

R



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 N.º 3 — Págs. 125 à 184 — Setembro de 1969

---

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Variações da fosfatase alcalina no ciclo endometrial — Marcel Péano & Cols. ....	125
Causas e freqüência das amenorréias — Ruy Pimenta Filho & Cols. ..	135
Estudo Clínico de nova combinação hormonal anuvulatória com dose progestacional mínima — Fausto da Cunha Oliveira & Cols. ....	143
Revisão e reparação cirúrgica pós-parto do colo uterino — Armando Sampaio Candal Fonseca .....	151
Experiência clínica com o gino-dectancil — Gerson Rodrigues do Lago	165

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Normas éticas para médicos .....	173
Título de especialista em ginecologia e obstetrícia (TEGO) .....	174
Segundo concurso para o título de especialista em ginecologia e obstetrícia (TEGO) .....	175
Rhodia Indústria Químicas e Têxteis S.A. ....	176
Resumos (ver índice próprio) .....	179

---

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Contracepção oral progesterônica e coagulação do sangue — <b>Poller, I &amp; Cols.</b> .....	181
Contraceptivos orais e mortalidade por tromboembolias — <b>Markush, R. E. &amp; Cols.</b> .....	181
Placenta prévia — <b>Hibbard, L. T.</b> .....	182
Neoplasmas malignos do fundo uterino por posterradiação — <b>Thomas, W. O. &amp; Cols.</b> .....	182
Contraceptivos orais e tensão arterial — <b>McCormack, R. C. &amp; Cols.</b> .....	182
Biópsia cervical versus conização — <b>Sabetelle, R. &amp; Cols.</b> .....	183
Patogênese de linfangiosarcoma após mastectomia e irradiação — <b>Nemoto, T. &amp; Cols.</b> .....	183
A vida no líquido amniótico — <b>Mandelbaum, &amp; Cols.</b> .....	183

---

*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.

---

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07  
Redação e Administração:

R



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 N.º 4 — Págs. 185 à 236 — Outubro de 1969

---

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Tratamento do abortamento de repetição — <b>Álvaro de Aquino Salles</b> .....	185
Revisão e Reparação Cirúrgica pós-parto do colo do útero (conclusão) — <b>A. Sampaio Candel Fonseca</b> .....	201

#### EDITORIAL

Congressos e jornadas — <b>Jean Claude Nahoum</b> .....	215
---	-----

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Concurso para o título de especialista em ginecologia e obstetrícia (tego)	223
Títulos de especialistas em pediatria .....	224
II Congresso de medicina legal .....	224
VII Simpósio de medicina interna em Buenos Aires .....	225
Jornada de radiologia .....	227

RESUMOS (ver índice próprio) .....	229
------------------------------------	-----

---

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

*An. Bras. de Gin.*

E N D E R E Ç O  
A D D R E S S O F

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

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Citologia Anormal do colo na gravidez — Schiffer, M. A. e outros ..	231
Resultados do tratamento de carcinoma primário da vulva — Diettsch, J. e Seige, B. ....	231
Dois casos de gravidez cervical — Toth, F. e outros ..	231
Fatores obstétricos e Socio-econômicos na gênese do parto prematuro — Hoyer, H. e Thalhammer .....	232
A ginecografia nas anormalidades ováricas — Kreele, L. e outros ..	232
Linfangiosarcoma e câncer mamário — Fitzpatrick, P. J. ....	233
Significação de metástases axilares contra laterais no carcino do seio — Devitt, J. E. e Michalchuk, A. W. ....	233
Será sempre justificável o tratamento conservador no estádio I do câncer ovárico — Munnel, E. Q. ....	233
Atividade estrogénica em mulheres post-menopáusicas — Sedlis, A. e outros ..	234
O fumar apaga a imagem termográfica da placenta — Haberman, J. D. ....	234
Operação de Schauta — Foster, R. S. ....	235
A glândula pineal na reprodução — Wurtman, R. J. ....	235

---

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.

---

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07  
Redação e Administração:

No diagnóstico diferencial devem ser considerados o abortamento cervical e a placenta prévia. O decurso e o resultado desse tipo de gravidez é variável: ou ocorre morte do feto ou produz-se perfuração para a vagina, para a cavidade peritoneal ou para o paramétrio. Às vezes, a placenta penetra na cavidade do útero. No tratamento, a histerectomia é habitualmente necessária, por causa do perigo de hemorragia maciça. Foi esse o tipo de tratamento usado para os dois casos.

FATORES OBSTÉTRICOS E SOCIO-ECONÔMICOS NA GÊNESE DO PARTO  
PREMATURO (Geburtshilfliche und socioökonomische Faktoren in der Genese der Frühgeburt-Gewichtsdefinition) — Hoyer, H. e Thalhammer, O. — *Geburtsch. & Frauenheilk.*, 29:709, 1969.

Etiologicamente, o parto prematuro é entidade multifatorial. As histórias clínicas de 300 mães que deram à luz infantes de menos de 2 500 g foram analisadas e os resultados de tal análise comparados com as histórias de outras 300 mães que pariram filhos de mais de 3 000 g. Os defeitos congênitos do útero e outras irregularidades obstétricas mostraram-se como causas significantes de parto prematuro. Por outro lado, em contrário a mais antigas observações, foi verificado agora que a toxemia é apenas causa de moderada importância da prematuridade. A hemorragia durante a gravidez apresentou-se quatro vezes mais freqüente no grupo de mulheres com parto prematuro do que no grupo testemunha. Doenças infectuosas mostraram freqüência 50% superior no grupo analisado em comparação com o grupo de mulheres de partos normais. A freqüência de infantes distróficos prematuros apresentou-se extremamente alta nas mulheres fumantes.

A incidência de prematuridade apresentou relacionamento estatisticamente de medio valor com as grávidas de idade mais avançada. A mais baixa condição social tem significante correlação com a prematuridade em muitas mulheres jovens e correlação um tanto acentuada com as de idade mais elevada. Foi verificada significante correlação entre prematuridade e peso subnormal antes da gravidez e o fenômeno se acentuou na mais baixa condição social. O fato da mulher ser operária tem influência apenas leve sobre a ocorrência de parto prematuro. A condição de "solteira" parece ser indiretamente relacionada à prematuridade por intermédio da concomitante condição de inferioridade socio-econômica. As mulheres de elevada condição social que descem dessa condição ao se casarem mostraram mais alta incidência de prematuridade, o contrário ocorrendo quando sobem de condição social pelo casamento.

A GINECOGRAFIA NAS ANORMALIDADES OVÁRICAS (Gynecography in Premature Ovarian Failure and Ovarian Dysgenesis) — Kreele, L. e outros — *Brit. Med. J.*, 1:682, 1969.

Em 60 ginecografias executadas consecutivamente em mulheres com irregularidades menstruais, infertilidade, ou hirsutismo, foram encontradas 23 com ovários policísticos, 13 com ovários pequenos ou deformados e 7 com

R



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 N.º 5 — Págs. 234 à 296 — Novembro de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Inversão uterina crônica — Ruy Pimenta Filho & Cols. ....	237
Verminose e gravidez — Elza Puretz Herszenhut .....	245
Facilitação do trabalho de parto — Adilson Rezende Facury .....	257

#### LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Planejamento da família — R. H. Richter .....	265
---	-----

#### LIVROS E PUBLICAÇÕES

Manual de patologia geral — H. W. Altmann & Cols. ....	275
Ginecologia e obstetrícia — O. Käser & Cols. ....	275

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

J. P. Fontenelle .....	279
Álvaro de Aquino Salles .....	286
Presidência da Febrasco .....	286
Especialistas em ginecologia e obstetrícia .....	287
Manifesto aos obstétricos e ginecólogos do Rio de Janeiro .....	287
Resumos (ver índice próprio) .....	291

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

## FACILITAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Por um agente terapêutico espasmolítico-analgésico

ADILSON REZENDE FACURY (\*)  
São Paulo, SP.

### RESUMO

O autor empregou o Buscopan composto intravenoso em 30 mulheres grávidas, durante o trabalho de parto, com o fito de desfazer os espasmos dolorosos e regularizar as contrações uterinas, facilitando o encurtamento do período de expulsão. Utilizou o Dienpax, intravenoso, como tranquilorelaxante. Pelos resultados alcançados, chega êle à conclusão que o Buscopan composto atingiu efetivamente, em 86.5% dos casos, os desígnios que se havia proposto.

H OJE em dia se torna cada vez mais importante a questão do parto indolor, tendo o problema sido abordado de maneiras diferentes segundo algumas escolas existentes. Por vêzes, a solução proposta, con quanto eficaz, pode resultar em sequelas posteriores ou vir a prejudicar o nascituro, como é o caso da analgesia caudal contínua, da peridural, da paravertebral, etc. Outras, o método empregado pode não dar os resultados esperados no momento cruciante, concorrendo para aumento da excitação nervosa da parturiente em pleno trabalho de parto, como no chamado "parto natural" de Read.

Pesquisas levadas a efeito nos últimos anos atribuem a três componentes as causas da dor no trabalho de parto: 1) a dor da contração uterina, que se origina no gânglio cervical, ou de Frankenhauser, e que segue a via simpática de transmissão; 2) a dor da dilatação do colo uterino, que segue a via parassimpática de transmissão que também conduz a dor às pressões e dilatações que afetam o sacro, a bexiga e o reto; 3) a dor da dilatação e expulsão devida à pressão exercida no

(\*) Médico do Hospital e Maternidade da Caixa Beneficente da Guarda-Civil de São Paulo; Chefe de Equipe do PSM; médico do Hospital ABAM; médico do Serviço de Orientação da Família, de São Paulo.

soalho pélvico e na vagina e que se transmite pelo sistema cérebro-espinhal.

Verifica-se, portanto, que a dor do trabalho de parto se deve a um complexo de causas interligadas e não a uma causa apenas. Daí o não poder ser encarada como as demais dores que surgem nos órgãos ôcos (cólicas intestinais, por exemplo).

Quando as contrações se apresentam mais intensas e a resistência mais acentuada no colo uterino a dor se torna mais severa. Por outro lado, é preciso não esquecer que o advento da civilização trouxe mais aguda percepção da dor e, via de regra, repulsa psíquica mais violenta para com a mesma, de modo que a mulher foge a tudo que possa assemelhar-se a excesso da sua capacidade fisiológica de sofrer.

Tendo em vista a necessidade de não complicar o trabalho de parto, já que alguns métodos propostos terminam geralmente por alongamento do período expulsivo com necessidade de intervenção instrumental e sofrimento fetal (anestesias, por exemplo), resolvemos utilizar em nossa prática um medicamento já alvo de várias publicações elogiosas a respeito, um espasmolítico-analgésico (Buscopan Composto \*) associando, como tratamento tranquilizante, um derivado benzodiazepínico injetável, o Dienpax \*\*, já que a medicação por via oral seria desaconselhável de administrar-se devido à presença de náuseas e vômitos durante o trabalho de parto.

O Buscopan composto é uma combinação de brometo de n-butil-hioscina, ou buscapina (20 mg de substância ativa por ampola de 5 ml) e um derivado da aminofenazona, a dipirona, ou fenil-dimetilpirazolon-metil-amino-metasulfonato de sódio (2.5 mg por ampola de 5 ml).

A buscapina deriva-se da escopolamina por quaternarização, sendo desprovida das conhecidas ações centrais deste último alcalóide. Experimentalmente, ficou evidenciado que a buscapina atua de maneira evidente sobre os glângulos. Além disso, notou-se que esta substância exerce ação específica sobre os órgãos ôcos de musculatura lisa, inervados pelo parassimpático. É a esta ação específica que deve a buscapina a ausência quase total dos efeitos secundários apresentados pela atropina (a cuja ação se assemelha) sobre a secreção salivar, a acomodação e o aparelho circulatório. Estudos

\* Boehringer & Cia. Ltda.

\*\* Lafi S.A..

feitos por Ferrer e Perez vieram demonstrar que durante o parto a buscapina produz elevação do tono basal e aumento da amplitude das contrações, com repolarização destas, além de encurtar o período de dilatação e de expulsão, sem interferir com o efeito da pituitrina. Estes estudos foram confirmados por Vilar e Sloker.

Por outro lado, a dipirona possue ação analgésica intensa, bem como ação antipirética e antiflogística. Em oposição à aminofenazona, de que deriva, a dipirona pode ser injetada por via intramuscular e intravenosa, sem que haja perigo de convulsões de origem central.

A associação, pois, de um espasmolítico com ação preferencial sobre a musculatura lisa dos órgãos ôcos (e inervados pela parassimpático) a uma substância analgésica que, a seu turno, é antipirética e antiflogística também, veio assegurar a cobertura de ampla gama de ocorrências que surgem num parto e que concorrem para o agravamento da dor e, por intermédio desta, do estado nervoso da paciente.

#### MÉTODO E CASUÍSTICA

Nossa observação compreende 30 casos de pacientes internadas no Hospital Beneficente da Guarda Civil de São Paulo, das quais eram brancas 21, pardas 8 e pretas 1 parturiente. Com relação aos grupos etários, encontram-se êles abaixo indicados:

Com 19 anos .....	1 paciente	Com 27 anos .....	2 pacientes
" 20 "	1 "	" 28 "	2 "
" 22 "	2 pacientes	" 29 "	1 paciente
" 23 "	5 "	" 33 "	2 "
" 24 "	6 "	" 34 "	2 "
" 25 "	3 "	" 38 "	1 paciente
" 26 "	2 "		

Das 30 pacientes, 19 haviam feito o prenatal e 3 (10%) tinham sofrido cesária prévia. Com relação a gestações anteriores, observou-se a distribuição seguinte:

Primeira gestação .....	11 pacientes .....	36.0%
Segunda "	6 " .....	20.0%
Terceira "	10 " .....	33.5%
Quarta "	1 " .....	3.5%
Quinta "	1 " .....	3.5%
Sexta "	1 " .....	3.5%

Tivemos 1 paciente com insuficiência mitral (parto normal) e outra, que tomava medicação antihipertensiva, apresentou pré-eclâmpsia (com parto desenrolando-se normalmente, também). Quanto à anestesia, procedemos a ráqui em duas pacientes e infiltração bilateral dos pudendos internos em outras duas. O parto foi normal em 25 pacientes (83.5%) e instrumental (fórceps de alívio) em 5 (16.5%). Procedemos a episiotomia em 18 pacientes (60%).

As pacientes, por ocasião do parto, se apresentaram:

calmas e lúcidas .....	26 .....	ou	86.5%
agitadas a princípio e calmas depois ..	2 .....	"	6.5%
um pouco agitadas .....	1 .....	"	3.5%
agitadas (não cooperando) .....	1 .....	"	3.5%

Com respeito à intensidade das contrações observadas, constatamos:

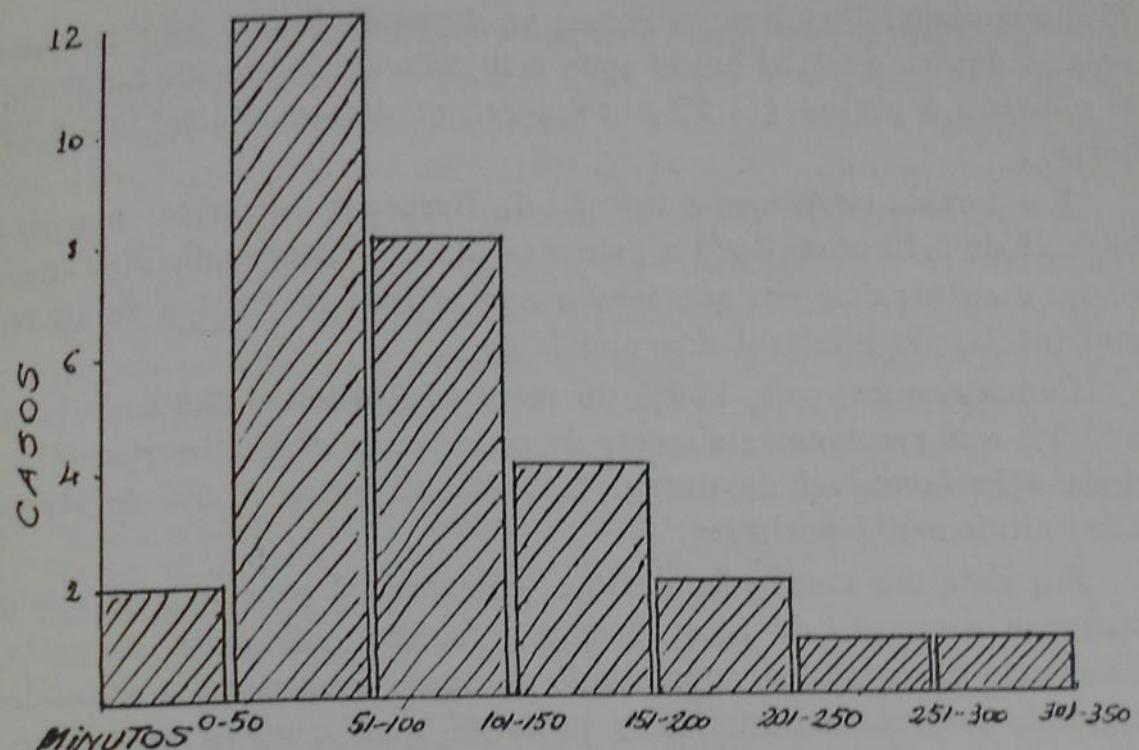
contrações fracas .....	19 casos .....	63.5%
" regulares .....	4 "	13.5%
" boas .....	5 "	16.5%
" fortes .....	2 "	6.5%

Aplicamos uma ampola de Dienpax por via intravenosa, ao entrar a paciente em trabalho de parto, visto as náuseas e os vômitos não permitirem a essa altura medicação por via bucal. A injeção de Buscopan composto foi por nós realizada por via intravenosa também, perante as seguintes dilatações do colo uterino:

2 cms. . . . .	1 paciente . . . . .	3,5%
4 cms. . . . .	6 " . . . . .	20,0%
5 cms. . . . .	23 " . . . . .	76,5%

#### RESULTADOS E CONCLUSÕES

Entre a injeção de Buscopan composto e o parto decorreram os seguintes tempos:



Ou, em projeção histográfica, para melhor visualização do conjunto de resultados obtidos, tomando 50 minutos como subintervalos de freqüência:

40 minutos . . . . .	1 caso	2 horas . . . . .	4 casos
45 " . . . . .	1 "	2 hs. e 30 minutos. . . . .	1 caso
1 hora . . . . .	1 "	2 " " 35 "	1 "
1 h. e 10 minutos. .	2 "	2 " " 55 "	1 "
1 " " 15 "	1 "	3 horas . . . . .	2 "
1 " " 20 "	1 "	3 hs. e 25 minutos. . . . .	1 "
1 " " 25 "	2 "	3 " " 50 "	1 "
1 " " 30 "	3 "	4 " " 15 "	1 "
1 " " 40 "	2 "	5 " " 45 "	1 "
1 " " 45 "	3 "		

Verificamos que 22 partos ocorreram dentro de 2 horas e 30 minutos após a injeção intravenosa de Buscopan composto, ou, seja,

73% dos casos. Dos 8 casos restantes, 4 partos (ou 13.5%) tiveram ocasião dentro de 3:20 horas após a injeção de Buscopan composto, e somente 4 partos (13.5%) requereram tempo maior (até 5:50 horas).

Em 3 casos repetimos a injeção de Buscopan composto: um parto ocorrido 3:25 horas após a primeira injeção do espasmolítico-analgésico e outros dois em que houve necessidade de fórceps de alívio, com infiltração bilateral dos pudendos.

Comprovamos, pois, 73.0% de resultados ótimos, 13.5% de bons e 13.5% que resolvemos chamar de nulos, apesar de haver ocorrido ainda ação favorável da droga. Isto é, obtivemos 86.5% de resultados nitidamente positivos.

Em vista dos resultados obtidos, chegamos à conclusão de que o Buscopan composto de fato abrevia e facilita o trabalho de parto, desfazendo os espasmos, suprimindo as dores exageradas e assim diminuindo a tensão emocional da paciente, que se torna mais cooperante, e regularizando as contrações uterinas.

Note-se, ademais, que o Buscopan composto nenhum efeito nocivo exerce sobre o feto, igualmente não exercendo ação prejudicial ao desprendimento e expulsão da placenta. Nos 30 casos por nós assistidos, comprovamos Apgar 7 em dois recém-nascidos (6.5%), Apgar 8 em 16 (53.5%) e Apgar 9 em 12 (40.0%), o que demonstra a normalidade do índice e o bom estado geral do nascituro.

### SUMMARY

**Easing Labor by a Spasmolytic-Analgetic Therapeutic Agent.** — The author used intravenous Buscopan Compositum in 30 patients, during labor, aiming at stopping painful spasms and regularizing uterine contractions, by this means shortening the expulsion period. He used intravenous Dienpax to calm and relax the patients. According to the results obtained he concludes that Buscopan Compositum effectively attained its purpose in 86.5% of the cases.

### RÉSUMÉ

**Soulagement du Travail d'Accouchement par un Agent Spasmolytico-Analgésique.** — L'auteur a employé le Buscopan Composé intraveineux chez 30 femmes pendant le travail d'accouchement, pour supprimer les spasmes douloureux et régulariser les contractions utérines, raccourcissant de cette manière la période d'expulsion. Il a aussi employé le Dienpax intraveineux

pour calmer et relâcher les patientes. D'après les résultats obtenus il conclut que le Buscopan Composé a effectivement atteint, dans 86.5 des cas, le but qu'il s'était proposé.

### BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez, H. e Barcia, R.C. — Relato Oficial del II Congr. Latino-american de Obst. y Ginec. (1954)
2. Vilar e colab. — Acta Gynec. 6 (1955)
3. Brugger, A., Monfort, R., Bedate, H., Esplugues, J. — Rev. Esp. de Fisiología 3 (1965)
4. Brugger, A.J., Soto, L., Monleón, J. — Acta Gynec. 9 (1967)
5. Bueso, J.C. — Rev. de la Feder. Centroamer. de Obst. y Gin. (1968)
6. Cepeda e colab. — Sem. Med. de México 585 (1965)
7. Daniel, W. — El Médico Practico 132, 361 (1958)
8. Di Terlizzi, G. — Min. Ginecol. 10 (1958)
9. Eydam, A. — Ther. der Gegenwart 97 (1958)
10. Ferrer, F.M., Perez, F.P. — Rev. Esp. de Obst. 14 (1955)
11. Friedman, E.A. — Am. J. Obst. & Gynec. 68 (1954)
12. Friedman, E.A. — Am. J. Obst. & Gynec. 71 (1956)
13. Jahn, H.J. — Med. Mschr. 10:527 (1956)
14. Klauer, D.F., Uranga-Imaz, F. — La Prensa Med. Argent. 47 (1960)
15. Krug, C., Lawrenz, K.H. — Med. Mschr. 12:610 (1958)
16. Mayerl, O. — Wien. med. Wschr. 104, 353 (1954)
17. Schirmacher, H. — Gaceta Med. Esp. 29:456 (1955)
18. Schmidt, J. — Die medizinische (?), 1293 (1952)
19. Soler, U. e alunos — Erv. Esp. de Obst. y Ginec. 9 (1964)

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Alterações nos cromossomos e no conteúdo de DNA nos néoplasmas ginecológicos — Richard, R. M. & Cols. ....	293
Radioterapia de alta dose para o carcinoma do colo do útero — Kline, J. C. & Cols. ....	294
Dosagem da radiação e complicações na terapia do câncer cervical — Pekham, B. M. & Cols. ....	294
Significação clínica do adenocarcinoma do colo uterino — Abad, R. S. ....	294
Invalidismo após tratamento de câncer ginecológico — Da Rugna, D. ....	295
Tratamento do câncer recorrente do útero após enxenteração pélvica anterior e total — Barber, H. R. K. & Cols. ....	296
Câncer do côto cervical — Schilling, H. ....	296

---

*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.

---

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07  
Redação e Administração:

U. F. B. J.  
MATERNAÇÃO  
BIBLIOTECA

# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIV

DEZEMBRO, 1969

VOL. 68 — N.º 6

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 N.º 6 — Págs. 297 à 340 — Dezembro de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Variações Estruturais da pelve e sua influência na estratégia do forcepe — L. A. Corrêa da Costa .....	297
Aspectos epidemiológicos e imunológicos dos coriomas — F. Chagas Oliveira e cols. ....	307
Fosfatases ácida e alcalina na displasia e no câncer da mama — Nísio Marcondes Fonseca e cols. ....	321

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Combate ao câncer ginecológico .....	327
Nôvo chefe do serviço de clínica obstétrica do IPASE .....	328
Médicos de 1968 .....	329
VII Congresso Brasileiro de Reumatologia .....	329
RESUMOS (ver índice próprio) .....	333

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

E N D R E Ç O  
A D D R E S S O F

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

## TRABALHOS ORIGINAIS

### VARIAÇÕES ESTRUTURAIS DA PELVE E SUA INFLUÊNCIA NA ESTRATÉGIA DO FÓRCIPE (\*)

PROF. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA (\*\*)

Rio de Janeiro, GB.

#### RESUMO

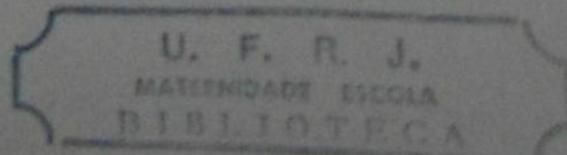
Para estudar a influência das variações estruturais da pelve na estratégia do fórceps, começa o autor pela recordação da sucessão de conhecimentos e conceitos sobre a mecânica do parto — "Lei do esforço mínimo" (Gauss, 1904), movimento de rotação interna (Sellheim, 1906), passando pela idéia das saliências em estrias da pelve atuarem como as raiaduras das armas de fogo (Corrêa da Costa, 1924) — para chegar, por fim, à referência da demonstração experimental do relevante e eficiente papel do soalho pélvico como "goteira" escorregadia (Caldwell e Moloy, 1933). Mostra, depois, que a estrutura da pelve exerce sua influência desde o momento da insinuação, com as variantes da bacia chata andróide e da bacia antropóide — além das bacias chamadas atípicas — causando diversidade de rotações, até o momento do desprendimento. Desses noções parte o autor, com muitos pormenores, para verdadeiro elenco de regras sobre a aplicação dos vários tipos de fórceps, concluindo, então, que tais preceitos não se restringem à estratégia desse procedimento, mas se aplicam também à maioria das operações transpélvicas. Seu conhecimento ajuda a distinguir dois profissionais igualmente respeitáveis: o médico prático e o especialista. (da Redação)

O MODO constante de processar-se o parto, na grande maioria das vezes, levou alguns autores antigos a nêle vislumbrarem o resultado de fenômeno puramente mecânico. Levret (1659) e Astruc (1771) previram que algum dia o parto seria demonstrado geométricamente.

