

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR.. .. . Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originaes dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	PÁG
I — Histerossalpingografia — Imagem radiológica normal (Imagem transitória), por A. Campos da Paz Filho	381
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
II — † Dr. Paulo Menicucci, pelo Dr. Lucas M. Machado	408
III — Sobre a esterilização de Madlener, pelos Drs. Lucas M. Machado e Henrique M. Horta	409
IV — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	412
V — BIBLIOGRAFIA	416
Anales del Inst. de Mat. y Asist Social "Prof. U. Fernandez", vol. I, 1944; Rev. Esp. de Obst. y Gin., ano II, tomo III, n. 17, Novembro de 1945; Rev. de Obst. y Gin., ano V, n. III, 1945; Rev. de la Policlínica Caracas, vol. XIV, n. 83, Julho-Agosto de 1935.	
VI — ANALISES	419
VII — SOCIEDADES MÉDICAS	420
Secção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina; Sociedade de Obstetrícia do Hospital Pro Matre.	
VIII — NOTÍCIAS	423
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	425
X — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	426

INDICE.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL-Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado » 120,00		Número avulso..... » 10,00

NOTAS :

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tôda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Pelite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág.
I — Esbôço analítico do Sistema de Proteção á Gestante e á Criança em São Paulo, por Edgard Braga	3
II — Das cabeças derradeiras, pelo Dr. João Mauricio Moniz de Aragão	7
III — Algumas considerações sobre um caso de anomalia reversiva do aparelho genital feminino: Uterus bicornis unicollis biforis. Pelo Dr. Oscar de Barros Serra Dória	16
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
39	
IV — Disjunção sinfisária apos parto normal, por Alencar de Carvalho	40
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	44
VI — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	48
VII — BIBLIOGRAFIA	53
<p>Anales del Inst de Mat. y Asist. Social "Prof. U. Fernandez", vol. VI, 1944; Vida Nueva, Habana, Agosto de 1945, ano XIX, n. 2, tomo LVI; Obst. y Gin. Lat.-Am., ns. 6 e 9, Junho e Setembro, ano III, vol. III, 1945 e ns. 1-2-3, Janeiro-Fevereiro-Março, ano IV, vol. IV, 1946; La Prensa Medica Argentina, ano XXXII, n. 5, 1945 e ano XXXIII, n. 11, 1946; Rev. Esp de Obst. y Ginec., ano II, tomo III, ns. 17 e 18, Novembro e Dezembro de 1945 e ano III, tomo IV, n. 21, Março de 1946; Ginecologia, Recife, Fevereiro de 1946, ano I, n. 1; Rev. Med., Rosario, ano XXXVI, Janeiro-Fevereiro de 1946, ns. 1 e 2.</p>	
VIII — ANALISES	68
IX — SOCIEDADES MÉDICAS	70
X — PETITE REVUE — A. R. O. M.	73
XI — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	75

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tôda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág
I — Colpografia, por Campos da Paz Filho	79
II — Fibromioma e gravidez (dois casos de cesariana e mio- mectomia), Esperança Rey Travassos	90
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
III — Tumor mixto da mama (fibroadeno-condro-osteoma), pelo Dr. Alberto Henrique Rocha	102
IV — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	110
V — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	115
VI — BIBLIOGRAFIA	123
Rev. Esp. de Obst. y Gin., Fevereiro e Março de 1946; Acad. Arg. de Cirurgia-Boletines y Trabajos, Maio de 1946; Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires, Junho de 1945; Obst. y Gin. Lat.-Am., Agosto de 1945 e Feve- reiro de 1946; Anales del Inst. de Mat. e Asist. "Prof. U. Fernandez", vol. VI, 1944; Arch. Urug. de Med, Cir. y Esp., Janeiro de 1945.	
VII — SOCIEDADES MÉDICAS	134
VIII — NOTICIAS	136
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	137
X — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	138

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tôda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

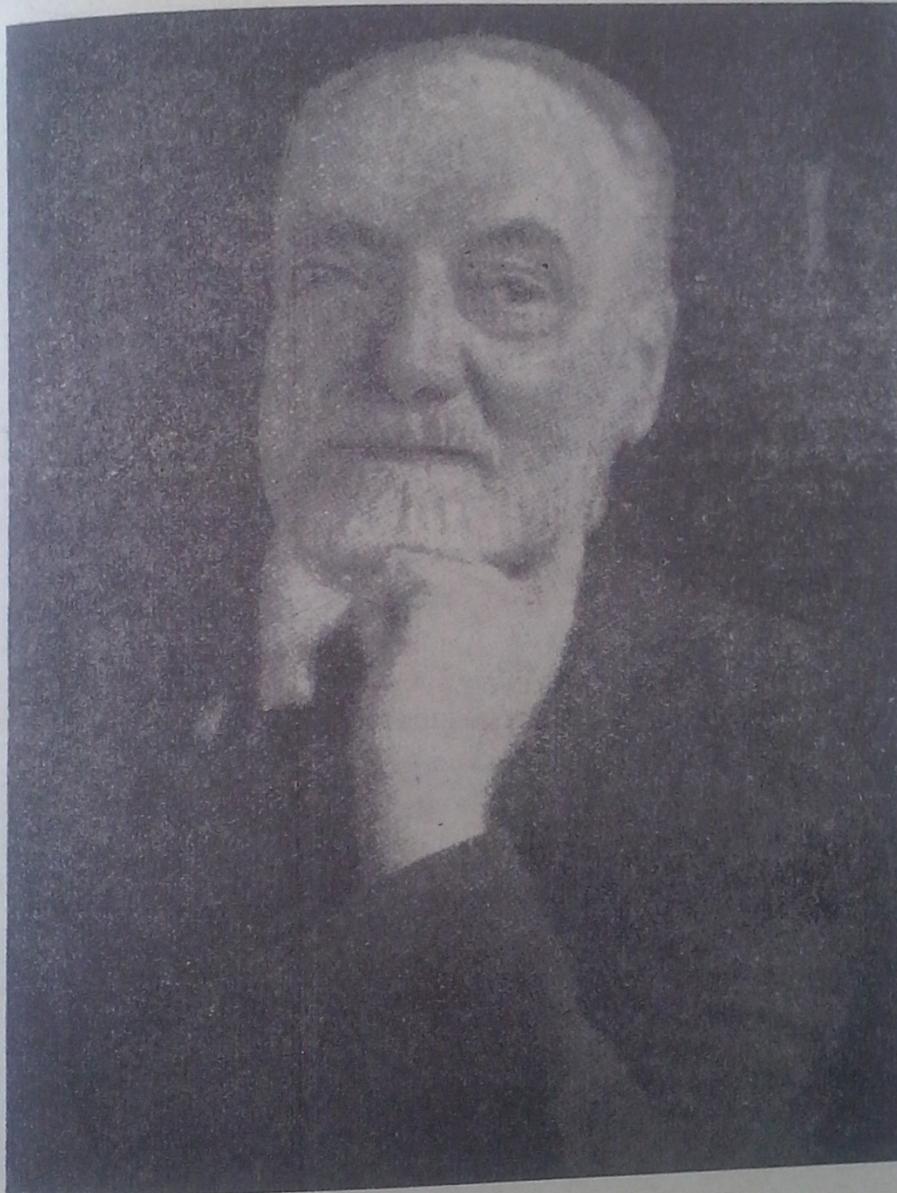
Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	PÁG
I — Necrologio — Prof. Paul Bar † — Pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	141
II — Acerca da assistência ao parto de nádegas, pelo Dr. Murillo Queiroz de Barros	143
III — Factor Rh e Eritroblastoses Fetaes (Trabalho do Instituto de Puericultura do Departamento Estadual da Criança em São Paulo), pelo Dr. Vicente Monetti	154
IV — Inversão uterina tocogenetica, por Francisco Cotta Pacheco Jr.	164
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
	187
V — Sobre um caso de apoplexia útero-placentária e placenta prévia, pelo Dr. Carlos Vieira	188
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	193
VII — ANALISES	196
VIII — SOCIEDADES MÉDICAS	198
Sociedade d'Obstetrícia e Ginecologia.	
Sociedade de Obstetricia do Hospital Pro Matre.	
IX — NOTICIAS	201
X — PETITE REVUE — A. R. O. M.	203
XI — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	205

NECROLOGIO



Professor Paul Bar
5 de Novembro de 1853
26 de Novembro de 1945

Faleceu em 26 de Novembro de 1945, aos 92 anos de idade, o eminente Professor Paul Bar, que, na «Clinique Tarnier» sucedeu ao Professor Budin. O primeiro numero de «Gynecologie et Obstetrique» agora chegado, após o cataclismo da última guerra, traz o necrologio estenso e completo da vasta atividade do Professor Paul Bar. Desse número de «Gynecologie et Obstetrique» reproduzimos, data venia, o retrato que ora publicamos. A vida profissional de Paul Bar foi a mais cheia e produtiva que se podia desejar. Dotado de solidos conhecimentos básicos, o ilustre extinto dedicou o melhor de sua vida ao estudo da especialidade obstetrica que ele exerceu e ensinou com desusado brilho. Seria impossível transplantar para estas curtas notas uma lista de todos os trabalhos do Professor Paul Bar, cuja produção foi tão fecunda que o engrandeceu e tão valiosa que imprimiu à obstetricia um grande progresso. N'uma época, em que a operação cesareana, restrita às angustias pelvicas era terapeutica de excepção, tão alta a sua mortalidade e que na propria França, o grande Professor Pinards, dava sensível desenvolvimento ao estudo e à pratica da sinfisiotomia, o Professor Paul Bar, recomendava a cesareana precoce, e até profilática, praticando uma série de 97 casos de cesareanas precoces ou com pequeno tempo de trabalho com 0% de mortalidade. Pouco a pouco a operação cesareana foi ganhando terreno nas suas indicações, permitindo algum trabalho de prova e finalmente, ao passo que a técnica melhorava, incidindo tambem sobre os casos impuros. Os que hoje a torto e a direito abrem o ventre de suas parturientes, deveriam refletir no que foi o clarividente ensinamento de Paul Bar. De um modo geral, se pode dizer que o extinto Professor de obstetricia da Faculdade de Paris, perlustrou todos os departamentos da especialidade, fazendo-o com profundos estudos e marcadas conquistas. De seus trabalhos publicados, varios grangearam renome mundial e ficarão nas bibliotecas dos especialistas ainda por anos em fora, como obras de indiscutível valor. A Revista de Ginecologia e d'Obstetricia, embora com um atraso compreensível, vem prestar ao grande Mestre da obstetricia francesa esta homenagem de respeito e veneração. O A. destas linhas que conheceu o Professor Paul Bar e aprendeu com ele, escreve com repassado sentimento e emoção que o eminente Professor Paul Bar foi, sem favor nenhum, em toda a plenitude da frase, uma das maiores figuras representativas da obstetricia francesa que ele honrou e engrandeceu.

A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

II

Acerca da assistência ao parto de nádegas

POR

MURILLO QUEIROZ DE BARROS

Livre-docente de Obstetrícia da Universidade do Brasil.

E' fóra de dúvida que ja passou na Obstetrícia a época aurea dos estudos de mecânica. Os novos caminhos descobertos pelo aperfeiçoamento técnico dos meios de pesquisa suplantaram no interesse dos especialistas os problemas puramente mecânicos, já devassados em todos os seus angulos pela lógica e a arte dos que nos precederam. Contudo, a prática obstétrica oferece diariamente problemas de cuja rápida decisão dependem duas vidas e a via transpélvica ainda é a dos verdadeiros obstetras e a que requer conhecimentos maduros para sua perfeita utilização. Obstetrícia não poderá ser jamais — cesareana ou parto normal — a não ser que essa especialidade se converta, como temia De Lee, em uma «lost art». De fáto, nós vemos ampliarem-se as indicações da cesarea enquanto muitas vezes as operações transpélvicas se transformam em verdadeiros duelos entre os que reviveram a época de Paré (cirurgiões barbeiros) e os tecidos maternos, enquanto comprimido e estirado entre os dois sofre inerte o pobre nacíto sem culpa. A utilização da via transpélvica requer aprendizado longo nas maternidades, para a prática do exame meticoloso no decorrer do parto, capaz de colher os dados e aquilatar os sintomas em que é tão rica a propedeutica obstétrica. Mas nem sempre houve tempo para o primeiro, ou ha paciência para o segundo, e a indicação operatória vai aparecendo com uma frequência que depende muitas vezes das ocupações a que tenha de atender, naquele dia, quem assiste o parto. E' certo, sem dúvida, que a prática das intervenções transpélvicas sofreu rude golpe na incontestável segurança que oferecem hoje as laporatomias, na era das sulfas e penicilinas, das transfusões e do plasma. A segurança da operação cesareana se transforma em atração poderosa para os que praticam a especialidade sem conhecer o que se pode obter das intervenções transpélvicas. A cesareana não serve aos parteiros para substituto das intervenções que, embora difíceis — no sentido de habilidade —, oferecem segurança suficiente ao feto e praticamente nenhum risco materno. Ela veio principalmente ocupar o lugar das intervenções afanosas onde a resistência do trajeto, ou o volume do móvel, pudesse pro-

vocar danos irreparáveis. Contra certos obstáculos pouco vale a arte e se nós quizessemos menor dano, mistér se faria agir lentamente e no prazo necessário poder-se-ia perder a vida fetal. Certos casos, «au seuil de la dystocie», se beneficiaram com a ampliação da prática da cesarea. Entre eles o parto de nádegas, maximé quando havia o binomio sôbre o qual tanto insistia. Fernando Magalhães — feto grande e primiparidade. Contudo, parece que justamente neste setôr, a não ser nos meios da elite obstétrica, a prática «não pegou». Dir-se-ia que a facilidade de apreensão da nádega ou dos pés e a possibilidade de tração é um estímulo tentador e o resultado é que ainda se vê muito, por êste Rio a fóra, cabeças derradeiras acima do estreito superior entregues à fúria dos punhos poderosos. Aliás, o problema da indicação obstétrica oferece exemplos surpreendentes como o de um Serviço de Obstetria cujo chefe se gaba de nunca haver feito uma cesareana... Assim sendo, o parto de nádegas requer cuidados especiais na sua assistência, que vão desde os últimos tempos da gestação para o diagnóstico completo até o momento culminante do início da expulsão do corpo fetal. A delicadeza deste problema obstétrico decorre das dificuldades da avaliação segura do volume da cabeça derradeira, inacessível ao palpar mensurador e dando informes inseguros no écran radiológico. E assim, se muitas vezes conseguimos aproximar-nos bastante pela propedêutica acurada do volume da cabeça fetal e o consequente cálculo das proporções vis-a-vis da bacia, não é menos verdade que muitas vezes tal detalhe nos causa grandes surpresas. O parto pélvico é «o parto das dificuldades crescentes» (1), a passagem do bitrocanter é simples; o das espaduas, mais difícil e quasi sempre exigindo o auxílio do obstetra, e o da cabeça sempre exigindo auxílio, seja num só dos seus tempos, a deflexão, ou tambem no da insinuação completada pela referida, isto é, a manobra de Champetier des Ribes, seguida pela de Mauriceau, ou outras que se empreguem. O parto pélvico é o parto das dificuldades crescentes. Nele não se pode falar em especiação total — a espontaneidade completa é fato raro.

