas foi comparado pelo cálculo das porcentagens de coincidência nas comparações dos possíveis pares. Vários tipos de lesões não malignas foram colocadas dentro de uma categoria e as classificadas como carcinoma foram incluidas em outra categoria. A média de porcentagens de coincidência para as classificações das mais características lesões dessas duas categorias foi 74%, com porcentagens que iam desde 60% até quase 91%.

TOXEMIA GRAVÍDICA EXPERIMENTAL (Experimental Toxemia of Pregnancy) — Arhelger, R. B., Douglas B. H. e Langford, H. G. — *Arch. Path.*, 84 : 393, 1967.

Para produzir um modêlo experimental de toxemia gravídica em ratas unilateralmente nefrectomizadas foram elas submetidas a tratamento por acetato de desoxycorticosterona e a alimentação bem acrescida de sal, até o

aparecimento de hipertensão. Um grupo de animais foi morto depois de duas semanas e um outro grupo foi mantiido no regime de acetato de desoxycorticosterona e sal. Um terceiro grupo foi mantido sem nada por mais algum tempo. Alguns animais foram mortos dois dias antes da data esperada do parto e outros, duas semanas depois. Em todos os animais apareceram hipertensão, proteinuria e edema, mas essas manifestações foram menos severas depois de duas semanas de tratamento. Exames com microscópio electrônicos de rins de animais de todos os grupos mostraram numerosos vacúolos citoplásmicos e micosomas nas células do epitélio glomerular e outras alterações estruturais. Os capilares glomerulares das ratas que foram mortas dois dias antes do parto ou duas semanas depois dêle estavam obstruidos por fibrina com células endoteliais e mesangiais proliferadas e tumefeitas. Também havia fibrina no interior do espaço de Bowman. Tais alterações assemelham-se às lesões renais associadas à toxemia da gravidez e acentuam o papel da coagulação intravascular e da hipertensão no seu desenvolvimento.

EFEITO DA GRANDE ALTITUDE SIMULADA SÔBRE A GRAVIDEZ (Effects of Simulated High Altitude on Pregnancy) — Delaquerierre-Richardson, L. e Valdivia, E. — *Arch. Path.*, 84 : 405, 1967.

A hipoxia produzida experimentalmênte causou alta mortalidade perinatal, abortamentos e mortes intrauterinas nos conceptos de cobaias grávidas expostas durante a segunda metade da gestação a altitudes simuladas de 3 700 a 4 500 metros. Lesões vasculares massiças e focais foram observadas nas placentas correspondentes.

CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO (Amniotic Fluid Creatinine) — Pitkin, R. M. e Zwirek, S. J. — *Am. J. of Obst. & Gynec.*, 98 : 1 135, 1967.

A concentração de creatinina no líquido amniótico durante a segunda metade da gravidez foi observada por simples determinação em 120 pacientes e por determinações em série em outras 10 mulheres. A concentração de creatinina ficou constante ou aumentou gradualmente até aproximadamente a 34ª semana, quando um aumento mais abrupto apareceu, de modo que depois de 37 semanas o nível era de 2 mg por 100 ml ou mais, em 94% das pacientes. Êstes dados apoiam fisiològicamente a teoria comumente admitida de ser a urina fetal uma fonte aditiva de creatinina no líquido amniótico. Dosagens de creatinina ou de um semelhante constituinte do líquido amniótico poderiam ser uma avaliação útil da maturidade fetal.

FATORES CAUSAIS DA GRAVIDEZ TUBÁRIA (Current Factors in Causation of Tubal Pregnancy) — Kleiner, G. J. e Roberts, T. W. — *Am. J. of Obst. & Gynec.*, 99 : 21, 1967.

Sessenta e seis pacientes foram estudadas respectivamente e 84 outras foram revisadas retrospectivamente dos possíveis fatores causais da gravidez

R

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII ABRIL, 1968 VOL. 65 — Nº 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 65 — Nº 4 — Pág. 173 a 230 — Abril de 1968

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

O vacum extrator nas cefálicas em posições transversais e posteriores — *Victor Lacombe* 173

Estudos morfológico e funcional das atipias do epitélio do colo uterino — *João Paulo Rieper e Nisio Marcondes Fonseca* 207

EDITORIAL

A prevenção e detecção do câncer do colo uterino em obstetrícia — *Plinio Tisi Ferraz e Armando Sampaio Fonseca* 215

NOTAS E COMENTÁRIOS

Sociedad Ginecotocologica del Uruguay 219

I Congresso Argentino de Esterliidade 219

Curso de Atualização em Pediatria 219

XXXII Curso Monográfico de Urologia 220

III Jornada Médica Bienal 220

Curso Sôbre o Emprêgo dos Radioisotopos 220

RESUMOS (ver índice próprio) 223

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO
ADDRESS OF

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 65, 1968, nº 4, p. 173-206.

TRABALHOS ORIGINAIS

O VACUM EXTRATOR NAS CEFÁLICAS EM POSIÇÕES TRANSVERSAS E POSTERIORES (*)

VICTOR LACOMBE
Rio de Janeiro, GB

RESUMO

O artigo trata do Vacum-Extrator, que é apresentado como mais um recurso obstétrico para o arsenal do especialista, sem pretender substituir o forceps. Apresenta vantagens sôbre o forceps nas apresentações cefálicas tranversas e posteriores, não aumentando o volume cefálico, mas facilitando a descida da cabeça. Deixa liberdade aos movimentos de rotação, flexão e assinclitismo necessários nas posições transversas e posteriores. E' contra-indicado nos casos que necessitam urgente solução, mas não causa traumatismo importante ao trato genital da mulher, nem põe em perigo a vida do nascituro.

INTRODUÇÃO

UM DOS PROBLEMAS que preocupam o obstetra é a rotação da cabeça fetal, quando se orienta em posição transversa ou posterior. Com o intuito de solucionar êsses casos, a arte tem recorrido a inúmeros artifícios de técnica. Para a afirmação dessa assertiva basta folhearmos os tratados de obstetrícia de todos os tempos e aí encontraremos as descrições sôbre as vantagens ou desvantagens de certas manobras com o forceps, a saber: pegadas oblíquas — rotação com extração, estando o forceps invertido — dupla pegada a Scanzoni — pegada sucessivas de De Lee etc.

São também discutidas as vantagens de vários tipos de forceps que se propõem a, fazendo uma pegada simétrica, biparietomalar, conseguir a rotação e conseqüente extração, e, então o forceps de Demelin e Kielland disputaram as preferências dos obstetras, sendo

(*) Memória apresentada ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões para concorrer à vaga de Membro Titular.

que êste último instrumento vinha reunindo maior número de preferências ùltimamente, bem como o de Barton.

Além do forceps, muitos especialistas preconizavam a movimentação manual da cabeça, procurando deslocá-la de sua acomodação e conseguir a rotação num plano mais alto, o que nem sempre seria viável.

Ainda outros obstetras tentaram obter esta vantagem com o uso de pinças para couro cabeludo, ideada por Willet e modificada por vários autores.

Além destas tentativas para uma solução fácil das cabeças orientadas em posição transversa e posterior, James Simpson imaginou em 1849 uma ventosa que, adaptada pelo vácuo ao couro cabeludo, conseguiria a tração da cabeça fetal, sem lhe obstar os livres movimentos que ela executa fisiològicamente na sua descida, a saber: flexão, rotação, deflexão e mesmo assinclitismo.

E', particularmente, sôbre êste aspecto limitado das cabeças orientadas em posições transversas e posteriormente que pretendemos focalizar as nossas considerações.

HISTÓRICO

As notícias primeiras sôbre o invento datam de 1849, quando James Simpson iideava sua ventosa extrativa que seria confeccionada em borracha, conforme Withowski [3], ou de couro, no dizer de Cazeaux [6], o que não deve ter sido possível.

Desde então não parece ter o assunto despertado ou merecido interêsses maiores, dado o silêncio bibliográfico em tôrno do aparelho de Simpson.

Em 1890 Mac Colhey lançou sua ventosa, também sem repercussão.

Em 1925 Willet, baseado nos mesmos propósitos e nas mesmas finalidades de Simpson, apresenta uma pinça que, após modificações, apresentadas por vários especialistas, passou a ser adotada, citando-entre os mesmos: Pall, 1936, Buschbeck, 1936, Kuhnell, 1938, Vagna, 1938, Daneff, 1940, Kalteider, 1943, e Cattaneo, 1951.

Entretanto as indicações de uso da pinça de Willet, ficaram como que limitadas aos casos de descolamento placentário e, mui especialmente quando negativa à ausculta dos b. c. f. o que importa

em dizer que seu emprêgo ficaria como que usual e limitado na morte do concepto. Reforçando tal assertiva vamos encontrá-la indicada nos fetos macerados, conforme recomendação explícita nos livros de Greenhill [14] e de Lorca [16].

Enquanto a tração pelo couro cabeludo com a pinça só em 1925 foi divulgada, já em 1849 Simpson imaginava sua ventosa que, segundo Withwoski era de borracha, mas que Cazeaux dizia ser de couro. O que não parece muito provável (Fig. 1).

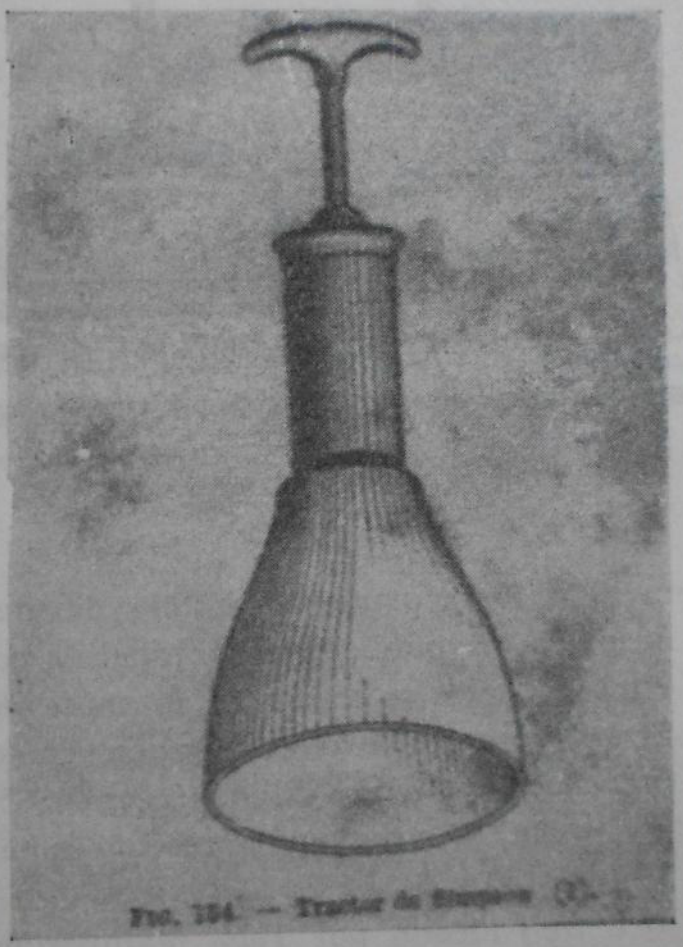


Fig. 1 — A ventosa de Simpson. Apud Winthrowsky.

Simpson já proclamava, entre as vantagens de sua ventosa, denominada "Air-tractor", a possibilidade de se conseguir a rotação da cabeça. A idéia, entretanto, já era muito anterior a Simpson e Malmström, num de seus trabalhos, reporta-se a Yonge, em 1706 e Saeman, em 1797, que já vislumbravam a possibilidade dêste modo de tração por meio de vácuo [19].

Vários obstetras confeccionaram tipos de ventosas para tração pelo couro cabeludo, entre êles, podemos destacar Mac Cahey, em 1890, cuja figura reproduzimos, tirada do trabalho de Malmström (Fig. 2).

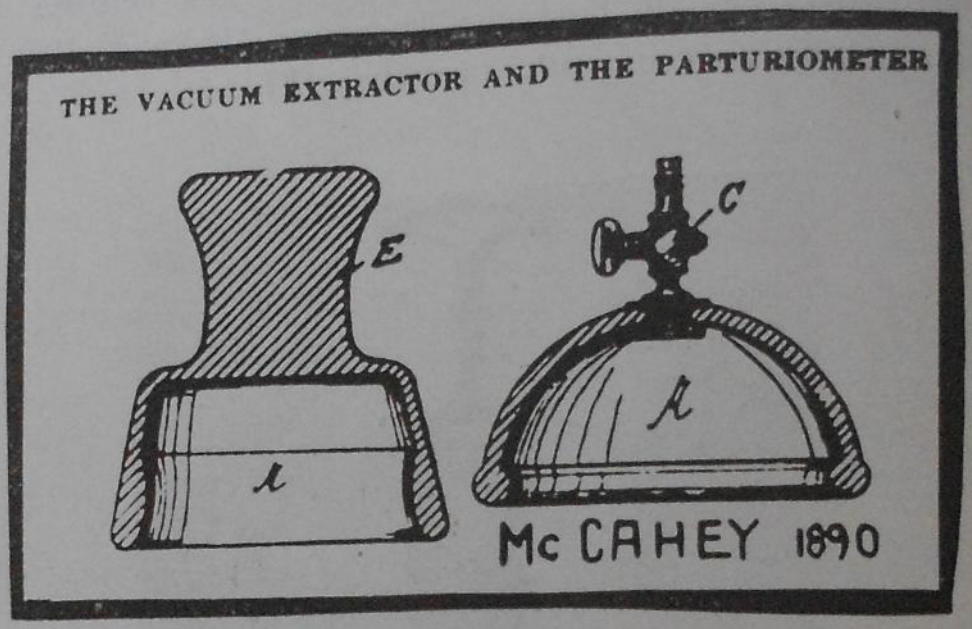


Fig. 2 — A ventosa de Mac Cahey. Apud Malmström.

Couzigou, em 1947, fez a primeira ventosa de metal, entretanto foi Finderle o primeiro a publicar um trabalho com uma série de observações clínicas, onde se mostram as vantagens do seu instrumento [13]. Tratava-se de um aparelho metálico, em forma de chifre e recoberto de borracha. O trabalho publicado em 1955, no American Journal of Obstetrics and Gynecology apresenta uma fotografia do aparelho.

Entretanto só o tipo ideado por Tage Malmström logrou a divulgação e o emprêgo pelos demais obstetras, haja vista o número de trabalhos que vão sendo publicados nos vários países.

Êste aparelho, ideado em 1952, foi aperfeiçoado até chegar ao atual modêlo, que vem sendo adotado nas diversas clínicas principalmente no norte da Europa.

Entre nós Estrella e Beltrão disputam a prioridade do emprêgo do aparelho. Não foi sem restrições que nos inclinamos a aceitar as vantagens de seu uso, em muito tendo influido decisivamente a habilidade com que foram efetuadas as demonstrações a que assistimos.

APARELHO DE MALMSTRÖM — TÉCNICA E RESULTADOS DE SUA APLICAÇÃO

Consta o Vacuum Extrator de uma cúpula metálica funcionando como ventosa, em três tamanhos, com o diâmetro entre 30 e 60 milímetros na abertura e de 15 milímetros de altura, na forma de um elipsóide. Possui um pino, indicador da orientação na superfície externa. A cúpula é ligada, por um tubo de borracha, a um frasco de vácuo, em cuja rolha se adapta um vacuometro e o frasco é ligado a uma bomba onde se produz o vácuo. A câpula é fixada ao tubo de borracha por uma corrente que, partindo da lâmina interna, se fixa a uma cruzeta interposta no tubo de borracha, facilitando a tração. A figura que é do nosso aparelho, adaptação feita pelo nosso auxiliar acadêmico Ivan Gouveia, melhor do que a descrição, dará idéia do iinstrumento (Figs. 3, e 5).