A idéia longamente acalentada de mecanismo único para explicar o parto teve sua expressão, talvez final, em 1906, com a teoria da mecânica obstétrica de Sellheim. Sem ter sido inovador, soube este reunir conhecimentos anteriores e racionalizá-los em magistral síntese, sob a égide da "lei do esforço mínimo", promulgada pouco antes por Gauss (1904).

(\*) Aula do Curso de Extensão da Universidade do Estado da Guanabara, sobre "Fórceps na Obstetrícia Moderna".

(\*\*) Titular da Cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas, Rio de Janeiro, GB.



Segundo Sellheim, o movimento de rotação interna, em consonância com a lei natural do esforço mínimo, resulta de imposição mecânica a exigir coincidência dos pontos de maior flexibilidade da coluna vertebral do feto com a curvatura menor do canal do parto. Não seria o feto, contudo, inteiramente passivo nessa movimentação, mas capaz de pôr em exercício forças potenciais derivadas de sua tendência à deflexão. A hipótese de Rydberg (1954), explicativa da rotação interna com fundamento na morfologia do crânio fetal, seria, para Martius (1962), mero aspecto parcial do mecanismo do parto, confirmatório da teoria de Sellheim. Entre as teorias mais autorizadas, que antecederam à de Sellheim e lhe pavimentaram o caminho, anotam-se: a dos planos inclinados do assoalho pélvico, de Dubois (1834); a de Hubert (1844), segundo a qual o móvel se dirige para as menores resistências, "procura facilidades e foge às dificuldades"; a de Pajot (1853), da adaptação das dimensões do conteúdo à forma e capacidade do continente, além dos importantes trabalhos alemães, entre outros os de Kaltembach, Osterman e Kehrer, sobre a influência da flexibilidade da coluna vertebral do feto, em sua passagem pelo canal curvo do parto.

Sellheim foi vivamente criticado por Olshausen (1906), defensor da opinião de Bumm (1905), Schröder (1899) e Veit (1905), de que a rotação cefálica é secundária à dos ombros, determinada, por sua vez, pelo achatamento antero-posterior do útero. Embora se tenha surpreendido, por vezes (Warnekros, 1921), a rotação dos ombros preceder à da cabeça, é certo que a teoria do achatamento antero-posterior do útero não explica a rotação para a frente das posições posteriores.

As célebres experiências em cadáver, de Dubois, repetidas em 1893 por Edgard, concederam tal relevância ao papel da goteira do assoalho pélvico, na gênese da rotação interna, que caíram em esquecimento as teorias que procuravam seu fundamento nos acidentes ósseos da bacia, como a dos "planos inclinados da pelve", de Baudeloque, e a das espinhas ciáticas de Tyler-Smith (1849).

Clóvis Corrêa da Costa (1924) imaginou a teoria da "raiadura da pelve", comparada aquela às armas de fogo, cujas estriadas obrigassem o feto a girar sobre seu eixo. Não obstante haver essa teoria recebido o aplauso de Magalhães, caiu igualmente em olvido.

Sem contrariarem a teoria de Sellheim, lograram os trabalhos de Caldwell e Moloy (1933) conciliar, até certo ponto, as doutrinas

que viram no assoalho pélvico a causa da rotação interna, e aquelas outras que a atribuíram aos aspectos ósseos da bacia.

O que se verifica é ser a goteira do assoalho pélvico o fator eficiente e suficiente da rotação interna, quando há perfeita proporcionalidade feto-pélvica, como ocorre aliás na grande maioria dos casos. Se, entretanto, a proporcionalidade é menos evidente, passa a morfologia da pelve a governar sensivelmente não só a rotação interna mas também os demais tempos mecânicos do parto.

A esse respeito, Danfort (1963) assim se manifesta: "Quando a cabeça é grande, de modo que todo o espaço deve ser utilizado, há para cada nível da pelve um diâmetro, de regra, um só, através do qual deverá passar o biparietal. Condição para o êxito de qualquer extração é o conhecimento daquêle diâmetro, o que pressupõe, por sua vez, o conhecimento dos princípios de Caldwell e Moloy sobre variações anatômicas da pelve e sua influência sobre o mecanismo do parto".

Segundo o autor acima, dois princípios favorecem a compreensão do mecanismo da parturição: 1. o biparietal, o menor diâmetrocefálico, dirige-se ao menor diâmetro da pelve, em qualquer nível; 2. a bossa occipital tende a rodar para a região mais espaçosa da pelve, em qualquer nível.

De acordo com os princípios acima, a influência da pelve já se faz sentir no momento da insinuação. É conhecida a tendência do polo cefálico a insinuar-se, em transverso, nas bacia chata e andróide, e em posterior, na antropóide.

Na bacia ginecóide, em que a predominância do diâmetro transverso é mínima, a insinuação se faz, na ordem de 70 por cento dos casos, em transverso.

Na bacia chata, *em canal*, isto é, quando o sacro é retificado, dando-se a insinuação em transverso, desce o biparietal, em concordância com o estreitamento antero-posterior, até níveis muito baixos, verificando-se a rotação anterior sob o arco sub-púbico, onde há espaço para receber a bossa occipital. É o chamado mecanismo da descida em transverso. A dificuldade de rotação, em espaço reduzido, assemelha-se à que se defronta a quem pretenda inverter a posição de um veículo em rua estreita, quando a largura desta é menor que o comprimento do veículo.

Na bacia andróide, de paredes verticais, verifica-se o mesmo mecanismo em transverso, mas quando essas paredes são levemente

convergentes pode dar-se o desvio do occiput para oblíquo anterior, à procura de mais espaço.

Na bacia antropóide, com boa concavidade sacra, pode a cabeça descer em posterior até o soalho pélvico e desprender-se em O.S. Se, no entanto, a parte inferior do sacro fôr desviada para a frente, igualmente nessa direção tenderá o occiput a desviar-se.

Quando, todavia, além do desvio da parte inferior do sacro houver certo estreitamento lateral (espinhas ciáticas salientes ou leve convergência das paredes laterais), a rotação para a frente só poderá ter lugar no plano de maiores dimensões da pelve, acima do ponto de parada da apresentação.

Em certas bacias ditas atípicas, chata ou andróide, com concavidade sacra espaçosa, em seguida à insinuação em transverso pode dar-se a rotação do occiput para trás, de que resultam posições posteriores secundárias. A ocorrência seria mais freqüente na bacia do tipo chato, chamada, no caso, *anelada*.

Em alguns tipos de bacia sómente a extremidade inferior do sacro é desviada para a frente, nem por isso deixando de haver estreitamento antero-posterior, limitado êste, embora, quase sómente, ao estreito inferior. A posição costuma ser transversa, pois o biparietal se põe em concordância com o menor diâmetro nesse nível. Em tais casos, as dificuldades crescem com a altura da plataforma sacro-coccígea.

Se a plataforma fôr alta, a difícil rotação pode determinar "parada profunda em transverso"; se relativamente baixa, pode haver rotação para oblíquo-anterior, ou até O.P., mas tornar-se-á dificultado o desprendimento, face à restrição do diâmetro sagital posterior.

Tem-se objetado ao valor dos conceitos acima, sob a alegação de que a classificação dos tipos pélvicos de Caldwell e Moloy exige o emprêgo de técnicas radiológicas complexas, com tôdas as desvantagens decorrentes dessa prática.

Não parece válido o argumento porque, sem negar a grande utilidade da radiologia no estudo da escavação pélvica, ela só é realmente imprescindível na caracterização da forma do estreito superior, problema já superado, quando se pleiteia a aplicação do fórceps. Nesta última intervenção, o que se faz necessário conhecer é a morfologia da escavação pélvica e do estreito inferior. Tal conhecimento pode ser alcançado, com razoável aproximação, se pro-

cedida a minuciosa pelvigráfia interna, obediente aos preceitos de Moloy. A exploração semiológica dos andares inferiores da pelve permite levantar presunção quanto à forma do estreito superior, pois, se é verdade que a forma daquele estreito pressupõe determinada conformação nos andares inferiores, a recíproca também é verdadeira.

Em verdade, os múltiplos subtipos da classificação de Caldwell e Moloy, resultantes das várias combinações dos tipos básicos, ao lado das variações extremas na escavação, além das pelves atípicas, fazem dos protótipos daqueles autores quase um conceito abstrato.

Nosso conselho é conservar, na prática quotidiana, a nomenclatura clássica de bacias, com base na pelvigráfia e pelvimetria internas, anotando, em cada caso, as alterações encontradas na escavação e no estreito inferior. A exigüidade de certos diâmetros, despercebida ao exame clínico, pode ser presumida pela resistência encontrada no momento da tração pelo fórceps, o que conduz a exame mais minucioso, geralmente confirmatório.

Não se veja nestas palavras formal condenação da pelviradiologia, que pode ser eventualmente de grande utilidade. O que temos em mente, sem perder de vista o natural receio da irradiação, é a realidade das condições da assistência obstétrica, entre nós, sobretudo a dificuldade de dispor de técnicos peritos em radiologia obstétrica. Pode ser válida a proposição de Stewart (1956) de obter-se radiografia lateral da pelve de toda mulher antes do primeiro parto. Talvez mais prudente fosse diligenciá-la antes da primeira gravidez, mas ainda assim não estaria eliminado possível risco genético infligido à totalidade das parturientes, com real benefício para apenas pequena minoria.

Quanto à estratégia do fórceps, a influência da arquitetura pélvica só apresenta maior interesse se a proporcionalidade não é perfeita, em qualquer nível da pelve. No caso de parada da apresentação, em trânsito de posições posteriores para anteriores, consequente à insuficiência da força, a influência da pelve é nula ou pouco significativa. Tudo que há a fazer é, quase só, rodar e extrair. O mesmo acontece na aplicação de fórceps por sofrimento fetal, se a bacia é ampla e o feto de volume normal.

Vejamos, agora, alguns exemplos de parada na pelve, em função da sua arquitetura, e a maneira de tratá-la, segundo os preceitos de Moloy e seus seguidores.

## I — PARADA EM TRANSVERSO

São considerados a "parada alta" e a parada profunda", excluindo-se expressões como parada média. A parada alta refere-se à altura entre 0 e + 2; a parada profunda, de + 2 para baixo. A parada alta, segundo Danforth, seria resolvida, salvo raras exceções, pela cesariana.

Danforth dá especial aprêço à prova que visa a reconhecer a influência constrangedora da projeção do sacro para a frente: se não fôr possível, em toque retal ou vaginal, introduzir um dedo entre a cabeça e a face anterior do sacro, no auge da contração, fica patenteada aquela influência; em caso contrário, a parada deverá ser por insuficiência da contração uterina ou do esforço expulsivo. Chamaremos a esta exploração "prova do dedo".

1. *Bacia Chata* — O objetivo da aplicação do fórceps será o de reproduzir o mecanismo de descida em transverso. Dois instrumentos disputam a primazia: o Kielland e o Barton, os que mais bem evitam a ominosa pegada frontomastóidica.

Quando a face anterior do sacro é saliente, pode a cabeça ser lançada de encontro à parede anterior da pelve, e um instrumento como o Kielland, desprovido de tração axial, quando em transverso, faria perigarem a parede vaginal anterior, a bexiga e a uretra.

De qualquer maneira, é preceito fundamental, segundo Dennen, jamais exercer tração com o Kielland quando o maior diâmetro intra-coclear (parte mais convexa das colheres) ainda não estiver à vista em baixo da sínfise.

Graças a sua peculiar construção, o fórcepe de Barton permite tração axial perfeita e evita o constrangimento do segmento anterior da pelve, sendo, por êsse motivo, o instrumento de escolha quando o sacro é desfavorável.

Aplicado o Kielland ou o Barton, é mantido o mecanismo em transverso, tracionando-se até o ponto em que se encontra facilidade de rotação anterior, o que freqüentemente só ocorre abaixo do arco sub-púbico. Dada a deficiente curvatura pélvica do Kielland e sua ausência no Barton, quando em O.P., prefere-se, em geral, substituí-los por instrumento clássico para efetuar o desprendimento.

2. *Bacia Andróide* — Quando as paredes laterais são verticais, o diagnóstico clínico do caráter andróide da bacia é raramente

feito, mas se aplicariam no caso as mesmas considerações exaradas a propósito da bacia chata.

Na bacia andróide típica, o constrangimento antero-posterior, confirmado pela "prova do dedo", e o estreitamento transversal, denunciado pela convergência das paredes laterais ou a presença de espinhas ciáticas salientes, constitui problema mecânico de vulto, resolvido, de preferência, pela cesariana.

Quando, todavia, em condições favoráveis, ou por qualquer contingência fôr escolhida a via vaginal, dever-se-á tentar o mecanismo em transverso com o fórcepe de Barton. Se encontrada resistência à tração, poder-se-á tentar rotação para anterior e substituir o Barton por instrumento clássico. Comparam-se, agora, as resistências encontradas à tração, e esta será exercida no diâmetro mais favorável, o que poderá significar a volta ao fórcepe de Barton. Se, em qualquer das duas eventualidades, evidenciarem-se penosas a rotação ou a tração, deve-se considerar frustada a prova do fórcepe. Segundo alguns autores isso só deve ocorrer três a quatro vêzes na vida de um profissional, o que, de certo, se presta a discussões.

## II — PARADA POSTERIOR

1. *Bacia Antropóide ou Andróide-Antropóide* — A parada é, em geral, profunda e a posição posterior é primitiva.

Se a extremidade inferior do sacro não constituir obstáculo, testado pela "prova do dedo", pode ser escolhido o desprendimento em O.S., com instrumento clássico. Outra alternativa é fugir à dificuldade de rotação, ao nível das espinhas ciáticas, causada pelo estreitamento transversal, repelindo a cabeça para cima até o plano de maiores dimensões da pelve, onde será efetuada sua rotação. Este último procedimento é o único possível, quando, além do estreitamento transversal, a extremidade inferior do sacro estiver francamente desviada para a frente. Nesta hipótese, a elevação da cabeça e sua rotação podem obedecer a um dos seguintes métodos:

- a) rotação manual e aplicação de fórcepe clássico;
- b) manobra de Scanzoni modificada;
- c) emprêgo do fórcepe de Kielland.

A elevação do polo cefálico e sua rotação manual têm sido defendidas por diversas escolas, que nelas adquiriram especial destreza. Se efetuada por manobra singela, a única objeção que se lhe poderia fazer é o perigo de prolapsio do cordão, mas as técnicas elaboradas e difíceis, como a de Pomeroy, são, certamente, obsoletas.

A principal modificação da manobra de Scanzoni prende-se menos à extensão da rotação que ao fato de ser executada *in loco*, isto é, desacompanhada de movimento em espiral. Não obstante, a rotação é efetuada no plano de maiores dimensões da pelve, o que exige a elevação do polo pélvico, com o próprio instrumento. Outra modificação da manobra de Scanzoni é o uso de fórçipe do tipo Elliot, de colheres não fenestradas, como o Tucker McLean, que permite, completada a rotação, introduzir um ramo de outro fórçipe clássico fenestrado, entre a cabeça e o ramo posterior, antes de retirar este último, com o que se evita o retorno espontâneo da apresentação à posição primitiva. Em virtude da super-posição de seus pedículos, o fórçipe de Tucker McLean previne, ademais, a distensão exacerbada da vulva, durante a manobra de rotação.

Além de excelente rotador, o fórçipe de Kielland é eficiente em auxiliar a flexão e permite elevar-se, com facilidade, a apresentação.

2. *Bacia Chata ou Andróide com concavidade sacra relativamente ampla* — Essas bacias são ditas atípicas, o que cabe à justa em relação à andróide. A bacia chata, com ampla concavidade sacra, vem a ser sua variedade *anelada*, contraposta à *em canal*, com sacro retificado ou saliente.

Na bacia andróide, a posição posterior pode ser primitiva; na chata, é secundária.

Nesse tipo de parada, pode haver obstáculo à rotação além da posição transversa, em virtude de restrição do espaço antero-posterior (segmento anterior angustiado, ou projeção da extremidade sacra), o que requer mecanismo de descida em transverso. Nessas condições, é preferível aplicar o Kielland ou o Barton, preferentemente, o último.

Outras alternativas são: a) rotação e extração em O.S., com instrumento clássico; b) tração e manobra de Scanzoni muito baixa; c) elevação da apresentação e rotação no plano de menores dimensões com instrumento clássico ou o Kielland.

### III — PARADA EM OBLÍQUO-ANTERIOR

A parada em oblíquo-anterior pressupõe, em qualquer nível da pelve, leve estreitamento transversal acrescido de reduzido estreitamento àntero-posterior. O tratamento será a aplicação de tipo clássico de fórcepe e tentativa de rotação para O.P. Se houver resistência inesperada à rotação, é de crer que o estreitamento àntero-posterior seja maior que o previsto, o que indica necessidade de ser usado o Barton para realizar o mecanismo de descida em transverso.

Caso especial de parada em oblíquo-anterior, O.P., e até transverso, é o que ocorre no estreito inferior, consequente ao encurvamento do sacro para a frente, limitado a sua extremidade inferior. As dificuldades são tanto maiores quanto mais alta a plataforma sacro-coccígea, em relação às espinhas ciáticas.

Quando a plataforma é alta, pode ocorrer parada em transverso muito profunda, a exigir aplicação do Barton, a fim de realizar a "flexão lateral anterior", antes de rodar a apresentação, ao nível do períneo.

Se a plataforma é mais baixa, pode dar-se parada em oblíquo-anterior ou em O.P. O tratamento será, no primeiro caso, rodar para O.P. com instrumento clássico, e extrair. Quando, todavia, a tração em O.P. fôr dificultada, em virtude da restrição do diâmetro sagital posterior, cumpre voltar a oblíquo-anterior e extrair nessa posição, com pequenas oscilações laterais dos cabos do instrumento, em verdadeiro movimento de alavanca.

Os preceitos acima enunciados não se restringem à estratégia do fórcepe, mas se aplicam igualmente à maioria das operações transpélvicas. Seu conhecimento ajuda a distinguir dois profissionais igualmente respeitáveis: o médico prático e o especialista.

### SUMMARY

**Influence of the Structural Variations of the Pelvis on the Strategy of the Forceps.** — In order to study the influence of the structural variations of the pelvis upon the strategy of the forceps' application, the author begins by reminding the succession of knowledges and concepts about the mechanism of parturition — "law of the minimum effort (Gauss, 1904), the internal rotation movement (Sellheim, 1906), proceeding with the idea that the salients and grooves of the pelvis act like the rifling of a gunbarrel (Corrêa da Costa, 1924) — and ending with the reference to the experimental de-

monstration of the appropriate and efficient role of the pelvic floor as a slippery trough (Caldwell e Moloy, 1933). He explains, then, that the structure of the pelvis exerts its influence since the moment of engagement, with the variants of the android flat pelvis and the anthropoid pelvis—besides the atypical ones — and causing diverse rotations up to the moment of expulsion. From this knowledge the author derives a whole list of detailed rules about the application of the various types of forceps, concluding then that such principles are not restricted to the strategy of the forceps, but should guide the majority of the transpelvic operations. Its understanding helps to distinguish two equally respectable professionals: the practitioner and the specialist (from the Editor)

### RÉSUMÉ

**Influence des Variations de la Structure du Bassin sur la Stratégie du Forceps.** — Pour étudier l'influence des variations de la structure du bassin sur la stratégie de l'applications du forceps, l'auteur fait un court rappel de la succession de connaissances et conceptions sur la mécanique de l'accouchement — "loi de l'effort minimum" (Gauss, 1904), mouvement de rotation interne (Selheim, 1906), en passant par l'idée de l'action des saillies en stries du bassin, à l'instar des rayures des armes à feu (Corrêa da Costa, 1924) — pour arriver, à la fin, à la référence de la démonstration expérimentale de l'approprié et efficace rôle du plancher du bassin comme une gouttière glissante (Caldwell et Moloy, 1933). Il signale, après, que l'influence de la structure du bassin se fait sentir dès le moment de l'engagement, avec les variants du bassin plat androïde et du bassin anthropoïde en plus des bassins dits atypiques — tout en produisant des diversités de rotations jusqu'au moment de l'expulsion. De ces notions, l'auteur dérive, avec beaucoup de détails, toute une suite de règles sur l'application du forceps, en concluant, alors, que ces commandements ne se réduisent pas à la stratégie de ce procédé, mais ils s'appliquent aussi à la majorité des opérations transpelviennes. Sa connaissance nous aide à distinguer deux professionnels également respectables: le praticien et le spécialiste. (de la Rédaction)

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Injeções trimestrais de derivado da progesterona como anticoncepcional — Scutchfield, S. D. e Long, W. N. ....	335
Resultados da nova lei de abortamento terapêutico na Califórnia — Thurstone, F. B. ....	335
Simulação de ginecopatias por desordens intestinais — Schnur, F. L. e outros ....	336
Agentes quimioterapêuticos no carcinoma do seio — Martorelli Jr. B. e outros ....	337
Eletrocauterização ou criocirurgia em doença benigna do colo uterino — Ostergard, D. R. e outros ....	337
Resultados e complicações na operação de Wertheim — Bielfeld, K. e Schneider, H. ....	338
Reabilitação das doentes com câncer do colo — Lau, H. U. ....	338
Parodontólises e disendocrinias genitais femininas — Magnier, P. ....	339

---

*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.

---

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

Redação e Administração:



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — Nº 1 — Pág. 1 a 66 — Janeiro de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

20 anos de ambulatório preventivo no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro — <b>Hildegard Stoltz &amp; Cols.</b> .....	1
Prevenção do câncer do colo do útero no ciclo grávido-puerperal — <b>José Gallucci &amp; Cols.</b> .....	19
Importância da propedêutica integrada na terapêutica ginecológica e detenção precoce do câncer — <b>Gil de Carvalho</b> .....	27
Resultados da assistência à maternidade e à infância em S. Paulo — <b>Paulo Schimidt Goffi</b> .....	45

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Prof. Oscar Freire .....	53
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo .....	53
Academia Nacional de Medicina .....	53
Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro .....	54
Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro	54
Angiopatia Diabética .....	55
Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais .....	55

#### LIVROS E PUBLICAÇÕES

A cirurgia no Sanatório São Lucas .....	57
RESUMOS (ver índice próprio) .....	59

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

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

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Neurilema da vulva — casuística e revisão da literatura — <b>Lapertico P.</b>	61
Aspectos histofuncionais do ovário policístico — <b>Rognoni, &amp; Cols.</b> .....	61
Doença gênito-urinário da mulher conjunta a tuberculose — <b>Trachek, V.N. &amp; Cols.</b> .....	62
Comportamento estacional da freqüência de deformação congênitas — <b>Bailo, U. &amp; Cols.</b> .....	62
Indagações funcionais nos casos de esterilidade conjugal — <b>Pieroni, G.</b>	63
Tratamento das Amenorréias uterinas — <b>Loch, E.G.</b> .....	63
Reabilitação de doentes de carcinoma do colo — <b>Lau, H.U.</b> .....	63
Curioso caso de transmigração ovular comprovada — <b>Sosa, O.</b> .....	64

---

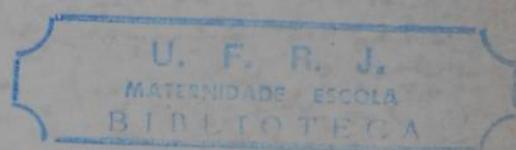
*Centro Brasileiro de Dinâmica Populacional e Reprodução Humana*  
(Dinabras)

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

P



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — N.º 2 — Págs. 67 a 132 — Fevereiro de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Estrogênio e climactério — <b>Álvaro de Aquino Salles</b> .....	67
Tratamento das fistulas urogenitais — Experiência da clínica genicológica da Escola Paulista de Medicina — <b>Octaviano Alves de Lima, Waldemar Diniz Pereira de Carvalho, Ângelo O. Gogliati e Klaus M. Rudolph</b> .....	83
Pesquisas clínicas com progestogênicos sintéticos como ovulostáticos — <b>Alberto Erasmi Pilloto</b> .....	97
Da pré-clampsia e interpretação das lesões glomerulares e vasculares do rim — <b>Luiz Alfredo Corrêa da Costa</b> .....	109

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Cursos Médicos .....	121
Resumos .....	125

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

*An. Bras. de Gin.*

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

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Câncer urogenital. Tumor de Wilms e neuroblastoma — <b>Rubin, Philip</b>	127
Demora na procura de tratamento de tumores mamários — <b>Cameron, A. e Cols.</b> .....	128
Descobrimento de câncer durante a gravidez — <b>Jones, E.G. &amp; Cols.</b>	128
Pode o carcinoma do seio ser prognosticado? Seguimento de biópsias benignas — <b>Potter, J.F., Cols.</b> .....	128
Exame sistemático do canal genital após o parto — <b>Edington, F.R.</b>	129
Efeito dos contraceptivos orais sobre os trombócitos e os fosfolipídios — <b>Bolton, C.R. &amp; Cols.</b> .....	129
Muito dos contraceptivos orais no tratamento da infertilidade — <b>Whitlaw, M.J.</b> .....	129
Metodologia da pesquisa sobre contraceptivos orais — <b>Greanen, B.Z. &amp; Cols.</b> .....	130
Fator inibidor da gonadotropina na amenorréia secundária — <b>Brambilla, F.</b> .....	130
Defeitos congênitos e idade dos espermatozoides — <b>Marshall</b> .....	131
Cinimas: possíveis mediadoras de alterações circulatórias neonatais no homem — <b>Melmon, K.L. &amp; Cols.</b> .....	131
Ressecção da parede torácica por câncer mamário localizado recorrente — <b>Snyder, A.F. &amp; Cols.</b> .....	131
Tratamento da infertilidade ovulatória com gonadotropina humana menopausal e coriônica — <b>Ferin, J. &amp; Cols.</b> .....	131