Os fétos muito pequenos, ou em grandes multiparas de bacia ampla e tecidos dilatáveis ao máximo, saem sem auxílio da arte e apenas apanhamos os pés, e todos os tempos se sucedem sob as nossas vistas sem que muitas vezes houvesse tempo material para auxiliar, a não ser amparando o corpo do feto. Mas, isto está longe de ser a regra e no parto pélvico a atitude do parteiro tem de passar da especiação completa, nas primeiras fases da expulsão do cilindro fetal, para a atitude ativa no parto de espádua e da cabeça derradeira. E' obvio que a ingerência

1) — Fernando Magalhães — aula em 1936.

prematura no mecanismo só pode trazer dissabores. «If you will wait until the navel is out you will halve the fetal mortality». (2) Contudo, expectação não quer dizer passividade e o parteiro conscio de seus deveres tem meios de abreviar os últimos tempos do parto pélvico, e neste sentido são unâimes os autores em aconselhar o desprendimento final da cabeça derradeira,

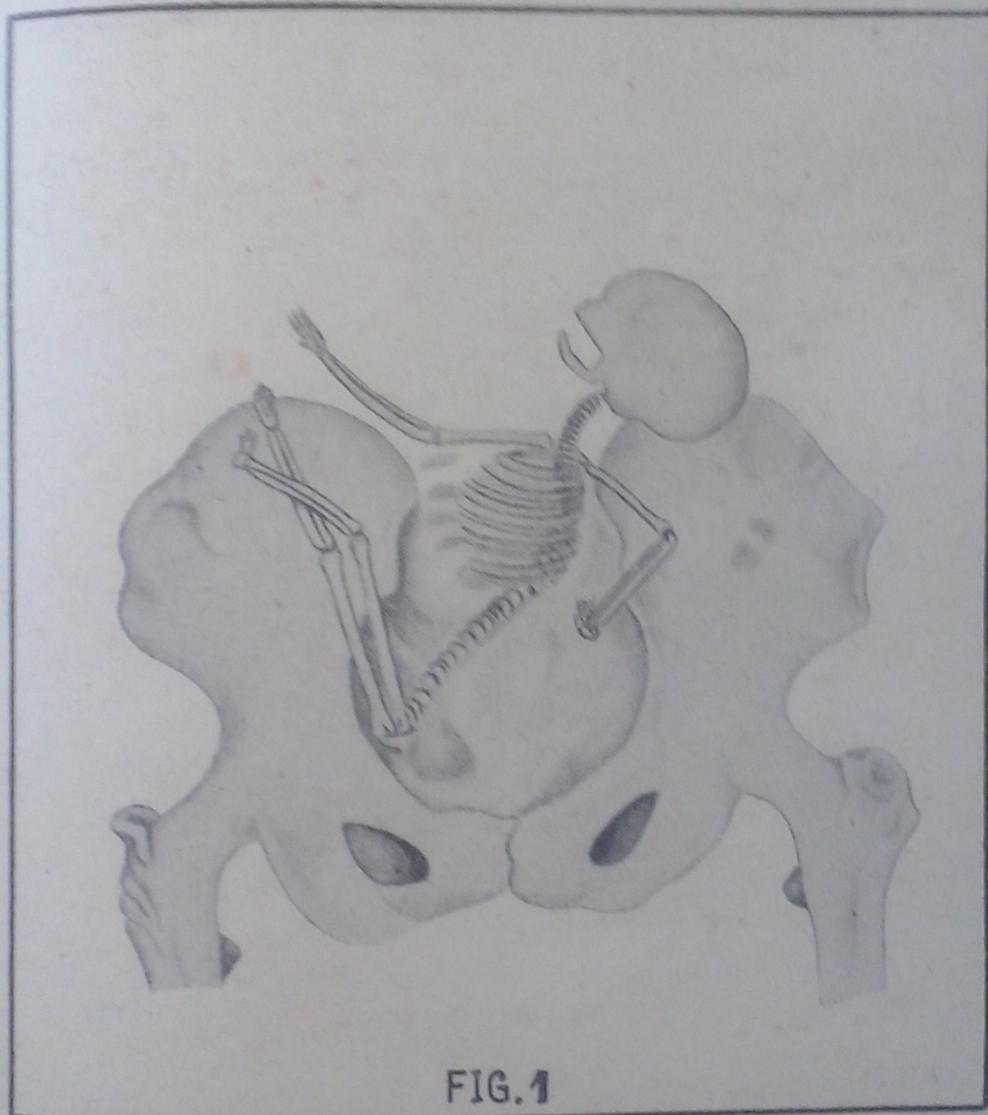


FIG. 1

auxiliada pela manobra de Mauriceau ou pelo forceps, como preconizam, principalmente, os americanos. Os tratados ensinam na assistência ao parto de nadeegas espontâneo, depois do auxilio às espaduas, colocar os dedos na bôca do fêto, seja à maneira de Mauriceau ou de Smellie e determinar o desprendimento da ca-

2) — J. B. de Lee — Year book of Obst. and Gynec., 1937, pg. 195.

beça. A quasi totalidade dos livros que tratam da técnica de assistência ao parto de nádegas, fazem-no, aconselhando os cuidados clássicos com o corpo fetal e começando a atividade quando se inicia o parto das espáduas, porem preconizam a pausa entre o desprendimento da espádua anterior e a feitura da manobra de desprendimento da cabeça — considerando assim que a insinua-

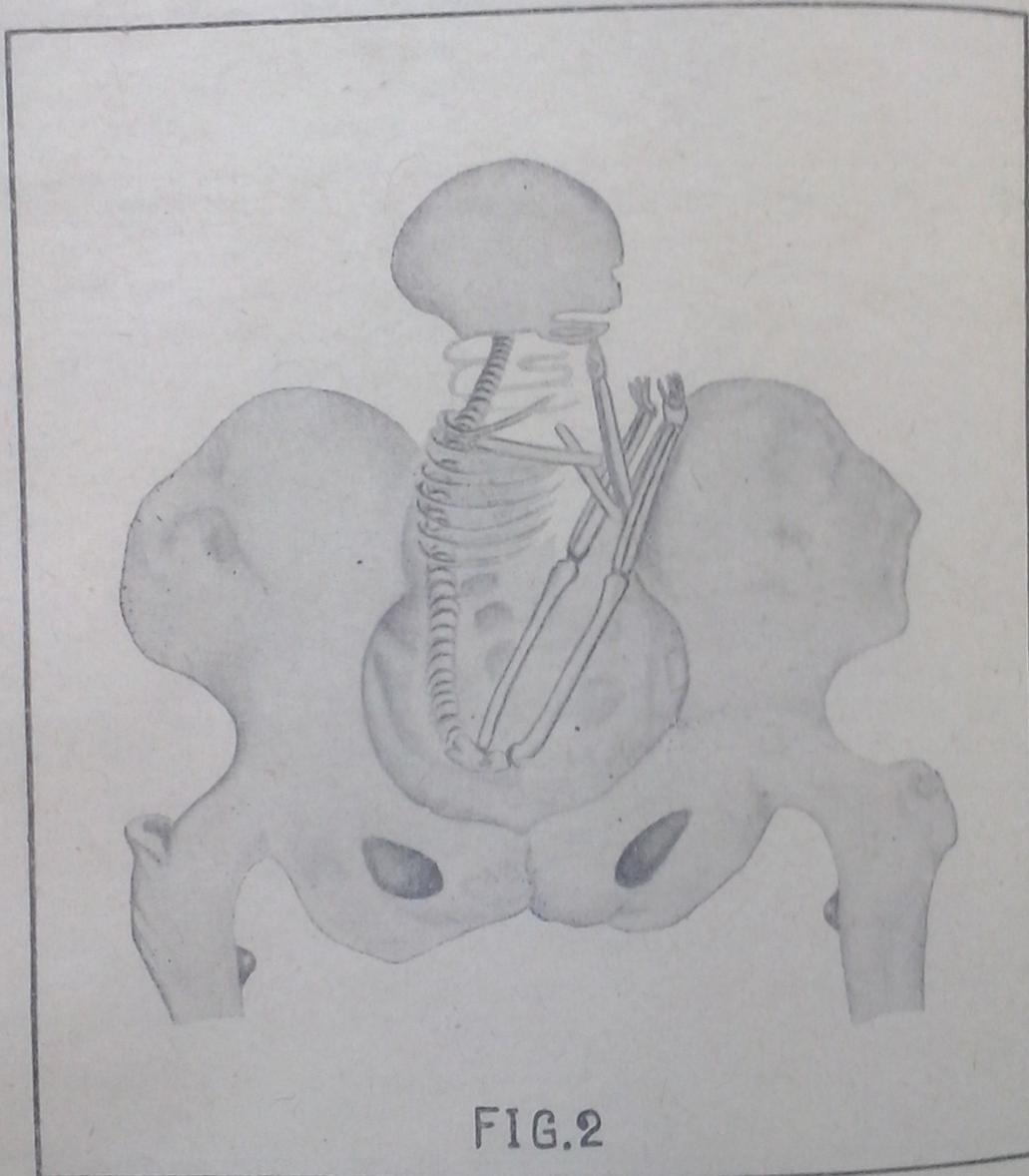


FIG.2

ção da cabeça siga sempre nos casos normais ao desprendimento do último hombro. Alguns, maximé os ingleses, aconselham a manobra de Burns ou seja deixar pender o feto pelo próprio peso após o parto cormico e então, em seguida, proceder à manobra de flexão que vai desprender a cabeça finalmente. O conselho repetido de não tracionar pelo corpo do feto, funda-se no desejo

de evitar o grande inimigo do mecanismo de parto pélvico — a deflexão dos diversos segmentos do tronco fetal, seja o levantamento dos braços ou a deflexão final da cabeça impedindo a insinuação. A abstenção de trações então seria fator decisivo para obviar tão perigosa complicação. Mas, muitas vezes o parto corretamente conduzido, com bacias e fetos normais, apresentava muitas vezes no seu término a deflexão da cabeça, impedindo a insinuação e impondo a manobra corretora, que muitas vezes vinha com um retardamento evitável. Surgiu porém a época do raio X e com êle a exploração da atitude fetal se difundiu e nos casos de apresentação de nádegas, se poudo ver que antes e durante o trabalho de parto, a cabeça podia se encontrar em atitude deflexionada, bem como se verificar o levantamento dos braços. Estes achados eram considerados absolutamente normais. São ilustrativas deste fáto as radiografias publicadas por Stein (3), nas quais se podem ver vários graus de deflexão da cabeça e mesmo levantamento dos braços em estado de repouso uterino. Como sempre nos impressionava o fato de se encontrar a cabeça deflexionada em partos atendidos com técnica rigorosa, procuramos surpreender fatos similares e em 2 casos de clínica particular podemos verificar o mesmo fáto — sendo 1 caso que terminou em cesárea e outro evoluindo espontaneamente. João Amorim, verificou fato semelhante na Maternidade da L.B.A. em São Paulo, tendo tido mesmo a gentileza de nos enviar chapas radiográficas comprobatórias de tal fato. A possibilidade de se encontrar a cabeça em posição deflexionada, independente de qualquer ação sôbre o tronco fetal, tornar-se-á cada vez mais conhecida e influirá decerto na conduta a seguir no parto pélvico. E' óbvio que, pelo fáto de poder a cabeça já estar deflexionada, não fará diminuir um só dos cuidados exigidos no manejo com o corpo fetal que se desprende, porém deverá impôr uma atitude ativa e constante na fase derradeira do parto, consistindo na imediata procura da bôca fetal logo após o desprendimento da espádua, flexiona-la se necessário e então posteriormente realizar a manobra de Mauriceau precedida ou não pela episiotomia. Esta conduta não é, contudo, ensinada na maioria dos tratados por nós compulsados. Querendo facilitar tal verificação, transcrevemos alguns de origem variada, afim de examinar bem várias tendências. — Brindeau et Lantuéjoul, aconselham no item 4.º: Ajudar os membros superiores a franquear o orifício vulvar

3) — Stein, I. F. — J. A. M. A. — 117, 1430, 941.

e facilitar a cabeça derradeira a se desprender pela manobra de Mauriceau.