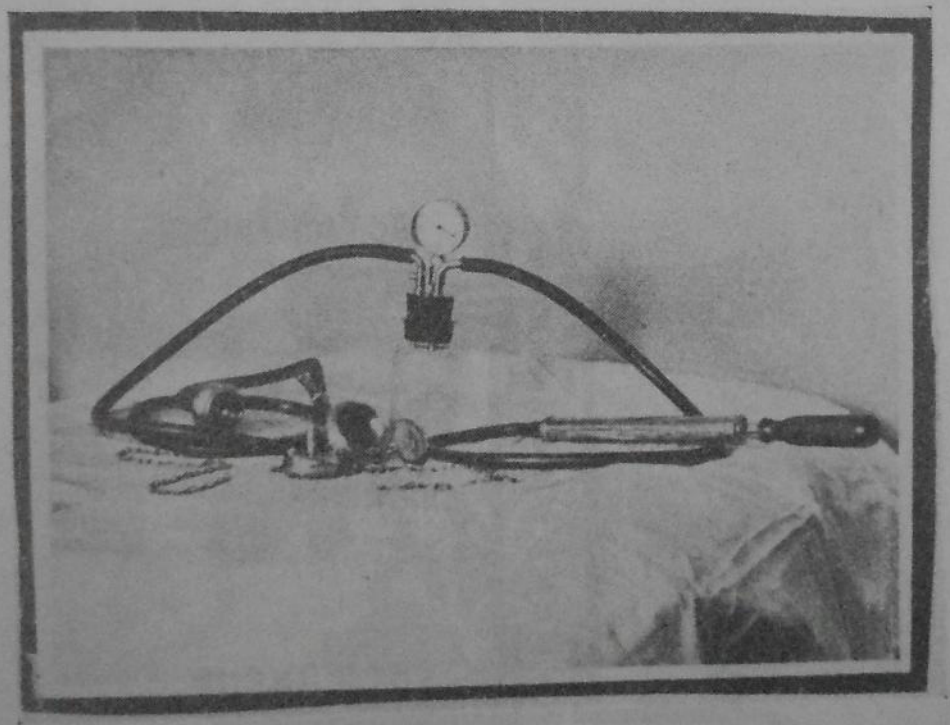


Fig. 3 — O Vacuum Extractor por nós utilizado.

A aplicação do aparelho não oferece qualquer dificuldade. Escolhido o tamanho da cúpula a ser aplicada (que depende da dilatação do colo ou do tamanho da vagina), com o movimento de laterali-

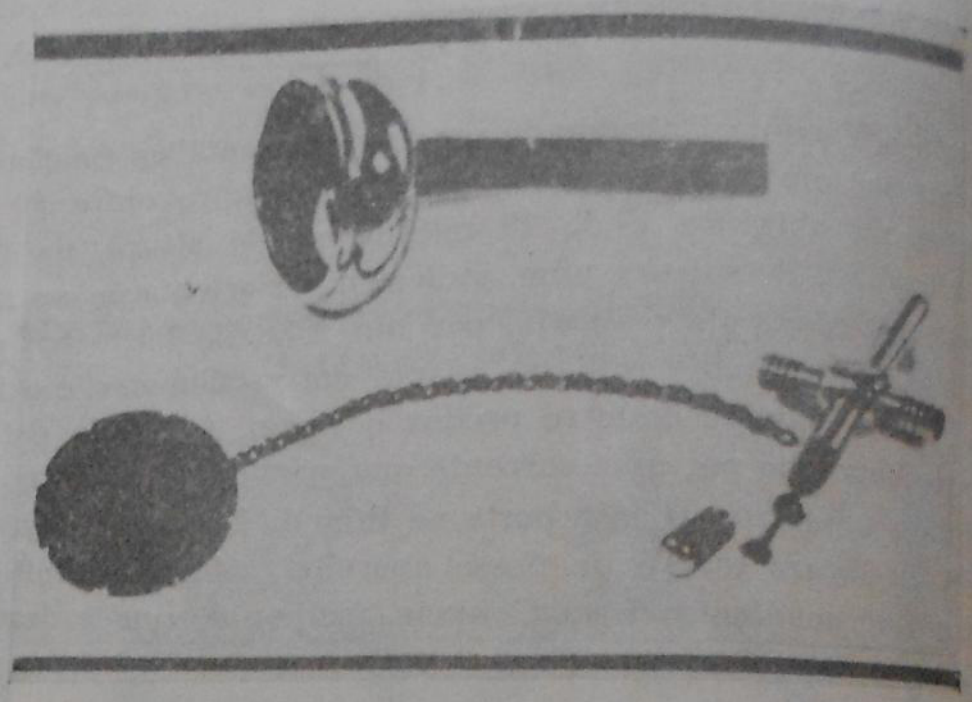


Fig. 4 — Detalhe do Aparelho de Malmström. Apud Malmström.

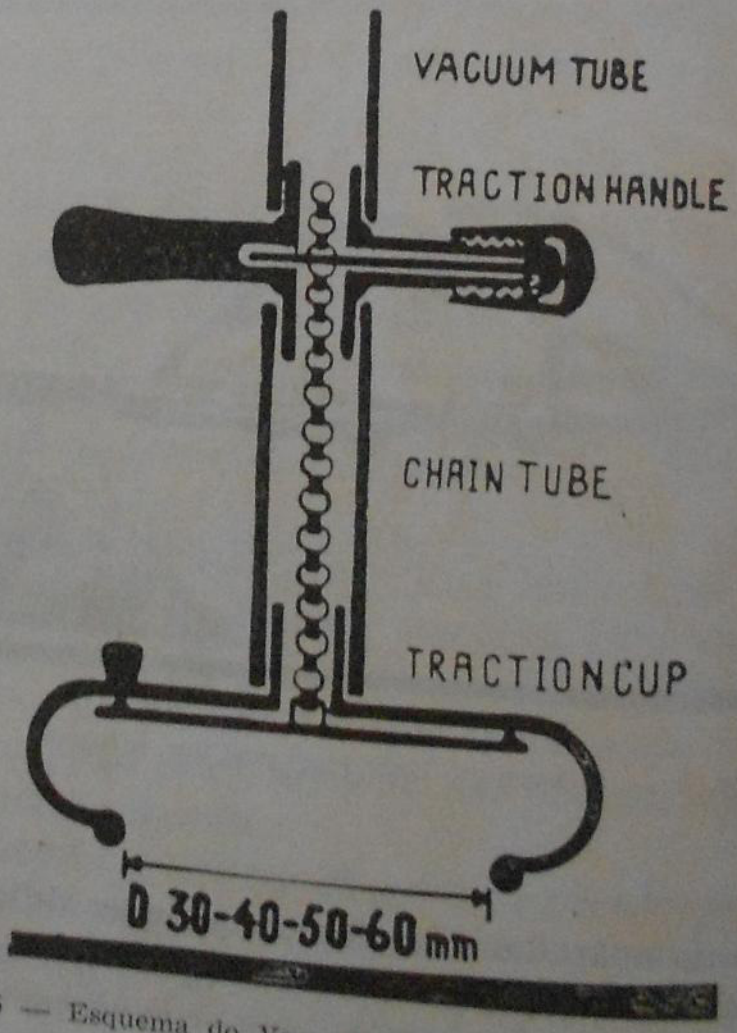


Fig. 5 — Esquema do Vacuum Extractor. Apud Malmström.

zação, e, fazendo pressão sôbre o períneo, é introduzido na vagina (Figs. 6 e 7). Aplica-se, então, sôbre a cabeça fetal o pino da cúpula, indicando a posição do occiput. Com o dedo circundando a cúpula

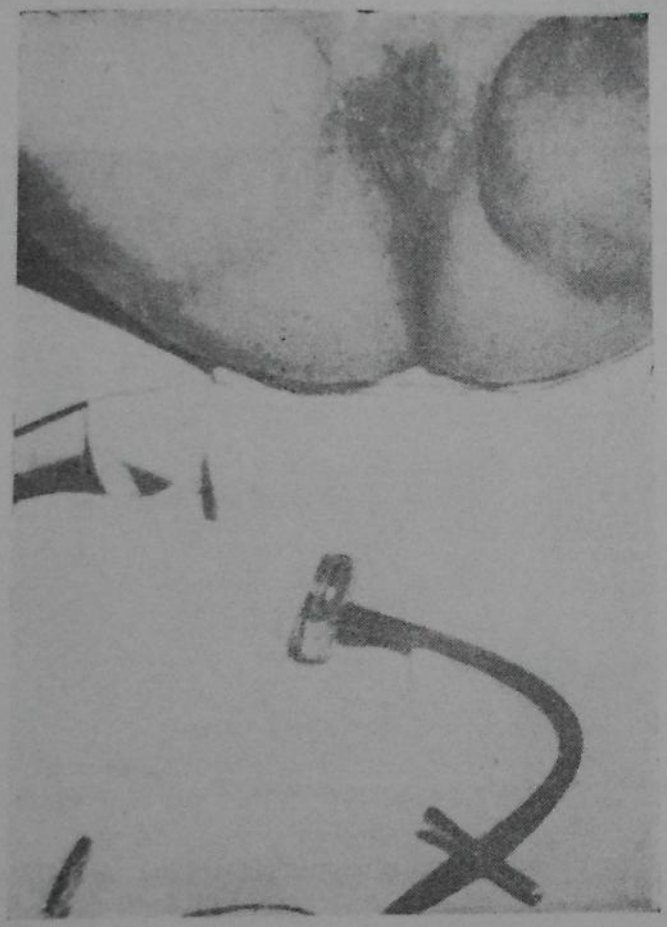


Fig. 6 — O Vacuum Extractor Pronto para ser aplicado. Apud Malmström.

certifica-se da inexistência de qualquer porção de colo ou parede vaginal interposta entre a mesma e o couro cabeludo, iniciando-se então a manobra do vácuo. A formação do vácuo dá como resultado uma bossa sero-sanguínea, em tudo semelhante aquela formada nos partos prolongados. E' exatamente a formação desta bossa que garante a boa fixação da cúpula, permitindo a tração.

A bossa é devida à diferença de pressão, tal como a bossa natural e assim sendo a sua formação é lenta, razão porque a aplicação do instrumento requer pelo menos dez minutos, uma vez

que é necessário esperar-se dois minutos entre cada dois pontos do vácuo, a fim de permitir a sua formação.

Começamos o vácuo com 0.2 colocamos de 2 em até 0.8. Em casos excepcionais em que a cabeça está acima do 3º plano e o colo incompletamente dilatado, levamos até 0.9, sempre aguardando os 2 minutos de intervalo para então iniciarmos a tração.



Fig. 7 — Modo de introduzir a cúpula na vagina. Apud Malmström.

A formação da bossa sero-sanguínea forma uma ângulo entre a parte do couro cabeludo que fica em tôrno e por fora da cúpula e a parte do couro cabeludo dentro da cúpula, a que Malmström chama membrana de tração e membrana de sucção. E' êste ângulo que garante a aderência da cúpula e a sua fixação, suportando a tração. Uma vez que a tração seja forte ou em direção tal que desfaça êste ângulo, a cúpula se desprende. A figura mostra bem êste detalhe e é tirada de um trabalho de Malmström (Fig. 8).

O grau de vácuo produzido, a capaciadde da cúpula e a fôrça de fricção da cúpula sôbre o couro cabeludo são outros elementos que influem para a boa fixação do aparelho.

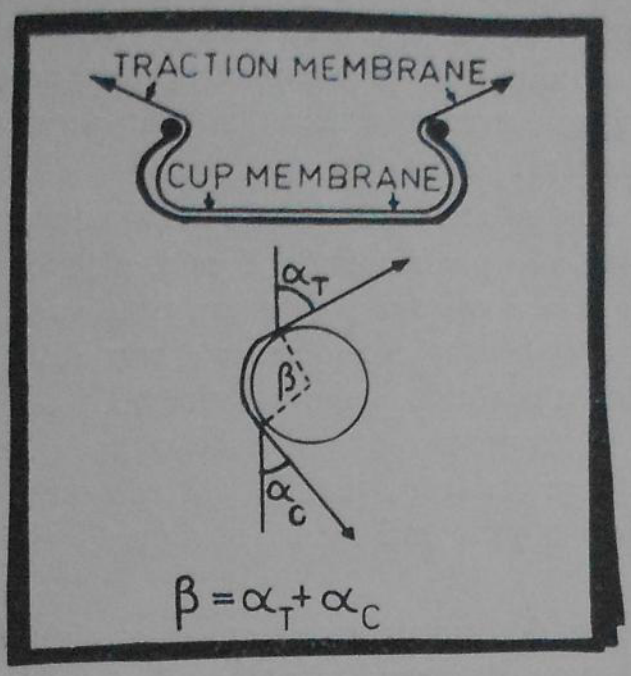


Fig. 8 — Demonstrativo da formação da bossa e do ângulo formado entre esta e o couro cabeludo. Apud Malmström.

Como se depreende da descrição, é um instrumento que além da facilidade de sua aplicação, da sua inocuidade para o feto, não se solidariza com a fôrça excessiva, pois que se desprende, se isso acontecer.

Dependendo da altura da apresentação em que vamos atuar, diverge a direção da tração a exercer.

A figura tirada do trabalho de Malmström demonstra bem essa diversidade (Fig. 9). Êste instrumento é o único que pode executar com inteira amplitude o desiderato de obter a tração de acôrdo com o eixo da bacia, no ponto em que se encontra a apresentação,

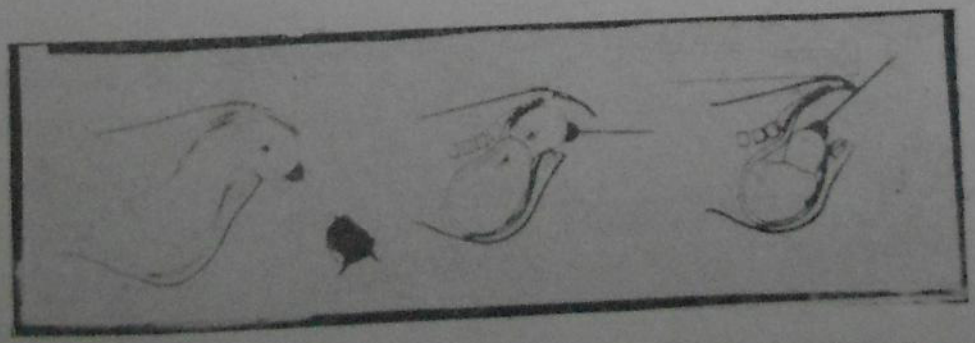


Fig. 9 — Desenho mostrando a orientação a ser dada à tração do polo cefálico, conforme o plano em que se encontre na bacia. Apud Malmström.

porque êste eixo varia com a curvatura da pelve liberando a cabeça para exercer os movimentos complementares que facilitam a sua migração e, é aí que vamos verificar a razão do seu valor nas transversas e posteriores.

À medida que se exerce a tração com a mão direita, os dedos da mão esquerda vão pressionando a cabeça para trás, obrigando-a a utilizar-se de tôda a concavidade sacra para sua descida e rotação, que ficam assim facilitadas, manobra esta bem difícil de se conseguir com um instrumento rígido como o forceps.

Em geral, à proporção que a cabeça desce a rotação se faz espontâneamente; entretanto, quando isto não ocorre, podemos exercer pressão sôbre o pino indicador, obrigando assim a rotação desejada.

Alguns autores descrevem casos em que a rotação só foi conseguida para O.S. ou o desprendimento se deu em transversa.

Uma vez rodada a cabeça para O.P. a tração deve ser feita de modo a obter super-flexão, encaixando o sub occiput ao sub pubis e, podemos então, levantando a direção da tração, provocar a deflexão para obter o desprendimento. Se houver necessidade, para descida ou para o desprendimento, de movimentos de assinclitismo, o instrumento dá inteira oportunidade para esta manobra.

A série de fatografias feitas num caso de O.I.E.T., por nós resolvido com o V.E., facilita a compreensão do assunto. (Figs. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17).

Também para confirmar as nossas assertivas, citaremos os colegas mais experimentados no processo referido, ao ensejo dos comentários a serem feitos.

Malmström estudou muito bem a formação da bossa e a sua utilidade. Fez experiências em cabeças de fetos, com cubas de metal e membrana de borracha, chegando à conclusão de que o vácuo atua apenas no couro cabeludo e tecido celular frouxo adjacente, não havendo qualquer influência sôbre a abóboda craneana nem intracraneana.