---

*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

*f*

U. F. R. J.  
MATERNIDADE ESCOLA  
BIBLIOTECA

# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — N.º 3 — Págs. 133 à 186 — Março de 1969

---

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Aspectos Citogenéticos da Carcinogênese — H. J. Silviano Brandão .....	133
Carcinoma Primitivo da Vagina — P. R. B. Canela e L. R. Sanches ..	143
Ensaio Comparativo com Cinco Anticoncepcionais Orais — R. H. Richter, M. Arnold, M. Mall, H. Wyss, S. Clöeren, E. Morf .....	157
Nova Técnica de Fechamento do Colo nas Traqueloplastia — Fernando Velloso e Radanesi Potengy .....	165
Cistossarcoma Filódio de Johannes Müller — R. C. Bacellar .....	169

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Congresso de Pediatria .....	177
Curso de Pediatria .....	177
RESUMOS (ver Índice Próprio) .....	179

---

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

*An. Bras. de Gin.*

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

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Presença de Lactoferrina no Trato Genital Feminino — <b>Masson, P. L.</b>	181
Inativação dos Antigênios Espermáticos por Soros do Trato Reprodutor Feminino — <b>Katsch, S.</b>	181
Estudo Clínico e Biológico de 16 Casos de Abortamento Devido a Anormalidades Cromossômicas — <b>Boue, J. G.</b>	181
Efeitos dos Contraceptivos sobre a Circulação do Sangue — <b>Poller, L.</b>	182
Xerografia dos Seios — <b>Wolf, J. M.</b>	182
Ocorrência de Gravidez Ectopica em Mulheres com Artifatos Intra-uterino — <b>Wei, P. Y.</b>	183
Uso do Citrato de Clomifeno na Ressecção Cuneiforme — <b>Wider, J. A.</b>	183
Progesterônios no Tratamento do Carcinoma do Endométrio — <b>Burr, R. C.</b>	184
Aspectos Clínicos e Tratamento da Vaginite pela Clordantoina — <b>Lemire, S.</b>	184
Efeito do Fumar Cigarro durante a Gravidez — <b>Younaszie, M. K.</b>	185

---

*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

arnaldo de moraes filho - diretor



Número especial dedicado ao Instituto de Maternidade  
da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro  
e à 33.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia.  
(Serviços do Prof. Jorge de Rezende)

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — N.º 4 Págs. 187 à 422 — Abril de 1969

### SUMÁRIO

Introdução — Jorge de Rezende — Jean Claude Nahoun

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Editorial .....	187
Coriomias. Em torno a uma experiência de 58 casos — Jorge de Rezende & Cols.	197
Sífilis congênita. Problema atual — Jorge de Rezende & Cols.	241
Contribuição para diagnóstico e o prognóstico da doença hemolítica — Maria Luiza Malheiros de Castro & Cols.	265
Cromatina X, noções fundamentais. Técnica. Uso clínico — Jean Claude Nahoum & Cols.	283
Dosagem imunológica de gonadotrofinas coriônicas — Jorge de Rezende & Cols.	307
Citologia vaginal durante o puerpério — José Maria Barcellos & Cols.	313
Dosagem cromatográfica do estriol — Ericsson Linhares & Cols.	325
Sofrimento fetal. Semiologia — Jorge de Rezende & Cols.	327
Cardiopatia e gravidez — Simão Coslovisky & Cols.	345
Porfiria e gravidez — Jorge de Rezende & Simão Coslovisky	353
Progresso em eletrocardiografia fetal — Paulo Belfort & Cols.	361
A citologia vaginal na insuficiência placentária — Jorge de Rezende & Cols.	369
Figuras de mitose em colpocitologia. Significado diagnóstico — Dirvahyr Barcelos & Cols.	379
Hipertensão arterial e gravidez — Simão Coslovisky & Cols.	389
Úlceras gastroduodenais perfuradas em neonatologia — Renato Maretto & Cols.	397
Cirurgia cardíaca no ciclo gestatório — Simão Coslovisky & Cols.	407
Hemoglobinometria materna e peso do conceito — Giancarlo Baldanzi & Cols.	413
Notas e Comentários .....	419 à 422

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

ENDEREÇO  
ADDRESS OF

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

## EDITORIAL

### PATOLOGIA DA CESÁREA

A grande difusão da cesárea abdominal, a relativa simplicidade técnica da operação, o alargamento de indicações e a repetição, na mesma paciente, de grande número de intervenções, fizeram nascer capítulo novo no estudo do parto abdominal: sua patologia, aí se reunindo as dificuldades que lhe estorvam a execução, as complicações e os riscos. Nesse domínio figuram ainda os percalços que acompanham a mulher cesareada, os procedimentos aconselháveis para o seguimento imediato e remoto dos casos, além de certas nugas capazes de assegurar a perfeição da histerotomia e a confiança nas suturas.

A cesariana mereceu o aprêço dos obstetras de antigamente, cirurgiões bisextos, sem desterdade na via abdominal, sobretudo pela singeleza dos seus tempos operatórios. Duas incisões e duas suturas (da pele e do útero) podiam resumi-la. Os velhos parteiros desapegaram-se à prática feticida das extrações altas e dos volteios difíceis seduzidos, antes de mais nada, pelo procedimento cirúrgicamente elementar.

Andando o tempo, o surgimento das técnicas segmentárias e mais tarde, a incisão de Pfannenstiel, transfiguraram a cesariana em ato de major surgery. A ampliação progressiva das indicações, que a segurança de resultados provocou, fez multiplicarem-se as operações iterativas, hoje detendo a primazia de freqüência (mais do dôbro das demais) nas grandes clínicas universitárias americanas, onde se obedece, ostensiva ou veladamente, ao preceito: uma vez cesareada, sempre cesárea.

A patologia imanente à operação iterativa não aliena dêsse tipo de intervenção as dificuldades habituais à primeira histerotomia, e representadas, notadamente, pela extração fetal difícil e a intercorrência de hemorragia. Demais, duas minúcias técnicas e todavia fundamentais, sobrelevam na execução da cesárea moderna: a incisão arciforme do útero, e a da pele, também curvilínea, em pleno monte púbico.

Os trabalhos de Görttler e Fuchs, sobre a histologia do útero, completados pelo estudo de sua vascularização (Hyrtl e Frank), demonstraram que a incisão arciforme, semilunar, com cavo superior, no segmento, traduz a forma de histerotomia aconselhável. É a adoção atual dela, pela maioria das escolas, abono suficiente ao seu emprêgo generalizado.

Verifica-se, no entanto, pelo inquérito de Magnin & Thoulon (1968), realizado entre os principais especialistas e professores de língua francesa, que a histerotomia longitudinal ainda é defendida por alguns, sob a invocação de nela não haver desigualdade dos dois lábios da incisão, que se faz em zona menos vascularizada, não comprometendo jamais os grandes pedículos (artéria e veia uterina) quando há prolongamento irregular, accidental. Há risco de lesão vesical, irrelevante se reconhecida no decurso da intervenção, assim como inexpressivo é o descaminho ao corpo da matriz.

Lacomme & Bret (1964) que eram adeptos das incisões transversais, passaram a preferí-las verticais, pelo suporem mais sólida a cicatriz, o que depreendem da maior freqüência de roturas após cesarianas transversas e arciformes, argumento despiciendo, ao ter-se presente que são essas praticadas hoje quase exclusivamente. As histerografias, no trabalho de Fanelli (1965), indicaram menor porcentagem de anomalias cicatriciais em seguida a incisões verticais por élle praticadas, e postas em confronto com cesáreas transversas e aciformes efetuadas por outros, o que também não convence, pois haveria de ajuizar-se, do mesmo passo, as condições técnicas das intervenções, tão variáveis de caso a caso e de cirurgião a cirurgião. De resto, na publicação de Polyshuk & cols. (1963) são idênticos os índices de anomalias radiológicas após um e outro método de histerotomia.

Usamos, para a abertura do ventre, a incisão de Pfannenstiel. Sua execução, mais complexa que a via-de-acesso longitudinal, requer conhecimentos anatômicos e precisão técnica, mas o cirurgião experiente saberá praticá-la sem tropeços.

Bem fundamentada, feita na direção das fibras dos tecidos, única forma de preservá-los, é o campo proporcionado por ela suficiente ao cumprimento de todos os tempos da cesárea, e ainda pelo ser o diâmetro transverso do abdome inferior cerca de 25% maior que a distância do umbigo à sínfise. A secção dos retos ou a providência de desinserí-los do pube, constituem recursos de emer-

gência para a ocasional angústia de espaço (*macrossomia do conceito*).

Pouco alteradas as funções da parede abdominal, no pós-operatório imediato e na retomada das atividades da paciente, os resultados cosméticos da incisão de Pfannenstiel, situada em plena zona pilosa do monte de Vênos, integralmente dentro de seus lindes, como a fazemos, comprovam-lhe os extraordinários proventos estéticos. Cicatriz dissimulada, hérnias incisionais de encontro excepcional, dores pós-operatórias reduzidas, morbidade baixa, tudo sanciona seu emprêgo sistemático na cesariana.

Já se disse, entretanto, que sendo mais demorada a abertura do ventre, a incisão de Pfannenstiel não é recomendável nas grandes urgências obstétricas: sofrimento fetal, hemorragias cataclísmicas da placenta prévia, do DPP, da hipotonia uterina, das síndromes de incoagulabilidade sanguínea. Inegável que se consomem alguns minutos adicionais para ultimar a celiotomia, mas é perfeitamente possível conseguir a extração do feto ou a laqueadura dos pedículos em 2 a 3 minutos. Parece postergação mais importante o tempo habitualmente gasto, em nossos serviços, com o preparo das salas de operação e a reunião do pessoal indispensável à prática do ato cirúrgico.

Nesse particular, Choate & Lund (1968) declaram que as indicações urgentes de cesárea (pelo geral sofrimento do feto, hemorragia ou combinação de ambos), para serem eficazes, hão-de ser cumpridas nos 15 minutos decorridos após a decisão de operar.

As principais complicações a embargar a execução da cesárea, seja primeira ou iterativa, são e por sem dúvida, a hemorragia, a extração fetal difícil e as aderências (vesicais, epiplôicas, intestinais), essas mais correntes à medida que se repetem as operações.

A morosidade, qualidade negativa do cirurgião, sua timidez e hesitação em face da hemorragia, se contribuem para exangunar a paciente, prejudicam ainda a exatidão técnica dos diversos tempos cirúrgicos, e são altamente pejorativas durante a extração do feto, comprometido em sua vitalidade e higidez pela hipoxia.

Hemorragia. Pelo comum, é sempre importante a perda de sangue havida na cesárea. Brant (1966) calculou-a, empregando método espectrofotométrico baseado na extração da Hb, em 1.068 ml nas intervenções eletivas e 1.106 ml nas efetuadas durante o trabalho de parto. Para Wallace (1967) a espoliação aumenta com a

idade e a paridade, tendo a média de 965 ml, nos procedimentos de diluição. Em que pesem a fidelidade dos recursos modernos para avaliar a quantidade de sangue perdido e as facilidades de sua reposição, é a hemorragia a mais importante e freqüente causa de decesso materno na operação cesariana (Rothe, 1964).

Provém da lesão dos grandes pedículos vasculares dispostos lateralmente, mas obviada ou amenizada se a histerotomia faz-se arqueada.

A preocupação de os manter ilesos, motivou alguns autores (Wilks et al., 1965) a evitar as incisões transversas do útero e as divulsões, recomendando as aberturas cruentas e exageradamente curvadas para cima, com o que se afasta, mesmo na libertação de crianças muito desenvolvidas, nas apresentações pélvicas ou nas profundamente insinuadas, o acometimento dos grossos vasos, subsequente ao prolongamento irregular, no rumo lateral, da brecha segmentária.

É a espoliação imoderada quando a incisão, não importa o tipo, faz-se em sítio de vascularização desordenada, varicosa, brotando o sangue, em jorros, assim dos lábios da incisão como das veias e artérias atingidas, eis que poupar-las é impossível. São hemorragias profusas, que enchem o campo e o tornam impraticável, continência agravada quando coincidente inserção baixa da placenta, na face anterior do órgão (placenta prévia cesárea). O sangue não tem aqui sua fonte principal na dequitação extemporânea mas nas alterações histológicas e novivasculares que a região experimenta com a nidificação heterotópica.

Nas cesareadas mais de uma vez e nas pacientes idosas é curial o achado de vasos aberrantes, a emergir da zona subjacente à bexiga, durante o descolamento do retalho inferior da prega vesicuterina. De domínio difícil, essas hemorragias dessangram rapidamente a operanda.

A sutura há-de obter boa hemostase, e não se fechará o ventre sem o satisfatório inventário de tôdas as possíveis causas da perda de sangue. A hipotonía costuma responder bem à injeção intravenosa dos ocitócicos, feita oportunamente, ao momento do parto fetal. Por via-de-regra o massageamento do útero e a suspensão das bordas da incisão pelas pinças que aí foram colocadas, permite encetar logo a histerorrágia, decisiva para conter a hemorragia.

*Hemóstase insatisfatória, hiterorrafias com os fios a seccionar friáveis tecidos, infiltrados pelo edema, indicam a histerectomia cesárea. Não se trata de operação fácil após cesarianas repetidas e quando hemorragia, originária da zona de adesão da bexiga ao segmento inferior, a indicou.*

*Na experiência da Rotunda, divulgada por Browne & cols. (1965), sua laboriosa execução ameaçou freqüentemente a bexiga e os ureteres. "The management of such cases requires high grade judgement and surgical expertise". O'Leary & Steer (1964) e Eastman (1965) apontam os riscos havidos para o aparelho urinário e vinculados às condições dos tecidos circunvizinhos à bexiga, com sítios desvitalizados nas parturientes de trabalho longo, além da locação caprichosa do ureter que pode ser atingido durante as manobras para sustar o sangramento dos vasos parametrais.*

*A extração fetal difícil, tempo genuinamente obstétrico na cesariana, demanda precisão do operador, que a esse momento e sem se despojar de seus atributos cirúrgicos, parteiro deve ser e dominando perfeitamente os segredos do ofício. Nas intervenções de indicação fetal, a libertação do concepto será efetuada no menor prazo possível, não convindo expô-lo por mais tempo às condições adversas que lhe condicionarem o sofrimento, agora onerado pelos percalços inerentes ao próprio ato operatório e à anestesia.*

*A incisão de Pfannenstiel em nada agrava essas dificuldades, vigentes em todos os tipos de operações segmentárias, conquanto em grau menor nas histerotomias arciformes. Fruhinsholz (1932), primeiro a insistir sobre o caráter obstétrico desse lance da cesárea, foi apoiado por Vermelin & Louyot (1939) que falaram, legítimamente, em distocia suprasinfísaria. Sabem experientes como pode ser penosa a libertação de pólo deformado pelo tocotraumatismo, encravado em assinclitismo ou apresentado de forma anômala. Trunca-se a cinemática da extração fetal, a todo instante ameaçada pelo risco potencial de prolongamento irregular da incisão uterina.*

*Os procedimentos recomendados para a retirada do concepto, na apresentaçãocefálica (manobras de Krönig e de Geppert, fórceps, alavancas, versão, pinças de couro cabeludo, desinserção manual do pólo insinuado por ajudante qualificado, embriotomias no feto morto, macrossómico, de libertação que se não consuma sem transviarem-se direção e limites da incisão uterina) serão empregados consoante o tirocínio e a habilidade do tocólogo. A mão, temos para nós,*

que nunca nos servimos de outro, será sempre o menos mau dos instrumentos a utilizar, e seus movimentos coordenados com a expressão do fundo do útero, exercida pelo primeiro auxiliar.

*Aderências.* Nas publicações dos últimos anos é o registo comum de casos onde a paciente foi submetida de 6 a 10 cesáreas (Paquin & cols., 1963; Dillon & cols., 1964; Browne & Hynes, 1965). À medida que as iterativas aumentam de número surgem, cada vez mais, em todas as estatísticas, pacientes operadas muitas vezes, amiudando-se a anotação de complicações que estorvam o ato cirúrgico.

As aderências vesicais são bem comuns (de 20 a 50%), mas não rareiam as do intestino, tanto à parede do ventre como à do útero, à bexiga e órgãos convizinhos. É o desfazimento delas tarefa delicada, que requer destreza e tirocínio cirúrgico e nem sempre se ultima sem lesões accidentais daquelas vísceras. O reparo do dano far-se-á imediatamente, seguindo os procedimentos aconselhados individualmente.

Outras pontilhas a justificar referência, são a maneira de proceder à histerotomia e como suturá-la, após o secundamento. Abandonada a abertura do útero em golpe único e vigoroso, vêzo de inexperientes que tantas lesões fetais ocasionou, remanescem, na imediata via-de-acesso à matriz, duas condutas:

1. Punção do segmento inferior, na linha média, com pinça fechada (Kelly ou Kocher), aberta a seguir. A brecha permitirá a penetração de um dos dedos indicadores, que a ampliará, para a passagem do outro. Em movimento centrífugo aumentar-se-á a abertura, que toma, naturalmente, a direção curvilínea, imposta pela textura regional. É a blunt incision, que não secciona, apenas separa as fibras, obedecendo à sua disposição histológica. Reprocha-se a esse procedimento a rudeza da dissociação, que se não detém sempre nos limites desejados. A literatura regista lesões da uterina e dos ureteres, quando os dedos, traídos pela resistência inicial, avançam inopinadamente, em alguns casos a pique de degolar o útero. Acresce-se que as bordas da histerotomia, irregulares e denteadas, são ferida contusa, a dificultar o esmôro da sutura.

2. Marcar toda a incisão a bisturi, desenhando-lhe a forma desejada, arciforme, elevada nos ângulos para impedir o extravio na direção dos grossos vasos. O instrumento corta apenas a camada

superficial do segmento, aprofundando-se no centro até atingir a câmara ovular; pelo pertuito obtido penetram os dedos que vão divulsionar as fibras e seguirão o traço sinalado pelo escalpelo. Nas cesáreas iterativas e nas eletivas, é não menos que surpreendente a espessura do segmento e sua vascularização aberrante, anômala, atemoriza os mais experimentados. A precaução de delimitar o rumo da incisão pelo bisturi, impede as irregularidades de suas bordas, permitindo apuro na colocação dos pontos, rigorosamente extra-deciduais.

Foi ainda o número crescente de operações iterativas que tornou imperativo avaliar, radiologicamente, a cicatriz de cesárea, realizando-se, de modo compulsório, a histerografia, cerca de 3 a 6 meses após a intervenção e antes de permitida nova prenhez. Tem o procedimento valor prognóstico, ao estimar a solidez da zona em que foi a histerotomia praticada, identificando sítios eventuais de menor resistência, sáculos e deiscências, deformações e espículos.

Houve mister rever, minuciosamente, os procedimentos de histerorrafia correntes, os fios empregados, sua colocação em pontos separados ou chuleio, a necessidade de fechar o útero em camada única ou usando planos superpostos.

Os trabalhos experimentais de Poidevin (1965) mostram que o categute cromado é o material de sutura mais adequado, embora o simples tenha ainda a preferência dos europeus. As suturas efetuadas com sêda, linha, nylon, estão formalmente proscritas, à vista das observações repetidas de intolerância do útero (metrorragias, abscessos tardios, fistulas). A tendência é utilizar fios cromados e finos (00 ou 0), em pontos separados, conduta há muito aconselhada por Greenhill (1929) que retirara, em operações iterativas, pequenas porções da região operada para estudo histológico. A cicatrização fazia-se com maior perfeição quando a histerorrafia fôra em pontos separados. A radiologia, amplamente praticada agora para avaliação da integridade e solidez da zona da cesárea anterior, confirma essas idéias e o abandono da sutura contínua é generalizado. Os chuleios apertados, principalmente, ocasionam isquemia e cicatrização irregular, defeituosa, com faixas de menor resistência que a radiografia exibe, salientando-se, nítidamente deformadas, com deiscências e saculações.

*Os muitos planos com que se costumava fechar o útero, cedem lugar à sutura em camada única. Nada aconselha deixar grande quantidade de material, mesmo absorvível, no segmento inferior.*

Apoiados em nossa experiência recomendamos atualmente que a sutura, de pontos separados, seja feita com categute cromado, fino (0 ou 00) e, com a preocupação de não alcançar a decidua ("decidual exclusion technic"), a agulha penetra e sai das paredes do segmento inferior sem lhe transfixar a camada interna, que se mantém, desta sorte, revirada para dentro e completamente cerrada, à medida que se colocam e aproximam, sem exagero, os fios.

Nem sempre é possível (operações iterativas, trabalho parturiente prolongado que adelgaça a região, varizes, placenta prévia cesárea, grandes hemorragias) o o esmôro aconselhado, garantia de solidez da cicatriz. Havendo necessidade colocar-se-ão, aqui e ali, alguns pontos isolados.

As condições locais favoráveis justificam, todavia, certos requintes na histerorrafia, como o exclusivo uso das agulhas previamente enfiadas (*sertie*) e o ponto conhecido como "far and near", rigorosamente extra-decidual, com o qual se consegue afrontamento bem correto das bordas incisionais. Esse, talvez, o pormenor que mais importa, sobrelevando à preservação da camada interna com a sutura extra-decidual. "The greater the number of special sutures required for hemostasis, the weaker the scar" (Waniorek, 1967).

O trabalho vanguardero de Baker (1955) mostrou a significação da radiografia contrastada dos úteros cesareados para a avaliação da qualidade da cicatriz, decorrente, lógicamente, da perfeição da sutura. Muitos outros autores têm procurado, com a histerografia, sistematizar os achados, merecendo cita, entre as muitas dezenas de publicações, o livro de Poidevin (1965) e os artigos de Waniorek (1963-1967), Obolensky & Surcher (1963), Durham (1964), Boffano (1964), Schioler & cols. (1967), Schreiber & Köhler (1967) e Magnin & Thoulon (1968).

As imagens radiológicas podem ser classificadas em 4 grupos:  
1. sem deformações; 2. com pequenas alterações (saculações mínimas, inferiores a 4 mm de profundidade, irregularidades do istmo); 3. deformações com 4 a 5 mm, que Magnin & Thoulon chamam transicionais para as grandes anomalias do grupo 4 (figuras em cunha, semelhando hérnia ou espículas) freqüentemente associadas.

*Na hora presente é mandatório obter histerografia em tôdas as cesareadas, assim para estatuir o acompanhamento das futuras prenhezes e seu prognóstico, como para decidir o tipo de parto que convém, indicando-se cesárea eletiva à 38<sup>a</sup> semana, sempre que as protusões e anomalias radiológicas o sugiram.*

Jorge de Rezende

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPAIS

- BAKER, K. — Vaginal delivery after lower uterine cesarean section. *Surg. Gynec. & Obst.* 100: 690, 1955.
- BOFFANO, M. — L'isterografia nella profilassi delle lacerazioni uterine in gestanti già operati di taglio cesareo. *Minnerva Rad.* 2: 447, 1964.
- BRANT, H.A. — Blood loss at cesarean section. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Cwlth.* 73: 456, 1966.
- CAMPAGNA, E.A. & SERNA, J. — Case report of rupture of uterine cesarean scar with delivery of viable diamniotic twins. *Int. Surg.* 51: 48, 1969.
- CAPPELLO, F. & FERRERI, A. — Il parto nelle donne già cesarizzate. *Riv. Ost. Ginec. Prat.* 49: 144, 1967.
- CHIAIA, F.E. & FANCIULLI, S. — Gli esiti delle cicatrici da pregresso taglio cesareo. *Cl. Ginec.* 7: 473, 1965.
- DONNELLY, J.P. & FRANZONI, K.T. — Vaginal delivery following cesarean section. *Obst. & Gynec.* 29: 871, 1967.
- DURHAN, J.P. — Hysterography after cesarean section. *Obst. & Gynec.* 24: 836, 1964.
- GÖTZ, F. & OUWERX, G. — Ergebnisse der wiederholten Sectio caesarea bei Afrikanerinne. *Zbl. f. Gynäk.* 89: 625, 1967.
- HOLLSTEIN, K. — Klinischer Bericht über abdominale Schnittentbindungen aus 5 Jahren (1960-1964). *Geburtsh. & Frauenheilk.* 26: 1144, 1966.
- JAMES, D.R. & WILLIAMS, T.J. — Cesarean hysterectomy. *Minn. Med.* 51: 17, 1968.
- KALSKSCHMID, W. — Der wiederholte Kaiserschnitt an der Universitäts — Frauenklinik Innsbruck in den Jahren 1918 bis 1964. *Zbl. f. Gynäk.* 88: 1224 1966.
- LEES, M.M., SCOTT, D.B., SLAWSON, K.B. & KEER, M.G. — Haemodynamic changes during caesarean section. *J. Obst. Gynaec. Brit. Cwlth.* 75: 546, 1968.
- LEINZINGER, E. & LECHNER, G. — Erfahrung mit der wiederholten Sectio an der Landesfrauenklinik Linz. *Zbl. f. Gynäk.* 88: 592, 1966.
- MAGNIN, P. & THOULON, J.M. — Étude hystérographique de l'utérus césarisé. 1.<sup>e</sup> partie. *Gynéc. & Obst.* 67: 119, 1968.
- MAGNIN, P. & THOULON, J.M. — Étude hystérographique de l'utérus césarisé. 2.<sup>e</sup> partie. *Gynéc. & Obst.* 67: 137, 1968.