No «Queen's Charlotte Textbook of Obstetrics» (5) — «geralmente após os membros superiores terem se desprendido, a cabeça desce até ficar pronta a surgir na vulva» — sem fazer referência ou aconselhar qualquer atitude ativa por parte do operador. De Lee (6) — manual aid means the delivery of the shoulders and head, after nature has accomplished the expulsion to the navel. Beck (7) contudo julga que se deva esperar o parto espontâneo sem que nada mais seja feito a não ser sustentar o corpo à medida que for se desprendendo. Greenhill (8) julga que se as condições do feto são boas que «all that need be done is to support the body of the child». M. L. Perez (9) aconselha — «conforme el tronco se haya expulsado y los hombros aparecidos en la vulva, se procedera a la extración artificial de la cabeza». Moragues y Bernat (10)... «conseguido el desprendimiento de los hombros e sistematicamente, una vez encajada la cabeza, se deve recurrir a la maniobra de Mauriceau-Veit-Smellie»... note-se que não se explica como se dá a insinuação da cabeça, dando a impressão que tal fase sempre se verificará em todos os casos. Weibel (11) aconselha a insinuação e o desprendimento pela manobra de Wigand ou apenas o 2º tempo pela manobra de Mauriceau — quando houver necessidade, sem maiores detalhes. Döderlein (12) diz que uma indicação estrita para a intervenção imediata é que a expulsão da cabeça não siga rapidamente à do tronco. Entre os nacionais, C. Corrêa da Costa (13) diz que deve ser feita a manobra de Mauriceau antes que o feto se tenha asfiziado. Moniz Aragão (14), em publicação recente, analisa o problema das cabeças derradeiras, sem, contudo, esclarecer a conduta a seguir imediatamente após o parto das espáduas, no trecho: — «mesmo quando o polo cefálico, acompanhando as espáduas, haja

-
- 5) — By the members of the Clinical Staff of the Hospital — V. & A. Churchill, 1943.
 6) — De Lee — Principles and Practice of Obstetrics, 8th Ed. — Saunders.
 7) — A. Beck — Tratado de Obstetrícia — Tradução portuguesa, 1943.
 8) — Obstetrics in General Practice — The Year book Publ., 1940, pg. 235.
 9) — Tratado de Obstetrícia, 3.ª ed., pg. 443, vol. I.
 10) — Clinica Obstétrica — Edit. El Ateneo, 1943, pg. 247
 11) — Obstetrícia y Ginecologia practicas — Versión hespañola — M. Maria, Edit., 1942, pg. 206.
 12) — Tratado de Obstetrícia — Edit. Labor, 1938, vol. II, pg. 676 (trad. hespanhola).
 13) — Lições de Clínica Obstétrica — 3.ª ed., 1940, pg. 283.
 14) — Rev. de Gyn. e d'Obst. do Brasil 40:11, 1946.

penetrado na excavação, o parto da cabeça derradeira reclama a intervenção do parteiro... Entre os mais modernos trabalhos podemos trazer certas orientações. Assim Greig (15) aconselha os seguintes princípios — A) preparação da paciente; B) bloqueio dos nervos perineais e pudendos; C) preparação da vulva e períneo pela dilatação prévia que é seguida de episiotomia posterolateral; D) desprendimento dos braços pela técnica de Burns Marshall. A técnica de Burns-Marshall, à qual já fizemos referência, é assim descrita por Bourne (16)... logo após a saída dos braços, deixa-se pender o feto com a cabeça retida afim de se proceder dess'arte à insinuação da cabeça. Após isto, o feto é apanhado pelos pés e com uma pressão continua atravez do occiput do mesmo, feita com a mão esquerda, vai se realizando um semicirculo com o corpo e pernas do nascituro até que o mesmo caia com o dorso sôbre o ventre materno. Julgamos péssimo êste processo, visto como a falta de controle sôbre a situação da cabeça fará com que esta tração às cegas vá agravar qualquer atitude anormal, como a deflexão da cabeça derradeira. Esta prática é aconselhada por certos obstetras brasileiros. Está de acordo com o nosso ponto de vista R.T. La Vake (17) que descrevendo a técnica a ser usada na apresentação de nádegas escreve: — *after delivery of the arms, never allow the body of the baby to hang without support*. Este artigo apresenta várias outras proposições e no fim do mesmo vem o comentário de J. B. De Lee... «*all excellent advice*...» Tompkins (18) aconselha na última fase a pressão continua sôbre a cabeça para evitar a deflexão e a aplicação do forceps de Piper para a cabeça derradeira. Com seu método conseguiu a taxa de 2,7% de mortalidade fetal. Assim sendo, de um modo rápido são êstes os conselhos que os tratadistas de diversas origens ministram no capítulo do parto de nádegas. Todos aconselham a abstenção nas primeiras fases com os cuidados que seriam demais repetir por serem sobejamente conhecidos. Quanto à fase crucial do parto pélvico, isto é, a que começa imediatamente após o desprendimento dos hombros, nem sempre está claramente exposta a maneira de agir, descrevendo a grande maioria a manobra de Mauriceau logo depois da fase citada. Julgamos assim que cumpre esclarecer exatamente a conduta na última fase do parto

15) — J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 52:122, 1945.

16) — A. Bourne — *Recent Advances in Obst. and Gynec.* — The Blakiston Co., 1942

17) — *Year book of Obst. and Gyn.* 1937, pg. 197.

18) — *Amer. Jour. of Obst. and Gyn.*, 46:69, 1943.

pélvico. Usamos e aconselhamos a seguinte orientação: Após o desprendimento da espádua anterior, introduzimos imediatamente a mão cujo plano ventral corresponda à face fetal — realizamos a flexão se não existe, procuramos a insinuação pelo diâmetro transverso preferivelmente — após aquele se ter dado, executamos a rotação para O. P. e finalmente o desprendimento da cabeça. Durante tôdas as manobras, um auxiliar mantém a cabeça através do ventre e quando estiver completada a flexão e orientada a cabeça, determinará, por uma pressão suave, a insinuação da mesma. Em resumo, agir sistematicamente na fase da insinuação da cabeça derradeira. Poderão objetar que tal prática nos partos eutócicos é desnecessária porque a insinuação se faz logo após o desprendimento da espádua. Mas, mesmo que em algumas vezes tal prática resulta inútil, ela será valiosa pela abreviação do tempo que determina justamente nos casos que ensombrecem as estatísticas, isto é, aqueles em que a posição anômala da cabeça derradeira retarda o seu desprendimento. Este processo evitará que o profissional possa ser surpreendido com uma atitude deflexionada de uma cabeça, sem que tenha havido qualquer infração na assistência ministrada. A condução da cabeça desde o estreito superior, isto é, todo o parto da cabeça derradeira, deve ser conduzido pelo parteiro que, de acordo com mecanismo normal, fará suavemente e no tempo mais curto compatível com a sua segurança — a extração do feto. Não é apenas a má orientação das cabeças derradeiras a causa das demoras fatais no desprendimento das mesmas, outras causas como o volume, a rigidez das partes moles, a hiposistolia interna, etc., etc. Mas, o parto de nádegas só é admitido pela via transpelviana, quando o exame acurado nos informou da maneira máis aproximada possível a sua possibilidade sem riscos excessivos. O parto pelvico é uma das situações mais difíceis com que pode topar um profissional e para resolvê-lo tôda calma e bom senso são necessários. Foram estas dificuldades que Potter e Collab. (19) salientam de maneira clara «in a breech delivery it is impossible to control the arms, the head is always unmolded and is frequently extended... e no item 4 de suas conclusões, salientam — ...Remembering that the head is not molded, is usually extended, and the arms cannot be controlled, is of fundamental importance... O parto de nádegas é um equilíbrio instável entre as resistências e o móvel, qual-

19) — Potter, M. G.; Erving, H. W. e Bruce Brown, J. — Am. Jour. of Obst. and Gynec., 49:567, 1945.

quer dificuldade num dos fatores, retarda o mecanismo e o prognóstico se ensombrece. As primíparas, cujos tecidos rijos são fatores de dificuldade na progressão do cilindro fetal, concorrem com grande soma dos partos pélvicos distócicos. Já Lantuéjoul (20) escreveu: «...les mauvais sièges s'observent presque exclusivement chez les primipares». De tal assertiva ninguém irá deduzir que a apresentação de nádegas em multiparas sempre se resolva de maneira favorável. Aliás, o obstetra sempre se acerca da multipara com uma tranquilidade que, como bem acentuam Speiser, M. D. e Spech, G. (21) pode ser, algumas vezes injustificada. A existência da prova anterior de parto transpélvico pesa como documentação importante da viabilidade do parto vaginal e então os fetos grandes, maiores do que os da gestação anterior oferecendo imprevistas dificuldades sérias ao desprendimento cefálico derradeiro, representam elevada taxa de mortalidade e morbidade materna. As dificuldades que se reúnem para ensombrecer um parto pélvico são várias, e é por esta razão que em muitas circunstâncias o parteiro precisará de seus conhecimentos profissionais e de arte para proteger o nascituro do perigo grave que enfrenta nesta eventualidade. ... Let me match a man conduct a breach case and I will give you his obstetric rating. (22) Os fetos, infelizmente, por maiores que sejam os cuidados e mais pronta e segura que seja a assistência, sucumbem em proporção alta, por isso só devemos nos arriscar a assistir um parto de nádegas permitindo a via transpélvica, maximé em primípara, quando todos os prós estão a favor do feto e da parturiente: capacidade física materna perfeita, idade abaixo de 28, tecidos vulvo vaginal-cervicais são e bem embebidos, feto normal, ambiente obstétrico, material e humano completo. Com estes requisitos podemos prescindir da operação cesárea, ou por outra, iniciar uma prova de trabalho em parto pélvico. A resposta do cólo às contrações e a resistência do feto às mesmas nos indicarão os seus limites. Se o levamos a termo com os meios obstétricos puros, façamo-lo com técnica segura abreviando, sem afobações, os últimos tempos e para este fim a imediata prensão da cabeça derradeira, após o desprendimento das espáduas, é prática legítima cujas vantagens devemos proclamar e ensina-la claramente. Para que este artigo desprezencioso tenha algo de literário a ser admirado, trans-

20) — Considerations sur la presentation du siège chez les primipares. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1936, pg. 98.

21) — Amer. Jour. of Obst. and Gynec., 51:607, 1946.

22) — J. B. De Lee — Loc. Cit.

crevemos este expressivo trecho de Lee, tantas vezes já citado neste trabalho: «There are few operations in any discipline of medicine that are inherently so artistic. Every movement imparted by the hands to the fetal body has been worked out by the great accoucheurs of time, and the complete delivery done by an expert can be likened to the technic of a violin virtuoso (Edit)».

CONCLUSÕES

- 1.º — A apresentação de nádegas impõe ao obstetra cuidados especiais referentes ao perfeito diagnóstico da proporção fetopélvica. A verificação do volume da cabeça derradeira oferece dificuldade reais.
- 2.º — Há necessidade da atitude fetal flexionada para as saídas do feto espontaneamente. Nem sempre são manobras intempestivas que provocam a deflexão da cabeça ou o levantamento dos braços.
- 3.º — Cumpre conhecer esta circunstancia afim de prevenir a complicação, controlando o parto da cabeça derradeira, ao promover a flexão imediatamente após o desprendimento das espaldas, e tornando assim mais faceis e quiça rápidos a insinuação e o desprendimento. A função dos dedos na boca fetal não é extrair, mas flexionar a cabeça e orientá-la, enquanto a pressão transabdominal determinará a insinuação final.
- 4.º — Embora tal manobra seja por vezes difficil e a sua pratica importe riscos, o seu emprego dentro da técnica rigorosa oferece uma segurança que não possuem os processos como os de Burns ou Bracht, que prescindem da preensão da cabeça fetal, única maneira possível de exercermos uma atividade metódica e eficiente na insinuação da cabeça derradeira.
- 5.º — No parto de nádegas só podemos falar em prova de trabalho, em relação à dilatabilidade do cólo uterino e eficiência do motor uterino. A possibilidade da cabeça transpor o estreito superior só se verifica numa fase em que a resposta negativa já é uma sentença de morte fetal.
- 6.º — Por esta razão a indicação da cesariana tem de ser mais frequente, maximé nas primiparas e ainda mais naquelas onde as condições do canal vulvo vaginal podem se mostrar desfavoráveis.
- 7.º — A indicação oportuna da cesariana e o processo linhas acima indicado nos partos transpélvicos, concorrerão de certo para a melhoria das estatísticas da mortalidade fetal no parto pélvico.

BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL

- 1 -- ADAIR, F. L. -- *Obstetrics and Gynecology*. Lea & Febiger, 1940, II vols.
- 2 -- BALDI, E. M. -- *Anales del Instituto de la Maternidad*, Prof. U. Fernandez.
- 3 -- BECK, A. -- *Tratado de Obstetricia*. Trad. portuguesa, 1943.
- 4 -- BRINDEAU, A. -- *La Pratique de l'art des Accouchements*. Vigot Frères, 1927.
- 5 -- BRINDEAU, A. e LANTUEJOL, P. -- *La présentation du siège*. La version Vigot Frères, 1937, p. 12.
- 6 -- BOURNE, A. -- *Recent advances in Obst. and Gynec.* The Blakiston Co., 1942.
- 7 -- BUMM, E. -- *Précis d'Obstetrique*. Trad. franç. Payot & Cie. 1911, Paris.
- 8 -- CORRÊA DA COSTA, C. -- *Lições de Clínica Obstétrica*. 3.^a ed. 1940, p. 283.
- 9 -- DE LEE, J. B. -- *Year book of Obst. and Gynec.* 1937, p. 195.
- 10 -- DE LEE, J. B. -- *Principles and Practice of Obst.* 8th Edit. Saunders.
- 11 -- DÖDERLEIN, A. -- *Tratado de Obstetricia*. Edit. Labor, 1938, II vol., p. 676.
- 12 -- FARABEUF, L. H. e VARNIER, H. -- *Introduction à l'étude clinique et a Pratique des Accouchements*, Masson & Cie.
- 13 -- GREENHILL -- *Obstetrics in General Practice*. The Yearbook Publ. 1940.
- 14 -- GREIG, O. J. -- *Obst. and Gynec. Brit. Emp.* 52:122, 1945.
- 15 -- LANTUEJOL -- *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*. 13e. année, 1936.
- 16 -- LA VAKE, R. T. -- *Yearbook of Obst. and Gynec.* 1937, p. 197.
- 17 -- MAGALHÃES, Fernando -- *Clínica Obstétrica*. 1933. Ed. Guanabara, p. 203.
- 18 -- MAIR, C. -- *Yearbook of Obst. and Gynec.* 1937, p. 195.
- 19 -- MORAGUES e BERNAT -- *Clínica Obstétrica*. Edit. El Ateneo. 1943, p. 247.
- 20 -- MUNRO KERR, J. M. -- *Combined Textbook of Obst. and Gynec.* F. & Livingstone, 4th ed.
- 21 -- PÉREZ, M. L. -- *Tratado de Obstetricia*. 3.^a ed., p. 443, vol. I.
- 22 -- POTTER, M. G.; ERVING, H. W. e BRUCE BROWN -- *Am. Jour. of Obst. and Gynec.* 49:567, 1945.
- 23 -- QUEEN, Charlotte -- *Textbook of Obstetrics*. V. & A. Churchill, Ed. 1943.
- 24 -- RECASENS, S. -- *Tratado de Obstetricia*. Salvat Edit. 1932.
- 25 -- STANDER, -- *Williams Obstetrics*, 7th Ed. Appletin Ed.
- 26 -- STEIN, I. F. -- *J. A. M. A.* 117:1430, 1941.
- 27 -- TARNIER, S. e CHAUTREUIL, G. -- *Traité de l'Art des Accouchements*. 1882, Laumereyns.
- 28 -- TOMPKINS, S. -- *Amer. Jour. of Obst. and Gynec.* 46:695, 1943.
- 29 -- VANDESCAL -- *Leçons des jeudi soir à le Clinique Tarnier*. 7e. année. 1930.
- 30 -- WEIBEL -- *Obst. y Gin. Practicas*. Versión hespanhola. M. Marin Ed. 1942.
- 31 -- WALSH, J. W. e KUDER, K. -- *Am. Jour. of Obst. and Gyn.* 47:541, 1944.
- 32 -- WATERS, E. G. -- *Amer. Jour. of Obst. and Gynec.* 43:715, 1942.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro, 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tôda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originaes dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Acerca da indicação da sinfiseotomia de Zárate, pelo Dr. Carlos Werneck	209
II — O valor do fator Rh e sua relação com as eritroblastoses (Mecanismo e evolução), pelo Dr. Oswaldo Bighetti . . .	213
III — Banco de sangue placentário, pelos Drs. João Amorim, Oswaldo Lacreta e Luciano Endrizzi	224
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
IV — Cancer do colo e prolapso uterino, pelos Drs. Rubens Monteiro de Barros e Alberto Henrique Rocha	234
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	243
VI — Revista de Revistas em Língua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	250
VII — BIBLIOGRAFIA	254
Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, tomo XXV, n. 4; Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp., Outubro de 1944; Obst. y Gin. Lat.-Am., Novembro de 1945, Maio e Junho de 1946.	
VIII — SOCIEDADES MÉDICAS	265
Sociedade de Obstetricia do Hospital Pro-Matre.	
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	267
X — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	269

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:

AFFONSO COSTA QUEIROZ

Rua Arlindo Fragoso, 3

SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL

Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:

CLARINDO FARIAS

Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR.. .. . Cr\$ 150,00
Registrado		Número avulso.....
120,00		10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tóda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Tumor solido da vulva, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	273
II — Carcinoma gelatinoso da mama, pelo Dr. Aurélio Monteiro	278
III — Tratamento cirúrgico da esterilidade tubária, pelo Dr. A. Campos da Paz Filho	286
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
IV — Sobre dois casos de gravidez ectopica intersticial, pelo Dr. Henrique Machado Hórta	295
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	296
VI — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	302
VII — BIBLIOGRAFIA	307
Gynécologie et Obstétrique, tomo 45, n. 2, 1946, Paris; Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, tomo 24, n. 3, Setembro de 1945; Boletin de la Sociedad de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Aires, tomo 25, n. 8, Agosto de 1946; Gyn. et Obst., tomo 45, n. 3, 1946; Rev. de la A. M. A., Julho de 1946; La Prensa Medica Argentina, n. 30, Julho de 1946; Rev. Esp. de Obst. y Gin., Valencia, ano 3, tomo 4, Maio de 1946.	310
VIII — ANALISES	311
HENRI VIGNES — Maladies des femmes enceintes — V - Coeur; VI - Maladies des vaisseaux. — Masson & Cie., Edit., Paris, 1942.	
IX — SOCIEDADES MÉDICAS	331
Sociedade de Obstetricia do Hospital Pro-Matre.	
X — NOTICIAS	334
A França revive — XII Congresso da Associação dos Ginecologistas e Obstetras da lingua franceza.	
XI — PETITE REVUE — A. R. O. M.	335
XII — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	337
	339

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro, 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado..... > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tôda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Ano XL	3
II — A mulher e o trabalho, por Guilherme de Carvalho Serrano	4
III — Os distúrbios urinários em ginecologia, por Arandy Miranda	13
IV — Comentários sobre perto de 50 intervenções cesarianas, pelo Dr. José de Souza	24
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
V — Mortalidade em Ginecologia (1935—1944), pelo Dr. Jayme E. F. Werneck	39
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	40
VII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	44
VIII — BIBLIOGRAFIA	48
Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.; Abril de 1944; Soc. de Cir. de Cordoba — Boletines y Trabajos, ano V, n. 6; Arch. de Gin. y Obst., Abril de 1945; Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires, Dezembro de 1944 e Junho e Julho de 1945; Bol. y Trabajos — Arc. Arg. de Cirurg., Junho e Julho de 1945; Arch. de Gin. y Obst., Abril de 1945; Revista Medica de Cordoba, Junho de 1945; La Prensa Medica Argentina, Agosto de 1945; Obst. y Gin. Lat.-Amer., Julho de 1945.	51
IX — SOCIEDADES MÉDICAS	61
Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil. Sociedade de Obstetricia do Hospital Pro Matre.	
X — NOTÍCIAS	71
Professor Octavio Rodrigues Lima. Curso de extensão universitária.	
XI — PETITE REVUE — A. R. O. M.	75
XII — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	77

IV

Comentários sobre perto de 50 intervenções cesarianas

DR. JOSÉ DE SOUZA

Ao fazermos a divulgação do presente trabalho, queremos prestar uma sincera homenagem ao Grande Mestre Fernando Magalhães, o difusor da verdadeira Obstetricia no Brasil e vulgarizador da intervenção cesareana em nossa terra. Acolhidos à sombra da casa que ele criou, a Pro Matre, nela teviam lugar 46 das intervenções aqui relatadas; aos seus diretores e demais colegas de serviço todo o nosso reconhecimento. Aos Drs. Nuno A. Magalhães e Guilherme Serrano, pelas oportunidades que nos conferiram e lições que sempre nos ministraram, cabe todo o merito que aqui porventura exista.

Neste trabalho procuramos, propositadamente, deixar de lado o histórico, técnicas, cuidados previos etc. por serem de todos sobejamente conhecidos e sem maior conexão com o que pretendemos, que visa apenas, bem o poderemos dizer, exprimir em números tudo quanto nos foi dado realizar.

Indicações

A indicação predominante, seguindo a regra geral, foi ainda a de desproporção feto-pélvica, que, em nossa estatística contribue com 22 casos, isto é 44%, cifra modesta, se a compararmos com trabalhos outros em que atinge de 50 a 75%. Nem outra poderia ser a indicação operatoria predominante se atentarmos que executamos 25 intervenções em nuliparas. As indicações nas multiparas estão quasi sempre ligadas ou a desvios do motor ou à incidência de acidentes varios, só muito raramente intervindo então a desproporção. Dentro dessa indicação tivemos 15 vezes gestantes que engravidaram pela primeira vez, enquanto que das 7 restantes, em duas praticavamos cesareas iterativas. Nas outras cinco, vamos encontrar um em uma mulher que engravidava pela 3.^a vez, dando lugar na 1.^a gestação a um parto prematuro e na 2.^a a uma aplicação de forceps que

culminou com a retirada trabalhosa de um feto morto. Quatro fetos com peso superior a 3.800 grs. encerram este capítulo das indicações por desproporção feto-pélvica.

b) Distocia cervical. Logo a seguir, vamos encontrar a distocia cervical com um coeficiente de 6 casos, elevado sem dúvida, se o encararmos sem maior cuidado; no entanto, todos sabem perfeitamente bem o modo pelo qual nos vêm ter às mãos a grande maioria das doentes. São mulheres que só procuram o serviço médico no momento de dar à luz portadoras o mais das vezes, de processos infecciosos graves e que evoluem sem o menor cuidado. Acrescente-se a isso, o não pouco frequente «auxílio» que as curiosas nos prestam, forçando colos e incrementando contrações ainda não completamente necessárias. E' certo que entre as que operamos por esta indicação se contam dois casos de clínica privada e cujo pre-natal fora cuidadosamente orientado. Uma delas, portadora de extensa cervicite, apresentava também alongamento hipertrófico do colo, que de modo nenhum se deixou vencer.

Como se o que dissemos acima não bastasse, são gestantes que em absoluto se submetem a regimes alimentares por ventura traçados, e bem sabeis das dificuldades que daí advêm. A mesma parturiente que nos serviu de exemplo acima, serve ainda para ilustrar este novo aspecto que agora abordamos: A tal ponto se mostrava edemaciada, que, ao fazermos a incisão mediana, lembro-me bem, quasi não houve perda de sangue, porém os campos e compressas depressa se mostraram inundados pelo liquido que se escapava de seu edema supra-púbico. Em todos os 6 casos, a espera se prolongou, só passando à intervenção pela adição de outra causa que colocasse em risco a integridade materna ou fetal. Assim é que encontramos a intervenção efetuada, sempre, com um tempo de trabalho superior a 20 horas. Também aqui foi nula a mortalidade materna.

c) Rotura — Vicio pélvico, placenta baixa. Às desproporções e distocias cervicais, seguem-se, com numeros iguais, a rotura uterina, o vicio pélvico, a placentação baixa e, finalmente, a procedência do cordão umbelical, todos com tres casos.

c) Rotura do utero: Antes de iniciar a exposição deste capítulo de nosso trabalho, cumpre-nos fazer uma ressalva: Incluímos entre as cesareanãs, quando sabemos bem que não o foram pois a histerotomia indispensável para classificar a intervenção, não foi feita, os tres casos de rotura, apenas para evitar desdobramentos de classificação e dificuldades na confecção dos gráficos.

Encontraremos, certamente, razão para isso na evolução dos casos como veremos a seguir. É interessante que numa estatística sobre 50 casos, encontremos 3 operações por rotura do utero, quando sabemos que sua incidência no trabalho de parto gira em torno de 1 para 800 a 1 para 1.000 partos. Dos casos que tivemos a oportunidade de operar, dois o foram com o diagnóstico previamente feito e o 3.º constituiu achado da mesa de intervenções, pelo que, seria justo que o catalogássemos não aqui, mas sim entre os vícios pélvicos, razão pela qual já fôra operada uma vez. Tratava-se de uma paciente na 4.ª gestação. A primeira fôra interrompida espontaneamente no 7.º mês, a 2.ª, a termo, tivera como epilogo uma cesarea clássica; na 3.ª fôra expulso um feto macerado. Ao recebe-la, já com 7 horas de trabalho, foi possível determinar angustia do arco anterior do estreito superior. Como porém se tratasse de um feto pequeno, sentimo-nos perfeitamente à vontade para efetuar um trabalho de prova que se prolongou por mais 8 horas. Ao fim destas, percebida a inutilidade e riscos de persistência em tal conduta, e havendo a contração reassumido toda a sua intensidade, resolvemos intervir. Operação fácil até na retirada do feto, pequeno como prevíamos (2.680 gramas). Fechamos o utero, peritonizamos a ferida quando então nossa atenção foi desviada para pequena perda sanguínea. Na revisão habitual do órgão, foi então encontrada, na face anterior, na metade superior, pequena solução de continuidade, de bordos não muito regulares, por onde se escoava sangue em escassa quantidade. Hoje, talvez o nosso procedimento fosse outro, porém, naquela ocasião optamos prontamente pela retirada do órgão. A rotura se dá sobre a parte terminal da cicatriz da intervenção anterior e, é bom que se frise, não tivera interferência na contração uterina após retirada do feto e placenta. Já nos outros dois casos, a rotura, completa, se fizera no segmento inferior, na sua face anterior, como é alias a regra. Em ambos o feto já passára à cavidade abdominal e como solução única procedemos à histerectomia sub-total. Aqui, contamos com um obito materno, ocorrido no 8.º dia, em consequência de degeneração amarela aguda do figado.

d) Vícios pélvicos: Dos tres casos que nos foi dado acompanhar, apenas um ocorreu em nulipara, portadora de bacia assimétrica. Das duas outras, uma na 6.ª gestação, tivera 3 abortos e 3 partos a termo, terminados com o auxilio do forceps, com a morte dos 3 fetos durante o ato; apresentava uma bacia com redução dos seus diâmetros antero-posteriores, platipeloide pois. No 3.º caso, já anteriormente operado, tratava-se de uma bacia antropoide. Aqui, ao constatarmos a excelência da cicatriz da intervenção anterior, ausencia de aderências e, sobretudo por que

EM TODAS AS MANIFESTAÇÕES
DA INSUFICIÊNCIA OVARIANA

Into-Gynan

PRODUTO DE FOLICULINA, RIGOROSAMENTE ESTANDARDIZADO.