Estrella fez experiências [10], juntamente com o neurocirurgião Orlando Sattamini Duarte e o radiologista Nunes Costa, injetando contraste (Nosylan) nos ventrículos cerebrais de feto morto recentemente e verificando, após a aplicação do vacuum extractor não haver nenhuma deformação dos ventrículos.



Fig. 10 — A cúpula introduzida na vagina.

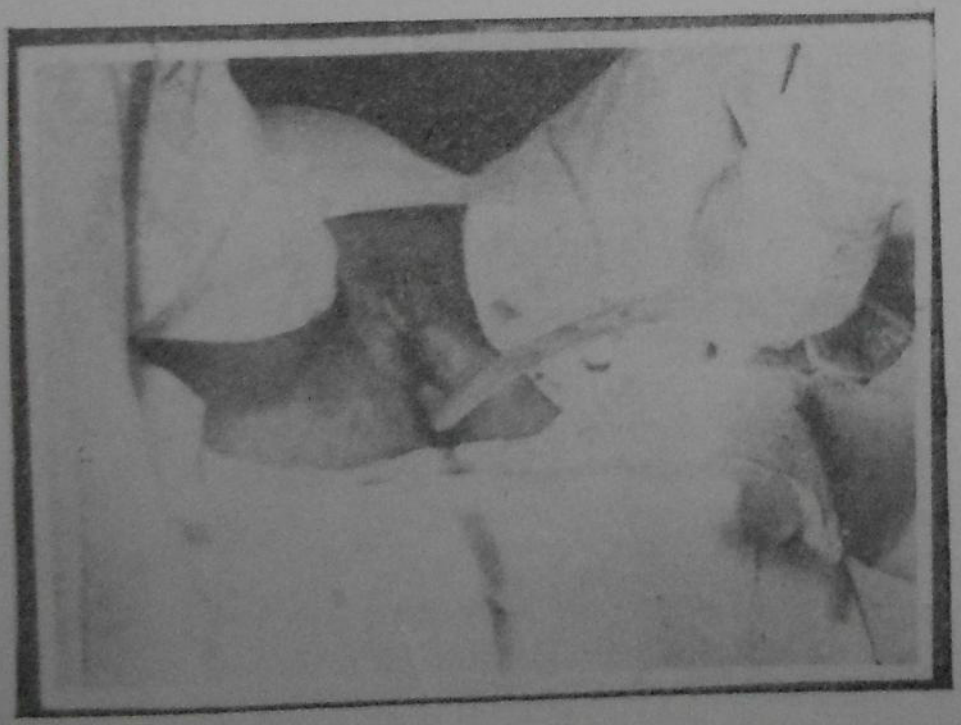


Fig. 11 — O aparelho colocado e pronto para ser dado início à tração.



Fig. 12 — Tração para baixo e rotação da cabeça com auxílio do pino da cúpula.



Fig. 13 — A cúpula aparece na vulva.



Fig. 14 — A cúpula saindo da vulva com tração horizontal.



Fig. 15 — Inicia-se o desprendimento do polo cefálico. Tração para cima.

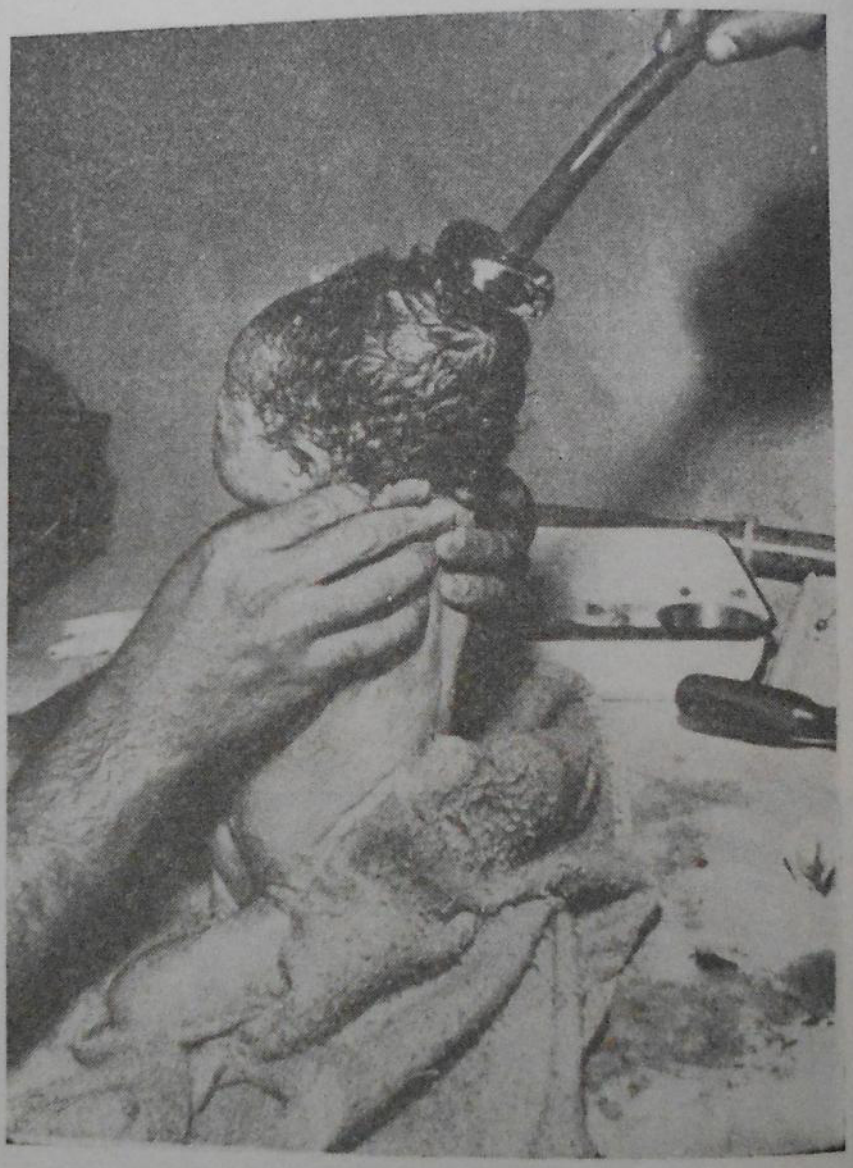


Fig. 16 — Fase final do desprendimento cefálico.



Fig. 17 — Disposição do aparelho sôbre a cabeça do feto.

Nelson Machado, segundo citação de Estrella, ilustre pediatra, declara que o instrumento não determina a morte fetal e o mesmo afirma o pediatra Sidney Inocêncio Reis que conosco publicou um trabalho sôbre o vacuum extractor, indo além para dizer que não causa dano de valia, fora a bossa sero-sanguínea ou, por vêzes a escoriação ligeira do couro cabeludo (Figs. 18 e 19).

O FORCEPS NAS POSTERIORES E TRANSVERSAS

Comentando as aplicações do forceps e seus inconvenientes, diz Magalhães[17]: "Como fruto desta fôrça instrumental, viam-se e ainda se vêem, as dilacerações do colo do útero, as rasgaduras vaginais, as roturas do períneo. Não há alguém, por mais habilidoso e habituado, isento, na sua casuística, destas depredações operatórias, perigosas e deformantes. O feto trás também a prova da fôrça do instrumento apreensor e trator empregado: a contusão simples, a solução de continiuidade, as depressões da abóbada craneana, as fraturas fissurárias, os derrames cerebrais".



Fig. 18 — A bossa deixada pela cúpula do Vacuum Extractor.

Briquet opina [4] "Nas aplicações altas ou nas que reclamam extenso movimento rotatório, não são infrequentes as lacerações da parede posterior da vagina, que se estendem do fundo do saco ao óstio vaginal".

Perez assim se pronuncia [24]: "El desgarro de la vagina que se produce al introducir las cucharas o al rotar la cabeza, puede prolongar-se hasta su cupula".

Greenhill [14], repetindo De Lee, afirma [15]: "Twisting the head in the pelvis with the forceps (so called "rotation") may split the canal whole length and open up the perivaginal spaces down to the bone".

Brindeau e Lantuegol assim se manifestam [1], ao cuidar da extração nas posteriores: "En général, la grande rotation est préférable. Elle sera faite avec les précautions décrites pour l'O.S. en essayant de fléchir la tête, en descendant celle-ci bien à fond, en opérant lentement et doucement. Il est, cependant, des cas où on sent le vagin étroitement "collé" sur la tête foetale, entraîné par

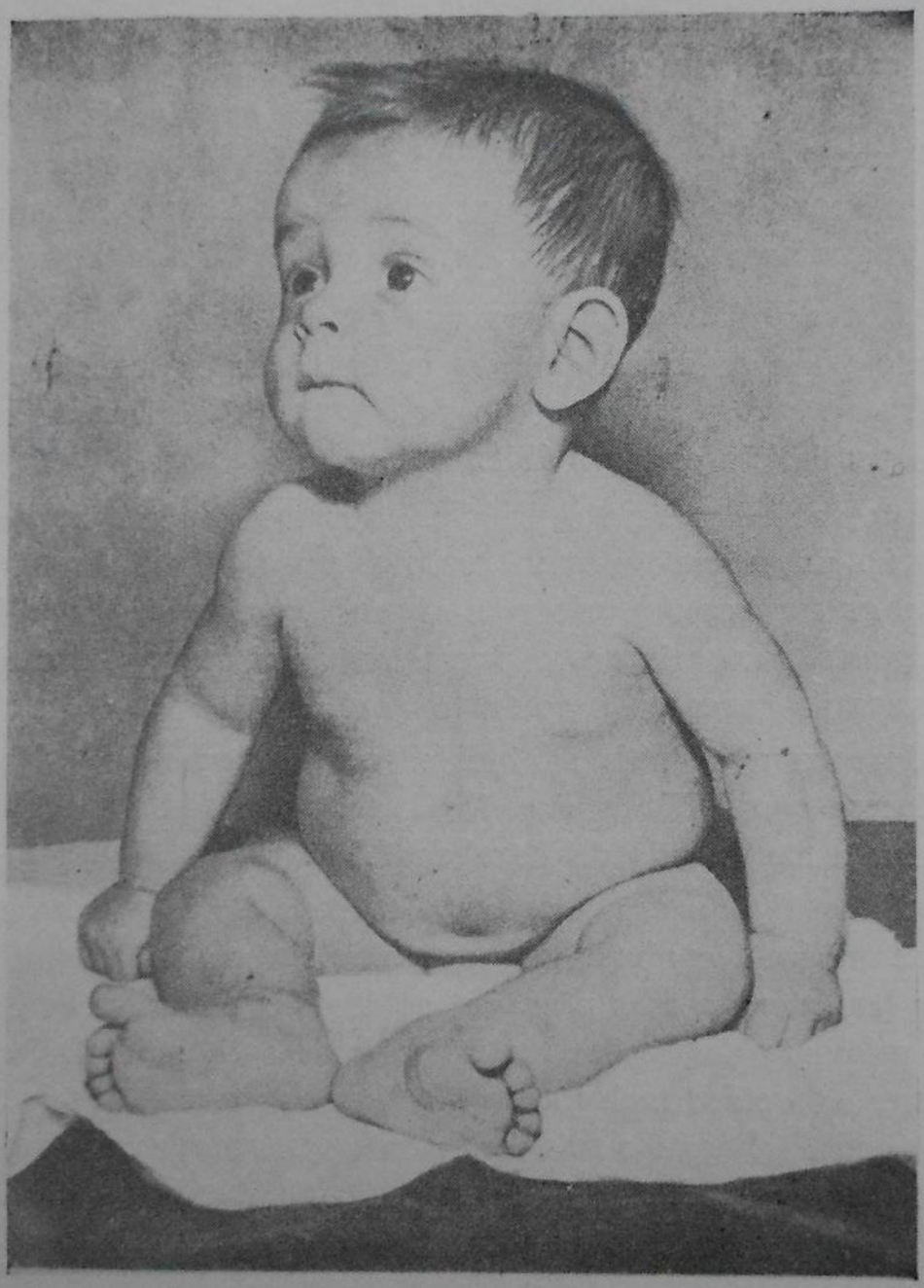


Fig. 19 — A mesma criança meses depois.

celle-ci quand on tente la rotation, en danger de rupture si on persistait".

As preferências dos especialistas entretanto, hoje em dia, optam pelo forceps de Demellin nas posteriores, exatamente por ser aquele que concede ao polo cefálico o máximo de movimentação, mas nem por isso deixa de aumentar o volume num espaço que, na maioria dos casos, já é restrito, ocasionando assim as roturas vaginais e do colo uterino, havendo também, embora em menos escala do que nos outros forceps, os tocotraumatismos, ocasionando por compressão e por isso mesmo graves, de conseqüências imprevisíveis.

Magalhães [18] diz muito bem que nem o mais destro e o mais experiente pode se eximir de ter em sua clínica isenção absoluta dêsses fracassos. As citações são feitas para que não se acuse o autor de pessimista ou de inábil.

Quanto às transversas o problema torna-se mais complexo, pois a aplicação do forceps nestes casos é mais difícil, tendo mesmo aparecido os forceps que visam a obter a pegada bi-parietal nestas circunstâncias, para minorar os inconvenientes das pegadas obliquas, tão danosas ao concepto e ao trato genital.

Os forceps que mais se inculcaram modernamente para êste mister foram os de Kielland e de Barton, nova edição de alavanca apreensora e mensurada de Faraboeuf.

Magalhães [18] que era adepto do forceps de Demellin nas posteriores, também reconhecia algumas vantagens no forceps de Kielland nas transversas, mas não sem as devidas reservas, assim dizia: "Há na etiologia das lesões maternas duas oportunidades, a tração que tritura os tecidos moles, com a colher dos forceps, escorregando, comprimindo a cabeça e a rotação forçada que rompe fundo a cervice, alcançando mesmo a bexiga".

Diz Dill no seu livro sôbre forceps [7]: "Do not swing the handles in an arc for lack of pelvic curve will make the lips tear the vagina".

Nós, que tivemos a oportunidade de auxiliar a primeira aplicação do Kielland aqui no Rio, feita pelo Professor Rodrigues Lima em 1925, quando era êle assistente da Clínica Obstétrica do Professor Magalhães, onde éramos interno, fomos daí em diante adeptos do aparelho nas transversas encravadas e muitas aplicações temos na nossa bagagem. Reconhecemos, entretanto, ser um forceps de

difícil aplicação e manejo, que não está ao alcance dos principiantes ou dos que não se dedicam exclusivamente à especialidade.

Pelo número de manobras apregoadas para a aplicação da primeira colher, que é a anterior, contrária assim à técnica de todos os outros forceps, percebe-se a sua dificuldade.

Sem embargo, Greenhill [14] assim se expressa sôbre o Kielland: "This forceps may also be used as a simple rotator after the head is engaged in the excavation, to deliver both high transverse arrests and occiput posteriors with ease and safety".

Vemos assim que nas posteriores e transversas o forceps é, na maioria dos casos e na opinião de vários autores, uma má solução em face dos traumatismos maternos e fetais, conseqüentes do seu emprêgo.

Magalhães [18], com a sua clarividência dos problemas obstétricos, proclamava: "A obliquidade e a distância só se resolvem pelos descolamentos substitutivos, isto é, movimentos repetidos e sucessórios, incompatíveis com o constrangimento da pegada e o despotismo da tração. Já desapareceu o forceps compressor: idêntico é o destino do forceps trator, restando o forceps condutor".

Esta vantagem é exatamente a que encontramos no V.E. Não há compressão, a tração se fôr forte a cúpula se desprenderá, restando apenas a condução, sem aumentar os diâmetros e o volume cafálico com as colheres, sem obstar os movimentos fisiológicos e complementares de descida e de rotação, sendo apenas um auxiliar da contração uterina, conduzindo a cabeça pelo trajeto a ser transposto. Estas vantagens são declaradas nos diversos trabalhos publicados sôbre o V.E.