- McGARRY, J.A. — The management of patients previously delivered by caesarean section. *J. Obst. Gyneac. Brit. Cwlth.* 76: 137, 1969.
- MILLAR, D.R. & OVLISEN, B. — Two cases of spontaneous perforation of the caecum following caesarean section. *Acta Obst. & Gynaec. Scand.* 45: 254, 1966.
- OBOLENSKY, W. & SURCHER, W.O. — Die Hysterographie als objective Method zur Narbenbeurteilung nach Sectio cesarea. *Geburtsh. & Frauenheilk.* 23: 225, 1963.
- PANELLA, I., GRILLO, R. & DI LEO, S. — Il parto nelle pazienti già cesarizzate. *Cl. Ginec.* 7: 442, 1965.
- POIDEVIN, L.O.S. — Cesarean section scars. Springfield, C.C. Thomas, 1965.
- POLISHUK, W., SHARF, M. & ROLAN, L. — Hysterography following cesarean section. *Gynaecologia*, 155: 380, 1963.
- RAYMOND, J.C. — La cesarienne corporéale avec suture en un plan de l'utérus. *C.R. Soc. Fr. Gynéc.* 36: 457, 1966.
- SCHILLING, H. & SCHREIBER, H. — Über die Prophylaxie der Uterusruptur bei Frauen nach früherem Kaiserschnitt. *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 22: 1968, 1967.
- SCHIOLER, H., EIKEN, M., OVLISEN, B. & TROLLE, D. — Hyterographic changes following transverse lower segment caesarean section. *Acta Radiol.* 6: 145, 1967.
- SCHREIBER, H. & KÖHLER, K. — Hysterographische Untersuchungen nach Sectio cesarea. *Med. Bild.* 10: 68, 1967.
- SCHREIBER, H. & KÖHLER, K. — Hysterographische Untersuchungen nach Schnittentbindung. *Zbl. f. Gynäk.* 89: 418, 1967.
- WALLACE, G. — Blood loss in obstetric using a haemoglobin dilution technique. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Cwlth.* 74: 64, 1967.
- WANIOREK, A. — Hysterography after cesarean section. *Am. J. Obst. & Gynec.* 94: 42, 1966.
- WANIOREK, A. — Hysterography after cesarean section for evaluation of suturing technic. *Obst. & Gynec.* 29: 192, 1967.
- WEBB, C. F. & GIBBS, S.V. — Preplanned total cesarean hysterectomies. *Am. J. Obst. & Gynec.* 101: 23, 1968.
- WEINGOLD, A.B., SALL, S., SHERMAN, D.H. & BRENNER, P.H. — Rupture of the gravid uterus. *Surg. Gynec. & Obst.* 122: 1233, 1966.
- WIST, A. & LAITINEN, O. — Complications of cesarean section and the factor affecting them. *Ann. Chir. Gyneac. Fenn.* 56: 389, 1967.

## SOFRIMENTO FETAL — SEMIOLOGIA

JORGE DE REZENDE  
PAULO BELFORT

### RESUMO

Os AA. passam em revista os procedimentos atualmente empregados para o diagnóstico de sofrimento fetal. Considerando justamente insuficientes os elementos clínicos para o diagnóstico precoce (movimentação fetal intrauterina, presença de meconíio e ausculta dos b.c.f., e, especificamente, a variação de intensidade das bulhas, arritmia e a freqüência cardíaca fetal), julgam adequado utilizar os conhecimentos trazidos pelos procedimentos laboratoriais e, à falta dêles, adaptar os ensinamentos assim obtidos ao acompanhamento do trabalho de parto.

Entre os métodos laboratoriais apontam o ultra-som, a cardiotona, a fono e a eletrocardiografia, a última em particular, através das variações morfológicas do ECG fetal e do registro da freqüência cardíaca instantânea, e as determinações bioquímicas do sangue fetal, como capazes de rastrear e conduzir ao diagnóstico seguro de sofrimento fetal.

Propõem, ao final, técnica correta de ausculta clínica dos b.c.f. baseada nos conhecimentos fisiopatológicos do sofrimento.

**D**IFICULDADES opostas à oxigenação do sangue fetal e retenção de gás carbônico constituem a base fisiológica do sofrimento fetal (s.f.). Conseqüência da anoxia instala-se acidose, respiratória ou metabólica, responsável por diversas reações, reflexas, desenvolvidas pelo feto.

Com base em tais fatos deveria repousar o diagnóstico do sofrimento fetal, fundamentalmente, no rastreamento:

- a. da acidose
- b. das reações reflexas

Trabalho do "Instituto de Maternidade da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro" e da "33.<sup>a</sup> Enfermaria (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia" (Serviços do Professor Jorge de Rezende), apresentado no Simpósio sobre "Sofrimento fetal" VII Congresso Nordestino de Ginecologia e Obstetrícia, Salvador, Bahia, outubro, 1968.

São, na prática, fenômenos de difícil averiguação escapando, não raro, ao clínico mais arguto. A fim de superar essas limitações, numerosos procedimentos semióticos, laboratoriais, nem sempre singelos, vêm sendo desenvolvidos, aperfeiçoados e utilizados em clínica obstétrica.

Na realidade, e nesse domínio, continua o obstetra a dispor, tão-somente, do estetoscópio uniauricular de Pinard. Ao fazer a exegese dos recursos clínicos tradicionais, analisaremos os subsídios laboratoriais trazido ao diagnóstico do s.f. e seu eventual aproveitamento na assistência ao parto.

### 1. Diagnóstico clínico do s.f.

- I. Movimentação fetal intra-uterina
- II. Presença de mecônio
- III. Auscultação dos batimentos cardiotéticos
  - a. variação de intensidade das bulhas
  - b. arritmia
  - c. freqüência cardíaca fetal (f.c.f.)

#### I. MOVIMENTAÇÃO FETAL INTRA-UTERINA

Não se depreendem, assim da experiência como da literatura, ensinamentos consistentes sobre a movimentação fetal intra-uterina.

Quando exacerbada, pensam alguns traduzir as más condições ventilatórias; para outros é sua diminuição pejorativa. Constituiria critério prognóstico da viabilidade do conceito, na doença hemolítica perinatal, a presença de seus movimentos vigorosos.

Em condições deficientes de oxigenação realizaria o feto movimentos respiratórios intra-uterinos.

Acreditamos não mereça maior reflexão esse elemento como indício válido de sofrimento fetal.

#### II. PRESENÇA DE MECÔNIO

A emissão de mecônio como sinal de sofrimento fetal foi descrita por Schwartz, em 1858. Walker apresentou mortalidade perinatal de 8,8% quando presente mecônio, isoladamente, sem alterações do ritmo cardíaco fetal, o que foi também consignado por Steer, com ligeira baixa (8,0%), se o mecônio é sinal único.

Associada a alterações do ritmo cardíaco, sua eliminação responsabiliza-se por mortalidade de 7,2%, segundo Hellman & cols. Havia irregularidade cardíaca e mecônio, sem bradicardia, era a mortalidade de 33%; mecônio, com bradicardia e arritmia, não onerava as estatísticas. Walker relata mortalidade de 7,3% existindo mecônio e bradicardia e de 18,4% quando da associação mecônio-taquicardia.

Pretendendo averiguar o significado do mecônio como índice de s.f., iniciamos investigação prospectiva, relacionando sua presença com eventos clínicos da parturição, as condições de nascimento do conceito e sua ulterior evolução no berçário.

Não obstante ser ainda pequena e inconclusiva a observação, eis os resultados a que chegamos. Em 68 partos pessoalmente realizados por um de nós, excluídos 6 natimortos macerados, únicos decessos havidos, foi anotado o mecônio 21 vezes estando o feto em apresentação cefálica, correspondendo à incidência de 33,8%

Entre os 21, 11 não exibiram alteração do ritmo cardíaco e os fetos nasceram em boas condições de vitabilidade, permitindo afirmar-se que não sofreram *in-utero*. Ao revés, nos casos comprovados de sofrimento (alterações de freqüência cardíaca e índice de Apgar baixo) o mecônio esteve presente 75% das vezes.

Relacionando a presença de mecônio com o ritmo cardíaco e a contagem de Apgar com 1 minuto de vida, não se encontrou estreita correlação entre os diversos parâmetros.

Não obstante nenhuma conclusão possa ser tirada de pequena casuística, transparece que o mecônio não indica, necessariamente, sofrimento fetal, constituindo, porém, sinal de alerta, nas apresentações cefálicas, de eventual dificuldade do feto. Não se pode, em verdade, interromper a marcha do trabalho, louvado na presença solitária de mecônio.

### III. AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS

Na auscultação clínica tradicional dos b.c.f. costuma-se valorizar, demais da freqüência, os seguintes elementos.

#### a. Variação de intensidade das bulhas

Elemento pouco significativo e talvez tardio de sofrimento, a variação de intensidade das bulhas fetais, sobretudo surgida isolada-

mente. Numerosas circunstâncias clínicas responsabilizam-se pelo abafamento das bulhas, notadamente a obesidade, polidrâmnia, útero miomatoso, gravidez múltipla, ascite, edema da parede abdominal e posições posteriores do feto. De resto a movimentação exagerada do conceito, os sopros uterino e placentário e a contração uterina são causas de abafamento das bulhas.

Aumenta o significado dêsse sinal, todavia, quando surge, associadamente, alteração do ritmo cardíaco.

### b. Arritmias

Têm interpretação variável segundo a maioria dos autores. Hyman baseado em estudos fonocardiográficos, descreve três tipos de arritmia: sinusal, por extrassistolia e terceiro ao qual se atribui, com exclusividade, significado prognóstico sombrio. Os dois primeiros aparecem fisiologicamente e não estão relacionados com qualquer condição anômala.

Hon refere diversos casos de arritmia não associados à bradicardia, nenhum vinculado porém a dificuldades neonatais. As arritmias combinadas a grave e prolongada bradicardia traduziriam bloqueios cardíacos completos ou incompletos, provavelmente representando lesão do miocárdio.

### c. Freqüência cardíaca fetal

Não é uniforme o conceito do s.f. baseado na freqüência cardíaca. Há sofrimento, segundo uns, quando existe bradicardia, em número inferior a 100-120 bt/min. Tem valor semiótico, para outros, a taquicardia acima de 160-180 bt/min. Empresta-se, enfim, importância à taquicardia seguida de bradicardia. Em 1903, Von Winkel afirmava haver sofrimento quando a freqüência ficava abaixo de 100 ou acima de 160 bt/min. No conceito clínico de Eastman há s.f. se os batimentos cardíacos não voltam ao normal 30 segundos após o fim da contração uterina e permanecem inferiores a 100 por minuto na pausa contratual.

Tem o obstetra por hábito, incorreto, o de ouvir, com estetoscópio uniauricular, e contar os batimentos fetais durante a parturição, a intervalos longos, na vigência das metrodiástoles e por curtos períodos de 15 segundos. Com essa técnica, dificilmente serão sur-

preendidas as variações da freqüência, intimamente subordinadas às contrações uterinas.

Veremos, ao final, como proceder à ausculta correta, superpondo à prática noções hauridas da investigação científica.

## 2. *Diagnóstico laboratorial do s.f.*

Cumpre considerar :

- I. Ultra-som
- II. Cardiofonia
- III. Fonocardiografia
- IV. Eletrocardiografia
- V. Alterações da freqüência cardíaca
- VI. Amnioscopia
- VII. Modificações da composição química do sangue fetal.

### I. *Ultra-som*

Inclui-se o ultra-com, de efeito Doppler, entre os procedimentos destinados a aprimorar a ausculta dos b.c.f., tornando-a rigorosa, capaz de supreender modificações precoces do ritmo cardíaco que ensejam ou constituem s.f.

É procedimento inócuo que prescinde de técnicas trabalhosas, consistindo na colocação de sonda transdutora — emissora e receptora de sons — sobre o ventre da paciente, nas cercanias do órgão cardíaco do conceito. Conectada a sistema integrador, permite contagem da f.c.f. "instantânea" e, não raro, seu registro gráfico. De emprêgo universal, não tem contra-indicações, revelando-se procedimento dos mais promissores.

### II. *Cardiofonia*

Semelhantemente ao ultra-som, aperfeiçoa a ausculta dos b.c.f., omitindo a interpretação pessoal dos elementos relacionados com a atividade cardíaca do feto.

É o cardiofônio aparêlho especialmente ideado e construído para reproduzir, com aumento, os sons emitidos pelo coração do conceito. Constitui-se, basicamente, de microfone pizo-elétrico que é colocado

no ventre da paciente, sobre o sítio de melhor audibilidade dos batimentos, e ligado ao cardiófônio para ampliação e ausculta das revoluções cardíacas (Fig. 1). O som do coração fetal é ouvido, individualizado e nítido; em condições favoráveis é a reprodução totalmente livre de rumores secundários.

Em circunstâncias ideais deveria o cardiófônio possuir ligação com cardiotacômetro, destinado a consignar, minuto a minuto, a freqüência dos batimentos cardiofetais.

A ausculta eletrônica contínua possibilita avaliar, de forma permanente, sob o ponto-de-vista acústico, os b.c.f., sendo possível acompanhá-los, com segurança, nas mínimas modificações apresentadas em qualquer tempo de evolução do parto, inclusive no curso do período expulsivo.

### III. Fonocardiografia fetal

Presta-se, de maneira excelente, assim ao estudo da morfologia da revolução cardíaca (Fig. 1) como ao da f.c.f.

É o fonocardiograma fetal obtido mediante a conexão do cardiófônio a eletrocardiógrafo convencional.

Situam-se entre as principais informações trazidas pelo fonocardiograma as relacionadas com o ritmo cardíaco do feto. As aludidas arritmias sinusais (Fig. 2) e por extrassistolia, são triviais durante

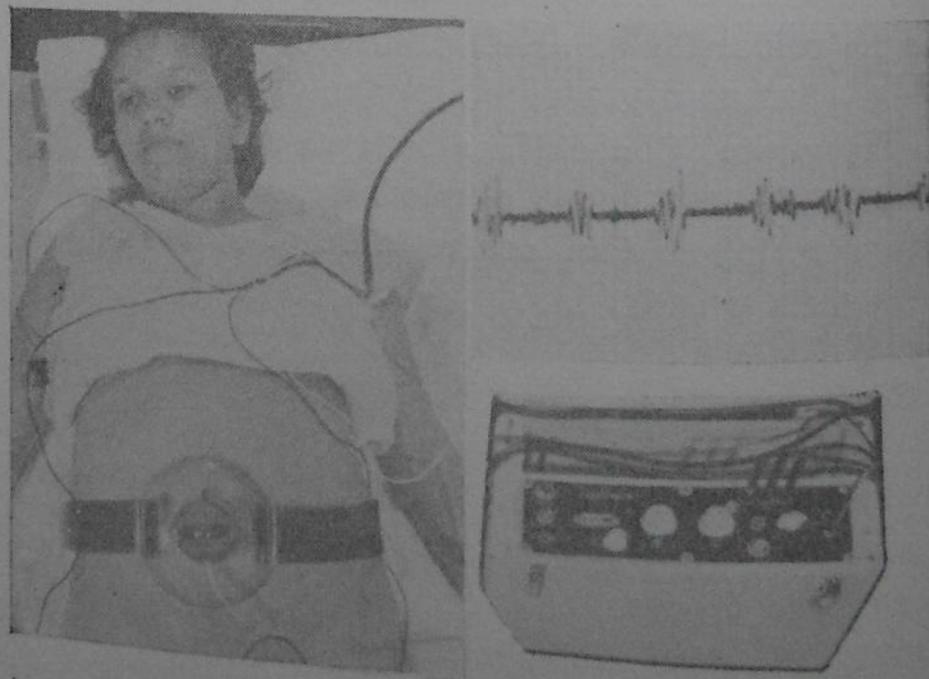


Fig. 1 — Aparelhagem (cardiófônio) para ausculta eletrônica dos b.c.f. Ao lado: morfologia típica do fonocardiograma fetal.

o trabalho de parto e nada têm a ver com sofrimento fetal. Tipo singular de arritmia, por nós sinalada, corresponde a ritmo em 3 tempos (Fig. 2), semelhando galope e também destituído de significado pejorativo. São alterações do ritmo desconhecidas do clínico levando, a bosto, ao diagnóstico de sofrimento e à interrupção do trabalho, não raro através de operação cesariana, nascendo, porém, conceito vigoroso, sem alterações neonatais imediatas ou tardias.

Conectado a cardiotacômetro ou não, o fonocardiograma permite o estudo da freqüência cardíaca fetal, muito importante para o diagnóstico de sofrimento (Fig. 3).

Demais de registrar as variações da freqüência, o mais conspícuo elemento do s.f., mostra o fonocardiograma importantes alterações na duração do ciclo cardíaco, a traduzir repercussões hemodinâmicas conseqüentes à anoxia.

Entre as modificações fonocardiográficas mais evidentes, cumple salientar o alongamento ou encurtamento do ciclo, consoante diminua ou aumente a freqüência cardíaca, mudança que corre a conta, principalmente, do alongamento ou de encurtamento da diástole, pouco se modificando a sístole.

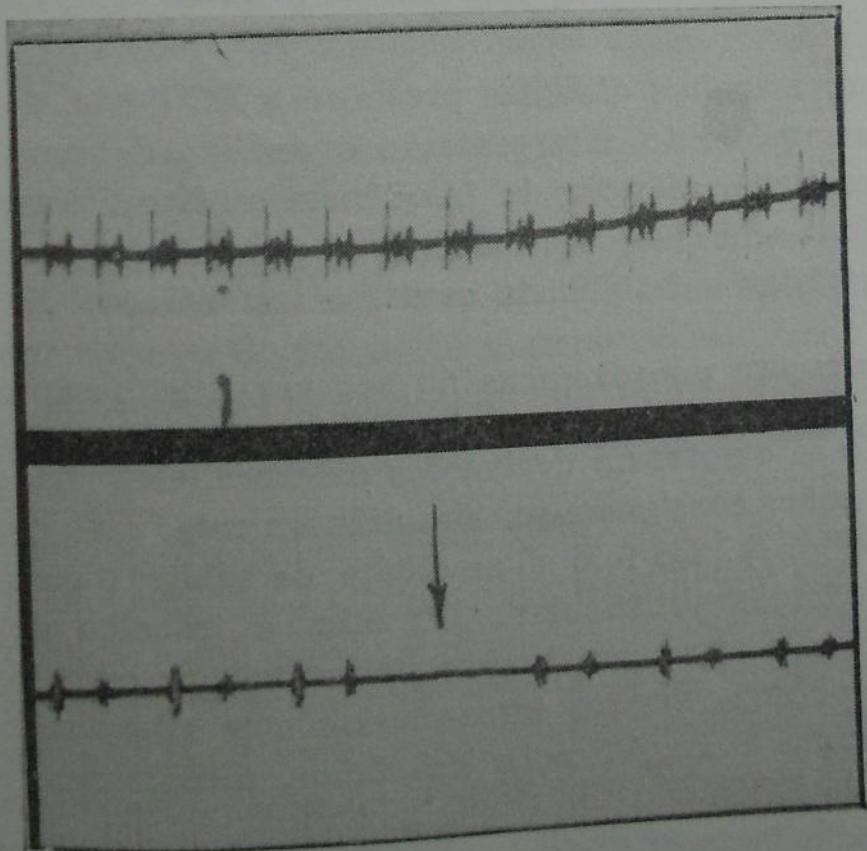


Fig. 2 — Arritmia: acima: ritmo tríplice semelhando galope à ausculta; abaixo: arritmia sinusal.

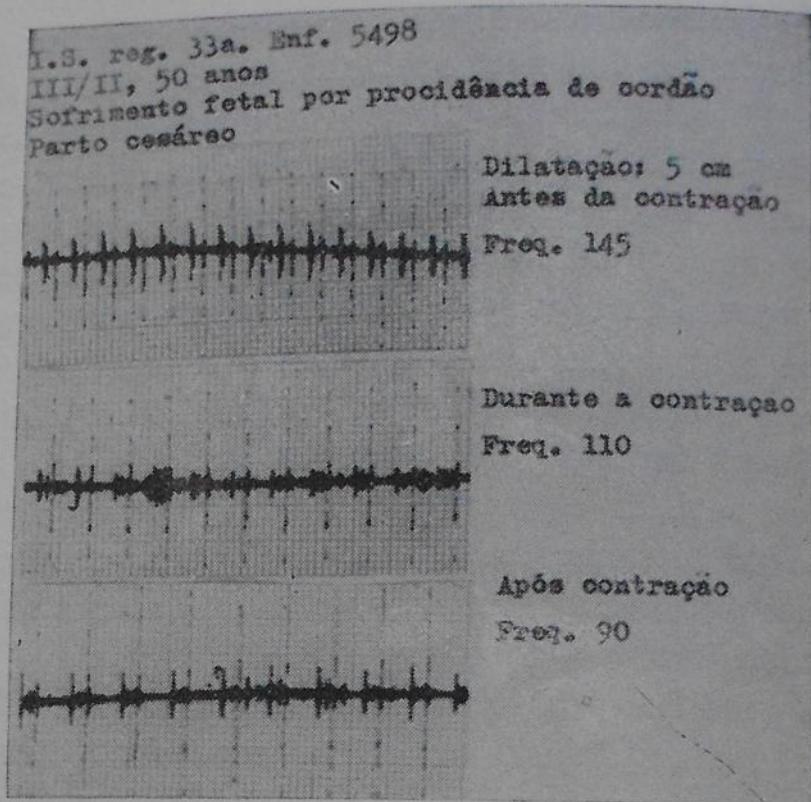


Fig. 3

#### IV. ELETROCARDIOGRAFIA FETAL

De duas maneiras distintas presta-se o ECG fetal ao estudo do sofrimento: mediante interpretação e análise de seus elementos morfológicos; pela aferição da freqüência cardíaca. Nessa eventualidade utilizar-se a onda R do ECG fetal para alimentar sistema destinado a registar a freqüência cardíaca instantânea.

##### ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS DO ECG FETAL NO SOFRIMENTO

Quando se empregam derivações externas, eletródios apostos ao ventre da mãe, consignam-se, simultaneamente, deflexões fetais e maternas (Fig. 4). Do feto só se obtém, de hábito, o complexo QRS de despolarização ventricular. Durante o trabalho de parto ou quando é o colo excepcionalmente permeável, no curso da prenhez, é possível obter-se registo intra-uterino com desaparecimento das ondas maternas e amplificação das fetais, consignando-se todos os elementos do ECG.

É também factível a obtenção isolada do eletro fetal mediante colocação transabdominal de eletródios diretamente no feto.

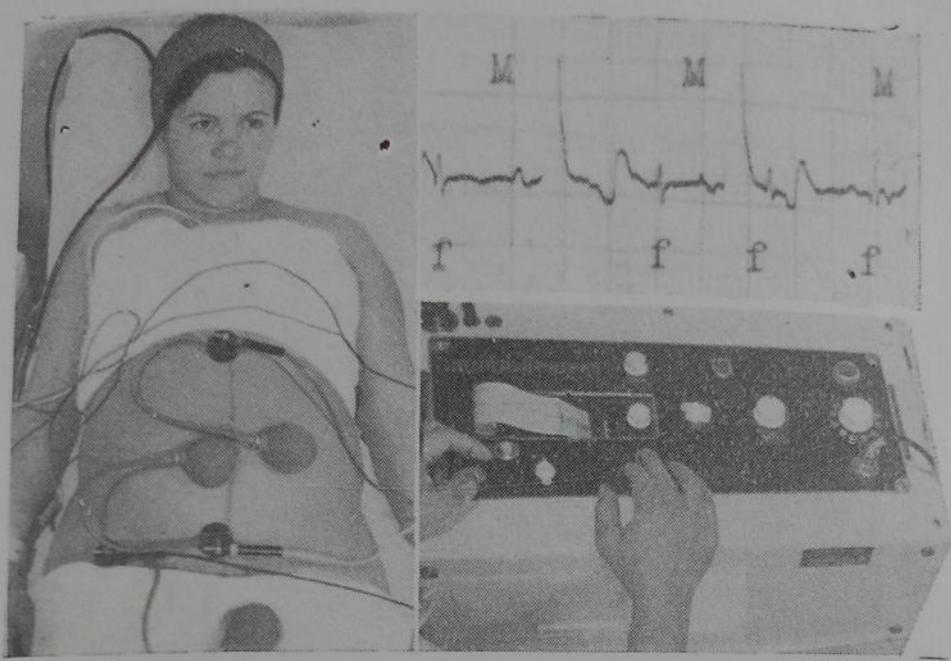


Fig. 4 — Aparelhagem para eletrocardiografia fetal. Derivação mediana externa. À direita: acima: registo típico em que se vê o complexo QRS fetal entre deflexões maternas.

As alterações morfológicas do traçado, decorrentes da anoxia, mais assiduamente descritas são alongamento do intervalo PQ, do tempo de condução e do intervalo ST, modificações de amplitude da onda R e declínio rápido com negativação final da onda T (Fig. 5).

Na realidade não é simples nem pacífico o diagnóstico de sofrimento baseado na morfologia do traçado. Numerosos óbices a isso se opõem: as dificuldades técnicas, nem de longe superadas, a obtenção, no mais das vezes, parcial, do eletro, a ignorância das características normais do traçado e a impossibilidade de estatuir se a hipoxia ou o sofrimento acarretam modificações do eletro suficientemente precoces para que se possa estabelecer a terapêutica adequada e oportuna.

Tais limitações ensejaram a procura de outros meios que traduzissem de modo mais fiel o sofrimento. Dessa índole são alguns recentes estudos de Larks no qual estabelece analogia entre os complexos QRS do feto *in utero* e os complexos do recém-nascido, obtidos na derivação  $D_2$ . Como se sabe, é essa resultante da soma algébrica dos potenciais obtidos no registo periférico do braço direito e da perna esquerda (AVR-AVF). Tornou-se possível, dessa maneira, fazer a representação esquemática do eixo elétrico manifesto

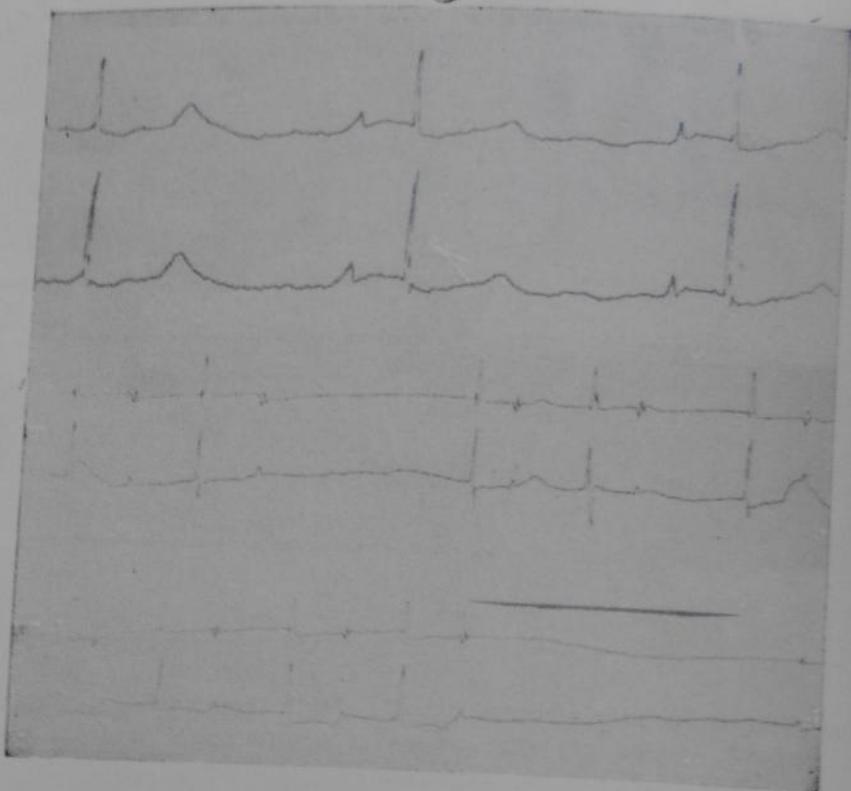


Fig. 5 — *Acima:* acentuado alongamento do espaço PQ e ST. Baixa voltagem do segmento ST e da onda T. *Meio:* surge irregularidade do ritmo; *abaixo:* idêntico ao precedente com perfodos de assistolia (Bernstine, R.L. in 6).

do QRS, no plano frontal, utilizando-se o conhecido e importante método de Einthoven.