●
DRÁGEAS DOSADAS A 2.000 U.I.
AMPS. DE 1 C.C. COM 1.000 U.I.

●
A DOSE E A OPORTUNIDADE DA
APLICAÇÃO VARIAM COM O CASO
CLÍNICO E SUA GRAVIDADE.

Into-Gynan Oleoso

BENZOATO DE DI-HIDRO FOLICULINA

Caixa com 3 ampolas de 2 cm³ com 1 mgr.
Caixa com 1 ampola de 2 cm³ com 5 mgrs.

●
1 AMPOLA DE CADA VEZ, COM
INTERVALO DE 2 A 8 DIAS,
CONFORME O CASO CLÍNICO.

●
LABORATÓRIOS RAUL LEITE S.A.

CAIXA POSTAL 599 — RIO

Laboratórios Iodobisman Ltda.

ORIENTAÇÃO TÉCNICA
E CIENTÍFICA
DOS
PROFESSORES:

DR. J. BAETA VIANNA
DR. AGGÊO PIO SOBRINHO

lodeto de bismutila injetavel

Iodobisman

Para adultos e para crianças

DÔSE DUPLA
" SIMPLIS
" INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES
NO TRATAMENTO DA SÍFILIS
EM TODAS AS SUAS MANIFESTAÇÕES.
NÃO DOE, NÃO ENQUISTA,
ÓTIMAMENTE TOLERADO

ÉSTERES DOS ÁCIDOS
GRAXOS, DOS ÓLEOS DE
CHAULMOOGRA E DE
FÍGADO DE BACALHAU
E LÍPOIDES TOTAIS
DO CEREBRO. EM
SUPERSATURAÇÃO.

Medicação dos debilitados
e convalescentes

TROPHOLIPAN

Aplicado com grande proveito na Ozena, nas lites, Keratites e Conjuntivites

CAIXA POSTAL 2523
TEL. 43-9023
" 23-4818

R. DO ROSARIO 158/158-A
RIO DE JANEIRO

BRUNNEN S.A.

o feto morrera logo a seguir, resolvemos a não ligadura tubaria, atendendo à grande vontade que apresentava a paciente de ser novamente mãe. No 1.º caso fizemos a ligadura à Madlener.

e) Procidência do cordão umbelical. Por 3 vezes ainda, fomos levados à cesarea, agora em consequência de procidência de cordão umbelical. Sempre ocorreram em nuliparas, uma das quais apresentava ainda, placenta marginal, que, provavelmente, agira impedindo a penetração do polo cefálico e facilitando a descida do cordão umbelical.

f) Placentação baixa. A incidência de placentas previas é abaixo da taxa comum, que orça entre 10 e 12%, enquanto que nós a tivemos apenas em 3 casos, isto é, 6%. Salvo a 1.ª operada por esta indicação, as restantes foram feitas com a técnica de Kerr. Na 1.ª, lançamos mão de uma pequena cesarea de Brindeau porque então tivemos receio dos grossos vasos que se assestavam sobre o segmento.

g) Apoplexias Utero-placentarias. Nas apoplexias utero-placentarias nosso procedimento sempre foi um só: Cesarea seguida de histerectomia sub-total, por acompanharmos aqueles que julgam não parecer justo querer aquilatar, pela simples contração com auxílio do ocitócico, que esse utero permanecerá contraído indefinidamente. cremos mesmo ser melhor assim proceder do que, muitas vezes, voltarmos a intervir para sustar uma hemorragia quasi sempre fatal a um organismo esgotado pela perda sanguinea e solapado em sua resistência pelo processo toxico.

Tivemos 2 casos, ambos felizes, em um, foi possível a conservação dos anexos; no outro, obrigados que fomos a retirá-los, não nos restou sequer o recurso do enxerto de ovario fetal porque se tratava de um feto do sexo masculino.

Tivemos ainda como indicações operatorias, duas apresentações cormicas, dois descolamentos prematuros de placenta normalmente inserida, uma face em mento iliaca direita posterior e uma apresentação pélvica de feto grande em nulipara. De nossa relação constam ainda duas intervenções por sofrimento materno e fetal.

Passamos, desse modo, em revista as diferentes indicações que, de um modo geral, estão de acordo com as dos demais trabalhos que tivemos oportunidade de ver.

Duração do trabalho.

Variável muitíssimo é o número de horas em que evoluíram os trabalhos. Dois casos temos com menos de 6 horas e, também outros dois em que a espera ultrapassou de 48 horas. Nos primeiros, um, com 2 horas e 15 minutos, a cesarea se impoz por procidência do cordão umbilical; o outro, com pouco mais de 5 horas era causa de rotura.

As provas de trabalho, sempre levadas a efeito nos casos de desproporção feto-pélvica, variaram com os proprios casos, e assim é que se em alguns ficamos com Kreiss, intervindo com 6 horas de prova, em outros acompanhamos Winter e, tiveram ocasião de ver acima, não raro fomos além das 24 e 30 horas.

Não é possível ter um processo preferido quando jogamos com fatores tão facilmente mutaveis. O máximo de intervenções teve lugar com trabalhos de parto contando entre 24 e 48 horas; assim, dentro desse periodo tivemos 12 intervenções; 10 entre 6 e 12 horas, 9 entre 18 e 24 horas; 6 no espaço entre 12 e 18 e, finalmente nove, das quais não nos foi possível determinar a duração.

Grau de pureza.

Servimo-nos da classificação de Winter para determinação do grau de pureza e, também aqui nos mantivemos dentro dos limites traçados por aqueles que fizeram publicações de seus trabalhos. Apenas 4 foram as que operamos enquadradas no 1.º grau e, assim mesmo, ainda nos resta alguma duvida se de fato o toque que fizemos fora único.

Não temos a lamentar nestes 4 casos nenhuma ocorrência morbida no post-operatorio.

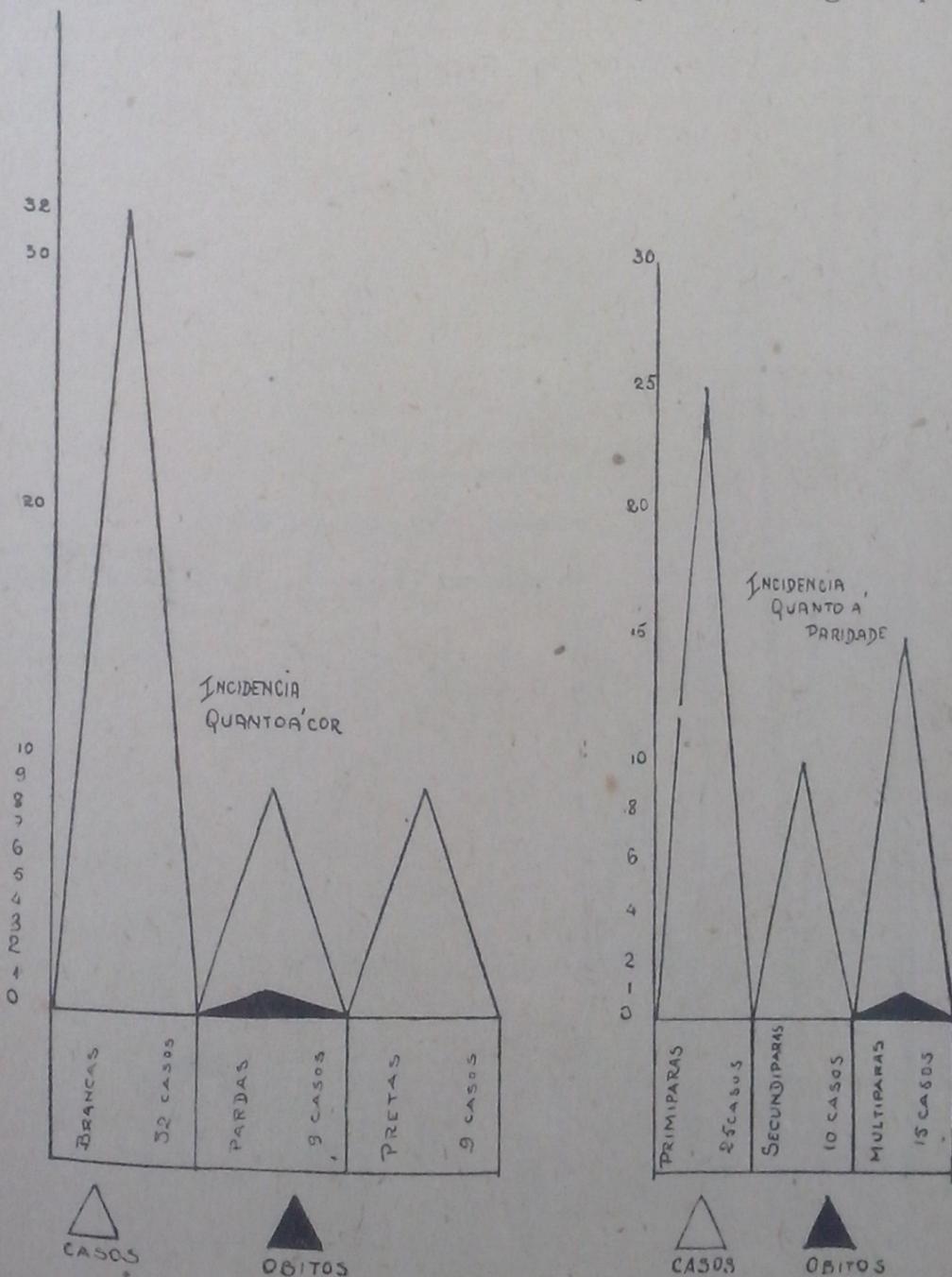
Do 2.º grau contamos com 38 casos, sobre os quais se assenta forçosamente a maior incidência da morbidade post-operatoria.

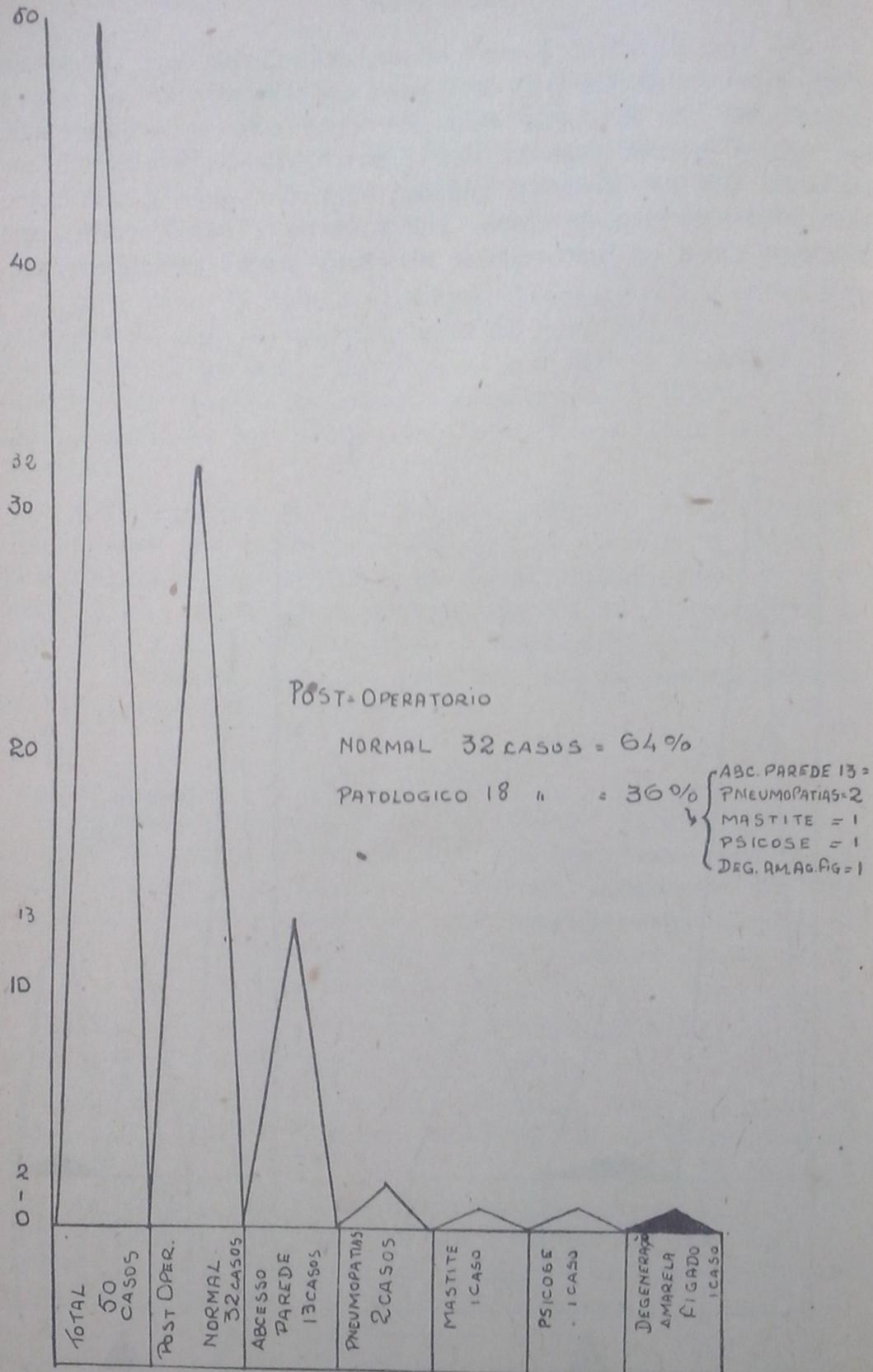
São poucos, sem duvida os de 3.º grau; no entanto, quando em consequência das condições precarias em que tem lugar a intervenção, seria de temer o alto coeficiente de morbidade, esta se manifestou em um caso apenas dos seis que tivemos.