O VACUUM EXTRACTOR NAS TRANSVERSAS E POSTERIORES

Malmström, no seu trabalho The Vacuum Extractor, an Obstetrical Instrument [20], diz o seguinte: "Também se pode conseguir modificações de posição e de apresentação. Em muitos casos a autorotação da cabeça fetal parece ser devida à combinação das fôrças próprias do parto e à fôrça de tração. A rotação forçada da cabeça fetal pode ser necessária. Esta rotação pode realizar-se coordenando-se a tração e a rotação manual. No modêlo V.E. 1957, o autor colocou um botão, denominado de rotação, na parte superior da ventosa. Com êste dispositivo a ventosa de tração pode, em alguns casos, fazer rodar

a cabeça fetal, se existir suficiente adaptação entre o couro cabeludo e a ventosa".

Estrella, na Tribuna Médica [10], colocou entre as suas "Vantagens mais importantes do V.E. sôbre o forceps clássico.

3º) — Ausência de redução de diâmetro da cabeça fetal e, portanto, ausência de perigo de compressão dos centros nervosos do feto e risco de hemorragias intracraneanas.

4º) — Ausência de lesões das partes maternas, uma vez que seja feita aplicação cuidadosa do instrumento...

5º) — O deslocamento da cápsula não é traumatizante como certas derrapagens do forceps...

7º) — Facilidade de rotação dada a forma circular da cúpula.

11º) — Na quase totalidade dos casos, não se tem observado modificação do ritmo cardíaco fetal durante a aplicação do instrumento".

Em outro trabalho diz Estrella [9]: "O V.E. não sòmente traciona, mas permite, igualmente, orientar, rodar a apresentação, fazer deslisar o sub-occiput sob a arcada pubiana... são mínimas as lesões do couro cabeludo e o "coque de aspiração" do Malmström, em realidade uma bossa sero-sanguínea simples, desaparece no decorrer de 24 ou 48 horas, sem maiores conseqüências para o feto..."

Beltrão [2] diz: "A rotação para O.P. se faz espontâneamente ou atuando-se no botão da ventosa".

Entre as observações de Beltrão [2], publicadas, encontramos as de números 3 e 11; foram aplicações feitas em cabeças em O.I.D.P. e O.I.E.P. Na primeira descreve o autor a operação dizendo que "Ao proceder-se a tração axial, a cabeça imediatamente girou de D.P. para O.P., espontâneamente". O feto nasceu bem e chorou ao nascer. Na segunda: "Feita a rotação para O.P. atuando-se no botão da ventosa".

As de números 8, 10, 13, 14, 15, 16 e 19 foram tôdas aplicações feitas em transversas. A de número 8, não diz o autor se a rotação foi espontânea ou acionando no botão da ventosa. Na de número 13 a aplicação foi infrutífera, recorrendo ao forceps. Assim mesmo conseguiu trazer a cabeça do 2º para o 3º plano, facilitando a aplicação do forceps. Em tôdas as outras a rotação se deu atuando no botão

da ventosa. A de número 20 foi uma aplicação feita em O.S., tendo a cabeça girado ao chegar ao 4º plano.

Quanto aos fetos, o de número 8 teve uma síndrome abdominal, vômitos, sem qualquer ligação com a intervenção. Mas é o próprio Beltrão quem diz, no seu resumo final: "Lesões maternas foram desprezíveis. Caso 6: em que houve apreensão e extração pela ventosa de um fragmento semilunar do rebordo inferior do colo. Caso 10: em que a ventosa aderiu à parede posterior da vagina resultando laceração da mesma. Ambas lesões advieram da nossa incúria em tentar libertar os tecidos aprisionados, sem a devida redução do vácuo.

No couro cabeludo do feto ocorreram, algumas vêzes, lesões superficiais lineares, correspondentes ao rebordo da ventosa, lesões sem nenhuma conseqüência".

Na literatura estrangeira vamos examinar o que dizem os autores.

Rosa e Piraux [12], analisando cem casos de ventosas, fazem vários comentários comparando a aplicação do forceps e do V.E. e dizem: "Toutefois, si les deux instruments semblent équivalents au point de vue efficacité et innocuité lorsqu'ils sont utilisés dans un but de prophylaxie maternelle, la ventouse a pour elle la simplicité de la téchnique et le fait est qu'elle épargne à la parturiente une narcose qui l'ait empêché d'assister et de collaborer à la naissance de son enfant".

Mais adiante ainda, referindo-se à mortalidade fetal, comparativamente entre o forceps e a ventosa, dizem: "Par contre le contrôle statistique démontre qu'il existe une différence significative au point de vue mortalité foetale à l'avantage de la ventouse. Dans nos séries de comparaison, cette différence résulte de l'absence de lésion cérébro-méningée, lors de l'emploi du nouvel instrument; mais il parut évident que la suppréssion d'une narcose suscéptible de déprimer le centre respiratoire foetal et le peu de temps exigé par la manoevre sont autant d'éléments favorables qui ne manqueraient pas de se manifester dans des séries plus importantes".

Evelbauer [11] diz: 1º) não obstante tôdas as precauções existe certo grau de compressão do biparietal na aplicação do forceps. Essa compressão do crânio não ocorre no Vacuum Extractor, ao contrário, temos a impressão de que com a tração sôbre o ponto mais saliente do occiput ocorre um alongamento do diâmetro longitudinal e diminuição dos diâmetros transversais. 2º) Todo forceps com o volume

das colheres e os cabos representa uma sobrecarga para a barragem oferecida ao desprendimento do feto, ao contrário do Vacuum Extractor, que precede o crânio, além disso com um volume menor do que êste, não impedindo o desprendimento, evitando sobrecarga para o períneo".

Mais adiante diz ter anotado cinquenta casos de aplicação do V.E. e declara: "Na extração no estreito médio ou na parada em transversa conseguimos a rotação para melhor diâmetro, fàcilmente e, algumas vêzes tivemos a impressão de que a rotação se fazia espontâneamente, durante a tração". Ainda: "Os fetos apresentavam uma grande bossa, porém esta desaparece da mesma maneira que a bossa fisiológica. Posterior observação não constatou qualquer anormalidade dos fetos".

Fauvet e Scheele [12] dizem: "Como indicação final temos ainda as posições posteriores, nas quais o período expulsivo é bastante prolongado e desagradável para a parturiente. Também nesses casos conseguimos suavizar o trabalho de parto com o auxílio do V.E.".

Pigeaud [25] adota o V.E. sistemàticamente nos partos dirigidos e chama ao processo de terminar o parto pelo V.E. de "desprendimento assistido".

H. Voegeli [30], na Maternidade de Genève, aplicou o V.E. em oitenta e nove casos, dos quais oitenta e dois sucessos; em cinco casos teve de recorrer ao forceps. Dêsses, quatro casos estavam em transversa e em todos a rotação deu-se intra pelviana.

Rossel e Champod [37] aconselham apenas a indicação para o desprendimento e receiam a aplicação nas posteriores porque o vácuo deve ser levado a 0.8 ou 0.9, e, temem êles o céfalo-hematoma.

Sterckx [29] diz: "Cet instrument ne laisse aucune trace ultérieure et des enfants européens nés par cette technique et que nous avons pu suivre de façon prolongée, n'ont jamais montré de troubles ni de lésions". Diz ainda que a ventosa permite extração de fetos vivos, onde o forceps dá lugar a nati-mortos.

Bruniquel [5] refere que nos casos em que aplicou o V.E. em O.I.D.P. a expulsão se deu em O.P. apenas um em O.S., concluindo o autor que o V.E. respeita a evolução fisiológica da apresentação.

Th. Sophie [28] diz que em cinqüenta e oito casos em que empregou o V.E. não teve nenhuma morte fetal e nenhum dano materno e declara: "Si, de toute évidence, la ventouse remplace le forceps

comme tracteur, elle réalise donc la rotation". Saliente ainda a facilidade de rotação do D.P. para D.A.

Dizem ainda G. Marie e A. Burnod de Vichy [22]: "A rotação da cabeça, não estando de modo algum impedida, se processa fisiològicamente".

CASUÍSTICA PESSOAL

Dos sesenta e dois casos de aplicação do V.E. que tivemos oportunidade de realizar ou de ajudar um dos componentes da nossa equipe, podemos salientar aquêles em posteriores e transversas.

1) — Observação nº 6 — M. B. N. Reg. 12 531 — H. P. V. — 17-3-58 — Primigesta.

Após dez horas de trabalho de parto o exame rezava: Colo dilatado para 9 cm, dilatável, apresentação cefálica em O.I.DP. no 3º plano — bolsa d'água rôta, feto batendo 132 por minuto. Como se verificasse uma parada na progressão, resolveu-se aplicar o V.E.

Fêz-se então a infiltração perineal com Novutox e Flagedil e episiotomia M.L.D.

Foi aplicada a ventosa média, vindo à luz um feto vivo, do sexo feminino, que chorou ao nascer. A papeleta não acusava qualquer lesão da genitália, a não ser a ferida da episiotomia.

2) — Observação nº 12 — M. C. L., 19 anos, primípara.

Tratava-se de uma pré-eclâmpsia com quinze horas de trabalho e havia sido medicada com aplicação de M 1 Labaury. Indicação: hipertomia, parada de progressão, sofrimento fetal, pré-eclâmpsia. O exame revela útero hipertônico, colo dilatado para 4 dedos, bordos finos e distensíveis, apresentação cefálica, no 3º plano em O.I.D.T. Batimentos cárdio-fetais, 60 por minuto, arrítmicos, surdos. Foi feita a infiltração com novocaína e flaxedil.

Aplicou-se a cúpula média e, após a técnica do vácuo foi feita a rotação para O.P. e descida do polo cefálico, tendo a cúpula escapulido no momento do desprendimento; novamente escapuliu a cápsula. Só na terceira pegada veiu à luz um feto vivo, do sexo feminino, com circular de cordão, que foi seccionado entre duas pinças. O feto chorou ao nascer, pesava 2 600 g. Apresentava uma bossa com 3 cm de diâmetro. Com 22 dias apresentava ligeira alopecia

cicatricial no local onde a cúpula havia provocado uma escoriação, pelo fato de se ter desprendido por duas vêzes. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

3) — Observação nº 17 — M. F. A. — Primípara, 18 anos.

Após vinte horas e quarenta minutos de trabalho, pois o processo de dilatação foi lento, tendo sido aplicado Sulfato de Magnésio e Demerol; como houvesse parada de progressão, resolveu-se aplicar o V.E.

Diz o exame: colo completamente dilatado, bolsa rôta, cabeça em O.I.D.P. no 3º plano. Feto batendo 160 por minuto. Foi feita infiltração dos pudendos com Novocaína e a seguir a E.M.L.D.

Aplicada a cúpula média e após a técnica própria do vácuo foram feitas trações intermitentes, tendo a cabeça rodado para O.P., dando-se então o desprendimento. A genitália apresentou apenas a ferida da episiotomia. O feto chorou ao nascer e com a bossa feita pela cúpula.

4) — Observação nº 18 — F. S. G. — 17 anos, primípara.

Após doze horas e vinte minutos de trabalho, como já estivesse há mais de uma hora em período expulsivo, resolvemos aplicar o V.E. Esclarece o exame que a cabeça estava em O.I.D.T. 3º para o 4º plano, bolsa rôta, feto batendo 132 por minuto. Feita a infiltração com Novocaína procedeu-se a E.M.L.D.

Aplicada a cúpula média e observada a técnica do vácuo a cabeça rodou com as trações efetuadas, dando-se então o desprendimento. Havia circular de cordão que foi desfeita. O feto chorou ao nascer. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

5) — Observação nº 20 — M. F. A. — Reg. 14 974 — 32 anos, primípara.

Decorridas trinta e cinco horas de trabalho, não havendo mais progresso, resolvemos aplicar o V.E. O exame esclarece: dilatação completa. Cabeça em O.I.D.T. no 4º plano.

Após a infiltração perineal com Novocaína, aplicamos a cápsula média. Observada a técnica do vácuo, rodamos a cabeça para O.P. e extraimos um feto vivo, animado, do sexo feminino, em boas condições de vitalidade, com a bossa própria do aparelho. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

6) — Observação nº 24 — E. M. N. Reg. 15 541 — 23 anos, primípara.

Decorridas vinte e uma horas de trabalho de parto, como houvesse parada de progressão, resolvemos fazer o V.E.

O exame esclarece: dilatação completa, bolsa rôta, cabeça em O.I.D.P. do 2º para o 3º plano. Após infiltração, foi colocada a cúpula média. Tendo-se aguardado o tempo necessário para o vácuo, foi feita a episiotomia e desprendida a cabeça. Feto vivo, animado, do sexo feminino, pesando 3 150 g. A episiotomia foi executada após a descida da cabeça porque, como esclarece a papeleta, foi feita uma aplicação de prova do V.E., dada a altura do polo cefálico. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

A observação do pediatra esclarece que a bossa regrediu completamente no terceiro dia. Aos quinze dias diz que está em ótimo estado de saúde.

7) — Observação nº 25 — M.P.V.R. — Reg. 15 607 — 20 anos, primípara.

Ao assumirmos o plantão já estava com dezoito horas de trabalho. Apresentação cefálica, colo dilatado para palma de mão, cabeça do 2º para o 3º plano em O.I.E.T., bolsa rôta, com perda de mecônio. Quanto aos batimentos fetais, declara a papeleta: "não se ouviram bem os batimentos cárdio-fetais — 124?".

Após a infiltração perineal com Novocaina e feita a episiotomia M.L.D., foi aplicada a cúpula média, esperando-se a formação da bossa pelo vácuo. Procedeu-se à tração, tendo escapulido a cúpula. Tentada nova aplicação, também escapuliu. Foi aplicado então o forceps de Simpson, uma vez que a cabeça, com a tração, rodara para O.I.E.A. Extraiu-se um feto morto, masculino, envolto em mecônio, estando a placenta e o cordão impregandos de mecônio.

8) — Observação nº 35 — M.F.B.I. — Reg. 17 091 — 18 anos, primípara.

Após quatorze horas de trabalho, havendo parada de progressão e sofrimento fetal, resolvemos aplicar o V.E.

O exame relata: útero hipertônico, contrações fortes e freqüentes, colo completamente dilatado, bolsa rôta, cabeça em O.I.D.P. no 3º plano. Feto batendo 140.

Feita a infiltração perineal com Novocaina, aplicamos a cúpula média. Formada a bossa pelo vácuo, fizemos a rotação para O.P. e extraimos um feto vivo, animado, com a bossa normal do instrumento. A genitália apresentava a ferida da episiotomia.

9) — Observação nº 34 — O. B. N. — Reg. 17 401 — 30 anos, multípara.

Após quatorze horas de trabalho notou-se a parada de progressão e resolveu-se aplicar o V.E.

Diz o exame: útero hipertônico, contrações fortes e freqüentes, colo completamente dilatado, bôlsa rôta, apresentação cefálica em O.I.E.T. no 3º plano. Batimentos fetais, 132.

Feita a infiltração perineal foi aplicada a cúpula média a seguir da episiotomia. Formada a bossa pelo váculo, rodou-se a cabeça para O.P. e com trações intermitentes desprendeu-se a cabeça.

Feto vivo, animado. A genitália apresentou apenas a ferida da episiotomia. A ficha do pediatra diz que a bossa desapareceu em 48 horas e, com um mês de idade, não havia sinal de bossa e a criança estava bem.

10) — Observação nº 45 — J. C. T. — Reg. 20 782 — 17 anos, primípara.

Após quarenta e quatro horas e trinta minutos de trabalho e verificada a parada de progressão, resolvemos aplicar o V.E. Reza o exame: contrações fortes, dilatação total, apresentação cefálica em O.S. no 3º plano. Feto batendo 140, após oxigenoterapia, pois antes batia 100.

Infiltrado o períneo e feita a episiotomia, aplicamos a cúpula média; aguardando o tempo necessário para a formação da bossa, tracionamos intermitentemente. O desprendimento deu-se com certa dificuldade. Nasceu um feto vivo, animado, pesando 3 400 g do sexo feminino. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

Diz o pediatra: desaparecimento total da bossa em 48 horas. Na borda da bossa ficaram umas vesículas que tiveram infecção secundária, havendo formação de crostas que desapareceram em uma semana. Foi visto com um mês de idade, pegando bem o seio.