#### EIXO ELÉTRICO MANIFESTO DE QRS

Denomina-se eixo elétrico manifesto do QRS, o vetor resultante representativo da soma algébrica dos potenciais elétricos obtidos da despolarização instantânea de ambos os ventrículos. Sendo o coração morfológicamente irregular, existem forças elétricas orientadas em sentidos diversos. O eixo elétrico representa a soma final de tais forças. Desta sorte, empregando-se o triângulo de Einthoven, e estendendo o conceito em apresentação cefálica, tornou-se possível a determinação do eixo elétrico fetal intra-uterino (Fig. 6).

Sabendo-se ser  $D_2$  igual à soma algébrica de  $D_1$  e  $D_3$ , partindo-se do vetor  $b$  pode-se obter a magnitude do vetor  $c$  multiplicando o valor unitário do primeiro vetor pelo seno do ângulo formado pelo segundo, com a linha ortogonal de AVL, sobre o eixo  $D_2$ . Obtém-se, assim, a fórmula :

$$\text{vetor } b = \text{vetor } c \times \text{seno de alfa}$$

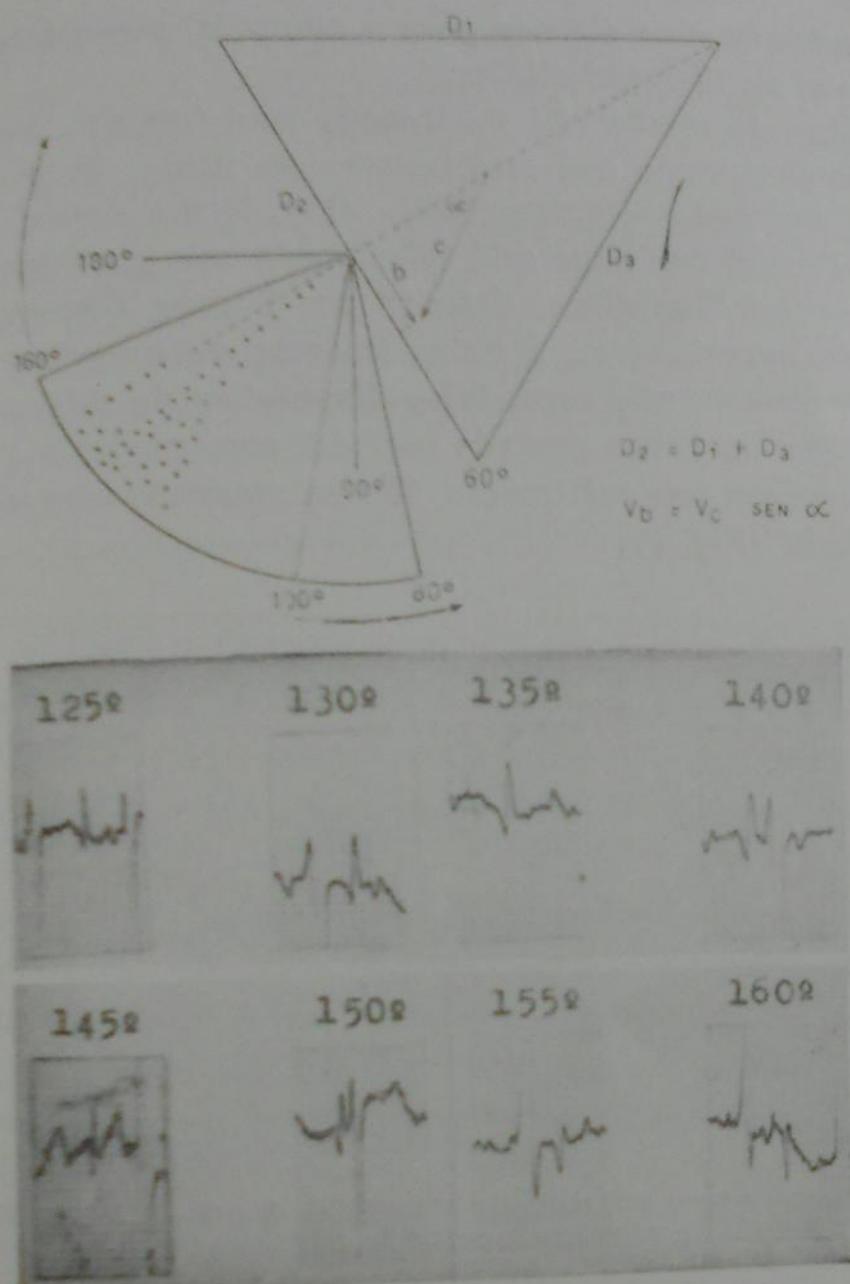


Fig. 6 — Método empregado para determinação do eixo elétrico do coração fetal. Em condições normais o eixo elétrico manifesto oscila entre 120 e 150 graus.

É o vetor  $b$  obtido pela soma algébrica das ondas produzidas no eletrocardiograma fetal, tomado em a superfície do ventre materno, na derivação mediana.

Em nossas investigações iniciais, verificamos certa correlação com os estudos de Larks & cols. O desvio do eixo elétrico acima de  $160^\circ$ , pode significar s.f. por patologia ventricular direita, subsídio laboratorial que parece surgir precocemente e ter grande significado quando as taxas de saturação de oxigênio fetal estão baixas. Quan-

to aos desvios do eixo elétrico para a esquerda, pouco sabemos ainda sobre sua significação clínica.

A análise da morfologia do traçado traz, também, valioso subsídio ao conhecimento das modificações do ritmo. Entre essas alinharam-se a arritmia por extrassistolia (Fig. 7) e a sinusal de que já tratamos. Dessas, nenhuma está relacionada com o sofrimento fetal. A "taquiarritmia" cardíaca, descrita por Sureau, correspondente a artefatos da aparelhagem, é outra imagem eletrocardiográfica que tem proporcionado, não raro, falso diagnóstico de sofrimento. Outras alterações do ritmo por nós também consignadas e que ao clínico poderiam parecer sofrimento, têm se mostrado compatíveis com a normalidade (Fig. 8).

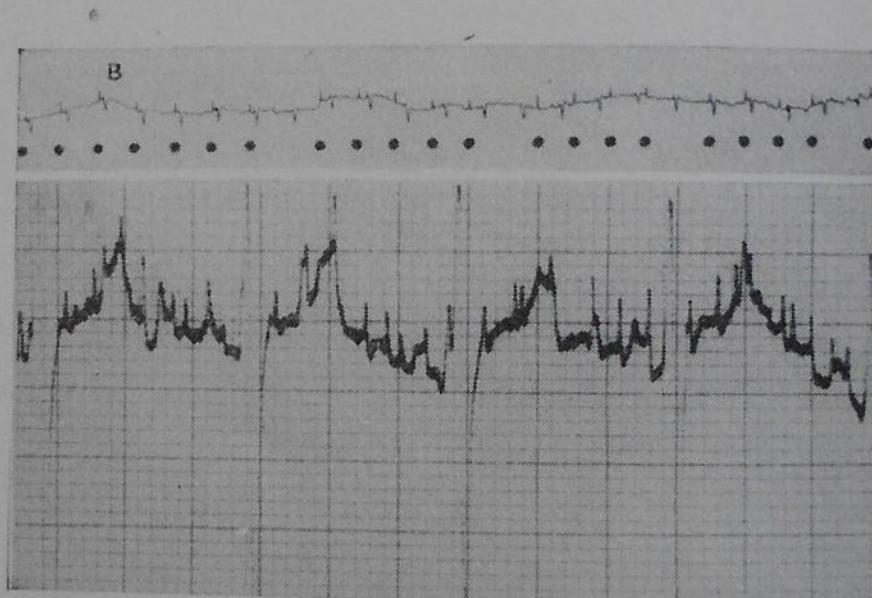


Fig. 7 — Arritmia: acima: extrassistolia (Sureau, C. & cols. in 16); abaixo: falsa taquiarritmia (explicação no texto).

#### V. ALTERAÇÕES DA FREQUÊNCIA CARDIACA

Segundo os modernos conhecimentos caracteriza-se a frequência cardíaca no sofrimento pelo apresentar ritmo basal taquicárdico — acima de 160 bt/min. — no qual se inserem episódios de aleitamento, sempre relacionados com metrossístoles.

Tais bradicardias são rotuladas *dips* por Caldeyro-Barcia e cols. e *decelerações* por Hon.

São os *dips* de 2 tipos: I e II e as seguintes suas características (Fig. 9). Dip tipo I. Tem menor duração e amplitude, coincide ou sucede de curto intervalo o ápice da contração uterina, e é mais frequente na 2.<sup>a</sup> fase do trabalho de parto, após amniotomia. Tem, ao

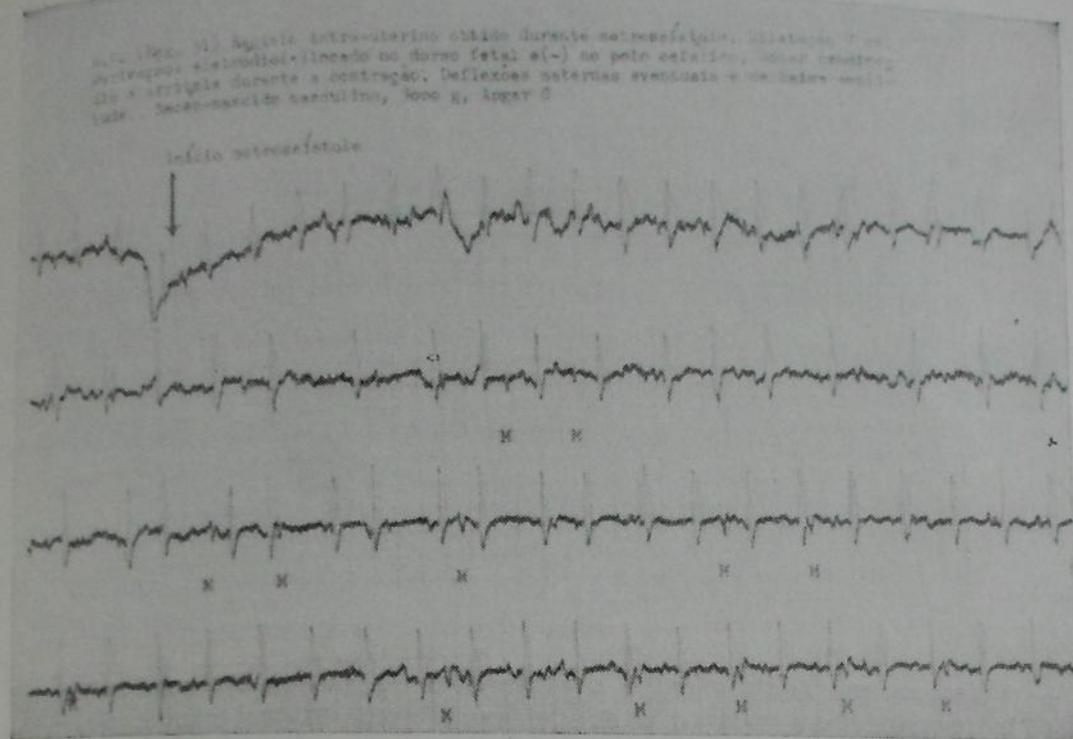


Fig. 8

que se afirma, mecanismo vagal, resultando da compressão da cabeça ou do cordão. *Dip tipo II.* Inicia-se tarde em relação às metrossístoles, sendo de grande amplitude sua queda, sempre superior a 20 bt/min.; é lenta a recuperação e segue-se, quase sempre, de taquicardia. A ela podem associar-se alterações de ritmo e da intensidade dos batimentos. De origem igualmente reflexa, resulta de excitação provável dos químico e baro-receptores carotídeos e aórticos.

Hon (1968) revendo afirmações anteriores chama *deceleração* à diminuição da freqüência cardíaca fetal, classificando-a em 3 tipos: *precoce*, *tardia* e *variável* relativamente ao início das metrossístoles assim lhe enumerando as características:

#### *Deceleração precoce*

- São constantes suas relações com as metrossístoles.
- Início precoce em relação às contrações.
- Mantém-se a freqüência, habitualmente, acima de 100 bt/min.
- Dura, pelo geral, menos de 9 segundos.
- Acompanha-se, reiteradamente, de f.c.f. basal normal.

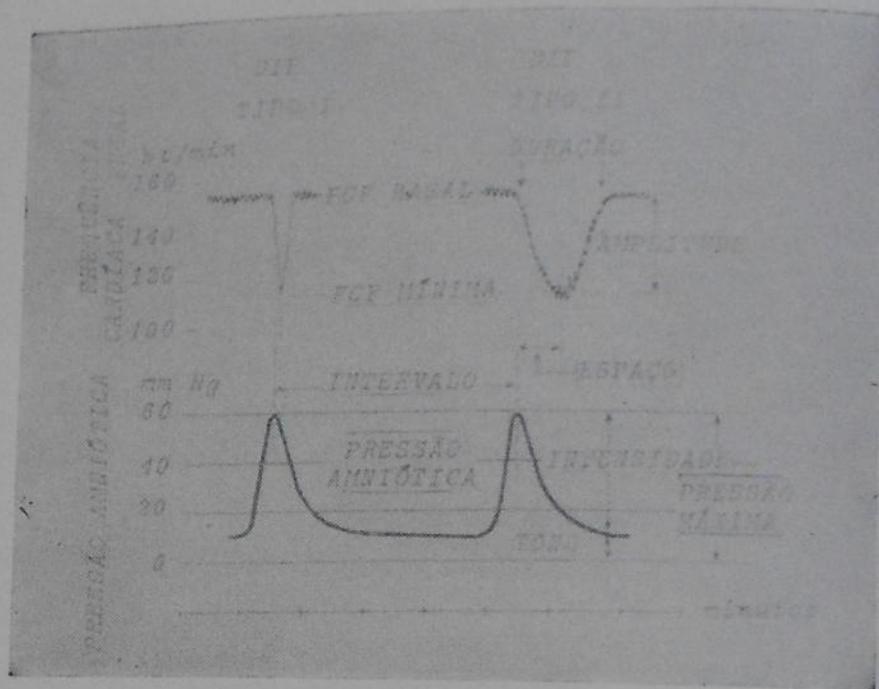


Fig. 9 — Relações cronológicas entre modificações da freqüência cardíaca e as contrações uterinas (adaptado de Caldeyro-Barcia, R. & cols. in 8).

- Liga-se, provavelmente, ao aumento da pressão intra-craniana.
- É nitidamente influenciada pela ação da atropina.
- Independe de alterações bioquímicas do sangue fetal.

Seria a alteração causada pela compressão exercida sobre as partes moles do crânio fetal contingente à resistência do colo, particularmente em primíparas. O aumento da pressão intra-craniana altera o fluxo sanguíneo cerebral, acarretando a aludida deceleração.

#### *Deceleração tardia*

- São constantes e uniformes suas relações com as metrossistoles.
- Início tardio, relativamente às contrações.
- Muito embora a queda da fcf habitualmente não ultrapasse 120 bt/min. pode baixar, às vezes, até 60 bt/min. ou menos.
- É seu durar quase sempre inferior a 90 seg.
- Costuma associar-se-lhe a fcf basal elevada.
- Modifica-se com a acidose do feto.
- Relaciona-se com a acidose do feto.
- É causada, segundo toda evidência, pela insuficiência aguda da placenta.

*Deceleração variável*

- Suas relações com as metrossístoles são muito variáveis, podendo iniciar-se em qualquer fase da curva contrátil.
- A fcf costuma cair até 100 bt/min. e, assiduamente, até 50-60 bt/min.
- É seu durar variável, entre 10 segundos e minutos.
- É a fcf basal, de hábito, normal podendo ser também baixa.
- Compressão funicular é sua causa provável.
- Altera-se notavelmente consoante o decúbito materno e a manipulação do feto.
- É grandemente influenciada pela ação de atropina.
- Não depende da acidose fetal exceto se as alterações da fcf forem freqüentes e prolongadas.

## DIAGNÓSTICO DE SOFRIMENTO PELA AUSCULTA CLÍNICA

Dissemos que a auscultação tradicional recomenda a audiência dos bcf durante o repouso contrátil, a intervalos quase sempre horários e por período único de 15 segundos. Afirmamos que as alterações da freqüência ligadas ao sofrimento, consoante registos contínuos por métodos eletrônicos, estão indissociavelmente relacionadas às contrações uterinas. Vimos ser possível, nos casos de sofrimento, e na pausa contrátil, fcf basal nos estritos limites da normalidade. Resultam assim inconciliáveis as duas técnicas de auscultação — a clínica e a laboratorial. Cumpre adaptar a primeira às exigências dos conhecimentos fisiopatológicos.

O obstetra, munido de estetoscópio uniauricular de Pinard e dispondo da mão para aferir a cinética uterina, superpondo à clínica os conhecimentos emanados do laboratório, fará auscultação correta, único meio de conduzir ao diagnóstico de sofrimento. Eis o regime preconizado: a intervalos de meia hora, e por período de 10 minutos, o obstetra, mão apostada no ventre da paciente, aferirá a freqüência e a duração das metrossístoles; ao pressentir o início de cada contração iniciará a contagem dos bcf, por sucessivos períodos de 15 segundos, intervalados de 5 segundos cada, tanta vez quantos forem necessários, até 2 minutos depois de cessada a metrossístole. Anotando o resultado de cada contagem e relacionando-o com o início e o fim da metrossístole, reproduzirá, fielmente, as alterações havidas na

frequência supreendendo, ao início, as manifestações de sofrimento (Fig. 10).

#### VI. AMNIOSCOPIA

A visualização da cavidade amniótica por meio de instrumento óptico — *amnioscópio* — método ideado por Saling (1961), vem sendo utilizada em numerosos serviços com o intuito de surpreender o sofrimento fetal. Repousa o diagnóstico na alteração precoce das características tintoriais do líquido amniótico, consoante a emissão do meconíio. É a principal limitação do método, ao nosso ver, o fato da presença do meconíio não ser constante nos casos de sofrimento. Maioria das vezes é tempo preliminar da obtenção de microamostra de sangue fetal para estudo de sua composição química.

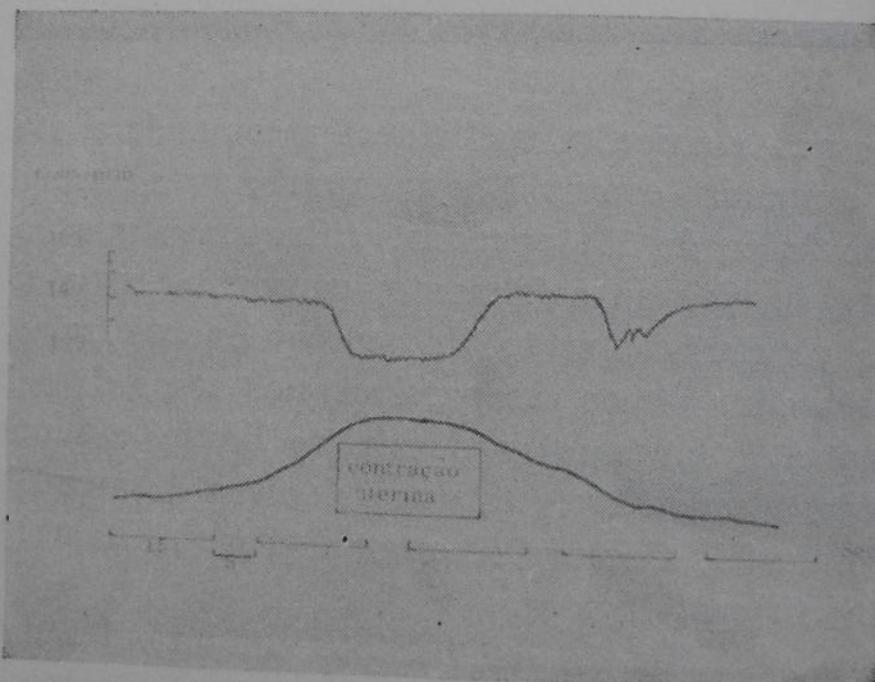


Fig. 10 — Método clínico recomendado para audiência dos b.c.f. (minúcias no texto).

#### VII. MODIFICAÇÕES DA COMPOSIÇÃO QUÍMICA DO SANGUE FETAL

Durante o trabalho de parto altera-se, fundamentalmente, por vezes, a homeostase fetal, consoante aparecimento de valências ácidas sanguíneas e na dependência de sua reserva.

Saling ideou procedimento destinado à obtenção de microamostras do sangue fetal, com o fim de lhe estudar a composição gasosa, equilíbrio acidobásico, hemograma, hematócrito etc. durante o trans-

curso da parturição. Arnt (1965), utilizando a técnica de Saling e completando-a com mensuração eletrônica da dinâmica uterina, estabeleceu novos parâmetros para o diagnóstico do sofrimento fetal, notadamente o pH sanguíneo fetal.

Esses trabalhos mostram haver coincidência entre as más condições de nascimento do conceito (Apgar inferior a 7) e valores do pH sanguíneo fetal, abaixo de 7,20; contrariamente, sendo o pH superior a 7,20, nascem os conceitos com boa vitalidade.

#### RÉSUMÉ

#### Souffrance foetale. Sémiologie.

Les auteurs passent en revue les procédés actuellement employés pour le diagnostic de souffrance foetale. Considérant justement comme insuffisants les éléments cliniques pour le diagnostic précoce (mouvement foetal intra-uterin, présence de méconium, auscultation des bruits de cœur et, spécifiquement, la variation d'intensité des bruits, l'arythmie et la fréquence cardiaque foetale), jugent indiqué d'utiliser les connaissances apportées par les procédés de laboratoire et, en leur absence, d'adapter les enseignements ainsi obtenus à l'accompagnement du travail de l'accouchement.

Parmi les méthodes de laboratoire ils indiquent l'ultra-son, la cardiophonie, la phonographie et l'électrocardiographie, en particulier cette dernière, à travers les variations morphologiques de l'EGG foetale et de l'enregistrement de la fréquence cardiaque instantanée, et les déterminations biochimiques du sang foetal, comme capables d'indiquer la piste et conduire au diagnostic correct de la souffrance foetale.

Ils proposent, enfin, une technique correcte d'auscultation clinique des b.c.f. fondée sur les connaissances physiopathologiques de la souffrance.

#### SUMMARY

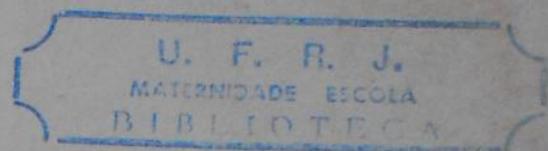
#### Fetal distress. Semiology

The authors review the methods used at present for diagnosing fetal distress. Just considering insufficient the clinical elements for early diagnosis (intra-uterine fetal stirring, presence of meconium and heart-beat intensity, arrhythmia and fetal heart rate), they deem it fit to take advantage of the knowledge provided by laboratorial procedures, and, in the absence of them, to adapt the information thus obtained to the attendance of labor.

These laboratorial procedures include in general ultrasonics, cardiophony, phonocardiography, and in particular electrocardiography, heart rate record, as well as the biochemical determinations of fetal blood, as capable of tracking and leading to a correct diagnosis of fetal distress.

At last, they propose a correct technique of auscultation of fetal heart beats on the basis of the physiopathological knowledge of distress.

✓



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIV

MAIO, 1969

VOL. 67 — N.<sup>o</sup> 5

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — N.<sup>o</sup> 5 — Págs. 423 à 484 — Maio de 1969

---

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

Significação Patológica das Atipias Epiteliais do Colo Uterino — <b>Licy Teixeira Cló</b> .....	423
Anestesia Peridural Contínua do Trabalho de Parto— <b>Oswaldo Cruz Franco</b> .....	433
Tumor de Krukenberg — <b>F. Chagas Oliveira</b> .....	443
Citossarcoma Filódio de Johannes Müller — <b>Renato Clark Bacellar</b> ...	455

### NOTAS E COMENTÁRIOS

Maternidade Therezinha de Jesus .....	471
Curso Intensivo de Obstetrícia para Médicos .....	471
Curso Sobre Assistência do Parto .....	471
Objetivo do Curso .....	472
Planejamento de Curso de Extensão Universitária .....	472
RESUMOS (ver Índice Próprio) .....	477

---

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

### ENDERÉÇO ADDRESS OF

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

## ANESTESIA PERIDURAL CONTÍNUA DO TRABALHO DE PARTO

DR. OSWALDO CRUZ FRANCO (\*)

Ribeirão Preto, S.P.

### RESUMO

O autor relata pormenorizadamente os resultados do emprêgo da anestesia peridural continua com Lidocaína no trabalho de parto de 436 pacientes atendidas no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, durante o período de 1964-1968. Diz êle que essa anestesia representa excelente método para controle da dor do trabalho de parto, ficando a paciente acordada e capaz de colaborar, sendo praticamente inócuas para a mãe e o feto. A técnica de duas punções utiliza menos anestésico e é susceptível de produzir menos complicações. Qualquer que seja a técnica de anestesia peridural usada, a terminação do parto por meio de forceps pelo obstetra é tornada mais fácil. A experiência é importante fator para perfeita realização do método.