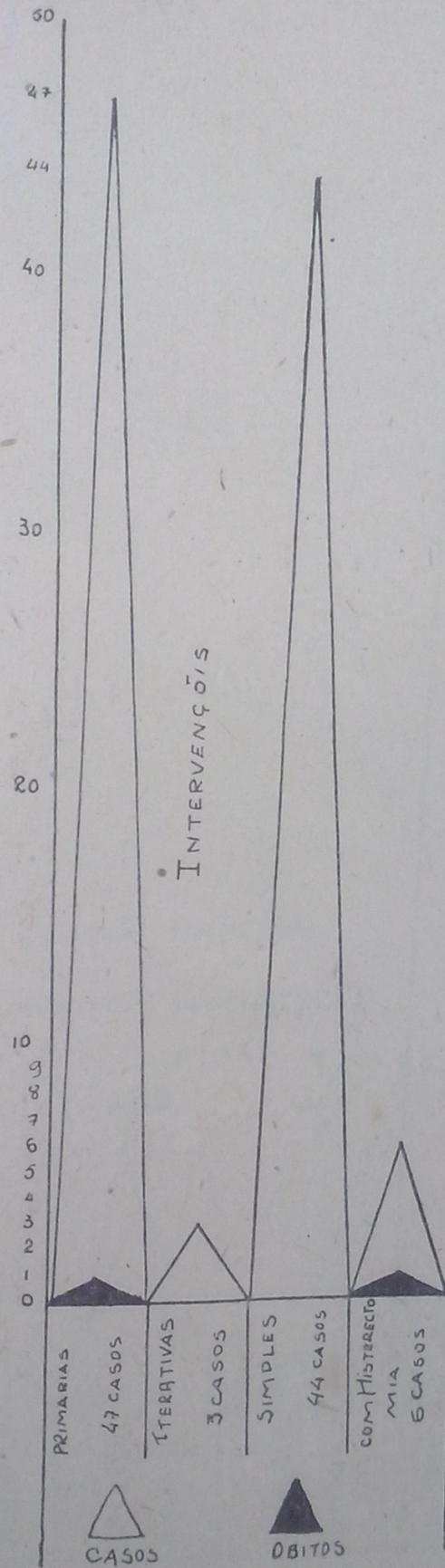
Já no 4.º grau houve um obito a lamentar, tendo a outra paciente operada nas mesmas condições (4.º grau) apresentado abscesso de parede.

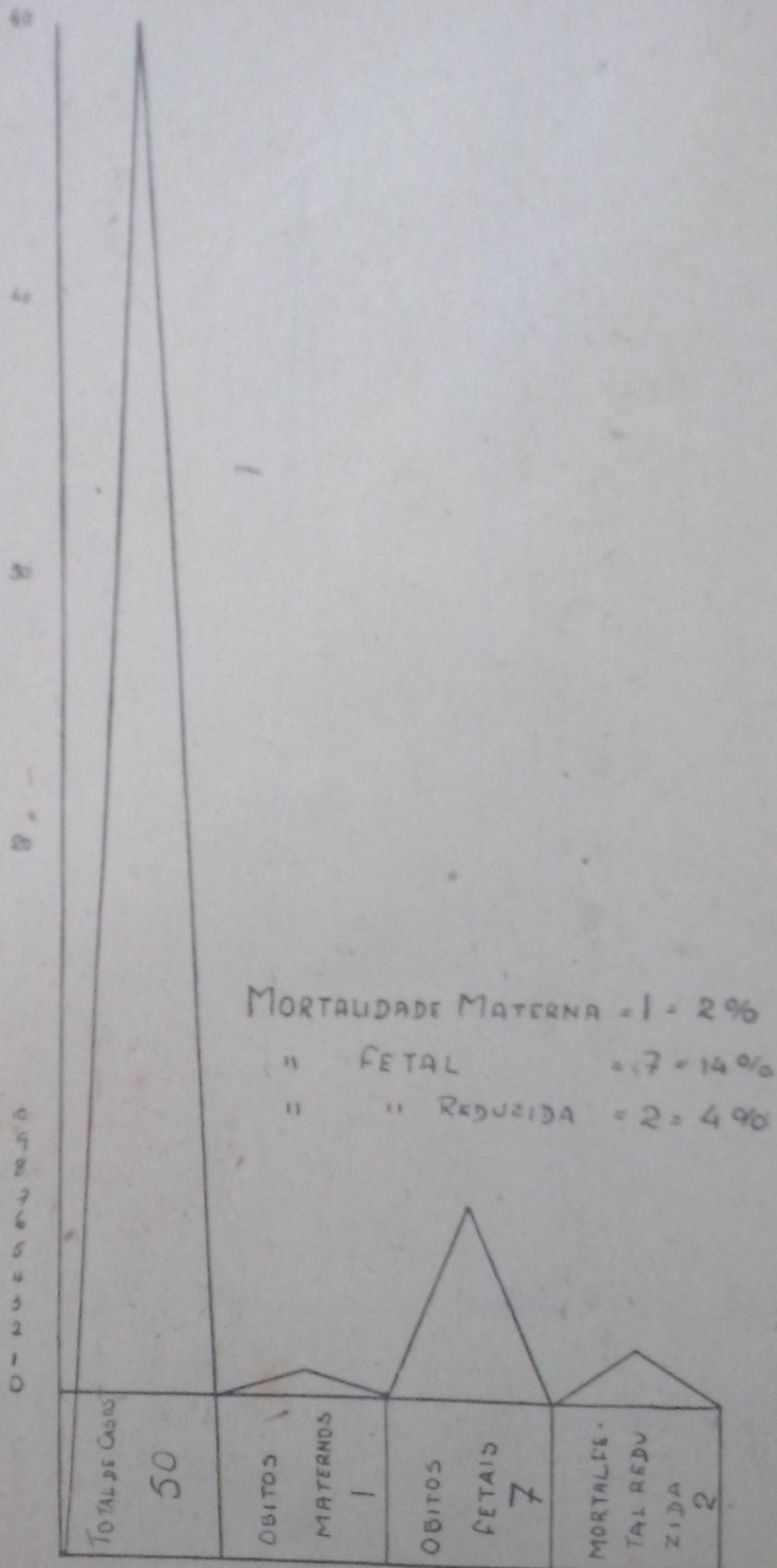
Morbilidade.

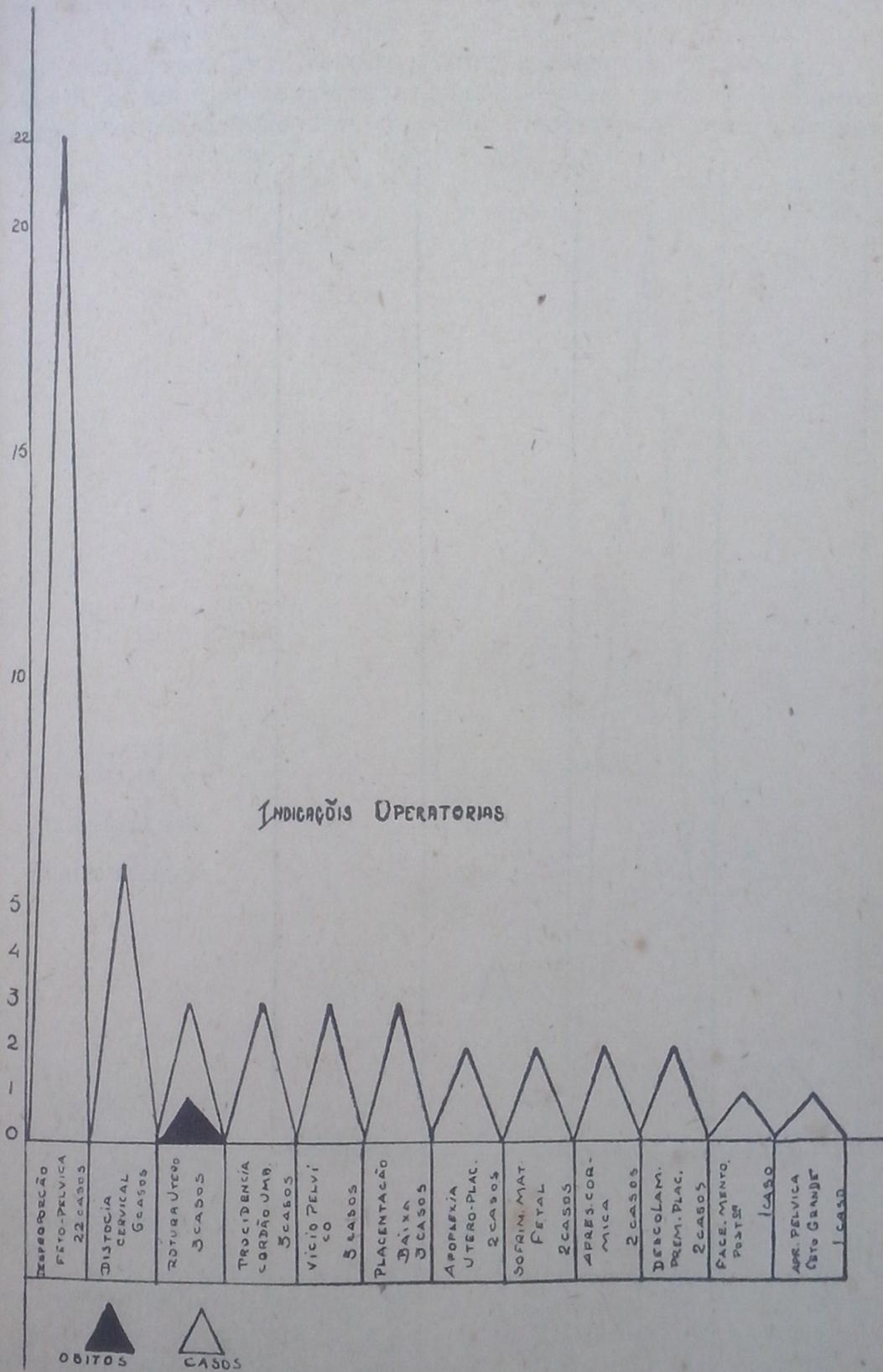
No que se refere à morbilidade, sem duvida que andou em cifras altas, atingindo 18 de nossos 50 casos. No entanto a porcentagem de 36% não deve ser vista com pessimismo uma vez que a grande maioria das intervenções foi executada em mulheres que não tiveram cuidados higienicos, não houve como bem sabeis, escolha de casos; a Pro Matre a todos acolhe, sem diferença entre as matriculadas nos seus postos de higiene pre-





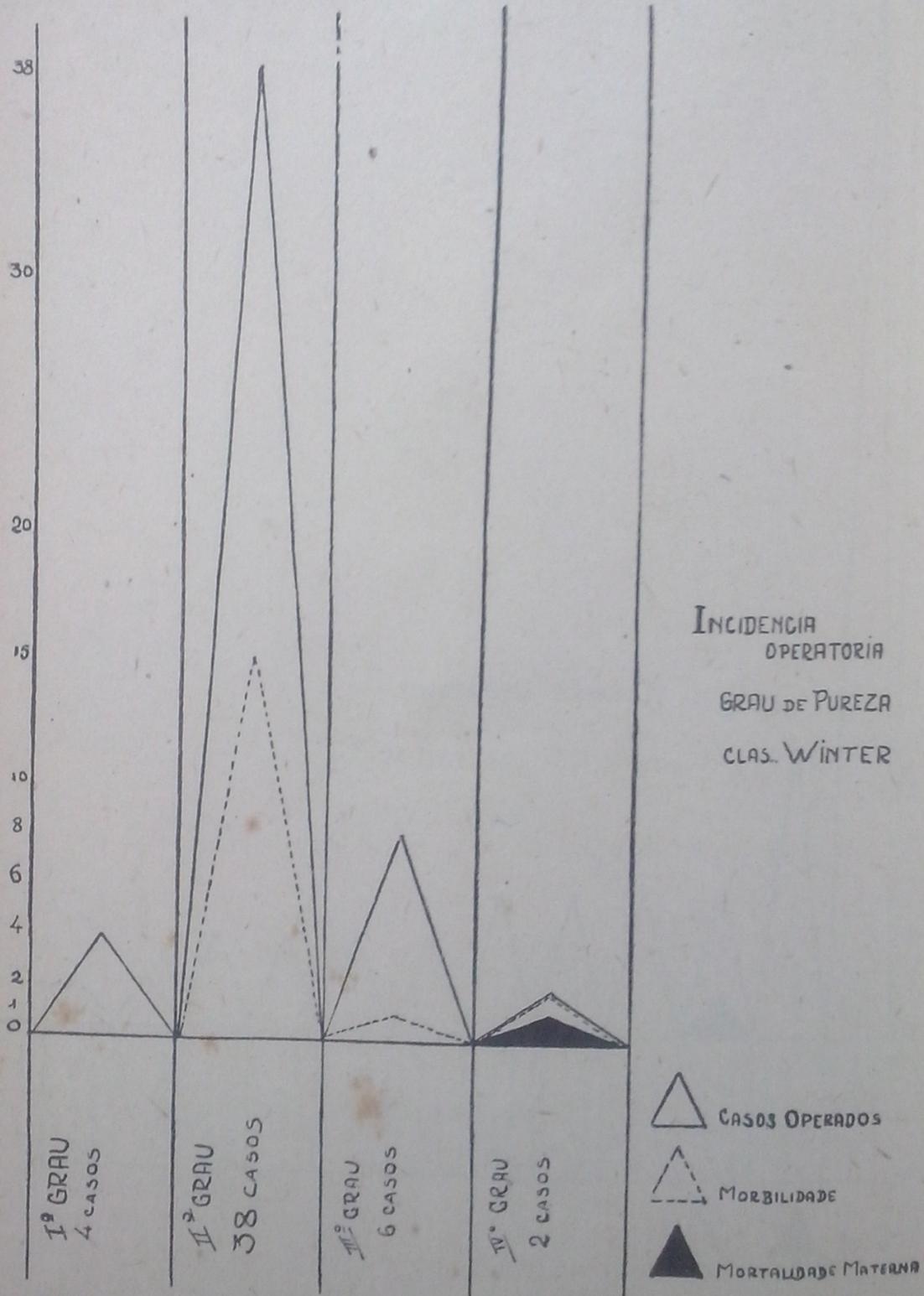






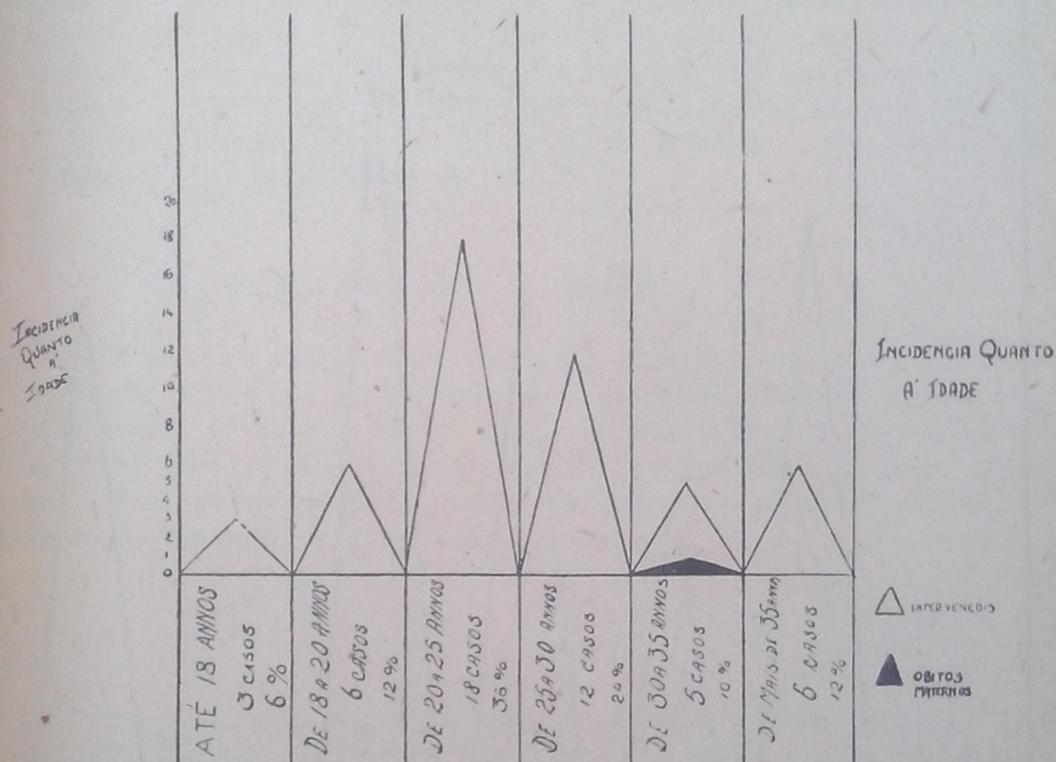
natal e aquelas que dela se socorrem unicamente no momento de dar à luz.

O abscesso de parede, embora o mais das vezes pouco extenso e facilmente removível, não acarretando um tempo de internação longo, graças sobre tudo aos recursos terapêuticos agora



ao nosso alcance, esteve presente em 13 casos, perfazendo 26% em nosso computo e dando 72,2% da morbidade geral.

Ha que relatar a incidência de uma psicose de geração, no 10.º dia de puerperio, de cujo evoluir não mais tivemos noticias, uma vez que foi transferida do Hospital e a familia, a quem pedimos nos trouxesse informações, não mais voltou. Duas pneumopatias, das quais uma grave, mastite em um caso e degeneração amarela aguda do figado em outro, perfazem os 18 casos morbidos no post-operatorio.



Mortalidade materna.

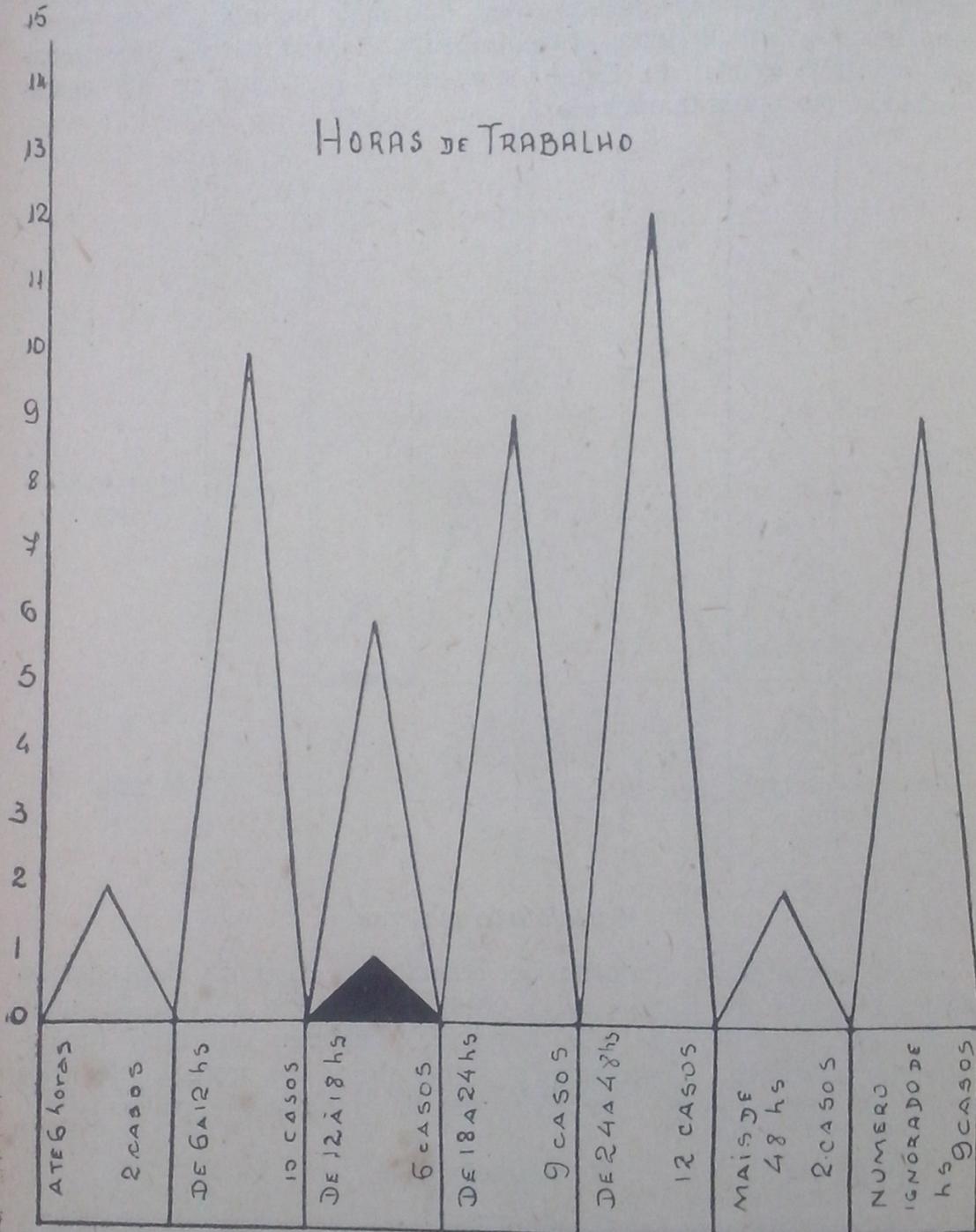
A mortalidade materna se resume ao caso de degeneração amarela aguda do figado, cujo obito ocorreu no 8.º dia de puerperio, em paciente que não mostrara, tambem, um bom funcionamento cardiaco. Decorreu a intervenção em apreço, de uma rotura do utero ao fim de 15 horas de trabalho de parto.

Mortalidade fetal.

A mortalidade fetal global, encerra 7 obitos; 2 devidos à apoplexia utero-placentaria, 2 à rotura uterina, 1 a uma placenta previa, em feto inviável, do 6.º para o 7.º mês de gestação e, finalmente, duas outras decorrentes ambas de intervenções por desproporção feto pélvica.

A mortalidade fetal reduzida desce a 2 casos, uma vez que nos outros cinco, em 4 já intervimos com o feto morto e em uma, apesar de vivo era inviável.

Um dos 2 fetos a que ficou reduzida a mortalidade fetal, não teve de vida extra uterina mais que 10 minutos, sendo infru-




CASOS


OBITOS

tíferos todos os esforços empregados para reanima-lo. O outro, falecido dentro das primeiras 24 horas, apresentava a síndrome de Klippel-Feil, era feminino e pesava 5.200 gramas.

Incidência quanto à idade.

Quanto à idade, não nos causa surpresa a maior incidência entre as compreendidas dos 20 aos 25 anos. É exatamente nessa ocasião, entre nós, que são mais frequentes os partos de nulíparas e, como já viram, estas predominam em nossa estatística. Tivemos 2 casos em gestantes com menos de 18 anos, 6 nas de 18 a 20, 19 entre 20 e 25 12 de 25 a 30 anos, 5 de 30 a 35 e, finalmente, 6 nas de mais de 35.

Incidência quanto à paridade e à cor.

Já fizemos referências, no início, sem citar números, à maior incidência em nossa estatística, das nulíparas, dizemos agora que entram com 50%, isto é, 25 casos, enquanto que as secundíparas perfazem 20% e as múltiparas 30%. Encontramos também forte predominância de brancas, 64%, estando as pardas e pretas na mesma proporção, 9 para cada.

Técnica.

Salvo uma única exceção, a cesarea transperitoneal segmentaria, pelo procedimento de Kerr, tem sido a que utilizamos. Seria repetir cousas já inteiramente conhecidas e provadas se aqui viessemos mostrar suas vantagens. Na única vez que dela não nos servimos, tratava-se de uma placenta central e os grossos vasos que faziam saliência no segmento inferior, amedrontando-nos, fizeram com que recorressemos à uma de Brindeau; aliás, o grau de pureza permitiu que a executássemos sem maiores possibilidades de infecção. Mais tarde, em idênticas circunstâncias, tivemos ocasião de recorrer à técnica de Kerr, sem maiores tropeços. A peritonização de que mais frequentemente fizemos uso, foi a de Michon, que embora por muitos combatida, oferece, sem dúvida, grande margem de segurança a quem a executa. Em varias oportunidades, tivemos ocasião de aproveitar o recurso de Moniz de Aragão; o reparo previo do bordo inferior da bota uterina, antes de procedermos ao seu alargamento. Com tal procedimento, sempre que conseguimos a incisão bastante baixa do segmento uterino, nunca nos foi dado perder tempo em pes-

quiza, não raro difícil, para fixação do rebordo inferior da incisão. Na retirada do polo cefálico, quando insuficiente a expressão do fundo auxiliada pela manobra de Serrano, o forceps tem sido empregado. Também, uma vez, lançamos mão do recurso da versão fetal, o que, acreditamos, substitue com vantagem a prática da incisão mediana, em T invertido, no bordo superior da ferida uterina, quando bastante difícil a retirada do polo cefálico.

Na parte referente à placenta, fizemos sempre a sua retirada manual, com auxílio de compressas, fazendo então depois o uso da pituitrina endo-venosa. Não poucas vezes, 8 para sermos precisos, recorremos à sulfa intraperitoneal, quando os casos se nos afiguravam mais passíveis de infecção. O número pequeno não nos permite conclusões, ficando porém a dúvida de seu exato valor, pois casos outros houve que sem tal recurso não tiveram piores consequências. A absorção intensa pelo peritônio da sulfa colocada nas doses usuais de 4 e mesmo 6 gramas é responsável por uma série não pequena de fenômenos tóxicos, cuja gravidade é acentuada.

Já nos abscessos de parede, empregando a sulfa em concentração suficiente, sempre conseguimos uma regressão rápida da temperatura e uma evolução mais acentuada da cicatrização.

Salvo os casos de hemorragia intensas, obrigando ao uso do sangue total, plasma ou soro, nos post-operatorios nada temos empregado a não ser a pituitrina, visando mais energética contração uterina e mais precoce mobilização intestinal. Com o mesmo fim aliás, ao findar o 2.º dia passamos a ministrar caldos bastante ricos em sal.

Nunca nos foi dado usar outra anestesia que não a geral, pelo etér.

Na parte referente as altas, até o 10.º dia 19 doentes puderam abandonar o hospital, 20 do 10.º ao 15.º dia, 6 até o 20.º e apenas 4 ali permaneceram por mais de 20 dias.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.

RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:

AFFONSO COSTA QUEIROZ

Rua Arlindo Fragoso, 3

SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:

LIVRARIA INTERNACIONAL

Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:

CLARINDO FARIAS

Rua Vergueiro, 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acérca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Cisto da ovário esquerdo com torção — Fibromioma do útero — Cisto do para-ovário direito, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	81
II — Estudos, verificações e resultados sobre a incidência do factor Rh no Rio de Janeiro, pelo Prof. Jorge de Rezende	89
III — Histerossalpingografia, por A. Campos da Paz Filho	97
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
IV — Metrorragias disfuncionais do climatério, pelo Dr. Lucas M. Machado	108
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	113
VI — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	118
VII — BIBLIOGRAFIA	121
Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires, Maio, Junho, Julho e Agosto de 1945. Acad. Arg. de Cirurgia, Boletines y Trabajos; ns. 2 e 9, 1945. Obst. y Gin. Lat.-Am., Junho, Julho e Outubro de 1945. Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp; Março, Maio e Setembro de 1945. La Rev. de Med. y Ciencias Afines, Novembro de 1945. La Prensa Medica Argentina, Dezembro de 1943, Revista de la A. M. A., Dezembro 1945. Vida Nueva, Julho 1945. La Cronica Medica, Abril e Novembro de 1944, Publicaciones Medicas, Julho de 1945. Rev. Esp. de Obst. e Gin., Setembro de 1945. Rev. de Medicina, São Paulo, Novembro de 1945.	
VIII — ANALISES	143
IX — NOTICIAS	147
Dr. Jorge de Rezende.	
X — PETITE REVUE — A. R. O. M.	149
XI — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	151

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
 Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
 Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
 RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
 AFFONSO COSTA QUEIROZ
 Rua Arlindo Fragoso, 3
 SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
 LIVRARIA INTERNACIONAL
 Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
 CLARINDO FARIAS
 Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR.. .. . Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág.
I — Valor actual de la Penicilina en Ginecologia, pelos Drs. Normando Arenas, Oscar Blanchard e Pedro Pasi	155
II — Histerossalpingografia (Acidentes e Complicações), por A. Campos da Paz F.	170
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
III — Estatística do Serviço da Clínica Ginecológica da Santa Casa de Belo Horizonte, referente ao ano de 1945, pelo Dr. Lucas M. Machado	202
IV — Maternidade Terezinha de Jesus (1945 — Juiz de Fóra), pelos Drs. J. Dirceu de Andrade, Jesus Masini e Recenvindo P. de Castro	215
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	216
VI — BIBLIOGRAFIA	220
Anales del Inst. de Mat. e Asist. Social "Prof. U. Fernandez", 6.º vol., 1944; Rev. de la Policlínica Caracas, vol. XIV, p. 83, Julho-Agosto de 1945.	
VII — SOCIEDADES MÉDICAS	223
Associação Médica do Paraná. — Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecologia.	
VIII — NOTÍCIAS	223
Hospital Pro Matre - Rio de Janeiro — Prêmio Fernando Magalhães — Atividades do ano de 1945.	
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	227
X — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	229

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL - Porte simples..	Cr\$ 100,00		EXTERIOR.....	Cr\$ 150,00
Registrado	> 120,00		Número avulso.....	> 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

S U M Á R I O

	Pág
I — Legalização de auxiliares de enfermagem e parteiras práticas, pelo Dr. Edgard Braga	233
II — Administração profilática da penicilina na cesárea em caso impuro, pelos Drs. W. de Souza Rudge, J. Miranda Bueno e Celso B. Siqueira	242
III — Considerações sobre a anestesia do períneo em obstetrícia, pelo Dr. Iwan de Oliveira Figueiredo	245
IV — Estudo clínico dos chamados quistos intraligamentares, pelo Dr. Murillo Queiroz de Barros	258
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
V — Dr. Aristides Duarte	276
VI — Mal formação vaginal congênita condicionando rutura sub-coito, pelo Dr. Henrique Machado Horta	277
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	279
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	285
IX — BIBLIOGRAFIA	288
Rev. Esp. de Obst. y Ginec., ns. 15 e 16; Obst. y Gin. Lat.-Am., Setembro de 1945; La Prensa Medica Argentina, ns. 42 e 50.	
X — SOCIEDADES MÉDICAS	293
Ata da sessão de 29 de Janeiro de 1946.	
XI — PETITE REVUE — A. R. O. M.	299
XII — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	301

II

Administração profilática da penicilina na cesárea em caso impuro

(Nota prévia apresentada à Secção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina, em sua reunião de 29-I-46)

W. DE SOUZA RUDGE

Docente-livre de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

J. MIRANDA BUENO

Chefe de Clínica da Maternidade de S. Paulo.

CELSO B. SIQUEIRA

Assistente da Maternidade de S. Paulo.

Não é mais possível negar o notável progresso que representou para a terapêutica das infecções bacterianas o advento da penicilina, fruto das investigações do ilustre bacteriologista inglês Alexander Fleming. Das especialidades médicas, uma das mais beneficiadas foi a obstetrícia, na qual o combate à infecção puerperal, já possuidor de eficiente arma constituída pelas sulfonamidas, recebeu poderosíssimo recurso que transformou o prognóstico daquela tão temida complicação obstétrica.

Acompanhando as novas aquisições da quimioterapia no último decênio, pudemos observar uma ampliação notável das indicações da cesarea, a qual, primitivamente reservada para os casos puros, quando se dispunha unicamente da cesarea corporal, estendera-se para os chamados casos impuros ou potencialmente infetados quando a técnica segmentaria foi incorporada à operatoria obstétrica. Entretanto, a mortalidade materna alta traçava limites à sua prática no caso impuro que somente o emprêgo da sulfonamidoterapia veio romper definitivamente, reduzindo-a quasi a 0% (1). A absoluta inocuidade da penicilina, permitindo a sua administração por períodos prolongados sem o receio de fenôme-

nos tóxicos, de relativa frequência com a sulfonamidoterapia, aliada à sua pronta e eficaz ação anti-infecciosa, fez com que as preferências dos obstetras se voltassem para aquele anti-biótico desde que se tornou acessível ao médico civil.

Entretanto, a sua aplicação no pós-operatório de cesareas praticadas em casos impuros, se na maioria dos casos resulta em brilhante sucesso, em outros quasi nos desaponta, pois sua ação antisséptica não se mostra tão ativa e rápida quanto desejávamos. Exemplificando, podemos citar um caso recente de um de nós (W. S.R.) no qual, além de outras medidas terapêuticas como transfusões sanguíneas, etc., foi necessário a aplicação de um milhão de unidades de penicilina para debelar uma endometrite puerperal de gravidade média que se seguiu a uma cesárea impura.

Acreditamos que em tais casos, exista uma infecção mixta na qual compartilhem os bacilos gram-negativos, os quais não somente se mostram resistentes à ação terapêutica da penicilina como produzem a inativação deste agente anti-biótico como demonstrou recentemente Altemeier (2). Estes organismos bacilares gram-negativos isoladamente produzem infecções puerperais de baixa gravidade, entretanto, em associação com estreptococos têm sua virulência altamente exacerbada, como afirma Williams (3).

Ao lado desta observação pouco favorável para a penicilino-terapia, verificávamos que exatamente nos casos mais impuros, naqueles em que mais temíamos a apresentação de infecção grave e por tal motivo iniciávamos o emprêgo parenteral da penicilina antes mesmos de realizar o ato operatório, o pós-operatório decorria sem elevações térmicas, com pulso normal, enfim em condições excelentes. Encorajados por estas primeiras observações, extendemos o uso da penicilina desta maneira, à qual denominamos de administração profilática, a todas as cesáreas impuras, sempre com resultados bastante satisfatórios. O nosso esquema terapêutico é representado pela administração parenteral de 20.000 unidades de penicilina no momento do estabelecimento da indicação da cesárea, com repetição da mesma dose cada tres horas até um total de 200.000 raramente de 400.000 unidades. A nossa casuística já se eleva a cerca de uma dezena de casos, a única complicação observada tendo sido um abscesso da incisão operatória.

Pensamos que êste número de casos justifique amplamente a publicação desta nota prévia, que não visando garantir prioridades científicas para seus autores, pois estamos certos que tal modalidade de emprego ocorreria mais cedo ou mais tarde aos colegas que têm suas atenções voltadas para o bem estar materno, possui, no entanto, a finalidade de solicitar a colaboração dos obstetras patricios para que apliquem a penicilinoterapia profilática na cesarea impura, confirmando ou informando os excelentes resultados colhidos por nós. Se se verificar a primeira hipótese, teremos dado mais um passo a frente no objetivo da especialidade que cultivamos: tornar o parto um ato biológico seguro para a mãe e filho.

Procurando explicar esta maior eficácia da penicilina quando administrada profilaticamente, ocorre-nos supôr que sua grande atividade contra os germes piogênicos impeça o desenvolvimento de infecções mixtas, deixando em causa unicamente os bacilos gram-negativos, os quais seriam dominados com grande facilidade pelas forças defensivas do organismo materno, dado a sua pequena virulência quando isolados na produção da infecção puerperal.

Em artigo publicado quando nossas observações já se encontravam realizadas, Wollgast (4), baseado em número elevado de casos, demonstra a superioridade do emprêgo profilático sobre o emprêgo terapêutico da penicilina em cirurgia abdominal, tendo colhido magníficos resultados de seu uso intra-peritoneal em alguns de seus casos. O artigo dêste cirurgião aponta-nos a possibilidade da via intra-peritoneal para a penicilinoterapia profilática em cesarea impura, via esta que nos propomos experimentar em casos futuros.

LITERATURA

- 1) — *Sala (Silvestre Luis)* — «Sulfamidoterapia Intraperitoneal. Sus principios fundamentales y su aplicación profiláctica a la operación cesarea impura». Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1943.
- 2) — *Attemeier (W. A.)* — «Inactivation of penicillin by various gram negative bacteria». Surg., Gynec. and Obst., 81: 379-383; (out.) 1945.
- 3) — *Stander (Henricus J.)* — «Obstetricia de Williams». Trad. esp. da 7ª ed. norte-amer., II vol., Edit. Hispano-Americana, México, 1938.
- 4) — *Wollgast (George F.)* — «Penicillin therapy in abdominal surgery. The results of prophylactic and therapeutic use in fifty cases». Surg., Gynec. and Obst., 81: 599-607; (dez.) 1945.

REVISTA DE GINECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Diretor-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redação: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO.
RUA LAVRADIO, 134 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe:
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Arlindo Fragoso, 3
SALVADOR — Est. da Bahia

Estado do Rio Grande do Norte:
LIVRARIA INTERNACIONAL
Caixa postal, 114 — NATAL

S. Paulo:
CLARINDO FARIAS
Rua Vergueiro 2371

ASSINATURA ANUAL:

BRASIL-Porte simples.. Cr\$ 100,00		EXTERIOR..... Cr\$ 150,00
Registrado > 120,00		Número avulso..... > 10,00

NOTAS:

Não se restituem originais.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus colaboradores.

Sendo feita com tóda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assinantes comunicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

Os originais dos trabalhos enviados à Revista devem ser datilografados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francês e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acêrca do texto completo dos artigos resumidos serão atendidos desde que os interessados paguem as despesas de tradução e datilografia.

SUMÁRIO

	Pág
I — † Dr. Francisco Gonçalves Penna por L. A. Horta Barbosa	305
II — Síndromes genitais femininas de origem psicossomática, pelo Prof. Claudio Goulart de Andrade	306
III — Síndromes urinários e apendicite, pelo Dr. Arandy Miranda	324
SEÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	355
IV — Eritroblastose fetal, pelo Dr. Argeu Murta	356
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	363
VI — Revista de Revistas em Língua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	368
VII — BIBLIOGRAFIA	371
La Rev. de Med. y Ciencias Afines, Novembro de 1945; Bol. de la Soc. de Obst. y Gin, de Buenos Aires, Setembro de 1945; Anales del Inst. Modelo de Cl. Medica, 1942; Anales del Inst. de Mat. y Asist. Social "Prof. U. Fernández", 1944.	
VIII — NOTÍCIAS	374
Hospital Pro Matre — Curso de Extensão Universitária.	
IX — PETITE REVUE — A. R. O. M.	375
X — THE LITTLE REVIEW — A. R. O. M.	377