11) — Observação nº 46 — Z. G. — Reg. 21 608 — 19 anos, primípara.

Após dezessete horas e quarenta minutos de trabalho, não havia progressão do polo cefálico e o exame rezava: útero hipotónico, contrações fracas e pouco freqüentes, em O.I.D.P., grande acavalamento ósseo, com grande bossa.

Infiltrou-se o períneo e fêz-se E.M.L.D. Aplicada a cúpula média, executou-se o vácuo com a técnica habitual. Tração intermitente, sclicitada a parturiente a fazer fôrça para baixo e o auxiliar fazendo ligeira pressão no fundo do útero, pois as contrações eram fracas. Rodou-se a cabeça para transversa e a seguir para O.P. Desprendeu-se a cabeça com facilidade. Feto masculino, pesando 3 100 g, que chorou logo ao nascer. Bossa à esquerda da pequena fontanela com 3 cm de diâmetro e 3 de altura. O pediatra diz na papeleta: desaparecimento total da bossa com 72 horas, escoriação no bordo da cúpula que cicatrizou com 25 dias.

12) — Observação nº 47 — H. P. X. — Reg. 21 682 — 22 anos, primípara.

Após dezesseis horas de trabalho, como houvesse parada de progressão e sofrimento fetal, foi aplicado o V.E.

O exame esclarece: colo dilatado para palma de mão, apresentação cefálica no 3º plano em O.I.E.T. Feto batendo 170 por minuto. Arritmia.

Feita a infiltração e episiotomia colocou-se a cúpula média. Após a espera técnica para o vácuo, foram feitas trações intermitentes, havendo então escapulido a cúpula. Mais duas tentativas tiveram o mesmo desfécho, escapulindo a cúpula. Foi, então, feito o forceps de Simpson. Veio à luz um feto de 3 300 g, do sexo feminino, em péssimas condições de vitalidade, morte aparente. Foram feitas manobras de desobstrução, oxigenoterapia e respiração artificial, conseguindo-se então reanimá-lo. A genitália apresentava ferida da episiotomia e mais ferida contusa produzida pela passagem do forceps, ambas reparadas.

13) — Observação nº 49 — M. A. O. C. — Reg. 22 115 — 39 anos, primípara.

Após doze horas e quarenta minutos de trabalho numa primípara idosa havia hipertonia uterina e sofrimento fetal. Resolvemos, então, abreviar o parto com V.E.

Dizia o exame: colo dilatado para quatro dedos, bolsa rôta, cabeça no 2º plano em O.I.E.T. Feto batendo 160, hipertonia uterina.

Feita a infiltração e E.M.L.D., colocou-se a cúpula média e, após a formação da bossa, foram feitas a rotação e a tração intermitente. Desprendeu-se a cabeça em O.P. vindo à luz um feto animado com uma bossa sero-sanguínea na região occipito-parietal esquerda de 2.5 cm de altura por 3.5 de diâmetro. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

Diz o pediatra: desaparecimento total da bossa em 48 horas; não houve erosão pela cúpula. Com um mês estava em perfeita saúde.

14) — Observação nº 15 — E. F. F. — 29 anos, primípara.

Após oito horas e trinta minutos de trabalho constatou-se parada de progressão e sofrimento fetal. Diz o exame: útero hipertônico, contrações fortes e freqüentes. Colo totalmente dilatado, bolsa rôta, apresentação cefálica em O.I.D.T. no 3º plano. Feto batendo 140, após oxigenoterapia.

Feitas a infiltração e a episiotomia, colocamos a cúpula média e, obedecida a técnica, foram feitas a rotação e a tração. Desprendeu-se cabeça em O.P. Feto em boas condições de vitalidade pesando 2 600 g, apresentando bossa na região occipito parietal direita, com 2.5 cm de altura por 3.4 de diâmetro. A genitália apresentava a ferida da episiotomia.

15) — Observação nº 53 — A. F. L. — Reg. 22 355 — 30 anos, multípara.

Entrou com duas crises convulsivas de eclâmpsia. Pressão arterial 175 × 100 — Edemas. Terapêutica M 1 — Feto inaudível.

Após dez horas de trabalho resolveu-se fazer o V.E.

Havia rotura perineal antiga, razão porque não se fez a episiotomia. O feto estava em apresentação cefálica em O.I.E.T. no 3º plano.

Aplicada a cúpula média foi feito o vácuo e, após rodar para O.P., a tração. A cúpula desprendeu-se duas vêzes. Por fim nasceu um feto morto, macerado. Houve dificuldade no desprendimento do bi-acromial, tendo sido necessário empregar o trilene para retirar o mesmo. A bossa era pequena, só se sentindo pela palpação, razão

porque escapuliu a cúpula. A genitália apresentava, após a intervenção, roturas vaginais e uma de fúrcula, que foram reparadas com cat-gut O.

16) — Observação nº 54 — M. A. S. C. — Reg. 22 538 — 21 anos, secundípara.

Após doze horas de trabalho houve parada de progressão. Exame: útero eutônico, contrações fortes e freqüentes, dilatação total, bolsa rôta. Apresentação cefálica em O. I. E. T., no 3º plano. Batimentos fetais 144, cavalgamento ósseo e bossa.

Após a infiltração e episiotomia foi colocada a cúpula média e aguardada a formação da bossa; feita a tração, rodou para O.P., desprendendo-se a cabeça. O feto chorou ao nascer; apresentava bossa com 3.5 cm de diâmetro por 2 de altura, pesando 3 700 g. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

17) — Observação nº 55 — M. A. B. — Reg. 22 629 — 34 anos, primípara.

Decorridas trinta e seis horas de trabalho houve parada de progressão. Diz o exame: disproporção relativa. Bi-isquiático muito próximo, espinha ciática saliente, promontório era acessível, útero eutônico, contrações fortes e freqüentes, colo totalmente dilatado, bolsa rôta, apresentação cefálica em O.I.D. P., no 3º plano. Batimentos fetais 140. Êste estado perdurou três horas. Após a infiltração e a episiotomia aplicamos a cúpula média. Respeitada a técnica foram feitas trações intermitentes. A cabeça rodou e desprendeu-se em O.P. Nasceu um feto vivo, animado, em boas condições de vitalidade, pesando 3 200 g. A bossa tinha 3.5 cm de diâmetro por 2 de altura e havia erosão do couro cabeludo, correspondendo ao bordo inferior da cúpula, em semi lua. A genitália apresentava a ferida da episiotomia.

18) — Observação nº 57 — A. S. C. — Reg. 23 037 — 20 anos, primípara.

Decorridos nove horas de trabalho a parturiente apresentava grande excitação psíquica e havia parada de progressão. Diz o exame: útero eutônico, contrações fortes e freqüentes, colo totalmente dilatado, bolsa rôta, apresentação cefálica em O.I.D.T. no 3º plano. Batimentos fetais 140.

Após infiltração e episiotomia foi feita anestesia pelo trileno, em face do estado de excitação da parturiente. Colocada a cúpula média e observada a técnica, foram feitas a rotação para O.P. e a tração, desprendendo-se a cabeça. Feto vivo, animado, pesando 3 200 g, bossa de 3 cm de diâmetro por 2 de altura.

19) — Observação nº 58 — G. P. A. — Reg. 23 236 — 34 anos, primípara.

Após vinte e seis horas de trabalho, apresentavam-se estafa materna, parada de progressão, sofrimento fetal em primípara idosa. Diz o exame: colo completamente dilatado, bolsa rôta, cabeça em O.I.D.P. no 3º plano, batimentos fetais 200.

Feitas infiltração e episiotomia, aplicou-se a cúpula média e, observada a técnica, executou-se a rotação e tração. A cabeça desprendeu-se em I.O.D.A. Feto pesava 3 000 g. Foi desobstruido e feita oxigenoterapia para reanimá-lo. Bossa de 3.5 cm de diâmetro por 2 de altura. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

20) — Observação nº 59 — 26 anos, secundípara. Parto anterior cesárea.

Após dez horas e quarenta minutos de trabalho, parou a progressão. Reza o exame: útero eutônico, contrações fortes e freqüentes, colo totalmente dilatado, bolsa rôta, apresentação cefálica em O.I.D.T. no 2º plano. Bossa sero-snaguínea. Batimentos fetais 132.

Infiltrado o períneo, procedeu-se à episiotomia e colocou-se a cúpula média. Respeitando a técnica foram feitas trações intermitentes, rodando a cabeça e desprendendo-se em O.P. Feto com 3 000 g que, após a desobstrução, chorou; bossa com 3.5 cm de diâmetro por 2.5 de altura, na região occipito parietal direita. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

21) — Observação nº 60 — M. C. C. — Reg. 23 377 — 38 anos, primípara.

Decorridas onze horas e quarenta minutos de trabalho apresentava sofrimento fetal com parada de progressão, em primípara idosa. Diz o exame: útero eutônico, contrações fortes e freqüentes, colo totalmente dilatado, bolsa rôta, apresentação cefálica em O.I.E.P. no 3º plano. Batimentos fetais 160, arrítmicos.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Após infiltração e episiotomia colocamos a cúpula grande e, respeitada a técnica, foram feitas rotação e tração, desprendendo-se a cabeça em O.P. Feto pesando 3 500 g, chorou ao nascer. Apresentou uma bossa de 5 cm de diâmetro por 2 de altura. A genitália apresentava apenas a ferida da episiotomia.

22) — Êste caso serviu para a demonstração do aparelho de Vacum Extração, durante o VI Congresso de Cirurgia do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Serviço do Dr. Maia Bittencourt, no Hospital dos Servidores da Prefeitura.

M. I. M. — 17 anos, primípara.

Apresentava estafa materna e resolveu-se aplicar o V.E. Colo completamente dilatado, a bolsa rompeu-se por ocasião do exame; cabeça em O.I.D.T. no 3º plano.

Após infiltração do períneo e dos pudendos com Novocaina, feita a E.M.L.D., aplicamos a cúpula média. Respeitada a técnica do vácuo, fizemos a rotação para O.P. e a seguir tração intermitente, desprendemos a cabeça. O feto chorou ao nascer e apresentava circular que foi seccionado entre duas pinças; pesava 2 850 g e apresentava uma bossa de 2 cm de diâmetro por 2 de altura. Na genitália apenas a ferida da episiotomia.

COMENTÁRIOS

Das nossas observações encontramos dois casos de feto morto. Um macerado e já se sabendo de sua morte antes da aplicação; o outro em que havia dúvida sôbre a sua vitalidade; além disto houve uma aplicação de forceps, após tentativa de V.E.

E' de se supor que não estivesse vivo, isto porque houve, por duas vêzes, desprendimento da cúpula e nós sabemos que, para a adesão da mesma, é necessária a formação da bossa sero sanguínea. Ora, estando o feto morto e, portanto, não havendo circulação sanguínea no couro cabeludo, não se formará uma bossa capaz de dar firmeza à ventosa.

Em um caso em que o V.E. falhou, houve necessidade de recorrer ao forceps, tendo nascido um feto com morte aparente, mas que foi reanimado.

Em quatro casos em que havia sofrimento fetal, os fetos nasceram vivos e em boas condições.

Em quatro casos houve escoriação do couro cabeludo, ocasionada pela borda da cúpula, sendo que em um houve uma infecção secundária. Entretanto não houve nenhuma repercussão sôbre o estado geral da criança e a cicatrização se fez sem qualquer seqüela.

Houve três aplicações feitas no 2º plano, uma delas foi a que terminou em forceps, tendo, entretanto, a cabeça rodado para anterior, facilitando a aplicação do forceps.

Uma aplicação em O.S. com desprendimento difícil, mas sem qualquer lesão a lamentar.

Quanto à genitália: no caso em que recorremos ao forceps, notamos ferida contusa provocada pelo mesmo e, no caso do feto macerado em que o bi-acromial requereu anestesia para o seu desprendimento, com manobras de abaixamento do braço, houve também lesões perineais, além da episiotomia.

Em todos os outros casos não houve qualquer lesão da genitália tribuível ao V.E.

CONCLUSÕES ATUAIS

1º — O V.E. é mais um recurso obstétrico que se apresenta para o arsenal do especialista.

2º — O V.E. não substitui o forceps que continúa com seu lugar assegurado na clínica obstétrica, realizando o que, por vêzes, o V.E. não pode realizar.

3º — O V.E. apresenta vantagens sôbre o forceps nas apresentações cefálicas em posições transversas e posteriores, na altura do 3º plano de Hodge.

4º — O V.E. pode ser aplicado em casos em que o colo não esteja completamente dilatado, mas dilatável.

5º — O V.E. não aumenta o volume cefálico, facilitando assim o seu percurso no canal da parturição.

6º — O V.E. deixa liberdade aos movimentos de rotação, flexão e assinclitismo, necessário ao bom êxito das posições transversas e posteriores.

7º — O V.E. é contra-indicado em casos de sofrimento fetal, onde haja necessidade de pronta solução.

8º — O V.E. é contra-indicado em cabeças altas, isto é 1º e 2º planos, a não ser em determinados casos em que se tenha absoluta certeza da proporcionalidade.

9º — O V.E. não determina tocotraumatismos incompatíveis com a vida do nasciturno.

10º — O V.E. não causa lesões no trato genital da mulher.

SUMMARY

The "Vacuum-Extractor" in Cases of Transverse and Posterior Cephalic Presentation. — The paper deals with the "Vacuum-Extractor", which is presented as one more obstetrical resource for the arsenal of the specialist, without pretending to be a substitute of the forceps. It has advantages over the forceps in transverse and posterior cephalic presentations, and does not enlarge the volume of the cephalic extremity, to which it is allowed an easier descending course. It facilitates the movements of rotation, flexion and asynclitism necessary in posterior and transverse positions. Its use is contraindicated in cases necessitating urgent solution, but its application does not cause significant traumatism on the genital tract of the woman nor represent any danger to the life of the newborn.

RÉSUMÉ

Le "Vacuum-Extractor" en Cas de Présentation Céphaliques Transverses et Postérieures. — L' auteur présente le "Vacuum-Extractor" comme un recours obtétrique de plus pour l'arsénal du spécialiste, sans prétendre substituer le forceps. Le Vacuum-Extractor présente des avantages sur le forceps en cas de présentations céphaliques transverses et postérieures et n'augmente pas le volume de l'extrémité céphalique, pour laquelle il offre une course descendente plus facile. Il facilite les mouvements de rotation, fléxion et l'asynclitisme, qui sont nécessaires en cas de positions posterieures et transverses. Son emploi est contrindiqué dans les cas qui ont bésoin de solution urgente, mais son application n'est pas cause importante de traumatisme du tract génital de la femme, ni offre aucun danger pour la vie du nouveau-né.

BIBLIOGRAFIA

1. **BAR-BRINDEAU e CHAMBRELENT** — La Pratique de l'Art des accouchements — 4.º volume — Les operátions, Brindeau, A. — Lantuéjoul, P. — 4.ª edição Vigot Frères, éditeurs — 1926, Paris.
2. **BELTRÃO JR., F. e FERREIRA, A. D.** — O Vacuum Extractor em obstetrícia. Arquivos Brasileiros de Medicina Naval, 1957, 66 : 227, 51.
3. **BOURG, R.** — Remarques au sujet de la ventouse obstétricale à propos des articles de Th. Sohie — Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale — Tome XXXVII, n.º 5, 31-10-1957, pág. 573.
4. **BRIQUET, R.** — Obstetrícia Operatória, pág. 265 — São Paulo, 1932 — Companhia Editôra Nacional.
5. **BRUNIQUEL, M. G.** — Réflexions sur un cas de O.I.D.P. arrété dans sa progréssion thérapeutique rationelle en marge des dogmes obstétricaux. Bul. Fed. Soc. de Gyn. et d'Obst. de Langue Française. Tome X, n.º 1, 1958, pág. 57-7.