ACITA-SE na atualidade que a dor do trabalho de parto deva ser combatida, não se concebendo a boa assistência obstétrica sem se preocupar com êsse problema.

Entretanto, poucos lugares, entre nós, procuram sistemáticamente encarar a sério êsse aspecto, tentando resolver a questão. A maioria das vezes a dor do trabalho de parto tem sido amenizada com o uso de analgésicos, que não são satisfatórios, além de trazer problemas para o recém-nascido. Apenas nos momentos finais do trabalho de parto é que se tem empregado mais largamente os bloqueios subaracnoideus ou analgésicos, para inalação ou endovenosos. Essas técnicas, ainda que dêem bons resultados, só dão cobertura praticamente ao período expulsivo, deixando todo o período

(\*) Instrutor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Catedrático — Prof. Dr. Alberto Raul Martinez)

de dilatação que representa a maior parte do trabalho de parto sem proteção.

O bloqueio peridural contínuo representa, ainda na atualidade, técnica com a qual se pode controlar todo o evoluir do parto, sem grandes riscos para mãe ou feto.

Em obstetrícia, a anestesia peridural contínua parece ter sido introduzida em 1938 por Graffagnino e Seyler<sup>14</sup>, embora referências anteriores já se encontrem. Teve em Hingson e Edwards<sup>17, 18</sup> dois grandes defensores, para depois ficar um pouco esquecido e nos últimos anos ser redescoberta<sup>3, 5, 8, 9, 10, 11, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30</sup>.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Analisaram-se os resultados de 436 pacientes submetidas a anestesia peridural contínua, durante o trabalho de parto, no período de 1964-1968, na Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da U.S.P.

O método foi empregado mais vezes em primigestas, porém também em multíparas, via de regra, com dilatação cervical entre 3-4 cm, havendo porém, alguns casos em que foi iniciada com 6-7 cm.

A técnica de punção empregada foi a seguinte: paciente em decúbito lateral, anestesia cutânea e introdução de agulha de Touhy, calibre 16 ou 17, sendo localizado o espaço peridural pela injeção de ar. Através da agulha, introdução do polietileno ou polivinil n.º 20, fixado à pele com esparadrapo. O local da punção foi variável. Controle de pressão arterial após as injeções da droga.

O anestésico utilizado foi Lidocaína, 1 ou 2% com ou sem Adrenalina, sendo a dose variável de 50--100 mg cada 30 a 60 minutos. Hipotensão foi combatida com elevação dos membros inferiores e administração rápida de sôro glicosado a 5% E.V. O parto foi deixado evoluir espontaneamente, sendo estimulado quando as contrações uterinas não foram eficientes. Essa estimulação foi conduzida com oxitocina em sôro glicosado E.V. com doses de 2-8 mU/m.

#### RESULTADOS

O bloqueio peridural foi feito através de punção em diferentes níveis, resultando sob este aspecto três nítidas fases. Na 1ª delas a

punção foi feita ao nível do espaço inter-vertebral de L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> e o catéter colocado em direção cranial. Numa 2<sup>a</sup> fase, passou a ser colocado, também, em direção cefálica, ao nível de L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>. No último período, colocaram-se 2 catéteres: um cefálico introduzido através de L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> (ou L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub>) e outro de direção caudal colocado em L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> (ou cefálico pelo hiato sacro).

A tabela I relaciona a quantidade de Lidocaína utilizada com o local da punção. Pode-se ver que embora a duração de anestesia seja essencialmente a mesma nas três fases, a quantidade média de anestésico utilizada foi muito menor com a técnica de duas punções.

TABELA I

Anestesia Peridural Contínua no Trabalho de Parto

	LOCAL DA PUNÇÃO	QUANTIDADE MÉDIA EM mg. DE ANESTÉSICO	DURAÇÃO MÉDIA EM HORAS	NÚMERO DE CASOS
1 <sup>a</sup> SÉRIE	L <sub>4</sub> - L <sub>5</sub> ↑	1 200	5,30	91
2 <sup>a</sup> SÉRIE	L <sub>1</sub> - L <sub>2</sub> ↑	800	5,20	109
	L <sub>2</sub> - L <sub>3</sub> ↑			
3 <sup>a</sup> SÉRIE	L <sub>1</sub> - L <sub>2</sub> ↑	490	4,50	236
	L <sub>4</sub> - L <sub>5</sub> ↓			
	Sacral ↑			

Na tabela II, as condições de feto, ao nascer, estão relacionadas com a técnica empregada.

A tabela III mostra como foi ultimado o parto, salientando-se a alta incidência de fórçipes em todas as fases.

Na tabela IV, as complicações observadas estão descritas, bem como, a percentagem de falha da anestesia.

TABELA II

Anestesia Peridural Contínua no Trabalho de Parto Condições do Feto ao Nascer

	NÚMERO DE CASOS		
	1ª SÉRIE	2ª SÉRIE	3ª SÉRIE
BEM	65	90	224
LEVEMENTE DEPRIMIDO	19	15	12
DEPRIMIDO	6	4	-
NATIMORTO	1	-	-
TOTAL	91	109	236

Anestesia Peridural Contínua no Trabalho de Parto Ultimação do Parto

TABELA III

	NÚMERO DE CASOS		
	1ª SÉRIE	2ª SÉRIE	3ª SÉRIE
NORMAL	61	75	135
FÓRCIPE	19 (20,8%)	24 (20%)	74 (31,3%)
CESÁREA	10 (10,9%)	9 (8,2%)	22 (9,3%)
OUTROS	1	1	-

TABELA IV

Anestesia Peridural Contínua no Trabalho de Parto Complicações

	NÚMERO DE CASOS		
	1ª SÉRIE	2ª SÉRIE	3ª SÉRIE
CONVULSÃO	1	-	-
AGITAÇÃO PSICO-MOTORA	2	1	-
PERFURAÇÃO DA DURAMATER	2	-	1
RAQUE TOTAL	1	-	-
CEFALIA	2	-	1
VÔMITOS INTENSOS	2	1	-
TREMORES INTENSOS	20	13	5
DOR PERSISTENTE NO LOCAL DA FUNÇÃO (Posterior)	1	-	-
HIPOTENSÃO MAIOR QUE 30 mmHg	14	10	8
ROTURA UTERINA	1	-	-
PERCENTAGEM DA FALHA	15%	12%	5%

## DISCUSSÃO

A experiência obtida com essa técnica anestésica, para manuseio de trabalho de parto, nos autoriza a acreditar ser melhor a utilização de dois catéteres por vários aspectos: em primeiro lugar, porque a colocação dos catéteres, praticamente nas origens dos nervos que se deseja bloquear, faz com que seja possível a utilização de menores quantidades de anestésico (tabela I), embora se saiba que durante as contrações uterinas o aumento de pressão no espaço peridural, tende a difundir o anestésico<sup>4</sup>. Entretanto, pode-se conseguir, boa analgesia utilizando apenas o catéter cefálico durante a maior parte do período de dilatação, enquanto o caudal é mais utilizado próximo ao expulsivo. Não há necessidade de mudança de posição da paciente e o bloqueio é mais eficaz (veja percentagem de falha, na tabela IV). Durante o período de dilatação, utilizamos o catéter in-

ferior apenas antes dos toques de controle da evolução clínica do parto, mantendo assim o períneo anestesiado.

Quando se empregou apenas um catéter, afim de tornar possível o bloqueio das raízes sacras, a paciente era colocada semi-sentada por alguns minutos, afim de que, obedecendo à gravidade, o anestésico progredisse pelo espaço peridural, em direção caudal.

Nessa ocasião, foram muito freqüentes falhas da anestesia de um dos lados, obtendo-se analgesia insuficiente e havendo necessidade de complementação. Quando o parto terminou em fórceps, foi preciso grandes volumes de anestésico para se obter boa anestesia.

A introdução dos dois catéteres, em direção oposta, que já havia sido preconizada em 1949 por Cleland<sup>6</sup>, permite adequado controle durante a fase de dilatação, e no expulsivo, com pequenos volumes de anestésico, excelente anestesia das raízes sacras.

Esse fato pode ser mais bem entendido quando se lembra que a dor sentida pela paciente, durante o período de dilatação, caminha pelas raízes dos últimos nervos torácicos ( $T_{12}$ - $T_{11}$ - $T_{10}$ ) e eventualmente, também, pelas primeiras lombares. Durante o expulsivo é a distenção do canal de parto a principal causa da dor, sendo sua inervação dada pelas raízes sacras ( $S_1$ - $S_2$ - $S_3$ ).

Não nos parece representar maior dificuldade ou incomodo para a paciente a colocação dos dois catéteres.

No que se refere ao uso de vasoconstritores junto com a solução anestésica, não o empregávamos, de início, mas passamos a usá-lo sistemáticamente, na última série, embora seja discutível seu efeito.

Não nos preocupamos em analisar a duração do trabalho de parto, em virtude das diferentes condições das pacientes em que a anestesia foi feita. Também não nos preocupamos com a paridade, embora o maior número de casos seja de primigestas.

As condições do feto ao nascer foram muito melhores (tabela II) quando se utilizou menos anestésico; alias, é fato conhecido a passagem placentária do anestésico<sup>20</sup> e sua ação depressora sobre o feto<sup>19-A</sup>, particularmente sobre a respiração.

Houve um natimorto, em que a mãe apresentou rotura uterina espontânea, após uma cesária anterior. Esse fato faz com que seja contra-indicação relativa à realização da anestesia em pacientes submetidas à cesáreas anteriores, a menos que possam ser rigidamente controladas.

Em tôdas as séries, o índice de fórceps foi alto, particularmente na última (tabela III), embora, inferior a outros citados na literatura<sup>22, 23</sup>. Esse grande número, quando a paciente está submetida a anestesia peridural contínua, pode ser depurado, lembrando-se que representa, ao obstetra, estímulo para ultimação do parto. Não se pode afastar, todavia, a anestesia como causa contribuinte.

No que diz respeito às complicações observadas, ressalta à vista a menor freqüência observada na última série, embora o número total de anestesias seja muito maior. O mesmo pode ser verificado no que se refere à incidência de falhas da anestesia.

É possível que o maior número de complicações na 1ª série seja devido, em grande parte, à inexperiência do autor, como pelo fato de ter sido nesta ocasião, a anestesia realizada também por Residentes do Serviço.

#### CONCLUSÃO

1 — A anestesia peridural contínua representa excelente método para controle da dor do trabalho de parto, mantendo a paciente acordada, colaborando, sendo praticamente, inócuas para a mãe e feto.

2 — A técnica de duas punções utiliza menos anestésico e é suscetível de produzir menos complicações.

3 — Em qualquer técnica de anestesia peridural empregada aumenta-se a ultimação do parto através do fórceps, o que se pode parcialmente atribuir ao obstetra.

4 — A experiência é fator importante para a perfeita realização do método.

5 — O obstetra pode perfeitamente conduzir a anestesia e o trabalho de parto normal, necessitando da colaboração do anestesista quando for necessária a via alta.

#### SUMMARY

**Continuous Peridural Anesthesia during Delivery.** — The author reports with details the results of the use of continuous peridural anesthesia with Lidocaine for the delivery of 436 patients attended at the department of obstetrics and gynecology of the Medical School of Ribeirão Preto (University of São Paulo), during the period 1964-1968. He says that this anesthesia represents an excellent method for the control of pain during delivery, as the patient remains awake and able to cooperate, and it is practically harmless

for the mother and the fetus. The two-punction technique needs smaller doses of the anesthetic drug, causing less complications. Whatever the peridural technique used the termination of the delivery with forceps is made easier for the obstetrician. Experience is an important factor for the good use of the method.

## RÉSUMÉ

**Anesthésie Périderale Continue pendant l'Accouchement.** — L'auteur rapporte avec détails les résultats de l'emploi de l'anesthésie péridurale continue avec Lidocaïne pour l'accouchement de 436 femmes soignées au service d'obstétrique et de gynécologie de Faculté de Médecine de Ribeirão Preto (Université de São Paulo), pendant la période 1964-1968. Il dit que cette anesthésie est une très bonne méthode pour le contrôle de la douleur pendant l'accouchement, parce que la femme se maintient éveillée et capable de coopérer, tout en étant sans danger pour la mère et pour l'enfant. La méthode des deux ponctions exige une moindre quantité d'anesthésique, ce que contribue pour éviter des complications. Quelle que soit la technique péridurale employée la terminaison de l'accouchement avec forceps est plus facile pour l'obstétricien. L'expérience est un facteur très important pour la bonne utilisation de la méthode.

## REFERÉNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexander, J. A. and Franklin, R. R. — Obst. & Gynec. 27 (3), 1966
2. Alvarez, M. C. N. C. — Rev. Sanid. Mil., 16 : 42, 1962
3. Baechler, C. et Watteville, H. de — Gynaecologia, 160 (1) y 1965
4. Bromage, P. R. — Anesthesiology, 28 : (3), 1967
5. Cibils, L. A.; Spackman, T. J. — Am. J. Obst. & Gynec. 84 (8), 1962
6. Cleland, J. G. P. — Anesth. Analg. 28 : 61, 1949
7. Creteur, C. E. — Anesth. Analg. (Paris): 19 : 377, 1962
8. Curbello, M. M. — Curr. Res. Anesth. 28 : 13, 1949
9. Ellis, G. J.; Devita, M. R. — Am. J. Obst. & Gynec. 84 (8), 1962
10. Evans, T. N.; Morley, G. W.; Helder, L. — Obstet. & Gynec. 29 : 726, 1962
11. Evans, T. N.; Helder, G. M. — Obst. & Gynec. Survey, 18 (3): 1963
12. Finster, M. Poppers, P. J.; Sinclair, J. C.; Morishima, H. O.; Daniel, S. S. — Am. J. Obst. & Gynec. 92 (7), 1965
13. Flowers, C. E. — Obstet. & Gynec. 22 : 729, 1963
14. Graffagnino, P.; Seyler, L. — Am. J. Obst. Gynec. 35 : 597, 1938
15. Hehre, F. W.; Sayig, J. M. — Amer. J. Obst. Gynec. 80 : 1173 (1960)
16. Henry, J. S.; Kingston, M. B.; Maughan, G. B. — Am. J. Obst. & Gynec. 97 (3), 1967
17. Hingson, R. A.; Edwards, W. B. — Anesth. Analg. 21 : 301, 1942

18. Hingson, R. A.; Edwards, W. B. — J. Amer. Med. Ass. — 121: 4, 1943
19. La Fuente, F. Rodrigues de — Rev. Mex. Anest. 12: 311, 1963
- 19-A Mieczyslaw, F.; Popper, P. J.; Sinclair, J. C.; Morishima, H. O.; Daniel, S. S. — Am. J. Obst. & Gynec. 92 (7) 1965
20. Moya, F.; Smith, B. E. — Surg. Gynec. Obstet.: 122 (2), 1966
21. Morris, S.; Harris, L. J.; Eisen, S. M. — Obstet. Gynec. 16: 15, 1960
22. Perez, J. A.; Karchmer, S. K.; Castañeda, V.; Flores, F. P.; Digalo, J. P. — Ginec. Obst. Méx. 22 (134), 1957
23. Reis, Jr., A. — Rev. Bras. Anest. 15: 3, 1965
24. Russel, M. D. — Surg. Gynec. Obstet. — 119: 3, 1964
25. Russel, P. H.; Coakley, C. S. — Surg. Obst. 119 (3): 1965
26. Salt, R. H.; Lloyd, J. W. — Brit. H. Anaesth. 36: 740, 1964
27. Smith, H. and H. — Anesth. and Analg. Currt. Researches, 43: (5) 1964
28. Tamayo, L. P. — Gynec. Obstet. Méx. 22: 9, 1967
29. Thompson, H. G.; Johnson, K. R.; O'Connor, J. J. — Obst. Gynec. 29: (5), 1967
30. Willocks, J. and Moir, D. D. — J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth. 75 (2), 1968

## NOTAS E COMENTÁRIOS

### MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Comunicam-nos que na reunião da última Assembléia realizada em 13 de janeiro do corrente ano, foram reeleitos os seguintes Diretores desta Maternidade,

Diretor Presidente — Dr. Décio Rezende de Andrade  
Diretor Secretário — Dr. Jesus Masini  
Diretor Tesoureiro — Sr. Albino Soares  
Diretor Técnico — Dr. Amaury T.L. Andrade.

### CURSO INTENSIVO DE OBSTETRÍCIA PARA MÉDICOS

Será lecionado, entre 14-7-69 e 19-7-69 (precedendo o IX Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia), curso de atualização em Obstetrícia e Operatória Transpélvica, na “33.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (Serviço do Prof. Jorge de Rezende) pelo Docente Paulo Belfort.

Constará o referido curso das seguintes atividades:

1. Aulas teóricas sobre temas atuais como: “A moderna operação cesariana e suas indicações”; “indicações da interrupção da prenhez”; “câncer e gravidez”; “moderna terapêutica das toxemias”; “abortamento de repetição”; “diagnóstico do sofrimento fetal”; “uso clínico da citologia e das dosagens hormonais”, etc.
2. Demonstrações e exercícios tocomáticos no manequim obstétrico.
3. Discussões informais em torno de casos clínicos.

Inscrições limitadas e prazo até 30-6-69.

Informações pormenorizadas e sobre taxas, devem ser solicitadas, diretamente ou por carta, ao Dr. Paulo Belfort nos seguintes endereços:

Av. Copacabana 1072, 7.<sup>o</sup> andar (tel. 256-5577), diariamente à tarde ou  
“33.<sup>a</sup> Enfermaria da Sta. Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro”, Rua  
Santa Luzia 206, Centro, Guanabara, ZC 39.

### CURSO SÔBRE ASSISTÊNCIA DO PARTO

Damos a seguir o programa do planejamento de curso de extensão universitária sobre “Assistência do Parto”, sob a responsabilidade do Prof. Luiz Alfredo Corrêa da Costa e com a colaboração dos Drs. Amaury Alves de Menezes, José Miguel Nigri, Nilo Vidigal, Amadeu Ramos F.<sup>o</sup> e Alfredo Cunha.

## PROGRAMA

Dias

- 18 — 1 — Apresentação pélvica. Conduta clínica.
- 2 — Mecanismo do parto na apresentação pélvica.
- 20 — 3 — Manobras de auxílio manual para as espáduas.
- 22 — 4 — Manobras de auxílio manual para a cabeça derradeira.
- 25 — 5 — Manobras de auxílio manual para espáduas e cabeça derradeira, em caso do dorso posterior. Fórceps em cabeça derradeira.
- 27 — 6 — Extração podálica.

## OBJETIVO DO CURSO

Destina-se a treinamento de médicos e estudantes (quinto e sextoanistas) na assistência ao parto pélvico, indispensável aos que pretendem praticar a Obstetrícia em qualquer nível de especialização.

**TIPO DE AULAS:** Serão de demonstração prática em manequim (50 minutos), seguida de exercícios individuais (50 minutos).

**LOCAL:** Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas. Av. 28 de Setembro, n.º 87.

**ÉPOCA:** 18 a 27 de agosto de 1969.

**HORÁRIO:** das 20,30 às 22,30 horas.

**TAXA:** Médicos NCr\$ 30,00. Estudantes (5.º e 6.º anistas) NCr\$ 20,00. Os alunos da F.C.M. (5.º e 6.º ano) são isentos de taxa.

**INSCRIÇÃO:** Na Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas, das 9 às 14 horas com D. MARIA IZABEL, o pagamento das taxas será na Tesouraria.

**LIMITE DE MATRÍCULA — 30 alunos.**

**DIPLOMA:** Será fornecido aos que obtiverem dois terços da freqüência às aulas. Custo incluído nas taxas.

## PLANEJAMENTO DE CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA SÔBRE “O FÓRCIPE NA OBSTETRÍCIA MODERNA”

**Responsável:** — Prof. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA

**Colaboradores:** — Drs. AMAURY ALVES DE MENEZES

JOSÉ MIGUEL NIGRI

NILO VIDIGAL

AMADEU RAMOS FILHO e

ALFREDO CUNHA

## OBJETIVO DO CURSO

Destina-se a treinamento avançado de médicos e doutorandos nas técnicas modernas do fórceps, cujo préstimos e limitações é indispensável conhecer para os que acreditam não ser a Obstetrícia uma arte perdida.

## PROGRAMA

Dias

- 1 — 1 — OBSTETRÍCIA, uma arte perdida ?  
 2 — Generalidades sobre o fórceps. Técnica geral de aplicação.  
 3 — 3 — FÓRCIPES CLÁSSICOS (tipo Elliot e tipo Simpson) em posições anteriores.  
 7 — 4 — FÓRCIPE CLÁSSICOS em posições posteriores.  
 9 — 5 — FÓRCIPE de KIELLAND.  
 11 — 6 — FÓRCIPE de BARTON.  
 15 — 7 — FÓRCIPE de PIPER.  
 17 — 8 — Tática do Fórceps nos diferentes tipos de parada, segundo MOLOY.

TIPO DE AULAS: Serão de demonstração prática em manequim (50 minutos) seguida de exercícios individuais (50 minutos).

LOCAL: Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas. Av. 28 de Setembro, n.º 87.

EPOCA: 1 a 17 de julho de 1969.

HORARIO: das 20,30 às 22,30 horas.

TAXA: Médicos — NCr\$ 50,00 — Doutorandos — NCr\$ 30,00. Os doutorandos da F.C.M., quando internos de Obstetrícia, são isentos de taxa.

INSCRIÇÃO: Na Secretaria da Faculdade de Ciências Médicas, das 9 às 14 horas com D. MARIA IZABEL, o pagamento das taxas será na Tesouraria.

LIMITE DE MATRÍCULAS — 30 alunos.

DIPLOMA: Será fornecido aos que obtiverem dois terços da freqüência às aulas. Custo incluído nas taxas.

## III CONGRESSO BRASILEIRO DE PARALISIA CEREBRAL

Promovido pela Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, realiza-se nos dias 20 à 24 do mês em curso, o III Congresso Brasileiro de Paralisia Cerebral, patrocinado pela Associação Mineira de Reabilitação. Damos a seguir o programa geral.

## 20 de maio — TERÇA-FEIRA

- 9,00 horas — Abertura das inscrições na Secretaria do Congresso.  
 20,00 horas — Sessão Solene de Instalação na Reitoria da Universidade Federal de Minas Gerais — Pampulha.  
 21,00 horas — Coquetel de Confraternização.

## 21 de maio QUARTA-FEIRA

- 8,00 horas — Conferência  
 "Fisiopatologia da Paralisia Cerebral"  
 Dr. Karel Bobath (Inglaterra)

9,30 horas — Tema Oficial: "Diagnóstico e Tratamento precoce da Paralisia Cerebral".

"Aspectos Clínicos da Paralisia Cerebral"

Dr. Márcio Lara Rezende (Belo Horizonte)

"O papel da Comunidade no Diagnóstico e Tratamento Precoce da Paralisia Cerebral"

Dr. José Rodrigues Louzã (São Paulo)

"Tonus e Padrões Motores no Diagnóstico Precoce da Paralisia Cerebral"

Dr. Júlio Pinto Duarte (Petrópolis)

"Possibilidades do Tratamento Cirúrgico Precoce na Paralisia Cerebral"

Dr. Enéas Brasiliense Fusco (São Paulo)

"Métodos Fisioterápicos no Tratamento Precoce da Paralisia Cerebral"

Dr. Theobaldo Rodrigues de Oliveira (Belo Horizonte)

"Tratamento Foniátrico na Paralisia Cerebral"

Dr. Pedro Bloch (Guanabara)

"Resultado à distância do Tratamento Global da Paralisia Cerebral"

Dr. Renato da Costa Bomfim (São Paulo)

11,15 horas — Debates

14,00 horas — Temas Livres

16,00 horas — Demonstração prática de tratamento da Paralisia Cerebral pelo método de Bobath"

Sra. Bertha Bobath (Inglaterra)

20,00 horas — Conferência

"Indicações Cirúrgicas em Paralisia Cerebral"

Dr. William Cooper (EE.UU.)

## **22 de maio — QUINTA-FEIRA**

Visita a Ouro Prêto, com almôço no "Grande Hotel", oferecido pela Prefeitura Municipal de Ouro Prêto

## **23 de maio — SEXTA-FEIRA**

8,00 horas — Conferência

"Cirurgia da Mão na Paralisia Cerebral"

Dr. William Cooper (EE.UU.)

9,00 horas — Painel de Tratamento da Paralisia Cerebral

Prof. Dr. José Henrique da Matta Machado e Dr. Renato Magalhães Freire (Belo Horizonte)

Dr. Roberto Taliberti (São Paulo)

Dr. Hilton Batista (Guanabara)

Dr. Hélio Neves Batista (Recife)

14,00 horas — Temas Livres

16,00 horas — "Demonstração Prática do tratamento da Paralisia Cerebral pelo método de Bobath"  
Dr. Karel Bobath e Sra. Bertha Bobath (Inglaterra)

**24 de maio — SÁBADO**

9,00 horas — Conferência  
"Cirurgia do Pé na Paralisia Cerebral"  
Dr. William Cooper (EE.UU.)

10,00 horas — Conferência  
Dr. Karel Bobath (Inglaterra)

14,30 horas — Assembléia Geral da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral

21,00 horas — Banquete de Encerramento.