6. **CAZEAUZ, P.** — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Dixième édition — pág. 1 000 — G. Steinheil Libraire — Éditeur, Paris.
7. **DILI, L. V.** — The Obstetrical forceps. Charles C. Thomas — Publishers, Springfield — Illinois, 1953.
8. **DOUGLAS, L. H.; GILBERT, R. A.; KALTREIDER, D. F. e MAC NALLY, H. R.** — The evaluation of the Willet Clamp scalp traction by means of the tokodynamometer and comments on the use of the clamp. — Am. Journ. Obst. Gyn., 1953, LXV : 40.
9. **ESTRELLA, R.** — O extrator pelo vácuo ou ventosa obstétrica de Malmström. Revista Médica Municipal — Rio de Janeiro, 1957. Vol. XXV : 214-19.
10. **ESTRELLA, R.** — O vácuo-extrator de Tage Malmström — Tribuna Médica, 1958, 1 : 11,6.
11. **EVELBAUER, K.** — Der Vakuumextraktor in praktisch-klinischen Gebrauch Geburtshilfe und Frauenheilkunde — 1956, XVL : 223-30.
12. **FAUVET, E. e SCHEELE, R.** — Über Entbindungenmit einer Suugglick Geburt. und Fruenh., 1956, XVI : 3.
13. **FINDERLE, V.** — Extractor instead of forceps. An. Journ. Obst. Gyn. — 1955, LXLX : 1 148.
14. **GREENHILL, J. P.** — Principles and Practice of Obstetrics, pág. 427 e 915. Tenth Edition. W. B. Saunders Company — Philadelphia and London, 1951.
15. **LEE, JOSEPH B. DE** — Principles and Practice of Obstetrics. Third ediiton, pág. 757 — W. B. Saunders Co., 1918.
16. **LORCA, CARLOS** — Tratado Prático de Operaciones Obstetricas., pág. 463 — Editorial Cientifico-médico. Madrid-Barcelona, 1948.
17. **MAGALHÃES, F.** — Lições de Clínica Obstétrica — 2.ª edição aumentada —pág. 466 — A. P. de Castilho, editor — Rio, 1927.
18. **MAGALHÃES, F.** — Clínica Obstétrica (Novas lições), pág. 227 e 237. Editôra Guanabara — 1933, Rio.
19. **MALMSTRÖM, T.** — Vacuum Extractor an Obstetrical Instrument — Acta Obst. Gyn. Scand. — 1957, XXXVI : supl. 3 : 1-50.
20. **MALMSTRÖM, T.** — Vaccum Extractor an Obstetrical Instrument — Acta Obst. Gyn. Scand. — 1954, XXXIII : supl. 4.
21. **MALMSTRÖM, T.** — Vacuum Extractor, Acta Gyn. — 1958, XVIII : 218.
22. **MARIE, G. e BURNOD, A.** — Notre expérience de la ventouse en pratique obstétricale courante. — Bull. Fed. Soc. Gyn. et d'Obst. de Langue Française, 1956. Tome VIII, n.º 2, pág. 189.
23. **PAWEL, M.** — O extrator a vácuo, novo instrumento obstétrico. Hospital de Hoge — 1957, 8 : 236-41.
24. **PEREZ, MANUEL LUIS** — Tratado de Obstetricia — Sexta Edição, pág. 881 — Lopez Etchgoyen — Buenos Aires, 1951.
25. **PIGEAUD, H.** — Notre pratique actuelle de l'accouchement dirigé. Gyn. et Obst. — 1957, 56 : 3, 275-80.
26. **ROSA, P. e PIRAUX, P.** — Analyse de 100 cas de ventouses. Bull. de la Soc. Royale Belge de Gyn. et d'Obst., 1957; 27 : 1, 30-7.
27. **ROSSEL, G. Y CAMPOD** — Efficacité et limite de la nouvelle méthode de dégagement foetal à l'aide de la ventouse suédoise. Gynaecologia, 1958 — Col. 146. n.º 4, Outubro, pág. 301-6.
28. **SOHIE, TH.** — L'Extraction par ventouse en pratique tropicale. Annales de la Soc. Belge de Médecine Tropicale. Tome XXXVII — n.º 5, 31-X-57.
29. **STERCKX, P.** — Ventouses Obstétricales. Annales de la Soc. Belge de Médecine Tropicale — Tome XXXVII, n.º 5, 31-X-57, pág. 689.
31. **WITHOWSKI, G. J.** — Accoucheurs et sages-femmes célèbres. G. Steinheilt. — Paris.
32. **ODDO, R. — LAVAL — J. MARTIN** — A propos de la ventouse obstétricale. Gynécologie et Obstétrique. — Tome II, n.º, 1959, pág. 146.

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 sôbre os assuntos da especialidade, seis meses antes.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Vagina adolescente e vaginite — *Carrington, E. R.* 225

Importância do útero na plástica vaginal — *Artner, J. e Sochorek, F.* 226

Complicações do tratamento radiológico do carcinoma do colo — *Calame, R. J. e Wallach, R. C.* 226

Operações pélvicas radicais em pacientes idosas — *O'Lary, J. A. e Symmoudes, R. E.* 227

Indicações, técnica se complicações na histerectomia vaginal — *Gray, L. A.* 227

O ureter ectópico em ginecologia — *Jones, D. H.* 228

Mudança no tratamento criúrgico do câncer cervical — *Meinrenken, H.* 228

Carcinoma primário da vagina — *Dunn, L. J. e Napier, J. G.* 229

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII MAIO, 1968 VOL. 65 — Nº 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 65 — Nº 5 — Pág. 231 a 292 — Maio de 1968

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Determinação laboratorial dos esteróides hormonais; tentativa de sistematização — *Adriano Cruz Ferreira* 231

Tratamento do prolapso do útero pela histerectomia vaginal — *Carlos Alberto Salvatore, Sergio Peixoto, Jorge Souen e Dinorah Sinatora* 245

Estudo de proteínas totais e frações albumina e globulina na gestação de têrmo — *S. B. Balsamo, L. S. Prigenzi, A. Rozas, H. C. Barros e Bussamara Neme* 257

Novos horizontes terapêuticos na humanização do trabalho de parto — *Newton Pelagio Simões* 267

EDITORIAL

Uso clínico de drogas anticoncepcionais — *A. Vespasiano Ramos* 277

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Germinoma do ovário. Tese — *Octaviano Alves de Lima Filho* 281

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso Intensivo de Câncer Ginecológico 283

Curso de Mastologia 283

Prêmio Lafi 284

XVII Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 285

VI Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia 286

RESUMO (ver índice próprio) 287

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDERÊÇO
ADDRESS OF

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 65, 1968, nº 5, p. 267-276.

NOVOS HORIZONTES TERAPÊUTICOS NA HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

NEWTON PELAJO SIMÕES (*)
São Paulo, SP

RESUMO

O Diazepam ("Valium") foi administrado a 104 parturientes, por via intramuscular, com a finalidade de obter sedação e tranquilização. Observou-se efeito tranquilizante extremamente favorável e uma redução no tempo médio de trabalho de parto, especialmente em primíparas, sem ações tóxicas sôbre o feto.

INTRODUÇÃO

O PARTO sem dor é atualmente um dos principais objetivos da moderna obstetrícia. Entre os diversos fatôres que muito têm contribuído para essa finalidade situam-se: a) a hospitalização das pacientes, que veio reduzir os riscos físicos e psíquicos tão comuns no parto domiciliar; b) a assistência pré-natal, que permite ao médico o conhecimento e contrôle adequados de cada situação; e c) o uso de medicamentos analgésicos e/ou tranquilizantes. Êstes ltiúmos possìvelmente são dotados de um efeito analgésico indireto, se considerarmos o círculo vicioso dor-ansiedade-dor [1].

Entre os tranquilizantes utilizados em obstetrícia para facilitar o trabalho de parto, salienta-se o diazepam ("Valium"), dotado de propriedades ansiolíticas e miorrelaxantes. Se bem que o "Valium" não exerça efeito analgésico direto, [2, 3] a tranquilização parece proporcionar, na maioria dos casos, melhor tolerância à dor [4].

Resolvemos observar o eefito dêsse medicamento no trabalho de parto e apresentamos a seguir os resultados obtidos em uma série de pacientes.

MÉTODO

Foram relacionadas 104 pacientes internadas na Maternidade Municipal de São Paulo. O medicamento foi administrado sob a

(*) Assistente da Clínica Obstétrica do Hospital Municipal, São Paulo.

forma de ampolas de 2 ml contendo 10 mg de substância ativa, geralmente em injeções intramusculares. A administração era feita quando a dilatação do colo uterino atingia em geral a 3 dedos. Quando necessário, instituía-se a terapêutica de manutenção por gôta-a-gôta venoso, diluindo-se a ampola em solução glicossada isotônica, e associando-se às vêzes um antialérgico ("Fenergan") e um antiespasmódico. Dentre as 104 pacientes, 31 eram primíparas. Tôdas as pacientes foram já admitidas ao hospital com contrações, sendo que uma apresentava hipertonia, 51 tinham contrações fortes, 39 regulares e 13 fracas. Para a presente observação, foram anotados os seguintes dados: tempo de gravidez, data e hora da internação, dilatação do colo uterino, dose e hora de aplicação do "Valium", data e hora da expulsão do feto e do desprendimento da placenta, e duração do parto. Êstes dados estão consignados em quadro anexo.

REULTADOS

O efeito mais evidente do "Valium" foi sem dúvida a tranquilização das pacientes, sobretudo as primigestas. Essa tranquilização traduziu-se não só pelo aspecto emocional como também por maior coloração da paciente, que levou a uma dilatação mais rápida e mais fácil, em comparação à nossa experiência anterior sem o uso dêsse medicamento. Quanto à duração do trabalho de parto, ou seja, desde o início da dilatação até o desprendimento, a média obtida na presente série foi de 5 a 6 horas, índice que consideramos satisfatório.

O eefito do "Valium" no parto prematuro foi também favorável, como pudemos observar em algumas de nossas pacientes. A administração do medicamento faz com qu ea gravidez prossiga por mais alguns dias, favorecendo o feto.

Dos 104 casos acompanhados, em apenas 2 foi necessário o parto cesáreo, sendo que uma dessas pacientes tinha já história anterior de cesárea por vício pélvico.

Um dos fatos importantes por nós constatados foi a ausência de efeitos nocivos da terapêutica sôbre o feto; mesmo com doses de 2 ou 3 ampolas, os recém-nascidos se apresentaram em ótimas condições de vitalidade.

Os resultados gerais de nossas observações estão registrados no quadro. Achamos interessante, contudo, detalhar a evolução de dois casos, que bem representam o efeito favorável do medicamento.

LEVANTAMENTO DAS PACIENTES DO HOSPITAL MUNICIPAL, EM QUE FOI APLICADO VALIUM NO TRABALHO DE PARTO (Folha I)

Reg. Hosp.	Gravidez	Internação		Contrações	Dilatação do colo			Aplic. VALIUM			Expulsão foto		Desprendimento		Duração do parto	Nº de partos primipara/multipara
		dia			dia			dia			dia	horas	dia	horas		
5.180	9 meses	23.2.67	21.45 hs	Fortes	24. 2	7.15	4 dedos	24.2	7 hs.	1 I.M.	24.2	7.45 hs	24.2	8.15	8,35 hs.	P
567	9 "	24.2.67	5,30 hs	Regulares	24.2	13.35	complet	24.2	7 hs	1 I.M.	24.2	13.00 hs	24.2	14.35	14,50 hs	M
639	9 "	10.1.67	8,10 hs	Regulares	10.1	11.10	dilat.	10.1	13 hs	1 I.M	10.1	13.30 hs	10.1	14.35	10.45 hs	M
160	9 "	8.5.67	2,30 hs	Regulares	8.5	5,30	2 dedos	8.5	6,30	2 I.M.	8.5	9.45 hs	8.5	10,15	8,55 hs	M
863	9 "	17.10.66	7,20 hs	Fortes	17.10	7,40	3 d fol	17,10	10,00	2 I.M.	17.10	11,15 hs	17.10	11,50	12,00 hs	P
827	9 "	17.10.66	20,20 hs	Fortes	17.10	21,15	4 d "	17.10	22,30	1 I.M.	17.10	23.15	17.10	23,30	8,35 hs	P
809	9 "	16.10.66	14,45 hs	Boas	16.10	14,45	4 1/2 d	16,10	15,30	1 I.M.	16.10	15,45	16.10	16,00	3,05 hs	M
2.427	9 "	10. 3.67	18,55	Fortes	11.3	12,10	3 1/2 d	10. 3 11. 3	22,00 9,30	2 I.M 1 I.M.	11. 3	16,30	11. 3	17,15	24,25 hs	P
1.858	9 "	20.2.67	15,00 hs	Fortes	20.2	22.15	4 dedos	20. 2	19,50	1 I.M.	20. 2	22,30	20. 2	23,00	9,50 hs	P
2.564	9 "	17.3.67	11,30 hs	Regulares	18.3	9,00	Rebordo	17.3	19,40	1 I.M.	18.3	9,45	18. 3	10,25	14,15 hs	M
2.491	9 "	3.4.67	13,45 hs	Regulares	3.4	23,20	3 dedos	3.4	23,30	1 I.M.	4.4	3,15	4. 4	3,15	14,20 hs	M
4.752	9 "	27.4.67	14,05 hs	Fortes	27.4	16,00	3 folg.	27.4	16,45	2 I.M.	27.4	17,45	27.4	18,15	8,20 hs	P
1.316	9 "	10.1.67	4,20 hs	Regulares	10.1	4,20	3 dedos	10.1	4,25	1 I.M.	10.1	6,00	10. 1	6,10	6,15 hs	M
1.369	9 "	18.1.67	6,50 hs	Regulares	18.1	20,00	Rebordo	18.1	18,15	1 I.M.	18.1	21,00	18.1	21,25	17,45 hs	P
1.051	9 "	10.2.67	6,15 hs	Fortes	10.2	20,00	3 dedos	10.2	20,15	1 I.M.	10.2	23,45	11. 2	0,15	11,25 hs	M
1.303	9 "	15.5.67	3,50 hs	Fracas	15.5	4,00	1 dedo	15.5	16,30	1 I.V.	15.5	17,00	15. 5	17,30	6,35 hs	P
1.074	9 "	18.5.67	0,10	Fortes	18.5	3,00	Dilat.	18.5	2,00	1 I.M.	18.5	3,00	18. 5	4,55	6,05 hs	M
1.932	9 "	11.4.67	8,50 hs	Regulares	11.4	23,00	2 Folg.	11.4	23,30	1 I.M.	12.4	1,40	12. 4	2,15	22,25 hs	M
1.752	9 "	6.5.67	13,40 hs	Fortes	6.5	16,30	4 dedos	6.5	16,30	1 I.M.	6.5	17,10	6. 5	17,40	12,45 hs	M
2.175	9 "	25.5.67	21,00 hs	Regulares	25.5	21,00	3 1/2	25.5	21,00	1 I.M.	25.5	22,15	25. 5	22.15	2,20 hs	M
2.651	9 "	13.1.67	17,30 hs	Regulares	16.1	9,20	3 d folg	16.1	9,30	1 I.M.	16.1	14,30	16. 1	15,40	12,45 hs	P
1.792	9 "	9.1.67	10.10 hs	Regulares	11.1	18,00	4 1/2	11.1 11.1	8,15 16,30	1 I.V. 1 I.V.	-	-	-	-	17.55 (dilatação)	M (cesárea)
1.952	9 "	18.1.67	22,10 hs	Fortes	19.1	13,30	4 d fin.	19.1	11,45	1 I.M.	19.1	14,00	19.1	15,15	20,45 hs	M
1.033	9 "	14.2.67	14,00 hs	Regulares	17.2	17,00	3 1/2	17.2	15,50	1 I.M.	17.2	17,00	17.2	17,15	4,20 hs	M
1.163	9 "	5.5.67	5,30 hs	Regulares	6.5	22,00	3 -	6.5	23,00	1 I.M.	6.5	23,50	6.5	24,00	19,10 hs	M
4.086	9 "	5.5.67	5,50 hs	Fortes	5.5	8,50	2 d F	5.5	9,00	1 I.M.	5.5	10,30	5.5	11,00	9,10 hs	M
1.401	9 "	12.4.67	4,30 hs	Boas	12.4	8,00	4 dedos	12.4	7,10	1 I.M.	12.4	9,00	12.4	9,30	9,40 hs	M
2.488	9 "	13.5.67	15.15 hs	Fortes	13.5	20,00	2 dedos	13.5	20,05	1 I.M.	13.5	22,30	13.5	22,40	10,55 hs	M
2.489	9 "	8.5.67	19,00 hs	Fracas	8.5	19,00	2 d m.	9.5	0,40	1 I.M.	9.5	1,00	9.5	1,10	9,35 hs	P
2.209	9 "	6.2.67	9,35 hs	Fracas	6.2	21,30	2 1/2 F	6.2	22,00	1 I.M.	6.2	23,45	6,2	23,50	17,00 hs	M