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Tricomonose Genital e Esterilidade Conjugal — Nicora, G. e Giarola, A.	479
Hemorragia Genital na Postmenopausa — Ricaud, L. R. ....	479
Carcinoma Primitivo da Trompa — Santamaria, A. U. ....	480
Método Citoquímico para Comprovação da Ruptura das Membranas Ovulares — Campogrande, M. ....	481
Estudo de Longo Seguimento de Mulheres Eclâmpicas — Chesley, L. C.	481
Carcinoma Cervical de Células Claras — Hameed, K. ....	482
Hipertensão Sanguínea e Contraceptivos Orais — Newton, M. A. ....	482
Fibroma do Ovário — Bailo, U e Finzi, C. ....	433

---

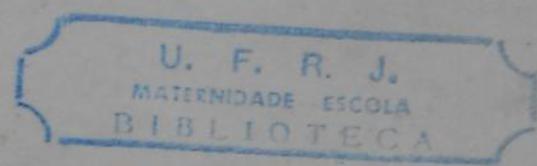
*Centro Brasileiro de Dinâmica Populacional e Reprodução Humana*  
(Dinabras)

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

---

Redação e Administração:  
AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07

R



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 67 — N.º 6 — Págs. 485 à 552 — Junho de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Nossa experiência com a terapêutica combinada (diacetato de etinodiol-metranol) no tratamento de disturbios menstruais, de certos tipos de infertilidade involuntária e como anticoncepcional — <b>Álvaro de Aquino Salles</b> .....	485
Prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo úterino — <b>José Vieira de Lima Filho</b> .....	499
Efeito anticoncepcional de um novo progestínico obtido por síntese total — <b>José Carlos de Souza e Elsimar M. Coutinho</b> .....	515
Cistossarcoma Filódio de Johannes Müller — <b>Renato C. Bacellar</b> .....	521
Hidrotubação com associação enzimática-antibiótica — Nova via terapêutica para o ginecologista — <b>Antônio Thomaz Pacheco Lessa Jr.</b> .....	541

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Enfermeira do Ano Ano .....	547
RESUMOS (ver índice próprio) .....	550

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

*An. Bras. de Gin.*

ENDERÉÇO  
ADDRESS OF

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

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

#### ÍNDICE DOS RESUMOS

Descobrimento do câncer uterino — <b>Hammond, E. C. &amp; Cols.</b> .....	551
Cromossomas nas lesões benignas e malignas do seio — <b>Toews, H. A. &amp; Cols.</b> .....	551
Toxoplasmose e infância — <b>Fertil &amp; Infert</b> .....	551
Complicações por quimioterapia adjuvante no câncer do seio — <b>Cohn, Jr.</b> .....	552
Risco de câncer no papiloma intraductal e na papilomatose — <b>Buhl-Jorgensen &amp; Cols.</b> .....	552

---

*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.

---

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

Redação e Administração:

P



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 — N.<sup>o</sup> 1 — Págs. 1 à 58 — julho de 1969

### SUMÁRIO

#### TRABALHOS ORIGINAIS

Prevenção e diagnóstico precoce do câncer do colo uterino — <b>José Vieira de Lima Filho</b> .....	1
Cistossarcoma filódio de Johannes Müller — <b>Renato Clark Bacellar</b> ..	31
Emprêgo do brometo de n-butil-hioscina no trabalho de parto — <b>J. Bruno e Rubens A. da Cruz</b> .....	41

#### NOTAS E COMENTÁRIOS

Simpósio de temas gineco-obstétricos .....	47
Congressos médicos .....	47
Sociedade brasileira de citologia .....	48
Seminário de anestesia .....	48
RESUMOS (ver índice próprio) .....	51

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

*An. Bras. de Gin.*

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

## EMPREGO DO BROMETO DE N-BUTIL-HIOSCINA NO TRABALHO DE PARTO (\*)

DR. J. BRUNO NETTO (\*\*)

DR. RUBENS A. DA CRUZ (\*\*\*)

São Gonçalo, R.J.

### RESUMO

Apresenta o autor 40 casos de parturientes em que se aplicou Buscopan (brometo de N-butil-hioscina) com o intuito de relaxar a musculatura uterina e dessa maneira facilitar o trabalho de parto. Usou o produto em injeções intramusculares (38 casos) e só em 2 casos utilizou a via intravenosa (dilatação completa com presença, ainda, de resistência localizada). Face aos resultados obtidos, conclue que o Buscopan é medicamento valioso no trabalho de parto, por torná-lo eutóxico e encurtar o período expulsivo não apresentando, por outro lado, efeitos tóxicos ou colaterais, tanto para a mãe quanto para a criança.

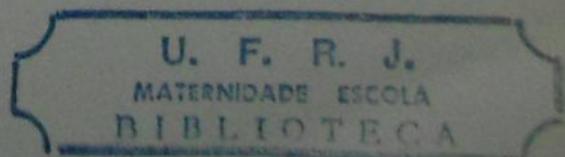
**C**ONSIDERAVA-SE antigamente o parto como problema puramente mecânico, no qual desempenhavam papéis importantes a conformação da bacia e a apresentação do feto no momento da expulsão. Hoje em dia, porém, foi alterado este conceito depois que se percebeu o papel que desempenha no parto uma série de fatores, como a freqüência e a intensidade das contrações frente ao estado psíquico da paciente.

É bastante conhecido o aforisma, "mulher contraída, colo contraído; mulher relaxada, colo relaxado". Não se procura hoje forçar a expulsão do feto contra a resistência do colo e, sim, relaxar a este através de espasmolítico e suprimir ou diminuir a dor através de um analgésico, de modo a conseguir a cooperação completa da paciente pela supressão do fator negativo: o medo. É por isso que se fala, mesmo, em espasmólise psicossomática (Read).

(\*) Buscopan, da Boehringer & Cia. Ltda.

(\*\*) Ginecologista e Obstetra do I.N.P.S. Dir. Casa Saúde Alcantara.

(\*\*\*) Ginecologista e Obstetra do I.N.P.S.



Para a obtenção de parto normal torna-se necessário coordenação funcional entre a contratibilidade do corpo uterino (de ineração simpática) e do colo (parassimpática), dando em resultado synergismo perfeito para trabalho de parto perfeito, também. A incoordenação miocinética entre as diversas partes do corpo uterino, como causadora de distócia, foi apontada já em 1925 por Schickelé, constituindo a síndrome que leva o seu nome desde 1929 (por proposta de A. Peralta Ramos).

Para se conseguir essa coordenação funcional têm sido empregados vários espasmolíticos, havendo demonstrado grande utilidade a buscapina, que constitue o centro dêste nosso trabalho. Para seu emprêgo estabeleceram-se as seguintes indicações (Reymundo e Al-tirriba):

1. Encurtamento do período de dilatação
2. Rigidez do colo uterino
3. Espasmos do colo
4. Mulher idosa e primigesta
5. Enfraquecimento primário e secundário das contrações (associado a oxitócicos)
6. Contrações dolorosas após o parto
7. Cistite e pielite gravídica
8. Ameaças de abortamento; sedação das contrações
9. Abortamento em curso; favorecimento da dilatação do colo
10. Hiperemese gravídica
11. Extração manual da placenta
12. Descolamento da placenta; aplicação intracervical.

Nosso presente trabalho visa a apresentar os resultados por nós obtidos com o uso da Buscapina em 40 pacientes da Casa de Saúde Alcântara, de São Gonçalo, Estado do Rio de Janeiro.

#### QUÍMICA E FARMACOLOGIA

A buscapina é o brometo de N-butil-hioscina, combinação quaternária de amônio, sintetizada a partir da escopolamina, apresentada sob a forma de pó branco, cristalino, de sabor amargo, não solúvel na água.

Na mesma dose que a atropina, a buscapina anula o espasmo intestinal produzido pela pilocarpina. Em oposição à atropina, atua a buscapina, em doses terapêuticas de modo evidente sobre os gânglios. Além disso, os testes farmacológicos vieram mostrar que a buscapina possui ação específica sobre os órgãos ocos da musculatura lisa, inervados pelos parassimpático. É a esta ação específica que deve também, a buscapina, a ausência quase total dos efeitos secundários da atropina sobre a acomodação, a secreção salivar e o aparêlho circulatório.

A descoberta do brometo de N-butil-hioscina veio fornecer à clínica, bem como à obstetrícia e à ginecologia, um espasmolítico de ação comprovadamente eficaz.

#### MÉTODOS CASUÍSTICA E RESULTADOS

Nossa observação se processou em 40 casos de parturientes, cujas idades variavam:

menos de 20 anos .....	6 casos
de 21 a 30 anos .....	30 casos
de 31 a 40 anos .....	4 casos

Destas 40 pacientes, 23 eram primíparas e 17 multíparas. Pertenciam à raça branca 29, à preta 3 e eram pardas 8 mulheres. Nenhuma fizera curso psicoprofilático antes do parto. A posição do feto se apresentou normal em todos os casos por nós observados. Houve necessidade de episiotomia em 23 pacientes. Só ocorreu um parto gemelar.

Usamos o Buscopan injetável, contendo cada ampola de 1 ml 0.02 g de substância ativa (brometo de N-butil-hioscina), na dose de 1 ampola por via intramuscular (10 casos), ou 1 ampola por via intramuscular (10 casos), ou 1 ampola por via intravenosa (2 casos), ou 2 ampolas por via intramuscular (28 casos). Nossa intenção, ao injetar êste espasmolítico, foi a de favorecer o parto pela supressão de hipertonus e espasmos cervicais.

Em 26 casos, ou seja, em 65% das pacientes, não se notou modificação na intensidade das contrações e nem alteração na freqüência. Em 9 casos, ou 22.5%, não se constatou modificação na intensi-

sidade, mas as contrações aumentaram em freqüência. Em 4 casos, ou 10%, as contrações se apresentaram mais enérgicas e com maior freqüência. Finalmente, em 1 caso, ou 2.5% as contrações tornaram-se mais enérgicas, mas sem haver modificação na freqüência.

Nos 40 casos observados, em 34 (ou 85%), as dores tornaram-se mais fracas. Em 5 casos (ou 12.5%), não se modificaram e em apenas 1 caso (ou 2.5%) aumentaram em intensidade.

Devemos ainda acrescentar que aplicamos o Buscopan em 29 casos com dilatação de colo a 2-4 cm, em 9 casos com dilatação a 5-6 cm, em 1 caso com 1 cm e em outro com colo completamente dilatado, mas no qual pequena porção do colo permanecia contraída, dificultando a expulsão. A dilatação completou-se, em média, entre 2 e 3 horas após a administração do brometo de N-butil-hioscina.

Em vista do exposto, concluimos:

- 1) que o Buscopan, em 65% dos casos, respeitou as contrações uterinas que mantiveram a sua tríplice característica da freqüência, duração e intensidade;
- 2) que, em 22.5% dos casos, as contrações aumentaram em freqüência, mas não em intensidade, o que pode ser levado à conta de normalização do trabalho de parto, que passou a eutócico após a aplicação do Buscopan;
- 3) que nos restantes 12.5% dos casos, o aumento das contrações em intensidade não pode ser levado à conta de ação do medicamento, mas deve provir de melhoria do músculo uterino já não mais espástico;
- 4) que o Buscopan não é analgésico mas, devido ao fato de o parto passar a eutócico e haver encurtamento no período expulsivo, as dores passam a fisiológicas, daí haver a impressão de diminuição das mesmas;
- 5) que o Buscopan deve ser aplicado como injeção intramuscular quando houver dilatação de 3 a 4 cm, reservando-se a administração intravenosa para aqueles casos de total dilatação, quando se verifica ainda alguma resistência (quase sempre no lábio anterior) que dificulta a expulsão do feto;
- 6) que o Buscopan não apresenta intolerâncias e nem efeitos secundários ou tóxicos, quer com relação à mãe, quer quanto à criança;

7) que o Buscopan encurta a melhora o trabalho de parto, dessa maneira convertendo-se em valioso auxiliar tanto para o obstetra quanto para a parturiente.

#### SUMMARY

**Use of Buscopan (N-Butyl-Hyoscine Bromide in Labor.** — The author presents 40 cases of women in whom Buscopan was administered (N-butyl-hyoscine bromide) in order to relax the uterine musculature and thus facilitate labor. He used the product in intramuscular injections (38 cases) and only in 2 cases did he utilize it by intravenous route (complete dilatation with presence of still localized resistance). According to results obtained he ends by saying that Buscopan is a valuable drug for labor, since it can turn it eutocic and shorten the expulsive stage not presenting, besides, toxic or side-effects to the mother as well as to the infant.

#### RÉSUMÉ

**Emploi de Buscopan (Bromure de N-butyl-Hyoscine) dans le Travail d'Accouchement.** — L'auteur présente 40 cas de femmes enceintes chez lesquelles Buscopan a été employé pour relâcher la musculature utérine en facilitant le travail. Il a employé le médicament par injection intraveineuse (dilatation complète avec présence de résistance encore localisée). D'après les résultats obtenus, il termine en disant que Buscopan est un médicament de valeur pour la conduite de l'accouchement, car il le fait être eutocique et raccourcit la période d'expulsion, sans présenter, d'ailleurs, aucun effet adverse pour la mère comme pour l'enfant.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bértola, R., Goñi, J. A., Lewis, E. e Ciarnello, M. — Espasmolisis terapéutica de las distonias cervicales uterinas, Sem. Med., 125: 9 (1964)
2. Brugger, A., Monfort, R., Bedate, H. e Esplugues, J. — Acción uterina de la buscapina, Rev. Esp. de Fisiol., 21: 3 (1965)
3. Brugger, A. J., Soto, L. e Monleón, J. — Estudio cuantitativo de la acción del butil-bromuro de hioscina sobre el efecto de la oxitocina, Acta Ginec., 48: 9 (1967)
4. Corsanego, A. D. — Espasmolisis con buscapina en tocoginecología, Rev. Esp. de Obst. y Ginec., 102 (1958)
5. Ferrer, F. M. e Pérez, F. P. — La buscapina en el parto, clínica y experimentalmente, Rev. Esp. de Obst. y Gin., 83 (1955)
6. Galatto, L. — Uso de un espasmoslítico en el parto, Orient. Med., 375 (1959)
7. Garret, S. S. e Draper, V. S. — Hyoscine butylbromide in labour, The Practitioner, 190 (1963)

8. **Haute, C. Van Den** — Emploi du bromure de N-butyl hyoscine en Obstétrique, Bruxelles-Med., 41: 25 (1961)
9. **Jadea, R. E., Deymonnaz, H. e Finkelstein, N.** — Bromuro de N-butil-hioscina. Nuestra experiencia en obstetricia. Sem. Med. B. Ayres, 128 (1966)
10. **Jimenez, J. D. C. e Gomez, R. C.** — Nuestra experiencia con el N-bromuro de butilhioscina en el período de dilatación en el parto, Practica Médica, 43 (1956)
11. **Klauer, D. F., F. U., Moro, A. P. e Radice, J. C.** — Acción in situ del bromuro de N-butil-hioscina sobre el cervix uterino espasmódico, La Prensa Med. Arget., 47: 8 (1960)
12. **Leuxner, E. e Thomas, J.** — Klinische Erfahrungen mit dem Spasmolytikum Buscopan in der Geburtshilfe, Münch. med. Wschrft., 94 (1952)
13. **Olivares, M. D.** — Estudio sobre la acción del bromuro de n-butil-hioscina en el trabajo de parto, El Médico, 9: 61 (1964)
14. **Origel, S. N.** — Experiências clínicas con el bromuro de n-butil-hioscina, El Médico, 8: 12 (1959)
15. **Reymundo, F. S. e Altirriba, J .E.** — El síndrome de Schickelé y su tratamiento, Fol. Clin. Intern., 8: 4 (1958)
16. **Schirmacher, H.** — Espasmolisis sub-partu, Gaceta Med. Española, 12, (1955)
17. **Soler, A. U., Garcia, V. P., Repullo, C. N. e Nel-lo, J. A.** — Tratamiento espasmolítico con el n-butil bromuro de hioscina como facilitador del parto, Com. ao Lab. (1964)
18. **Terlizzi, G. Di** — Il parto pilotato con Buscopan, Min. Ginec. 10 (1958)
19. **Wick, H.** — Pharmakologie des Buscopan, Archiv. experim. Path. Pharmacol. 213 (1951)

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Carcinoma da uretra feminina — Rogers, R. & Cols. ....	53
Estudos citogenéticos do carcinoma endometrial — Stanley M. A. & Cols. ....	53
Tratamento do Câncer primário do seio — Getzen L. C. & Cols. ....	53
Carcinoma Lobular do seio — Bässler R. ....	54
Lesões malignas múltiplas do canal genital superior — Woodruff J. D. & Cols. ....	54
Alterações endometriais em face de injeções de contraceptivos estrogeno-progestogénicos — Sheffield W. H. & Cols. ....	55
Incidência de <i>Hemophilus vaginalis</i> — Lewis J. F. & Cols. ....	55
Transplante de ovário — Shaffer C. F. & Cols. ....	55
Inicio precoce de contracepção oral no puerpério — Frank R. & Cols. ....	56
Carcinoma mamário sólido circunscrito — Schwartz G. F. ....	56
Ectasia do ducto mamário fistula mamilar e seio subareolar — Abramson D. J. ....	56
Gonadotropina ectópica no carcinoma broncogênico — Editorial <i>J.A.M.A.</i> ....	57

---

*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.

---

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC.07  
Redação e Administração:

A



# anais brasileiros de ginecologia

arnaldo de moraes filho - diretor



ANO XXXIV

AGOSTO, 1969

VOL. 68 — N.º 2

# ANais BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

## REVISTA MENSAL

An. Bras. Gin. — Vol. 68 N.º 2 — Págs. 59 à 124 — Agosto de 1969

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

Ambulatório preventivo do câncer ginecológico — <b>Licy Teixeira Cló e Nelson Salomé</b> .....	59
Revisão e reparação cirúrgica pós-parto do colo uterino — <b>Armando Sampaio Candal Fonseca</b> .....	73
Mortalidade materna e mortalidade perinatal na Maternidade Clovis Corrêa da Costa em 10 anos — <b>João Mário da Silva Pereira</b> .....	97

### NOTAS E COMENTÁRIOS

Novos Medicamentos .....	111
Academia Nacional de Medicina .....	111
Associação Médica Fluminense .....	112
Prêmio Lafi .....	112
Professor Neves Manta .....	112
Cirurgia da Cabeça e PESCOÇO .....	112
VII Congresso Brasileiro de Anatomia .....	113
Centro de Estudos Olinto de Oliveira .....	113
Congresso Nacional de Neurologia e Psiquiatria .....	113
Primeiro Simpósio Brasileiro sobre Cloromadinona .....	113
Congresso de Gastrenterologia .....	116
Curso sobre Ginecologia da Infância e da Adolescência .....	116
RESUMOS (ver índice próprio) .....	121

NOME ABREVIADO PARA CITAÇÃO  
OFFICIAL ABBREVIATION

An. Bras. de Gin.

### ENDERÉCOS ADDRESS OF

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

## MORTALIDADE MATERNA E MORTALIDADE PERINATAL NA MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA EM 10 ANOS (\*)

Análise do período 1958-1967

JOÃO MÁRIO DA SILVA PEREIRA (\*\*)

Rio de Janeiro, GB

### RESUMO

Os autores apresentam os dados de mortalidade materna, mortalidade neonatal, mortalidade perinatal e mortalidade fetal na Maternidade Clovis Corrêa da Costa, do Rio de Janeiro, no período de 1958 a 1967. Dentro desse período, a mortalidade materna passou de 2.4 a 0.76 por mil nascimentos vivos, enquanto a mortalidade neonatal passou de 16.7 para 14.8, a mortalidade perinatal de 39.9 para 31.8 e a mortalidade fetal de 23.8 para 17.1. Para esses quatro aspectos da mortalidade são pormenorizadas as causas e os meios de as combater.

AANÁLISE dos coeficientes de mortalidade materna e perinatal é o melhor espelho da orientação de uma clínica obstétrica.

Com a apresentação dos nossos dados estatísticos nos últimos 10 anos, estamos fazendo uma prestação de contas.

Já é por demais sabido que, na faixa correspondente à puericultura perinatal, a atuação médico-hospitalar é decisiva, fazendo-se sentir com menor intensidade as influências sócio-econômicas.

O reflexo dessa verdade é traduzido pelos coeficientes de mortalidade perinatal comparáveis entre si, nas clínicas hospitalares, tanto provenientes de países subdesenvolvidos como de países altamente industrializados. Entretanto, no que tange à mortalidade infantil, onde atuam diretamente os fatores externos, fruto das con-

(\*) Trabalho apresentado no Centro de Estudos Olinto de Oliveira — Instituto Fernandes Figueira — Departamento Nacional da Criança, 1968.

(\*\*) Chefe de Clínica do I.F.F.

dições sócio-económicas do país, há grande diversidade nos números. Enquanto nos países subdesenvolvidos os coeficientes disparam em linha ascendente proporcional à pobreza da nação, nos países industrializados êles descem vertiginosamente, abaixo mesmo da mortalidade perinatal.

Se a tarefa de proporcionar riquezas e meios de combate à mortalidade infantil, compete aos governos, procurando resolver devidamente os problemas sócio-económicos de sua população, aos médicos compete a redução da mortalidade perinatal e materna, com o aprimoramento da assistência obstétrica.

A Maternidade Clovis Corrêa da Costa tem sua história iniciada em 1940.

Como mostra o gráfico I, no período inicial de 1940-1949 a mortalidade perinatal (M.P.N.) eleva-se a 69.9 por mil, a mortalidade neonatal (M.N.N.) a 26.6 por mil, a mortalidade fetal (M.F.) a 44.5 por mil e a mortalidade materna (M.M.) a 6.3 por mil.

Já sob a influência dos ensinamentos ministrados por Edith Potter, da Universidade de Chicago, que despertou nova consciência obstétrica entre nós, com os seus estudos sobre patologia fetal, no período que se seguiu, 1950-1957, os números foram assim reduzidos: M.P.N. 39.9 por mil; M.N.N. 16.7 por mil; M.F. 23.8 por mil e M.M. 2.4 por mil.

No período que ora analisamos, 1958-1967, os números são os seguintes: M.P.N. 31.8 por mil; M.N.N. 14.8 por mil; M.F. 17.1 por mil; M.M. 0.76 por mil.

A análise geral desse gráfico I revela promissora queda em todos os coeficientes de mortalidade, menos acentuada na M.N.N. e os nossos berçaristas estão atentos ao fato. Enquanto a tendência dos coeficientes de M.P.N. e M.F. é formarem uma linha descendente (gráfico II) a M.N.N. é de irregularidade que constitui motivo de especulações no berçário no sentido de solucionar o problema.

Convém que se destaque não ter havido transferência de números, isto é, fetos que iriam gravar a M.F. seriam transferidos para morrer no berçário, aumentando a M.N.N. As induções ao parto, mais freqüentes nos últimos tempos, seja por hipertensão, diabetes ou pôsmaturidade, resultaram em número surpreendentemente baixo de neomortos revelando o acerto das indicações, como veremos mais tarde.

Gráfico I

MATERNIDADE CLOVIS CORRÊA DA COSTA - I.P.F.

Períodos

1940 - 1949 , 1950 - 1957 , 1958 - 1967

Mort. peri-natal: \_\_\_\_\_

Mort. fetal: .....

Mort. neo-natal: -.-.-.-.-.-.-

Mort. materna: - - - - -

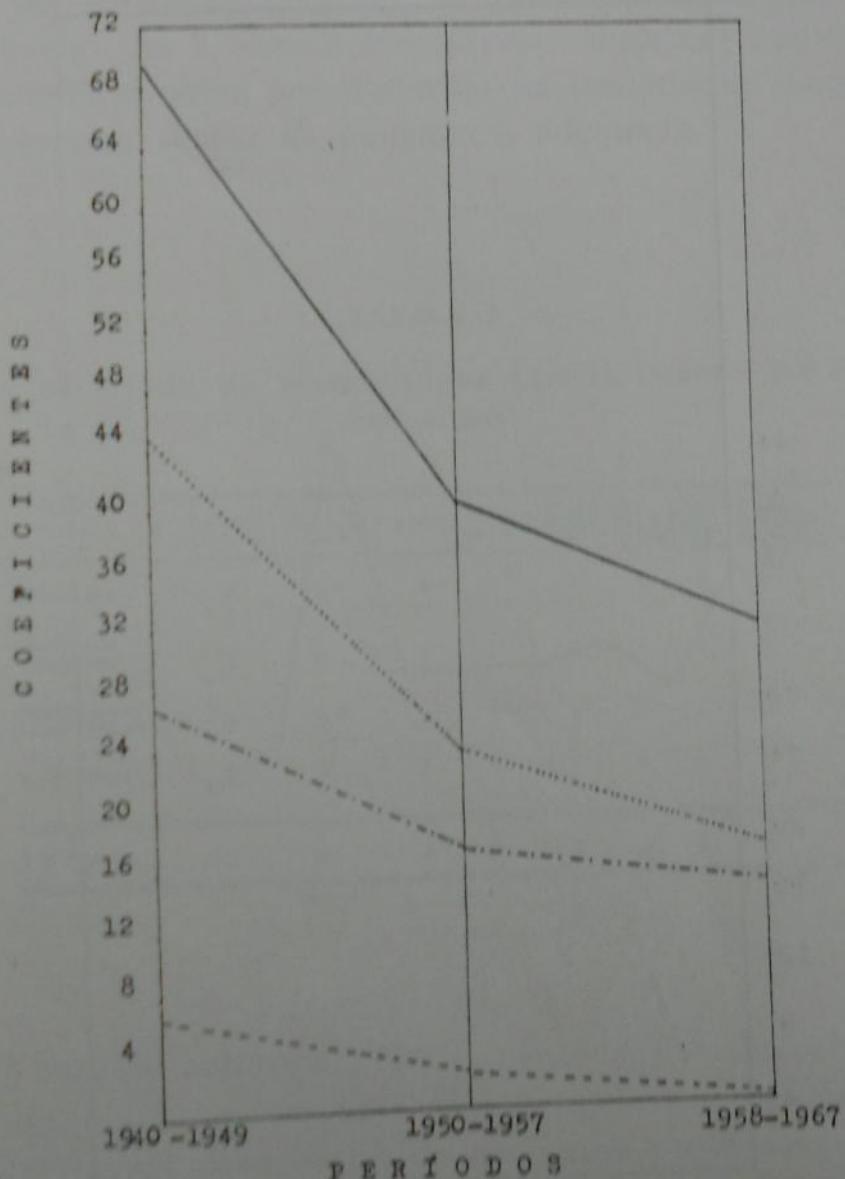
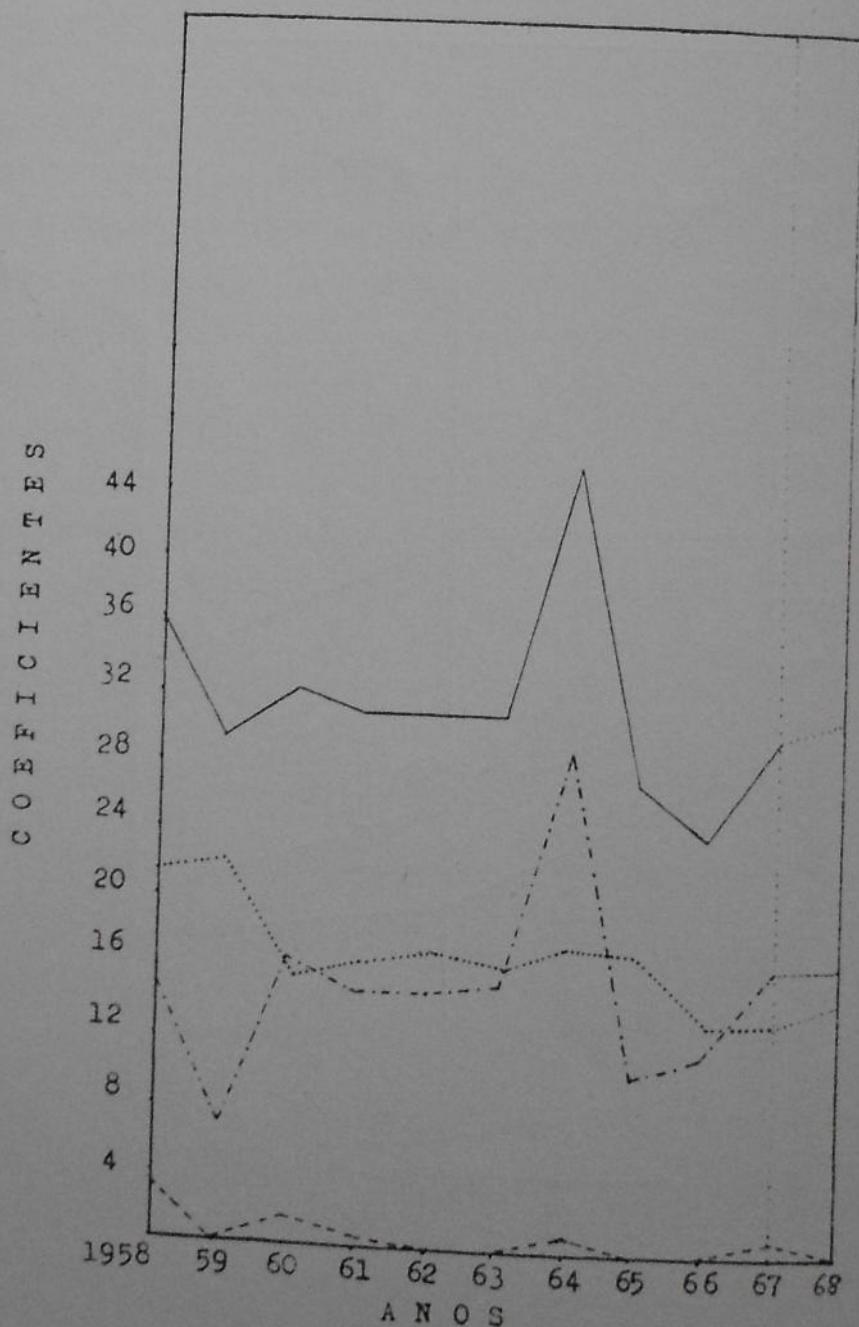


Gráfico II  
MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA - I.F.P.  
1958 - 1967

Mort. peri-natal: \_\_\_\_\_  
Mort. fetal : .....  
Mort. neo-natal : -.-.-.-.-.-  
Mort. materna: - - - - -



Devemos esclarecer que o ano de 1964 foi funesto ao berçário — uma epidemia de pseudomonas elevou a M.N.N. a 45.6 por mil, cifra que repercutiu decididamente nos números gerais de todo o período 1958-1967.