Reg. Hosp.	Gravidez	Internação		Contrações	Dilatação do colo			Aplic. VALIUM		Expulsão feto		Desprendimento		Duração do parto	Nº de partos primipara/multipara	
		dia	horas		dia	hora	dedos	dia	hora	dia	horas	dia	horas			
4.719	9 meses	1.2.67	12,00	Regulares	1. 2	13,20	3 1/2 F	1. 2	13,30	1 I.M.	1. 2	15,05	1. 2	15,05	6,45 hs	M
1.636	9 "	1.2.67	14,00	Boas	2. 2	23,00	3 F	2. 2	24,00	1 I.M.	2. 2	5,10	2. 2	5,30	18,40 "	P
1.308	9 "	26.1.67	7,25	Fortes	2. 2	14,00	3 M	2,2	13,45	2 I.M.	?	?	?	?	?	M
3.109	9 "	28.4.67	15,10	Fortes	28. 4	21,30	4 F	28. 4	19,30 20,15	1 I.M. 1 I.M.	28. 4	23,30	28. 4	23,30	8,35 "	P
3.648	9 "	23.4.67	21,20	Regulares	25. 4	2,30	1 D	25.4	16,00	1 I.M.	25.4	17,30	25.4	17,45	14,20 "	M
4.276	9 "	1.4.67	0,40	Fortes	1. 4	6,00	Rebordo	1.4	6,00	1 I.M.	1.4	5,15	1.4	7,15	9,20 "	M
3.436	9 "	27.3.67	22,30	Fortes	28.3	19,00	D.C.	28.3	11,00	1 I.M.	28.3	19,00	28.3	19,15	24.15	M
2.104	9 "	22.4.67	5,20	Fortes	23.4	3,40	3 M	23.4	5,30	1 I.M.	23.4	5,45			16,05	M
373	9 "	10.10.66	18,20	Regulares	10.10	20,00	4 D	10.10	20,00	1 I.M.	10.10	20,30	10.10	20,50	6,20	P
4.992	9 "	23.11.66	21,30	Regulares	24.11	13,40	Compl.	24.11	13,30	1 I.M.	24.11	13,30	24.11	14,50	18,55	P
1.041	9 "	24.11.66	8,55	Fortes	24.11	15,45	2 1/2	24.11	15,40	2 I.M.	24.11	16,00	24.11	16,35	10,05	M
5.298	9 "	27.11.66	16,30	Fortes	28.11	19,50	4 D	28.11	16,30	1 I.M.	28.11	21,20	28.11	21,20	7,25	M
4.893	9 "	24.11.66	5,25	Regulares	24.11	12,25	4	24.11	12,20	1 I.M.	24.11	12,30	24.11	13,05	10,15	M
1.213	9 "	17.4.67	9,20	Fracas	18.4	10,00	4	18.4	12,00	1 I.M.	18.4	13,45	18.4	14,50	12,50	P
2.236	9 "	10.4.67	16,15	Fracas	10.4	20,15	4	10.4	18,00	1 I.M.	10.4	21,00	10.4	21,30	5,45	M
1.404	9 "	19.12.66	11,45	Regulares	19.12	18,25	3	19.12	18,20	1 I.M.	19.12	20,20	19.12	20,20	12,25	M
1.733	9 "	15.12.66	23,10	Regulares	15,12	20,20	Rebordo	16,12	1,25	1 I.M.	16,12	21,15	16,12	21,15	25,25	P
1.181	9 "	23.3.67	19,30	Fracas	24.3	3,00	2 D F	25.3	9,00	1 I.M.	24.3	9,00	24.3	9,20	7,25	M
894	9 "	7.11.66	7,45	Regulares	7-11	17,45	Dilat.	7-11	14,30	1 I.M.	7.11	17,45	7.11	18,25	10,25	M
2.197	9 "	7.11.66	3,00	Fortes	7.11	3,30	Rebordo	7.11	7,00	1 I.V.	8.11	4,00	8.11	4,45	21,55	M
5.662	8 1/2 "	25.4.67	8,45	Boas	25.4	9,00	2 1/2	25.4 25.4	9,00 10,30	1 I.M. 1 I.M.	25.4	11,30	25.4	12,00	6,15	P
17.612	9 "	11.5.67	23,00	Boas	12.5	6,00	4 1/2	12.5	1,00	1 I.M.	12.5	6,00	12.5	7,00	9,35	M
14.231	9 "	8.6.67	13,15	Regulares	8.6	18,10	4	8.6	18,00	1 I.M.	8.6	19,00	8.6	19,20	7,10	M
18.894	9 "	4.4.67	15,00	Hipertonia	4.4	15,00	2	4.4	16,10	1 I.M.	4.4	17,30	4.4	18,00	11,10	M
20.343	9 "	18.6.67	24,00	Fortes	18,6	5,00	2	18,6	3,30	1 I.M.	18.6	6,00	18.6	6,40	6,20	M
19.550	9 "	18.6.67	8,40	Fortes	18.6	22,00	4	18.6	18,30	2 I.M.	18.6	21,30	19.6	0,30	-	P
11.283	9 "	16.6.67	21,25	Regulares	17.6	15,30	4	17.6	15,00	1 I.M.	17.6	16,00	17.6	16,15	16,45	P
1.108	9 "	25.5.67	10,00	Boas	26.5	11,20	4 1/2	26.5	22,00	1 I.M.	-	?	26.5	15,15	11,15	P Gémeos
9.842	9 "	16.6.67	22,35	Regulares	17.6	11,30	Rebordo	17.6	9,20	1 I.M.	17.6	5,00	17.6	11,10	9,10	M
9.680	9 "	17.6.67	9,00	Fortes	18.6	16,00	4 D	17.6	12,45 13,00	1 I.M. 1 I.M.	18.6	22,00	18.6	22,30	27,40	P
8.960	8 1/2	11.6.67	13,50	Fortes	11.6	17,00	4 D	18.6 11.6	18,15 17,15	2 I.M.	11.6	17,00	11.6	18,50	15,00	P

Reg. Hosp.	Gravidez	Internação dia	Internação horas	Contrações	Dilatação do colo dia	Dilatação do colo hora	Dilatação do colo dedos	Aplic. VALIUM dia	Aplic. VALIUM hora		Expulsão feto dia	Expulsão feto horas	Desprendimento dia	Desprendimento horas	Duração do parto horas	Nº de pessoa presentes/méd.
23.215	9 meses	2.4.67	10,45	Regulares	2.4	16,00	4 dedos	2.4	14,15	1 I.M.	2-4-67	16,20	2.4.67	16,30	6,40	P
26.274	9 "	8.3.67	1,50	Fortes	8.3	9,20	rebordo	8.3	9,45	1 I.M.	8.3.67	9,20	8.3.67	10,15	7,20	M
26.206	9 "	20.5.67	22,00	Fortes	20.5	22,00	3 dedos	20.5	20,20	1 I.M.	20.5.67	22,30	20.5.67	22,40	5,45	M
28.486	9 "	2-3-67	11,10	Boas	2.3	17,00	dilat.	2.3.	16,10	2 I.M.	2.3.67	18,00	2.3.67	18,20	11,10	M
26.641	9 "	4-6-67	4,15	Regulares.	5.6	17,40	3 dedos f	5.6	15.30 19,45	2 I.M.	5.6.67	21,30	5-6-67	23,30	57,10	M
28.157	8 "	11.3.67	15,00	Regulares	11.3	21,00	4 dedos	11.3	20,00	1 I.M.	11.3.67	21,40	11.3.67	21,45	17,50	M
27.986	?	8.3.67	18,10	Regulares	9.3	17,40	3 d imalt	9.3	18,00	2 I.M.	9.3.67	21,10	9.3.67	21,10	32,15	M
23.115	9 "	7.6.67	21,00	Freqüentes	11.6	7,20	3 dedos	10.6	8,00	1 I.M.	11.6.67	14,55	11.6.67	14,55	6,50	M
30.371	9 "	28.4.67	5,00	Regulares	28.4	7,00	4 1/2	28.4	8,00	1 I.M.	28.4.67	8,30	28.4.67	9,00	15,40	M
30.148	9 "	27.3.67	1,30	Fracas	31.3	9,00	Fechado	28.3	22,00	1 I.M.						?
31.477	9 "	23.5.67	9,50	Regulares	23.5	9,50	3 dedos	23,5	11,30	1 I.M.	23.5.67	13,30	23.5.67		6,10	M
32.273	9 "	10.4.67	12,10	Regulares	10.4	20,35	4 "	10.4	20,35	2 I.M.	10.4.67	20,45	10.4.67	21,00	16,35	M
31.722	9 "	5.4.67	4,50	Fortes	5.4	6,00	d. c.	5.4	5,15	1 I.M.	5.4.67	6,00	5.4.67	6,50	5,00	M
29.653	9 "	21.3.67	23,30	Regulares	22.3	2,15	4 d	22.3	2,30	1 I.M.	22.3.67	3,00	22.3.67	3,10	5,20	M
29.339	9 "	17.3.67	23,30	Fracas	19.3	8,20	3 d	19.3	14,00	1 I.M.	19.3.67	14,45	19.3.67	15,00		M
29.261	9 "	8.4.67	15,10	Fracas	10.4	6,10	3 1/2	11.4	5,15	2 I.M.	11.4.67	10,00	11.4.67	10,40	15,45	M
32.573	9 "	20.4.67	14,50	Regulares	23.4	12,45	3 d	23.4	15,05	1 I.M.	23.4.67	16,30	23.4.67	10,45	19,40	M
23.184	9 "	8.5.67	21,30	Fortes	9.5	0,20	4 d	9.5	0,40	1 I.M.	9.5.67	0,45	9.5.67	1,00	8 ,05	M
24.366	9 "	18.5.67	21,30	Regulares	18.5	22,50	4 d	18.5	23,30	2 I.M.	19.5.67	0,40	19.5.67	0,40	9,45	M
24.727	9 "	17.5.67	18,00	Fortes	18.5	23,30	4 d	18.5 17.5	21,00 23,30	2 I.M.	18.5.67	22,30	18.5.67	22,30	11,25	P
19.886	9 "	14.5.67	6,45	Fortes	14.5	21,30	2 d	14.5	22,20	1 I.M.	14.5.67	23,00	14.5.67	23,00	16,05	M
19.018	9 "	15.5.67	14,30	Fracas	15,05	21,00	2 d	15,05	23,00	1 I.M.	16.5.67	0,	16.5.67	0,15	5,30	M
19.141	9 "	30.1.67	20,00	Regulares	20.1	20,10	2 d	30.1	21,10	1 I.M.	30.1.67	21,30	30.1.67	21,40	11,50	M
7.125	9 "	21.6.67	8,20	Fortes	21.6	16,45	Completa	21.6	15,15	1 I.M.	21.6.67	17,00	21.6.67	17,20	11,10	P
28.215	9 "	4-6-67	0,30	Fortes	4.6	3,30	1 d	4.6	3,30	1 I.M.	4.6.67	4,00	4.6.67	4,20	8,30	M
26.509	9 "	1-6-67	10,10	Freqüentes	1.6	10,10	Rebordo	1.6	10,30	1 I.M.	1.6.67	10,45	1.6.67	11,00	5,05	M
11.281	9 "	26.4.67	22,40	Regulares	29.4	19,00	Dilat.	28.4	17,10	1 I.M.	29.4.67	19,00	29.4.67	19,50	26,50	P
7.426	9 "	21.6.67	8,20	Fortes	21.6	16,45	Completa	21.6	18,00	1 I.M.	21.6.67	17,00	21.6.67	17,20	11,10	P
17.632	9 "	2.2.67	7,30	Regulares	2.2	15,30	Rebordo	2.2	11,30	1 I.M.	2.2.67	16,00	2.2.67	17,20	8,30	P
5.002	9 "	1.2.67	2,00	Fortes	1.2	11,30	Rebordo	1.2	7,30	1 I.M.	1.2.67	12,30	1.2.67	14,15	19,10	M
1.914	9 "	12.5.67	15,00	Fortes	14.5	1,50	1 dedo	13.5	8,00	1 I.M.	n ã o	h o u v e	14.5.67	2,05	18,00	M

Reg. Hosp.	Gravidez	Internação dia	Internação hora	Contrações	Dilatação do colo dia	Dilatação do colo hora	Dilatação do colo dedos	Aplicação VALIUM dia	Aplicação VALIUM hora	Expulsão feto dia	Expulsão feto hora	Desprendimento dia	Desprendimento hora	Duração do parto horas	Nº de partos primipara/mult.
3.080	7 1/2 m.	9.4.67	16,10	Fracas	9.4	20,10	1 d	9.4	17,00	1 I.M.	10.4.67	14,50	10.4	15,10	5,15 hs	M
5.441	9 m	25.5.67	5,15	Fortes	25.5	13,20	3 d	25.5	13,30	2 I.M.	25.5.67	13,30	25.5	13,45	11,55 "	M
5.665	8 1/2 m	20.3.67	5,00	Regulares	21.3	5,45	Rebordo	20.3 20.3	14,00 20,30	1 I.M. 2 I.M.	21.3.67	14,30	21.3	15,40	41,20 "	P
7.172	9 m	28.3.67	0,30	Fortes	28.3	33	Rebordo	28.3	0,45	1 I.M.	28.3.67	5,10	28.3	5,10		M
7.081	9 "	7.3.67	5,10	Fracas	7.3	5,30	3 d	7.3	5,30	1 I.M.	7.3.67	13,30	7.3	14,15		P
7.184	9 "	3.6.67	15,15	Fortes	3.6	17,20	4 d	3.6	16,40	1 I.M.	3.6.67	17,00	3.6	18,15	12,25 "	M
8.130	9 "	19.3.67	9,40	Regulares	19.3	17,00	4 d	19.3	17,40	1 I.M.	19.3.67	20,10	19.3	20,20	7,30 "	M
10.511	9 "	19.2.67	10,05	Fracas	19.2	16,45	4 d	19.2	11,50	1 I.M.	19.2.67	18,15	19.2	18,15	13,25 "	P
16.251	9 "	27.4.67	14,50	Frequentes	27.4	14,50	4 d	27.4	16,00	2 I.M.	27.4.67	16,45	27.4	16,45	4,55 "	M
15.473	9 "	27.5.67	14,30	Fortes	28.5	0,30	4 d	27.5	20,45	1 I.M.	28.5.67	1,00	28.5	1,00	11,05 "	M
15.491	9 "	25.3.67	10,20	Fortes	25.3	18,00	4 d	25.3	16,50	1 I.M.	25.3.67	19,20	25.3	19,20		M

1) Paciente W. M., primigesta, 19 anos, branca, casada, prendas domésticas, em trabalho de parto desde as primeiras horas do dia 21-6-7. Às 16,30 horas do mesmo dia, devido ao estado de agitação psicomotora da mãe, o feto começou a apresentar sintomas de sofrimento, com bradicardia, foco surdo. Fêz-se oxigênio e uma ampola de antiespasmódico, observando-se que a dilatação do colo era de 2 dedos e meio, colo médio. Até às 19,00 h o estado geral da paciente não se alterou; dilatação de 3 dedos, colo muito edemaciado. Administrou-se então uma ampola de "Valium" na veia, e "Fenergan" e "Amplictil" por via muscular. Após 2 horas a dilataão do colo era de 4 dedos folgados. Nova ampola de "Valium", agora intramuscular, e a dilatação foi completa, efetuando-se o parto. A administração de "Valium" e "Sintocinon" em sôro glicosado, posteriormente, proporcionou desprendimento meia hora após. Esta paciente havia entrado na maternidade com a idéia pré-concebida de que teria que se submeter a cesárea, e não havíamos concordado com o seu ponto de vista, o que possìvelmente ocasionou o estado de agitação.

2) Paciente R. B., primigesta, 19 anos, co mbolsa rôta precocemente (já há 12 horas), 2 dedos de dilatação ao ser examinada. Quatro horas após, a dilatação permanecia inalterada, e o feto apresentava foco com 120 batimentos/minuto. A administração de oxigênio normalizou o foco, mas não influiu na dilatação. Ao assumirmos o plantão, 4 horas depois, a dilatação era a mesma, e administramos então 1 ampola endovenosa de "Valium". Depois de uma hora e meia a dilatação era já quas ecompleta, com pequeno rebordo anterior. Nova ampola do medicamento, por via intramuscular, levou à dilatação completa. A paciente, em ligeira estafa, solicitou uma cesárea; não havendo indicação para tal procedimento, administramos 1 ampola de "Sintocinon", 1 de "Fenergan" e 1 de "Valium" em 500 ml de solução glicosado isotônica. Pouco tempo depois deu-se a expulsão do feto e o desprendimento, com mãe e filho em ótimo estado geral.

CONCLUSÕES

Se bem que não seja possível uma conclusão definitiva sôbre o valor do medicamento quanto à aceleração do trabalho de parto, pois não dispomos, no presente estudo, de critérios objetivos para essa finalidade, o "Valium" parece promover um parto mais fácil.

Foi especialmente em primíparas que observamos êsse fato, decorrente talvez do notável efeito tranquilizante e sedativo da droga, como já havia sid oobservado por outros autores[5, 6]. Concordamos com as conclusões de Dessarzin & cols.[6], Godts[7] e Lambot[8], de que parece haver uma redução na duração do traablho de parto grfaças ao "Valium", especialmente quando se administra o medicamento na fase da dilatação (2-3 dedos).

De acôrdo com as conclusões de recente simpósio sôbre o assunto[9], o "Valium" não teria ação direta sôbr ea musculatura uterina. O mecanismo de ação do efeito por nós observado deverá ser provàvelmente indireto, na dependência de ação do medicamento sôbre a cortex cerebral e o sistema límbico, xercendo efeito ansiolítico que viria contribuir para um parto mais fácil (pelo relaxamento psíquico e muscular). Finalmente, um fato que merece ser salientado é a ausência de efeitos sôbre o feto em todos os casos por nós observados, o que por si só constitui grande vantagem em obstetrícia.

SUMMARY

Diazepam ("Valium") was administered to 104 women during labour, by intramuscular injection, as a sedative and tranquillizer. The tranquillizer effect was extremely favourable, and the author observed a reduction of the duration of labour, especially in primiparas. The medicament has no detrimental effects on the foetus.

RÉSUMÉ

Diazepam ("Valium") a été administré à 104 femmes pendant l'accouchement, par voie intramusculaire, pour obtenir sédation et tranquillisation. On a observé une réduction de la durée moyenne de l'accouchement, particulièrement chez les primipares, sans actions toxique sur le fétus.

BIBLIOGRAFIA

1. **JANTZEN, H.** — Beitrag zur Muskelrelaxation und Psychosedation sub partu. Münch. med. Wschr. 105 : 1 397-99 (1963).
2. **BRUNNER, G.** — Erfahrungen mit Benzodiazepin-Derivaten unter der Geburt 2.º Simpósio sôbre Relaxamento e Sedação do Útero Humano, Berna (Suíça), 30 set., 1 out. 1963.
3. **BÜCHELE, F., HERRMANN, U.** — Beitrag zur spasmolytischen Wirkung von Valium unter der Geburt. — Gynaecologia (Switz), 156 : 7-11, (1963).
4. **BOTELLA-LLUSIÁ, J.** — Pharmacological Relaxation Childbirth. — Paper. Proc. 3rd Wld. Congr. int. Fed. Gynec. Obstet., Viena, 1961; Vol. I, n.º 35, (1961).
5. **WAGNER, H.** — Die Bedeutung des limbischen Systems für die Geburtshilfe und Gynäkologie. — 2.º Simpósio sôbre Relaxamento e Sedação do Útero Humano. Berna (Suíça) 30 set., 1 out. 1963.

6. **DESSARZIN, D., DUCREY, J. C., BIGLER, R., STAMM, O.** — Utilisation de myorelaxants au cours de l'accouchement. — 2.º Simpósio sôbre Relaxamento e Sedação do Útero Humano. Berna (Suíça), 30 set., 1 out. 1963.
7. **GODTS, P.** — Essai d'évaluation de l'influence du Valium sur la durée de l'accouchement. — 2.º Simpósio sôbre Relaxamento e Sedação do Útero Humano. Berna (Suíça), 30 set., 1 out. 1963.
8. **LAMBOT, P.** — Recherches sur l'utilisation du Valium durant l'accouchement. 2.º Simpósio sôbre Relaxamento e Sedação do Útero Humano. Berna (Suíça) 30 set., 1 out. 1963.
9. Table ronde sur l'action du Valium en obstétrique, Lausanne, 6 setembro 1965, no XXI.º Congresso da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia de língua francêsa.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Mastectomia radical e mastectomia radical ampliada no câncer do seio — *Caceres, E.* 289

Destino dos ovários preservados na histerectomia — *De Neff, J. C. e Hollembeck, Z. R.* 289

Sintomas clínicos e citologia do endométrio após prolongada retenção de artifatos contarceptivos intra-uterinos — *Rozin, S., Sachs, M. I. e Shenker, J. G.* 290

Reavaliação dos ovários residuais — *Grogan, R. H.* 290

Longa sobrevivência ocm carcinoma ovárico disseminado — *Elahi. E. H.* 291

Linha cariotípica do carcinoma cervical do útero — *Atkin, N. B.* 291

Bilateralidade do câncer do seio; biopsia do seio oposto — *Urban, J. A.* 292

Morfogênese do câncer cervical — *Dunn, Jr.* 292

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

U. F. R. J.
METEORIDADE FERREIRA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII JUNHO, 1968 VOL. 65 Nº 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 65 — Nº 6 — Pág. 392 a 354 — Junho de 1968

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Pneumopelvigrafia e ginecografia. Casuística — *Arnaldo N. Ferrari, Cleano Wanderley, Emilio Jeckel Filho, Adelar B. Barbizan e Milton Russowsky* 293

Ambulatório preventivo do câncer ginecológico — Experiência dos dois primeiros anos de funcionamento — *Licy Teixiera Cló e Nelson Salomé* 299

Inquérito sôbre o uso de anticonceptivos no bairro de "Vila Progresso" Sorocaba — (Estado de São Paulo) — *Luiz Ferraz Sampaio e Bussamara Neme* 311

Da pré-eclampsia. Estudo e interpretação das lesões glomerulares e vasculares do rim — *Luiz Alfredo Corrêa da Costa* 327

Acetato de 6 alfa-metil-17 alfa-hidroxiprogesterona etinilestradiol como contraceptivo oral — *Arnaldo N. Ferrari e Carmine L. Rosito* 335

NOTAS COMENTÁRIOS

Nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Colposcopia 345

Curso de Radioterapia Ginecológica 345

Curso de Ginecologia Pediátrica e Juvenil 346

Curso de Endocrinolgoia Ginecológica 346

RESUMOS (ver índice próprio) 345

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Mamografia e separação prévia por câncer do seio — *Starx, B. & Al.* .. 349

Arteriografia dos seios — *Feldman, F. e Al.* 349

Inserção imediata pós-partum de artifato contraceptivo intrauterino — *London G. D. e Anderson, G. V.* 350

Biopsia por saca-bocado em lesões subclínicas do colo do útero — *Christopheson, L. A. G. e Parker, J. E.* 350

Tumores ováricos na infância, na meninice e na adolescência — *Moore, J. G. Al.* 351

Hemorragia uterina disfuncional — *Arronet, G. H. e Arrata, W. S. M.* 351

Dor pélvica na mulher — Estudo de 50 pacientes — *Langeron, P. e Quéhen, Et.* 352

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

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIII JULHO, 1968 VOL. 66 — Nº 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 66 — Nº 1 — Pág. 1 a 56 — Julho de 1968

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

A citologia vaginal oncótica nos tumores malignos do ovário — *Carlos Alberto Salvatore, Jorge Naufal, Shoju Tojo e José Galluci* 1

Pneumopelvigrafia — análise de 40 casos — *Paulo R. B. Canella e Fernando S. Penna* 9

Da préeclampsia. Estudo e interpretação das lesões glomerulares e vasculares do rim — *Luiz Alfredo Corrêa da Costa* 25

Usa da associação floro-glucinol-trimetoxibenzeno no trabalho de parto — *Pedro Luiz Pinto Aleixo* 35

RELATÓRIOS E CONFERÊNCIAS

Relatório sôbre a XVI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de Pôrto Alegre — *João Paulo Rieper* 39

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem Póstuma ao Sanitarista René Rachou 45

Congresso Brasileiro de Medicina Legal 45

VIII Congresso de Alergia e Imunologia 46

Curso Sôbre Afecção da Úvea 46

II Congresso de Biologia e Medicina Nuclear 47

Novos Medicamentos 47

RESUMO (ver índice próprio) 49

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO
OFFICIAL ABREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

Anais Brasileiros de Ginecologia, Volume 6, 1965, nº 1, p. 35-37.

USO DA ASSOCIAÇÃO FLOROGLUCINOL - TRIMETOXIBENZENO NO TRABALHO DE PARTO (*)

PEDRO LUIZ PINTO ALEIXO **
Rio de Janeiro, GB

RESUMO

O autor relata sua experiência com um nôvo antiespasmódico (Floroglucinol + Trimetoxibenzeno) utilizado em 35 mulheres, em trabalho de parto.

A associação foi usada por via venosa, isoladamente ou associada ao "Drip" de ocitocina.

Não foram observados efeitos colaterais maternos e fetais e o medicamento mostrou-se eficaz como antiespasmódico no período de dilatação.

Nosso trabalho de investigação teve como objetivo verificar as ações antiespasmódica e analgésica da associação floroglucinol-trimetoxibenzeno durante o trabalho de parto.

Foi seguido o esquema clássico de condução do parto usado neste hospital: rotura da bolsa dágua, dilatação acima de 4 cm ou mais, aplicando-se, caso não fôssem suficientes as contrações, o "DRIP" de ocitocina, com a finalidade de mantê-las dentro dos limites desejados.

Observamos, simultâneamente, os efeitos da associação em estudo sôbre as contrações uterinas, sôbre o feto e, principalmente, sôbre o colo (dilatação).

A posologia empregada, em todos os casos, foi a de uma ampola por via venosa, podendo-se repetir a mesma dose, quando ultrapassadas duas horas, o que foi feito em 2 casos.

A nossa observação comportou 35 parturientes, divididas em dois grupos:

---

* DILEXAN Injetável — gentilmente cedido pelo Laboratório Torres.

** Chefe de Plantão do Hospital Pró-Matre. Assistente da Direção do Hospital Pró-Matre (Diretor Geral: Dr. J. M. Moniz de Aragão).

1) — 15 pacientes, das quais 7 eram primíparas, 3 secundíparas e 5 multíparas. Foi, sempre, empregado com dilatação de 4 cm, bolsa dágua rôta e associado ao "Drip" de ocitocina.

Neste grupo, a média de duração do parto foi de 3 horas; a duração máxima de 5 e a mínima de 2 horas.

Não notamos efeitos sôbre o recém-nascido, nem sôbre as contrações uterinas, permanecendo estas com a mesma intensidade e duração. Sôbre a dor, seu efeito é discutível, pois a paciente, em trabalho de parto, geralmente não informa, com precisão, êste detalhe.

2) — 20 parturientes, nas quais seguimos o mesmo critério das anteriores e cujos números abaixo nos mostram os resultados obtidos:

Primíparas	6
Secundíparas	7
Multíparas	7
	20

Dilatação do colo

Com 4 cm	7
Com 5 cm	6
Com 6 cm	7
	20

Foi feita aplicação do "DRIP" de ocitocina em 10 casos.

Tempo de duração do parto, após o emprêgo da associação em estudo:

30 minutos	4
35 "	2
40 "	1
50 "	3
1,25 hora	2
2,00 horas	1
2,25 "	2
2,30 "	3
3,00 "	1
5,00 "	1

Em 7 casos, dêsse grupo, o efeito sôbre as contrações uterinas foi no sentido da sua diminuição, o que obrigou ao emprêgo do DRIP" de ocitocina sendo que, em 2 dêles, por estarem no período expulsivo, foi empregado o forceps de alívio.

O seu emprêgo não foi prejudicial ao feto tendo todos nascido com APGAR acima de 8.

CONCLUSÕES

No cômputo geral, o efeito da associação floroglucinol-trimetoxibenzeno, sôbre a dilatação cervical foi bom, nos 35 casos observados.

Seu efeito analgésico, na maioria das vêzes, mostrou-se precário, tendo a seu favor sòmente o relativo despreparo das pacientes ao parto.

SUMMARY

Thirty five patients in labor were treated by a new antispasmodic drug (Phloroglucinol + Trimethoxybenzene).

The association was administered intravenously, either alone or with the drip of oxytocin.

No action on the foetal activity nor any side effects were observed with the association.

The author refers that the association was effective and efficient antispasmodic drug in the dilatation period.

RÉSUMÉ

L'auteur rapporte les résultats de son expérience avec un antispasmodique nouveau (phloroglucinol + triméthoxybenzène), en obstétrique.

L'association a été utilisée en 35 femmes en travail.

Injecté par voie veineuse, soit isolément, soit en association avec un oxytocique en perfusion lente, on n'a pas été constaté un seul cas d'intolerance maternelle ou le moindre effet nocif chez les nouveau-nés et le produit s'est révélé comme un antispasmodique puissant, capable de favoriser la dilation cervicale.

BIBLIOGRAFIA

CAHEN, R. e cols. — Étude pharmacologique du phloroglucinol. II. Action sur le débit biliaire chez le chien. Thérapie, 17 1962, 1 360-1 368.

CAHEN, R. — Phloroglucinol: a pharmacological reevaluation. I. Smooth muscle

relaxing properties (con resumo). Arch. Int. Pharmacodyn., 138 (1-2), 1962, 311-318.
KRR, H. — Geburtsbeschleunigung durch Spasmolyse mit Spasfon. Therapeutische Umschau, 24, n.º 6, 240-250, 1967.
CAREN, R. e cols. — Action inhibitrice du 1-2-3-triméthoxybenzene sur le muscle lisse. C. R. Acad. Sci., 225, 1962, 2 531, 2 537.
MOREN, P. e cols. — L'association phloroglucinol, triméthoxybenzène en obstétrique. Presse Médicale, 72 (32), 1 321, 3 decembre, 1964.

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Cancer mamário anterior em pacientes operadas por carcinoma papilar *McDivitt, R. W. e al.* 51

Cirurgia do cancer mamário — *Zuckermann, Conrado* 51

Fatôres biométricos do cancer cervical e sua determinação num programa de separação prévia dos casos suspeitos — *Naguib, S. M. e Lundin* 52

Hipereclampsia adenomatosa cervical provocada por progestogênios — *Candy, M. D. e Abel, M. R.* 53

Carcinoma do seio em crianças — *Ramirez, G. e Ansfilds, F. J.* 53

Discarióse na citologia cervical e sua relação com o tratamento da tricomonose — *Hulka, B. S. e Hulca, J. F.* 54

Metastases do carcinoma do colo uterino — *Badib, A. O. e al.* 54

Carcinoma disseminado do ovário tratado por mustarda L-Fenilalanina — *Erick, H. C. e al.* 55

Cancer simulado e pílula contraceptiva — *Grahan, J. e al.* 55

Linfografia com clorofila e efeitos na linfadenectomia pélvica — *Averrete, H. E. e Ravel, R.* 55

Resultados do tratamento do cancer do corpo do útero — *Fauvet, E. e al.* 56

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