### MORTALIDADE MATERNA (M.M.)

A M.M. de 6.3 por mil no decênio 1940-1949 foi reduzida para 0.76 por mil no último decênio, 1958-1967, coeficiente tomado sobre 10 711 nascidos vivos.

Pela análise da tabela I verificamos que, das 8 mortes maternas, 7 o foram por causas obstétricas, das quais 5 consideradas evitáveis e 2 inevitáveis. As 2 mortes inevitáveis: uma por embolia de líquido amniótico e outra por distúrbio da coagulação sanguínea, as mortes ocorreram apesar da assistência adequada.

TABELA I

CAUSA DE MORTE NA MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA  
1958 — 1967

CAUSAS	Obstétricas	Indiretas obstétricas	TOTAL	Inevitáveis	EVITÁVEIS — RESPONSABIL			Indeterminadas
					Médicas	Hospitalares	Doenças	
Anestesia	4	-	4	-	4	1	-	-
Discressão sanguínea	2	-	2	1	1	1	-	-
Embolia de líquido amniótico	1	-	1	1	-	-	-	-
D. cardíacas	-	1	1	-	-	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-</b>

Das 5 mortes evitáveis: em 1, causada por distúrbio da coagulação sanguínea, os recursos foram aplicados tarde. As 4 mortes evitáveis, decorrentes de acidentes anestésicos foram ocasionados: 3 por aspiração de conteúdo gástrico e 1 por hipotensão ortoestática e choque após raquianestesia.

Na única morte de causa não obstétrica, não houve participação de maternidade: Tratava-se de paciente cardíaca grave que faleceu no 6.<sup>o</sup> mês, no dia da matrícula.

Contrastando com as estatísticas de outros países onde as causas de M.M. mais freqüentes são relacionadas à toxemia, hemorragia, apesar de têmos tido casos gravíssimos cirúrgicos ou clínicos, obstétricos ou não, pesa-nos dizer que 50% das mortes o foram de complicações anestésicas e a nossa atenção já está despertada para esse fato.

A análise dos casos de morte materna obedece ao critério adotado pelo Committee on Maternal and Child Care of the Council on Medical Service, American Medical Association.

#### MORTALIDADE PERINATAL (M.P.N.)

Em 10 585 partos no período de 1958-1967, a M.P.N. global foi de 31.6 por mil. Esse coeficiente poderia ter sido mais baixo não fosse a epidemia de pseudomonas no berçário, em 1964, de que redundou em elevação anormal da mortalidade naquele ano.

Analisando-se a tabela II e o gráfico II, verificamos que a M.F. tem-se reduzido progressivamente, fruto da melhor orientação obsté-

TABELA II

DEPARTAMENTO NACIONAL DA CRIANÇA  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA  
MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA  
1958 — 1967

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	Total
PARTOS	4221	1932	1246	1256	1262	1263	1264	1265	1266	1267	12746
TOTAL DE NASCIMENTOS	476	2105	1117	1157	1145	1146	954	1076	1078	1075	10.584
NASCIDOS VIVOS	883	1118	1131	1151	1155	935	964	1092	1018	1043	10.708
NASCIDOS VIVOS	884	1093	1110	1132	1139	920	947	1071	1024	1029	10.595
Mortalidade materna	19	29	23	19	20	15	17	19	14	14	185
Mortalidade materna	14	16	16	12	11	9	13	15	7	8	122
Mortalidade materna e berçário	0	6	1	4	2	4	1	1	5	6	32
Mortalidade materna e berçário	5	3	4	3	6	2	3	6	2	0	28
MORTALIDADE	23	10	25	22	19	15	29	11	14	19	177
MORTALIDADE	12	3*	4*	1*	7*	2*	4*	30	1*	1*	149
MORTALIDADE	3	0	2	1	0	0	1	0	0	1	5
MORTALIDADE (coef. p/1000 N.)	21.5	22.1	15.8	16.5	27.3	16.1	17.6	17.6	21.9	21.4	17.1 56
MORTALIDADE (coef. p/1000 N.V.)	19.0	7.3	16.3	15.0	19.0	19.2	28.5	10.1	21.7	16.2	14.8 56
MORTALIDADE PERINATAL (coef. p/1000 N.)	16.1	29.5	37.3	31.0	31.0	49.5	27.0	26.2	29.5	31.8	31.8 56
MORTALIDADE PERINATAL (coef. p/1000 N.V.)	1.5	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.786
MORTALIDADE PERINATAL (%) (por cento)	8.8	5.1	6.1	6.0	6.3	7.1	6.7	7.0	7.4	7.3	7.3 5

Inclui a mortalidade perinatal (+7 dias de vida)

0 1\* 2\* 3\* 4\* 5\* 6\* 7\* 8\* 9\* 10\* 11\*

trica prenatal e intranatal. Dizíamos, anteriormente que não houve transferência de fetos que morreriam antes de nascer para virem a sucumbir no berçário.

Com a atenção despertada para o problema das hipertensões, diabetes e pós-maturidade, aumentamos o número das induções ao parto, recuperando número apreciável de fetos que poderiam não sobreviver. Segundo levantamento feito pelo nosso assistente Doutor Amaury Alves Menezes, de 1963 a 1967 foram feitas 369 induções ao parto. As indicações principais foram: fetos mortos retidos, hipertensão, toxemia, diabetes gestacional e pós-maturidade.

Dessas 369 induções, em 244 só foi usada a perfusão de oxitocina e em 225 fomos mais ativos, associando a oxitocina à sonda de Krause. Estas induções "para valer", como chamamos, são feitas a todo risco, mesmo com possibilidade de parto operatório ao passo que as primeiras, isto é, quando só é usada a oxitocina, muitas, vezes a indução é suspensa, por falta de resposta e retomada em outra oportunidade. Das 225 induções por Krause associada à oxitocina só tivemos um néo-morto que, certamente, não gravou a M.N.N. Entretanto, se observarmos o gráfico II, verificamos as oscilações porque passam os coeficientes de M.N.N., em que pese o alto padrão dos nossos berçaristas.

Todos os abôrtos e fetos mortos na Maternidade, são objeto de estudos no "Club do Feto", organização que criamos com a Dr.<sup>a</sup> Aparecida Garcia. Os casos são analisados sob 3 aspectos: obstétrico, pediátrico e patológico. Também nessas reuniões discute-se a evitabilidade e responsabilidade do óbito. Como consequência, adquirimos conhecimentos que têm influência decisiva na conduta obstétrico-pediátrica da Maternidade.

Nossos coeficientes de M.P.N. são considerados bons, mesmo quando comparados aos de países mais desenvolvidos com clientela de padrão superior. A grande maioria das nossas atendidas pertence às classes sociais mais pobres, faveladas ou não, em precário estado de nutrição, muitas das quais analfabetas e impermeáveis aos conselhos médicos. Esses fatores exercem alguma influência nos resultados estatísticos. Uma prova é o que se passa na nossa clínica privada:

Para o período de anos que antecedem ao ano de 1961, a M.P.N. era de 31.6 por mil, igual à atual da Maternidade Clovis Corrêa

da Costa. De 1961 a 1967 a M.P.N. foi reduzida para 8.5 por mil, a custa da M.F., sem morte neonatal. A mesma orientação que adotamos na Maternidade seguimos-la na clínica. A diferença se faz sentir na incidência de operações cesarianas. Quando a M.P.N. era de 31.6 por mil a incidência de cesariana foi de 8.6 por mil, número que se sobrepõe ao atual da Maternidade. De 1961-1967 a M.P.N. caiu para 8.5 por mil, dobrando a incidência de cesariana para 15.5%. Isso não implica em tirar-se a conclusão de que aumentando-se o número de cesarianas se reduz a M.P.N., como alguns afirmam. Em todas as clínicas há diferença entre a incidência de cesarianas entre pacientes de clínica privada e hospitalar. Sabe-se que, modernamente, aumentaram-se as indicações de operações cesarianas; entretanto, a repercussão sobre a sua incidência é imperceptível, com os recursos modernos na condução do parto, o melhor conhecimento dos distúrbios da contração uterina, o uso do E.O.V., induções oportunas, a naturalização do parto, retirou-se substancial número de possíveis candidatas a operações cesarianas, estabelecendo-se uma compensação. Nossa opinião sobre o abuso cirúrgico em obstetrícia foi externada no editorial dos "Anais Brasileiros de Ginecologia", fevereiro de 1965.

#### MORTALIDADE FETAL (M.F.)

A queda da M.F. na Maternidade Clovis Corrêa da Costa é bastante sugestiva. De 44.5 por mil no 1.º período de 1940-1949, caiu para 22.8 por mil no período de 1950-1957; baixando para 17.1 por mil no período que ora analisamos. A razão principal é a melhor fiscalização da paciente no prenatal, a internação precoce de hipertensas ou toxêmicas rebeldes ao tratamento ambulatório, das portadoras de diabetes gestacional ou gestantes que ultrapassaram 1 semana da data provável do parto. Salvo exceções, as induções ao parto são feitas em torno da 37.<sup>a</sup> semana para as hipertensas, toxêmicas e diabéticas e no decurso da 42.<sup>a</sup> semana para as portadoras de gestação postergada. Nos últimos anos vimos usando o auxílio da amnioscopia, que tem indicado muitas vezes a contemporização ou apressamento do término da gestação e esse assunto foi motivo de um trabalho que publicamos com o Prof. Luiz Alfredo Corrêa da Costa nos "Anais Brasileiros de Ginecologia", janeiro de 1967.

Em linhas gerais a alteração da cor do líquido amniótico nas hipertensas e diabéticas, a sua escassez na pós-maturidade são índices de comprometimento da gestação, indicando a sua interrupção.

Ainda não dispomos da dosagem do estriol urinário que seria recurso de alto valor indicativo dos riscos fetais.

Na sua tese de docência, Luiz Alfredo Corrêa da Costa escrevendo sobre M.P.N., apresenta a tabela III enumerando as causas de morte no período de 1954-1959.

TABELA III

CAUSAS DE ÓBITO PERINATAL NA MATERNIDADE C.C.C. — (1954 — 1959)

CAUSAS	Nº estim mortos			Néo-mortos		TOTAL	Por cento
	Antes da admissão	Gestação n/serviço	Perto	Prematuro	Térmo		
Hipertensões (com maceração ou anóxias)	18	7	11	3	2	41	34.3
Má ventilação pulmonar	-	-	-	16	2	18	15.0
Anóxia intraparto (sem hipertensão)	-	-	8	1	7	16	13.3
Causas desconhecidas	12	1	-	-	-	13	10.8
Malformação	5	2	-	3	1	11	9.1
Infeção específica	4	-	2	-	1	7	5.8
Infeção inespecífica	2	-	-	1	1	4	3.3
Pneumonia	-	-	1	1	2	4	3.3
Trauma obstétrico	-	-	1	-	1	2	1.7
Eritroblastose	1	1	-	-	-	2	1.7
Miscelânea	-	-	-	1	1	2	1.7
TOTAL	42	11	23	26	18	120	100.0

Luiz Alfredo Corrêa da Costa — Considerações sobre M.P.N. — Tese concurso 1960.

No período que ora analisamos 1958-1967, as causas se mantêm mais ou menos as mesmas, tabela IV. Analisando as causas de M.F. (tabela V), vemos que os fetos mortos de mães hipertensas ou toxêmicas encimam a lista com 41.5 por mil. A grande maioria dos casos (68.8 por mil) é constituída de fetos que foram admitidos mortos no serviço pela gravidade da doença ou por negligência das pacientes em freqüentar o Prenatal ou em seguir as ordens médicas; 15.3 por mil faleceram no serviço, quando internadas na

TABELA IV  
CAUSAS DE ÓBITO PERINATAL NA MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA  
1958 — 1967

CAUSAS	MORTE FETAL						MORTE NEONATAL			TOTAL GERAL	Por cento	
	admitido morto		gestação n. serviço		parto		TOTAL	P	T			
	F	T	P	T	P	T						
Hipertensões (com maceragem ou anoxia)	31	22	13	7	1	2	76	2	0	2	78 22.8	
Mé ventilação pulmonar	-	-	-	-	-	-	-	35	11	49	49 14.3	
Anoxia intraparto (sem hipertensão)	-	-	-	-	5	12	17	10	23	33	50 14.6	
Causa desconhecida	12	22	1	3	-	-	38	-	-	-	38 11.1	
Malformação	5	4	-	-	-	1	10	15	8	43	33 9.7	
Infeção específica	12	8	-	1	1	-	22	3	1	4	26 7.8	
Infeção inespecífica	4	1	-	-	-	-	5	22	6	20	33 9.7	
Trauma obstétrico	-	-	-	-	2	-	2	1	5	6	8 2.3	
Eritroblastose	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	
Miscelânea	-	-	-	2	-	1	3	5	5	10	13 3.8	
Sem autópsia	2	1	1	-	1	3	8	2	2	4	12 3.5	
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>183</b>	<b>98</b>	<b>61</b>	<b>159</b>	<b>142</b>	<b>100.0</b>

TABELA V  
CAUSAS DE MORTE FETAL NA MATERNIDADE CLOVIS CORRÉA DA COSTA  
1958 — 1967

CAUSAS	Admitido morto	Morte gestação n. serviço	Morte trabalho parto	TOTAL	Por Cento
Hipertensões	93	20	3	76	41.6
Causa desconhecida	34	4	-	38	20.3
Anoxia intraparto (e/hipertensão)	-	-	17	17	9.3
Infeção específica (1)	20	1	1	22	12.0
Infeção inespecífica	5	-	-	5	2.7
Malformação	9	-	1	10	5.5
Trauma obstétrico	-	-	2	2	1.1
Eritroblastose	2	-	-	2	1.1
Miscelânia (2)	-	2	1	3	1.6
Sem autópsia	3	1	4	8	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>126</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>

Associação diabete gestacional — 41

- (1) — Sífilis congênita — 8 Listeriose — 1  
— Choque materno — 1  
— Pós maturidade — 1  
— Diabete juvenil — 1

enfermaria de gestantes patológicas, no decurso de tratamento, enquanto se aguardava o momento oportuno de se fazer interrupção da gestação; apenas 16% dos fetos faleceram durante o trabalho de parto. Nota-se melhoria na condução do parto, pois no período analisado por Luiz Alfredo 30% faleceram durante o trabalho.

As causas desconhecidas, mortes cujas autópsias não trouxeram maiores esclarecimentos, continuam com índices elevados, ocupando o 2.º lugar nas causas de morte.

As infecções específicas 12% e inespecíficas 2.7% são a 3.ª grande causa de morte fetal. É digno de nota o aumento de casos de sífilis congênita que se vem processando últimamente, confirmando a impressão geral de que há, no mundo moderno, um recrudescimento da sífilis que tinha, praticamente, desaparecido das estatísticas, com o advento da penicilina.

A anoxia intraparto baixou visivelmente de incidência, de 22% caiu para 9.3%.

Convém destacar-se que, das 126 mortes fetais, 41 casos havia associação comprovada de diabetes gestacional como back ground cerca de 32% dos casos.

Ainda como destaque deve-se assinalar o quase desaparecimento do trauma obstétrico, que em outros tempos encimava as estatísticas de mortalidade fetal.

#### MORTE NEONATAL (M.N.N.)

Por mais de uma vez assinalamos a oscilação da M.N.N. após a queda sensível do 1.º período 1940-1949 — de 26.6 por mil baixou para 16.7 por mil no 2.º período, decrescendo para 14.8 por mil no período 1958-1967.

A análise das causas de morte, tabela VI, revela que a má ventilação pulmonar com ou sem membrana hialina é causa predominante, comum a todas estatísticas. Ela contribuiu com 30.8% da mortalidade.

A anoxia intra-parto foi a 2.ª causa, 20.8% de mortes. O critério adotado para esta categoria é o de fetos mortos que revelam na autópsia sinais de anoxia sem que haja história materna de hipertensão ou toxemia. Neste grupo estão incluídos os casos de prolapsus do cordão, inserção viciosa de placenta, distúrbios de con-

TABELA VI

CAUSAS	Premat.	Térmo	TOTAL GERAL	Por Cento
<u>Má ventilação pulmonar</u>	38	11	49	30.8
<u>Anoxia intraparto</u> (s/hipertensão)	10	23	33	20.8
<u>Infecção inespecífica</u>	22	6	28	17.6
<u>Infecção específica</u> (1)	3	1	4	2.5
<u>Malformação</u>	15	8	23	14.5
<u>Trauma obstétrico</u>	1	5	6	3.8
<u>Causa desconhecida</u>	-	-	-	0.0
<u>Hipertensões</u>	2	-	2	1.2
<u>Miscelânea</u> (2)	5	5	10	6.3
Sem autópsia	2	2	4	2.5
<b>T O T A L</b>	<b>98</b>	<b>61</b>	<b>159</b>	<b>100.0</b>

Associação diabete gestacional — 69

1 — Toxoplasmose — 3 Sífilis congênita — 1

2 — Hemorragia pulmonar — 7

Doença hemorrágica — 3

tração, partos prolongados, apresentações anômalas etc. Em um ou outro caso pode-se incriminar a assistência deficiente.

As infecções específicas 2.5% e inespecíficas 17.6% perfazem o total de 20.1% das mortes, são a 3.<sup>a</sup> grande causa de morte neonatal.

Entre as infecções específicas, 3 eram portadoras de toxoplasmose e 1 com sífilis congênita.

Nas infecções inespecíficas há predominância de pseudomonas, que foi causa de grande epidemia em 1964. Neste grupo foram incluídas as pneumonias que Luiz Alfredo destacou no seu estudo.

As malformações incompatíveis com a vida apresentaram incidência de 14.5%. O trauma obstétrico (3.8%) contribuiu com baixo número de neomortos.

No grupo de miscelânia incluímos quadros ainda não perfeitamente interpretados, porém bem caracterizados: 7 casos de hemorragia pulmonar maciça e 3 de doença hemorrágica do recém-nascido, perfazendo o total de 6.3% das mortes neo-natais.

Devemos ainda destacar que, em 159 mortes neo-natais, havia 69 casos de diabetes gestacional materna comprovada, o que dá a incidência de 43.4%.

Nossas atenções estão voltadas para o problema do diabetes gestacional no prenatal obrigatoriamente são feitas curvas glicêmicas em pacientes com antecedentes familiares diabéticos, com história obstétrica de fetos grandes, nati ou neomortos de causa ignorada, fetos malformados, abortamentos repetidos, hidrâmnios, toxemia precoce, aumento de peso exagerado.

Muitas curvas são repetidas no último trimestre e a interpretação das mesmas é de grande rigorismo. Os regimes e cuidados adequados são instituídos.

Terminando, desejariamos lembrar que os nossos coeficientes foram tomados da seguinte maneira:

$$\text{Mortalidade materna} = \frac{\text{N.º morte materna}}{\text{Total nasc. vivos}} \times 1000$$

$$\text{M.P.N.} = \frac{\text{Nasc. mortos (1000 gr e +)} + \text{Neo-mortos (até 7 dias)}}{\text{Nasc. vivos e mortos (1000 gr e +)}} \times 1000$$

$$\text{M.F.} = \frac{\text{Nascidos mortos (1000 gr e +)}}{\text{Nascidos vivos e mortos (1000 gr e +)}} \times 1000$$

$$\text{M.N.N.} = \frac{\text{Neo-mortos (1000 gr e +) (até 7 dias)}}{\text{Nascidos vivos (1000 gr e +)}} \times 1000$$

A razão desse destaque é a freqüência com que encontramos referência à M.P.N. como se fosse a soma dos coeficientes de M.F. e M.N.N., o que não é rigorosamente exato.

Como adendo a esta análise, passamos a atualizar os dados, apresentando o resumo da estatística de 1968:

Partos	1 114
Nascimentos	1 132
Nascidos vivos	115
Nascidos mortos	17
Adm. mortos	7
Mortos serviço	3
Mortos em trabalho	4
Neo-mortos	21
Morte perinatal	36
Morte materna	0
M.M.	0.0 por mil
M.F.	15.1 por mil
M.N.N.	17.0 por mil
M.P.N.	31.8 por mil
Cesariana	78 por mil

2 fetos excluídos da M.P.N. viveram mais de 7 dias.

#### SUMMARY

**Maternal Mortality and Perinatal Mortality at the Clovis Corrêa da Costa Maternity** — The authors present the statistical data of the maternal mortality, the neonatal mortality, the perinatal mortality and the fetal mortality for the period 1958-1967 at the Clovis Corrêa da Costa Maternity, of Rio de Janeiro. During this period all four rates dropped markedly, the maternal mortality from 2.4 to 0.76 per thousand live births, the neonatal mortality from 16.7 to 14.8, the perinatal mortality from 39.9 to 31.8 and the fetal mortality from 23.8 to 17.1. For the four aspects of the mortality the authors studied with details their causes and the means to combat them.

#### RÉSUMÉ

**La mortalité maternelle et la Mortalité Périnatale à la Maternité Clovis Corrêa da Costa** — Les auteurs présentent les données statistiques sur la mortalité maternelle, la mortalité néonatale, la mortalité périnatale et la mortalité fétale à la Maternité Clovis Corrêa da Costa, de Rio de Janeiro, dans la période 1958-1967. Pendant cette période, toutes les quatre formes de mortalité ont diminué sensiblement, la mortalité maternelle passant de 2.4 à 0.76 pour mille naissances vivantes, la mortalité néonatale de 16.7 à 14.8, la mortalité périnatale de 39.9 à 31.8 et la mortalité fétale de 23.8 à 17.1. Pour les quatre aspects de la mortalité les auteurs ont étudié avec détails leur causes et les mesures destinées à les combattre.

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

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Cromosomas no tecido ovárico normal e neoplástico — <b>Toews, H. A. &amp; Cols.</b> .....	121
Efeitos de doses simples e múltiplas de gonadotropina menopásica sobre a função ovárica — <b>Taymor, M. L. &amp; Cols.</b> .....	121
Formação de hormônios esteróidicos em ovários humanos durante o ciclo — <b>Lisse, K. &amp; Cols.</b> .....	122
Tratamento cirúrgico da inversão uterina não puerperal — <b>Lascarides, E. &amp; Cols.</b> .....	122
Incidência de neoplasmas ováricos benignos e malignos — <b>Bennington, J. L &amp; Cols.</b> .....	122
Associação de carcinoma do seio e carcinoma do corpo uterino — <b>McMahon, B. &amp; Cols.</b> .....	123
Biometria do câncer do ovário — <b>Wynder, E. L. &amp; Cols.</b> .....	123
Exame dos olhos em pacientes sob efeito de contraceptivos orais — <b>Connel, E. B. &amp; Cols.</b> .....	124
Tratamento do câncer cervical durante a gravidez — <b>Vernaeghe, M. &amp; Cols.</b> .....	124

---

*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.

---

AVENIDA PRINCESA ISABEL, 392 apt. 302 - ZC-07  
Redação e Administração: