

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Alkindar Soares	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Fernando Mendes	Dr. Polymnis Dutra
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Peletas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Julho de 1941

Vol. 12 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Simplificación del principio Physick-Frank-Sellheim de intervención cesárea extraperitoneal — DR. JAMES V. RICCI</i>	1
<i>El endometrio como glándula de secreción interna — DR. PABLO E. BORRAS</i>	10
<i>Precâncer histológico? — A propósito de um caso de amputação de colo uterino — DR. PAULO F. SCHIRCH</i>	18

LIÇÕES E CONFERENCIAS

<i>Alergia em Patologia e Clínica Ginecológica — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES</i>	24
--	----

EDITORIAL

<i>Sobre a trombose e a embolia pulmonar</i>	32
--	----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>† Prof. Dr. Oscar de Souza</i>	35
<i>"American College of Surgeons"</i>	36
<i>Colégio Brasileiro de Cirurgiões — Regulamento do "Prêmio Brant Paes Leme"</i>	36

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Aloysio de Castro</i>	38
<i>Revista de Pediologia — DR. LUIS SIRI</i>	38

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da trigésima-terceira sessão ordinária</i>	39
---	----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

TRABALHOS ORIGINAIS

SIMPLIFICACIÓN DEL PRINCIPIO PHYSICK-FRANK-SELLHEIM DE INTERVENCIÓN CESÁREA EXTRAPERITONEAL *

DR. JAMES V. RICCI

Nueva York

En el texto sobre obstetricia por DEWEES figura, a manera de nota al pie, una carta fechada el 28 de septiembre de 1824 escrita por WILLIAM EDMONDS HORNER, entonces Profesor de Anatomía de la Universidad de Pensilvania. En esta carta se llamaba la atención a un nuevo principio preconizado por PHILIP SYNG PHYSICK, Profesor de Cirugía de esa institución en la intervención cesárea extraperitoneal. HORNER decía que "el peritoneo debía ser separado del fondo superior de la vejiga efectuando la disección siguiendo la sustancia celular que le sirve de adhesión". PHYSICK hasta aconsejaba una distensión moderada de la vejiga para facilitar la vista de esa víscera y lograr una disección más fácil.

Esa carta pasó sin llamar mucho la atención. En realidad los pocos esfuerzos de extraperitonealización durante el resto del siglo diecinueve — los de BAUDELOCQUE, CIANFLONE, THOMAS, SKENE, BUDIN, HIME, EDIS, GILLETTE, DANDRIDGE, JEWETT, POULLET, fueron todos del tipo RITGEN-BAUDELOCQUE-BELL. Debe apuntarse el hecho singular de que de estas catóreas operaciones seis fueron llevadas a cabo en Brooklyn, Nueva York. RITGEN ensayó la primera operación cesárea extraperitoneal (octubre 12, 1820) por incisión paralela al ligamento derecho de POUART, de la mitad de la sínfisis a la cresta del ilio. El peritoneo "flojamente adherido" se desalojó y se hizo la incisión en el área vagino-cervical (segmento inferior). Esta técnica, que era una innovación, resultó fallida en los esfuerzos de RITGEN; la abundancia de la hemorragia y el colapso

* Traducción en español pelo Dr. Luis MENDEZ, de Nova York, especialmente para ser publicada nos "Anais Brasileiros de Ginecología".

de la paciente impidieron que se completara. El procedimiento fué llamado por RITGEN *gastro-clitrotomía* o *laparo-clitrotomía* (Bauhn-scheidenschnitt). BAUDELOCQUE escribió en París su tesis sobre este asunto en 1823 y CHARLES BELL, Profesor de Cirugía en Edimburgo, bosquejó los pasos de esta operación en su *Institutes of Surgery* (1838). Revistas adecuadas de este tipo de intervención cesárea fueron escritas subsiguientemente por GARRIGUES, MASSON, McCORMACK y CLARKE.

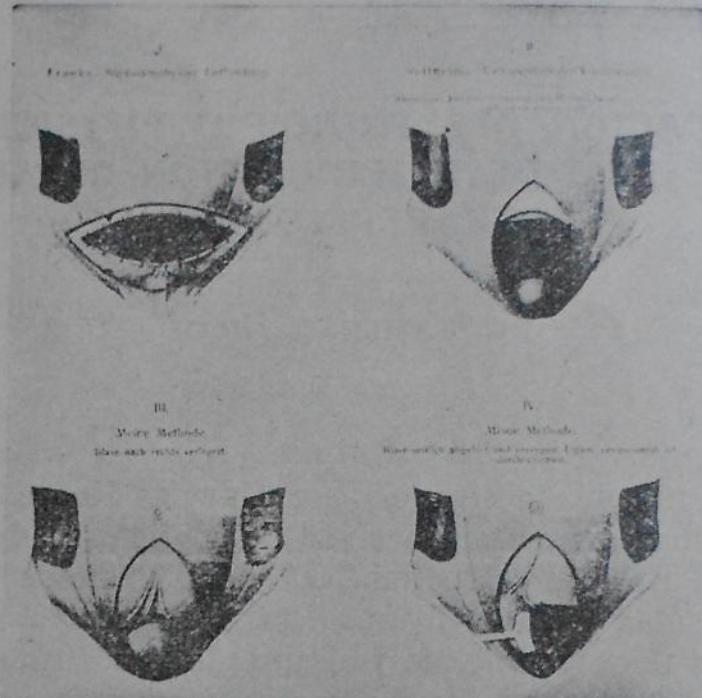


Fig. 1 — I. Operación de exclusión peritoneal de FRITZ FRANK (1907). II. Operación cesárea extraperitoneal de HUGO SELLHEIM (1908). III y IV. Método extraperitoneal de WILHELM LATZKO (1909).

FRANK, de Colonia, en 1907, fué el primero que ensayó una intervención cesárea extraperitoneal de acuerdo con la sugerión que se atribuye a PHYSICK. Apuntó él que si la posición de la vejiga era alta era posible separar el peritoneo de la bóveda de esta víscera. FRANK, aunque tuvo éxito en el caso singular, tropezó con dificultades considerables al separar el repliegue del peritoneo de la bóveda de la vejiga. Las mismas dificultades encontró SELLHEIM en el año siguiente (1908) en sus nuevos esfuerzos para hallar un acceso verdaderamente extraperitoneal. El principio quedó completamente abandonado cuando LATZKO introdujo su método de extraperitonealización por desalojamiento lateral tanto de la vejiga como de la reflexión peritoneal (1909).

Las dificultades con que tropezaron FRANK y SELLHEIM se debieron principalmente a los ensayos persistentes que hicieron en separar el repliegue peritoneal de la pared vaginal principiando la separación exactamente en la línea media, que es el punto máximum

de fusión (urachus) de estas dos estructuras. El autor de este estudio ha vencido estas dificultades de una manera simple por medio de la combinación del método FRANK-SELLHEIM con el ensayo lateral de LATZKO. En realidad esta disertación se presenta solamente para bosquejar la simplificación de un principio viejo, a fin de hacerlo quirúrgicamente aplicable y útil. El procedimiento no es una innovación singular sino más bien una combinación de medidas (utilizadas todas previamente) que facilitan un acceso extraperitoneal verdadero al segmento inferior, causando así un volumen mínimo de estropéo quirúrgico en la paciente y evitando los peligros de trauma operatorio de la vejiga. La operación es aplicable tanto a las pacientes en parto como a las que no han entrado en ese período todavía, aunque, en este último caso, la disección debe conducirse con una delicadeza quirúrgica y una habilidad técnica más grandes.

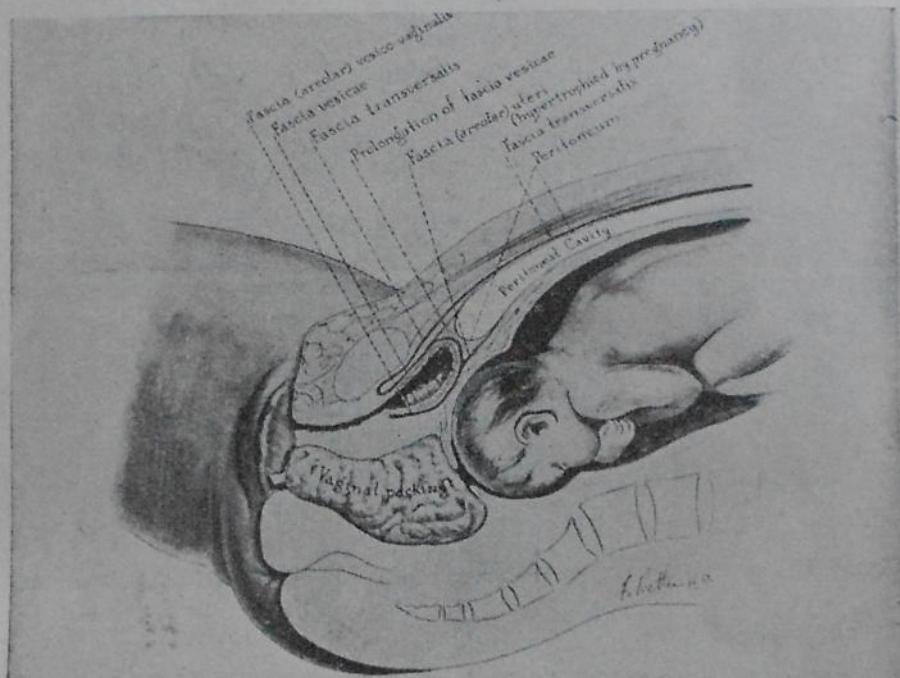


Fig. 2 — Demostración semidiagramática de la disposición de la fascia en relación con la vejiga, con el segmento inferior uterino, con el peritoneo parietal y con el pliegue peritoneal.

Consideraciones técnicas y anatómicas

Se coloca la paciente en la mesa operatoria con las extremidades en posición litotómica. Despues de una preparación aséptica adecuada de la vulva se desocupa la vejiga con una sonda N.^o 16 F. que se inserta en sus dos terceras partes y se deja colocada. Esta medida diseñará el contorno de esta víscera de una manera más práctica que con vesicoelisis. Se tapona la vagina, bastante bien, con gaza yodoformada con el objeto de desalojar hacia arriba, más allá de la síntesis, la porción inferior del segmento más bajo (y

hasta la cabeza fetal si hubiere lugar a ello), trayendo así de manera completa las partes esenciales al campo operatorio.

Después de estos preparativos la paciente se coloca en una posición verdadera de TRENDLENBURG. Se practica una incisión de PFANNENSTIEL de 4 1/2 pulgadas de longitud precisamente encima de la línea del vello púbico. Preferentemente en la arruga normal de la piel que se encuentra generalmente en el área suprasinfisiaria. Con retracción adecuada y desviación lateral de los músculos del recto aparece la fascia transversalis parietal en el campo operatorio. *Esta estructura se incisa o corta transversalmente sobre la superficie de la vejiga, evitando la parte de la fascia que cubre el peritoneo parietal; porque la fascia sirve como un refuerzo de la membrana peritoneal que sin ella sería excesivamente delgada.* Esta es la "llave" para el éxito de la operación. La incisión de la fascia

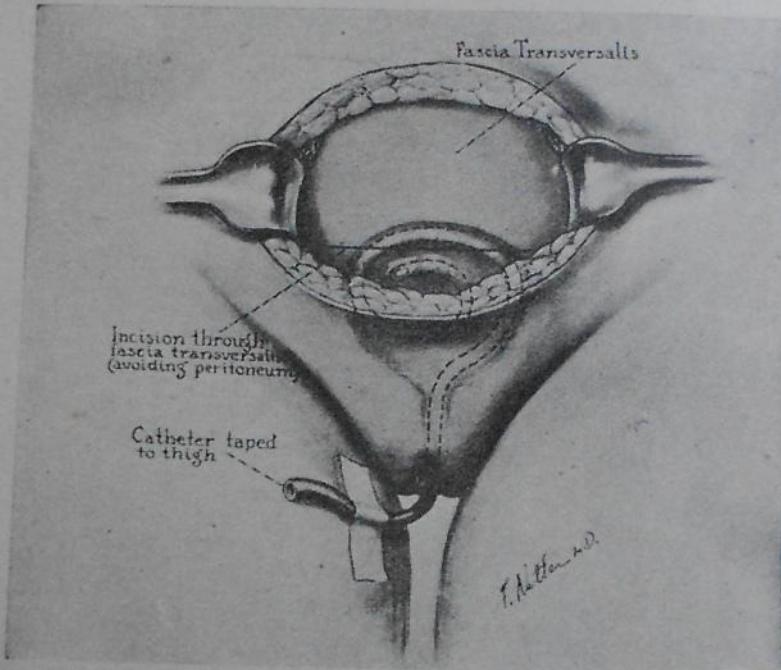


Fig. 3 — Incisión de PFANNENSTIEL, desviación lateral del recto, fascia transversal, vejiga con sonda en su sitio e incisión de la fascia transversal sobre la superficie superior de la vejiga.

que cubre el peritoneo parietal siempre conduce a una abertura en la contigüidad de esa membrana. Este fué el error inicial que (en parte) dió lugar a las dificultades disecionales y a la falta de éxito con que tropezaron FRANK y SELLHEIM.

No está de mas recordar que la mujer *al término* de su preñez presenta ciertos cambios distintivos en la textura, forma, tamaño e inter-relaciones referentes a la vejiga, al útero, al peritoneo y a la fascia. Estas estructuras pueden participar en todos esos cambios en un grado variable o solamente en uno de ellos con completa exclusión de los otros. Y son estos cambios de inter-relación anatómica los que hacen posible la intervención de que nos ocupamos. En primer lugar el peritoneo — incluyendo la parte juxtapuesta y

adherida al útero — aunque no manifiesta las hipertrofias usuales y las congestiones de las partes genitales, cambia su forma y su inter-relación con respecto a la vejiga y al útero. En segundo lugar la vejiga experimenta un movimiento hacia arriba, es decir: *cefaladía*, a causa de la preñez del útero y así se convierte en un órgano mas bien abdominal que pélvico, aun en su estado no distendido. En tercer lugar la *fascia transversalis*, membrana inelástica delgada pero densa, debajo de la sínfisis, principia sus extensiones errantes y sus reflejos hacia y sobre los órganos pélvicos y la vejiga. La porción de la fascia en la pared anterior vesicular (*fascia vesicae*) pierde su condición fibrosa y se convierte en una cubierta delgada débil de naturaleza no soportable. Esta fascia no está adherida a la vejiga; el espacio que interviene está acolchado con una red de películas atracadas de sustancia grasa — grasa que está adherida a la vejiga. A medida que la *fascia vesicae* se acerca a la superficie posterior de la vejiga y al aspecto anterior

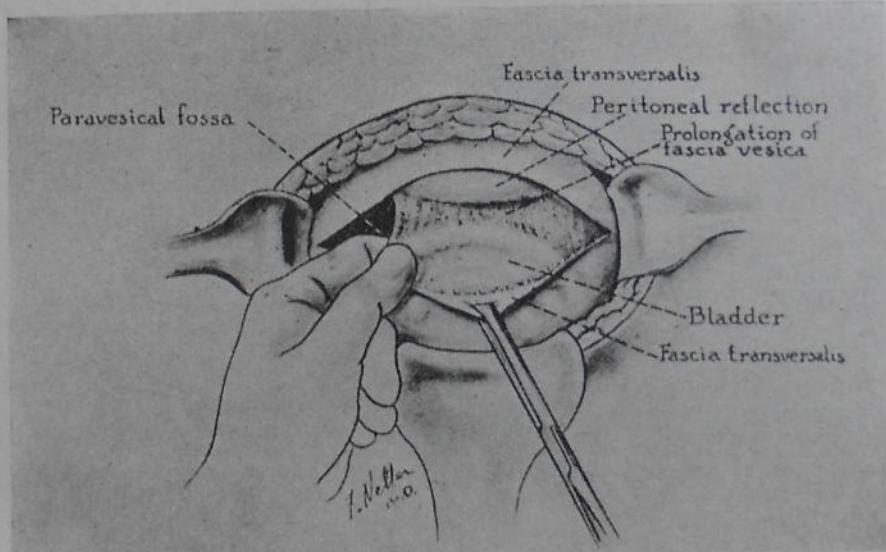


Fig. 4 — Fascia transversal con incisión, pliegue peritoneal expuesto, techo de la vejiga con sonda, prolongación de la fascia vesicae y dedo en la fosa paravesical.

del segmento inferior, cambia de nuevo y se convierte en una capa fibro-areolar flojamente tejida, marcadamente hipertrofiada, particularmente en los períodos finales de la preñez. Esta hipertrofia debe considerarse como un refuerzo de valor apreciable a la musculatura atenuada del área del segmento inferior durante los períodos fuertes del parto.

Es importante recordar que el uso indiscriminado del término "fascia" y los datos discutibles sobre su textura y distribuciones en la pelvis han sido fuentes de una confusión de desavenencias y han dejado a los ginecólogos actuales de varias escuelas de cirugía plástica vaginal sin común denominador anatómico. Esta miscelánea de pareceres tangentes ha sido el resultado de muchas contribuciones que se apoyan en toscas disecciones anatómicas sin corroboración histológica. La verdadera relación de la *fascia endopelvina*

a los órganos pélvicos y sus variaciones de una envoltura fibrosa a una colcha floja areolar fué estudiada muy detenidamente y descrita (histológicamente) por B. H. GOFF (1931). La existencia de esta línea no vascular de división con ribetes de tejido areolar fué mencionada primero por JACOB HENLE, el gran histólogo y anatómista alemán. Apareció una descripción y dibujo manual de la microscopia de la pared de la vejiga y de la pared vaginal con sus ribetes areolares interpuestos en su *Handbuch der Systematischen Anatomie des Menschen* (1866-1871). Este dibujo fué reimpreso en el primer "sistema" de ginecología americana publicado en 1887 en el capítulo de órganos pélvicos por H. C. COE. Se perdió de vista hasta que fué reescrito por W. BLAIR BELL en su texto sobre ginecología (1912). P. C. HUGUER había demostrado, sin embargo, la existencia de este espacio entre la vagina y la vejiga en un dibujo (macroscópico) que apareció en su texto, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*, 1860.

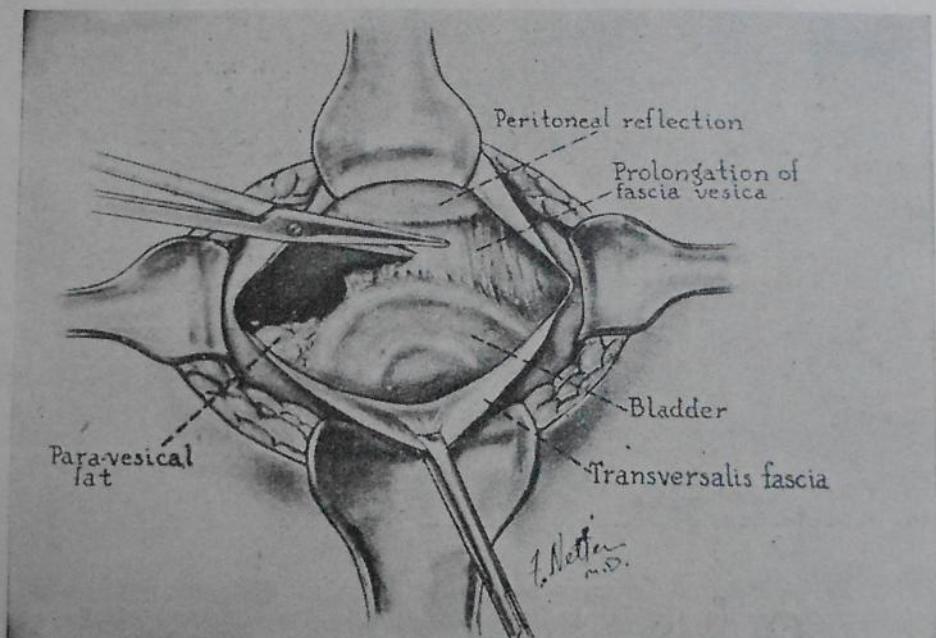


Fig. 5 — Vejiga elevada de su lecho, incisión de la fascia que junta el pliegue peritoneal y el techo de la vejiga.

Esa parte de la *fascia transversalis* que desciende dentro de la pelvis ha sido designada como *fascia endopelvina* — con nombres aun más detallados y apropiados, tales como *fascia vesicæ*, *fascia uteri*, *fascia vesicovaginalis* y *fascia rectovaginalis*. La *fascia uteri* como el peritoneo visceral viene a confundirse con la sustancia uterina aproximadamente en el área que queda precisamente arriba del os interno y ambos pierden su identidad.

En el estado normal (no de preñez) la superficie posterior de la vejiga con su cubierta peritoneal ayuda a formar la excavación vesico-uterina. Esta excavación se elimina gradualmente en los últimos meses de la preñez, a medida que la vejiga achatada asciende el segmento inferior y el repliegue peritoneal se convierte en un

fondo de saco alargado. Este proceso permite la formación de un espacio avascular limitado abajo por la cima de la vejiga, arriba por el pliegue peritoneal, anteriormente por la prolongación de la *fascia vesicæ*, y posteriormente por el segmento inferior. Debe penetrarse este espacio a fin de llevar el segmento uterino inferior fuera del abdomen.

Releyendo esta descripción anatómica con el diagrama por guía, se ve el importantísimo hecho de que la vejiga descansa libremente en un espacio hendido encajado en la *fascia vesicæ* (excepto en el área uretral), abajo de la *fascia transversalis* parietal y encima de la capa hipertrofiada de la porción uterina flojamente tejida de la *fascia endopelvina*, acolchada anteriormente y (particularmente) a cada lado con una malla suelta de tejido graso. Entrando en este espacio por el límite derecho lateral de la vejiga (fossa paravesical), se separa esta víscera por medio de una disección sin cortada con el índice y el dedo del corazón — separándola de la *fascia*

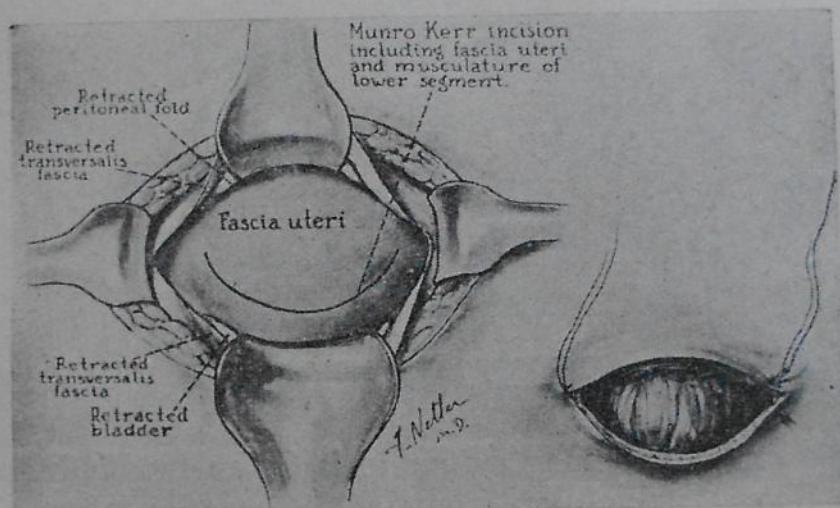


Fig. 6 — Exposición del segmento inferior y de la incisión MUNRO KERR (Figurilla complementaria — ataduras delas cimas de la incisión y presentación de la cabeza fetal).

uteri que queda debajo. Completada esta separación se levanta cuidadosamente la vejiga de su lecho y se la hace descansar en la superficie palmar de los dos dedos de la mano izquierda. Esta maniobra trae en relieve claro la cúpula de la vejiga delineada por la sonda, la reflexión blanca grisosa peritoneal y el tejido delgado transparente que interviene — prolongación hipertrofiada de la *fascia vesicæ*. Con una "tijera" se corta este tejido. Hacia la mitad la transparencia se desvanece a medida que el peritoneo se refleja en una serie de pliegues en el ligamento medio umbilical (*urachus*) y en las arterias hipogástricas obliteradas. A pesar de todo lo cual es visible una línea definida de demarcación; porque al final de la preñez estos pliegues y cuerdas o falsos ligamentos de la vejiga se apllanan y se atenuan. El conocimiento de estas relaciones embriológico-anatómicas acompañado de un cuidado adicio-

nal de disección, ayudará a evitar traumas del peritoneo o de la vejiga. Así una separación completa del techo de la vejiga del peritoneo puede llevarse a cabo de una manera efectiva sin herir ninguna de esas dos estructuras, y el segmento inferior uterino con su cubierta fascial queda expuesto fuera extraperitonealmente. La exposición se mejora además con el desalojamiento de la vejiga hacia abajo detrás de la sínfisis con un retractor Doyen.

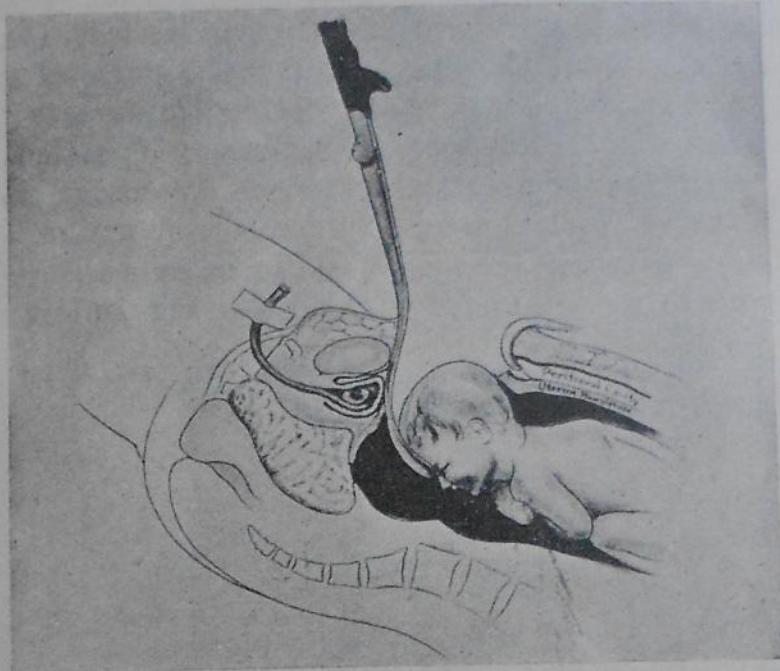


Fig. 7 — Nacimiento de la cabeza con ayuda de una hoja como palanca.

Se hace en este segmento una incisión en media luna (incisión de MUNRO KERR) principiando en la línea media y tan abajo como sea posible a fin de que las extremidades de la incisión puedan quedar en el área del segmento inferior. Los puntos hemorrágicos que resulten de los bordes cortados de la musculatura pueden controlarse con el uso de las pinzas triangulares de ALLIS o de PÉAN. Se suturan los dos extremos de la incisión y estas suturas se mantienen por largo tiempo para facilitar exposiciones subsiguientes de los bordes cortados y efectuar su reparo. La cabeza fetal se vuelve por movimiento manual a una posición directa de vértice anterior. Se emplea una hoja sólida (de preferencia la hoja izquierda de un forceps TUCKER-MCLEAN) como palanca, descansándola en el punto medio de la sínfisis que viene a servir de punto de apoyo. Por esa maniobra, y con presión adicional ejercida en los flancos de la paciente, la cabeza fetal se desaloja para su nacimiento. En este punto puede ser aconsejable demorar por un momento el corte del cordón umbilical mientras el anestesista permite que la paciente inhale una cantidad adecuada de CO₂. Esto estimulará el aparato respiratorio del niño anestesiado.

La placenta puede extraerse o por una invasión manual del

fondo, si el operador tiene delante un caso "limpio"; o se puede extraer por medio de tracción ejercida sobre el cordón y con presión extraabdominal del fondo si se trata de un caso potencialmente infectado. El que esto escribe ha encontrado ventajoso taponar el útero con una cantidad moderada de gaza yodoformada de 2 pulgadas en la mayor parte de los casos. Debe tenerse cuidado de que uno de los extremos de la gaza se coloque en el orificio cervical para facilitar su remoción. Ocasionalmente, cuando la paciente operada no muestra dilatación del cuello, este taponamiento suavizará esa estructura, la dilatará y permitirá un drenaje más libre. Se retira la gaza aproximadamente a las treinta y seis horas de llevada a cabo la operación, antes de retirarla se hace una inyección subcutánea de cinco mínimas de pituitrina. La herida uterina se sutura en dos planos con catgut crómico N.^o 2 continuo — el primero corresponde a la musculatura; el segundo a la musculatura y a la *fascia (uteri) endopelvina*. La vejiga se vuelve a colocar en su lecho y los bordes cortados de la fascia transversal se aproximan con suturas interrumpidas. No es necesario el drenaje.

Simplification du principe Physic-Frank-Sellheim de l'intervention cesarienne

Résumé

L'A. dit avoir surpassé les difficultés existentes par une combinaison de la méthode de Frank-Sellheim avec celle de Latzko. Cette combinaison rend plus facile d'accès extra-peritoneal véritable au segment inférieur et évite les perils du traumatisme opératoire de la vessie.

Dans les cas où la patiente n'est pas encore en travail la dissection doit être conduite avec une extrême délicatesse chirurgicale et une habileté technique spéciale.

Simplification of the principle of Physic-Frank-Sellheim in extraperitoneal cesarean section

Summary

Describing the various difficulties so far met with when dealing with extraperitoneal sections the A. states that same may be overcome by an association of Frank-Sellheim's method with Latzko's.

Old methods, as they are, when combined, however, make the true extra-peritoneal access to the low segment easier, avoiding the danger of operative trauma of the bladder.

In those cases where labor hasn't started yet, dissection must be carried on more carefully and with the highest technical skill.

Vereinfachung des Physic-Frank-Sellheim'schen Prinzips beim extraperitonealen Kaiserschnitt

Zusammenfassung

Der Verf. hat die verschiedenen, bisher bestehenden Schwierigkeiten durch die einfache Kombination der Methoden von Frank-Sellheim mit dem Latzko'schen Verfahren beseitigt. Die älteren Verfahren erleichtern, wenn sie kombiniert werden, den extraperitonealen Zugang zum unteren Segment und vermeiden das Operations-Trauma der Blase. In den Fällen, in denen die Patientin noch keine Wehentätigkeit gezeigt hat, muss das Vorgehen mit besonderer chirurgischer Feinheit und grösserer technischer Geschicklichkeit durchgeführt werden.

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Experiências clínicas com a reação pela diaminoxidase, segundo Zeller, para o diagnóstico da gravidez. — LABHARDT, A.</i>	47
<i>Uma série de mais de 1.000 partos pelo fórceps — HOFFSTRÖM, K. A.</i>	48
<i>Sobre a cura de fraturas durante a gravidez e a evolução do parto após fraturas da pelve — PÜTZ, TH.</i>	49
<i>Psiquiatria, psicoterapia e neurologia. — WINZELER, H.</i>	49
<i>Considerações clínico-estatísticas sobre bacias viciadas observadas na Clínica Obstétrica e Ginecológica da R. Universidade de Milão no decênio de 1/1/1928 - 31/12/1937 — GHEZZI, G. e SAVI, C.</i>	51
<i>Via de propagação da flogose pélvica de origem puerperal — CICCHELLA, T.</i>	52
<i>As tromboflebites puerperais — CAFFARATTO, T. M.</i>	53
<i>Experiências obstétricas em mulheres paralíticas por poliomielite anterior aguda — KLEINBERG, S. e HORWITZ, T.</i>	53
<i>Uma incisão transversa modificada para operações abdominais baixas — CHERNEY, L. S.</i>	55
<i>A irradiação no tratamento do carcinoma do corpo do útero — ARNESSON, A. N. e HAUPTMAN, H.</i>	55
<i>Supressão da lactação pela testosterona — DUFFY, P. V. e CORSARO, J.</i>	56
<i>O diagnóstico cutâneo de infecções gonocócicas — CORBUS, B. C. e CORBUS JR., B. C.</i>	57
<i>O tratamento da septicemia. Resultados anteriores e posteriores ao advento dos compostos de sulfamida. — HERREL, W. E. e BROWN, A. E.</i>	58
<i>O edema na preeclâmpsia e na eclâmpsia — DIECKMANN, W. J. e KRAMER, S.</i>	59
<i>Incontinência urinária aliviada pela restauração e manutenção da posição normal da uretra — KENNEDY, W. T.</i>	61
<i>São os estrogénios carcinogênicos na mulher? — GEIST, S. H. e SALMON, N. J.</i>	62
<i>Diferenciação clínica e de laboratório do aborto espontâneo e provocado — HAMILTON, V. C.</i>	63
<i>A pregnenolinona oral no tratamento do aborto espontâneo — KROHN, L. e HARRIS, J. M.</i>	65
<i>O papel do plexo hipogástrico superior em ginecologia — HENRIKSEN, E.</i>	65

	Págs.
<i>A incidência da ovulação determinada pela biópsia do endométrio — MORTON, D. G. e HAYDEN, C. T.</i>	66
<i>Experiência pessoal com a operação de Manchester — NASH, A. B.</i>	67
<i>Analgesia e anestesia no parto — TOLLEFSON, D. G.</i>	68
<i>Estilbestrol — PRATT, J. P.</i>	69
<i>Estilbestrol — SOULE, S. D. e BORTORICK, A. R.</i>	71
<i>Estudos sobre o corpo amarelo — BUCHER, N. L. R. e GESCHICKTER, C. F.</i>	71
<i>Progesterina — HASKINS JR., A. L.</i>	72
<i>Endometrioma do íleo — GALLO, A. e POZZO, J. J.</i>	72
<i>Criação de uma vagina artificial em uma jovem noiva — NAVARRO, A. C. G.</i>	73
<i>Encarceração de útero grávido por fecalomíoma — BALDI, E. M.</i>	73
<i>A infecção genital crônica na mulher — SIBILLA, C. E.</i>	74
<i>Tumor intraplacentário — WIMER, L. K. e ROMANO, R.</i>	74
<i>Concepção atual no tratamento dos processos inflamatórios pélvicos da mulher — SINISCALCO, O. F.</i>	75
<i>O fibromioma uterino. Considerações clínico-cirúrgicas. — SANGUILY, J.</i>	76
<i>Modificação da técnica de Watkins-Wertheim-Schauta — MENÉDIZ, O.</i>	77
<i>Novas orientações no estudo humorai da mulher grávida — BERNAT, J. M.</i>	78
<i>Fisiologia da origem do câncer — MARTINEZ, E.</i>	79

A SANGRIA INCRUENTA

Recebemos um novo exemplar da revista "A Sangria Incruenta", última edição, que está sendo expedida pelo correio aos médicos e membros das profissões afins à medicina, do nosso país.

Esta publicação, editada pela "The Denver Chemical Mfg. Company", está repleta de artigos interessantes, escritos por médicos de vários países, e não obstante ser o objetivo dessa publicação o divulgar o medicamento Antiphlogistine entre os seus leitores, estes verificarão que o seu texto e ilustração são de molde a despertar o maior interesse e curiosidade.

Estamos informados que se imprimiram trinta mil exemplares, em português, para serem distribuídos aos médicos, odontologistas, veterinários, etc.

Se o leitor não receber um exemplar, pode escrever à The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick Street, Nova York, para que seja inscrito na relação de assinantes, livre de qualquer despesa.

pela diaminoxidase não é segura, sendo a reação de ASCHHEIM-ZONDEK de muito maior valor para estes casos.

O método de ZELLER, tanto a determinação do oxigénio como na dosagem do H_2O_2 pela descoloração de soluções de indigo, é simples e representa um progresso interessante e precioso particularmente do lado científico, permitindo reconhecer detalhes importantes do processo da gravidez.

Após a eliminação do ovo o resultado da reação torna-se negativo muito antes da reação de ASCHHEIM-ZONDEK, que por sua vez é mais vantajosa nas primeiras semanas da gravidez, tendo pois maior importância prática.

O resultado da reação de ZELLER pode ser obtido em menos de 24 horas, não dependendo de animais o que são outras tantas vantagens. Um inconveniente é a necessidade de tirar 10 cc. de sangue para cada reação, o que dificulta particularmente os exames seriados na mesma pessoa. Por outro lado é mais econômica, exigindo porém o aparêlho de WARBURG que só pode ser manejado por pessoas competentes.

Enfim, o método necessita de aperfeiçoamento, coisa talvez possível com a reação do colorímetro (H_2O_2), que dá reações mais seguras, mas no início da gravidez; é mais rápido e econômico.

Uma série de mais de 1.000 partos pelo fórceps (Eine Serie von über 1000 Zangenentbindungen) — HOFFSTRÖM, K. A. — (Mon. f. G. und Gynäk., Vol. 112, Fase. 1, pág. 12).

Entre os anos de 1906 e 1936 empregou o A. mais de 1.000 vezes o fórceps, na clínica sob sua direção. A percentagem para a totalidade dos partos foi de 4,6 %. O modelo empregado, particularmente nos últimos anos, foi o fórceps de SIMPSON. A aplicação teve lugar em 502 casos com a cabeça já na saída da pelve, em 329 casos à meia altura e em 256 casos como fórceps alto. A mortalidade materna para as três categorias foi de 0 — 0,3 — 0,8, a mortalidade fetal de 2,1 — 4,1 — 8,5 %.

Destaca-se particularmente o fórceps alto que, do ponto de vista da morbidade e mortalidade maternas, não oferece maiores perigos, porém a mortalidade fetal sobe paralelamente com a altura da cabeça na pelve no momento da aplicação do fórceps. A indicação para o fórceps alto deveria pois ser feita quasi exclusivamente no interesse da mãe. O interesse da criança exige nestes casos a preferência da cesariana. Deve-se evitar, porém, as cesarianas frequentes sem indicação rigorosa, ditada unicamente pela rotina.

Sobre a cura de fraturas durante a gravidez e a evolução do parto após fraturas da pelve (*Über die Frakturheilung während der Schwangerschaft und den Geburtsverlauf nach Beckenbrüchen*) — PÜTZ, TH. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Vol. 112, Fasc. 1, pág. 17).

O A. dispõe de um material de observação de 7 mulheres que sofreram sérios acidentes durante a gravidez e que depois deram à luz em sua Clínica.

Entre estes casos interessa particularmente uma paciente com uma fratura da pelve no quinto mês, numa segunda gravidez, em consequência dum desastre de automóvel. Não foram observadas perturbações mais sérias no curso da cura. Esta mesma paciente sofrera simultaneamente uma fratura da base do crânio. Já depois de um mês pôde a doente fazer os primeiros exercícios de andar. Parto e puerpério decorreram sem complicações.

Outro caso de maior interesse é uma grave fratura da perna direita, em consequência de uma queda, numa mulher de 31 anos de idade, no oitavo mês da sua quarta gestação. Com o auxílio da estensão da perna, segundo KIRSCHNER, foi conseguida uma posição ideal da fratura e cura.

Desaconselha-se absolutamente toda intervenção cirúrgica das fraturas durante a gestação por causa de complicações desagradáveis.

E' descrito também o caso de uma fratura da pelve, sofrida em criança, por uma paciente que, na ocasião da observação, contava 28 anos. Segundo a radiografia existia uma pelve de laceração, distanciando-se os ramos horizontais dos ossos púbicos pelo menos de 8 cm. Assim mesmo não existiam perturbações no andar. Duração e evolução do parto se assemelhavam às condições de casos com alargamento cirúrgico do anel pelviano.

Apesar dos resultados favoráveis comunicados na presente publicação nunca se deve esquecer a seriedade da situação no parto consecutivo às fraturas da pelve. O grande número de publicações que mencionam mortes fetais, perfurações, etc. impõe o maior cuidado.

O exame clínico e radiológico deve decidir em cada caso, se as fraturas formam ou não um obstáculo para o parto e se este fica assim impossibilitado por via espontânea, exigindo a cesariana.

Psiquiatria, psicoterapia e neurologia. (*Psychiatrie, Psychotherapie und Neuralgie.*) — WINZELER, H. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Vol. 112, Fasc. 1, pág. 31).

O trabalho refere-se essencialmente à literatura do ano de 1939. O ginecólogo deve tornar-se mais psiquiatra do que até agora e en-

carar mais o lado psíquico-funcional em lugar de pretender evoluir mais o lado cirúrgico, pois este, em grandes linhas, já está bastante aperfeiçoado. A escola de A. MAYER é a que mais tem exigido e considerado o lado psicológico da ginecologia, sem ir à zonas mais complexas de psiquiatria propriamente dita, como, por exemplo, hipnose e psicoanálise.

A influência da menstruação sobre a psique é evidente, sensibilizando as mulheres já psiquicamente estigmatizadas, levando-as à ações afetivas e explosivas inexplicáveis que aparecem nesta época. Admite-se uma causa endócrina e nervosa e não uma pura reação psíquica.

A dismenorréia ocupa largo espaço na literatura da especialidade e a maioria dos ginecólogos admite uma gênese puramente psíquica. Os estudos mais recentes sobre a influência dos hormônios sobre estes estados, são postos em dúvida. E' preciso esclarecer as doentes e só excepcionalmente há necessidade do emprego de métodos sugestivos, analgésicos, dilatação da cérvix.

Um grupo de ginecólogos exige a separação duma série de dismenorréias de causa orgânica. O quadro sempre é muito complexo, como mostram as inúmeras propostas para o seu tratamento, estando no final de todas, a simpatectomia que, porém, também não é absolutamente segura, pois existem nervos acessórios que continuam transmitindo a dor em alguns casos.

Não se reconhece o quadro das chamadas psicoses climatéricas, pois as transformações orgânicas não determinam uma doença psíquica. Trata-se antes duma nevrose vegetativa que leva a graves depressões não hereditárias. O tratamento deve ser psíquico e empregar também altas doses de hormônio. Também uma alcalinização pelo Antazid é eficaz, sem que se conheça até agora o mecanismo desta ação.

Durante a menstruação aparecem complicações gravíssimas ao lado dum quimismo normal (coréia, eclâmpsia, epilepsia, apoplexia), consideradas como consequências de crises vasculares, que também causam distúrbios neurológicos centrais e periféricos de toda espécie. A causa dos vômitos incoercíveis da gravidez continuam discutidos. E' certo que inicialmente predominam quasi sempre fatores psíquicos que levam às mais graves modificações neurológicas sem base orgânica objetiva. Foi confirmada a diminuição da taxa de vitamina B₁ já na gravidez normal. Os casos em que falha a terapêutica pela vitamina B₁ são explicados pela intoxicação do fígado por ptomaínas da placenta, impossibilitam ao primeiro órgão a fixação da vitamina. As complicações neurológicas da gravidez mostram grande tendência para a restituição completa.

A retinite da gravidez é um sintoma muito sério que exige, segundo muitos autores, a interrupção imediata da gravidez. Existe uma tendência hereditária para a eclâmpsia, que continua a ser ori-

ginada pelo ovo intacto. O melhor tratamento é, pois, o parto imediato, de preferência em raquianestesia.

O A. considera tôdas as toxicoses gravídicas causadas pela intoxicação por amoníaco, administrando pois, doses adequadas de alcalinizantes para o tratamento.

A miastenia das grávidas é devido à hipofunção da córtice da suprarrenal e outras perturbações do metabolismo. O tratamento é feito com o hormônio do corpo amarelo e extrato de suprarrenal ao lado de alimentos ricos em flavinas.

Existem várias publicações sobre encefalite hemorrágica na gravidez em consequência de um tratamento antissifilítico pelo Neosalvarsan. Apesar disto deve ser continuado sistematicamente o tratamento específico com este meio em casos diagnosticados. Simpatectomias anteriores não influem no curso do parto e do puerpério. Graves hemorragias postparto provocam perturbações no sistema hipofisário-diencefálico. Distingue-se em parte um "shock" anêmico, nervoso e tóxico. Uma manobra de CREDE pode provocar um "shock" nervoso.

Foi novamente acentuada a necessidade moral da existência das dores do parto para fixar mais o sentimento materno.

As psicoses do puerpério têm um prognóstico melhor do que geralmente se admite, havendo porém, assim mesmo, bastantes casos de morte.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Considerações clínico-estatísticas sobre bacias viciadas observadas na Clínica Obstétrica e Ginecológica da R. Universidade de Milão no decênio de 1/1/928-31/12/937
(Rilievi clinico-statistici sui bacini vigiati osservati nella Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Università di Milano nel decennio 1/1/928-31/12/937) — GHEZZI, G. e SAVI, C. — (An. di Ostetr. e Ginec., 1941, N.º 1, pág. 3).

Os A.A., após várias considerações sobre classificação, frequência e forma das bacias viciadas, concluem que, na clínica obstétrica de Milão, no decênio de 1-1-928 à 31-12-937, sobre 34.497 parturientes, foram observados 703 casos de vícos pélvicos, isto é, 2,03 %, e que são diminutos os vícos graves, enquanto os pequenos são mais frequentes e a forma osteomaláctica não foi observada.

Prevaleceram as bacias chatas, as total e regularmente estreitadas e as achataadas estreitadas. Das 703 portadoras de vícos pélvicos, 335 (47,6 %) deram à luz espontaneamente e 368 (52,4 %) foram submetidas à intervenção.

A experiência pessoal do A., relatada neste artigo, refere-se a 50 casos selecionados dos operados em sua clínica privada, tendo sido seguidos em média 33 meses, a idade média das doentes foi de 53,5 anos, variando de 29 a 73.

Certos cuidados preoperatórios essenciais resume o A. nos seguintes ítems: 1) Tratamento de cervicite concomitante deixando um lapso de 6 semanas entre sua cura e a operação; 2) Tratamento perfeito de qualquer ulceração por acaso existente, pelo repouso e tamponamento; 3) Tratamento estrogênico local quando existem sinais de vaginite atrófica; 4) Tratamento até à cura, isto é, até à inexistência de piúria, nas infecções urinárias; 5) Exclusão de uma diabete atual ou potencial por um teste de glicose; 6) Os cuidados comuns às outras intervenções.

Faz, a seguir, uma descrição detalhada da operação, acompanhada de numerosos desenhos seriados, bastante esclarecedores.

Segue-se uma exposição de quadros estatísticos relativos aos tipos dominantes de prolápso, sintomas predominantes e resultados obtidos, em suas operadas. Nota-se que houve 45 casos ou seja 90 % de sucesso completo, 10 % de sucesso parcial e nenhum de insucesso.

Analgesia e anestesia no parto (*Analgesia and anesthesia in labor*) — TOLLEFSON, DONALD G. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Janeiro 1941, Vol. 49, pág. 44).

Acha o A. que somente na presente geração tem a analgesia e a anestesia no parto tomado incremento apreciável, sendo de salientar que dos partos realizados em três grandes hospitais de Los Angeles, no ano passado, somente 2 % foram conduzidos sem qualquer anestesia ou analgesia.

Faz um ligeiro relato histórico do assunto seguido de uma exposição do seu ponto de vista pessoal no passado e no presente, expondo as razões que o levaram, desde 1934, a procurar adaptar-se ao "parto sem dôr".

Após alguns anos de experiência poude chegar à sua técnica atual de administração da analgesia que resume da seguinte maneira: Ao iniciar-se o trabalho a doente ingere 6 grãos de pentobarbital sódico e 1 milígramo de escopolamina, por via hipodérmica. É mantida em silêncio, em quarto escuro, afastada dos parentes. Quantidades adicionais tanto do pentobarbital como da escopolamina são administradas posteriormente, conforme as necessidades, sendo impossível estabelecer uma dose fixa, uma vez que a quantidade está intimamente ligada a condições personalíssimas da paciente.

Os casos reunidos no presente trabalho são em número de 500, selecionados de sua clínica particular e convenientemente acompanhados sob todos os pontos de vista.

Resume o que se sabe sobre o pentobarbital, seus efeitos e seqüência anestésica, geralmente favoráveis.

Analisando a incidência operatória dos 500 casos crê ter sido menor do que a comum, provavelmente sendo responsável por tal diminuição a calma com que o trabalho se processa pelo repouso da paciente.

Estudando a influência da analgesia sobre a mortalidade fetal pôde concluir o A. que ela em absoluto não sofreu aumento, tendo sido as mortes resultantes de outros fatores, comuns a todos os partos e perfazendo de conjunto uma percentagem de 2,1 %, baixa em face de uma análise detalhada da estatística e "causa-mortis" apresentadas.

Os resultados globais obtidos oferecem as percentagens que se seguem: Sucessos, 68,8 %; Regulares, 19,6 %; Insucessos, 11,6 %.

Em um quadro nota-se como se distribuem tais resultados conforme as condições inerentes aos partos.

Discute com precisão a questão do momento conveniente de administração do medicamento, mostrando que o insucesso depende, não raro, de uma aplicação demasiado precoce ou, pelo contrário, por demais tardia. Observa-se, na verdade, que o analgésico foi dado muito tarde em 37 das 98 doentes que apresentaram resultados regulares e em 30 das 59 que tiveram insucessos.

Evidencia, finalmente, que a anestesia complementar, muitas vezes necessária, no 2.º período, deve ser executada por mãos experientes e a escolha do anestésico deve ser cuidadosa.

Por sua experiência chega o A. às seguintes conclusões:

- 1.º) Uma enfermagem treinada em analgesia deve sempre acompanhar estas pacientes;
- 2.º) A dosagem é estritamente pessoal;
- 3.º) A analgesia barbitúrica está contraindicada nos prematuros;
- 4.º) A anestesia complementar, quando utilizada, deve possuir elementos para tratar a asfixia ou apnéia neonatal, isto é, deve ser preferentemente administrada com aparelhos que permitam estes tratamentos;
- 5.º) O problema da analgesia obstétrica não satisfaz ainda totalmente, embora forneça resultados razoáveis o presente método.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Sub-secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felício dos Santos

Dr. Alkimíndur Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Álvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Etienne Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Wilson Monteiro de Barros

Dr. José de Castro Sthei Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Polymnis Dutra

Dr. Raymundo Santos

Dr. Rudolpho Marques da Cunha

ASSINATURAS:

Brasil, anno, 1940/41; registrante, 508000 — Estrangeiro, anno, 1940 (U. S. A.)
Número aviso, 98000

As assinaturas nominadas em qualquer mês começam sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Rua General Severiano, 246 - 6.º andar - Tel. 42-57-82 - Caixa Postal 1226
RIO DE JANEIRO - BRASIL

SÃO PAULO REPRESENTANTES:

H. S. FACHADA: Livraria Francisco Alves - Rua Libero Badaró, 222 - 4.º andar

H. MIRANDA: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 622 - Belo Horizonte

H. 1900 GRANDE DO SUL: Livraria do Sol - Bento Gonçalves, Bento Gonçalves & Cia.

Dr. Tel "Tata" - Caixa Postal 120 - Petrópolis - Villas São Maria e Petrópolis

H. PINTOR ALMEIDA: Livraria Mário Huguenin - Rua da Consolação, 58
1.º and. - Rio de Janeiro

H. ALVARENGA: Casa Rosália - Rua do Carmo, 1000/1020 - Rio de Janeiro

H. VARELA: Livraria H. Varela - Rua Miguel Coutinho, 1088 - Rio de Janeiro

H. PAIXÃO: Livraria Paixão - Caixa Postal 320 - Rua de Santa Ifigênia, 62 - Rio de Janeiro

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Agosto de 1941

Vol. 12 — N.º 2

SUMÁRIO

EDITORIAL

- A Embaixada Universitária Argentina 85

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Tratamiento de la infección puerperal — PROF. DR. NICANOR PACHECO COSTA	87
Sepsis puerperal (Nota previa. Estudio experimental.) — DR. N. PACHECO COSTA y DR. JUAN MANUEL NAGERA	98
El problema de la mortalidad (Fragmentos de un estudio basado sobre una estadística de 61.718 nacimientos) — PROF. DR. JOSÉ A. BERUTI	104
La sífilis congénita en una maternidad argentina — DR. DOMINGO A. LEDESMA	116
Nuevas experiencias sobre el diagnóstico de la placenta previa por medio de la cistografía — DR. SILVESTRE L. SALA y DR. ENRIQUE G. BERGDOLT	123

NOTAS E COMENTÁRIOS

A sessão solene na Academia Nacional de Medicina, em 11 de Julho de 1941	131
A Embaixada Argentina na "Maternidade Arnaldo de Moraes"	138

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Terapéutica Ginecológica — CARLOS J. CALATRONI e VICENTE RUIZ	139
Analgesia Óstétrica — JUAN LEÓN	140

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da duodécima sessão extraordinária	141
--	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

Agradecendo a remessa do valioso trabalho, ao mesmo tempo aparecido em Buenos Aires e no Rio de Janeiro, em primorosas edições, em espanhol e português, aqui antecipamos o duplo sucesso que aguarda o mesmo, como obra de real valor, útil e proveitosa.

ARNALDO DE MORAES

Analgesia Obstétrica — JUAN LEÓN — Ed. “El Ateneo”, Buenos Aires, 1941.

O A., que é professor adjunto de Clínica Obstétrica da Fae, de Ciências Médicas de Buenos Aires, escreveu um volume de 584 páginas com o subtítulo de — o sono crepuscular barbitúrico no parto —, em que, depois de fazer breves considerações sobre os procedimentos utilizados na atualidade para suprimir ou atenuar as dores do parto, ocupa-se particularmente dos barbitúricos. Entre estes merece especial atenção o pentobarbital sódico, hoje um dos barbitúricos mais em voga nos Estados Unidos. Trata também do emprego dessa droga combinada a outras nos propósitos de suprimir a dôr do parto, particularmente a escopolamina.

Estuda a ação do agente medicamentoso sobre a evolução do parto e sobre a criança, para afinal chegar a um juízo sobre os resultados obtidos, comparando as vantagens e os inconvenientes do pentobarbital sódico só, ou associado. No tocante aos resultados obtidos na Clínica “Eliseo Cantón”, sob a direção de seu eminentíssimo chefe Prof. Beruti, deduziu que o emprego do pentobarbital sódico e suas diversas combinações, não aumenta as probabilidades de uma intervenção obstétrica, antes a diminui. Relativamente à ação sobre o feto, nessa mesma clínica, diz que não há dúvida que a droga atua sobre o feto, inconveniente esse sanado quando é o agente analgésico administrado com critério, especialmente se empregado isoladamente, sem ser associado à escopolamina, ao paraldeído ou ao cloral.

O trabalho que revela uma observação cuidadosa do emprego da analgesia obstétrica, é acompanhado de gráficos elucidativos que revelam o interesse que mereceu o assunto ao A., na elaboração da valiosa monografia.

Felicitando seu ilustrado A. por mais essa contribuição às letras médicas, podemos dizer que a mesma honra a magnífica escola do Prof. Beruti, a que o A. se acha filiado há mais de 20 anos, escola essa que demonstra a grande cultura e o grande progresso do ensino e da prática da Obstetrícia na República Argentina.

ARNALDO DE MORAES

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Importância de alguns detalhes técnicos em histerossalpingografia — MOCQUAT, P., PALMER, R. e PULSFORD, J.</i>	149
<i>Resultados obtidos numa maternidade pelo emprego preventivo das sulfamidas após o parto — GUÉNIOT, P.</i>	150
<i>A fragilidade capilar na menometrorragia disfuncional e a sua modificação com tratamento ascórbico — PIGNOLI, R.</i>	151
<i>Corpo amarelo grávidico humano — GILLMAN, J. e STEIN, H. B.</i>	151
<i>Sulfonamidoterapia, complemento cirúrgico. — LOCKWOOD, J. S.</i>	152
<i>Carcinogênicos e hormônios nas pesquisas sobre câncer — MORTON, J. J.</i>	153
<i>Estado atual do tratamento do câncer ginecológico — KAMPERMAN, G.</i>	154
<i>Tratamento de fibromiomas uterinos — COSTOLOW, W. E.</i>	155
<i>Uma investigação clínica-patológica sobre as causas da menometrorragia — HENRIKSEN, E.</i>	156
<i>O papel das trompas de Fallopio na disseminação do câncer pélvico — WALLIS, O.</i>	158
<i>O papel da cauterização profunda na prevenção do câncer do colo — CASHMAN, B. Z.</i>	159
<i>O endométrio na peritonite tuberculosa e na esterilidade — JENSEN, R. M. e DONALD, J. R.</i>	161
<i>A irradiação das lesões benignas da pélve — BROWN, W. E., KRETZSCHMAR, N. R., PECK, W. S. e McGREER, J. T.</i>	162
<i>O diagnóstico diferencial da apendicite aguda na mulher — SCHMITZ, H. E. e YODER, F. D.</i>	163
<i>Orientação do parto. Estudo crítico de 1.538 partos consecutivos. — DA-VIS, C. H.</i>	164
<i>Gonorréia complicando gravidez. Estudo de 228 casos. — BERNSTINE, J. B. e BLAND, G. W.</i>	165
<i>Radiografia torácica de rotina na gravidez. Um estudo baseado em 800 casos consecutivos. — GRAHAM, H. K.</i>	165
<i>Gangrena uterina complicando cesariana; útero rôto. — MARLEY, L. M.</i>	166
<i>Colposcopia, a aquisição moderna para o problema do câncer do colo. — STEFFEN, C.</i>	167
<i>Considerações clínicas e análise de 69 casos de prenhez ectópica — TRAC-TENBERG, I.</i>	167
<i>Influência da água sobre a precisão da reação do M-dinitrobenzeno na determinação quantitativa dos quetoesteróides da urina — FRIED-GOOD, H. B. e BERMAN, R. A.</i>	168
<i>Estudos experimentais sobre a atividade e toxicidade do estilbestrol — VON HAAM, HAMMEL, M. A., RARDIN, T. E. e SCHOENE, R. H.</i>	169
<i>Um estudo quantitativo sobre a inhibição do benzoato de estradiol pela progesterona no babuíno (<i>Papio Porcarius</i>) — GILLMAN, J. e STEIN, H. B.</i>	170

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

<i>Estudos sobre o efeito-análogo à progesterona do acetato de desoxicorticosterona na mulher</i> — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., PATTEE, C. J. e AXELSON, G. J.	171
<i>A regulação da função do corpo amarelo pela luteotrofina hipofisária</i> — ASTWOOD, E. B.	171
<i>Presença e determinação química de componentes adreno-corticais no sangue</i> — RAAB, W.	172
<i>Gravidez e excreção de hormônios sexuais</i> — BACHMAN, C., LEEKLEY, D. e WINTER, B.	172
<i>Displasia mamária</i> — GESCHICKTER, C. F.	173
<i>Pseudohermafroditismo</i> — FINKLER, R. S.	173
<i>Terapêutica androgênica na mulher</i> — GEIST, S. H.	174
<i>Rontgenterapia dos fibromiomas uterinos</i> — IBANEZ, A. I. L.	174
<i>Administração de preparados hormonais e insuflação tubária quimográfica. Interpretação pessoal dos traçados obtidos.</i> — STABILE, A.	176
<i>Três anos de ginecologia endócrina. Com algumas observações novas.</i> — FRAENKEL, L.	177
<i>Influência do ambiente da sala de operações no desenvolvimento de complicações infecciosas postoperatorias</i> — CAPURRO, R., GAFFREE, A. e BASCOU	178
<i>A transfusão simples na infecção puerperal</i> — CAMARILLO, J.	179
<i>Farmacologia do útero</i> — PEREIRA, J. R.	180
<i>Estilbestrol (Nota prévia)</i> — GALLUCCI, J.	181

2.º) Injeção descontínua muito lenta, para 1/8 de em³ (onde a supressão de qualquer reação uterina de defesa).

3.º) Estudo manométrico preciso, dando noções fisiológicas sobre o tono uterino, capacidade fisiológica do útero, contratilidade, a pressão de passagem tubária.

4.º) Para a histerografia, estudo das imagens de enchimento, pelas quantidades e pelas pressões bem definidas, de preferência às imagens de evacuação.

5.º) Para a salpingografia é importante a prova de COTTE, completada, em caso de retenção, por chapas em diversas posições.

Resultados obtidos numa maternidade pelo emprêgo preventivo das sulfamidas após o parto (*Résultats obtenus dans une Maternité par l'emploi préventif des sulfamides après les accouchements*) — GUÉNIOT, P. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Jan.-Fev. 1941, Ano 36, Ns. 1-2, pág. 27).

Sobre 1.235 partos realizados no Serviço da Maternidade do Hospital Bretonneau, num período de dez meses, 1.115 puérperas tomaram sistematicamente 2 gramas de para-amino-fenil-sulfamida no primeiro dia após o parto, e em doses decrescentes 1,50 grs. para 1 gr. nos dias subsequentes até o fim da primeira semana.

Em alguns casos a dose inicial foi de 3 grs., quando havia por ocasião do parto, comêço de infecção ou suspeita da mesma; por outro lado as dosagens ulteriores foram acrescidas se apareciam sinais de infecção nos dias seguintes.

Entre as 1.115 puérperas observadas 146 tiveram temperatura, no máximo de um dia, de 28°; 44 dentre estas tiveram mais de um dia. A febre em 54 destas 146 mulheres, era de causa extranha ao aparêlho genital (linfangite ou inflamação do seio, pie-lite, tuberculose ou afecção pulmonar, angina, etc.).

Diz o A. que observou nestas puérperas submetidas a este tratamento preventivo apenas infecções extremamente brandas, caracterizadas por alteração dos lóquios (aspecto escuro ou cheiro forte) e ligeiro retardamento da involução uterina.

Não foi observado caso algum de infecção grave (septicemia ou pioemia, peritonite, infecção anexial ou peri-uterina). A flebite dos membros inferiores se instalou em 5 casos, sendo uma bilateral em mulher que já tivera um parto anterior.

Em resumo nestas 1.115 puérperas a mortalidade foi nula, a morbilidade da infecção puerperal muito benigna, fugacidade habitual dos sintomas.

Acha o A. que houve desaparecimento dos casos de infecção grave que estava habituado a observar alguns casos ainda há poucos anos.

no cólon. 2) Sinal de BASTEDO: aumento da dor, na apendicite, pela insuflação de ar através o reto. 3) Sinal de KRUEGER: aumento da dor, na apendicite, quando se faz a elevação da coxa estendida. 4) Sinal de ROSENSTEIN: dor na região ileocecal, na apendicite, quando a doente acha-se inclinada para o lado esquerdo. 5) Sinal de CARL: na apendicite, dor mais acentuada no ponto de McBURNEY e para a linha mediana quando a doente está recostada sobre o lado esquerdo.

Para BANA, os principais elementos diagnósticos são os seguintes: dor no ponto de LANZ, dor no ponto de MORRIS.

A ruptura de um folículo de DE GRAAF ou de um corpo lúteo, com hemorragia interna, assim como a de uma prenhez ectópica, podem simular uma apendicite, como salienta WEIL, que reuniu 35 casos daquela primeira eventualidade, dos quais foram operados 30. Desta espécie os A.A. apresentam uma observação em que o diagnóstico pôde ser feito, embora não no primeiro momento. O episódio ocorre no intermênstruo e uma leucocitose que aparece inicialmente sofre logo rápida queda.

Para o diagnóstico diferencial com a ruptura de prenhez ectópica direita crê os A.A. dever tomar-se de rotina a colpoparacentese ou a colpotomia.

Deve-se pensar, outrossim, na possibilidade da torção do pedí culo de um quisto do ovário direito, relatando os A.A. um caso desta natureza.

Orientação do parto. Estudo crítico de 1.538 partos consecutivos. (*Management of Labor. A critical study of 1538 consecutive deliveries.*) — DAVIS, CARL HENRY — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Fev. 1941, Vol. 49, N.º 2, pág. 91).

Possuidor de uma grande experiência no assunto relata-nos o A., em todos os seus detalhes, como foram feitos os últimos 1538 partos de sua clínica privada, compreendendo os 17 anos passados. Procura, outrossim, estabelecer umas analogias e diferenças entre estes e os 1.532 partos que se deram no Milwaukee County Hospital, segundo foi apresentado em 1938.

A análise do grupo apresentado fornece os seguintes resultados principais:

1.538 nascimentos	40 crianças perdidas ..	2,6 %
750 partos normais, 48,7 % ...	16 " "	2,13 %
641 fórceps, 41,7 %	11 " "	1,75 %
12 versões e extrações 0,8 % ..	4 " "	33,33 %
62 ap. de nádegas, 4,0 %	5 " "	8,0 %
73 cesarianas, 4,8 %	4 " "	5,5 %

Mostra ainda as diversas causas determinantes da mortalidade fetal e materna, as técnicas empregadas nas cesarianas e as alturas em que foi empregado o fórceps.

Tece, finalmente, alguns comentários pessoais resultantes da experiência adquirida nestes casos sobre o parto prematuro, a placenta prévia, o prolapsus do cordão, a apresentação podálica, as toxemias da gravidez, a histerectomia vaginal, a cesariana, etc.

Gonorréia complicando gravidez. Estudo de 228 casos.

(*Gonorrhœa Complicating Pregnancy*) — BERNSTINE, J. BERNARD e BLAND, GEORGE W. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Fev. 1941, Vol 49, N.^o 2, pág. 104).

Cuidados especiais merecem, sob todos os pontos de vista, as doentes que procuram o "Jefferson Medical College Hospital" apresentando gravidez complicada por blenorragia. Neste trabalho os A.A. trazem a público algumas estatísticas referentes a tais casos.

Trata-se da observação de 228 doentes com gravidez complicada de gonorréia, cuidadosamente estudadas naquela instituição.

Pelo quadro de distribuição em idades verifica-se imediatamente que uma alta percentagem (84 %) se encontra na 2.^a e na 3.^a década da vida. Fora de dúvida que esta infecção peora consideravelmente a frequência de morbidade postparto; puderam observar os A.A. que as afecções concomitantes vêm ainda mais agravar o prognóstico.

Assim vemos, pelos quadros apresentados, que a morbidade de 18,7 % para os serviços regulares de maternidade subiu para 43,8 % quando se tratou de doentes portadoras de blenorragia e para 51,1 % se além da blenorragia havia outras complicações.

A mortalidade fetal foi de apenas 3,08 %, não tendo sido observado um caso siquer de oftalmia, evidentemente em face dos cuidados dispensados a estas doentes.

A permanência no hospital não sofreu também grande alteração, certamente em face dos cuidados dispensados durante a gestação e do conveniente tratamento instituído neste período.

Radiografia torácica de rotina na gravidez. Um estudo baseado em 800 casos consecutivos. (*Routine chest roentgenograms in pregnancy. A study based on 800 consecutive cases.*) — GRAHAM, HERVEY K. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Fev. 1941, Vol. 49, N.^o 2, pág. 107).

Tendo adotado sistematicamente o exame radiográfico da caixa torácica em 800 grávidas, vem o A. apresentar neste seu trabalho

os resultados obtidos, após tecer alguns comentários em torno dos elementos diagnósticos, mostrando os erros lamentáveis a que estão sujeitos tanto o exame clínico como o radioscópico.

Das doentes apresentadas 440, ou 55 %, não apresentavam sinal radiológico de afecção torácica. Em 328, ou 40 %, havia evidência de infecções respiratórias repetidas, pleurisia antiga, contacto tuberculoso etc., não considerados com significação clínica.

Em 24 casos, 3 %, havia evidência de afecção do parênquima, tendo o repouso e outras medidas melhorado as condições, dado o seu diagnóstico precoce, durante a gravidez.

Em 8 casos, 1 %, foi encontrada tuberculose ativa. Duas doentes extraviaram; duas conseguiram resultado com tratamento clínico e em 4 a gravidez foi interrompida.

Dados os resultados apresentados o A. mostra-se satisfeito com o emprêgo rotineiro da radiografia torácica, procurando continuar a executá-lo.

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Gangrena uterina complicando cesariana; útero rôto. (*Gangrene of the Uterus Complicating Cesarean Section; Ruptured Uterus.*) — MARLEY, LAWRENCE M. — (*The Jour. of the Internat. Coll. of Surg.*, Fev. 1941, Vol. 4, N.^o 1, pág. 18).

Relata o A. o caso de uma doente com 32 anos de idade, operada anteriormente por prenhez ectópica rôta, que tendo dado entrada no hospital, foi examinada clínica e radiologicamente sem que nada se encontrasse. Devido à inércia uterina e falta de progressão fetal resolveu-se fazer uma cesariana após 40 horas de trabalho, momento em que se apresentaram os primeiros sinais de sofrimento fetal.

Após a operação, que foi realizada pela técnica comum, teve o A. oportunidade de verificar a existência de uma ruptura uterina baixa, de forma crucial, que foi convenientemente suturada, deixando-se em seguida um dreno na cavidade abdominal. As primeiras 48 horas do postoperatório passaram-se satisfatoriamente mas, findo este período, começou a doente a peorar progressivamente, sendo que ao 14.^o dia foi possível estabelecer o diagnóstico de gangrena gasosa em face dos exames clínico e de laboratório, vindo a paciente a falecer.

Faz então uma ligeira recapitulação das noções existentes sobre gangrena uterina e ruptura uterina, para apresentar finalmente mais oito observações que possue destas afecções.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Sub-secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Wilson Monteiro de Barros

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Polymnis Dutra

Dr. Raymundo Santos

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000 (U. S. \$3)
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Libero Badaró, 292 - S. Paulo

E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.

End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 83 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Setembro de 1941

Vol. 12 — N.º 3

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Trichomoniasis vaginal (Relación de 25 casos)</i> — DR. FRANCISCO RUIZ ARCE	183
<i>Cistoesteatonecrose da mama (Granuloma lipofágico)</i> — DR. ALBERTO COUTINHO	192
<i>Sobre três casos de miase da vulva</i> — DR. LUIZ ALFREDO CORRÉA DA COSTA	200

LIÇÕES E CONFERENCIAS

<i>La menopausia (Ensayo de clasificación morfológica)</i> — DR. RAUL PASTORINI	205
---	-----

EDITORIAL

<i>O perigo da anoxia e sua terapêutica</i>	226
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>VI aniversário da cátedra da clínica ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina</i>	230
<i>"Prêmio Madame Durocher" de 1941</i>	233
<i>III Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia</i>	233
<i>"Sociedad Nacional de Cirugia" (Havana - Cuba)</i>	234
<i>"Soc. de Gastro-Enterologia e Nutrição de S. Paulo"</i>	234
<i>"Arquivos de Biología"</i>	234

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Obstetrícia Prática</i> — LUIZ AGUIRRE HORTA BARBOSA	235
<i>Cirurgia da tireóide (Problemas imediatos das tireoidectomias)</i> — MARIANNO DE ANDRADE	235
<i>Ginecologia Moderna</i> — J. PEREIRA DE CAMARGO	236

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da trigésima-quarta sessão ordinária</i>	241
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Todos os trabalhos a serem apreciados nesta secção deverão ser remetidos em duplicata.

Obstetrícia Prática — LUIZ AGUIRRE HORTA BARBOSA — Edições Melhoramentos, 1941.

O A. é docente de Clínica Obstétrica e de Cl. Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina. Seu trabalho conquistou no ano passado o prêmio Madame Durocher, da Academia Nacional de Medicina.

Trata-se de um repositório de noções claras e correntes, dos princípios indispensáveis da disciplina. O feitio didático que o A. procurou dar ao livro patenteia-se logo à primeira vista. A ilustração é profusa e parece ter sido quasi toda preparada expressamente.

Singelo no dizer, exprimindo-se em frases curtas, conseguiu o A. apresentar um manual bastante objetivo e útil para os iniciantes na matéria. Seu livro tem, além disso, tôdas as características de um memento bem feito, a ser utilizado pelo médico prático.

A apresentação material é muito boa, dentro das condições de nosso meio.

Felicitamos o Dr. Horta Barbosa pela prova de esforço e espírito realizador que seu livro representa.

F. VICTOR RODRIGUES.

Cirurgia da tireóide (Problemas imediatos das tireoidectomias) — MARIANO DE ANDRADE — Rio de Janeiro, 1941.

O A., baseado em sólida experiência de mais de cem casos, faz, no presente trabalho, um detalhado estudo sobre os acidentes das tireoidectomias.

Aborda primeiramente a questão das hemorragias que trata com proficiência, com grande conhecimento de causa e com honestidade, mostrando o valor da experiência na eliminação d'este grave acidente operatório. Se bem que ela dependa em geral de falta de técnica, é preciso um pouco mais do que o conhecimento desta para evitá-lo. E' mister ter operado um bom número de casos para poder conjurar em tempo o que será mais tarde uma grave hemorragia. Além disso, o preparo preoperatório é, como em toda cirur-

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Gravidez ectópica rara, em forma duma gravidez cervical primária — REIST, A.</i>	243
<i>Sobre a pancreatite crônica durante a gravidez — GROTT, J. W.</i>	244
<i>Anatomia normal e patológica dos órgãos sexuais femininos — HELD, E.</i>	245
<i>Pesquisas sobre a ação da foliculina e da insulina sobre a glicemia e a diurese — ALFIERI, P.</i>	249
<i>Um caso de torção aguda do útero grávido — ACCIVILE D.</i>	250
<i>Reparo transumbilical da hérnia umbilical congênita — BLODGETT, J. B.</i>	252
<i>Carcinoma erisipelatóide — CAMIEL, M. R. e BOLKER, H.</i>	252
<i>Tratamento da menopausa — SEVRINGHAUS, E.</i>	253
<i>O cone tecal e seu tropismo para a superfície ovariana. Uma disposição típica dos folículos humanos em crescimento e dos mamíferos. — STRASSMANN, E. O.</i>	253
<i>A cauterização profunda da cérvix — CASHMAN, B. Z. e FRANK, J. S.</i>	255
<i>Um teste cutâneo para o diagnóstico de gravidez — FALLS, F. H., FREDA, V. C. e COHEN, H. H.</i>	256
<i>Puberdade precoce devida a tumores ovarianos — LULL, C. B.</i>	258
<i>O efeito da administração combinada de gonadotropina coriônica e de sínnergia hipofisário sobre o ovário humano — MAZER, C. e RAVETZ, E.</i>	259
<i>Algumas observações sobre o emprego ginecológico das gonadotropinas equinas — HAMBLEN, E. C.</i>	260
<i>Operação cesária extraperitoneal. Modificação da técnica de Latzko com apresentação de 32 casos. — IRWIN, J. C.</i>	262

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>O problema da operação cesária nas parturientes ativas ou potencialmente infectadas com trabalho paralisado</i> — LAZARD, E. M.	263
<i>Hemorragias funcionais uterinas</i> — RICHARDSON, H. R.	263
<i>Hipertensão vascular na gravidez. Excreção urinária de glicuronato de pregnandiol nas perturbações hipertensivas da gravidez</i> . — BACHMAN, C., LEEKLEY, D. e HIRSCHMANN, H.	264
<i>Endocrinoterapia da menometrorragia funcional e esterilidade ovariana</i> — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., PATTEE, C. J. e AXELSON, G. J.	265
<i>Endocrinoterapia da menometrorragia funcional e esterilidade ovariana</i> — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., PATTEE, C. J. e AXELSON, G. J.	266
<i>Produção hormonal de proliferações epiteliais</i> — WOLLNER, A.	266
<i>Associação da anestesia local e endovenosa para operação cesária</i> — HUNT, A. B. e LUNDY, J. S.	267
<i>Fistulas vésico-vaginais. Tratamento sem emprêgo da sonda permanente</i> . — BENGOLEA, A. J. e BAZTERRICA, E.	267
<i>Sífilis congênita</i> — LANDER, M. M.	268
<i>A tatuagem como processo de individualização dos vacinados por B. C. G.</i> — GÓMEZ, F. D. e ETCHEVERRY, J. C.	269
<i>A drenagem em ginecologia</i> — ALVAREZ, H.	270

**WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY**

Operação cesária extraperitoneal. Modificação da técnica de Latzko com apresentação de 32 casos. (*Extraperitoneal cesarean section. A modification of the Latzko technic with the report of thirty-two cases.*) — IRWIN, J. C. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Março 1941, Vol. 49, N.º 3, pág. 158).

Após um estudo histórico da operação idealizada por LATZKO, de Viena, em 1908, levada para os Estados Unidos por JELLINGHAUS, em 1923, e popularizada aí por BURNS e STELE, traz o A. estatísticas de 285 operações deste tipo, realizadas pelos americanos, sempre com resultados bastante satisfatórios.

A modificação que introduziu na técnica da referida intervenção a partir de 1936 (Janeiro) consiste em substituir a incisão longitudinal do útero por uma incisão transversa que, segundo o A., apresenta as vantagens de: 1.º) oferecer menor probabilidade de lesar o peritônio, 2.º) oferecer menor perigo de lesar a bexiga, a qual deverá ser descolada em maior quantidade transversalmente, mas em menor para baixo, sendo neste último ponto onde são mais íntimas suas relações com o útero e 3.º) ser o feto retirado por ela com maior facilidade.

Passa então a apresentar os resultados obtidos nos 32 casos em que teve oportunidade de empregar esta técnica assim modificada.

Em todos êles havia indicação para a cesariana e a infecção era potencial ou ativa. A anestesia foi raquidiana em 28 e etérea ou por gás nas demais.

O peritônio foi aberto acidentalmente e suturado em seguida, em 5 casos e a bexiga lesada em quatro, sendo estes últimos remediados por uma sutura contínua de catgut cromado, em dois planos, com os melhores resultados.

Somente 12 doentes tiveram, em qualquer tempo do postoperatório, temperatura superior a 101°F, e só 7 depois da primeira semana, sendo que destas, 2 tinham pielite e 5 eram portadoras de infecção da ferida operatória.

Só 4 apresentaram vômitos e náuseas postoperatórias. A hospitalização foi em média de 15 dias, sendo que 20 doentes foram para casa durante a segunda semana de puerpério.

Não houve nenhum caso de morte e, juntando estes casos à estatísticas obtidas pelos demais autores americanos com a técnica de LATZKO ter-se-á uma mortalidade de aproximadamente 2 %, o que, sem dúvida, recomenda a maior difusão da técnica em questão.

No 6.º caso, estrona, propionato de testosterona e hormônio do crescimento foram dados, e observou-se que a adição do hormônio do crescimento acelerou a proliferação epitelial.

PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC

Associação da anestesia local e endovenosa para operação cesária (*Combined local and intravenous anesthesia for cesarean section*) — HUNT, A. B. e LUNDY, J. S. — (*Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, 19 Março 1941, Vol. 16, N.º 12, pág. 191).

Sem dúvida, autorizados para falar, uma vez que possuem mais de 25.000 casos de anestesia pelo pentothal sodium, simples ou associado à anestesia local, em cirurgia geral, os médicos da secção de anestesia continuam entusiasmados com seu emprêgo e é assim que veem apresentar os 14 primeiros casos em que este sistema foi empregado para operações cesárias.

A técnica consiste em fazer a anestesia local da parede e injetar o pentothal sodium no momento em que se deve fazer a incisão da parede uterina.

Não houve caso algum de morte materna e a morte fetal que se encontra na presente estatística está claramente na dependência de outros fatores, sem relação com a anestesia.

Apenas duas crianças nasceram apnéicas mas responderam rápida e eficientemente às manobras de respiração artificial.

REVISTA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ATOLOGIA FEMININA

Fístulas vésico-vaginais. Tratamento sem emprêgo da sonda permanente. (*Fistulas vésico-vaginales. Tratamiento sin el empleo de la sonda permanente.*) — BENGOLEA, A. J. e BAZTERRICA, E. — (*Rev. Méd-Quir. de Patol. Fem.*, Março 1941, pág. 141).

Em 1861, GUSTAVO SIMON dizia que: "Meu tratamento post-operatório é, até a extração dos pontos da sutura, absolutamente indiferente... a enferma pode adotar a posição mais cômoda. Ela urina tão pronto sente necessidade, etc. Só em casos raros, nos quais a enferma é absolutamente incapaz de esvaziar a bexiga, é aplicado o cateter. Cheguei, finalmente, à convicção de que a sonda permanente é supérflua e até pode chegar a ser prejudicial. Ela provoca irritação vesical, dores, tenesmo e cãibras vesicais."

ANNAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Sub-secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Fernando Mendes	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Polymnis Dutra
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Wilson Monteiro de Barros	

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000 (U. S. \$3)
 Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número
 do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
 RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

- E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
- E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
- E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
 End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
- E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
 1.º and. - Recife
- E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
- E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
- E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Outubro de 1941

Vol. 12 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

Tumor cerebelar y embarazo — PROF. MANUEL L. PEREZ, DR. J. DIXON, DR. J. ARANOVICH e DR. R. GORI	271
Fórceps em cabeça derradeira. Paralisia de Erb. — DR. LUIZ ALFREDO CORRÉA DA COSTA	280
Inversão uterina crônica — DR. JOÃO ALFREDO	289
Gestação abdominal a termo com feto vivo — DR. NEY DE ALMEIDA	299

LIÇÕES E CONFERENCIAS

Sífilis congênita e seu diagnóstico — DR. JOÃO MARIO DA S. PEREIRA	309
--	-----

EDITORIAL

A "pseudo" pesquisa científica e a clínica	316
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

109.º aniversário da fundação da Faculdade Nacional de Medicina (3 de Outubro de 1832-1941)	319
Hospital de Clínicas da Faculdade Nacional de Medicina	320
Confederação Científica Panamericana	323

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Controvérsias na tuberculose pulmonar — SYLVIO MENDES FIGUEIREDO	324
Anais da Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis	325

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da trigésima-quinta sessão ordinária	326
Ata da trigésima-sexta sessão ordinária	327

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

MATERNIDADE DO INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA
DA CRIANÇA (HOSPITAL ARTHUR BERNARDES)
RIO DE JANEIRO
CHEFE: DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

FÓRCEPS EM CABEÇA DERRADEIRA. PARALISIA DE ERB. *

DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA

Assistente do Serviço. Assistente da Clínica Ginecológica da F. G. G.
Assistente de Clínica Obstétrica da Fac. de Ciências Médicas.

No dia 27 de Setembro, ao entrarmos de plantão, encontramos na sala de partos, um caso de apresentação pélvica, em primigesta, já havia algumas horas em trabalho.

A sua papeleta, que tinha o n.º 227-40, rezava em resumo, o seguinte:
"Mulher de 24 anos, branca, casada, portuguesa, doméstica, admitida aos cinco minutos de 27-9-40.

Antecedentes familiares e pessoais sem importância. Menarche aos 16 anos, menstruada regularmente durante três dias e com cólicas. Última menstruação em 18 de Dezembro de 1939. Reação de Wassermann negativa, tanto na paciente como no marido. Mesmo assim, tomou 914 e bismuto, em quantidade não especificada. Nada de anormal durante a gestação, a não ser náuseas e vômitos perdurando até o sexto mês.

Edema baixo, discreto; edema alto ausente. Pressão arterial: Mx 10, Mn 6,5.

Ausência de albumina e glicose na urina.

Exame da bacia: BE — 21; BC — 20; BT — 30; BI — 10,5. A pelvigráfia revela bacia ampla, com arco anterior de raiadura igual a 6 cms.; promontório e seios sacro-ilíacos inacessíveis; cóccix de mobilidade normal.

Exame toco-ginecológico ao entrar: vulva e vagina com aspecto próprio do estado gravídico. Períneo íntegro. Colo longo, dilatado para um dedo. Bolsa dágua ausente. Útero medindo 32 cms., ovóide, liso, regular, mediano, sem contrações. Cabeça fetal ao nível do apêndice xifóide; pequenas partes à direita, dorso à esquerda, batimentos cardíacos totais no Q. S. E., 136 por minuto. Circunferência abdominal 82 cms.

O exame dos outros aparelhos nada registra de importância.

A paciente informa que na véspera, pela manhã, isto é, no dia 26, teve cólicas e perdeu muita água. No momento da internação não apresentava contrações, mas estas se iniciaram horas após.

O exame, às 7 horas da manhã registrava: contrações regulares e espaciadas; colo dilatado para 3 dedos folgados, e precisava a posição, que era uma S. I. E. A."

* Comunicação à "Sociedade Brasileira de Ginecologia", na sessão de 29 de Novembro de 1940.

Nada fazia supor maiores embargos à parturição, pois a bacia era ampla e o feto não parecia ser grande. Realmente, a dilatação do útero e a desida do objeto se processaram normalmente. As contrações que eram um pouco preguiçosas, se tornaram mais regulares e fortes, após o emprégo de um supositório de patosan (11:25). Às 13,5, a apresentação que já fôra reconhecida como variedade pélvica propriamente dita, se encontrava na altura das espinhas ciáticas, e a dilatação era completa.

Nessa ocasião, foi aplicada uma injeção de thymofisina. Meia hora após, surgiram dores expulsivas e, em breve, desprendia-se o traneo com o auxílio de manobra de KRISTELLER, executada por um auxiliar. Como os braços se houvessem levantado, fez-se o desprendimento do posterior, pela manobra de PAJOT e, em seguida, o abaixamento do anterior. A cabeça rodou e desceu normalmente, colocando-se em O. P. A manobra de MAURICEAU, feita corretamente e com certa persistência, não conseguiu, entretanto, extrair a cabeça.

Esta não apresentava a menor tendênciâ a passar através do estreito inferior.

Na suposição de que se tratasse de resistência perineal, fizemos uma episiotomia lateral esquerda, sem obter qualquer vantagem com esta intervenção. Como o tempo urgisse, procuramos deprimir com os dedos o períneo, a fim de tornar acessível as vias respiratórias do feto (manobra de TRÉLAT); em seguida, e com a mesma facilidade, introduzimos uma valva de DOYEN na vagina (manobra de DE LEE).

A cabeça estando mal flectiva e a bôca acessível, as manobras visando franquear a respiração ao feto, resultaram mais ou menos infrutíferas.

O feto apresentava-se hipotônico e não executava o menor movimento respiratório. Nessas condições, requisitamos o fórceps de SIMPSON, que se acha sempre esterilizado em caixa especial de emergência. Enquanto um auxiliar levantava o tronco fetal pelos pés, fizemos uma pegada do diâmetro transverso da bacia, extraíndo a cabeça rápida e facilmente (14:10).

O feto se apresentava apnéico, pálido, sem reflexos, flácido, tendo como único sinal de vida, batimentos cardíacos, que mal se sentia no apex.

A manobra de PROCHOWNIK e gaze introduzida na faringe extraíram escassa mucosidade. O chefe do Serviço, que se achava presente, iniciou sem demora, insuflação bôca a bôca, com compressa de gaze de permeio.

Enquanto essa manobra era realizada, foram aplicados 1 cc. de lobelina e 1 cc. de Cardiazol. Em pouco tempo, as sístoles fetais se tornaram nítidas, percebendo-se perfeitamente o choque da ponta. Somente após cerca de 20 minutos de insuflação bôca a bôca, foram obtidas algumas inspirações espontâneas, de tipo espasmódico e irregulares. A côr e a tonicidade muscular haviam melhorado sensivelmente. Foi, em seguida, usado o aparêlho de respiração artificial de DRAEGER, pelo espaço de uns 10 minutos, findos os quais a criança chorou francamente. O feto daí por diante passou bem, tendo sido naturalmente aquecido e acomodado em posição conveniente. À noite fomos acordados pela enfermeira da creche que, assustada, nos dizia que o baby estava se asfixiando. A verdade é que a posição declive em que fôra deixado, estava preenchendo sua finalidade, e o feto lutava por expulsar alguma mucosidade retardatária.

Suas medidas, tomadas no dia seguinte, foram: peso 2.800 grs.; comprimento 49 cms.; B. P. — 9,5; B. T. — 8; O. M. — 12; O. F. — 11,5; S. O. F. — 10; S. O. B. — 10; B. A. — 11.

Verificou-se na ocasião da tomada das medidas, que o braço esquerdo tombava inerte ao longo do tronco, em rotação interna; o antebraço permanecia estendido sobre o braço, em franca pronação com o polegar dirigido para trás. Eram conservados os movimentos de flexão e extensão dos dedos da mão. O diagnóstico de paralisia de DUCHENNE-ERB por traumatismo obstétrico, foi feito imediatamente diante da nitidez do quadro.

O exame radiológico da espádua mostrou-se negativo para fratura e luxação.

O exame elétrico dos nervos, feito pelo Dr. LUIZ WASHINGTON, demonstrou que a lesão nervosa era periférica.

Quando apresentei o feto naquela quarta-feira, para que todos tivessem oportunidade de vê-lo, já pouco havia de paralisia. Esta só era observada na posição sentada, quando os músculos enfraquecidos se cansavam rapidamente e o braço pendia ao longo do tronco.

O caso merece alguns comentários: a distócia da cabeça derradeira, o uso pela primeira vez na clínica do aparêlho de DRAEGER, e a paralisia obstétrica.

A distócia da cabeça derradeira constitue eventualidade cada vez menos encontradiça, por dois principais motivos. A profilaxia da apresentação pélvica, nos consultórios prenatais, tem rareado muito esta apresentação. Com o aperfeiçoamento na técnica da cesariana, os casos de víncio pélvico são resolvidos maior número de vezes com essa intervenção.

Os parteiros antigos adquiriram grande habilidade na extração da cabeça retida, porque se haviam frequentemente com os maiores embarãços, oriundos da prática corrente da versão e extração em casos de víncio pélvico.

Procuravam insinuar o crânio fetal pela base, flectindo e lateralizando a cabeça, de modo a fazer coincidir o diâmetro angustiado, o promonto-pubiano, com um diâmetro menor que o bi-parietal, isto é, com o diâmetro bi-temporal ou outro próximo, criando ao mesmo tempo maiores facilidades, para a passagem do bi-parietal, na largueza da excavação do seio sacro-ilíaco. Ao bi-parietal por sua vez, imprimia-se atitude assinclítica, por meio de elevamento e abaixamento exercidos na raiz do pescoço fetal. Estas manobras receberam diferentes nomes, baseados mais na nacionalidade e escola dos seus executores, do que em diferenças realmente importantes. Assim é que se fala em manobras de WIGAND-WINCKEL, VEIT-SMELLIE, MARTIN, CHAMPETIER DE RIBES, BUDIN, MAURICEAU, etc. Entre nós a designação de manobra de MAURICEAU terá consagração geral. Está mais ou menos estabelecido, que a monbra de MAURICEAU é a empregada nos casos em que a cabeça já se acha na excavação; as manobras de CHAMPETIER DE RIBES, MARTIN, etc., quando ela ainda se encontra no estreito superior. Essa diferença nos parece até certo ponto injustificada, porque MAURICEAU também fazia sua manobra em cabeças não insinuadas, embora não procurasse a coincidência e reajuste de diâmetros céfalo-pélvicos, nem a criação de facilidades ao bi-parietal, no seio sacro-ilíaco.

Os outros autores somente aperfeiçoaram o método original de MAURICEAU.

No caso de que tratamos, a dificuldade residia na extração da cabeça que se achava em contacto com o assoalho pélvico, perfeitamente rodada, em O. P.; como falhasse por completo a manobra de MAURICEAU, recorremos ao fôrreps — resolução de que só podemos nos felicitar.

A extração pelo fórceps, da cabeça derradeira, era muito empregada até antes de SCHROEDER, o qual, após observar graves lesões maternas e fetais, combateu esta intervenção, substituindo-a pelas manobras manuais, que dizia resolver todos os casos. NURNBERGER e DÖDERLEIN, 30 anos depois, reviveram a aplicação do fórceps em cabeça derradeira, estabelecendo as seguintes indicações:

- 1) Em relação ao objeto:
 - a) deflexão da cabeça;
 - b) mento anterior.
- 2) Em relação ao trajeto:
 - a) dificuldades ósseas;
 - angústia do estreito superior;
 - angústia do estreito inferior;
 - b) dificuldades das partes moles;
 - vagina estreita;
 - rigidez ao assoalho pélvico.

GEORG WINTER acha as indicações de NURNBERGER e DÖDERLEIN por demais absolutas, concorda, entretanto, que em presença dessas eventualidades se deva recorrer ao fórceps quando falharem as manobras de VEIT-SMELLIE e MARTIN. Nos casos de angústia de estreito inferior e dificuldades nas partes moles, WINTER não vê razão para uso de fórceps, salvo excepcionalmente, o que não implica numa generalização do método: "Natürlich wird ein Geburthelfer in der Not auch hier einmal zur Zange greifen; eine allgemeine Empfehlung geht aber zu weit".

Repugna-nos a indicação de fórceps em cabeça retida no estreito superior.

Êsses casos, quando falham as manobras manuais, constituem a única indicação da operação de ZARATE, ao nosso ver, digna de simpatia.

A literatura sobre o assunto, nos últimos tempos, é escassa: encontramos, em rápida procura, um artigo de M. PERY (1923) relatando cinco casos, todos mento-anteriores e resolvidos com sucesso pelo fórceps.

Julgamos que a distócia, em nosso caso, foi causada por certo grau de deflexão da cabeça, sendo a vagina um pouco estreita. A rotação era perfeita, fôra feita episiotomia de extensão média, e o bi-isquiático de 10,5 não explicava a retenção da cabeça fetal. O colo não se retraiá sobre as bossas frontais e parietais, como tem sido por vezes mencionado. A vantagem do fórceps nos pareceu tão grande, que não podemos deixar de seguir o conselho do grande BUDIN em suas magistras "Lições de Clínica Obstétrica" de 1889:

"Tôdas as vezes que fizerdes a extração de uma criança em apresentação de nádega, ou que praticardes uma versão podálica por manobras internas, ao lado do insuflador e de tudo que é necessário para reanimar o feto, caso êste venha em morte aparente, não vos esqueçais de preparar um fórceps".

BUDIN mandava preparar o insuflador e tudo que é necessário para reanimar o feto, porque sabia que o uso dêsse material frequentemente se tornava indispensável. O manipular do tronco fetal pelo parteiro, as manobras tendentes a baixar os membros fetais e a extrair a cabeça, excitam o tegumento cutâneo e despertam reflexos inspiratórios precoces, resultando na aspiração de líquido amniótico e mucosidades contidas na vagina.

Nos casos difíceis, as trações mais ou menos incorretas sobre o pescoço do feto, são funestas pelos traumatismos que produzem ao nível do bulbo e da medula cervical. Ao lado de grave asfixia por aspiração de grande quantidade de líquido, e de hemorragia e contusões encefálicas sérias existem casos de asfixia moderada e de estados que poderíamos rotular como de "comoção" ou de "concussão" cerebral, bulbar ou medular. De qualquer maneira, o tratamento dos fetos nascidos em morte aparente, deve ser o de um afogado. A primeira coisa a ser feita é a eliminação do líquido aspirado o que se faz habitualmente, e o foi em nosso caso, pela manobra de PROCHOWNICK; e a desobstrução do faringe com dedo montado em gaze. A retirada do líquido por meio de aspirador, é mais ou menos brusca, e se instala antes que o feto tenha executado movimentos respiratórios por êsse motivo, é pequena a obstrução das vias aéreas.

Foi o que aconteceu na nossa observação, pois o feto permaneceu algum tempo com o tronco de fora, e nenhum esforço respiratório era percebido.

A insuflação bôca a bôca é uma excelente manobra, porque excita reflexamente o centro respiratório pela distensão dos alvéolos pulmonares (reflexo de HERING-BREAR); realiza a respiração artificial, e fornece ao feto certa quantidade de oxigênio e do excitante químico do centro respiratório, que é o CO₂.

O aparêlho de DRAEGER, que promove a intromissão na árvore respiratória de oxigênio puro e de carbogênio, substitue a insuflação bôca a bôca, com vantagens fáceis de se compreender. O seu efeito foi bastante satisfatório no caso que estudamos.

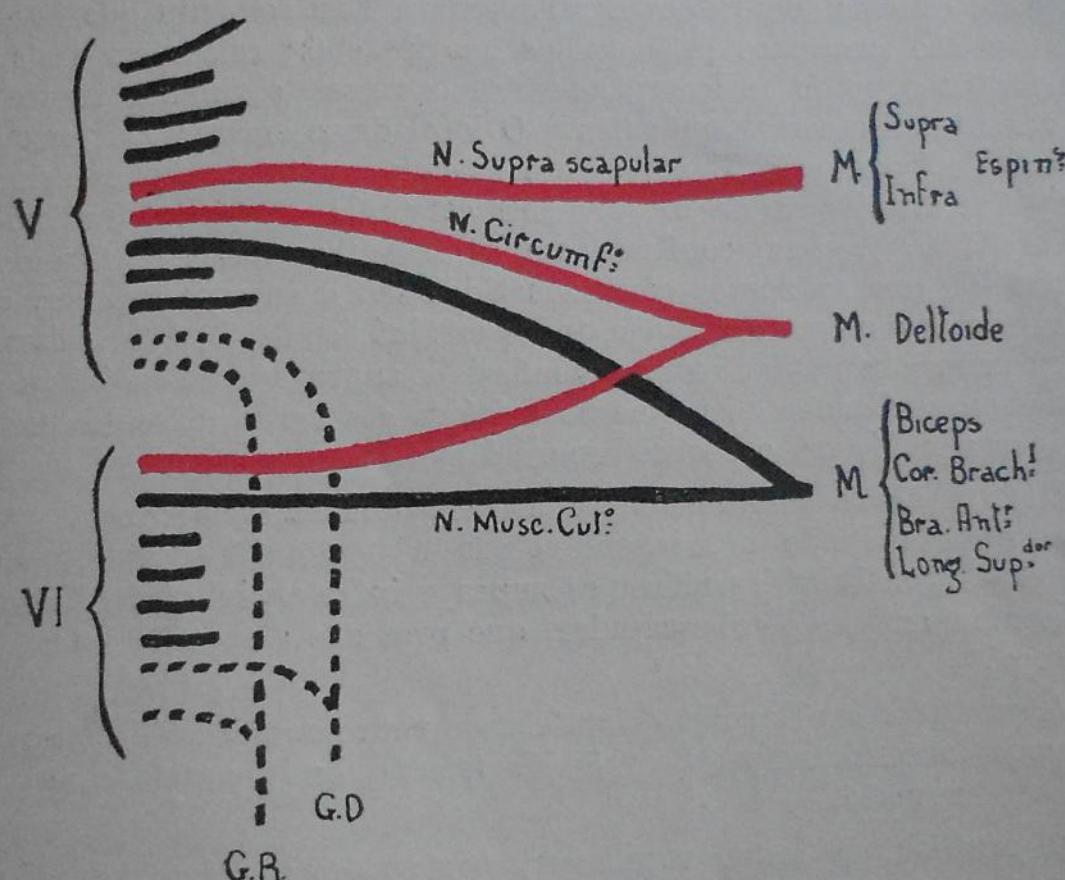
Trabalhos modernos, sobretudo americanos, têm demonstrado que a insuflação de oxigênio puro é o melhor tratamento para asfixia ou apnêia do recém-nascido.

EASTMAN, considerando que sob o ponto de vista prático, a maioria dos fetos apnéicos estão em estado de anoxia, opina serem todos os estimulantes diferentes do oxigênio puro, não só inúteis, como até nocivos. Segundo BECK, encontra-se sempre nesses casos,

quantidade de CO₂ para estimular a respiração; quando, porém, a falta de oxigênio no sangue atinge a 1 vol. %, o centro respiratório se torna incapaz de responder ao estímulo do oxigênio. Nesses casos graves de anoxemia, os estimulantes respiratórios usuais, consumindo certa quantidade de oxigênio, só podem agravar a situação.

Pelo motivo acima é prudente, ao se usar o aparêlho de DRAEGER, começar pela administração de oxigênio puro, para em seguida adicionar o CO₂.

Da mesma maneira, se deve ter cautela no uso da lobelina, cardiazol ou coramina, em face de anoxias graves.



Esquema dos principais ramos nervosos fornecidos pelo 3.º e 4.º pares cervicais. — Copiado de BUDIN-FÉRÉ.

A casa Mc-Kesson fabrica uma máscara própria para fetos por meio de insuflação do oxigênio puro, ou carbogênio, possuindo também mecanismo especial para a expulsão de mucosidades contidas nas vias aéreas superiores.

Passemos agora ao estudo da paralisia braquial, notada no dia seguinte ao parto. Como ficou dito, o diagnóstico foi feito pelos sintomas característicos, naturalmente, após exclusão de fraturas ou luxações.

DUCHENNE, em 1872, havia notado a frequência de paralissias braquiais em fetos de partos laboriosos; por isso mesmo, denominou-as *paralissias obstétricas*.

Em seu "Tratado de eletrização localizada", notou ainda que são sempre o deltóide, o infra-espinholoso, o bíceps e o braquial anterior, que se encontram paralisados, imprimindo atitude característica ao braço, que permanece pendente ao longo do corpo, em rotação interna, antebraco em extensão, sendo os movimentos das mãos conservados.

A razão anatômica de tal fato lhe escapava.

ERB, em 1874, observou 4 casos de traumatismo em adulto, provocando paralises deltóide, do bíceps, do córaco-braquial e do longo supinador.

Após estudos anatômicos experimentais, ERB concluiu que êsses músculos são inervados pelos ramos das 5.^a e 6.^a raízes cervicais. Eletrizando o ponto de emergência dessas raízes, obtinha a contração dos músculos correspondentes. O local dessa emergência tomou o nome de "ponto de ERB", e está situado no tubérculo anterior da apófise transversa da 6.^a vértebra cervical. Estudos anatômicos de FÉRÉ e outros, confirmaram os trabalhos de ERB, ficando reconhecido que os nervos comprometidos são o supra-escapular, o circunflexo e o músculo cutâneo, todos originários da 5.^a e 6.^a raízes. O nervo supra-escapular inerva os músculos supra e infra-espinholoso; o nervo circunflexo se distribue no deltóide e o nervo músculo-cutâneo inerva o bíceps, o córaco-braquial e o longo supinador.

Fácil é agora compreender a atitude tomada pelo braço. A paralisia do deltóide o mantém colado e pendente ao longo do tronco. A paralisia dos músculos supra e infra-espinhosos reforça a ação antagonista do subescapular, que promove a rotação interna do braço.

A paralisia dos flexores do antebraco representados pelo bíceps e braquial anterior reforça a ação do tríceps, que mantém o antebraco em extensão.

A paralisia do longo supinador, por sua vez, reforça a ação dos pronadores, mantendo o antebraco em pronação. Os músculos da mão permanecem intactos, nesse tipo de paralisia, porque são inervados pelo mediano, radial e cubital, originários do 7.^º e 8.^º pares cervicais e 1.^º dorsal. A paralisia isolada dos músculos da mão, por traumatismo da 7.^a e 8.^a raízes cervicais, é chamada do tipo KLUMPKE.

Quando a primeira raiz dorsal também é lesada, observa-se, devido ao comprometimento do ramo comunicante correspondente, a síndrome óculo-pupilar de CLAUDE BERNARD-HORNER, caracterizada por miosis, enoftalmia e estreitamento da fenda palpebral. Estes diferentes tipos de paralisia podem se somar ou se associar diferentemente, produzindo paralises complexas.

Elas são as mais das vezes fugazes e a recuperação funcional se processa em dias ou semanas. Em certos casos raros, entretanto,

podem se tornar definitivas e provocar atrofias mais ou menos importantes.

O tratamento indicado tem sido — obstenação nos casos leves; e faradização nos casos mais resistentes.

A patogenia da paralisia de Erb, resulta de traumatismo direto sobre o ponto de emergência das 5.^a e 6.^a raízes cervicais (ponto de Erb), ou distensões dessas mesmas raízes, por trações exageradas sobre o braço. Os traumatismos diretos são provocados pelos dedos do operador, que exercem fortes compressões sobre as partes laterais do pescoço, no triângulo supra-clavicular, nas extrações de cabeça derradeira; e pelo bico de fórceps, nas apresentações céfálicas, quando as colheres do instrumento são introduzidas em profundidade maior que a necessária.

A profilaxia consiste em evitar pressões exageradas naquele triângulo na extração da cabeça derradeira; em evitar fortes trações sobre o braço; e em introduzir o fórceps com docura, e apenas o necessário, nas apresentações céfálicas.

Forceps sur tête dernière. Paralysie de Erb.

Résumé

L'A. rapporte un cas obstétrique, chez une femme portugaise, âgée de 24 ans, bassin large, présentation pelvienne du fœtus avec expulsion du tronc après l'injection de 1 cc. de thymophisine aidée par la manœuvre de Kristaller. Les bras ont été détachés par la manœuvre de Pajot mais la tête n'a pu être libérée par la manœuvre de Mauriceau. Après l'épisiotomie, on a pratiqué le forceps de Simpson en tête dernière.

Le fœtus se présentait apnéique, pâle, sans réflexes, flasque. Le seul signe de vie était les battements cardiaques. Le fœtus fut réanimé par les manœuvres de Prochownik, des piqûres de lobeline et cardiazol, enfin par la pratique de la respiration artificielle au moyen de l'appareil de Draeger. Ensuite on a constaté que le fœtus présentait une paralysie obstétricale du type Duchenne-Erb.

À propos de ce cas l'A. fait des remarques sur la étiologie, le diagnostic et le traitement des paralysies obstétricales du nouveau-né.

Forceps on after-coming head. Erb's paralysis.

Summary

An obstetrical case of a twenty-four year old Portuguese woman, with broad pelvis and fetal pelvic presentation, is reported; the delivery of the trunk followed an injection of thymophisine 1 cc., and was helped by Kris-

teller's maneuver. The arms were levered out by Pajot's maneuver, but the head could not be delivered by Mauriceau's maneuver. Episiotomy was performed and Simpson's forceps was used to deliver the after-coming head. The fetus was born in apnea, was pale, flacid, with no reflexes, heart beats being the sole life sign. Fetal resuscitation was resorted to, Draeger apparatus, Prochownick's maneuver, lobeline and cardiazol injections being used. An obstetrical paralysis of Duchenne-Erb type was observed in the newborn. The subject is discussed by the A., a review of the etiology, diagnosis and treatment of obstetrical paralysis of the newborn being made.

Zange am nachfolgenden Kopf. Erb'sche Lähmung

Zusammenfassung

Der Verf. teilt den Fall einer 24 jährigen Portugiesin mit, die bei weitem Becken ein Kind in Beckenendlage gebiert. Der Rumpf wird nach Verabreichung von 1 cc. Thymophysin ausgetrieben unter Anwendung des Kristeller'schen Handgriffs. Die Armlösung erfolgt nach Pajot, aber der Kopf kann nicht mittels des Mauriceau'schen Handgriffs entwickelt werden. Nach Ausführung einer Episiotomie wurde die Zange am nachfolgenden Kopf angelegt.

Das Kind war blass, zeigte keinerlei Atmung oder Reflexe, war schlaff und hatte als einziges Lebenszeichen die Herzschläge. Die Wiederbelebung gelang mittels des Prochownik'schen Handgriffs, Injektionen von Lobelin und Cardiazol sowie der künstlichen Atmung durch den Draeger'schen Apparat. Anschliessend wurde eine Lähmung vom Erb-Duchenne'schen Typ als geburtshilfliche Folge festgestellt.

Über den Fall als solchen, sowie über Ätiologie, Diagnose und Behandlung der geburtshilflichen Lähmungen des Neugeborenen stellt der Verf. Betrachtungen an.

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Os epiteliomomas mamários e seu tratamento</i> — DESAIVE, P.	329
<i>Estudo comparativo de alguns métodos de analgesia obstétrica</i> — BAL- LERIO, C.	330
<i>Síndrome de aderência epiplólica. Disfunção postoperatoria do cólon trans- verso.</i> — McCANN, J.	332
<i>Aplicação intra-abdominal de sulfanilamida na apendicite aguda</i> — THOMP- SON, J. BRABSON, J. e WALKER, J.	333
<i>Valores da protrombina no plasma das mães e crianças no parto; estudos posteriores incluindo os valores comparativos nas artérias e veias um- bilicais.</i> — NORRIS, R. e BENNET, M.	334
<i>Relação da pielonefrite com as toxemias da gravidez</i> — PRATHER, G. e SEWALL, W.	335
<i>Emprêgo de vitamina K antes do parto para prevenir a deficiência de protrombina no recém-nascido</i> — BOHLENDER, G. P., ROSEN- BAUM, W. M. e SAGE, E. C.	336
<i>Inibição da lactação</i> — STEWART, H. L. J. e PRATT, J. P.	338
<i>Parto de nádegas</i> — HANSEN, E. M.	340
<i>São as substâncias pituito-símiles gonadotrópicas?</i> — BROWN, W. E., BRADBURY, J. T. e outros	341
<i>Um estudo de 107 casos de sangramento uterino com biópsias do endométrio</i> — DOUGLAS, G. F.	342
<i>O valor terapêutico dos testes de permeabilidade tubária na esterilidade e infertilidade</i> — LEVENTHAL, M. L. e SOLOMON, E. M.	344
<i>Endometriose pélviana: interna e externa.</i> — BLAND, P. B.	345
<i>Resumo histórico da Obstetricia</i> — FINDLEY, P.	346
<i>O ciclo anovulatório na mulher</i> — NOVAK, E.	346
<i>Phlegmasia alba dolens</i> — GOODALL, J. R.	347
<i>Tratamento endócrino do hirsutismo na mulher</i> — STRASSMANN, E. O.	347
<i>Endometriomas</i> — LAZARUS, D.	348

	Pág.
<i>A significação da deficiência da nutrição na gravidez</i> — TOMPKINS, W. T.	348
<i>A córtez suprarrenal e suas relações com o virilismo</i> — MINTZ, N. e GEIST, S. H.	349
<i>O efeito da progesterona sobre o ciclo menstrual normal humano</i> — GILL- MAN, J.	349
<i>Indicações, usos e toxidez do 4-4' dihidroxidietil estilbene</i> — DAVIS, M. E. e BRYNTON, M. W.	350
<i>Estomatite ulcerosa recidivante e vulvite</i> — MOSELEY, V.	351
<i>Eunucoidismo</i> — GOLDZICHER, M. A. e ADLER, M. S.	351
<i>Bloqueio aurículo-ventricular na gravidez</i> — DIDDLE, A. W.	352
<i>Mortalidade materna e fórceps</i> — LA BRECK, F. A.	352
<i>Os efeitos do estilbestrol na gravidez em início</i> — BURDICK, H. O. e VEDDER, H.	353
<i>Tratamento contínuo e descontínuo com estrogênicos na gênese experi- mental dos tumores</i> — LIPSCHÜTZ, A., RODRIGUEZ, F. e VAR- GAS JR., L.	353
<i>Profilaxia pela testosterona e progesterona dos fibróides uterinos e extra- uterinos experimentais</i> — LIPSCHÜTZ, A. e VARGAS, L.	354
<i>Produção experimental de hiperplasia glandular cística nas macacas cas- tradas</i> — CLEVELAND, R., PHELPS, D. e BURCH, J. C.	354
<i>Câncer. Metabolismo basal e lóbulo anterior da hipófise.</i> — MORENO, J.	355
<i>Considerações sobre o método de avaliação do princípio ocitócico do lóbulo posterior da hipófise</i> — TORINO, A., LITTER, M. e DORA, K.	355
<i>Citologia vaginal e função ovárica na mulher</i> — DI PAOLA, G.	356
<i>Encarceramento do útero grávido por fecalomia</i> — BALDI, E. M.	357
<i>Torção de um hidrossalpinge</i> — FERRANDO, F. F.	357
<i>Duas observações de fistula vesico-vaginal tratadas pela transplantação dos uréteres ao intestino</i> — BORJAS, A.	358
<i>Método de Willet</i> — SCARCIOFFO, P.	359
<i>Lemioblastoma endométrico</i> — ZUCKERMAN, C.	360
<i>Que se pode esperar da quimioterapia sulfamídica na clínica obstétrica e ginecológica?</i> — FERNANDEZ, R. C.	360

Parto de nádegas (Breech delivery) — HANSEN, E. M. —
(Am. J. Obst. and Gynec., Abril 1941, Vol. 41, N.º 4, pág. 575).

A apresentação de nádegas é um assunto que tem sido freqüentemente discutido durante a década passada. Os artigos têm aparecido sustentando tanto a conduta conservadora quanto a ativa nesta apresentação, sem que até agora tenha havido modificação significativa na mortalidade fetal. O que impressiona é que os resultados dependem em grande parte da habilidade dos operadores em aperfeiçoar seu método particular de tratamento.

A maioria das comunicações sobre este assunto provêm de grandes centros obstétricos representando, em grande parte, material de clínica hospitalar.

Para a apresentação desta comunicação o material usado representa os casos de parto de nádegas ocorridos num período de mais de doze anos, na clínica privada. Nesse espaço de tempo foram atendidas 1.882 pacientes, com uma incidência de 126 fetos com apresentação de nádegas, ou seja 6,7 %, o que é mais elevado do que geralmente referido.

Este aumento se explica pelo fato de grande número de partos complicados serem encaminhados para o A. por clínicos gerais fazendo obstetrícia.

Os 126 infantes provêm de 120 mães; quatro mães tiveram gêmeos em que ambos os infantes apresentavam-se de nádegas e 2 mães tiveram essa apresentação em duas gravidezes sucessivas.

O A. descreve em detalhe a duração do trabalho, a atitude fetal, o tipo de parto, a mortalidade e morbidez fetal, os gêmeos e a mortalidade materna.

O diagnóstico da apresentação de nádegas foi feito no prenatal em, praticamente, todas as pacientes. O tamanho do feto foi calculado na rotina e as medidas foram cuidadosamente verificadas. Se havia uma alteração na relação feto-pélvica, os raios-X eram utilizados como auxiliar na decisão. A versão externa não foi tentada em qualquer paciente.

O método de tratamento adotado pelo A. é conservador, isto é, dá à mãe um tratamento adjuvante sem qualquer interferência, a não ser que haja obstrução do trabalho, cesse o progresso, ou surja complicaçāo que ponham em perigo a vida da mãe, do feto, ou de ambos.

Baseado na observação e experiência pessoal, o A. formulou os seguintes pontos como guia para o parto de nádegas:

1) A dilatação do colo não se completa em muitos casos até que as nádegas estejam profundamente insinuadas.

2) A tentativa de parto antes da dilatação completa resultará quasi certamente em extensão dos braços e da cabeça com dificuldades no parto.

3) E' natural que a fôrça seja aplicada de cima. A aplicação de fôrça partindo de baixo por tração não representa a fôrça normal. A distensão dos braços e da cabeça são o resultado da fôrça aplicada de baixo em vez de cima.

4) A manipulação partindo de baixo, especialmente se a paciente não está profundamente anestesiada, estimulará reflexamente contrações tetânicas do colo ou do segmento inferior do útero; esta contração aprisiona os ombros e o polo cefálico no útero e retarda o parto; requer também aumento de fôrça que traumatizará tanto a mãe quanto o infante.

5) A delicadeza em tôdas as manobras é da máxima importância.

Nesta série de 126 partos de nádega a mortalidade fetal corrigida foi de 0,8 %. A prematuridade, especialmente na gravidez gemelar, foi responsável por 80 % das mortes fetais. Os esforços para prevenir o trabalho prematuro nas gravidezes gemelares devem diminuir a mortalidade fetal na apresentação de nádegas.

São as substâncias pituito-símiles gonadotrópicas? (Are the anterior pituitary-like substances gonadotropic?) — BROWN, W. E., BRADBURY, J. T. e outros — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1941, Vol. 41, N.º 4, pág. 582).

A substância pituito-símile da urina gravídica humana tem sido utilizada para fins clínicos durante a última década. A literatura médica, entretanto, não é unânime em sua opinião relativamente aos efeitos fisiológicos deste material. A bem conhecida resposta aos gonadotrópicos obtida na camundonga e na coelha não é encontrada persistentemente nos animais de laboratório, nem foi repetida na mulher de qualquer forma a resistir a verificação clínica. As observações clínicas encontradas na literatura são baseadas em pacientes tratadas em virtude de anomalias menstruais de etiologia duvidosa e curso imprevisível. Baseados em tais observações, muitos autores entusiasticamente recomendam o seu uso, mas de quando em vez aparecem comunicações traduzindo opinião contrária.

O atual trabalho foi organizado com o objeto de determinar, pela experimentação clínica, se os estratos pituito-símile da urina gravídica exercem qualquer efeito demonstrável sobre o ovário humano.

Os fisiologistas e os farmacologistas escolhem animais normais, sob condições experimentais padronizadas, para a verificação das

Resumo histórico da Obstetrícia (*A Historical sketch of Obstetrics*) — FINDLEY, PALMER — (*The Jour. of the Internat. Coll. of Surg.*, Abril 1941, Vol. IV, N.^o 2, pág. 109).

O A. descreve a história da Obstetrícia do tempo de SORANO (II século), que ensinou às parteiras a técnica da versão e da craniotomia, o uso do espéculo vaginal e as diferentes posições do feto no útero. Estes ensinamentos foram esquecidos por 14 séculos.

Na Renascença o “livro das parteiras” apareceu; no comêço do 16.^o século PARÉ introduziu novamente a versão. Dois séculos depois veiu o fórceps.

As pesquisas de HARVEY, WILLIAM, HUNTER, DE GRAAF e BAER colocaram a Obstetrícia em bases científicas.

As operações cesarianas em mães vivas e toda a cirurgia obstétrica apareceram somente com a introdução da anestesia e da antisepsia.

O ciclo anovulatório na mulher (*The anovulatory cycle in women*) — NOVAK, EMIL — (*The Jour. of the Internat. Coll. of Surg.*, Abril 1941, Vol. IV, N.^o 2, pág. 116).

Dos estudos sobre as biópsias do endométrio tem-se, agora, provas abundantes da relativa frequência dos ciclos menstruais anovulatórios. Se a biópsia premenstrual demonstra um endométrio claramente secretório, pode-se concluir que existe um corpo lúteo no ovário; se, ao contrário, encontra-se apenas um tipo de endométrio em proliferação pode-se concluir que não houve ovulação.

Entretanto, a observação de ausência de ovulação em um único ciclo, tomado ao acaso, não quer dizer que sempre seja assim e, portanto, seja característico da paciente.

Ciclos anovulatórios podem ser observados ocasionalmente entre os ciclos ovulatórios mais característicos. Também é bem possível que a ovulação se processe novamente depois de algum tempo, mesmo sem tratamento.

O ciclo anovulatório é bastante frequente nos primeiros anos da vida menstrual e também nas mulheres que se aproximam da menopausa, embora possa ocorrer em qualquer época da vida menstrual.

O A. analisou trinta-e-nove casos de esterilidade por ciclo anovulatório.

**WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS
AND GYNECOLOGY**

Bloqueio aurículo-ventricular na gravidez (*Auriculoverricular block in pregnancy*) — DIDDLE, A. W. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Abril 1941, Vol. 49, N.º 4, pág. 220).

Reita o A. a observação de uma doente nestas condições, referindo todos os detalhes e exames praticados durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Estuda, em seguida, os 26 casos de que tem conhecimento, publicados por diversos A.A., referindo em cada um a idade da paciente, paridade, antecedentes mórbidos relativos à afecção cardíaca, tipo do parto e evolução no puerpério.

Com tal análise crê poder chegar-se à conclusão de que o período mais crítico para estas doentes é imediatamente depois do parto, sendo isto especialmente verdade, se há outra afecção cardíaca manifesta. Se o bloqueio já é antigo e não apareceram outras lesões cardíacas, não deve ser encarado como elemento a interferir na evolução normal do parto.

Mortalidade materna e fórceps (*Maternal Mortality and Forceps*) — LA BRECK, F. A. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Abril 1941, Vol. 49, N.º 4, pág. 225).

Mostra inicialmente o A. a importância grande a ser dada às lesões cranianas e endocrânicas como responsáveis pelas mortes dos recém-nascidos, importância esta que está muito longe de mostrarse bem avaliada nas estatísticas obstétricas.

Acentua, entretanto, que estas lesões nem sempre estão ligadas ao traumatismo do parto devendo-se levar em conta, igualmente, a possibilidade de uma diátese hemorrágica. O tratamento destas diáteses sofreu novo impulso com a descoberta e aplicação da vitamina K.

Analisa por outro lado a alta mortalidade materna e os fatores determinantes da mesma, entre os quais ocupam lugar de maior destaque as infecções, toxemias e hemorragias.

Tem-se conseguido, com medidas diversas, a redução da mortalidade por toxemia. A ligação existente entre a mortalidade materna pelas duas outras causas assinaladas acima, levaram o A. ao estudo de um novo fórceps com o fim de reduzir a referida mortalidade assim como a infantil da mesma origem.

Tece, então, alguns comentários em torno dos tipos de bacia e de fórceps, traçando em linhas gerais os característicos principais destes instrumentos para finalizar.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Sub-secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Wilson Monteiro de Barros

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Polymnis Dutra

Dr. Raymundo Santos

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000 (U. S. \$3)
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começaráo sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo

E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.

End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Novembro de 1941

Vol. 12 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Consultório de esterilidade (<i>Ensaios sobre sua organização e projeção médica-social</i>) — DRA. CLARICE DO AMARAL	361
Terapêutica das distócias funcionais do colo uterino — DR. FURTADO NETTO	383
Tratamento do atraso menstrual pela Prostigmine (<i>Seu valor como teste da gravidez em inicio</i>) — DR. WILSON DE ARAUJO ...	388

LIÇÕES E CONFERENCIAS

Hemorragias funcionais uterinas — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	397
---	-----

EDITORIAL

A oxigenoterapia no tratamento da eclampsia	407
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Clinica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (<i>Curso de extensão universitária de Clínica Ginecológica</i>)	410
"Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires"	411

LIVROS E PUBLICAÇÕES

The Rockefeller Foundation-International Health Division	412
--	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estrogilan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Observações sobre a patologia do choque traumático experimental —</i>	
DUNPHY, J. E. e GIBSON, J.	413
<i>A circulação venosa nos membros inferiores durante a gravidez —</i>	
VEAL, J. R. e HUSSEY, H. H.	415
<i>Carcinoma mucoso da mama —</i>	
SAPHIR, O.	416
<i>A exatidão das avaliações roentgenológicas dos diâmetros pélvicos e fetais</i>	
— DIPPEL, A. L. e DELFS, E.	416
<i>Valor da legislação prepupal —</i>	
SHEPPE, W. M.	417
<i>Um estudo dos corpos amarelos e dos endométrios em pacientes com fibromas uterinos —</i>	
BREWER, J. I. e JONES, H. O.	418
<i>A vitamina K administrada à mãe durante o trabalho como um profilático contra a hemorragia no recém-nato —</i>	
BECK, A. C., TAYLOR, E. S. e RUSSEL, F. C.	420
<i>O hipertireoidismo na menopausa —</i>	
WOHL, M. E. e PASTOR, N.	421
<i>As vantagens da obstetrícia conservadora reveladas pelo exame seis semanas postparto —</i>	
NELSON, H. B. e ABRAMSON, D.	423
<i>A presença de quantidades excessivas de princípio gonadotrópico na urina de pacientes com processo tireóideu —</i>	
HOWELL, L. P., DRIPS, D. G. e FISHER, H. C.	424
<i>Experiências clínicas com o dietilestilbestrol —</i>	
PALMER, A.	425
<i>Inibição da lactação —</i>	
FLEISCHER, A. J. e KUSHNER, J. I.	426
<i>Estilbestrol. Seu emprêgo para a supressão da lactação. —</i>	
SOULE, S. D. e BORTNICK, A. R.	427
<i>Tratamento da menopausa com o estilbestrol —</i>	
TAYLOR III, S. G. e THOMPSON, W. O.	427
<i>Hermafroditismo —</i>	
SELIGMAN, B., KRAUSHAR, S. e BYRON, C. S.	428
<i>Vitamina A e resposta vaginal ao hormônio sexual no rato —</i>	
BURRELL, H. V. e GREENE, R. R.	428
<i>Fatores endócrinos influenciando no desenvolvimento do tumor —</i>	
BISCHOFF, F., LOUISA LONG, M., RUPP, J. J. e CLARKE, G. J.	429
<i>Leiomiosarcoma do ovário —</i>	
LUIS PEREZ, M., ARENAS, N. e SAMMARTINO, R.	429

	Página
<i>Atitude anormal da cabeça do feto na posição transversa no final da gestação</i> — LEON, J. e GAVIOLI, R. L.	430
<i>O método de Aburel. Seu valor na indução do trabalho do útero grávido.</i>	
— GONZALEZ, A. e CASO, R.	430
<i>Hemangioma da vulva</i> — MANZONI, A.	430
<i>A quinina-cálcio no secundamento</i> — PLA', P.	431
<i>Perfuração uterina por aborto provocado</i> — NATALE, A.	431
<i>Fibroma do ovário</i> — CUE', V. B. e ROMANOS, R.	432
<i>Ação do dipropionato de dictildioxiestilbeno na amenorréia primitiva</i> —	
MARQUEZ, J. F. e CAPURRO, A. M.	433
<i>Sarcomas do útero</i> — QUIRINO, J. N. e SCHÄRER, A. J.	434
<i>Cancro sifilitico útero-vaginal</i> — PRESTINI, O. e BOTTARO, H. C.	435
<i>A técnica de Dogliotti como tratamento das algias nas neoplasias do apêndice gênito-urinário de localizações pélvico-perineais</i> — SCHIAPPA-PIETRA, T.	435
<i>Nova contribuição ao tratamento da tricomoniasis vaginal</i> — PEREZ, M. L., ARENAS, N. e BLANCHARD, O.	436
<i>Linfogranuloma venéreo. Estudo estatístico e epidemiológico sobre 110 casos.</i>	
— GUEVARA, P. F.	437
<i>Cesária segmentária transversa</i> — ALVAREZ, H.	438
<i>Cesária baixa por alongamento hipertrófico do colo</i> — MONSERRATTE, J. G.	439
<i>Cirurgia conservadora no tratamento dos fibromiomas</i> — LEÓN, F. L.	439

O trabalho é acompanhado de duas fotografias macroscópicas da peça, numa vendo-se a parte externa e outra num corte longitudinal; além desta, acompanham 8 microfotografias de diversos cortes e de diversas partes da peça.

Atitude anormal da cabeça do feto na posição transversa no final da gestação (*Actitud anormal de la cabeza del feto en la situación transversa al final del embarazo*) — LEON, JUAN e GAVIOLI, RICARDO L. — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 24 Maio 1941, Tomo XX, N.^o 1, pág. 19).

Trata-se de um caso observado pelos A.A., que chegou ao diagnóstico de “gravidez ao termo, feto vivo, em situação transversa, céfalo-ilíaca-esquerda, dorso-anterior”.

Confirmado o diagnóstico pela radiografia, fez tentativas para corrigir a situação por versão externa, as quais sem efeito foram substituídas por versão interna, com grandes dificuldades. Aprendido o pé, fez a extração da cabeça, nascendo a criança em asfixia, branca, sendo impossível reanimá-la.

Faz então comentários sobre o caso, focalizando de um modo geral a extração da cabeça fetal, abordando especialmente essa anomalia de atitude em posição transversa.

Referindo-se a hiperrotação da cabeça, cita 2 casos observados por KEHRER, em 1930, e publicado na revista alemã “Strahlentherapie”.

Cita também uma observação de O. HOENE, sendo que este conseguiu, por manobras externas, corrigir a situação, colocando o feto em posição longitudinal, aludindo o A. o fato de que a flacidez das paredes abdominais e a grande quantidade de líquido amniótico é que facilitaram a mobilidade do feto que por sua vez era pequeno.

O método de Aburel. Seu valor na indução do trabalho do útero grávido. (*El método de Aburel. Su valor en la inducción del trabajo del útero grávido.*) — GONZALEZ, ALFREDO e CASO, ROGDIO — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 8 Maio 1941, Tomo XX, N.^o 1, pág. 32).

O método de ABUREL, experimentado em 40 casos pelos A.A., consiste em despertar a contração uterina por meio de uma injeção transabdominal e intraovular de água bi-distilada saturada por solução hipertônica de Cl. Na. A quantidade injetada varia se o feto é vivo ou morto, de 40 a 80 c.c. Com este método poder-se-á resolver sem inconvenientes para a mãe e para o filho, problemas como, gestoses graves, anomalias fetais, gravidez prolongada, saída de fetos mortos e retidos, mola, etc.

Crê os A.A. que a solução hipertônica de Cl. Na. atua no útero como no intestino.

Terminam, aconselhando este método aos colegas, demonstrando ser prático e simples.

Finalmente citam 40 casos por êles observados.

Hemangioma da vulva (*Hemangioma da vulva*) — MANZONI, ANTONIO — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 24 Maio 1941, Tomo XX, N.^o 2, pág. 91).

Pelas estatísticas apresentadas pelo A., conclue-se que são relativamente raros os hemangiomas da vulva, semelhantes aos angiomas de outra parte do corpo. Seus sinais subjetivos são escassos pela situação, tamanho e discreta evolução, indolor, sendo seu principal sintoma a presença do tumor.

Depois de citar a observação da doente, o A. diz que os angiomas da vulva não têm tendência à degeneração neoplásica afirmando que até hoje não se descreveu nenhum caso de sarcoma da vulva que tivesse origem num angioma da genitália externa.

O caso descrito apresenta particularidades morfológicas, quanto ao seu tamanho, suas vesículas, seu conteúdo, etc.

No ato operatório saiu grande quantidade de líquido seroso, e escassa quantidade de sangue, chegando o A. ao diagnóstico clínico de linfangioma cavernoso, porém, o diagnóstico histopatológico é de: angioma capilar sinusoidal e cavernoso de origem sanguínea.

Descreve as hemangiomas, seguindo VIRCHOW, BIANCHI, BARBACI, VERNONI, CUSHING, BAILEY e COSTA bem como sua classificação, aludindo o A. ser a etiologia o fundamento mais seguro desta; porém, no momento atual, deve-se, seguindo o mesmo valor máximo e rigoroso ao fundamento histológico, completá-lo pelos dados biológicos e clínicos.

A quinina-cálcio no secundamento (*La quinina calcio en el alumbramiento*) — PLA', PEDRO — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 24 Maio 1941, Tomo XX, N.^o 2, pág. 104).

Realçando a ação ocitócica da quinina-cálcio o A. apresenta 8 casos observados, de delivramentos, de partos a término, prematuros e abortos pelo preparado em questão. Faz referências de que êste tempo do parto, considerado como acessório, se transforma em problema de grande importância pelas distócias que pode dar origem.

Demonstra as vantagens da terapêutica feita por êste preparado, pelo fato de favorecer a expulsão da placenta, sem manobras que ponham em risco a vida da paciente.

ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

Cesária segmentária transversa (*Cesarea segmentaria transversa*) — ALVAREZ, H. — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Maio 1941, Tomo XVIII, N.^o 5, pág. 439).

O A. faz um ligeiro bosquêjo histórico da cesária segmentária transversa.

Nos Estados Unidos, L. E. PHANEUS fez 220 cesárias segmentárias longitudinais e 207 transversas, declarando-se decidido partidário destas.

No Uruguai foram praticadas poucas vezes pelos Profs. TURENNE, INFANTOZZI, RODRIGUEZ LÓPEZ, sendo na Clínica Obstétrica B, por indicação do Prof. GARCIA SAN MARTIN, que se tem feito com mais frequência.

Este trabalho baseia-se em 18 casos feitos pelo citado professor e o A., sendo a primeira publicação, no Uruguai, sobre cesária segmentária transversa.

São estudados: 1.^o) localização segmentária; 2.^o) grau de hemorragia; 3.^o) proteção contra a infecção; 4.^o) resistência da cicatriz em face de partos posteriores; 5.^o) técnica.

Termina com as seguintes conclusões:

1.^o) tôdas ficaram estritamente limitadas ao segmento.

2.^o) nenhuma das 17 restantes, teve hemorragia apreciável.

3.^o) Do ponto de vista da proteção contra infecção e classificando-se de acordo com os graus de SUREAU, tiveram: *puras*, 5; alta 15 dias. *Impuras*, 8; alta 16 dias em geral (1 com 32 dias, por complicaçāo pulmonar e 1 com 27 dias por hematoma supurado). *Infectadas*, 5; alta 16 dias em geral. Quasi tôdas as impuras foram drenadas à MICKULICZ.

Termina dizendo-se apologista da cesária segmentária transversa.

*REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
DE VENEZUELA*

Cesária baixa por alongamento hipertrófico do colo (*Cesarea baja por alargamiento hipertrófico del cuello*) — MONSEIRATTE, J. GRATEROL — (*Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela*, Ano I, Tomo I, N.^o 2, pág. 65).

A observação é interessante e merece ser divulgada, não só pela sua raridade como também por ser o primeiro caso desta afecção operado em Venezuela.

Diz o A. que MALANIÈLLE, citado por BRINDEAU, só pode reunir 30 observações, de gravidez e alongamento hipertrófico do colo.

Faz várias considerações sobre esta rara anomalia, citando alguns autores e em seguida trata do diagnóstico diferencial, onde mostra que não deve ser confundido o alongamento hipertrófico do colo, com o prolápso do útero.

Fala sobre o tratamento durante a gravidez e cita SCHROEDER que praticou e aconselha a amputação do colo, porém, diz o A. que a intervenção pode provocar a interrupção da gravidez, como também deixa uma cicatriz, às vezes, tão distóica como a lesão que se procurou suprimir.

No caso do A. tratava-se de uma mulher de 33 anos, em que foi praticada a cesária baixa extra-peritoneal, com a modificação de técnica de PERALTA RAMOS. Feto vivo, com 2.650 grs. de peso.

Termina dizendo que, a pouca frequência desta anomalia uterina durante a gestação, é o motivo pelo qual não se encontra na literatura moderna a cesária baixa praticada desde o início do trabalho, como único meio de conjurar a distócia que ela acarreta.

REVISTA MEDICA PERUANA

Cirurgia conservadora no tratamento dos fibromiomas (*Cirugía conservadora en el tratamiento de los fibromiomas*) — LEÓN, FREDERICO LEÓN Y — (*Rev. Méd. Peruana*, Maio 1941, Ano XIII, N.^o 149, pág. 185).

O tratamento cirúrgico dos fibromiomas, merece especial atenção do A., que se bate para que as funções útero-ováricas, na mulher em atividade sexual, não sejam perturbadas, quando o cirurgião intervém, na cura dos fibromiomas uterinos.

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Sub-secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Wilson Monteiro de Barros

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Polymnis Dutra

Dr. Raymundo Santos

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000 (U. S. \$3)
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Efeito sobre o quadro hemático do recém-nascido, durante a primeira semana de vida, que foi privado de seu sangue placentário — DE MARHS, Q. B., ALT, H. L., WINDLE, W. F. e HILLIS, D. S.</i>	495
<i>O teste de Frei para a linfogranulomatose venérea. Experiência com um novo antígeno (lygranum) preparado de membrana vitelina infetada de embrião de pinto. — SULKIN, E. S., FLETCHER, P. F., HUBER, E. T. e REH, E. P.</i>	496
<i>Inseminação artificial. Seu estado atual nos Estados Unidos visto num recente inquérito. — SEYMOUR, F. I. e KOERNER, A.</i>	497
<i>Tétano consequente a aborto provocado — BUSH, W. L.</i>	498
<i>Fratura do colo do fêmur em seguida a roentgenterapia nos processos malignos ginecológicos — STRAUSS, H. e McGOLDRICK, J. L.</i>	499
<i>O valor do cálcio no trabalho e na inércia uterina — PATTON, G. D. e MUSSEY, R. D.</i>	500
<i>Uma tentativa para estabelecer a correlação endócrina e a terapêutica em 125 casos de perturbações menstruais — SEGAL, H. I., STEINBERG, A., SHECHTER, F. R., COLTON, N. H. e PASTOR, N.</i>	501
<i>O tratamento do sangramento uterino anormal com androgênios — SALMON, N. J., GEIST, S. H., GAINES, J. A. e WALTER, R. I.</i>	503
<i>O tratamento imediato da hemorragia obstétrica e do choque — GORDON, C. A.</i>	504
<i>Cesária supravesical extraperitoneal. Operação de Waters. Resultado de 17 casos. — EISAMAN, J. R. e AUSTIN, B. R.</i>	506
<i>Endocrinologia ginecológica e obstétrica — GREENHILL, J. P. e FREED, S. C.</i>	507
<i>Diagnóstico e tratamento dos distúrbios da hipófise anterior — WOHL, M. G.</i>	508
<i>Ruptura de folículos de De Graaf e cistos de corpo amarelo com hemorragia intraperitoneal — HOFMANN, T. R.</i>	509
<i>Pielonefrite associada à gravidez — PEACOCK, A. H.</i>	510

	Págs.
<i>Extensa tromboflebite generalizada subsequente à eclampsia e operação cesariana. Restabelecimento com heparinterapia.</i> — BOLAND, E. W. e ROONEY, H. M.	510
<i>Excreção normal dos hormônios sexuais na infância</i> — NATHANSON, T. T., TOWNE, L. E. e AUB, J. C.	511
<i>Metabolismo do esperma humano</i> — ROSS, V., MILLER, E. G. e KURZROK, R.	512
<i>Técnica para avaliação dos estrogênicos pelos esfregaços vaginais. Comparação com o método das dosagens na urina.</i> — RUBENSTEIN, B. B. e DUNCAN, D. R. L.	513
<i>Sobre o tratamento cirúrgico de algumas mastites</i> — DUVERGES, C. J.	513
<i>O hidrato de cloral no parto</i> — BERUTI, J. A.	514
<i>Patologia e clínica dos carcinomas secundários do ovário</i> — SARDI, J. L. e AHUMADA, J. L.	516
<i>Ação androgênica do ovário enxertado no rato castrado</i> — CASTILLO, E. B. e TRABUCCO, A.	517
<i>Revisão das idéias clássicas sobre a transmissão e herança da sífilis</i> — LEZICA, A. P.	518
<i>Fatores que se opõem ao conhecimento preciso da mortalidade na Argentina</i> — ROUST, C.	519
<i>Educação e assistência da criança em idade pré-escolar na cidade de Buenos Aires</i> — ACOSTA, T. R.	519
<i>A doença de Nicolas-Favre ou quarta doença venérea</i> — DIAZ, L. H. R.	520
<i>Atresias vaginais e vulvares adquiridas</i> — CABRERA, G.	522
<i>Sobre anestesia local na operação cesária</i> — VALENZUELA, E.	523
<i>Endócrina transfusão sanguínea</i> — ROCHA GOMEZ, F.	524

a êsses efeitos. Se uma irradiação suficiente fôr feita, alterações vasculares, periósticas e ósseas tais, inevitavelmente, se processarão, tendo como resultado sérias complicações.

A literatura confirma os achados dos autores relativamente a fratura do colo do fêmur como uma complicação da irradiação nos processos malignos da pelve.

Após interessantes considerações anatômicas e fisiológicas relativas a essas fraturas, sobre as causas de fratura espontânea da irradiação, e sobre a radioterapia, passam os A.A. em revista os casos referidos na literatura e finalmente apresentam suas observações pessoais com abundantes comprovantes, ilustrações e cortes histológicos.

Nos quatro casos apresentados, a fratura do colo do fêmur sucedeu a radioterapia por carcinoma do colo uterino. Radiografias repetidas, particularmente nos sítios da fratura, foram negativas para metástases. Roentgenogramas frequentes não revelaram osteite fibrosa, destrutiva, neuropática, ou outras entidades mórbidas ósseas reconhecíveis.

A incidência da fratura do colo do fêmur em casos de carcinoma ginecológico tratadas pela roentgenterapia é mais elevada do que a observada num grupo de idade similar da população.

Devido a proximidade do fêmur da superfície, a dose profunda para o osso e seu suprimento vascular é praticamente a mesma da superfície. Isto deve ser levado em conta na avaliação da designação "resistência relativa à irradiação". A dosagem excessiva roentgenterápica quer seja ministrada em um ciclo prolongado ou em ciclos menores repetidos, alcança imperceptivelmente proporções perigosas cujas consequências se tornam mais sérias com o correr do tempo.

A conclusão dos A.A. é que não se justifica o risco adicional do pequeno aumento da dose profunda de tratamento através portas laterais.

Deve-se ter em mente que o suprimento vascular do colo femural é terminal e vulnerável à oclusão vascular post-irradiação.

Uma análise crítica do trabalho dos próprios autores exige que os mesmos façam uma revisão da técnica empregada à luz das conclusões acima exaradas, tendo sempre em vista que estamos tratando a paciente e não a moléstia.

O valor do cálcio no trabalho e na inércia uterina (*The value of calcium in labor and in uterine inertia*) — PATTON, G. D. e MUSSEY, R. D. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1941, Vol. 41, N.º 6, pág. 948).

A investigação dos efeitos da administração de endovenosa de sais de cálcio durante o trabalho foi realizada por duas razões: Pri-

meiro, os A.A. desejavam saber se o cálcio podia aliviar a dôr das contrações uterinas; e, segundo, desejavam determinar o efeito do cálcio sobre a contratilidade do útero humano durante o trabalho.

Numa série de 26 pacientes em trabalho foram injetadas soluções de gluconato de cálcio endovenosamente. Após a injeção de gluconato de sódio a pressão sanguínea aumentou ligeiramente e as pulsações diminuiram ligeiramente, na maioria dos casos. O número de respirações não foi alterado relativamente. A regurgitação do conteúdo gástrico foi observada em 19 % dos casos, mas não trouxe maiores complicações.

As conclusões a que chegaram os A.A., baseados nestas observações, foram as seguintes:

- 1) A administração do cálcio não aliviaria as dores do trabalho.
- 2) A administração do cálcio aumentará a intensidade das contrações uterinas e diminuirá o intervalo entre as contrações sem aumentar a duração das mesmas. E' de grande utilidade para estimular o útero em casos de inércia no primeiro e segundo períodos do trabalho, mas não se deve esperar que consiga vencer a distócia grave.
- 3) A administração de agentes analgésicos, como o pentobarbital sódico e o paraldeído, pode anular o efeito esperado do cálcio em alguns casos de inércia uterina.
- 4) A administração do cálcio aparentemente não tem ação nociva sobre os recém-nascidos em cujas mães foi injetado o cálcio endovenoso durante o trabalho.
- 5) De acordo com as comunicações existentes na literatura, parece que o cálcio não deve ser administrado, se uma droga do grupo da digital já tiver sido administrada.
- 6) Os A.A. esperam que os resultados desta investigação sirvam de estímulo a novos estudos sobre os efeitos da administração terapêutica do cálcio durante o trabalho, a-fim-de que uma apreciação melhor do processo como medida terapêutica possa ser realizada.

Uma tentativa para estabelecer a correlação endócrina e a terapêutica em 125 casos de perturbações menstruais
(An attempt at endocrine correlation and therapy in 125 cases of menstrual disorders) — SEGAL, H. I., STEINBERG, A., SHECHTER, F. R., COLTON, N. H. e PASTOR, N. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1941, Vol. 41, N.º 6, pág. 979).

Em uma série de 125 casos, foi feita uma tentativa no intuito de verificar se existia qualquer relação importante entre as perturbações menstruais e as endocrinopatias. Na maior parte dos casos a terapêutica foi orientada para correção de uma endocrinopatia existente, na esperança de melhorar a irregularidade menstrual.

Cesárea supravesical extraperitoneal. Operação de Waters.
Resultado de 17 casos. (*Supravesical extraperitoneal cesarean section. Waters operation. The results in 17 cases.*)—EISAMAN, JOSIAH R. e AUSTIN, BRUCE R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1941, Vol. 41, N.º 6, pág. 1060).

Desde 1824, quando PHYSICK descreveu a cesárea extraperitoneal, várias técnicas para diminuir o trauma têm sido criadas, bem como para evitar a abertura do peritônio. Ficou provado que a peritonite como consequência a este tipo de operação, da qual a mais popular é a de LATZKO, é extremamente rara. Em 1940, WATERS descreveu uma operação extraperitoneal, na qual pode-se atingir o segmento inferior dissecando o peritônio da bexiga. Sua técnica parece lógica e não demasiado complicada.

Reconhecida a vantagem da cesárea extraperitoneal nos casos infectados ou potencialmente nesse estado, com as maléficas consequências, para mãe e filho, dos fórceps difíceis ou versões de fortuna, resolveu o A. estudar a técnica em apreço. Segundo WATERS "a indicação para uma operação extraperitoneal verdadeiramente é a contaminação provável ou existente de infecção intrauterina. Se bem realizada, removerá largamente a peritonite como causa de mortalidade post-operatória, ao mesmo tempo conservando o útero."

O A. apresenta 17 casos, nos quais a indicação decorreu: em 12 por desproporção pélvico-cefálica, em 3 por síndrome de distocia distrófica, em 1 por diabete, com rotura prematura de membranas (18 horas) e em 1 por toxemia pre-eclâmptica com descolamento placentário. Treze doentes eram primíparas e quatro multíparas. Três tinham tido laparotomias anteriores. Sete rotura anterior de membranas. Uma estava com 39º.1. A média de duração do parto era de 17 horas (variando de três a 43 horas). Somente em três casos a cesárea extraperitoneal não era indicada. Essas três tinham bacias platipeloides, em 2, e andróide, numa.

Foram encontradas três espécies de dificuldades operatórias: laceração do peritônio, hemorragia devida a varicosidades do segmento inferior e laceração da bexiga.

No entanto, o A. conclue que a cesárea supravesical pela técnica de WATERS oferece um meio terapêutico seguro, nos casos de *parto negligenciado ou francamente infectado*.

Cesárea supravesical extraperitoneal. Operação de Waters.
Resultado de 17 casos. (*Supravesical extraperitoneal cesarean section. Waters operation. The results in 17 cases.*)—EISAMAN, JOSIAH R. e AUSTIN, BRUCE R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1941, Vol. 41, N.º 6, pág. 1060).

Desde 1824, quando PHYSICK descreveu a cesárea extraperitoneal, várias técnicas para diminuir o trauma têm sido criadas, bem como para evitar a abertura do peritônio. Ficou provado que a peritonite como consequência a este tipo de operação, da qual a mais popular é a de LATZKO, é extremamente rara. Em 1940, WATERS descreveu uma operação extraperitoneal, na qual pode-se atingir o segmento inferior dissecando o peritônio da bexiga. Sua técnica parece lógica e não demasiado complicada.

Reconhecida a vantagem da cesárea extraperitoneal nos casos infectados ou potencialmente nesse estado, com as maléficas consequências, para mãe e filho, dos fórceps difíceis ou versões de fortuna, resolveu o A. estudar a técnica em apreço. Segundo WATERS "a indicação para uma operação extraperitoneal verdadeiramente é a contaminação provável ou existente de infecção intrauterina. Se bem realizada, removerá largamente a peritonite como causa de mortalidade post-operatória, ao mesmo tempo conservando o útero."

O A. apresenta 17 casos, nos quais a indicação decorreu: em 12 por desproporção pélvico-cefálica, em 3 por síndrome de distocia distrófica, em 1 por diabete, com rotura prematura de membranas (18 horas) e em 1 por toxemia pre-eclâmptica com descolamento placentário. Treze doentes eram primíparas e quatro multíparas. Três tinham tido laparotomias anteriores. Sete rotura anterior de membranas. Uma estava com 39º.1. A média de duração do parto era de 17 horas (variando de três a 43 horas). Somente em três casos a cesárea extraperitoneal não era indicada. Essas três tinham bacias platipeloides, em 2, e andróide, numa.

Foram encontradas três espécies de dificuldades operatórias: laceração do peritônio, hemorragia devida a varicosidades do segmento inferior e laceração da bexiga.

No entanto, o A. conclue que a cesárea supravesical pela técnica de WATERS oferece um meio terapêutico seguro, nos casos de parto negligenciado ou francamente infectado.

Pielonefrite associada a gravidez (*Pyelonephritis incident to pregnancy*) — PEACOCK, ALEXANDER HAMILTON — (W. J. of Surg., Obst. and Gyn., Junho 1941, Vol. 49, N.º 6, pág. 340).

Relatando 5 casos cuidadosamente estudados e tratados de pielonefrite associada a gravidez, detem-se o A. muito especialmente no estudo do tratamento desta afecção, sendo possível resumir como adiante está a terapêutica por êle aconselhada.

Profilaticamente deve-se procurar conseguir um trânsito intestinal perfeito pois, está fora de dúvida que a estase intestinal ocupa um importante lugar como responsável pela pielonefrite.

A necessidade imperiosa da remoção de uma possível obstrução, isto é, o estabelecimento de uma drenagem constitue para o A. o início de qualquer tratamento, drenagem esta obtida por meio de cateteres ureterais cuja aplicação nas doentes em estudo foi de patente eficácia, fazendo com que a temperatura rapidamente voltasse ao seu nível normal. A permanência do cateter nos ureteres por vários dias é perfeitamente tolerada e em nada vem lesar estes condutos. A morfina será indicada para a dor e a ingestão de líquidos em abundância é sempre útil, segundo a opinião do A. Refere-se aos brilhantes resultados obtidos com os sulfamidados, mostrando que não se deverá, entretanto, deixar de lado o estado da paciente para que o efeito dêstes preparados não seja prejudicial ao em vez de benéfico. Considera útil também o emprêgo dos antissépticos urinários comuns assim como dos preparados visando alterar o pH urinário.

Resumindo acha o A. que a concomitância de pielonefrite e gravidez é acidente de grande interesse; que o começo da infecção é em regra súbito e surpreendente, devendo inicialmente providenciar-se a drenagem porquanto "os medicamentos têm seu emprêgo mas sua importância é secundária".

Extensa tromboflebite generalizada subsequente a eclampsia e operação cesariana. Restabelecimento com heparinoterapia. (*Extensive generalized thrombophlebitis following eclampsia and cesarean section. Recovery with Heparin therapy.*) — BOLAND, EDWARD W. e ROONEY, HENRY M. — (W. J. of Surg., Obst. and Gyn., Junho 1941, Vol. 49, N.º 6, pág. 356).

A raridade dêste tipo de enfermidade em seu caráter generalizado, assim como o desconhecimento da exata patogenia e dos resultados da terapêutica pela heparina, fizeram com que os A.A. publicassem o presente trabalho, trazendo assim uma nova observação à literatura médica.

A observação, que é pelos A.A. transcrita em todos os seus detalhes, apresenta os seguintes pontos principais: Tratava-se de uma primigrávida, com 31 anos de idade, examinada pela primeira vez no quarto mês de gestação, nada apresentando de anormal nessa época; aos 7 meses aproximadamente sua pressão arterial sofreu uma ascenção acentuada e apareceram edemas nos membros inferiores; albumina grau 3 na urina; a-pesar-de internada e submetida ao tratamento conveniente veio a ter um ataque de eclampsia, tendo sido feita uma cesária pouco tempo depois do mesmo; desta nasceu um feto vivo, que durou quatro dias e a doente teve um choque no último período da operação, choque este que foi convenientemente debelado; do 2.^º até o 16.^º dia do postoperatório começaram a aparecer sintomas de tromboflebites nas mais diversas veias da doente, tendo início na jugular externa, estendendo-se depois às do membro superior, às do tórax, às dos membros inferiores e finalmente à renal; o tratamento pela sulfanilamida tentado em duas séries, não surtiu o menor resultado, não tendo de qualquer modo modificado nem mesmo a temperatura. O tratamento instituído inicialmente pela Heparina A não surtiu o menor resultado sendo que com o uso igualmente em injeção endovenosa contínua da Heparina B a doente se restabeleceu com grande rapidez, podendo ter alta do hospital após um mês. Reexaminada dois meses depois mostrava melhoras enormes, encontrando-se quasi em completa saúde.

Discutem os A.A. a questão da patogenia desta afecção, mostrando que o mesmo não se encontra ainda resolvido. São salientados os ótimos resultados com o tratamento pela heparina.

ENDOCRINOLOGY

Excreção normal dos hormônios sexuais na infância (*Normal excretion of sex hormones in childhood*) — NATHANSON, TRA T., TOWNE, Lois E. e AUB, JOSEPH C., — (*Endocrinology*, Junho 1941, Vol. 28, N.^o 6, pág. 851).

Dos três aos sete anos de idade, tanto os meninos quanto as meninas excretam uma quantidade pequena e constante de estrogénios e 17 quetosteróides na urina. Há uma pequena diferença entre os sexos.

Dos oito aos onze anos de idade há uma excreção aumentada destes hormônios sexuais, sendo que os 17 quetosteróides aumentam mais rapidamente nos meninos e os estrogénios nas meninas.

Cêrca de um a um ano e meio antes da menarca, a excreção de estrogénicos se torna cíclica nas moças e a intensidade destes ciclos aumenta gradualmente. O aparecimento dos ciclos estrogê-

para os casos, pois é considerado em geral como sem valor e de pequena cirurgia.

Cita alguns autores que tiveram nos abcessos da mama complicações sérias, entre êles o Dr. PERY, comunicando um caso em 1933, tendo encontrado em toda a literatura, nesses 30 anos, apenas 8.

O A. faz considerações várias e interessantes sobre o assunto, nas perigosas e às vezes mortais complicações que podem surgir num simples abcesso da mama, se não fôr observado o maior cuidado na sua divulgação, que deve ser feita quando a flutuação fôr franca e superficial.

Discorda de PUPPEL e se apoia na opinião de STOECKEL.

Diz que, nas doentes enfraquecidas, com defesas orgânicas diminuídas, o tratamento indicado é a diatermia, os raios X e as ondas curtas, associado à vacinas, bacteriófagos, anatoxina antiestafilocócica, proteinoterapia e as sulfanilamidas.

Também obteve resultados bons com a autohemoterapia.

Acha que os R.-X têm mais indicação como tratamento preventivo no abcesso, que curativo.

O Prof. WINTZ, de Berlim, aconselha a roentgenterapia não na dose usual de 15 a 20 % e sim de 40 %, no centro da mama, que atua, produzindo uma abolição temporária da secreção láctea.

Comentando a opinião de WINTZ, termina achando que os R.-X são estimulantes para o sistema retículo-endotelial, tornando a melhora rápida do estado geral, sem que se note diferenças locais, caindo a temperatura em crise ou lise.

Deve-se esperar o momento favorável para o pus ser evacuado, por uma pequena incisão. Estas modificações biológicas são as que melhoram o processo, já que não se podem destruir as bactérias pelo R.-X.

O hidrato de cloral no parto (*El hidrato de cloral en el parto*)

— BERUTI, JOSUÉ A. — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1941, Tomo XX, N.^o 3, pág. 139).

O A. inicia o seu artigo, mostrando que o hidrato de cloral, é empregado em obstetrícia há 72 anos, tendo SIMPSON o utilizado pela primeira vez, com o intuito de diminuir as dores do parto, no mesmo ano que SIEBREICH o introduziu na terapêutica, em 1869.

Foi continuado o seu emprêgo em casos vários, como para regular a dinâmica uterina, acelerar a dilatação, combater a rigidez do colo, corrigir o caráter espasmódico das contrações, atuar contra a agitação nervosa da parturiente, fazer repousar ou adormecer a mulher fatigada ou esgotada pelo trabalho de parto, levantar o estado de esgotamento nos partos excessivamente longos, não se referindo ao seu emprêgo na eclampsia que também é de longa data.

Estranha o A. que com tais indicações tenha o hidrato de cloral, caído no esquecimento, porque, ainda no século XIX, era citado na literatura, ao passo que o mesmo não aconteceu no início do século XX, o que faz supor que o medicamento perdeu todo o interesse ou o assunto está esgotado. Não acredita que estas sejam as causas do seu abandono, mas, sim o emprêgo mais limitado científicamente e severo no campo das indicações e também que tenha sido suplantado por outros modernos, mais eficientes e menos perigosos.

Acha o A. que o medicamento é de tal valor que não comprehende que tenha sido desprezado pelos autores ingleses e americanos que apenas mencionam o hidrato de cloral. Cita, ainda, autores franceses, alemães e italianos que não tratam do assunto. Diz que somente MAX RINGE, fala da utilidade do hidrato de cloral em certos casos de esgotamento no parto.

Depois de algumas considerações em que defende o hidrato de cloral, diz que não deve ser empregado nem na eutocia, nem na paraeutocia, com finalidade sedativa da dôr. Deve ser utilizado única e exclusivamente nos partos trabalhosos ou distóicos, com indicação bem definida, a saber: hiperdinâmia, hipertonia, contrações espasmódicas, demora anormal do parto por dilatação lenta, esgotamento físico ou psíquico nos partos demasiado longos.

Com um número elevado de partos (500) desde 1931, o A. aplicou o hidrato de cloral em uma série, exclusivamente, e noutra, associado à Spasmalgina.

Termina com longos comentários dos casos que teve ocasião de observar, empregando o hidrato de cloral, e os resultados brilhantes obtidos.

São em número de 28 as observações apresentadas pelo A., tendo cada uma um interessante e original gráfico, que consiste em uma roseta, representando o momento seguinte ao início das contrações, em que as membranas se romperam. Quando a ruptura se processou artificialmente o sinal que acompanha e esclarece é uma pequena seta que o atravessa.

Chegou o A. às seguintes conclusões:

- 1) Que a experiência com o hidrato de cloral, durante 10 anos, permitiu que chegasse a conclusão que, como outros hipodinamizantes, antiespasmódicos ou hipnóticos, fracassa em muitos casos, porém, alguns fracassos devem ser atribuídos a imperfeita indicação ou a insuficiência de dose.
- 2) Que não há dúvida de ser o seu emprêgo único e exclusivo, por vezes de efeitos extraordinários na correção e regularização da dinâmica uterina e fraca a aceleração do processo de dilatação.
- 3) O hidrato de cloral presta principalmente notáveis resultados em casos de trabalho demorado e grande esgotamento físico e psíquico da parturiente. E', às vezes, um surpreendente restaurador das energias do parto.

4) Em dose certa, não excedendo os clisteres de 3grs., não sendo repetidos seguidamente, não produz perturbações na evolução do parto, nem prejudica mãe e feto. Não tem também ação desfavorável no secundamento e postsecundamento.

5) O hidrato de cloral, associado a Spasmalgina atua de um modo favorável na dilatação do colo. O hidrato de cloral em doses moderadas tem ação eficiente que a Spasmalgina não tem quando esta não é empregada em altas doses. Nestas condições o cloral é superior à Spasmalgina.

REVISTA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE PATHOLOGIA FEMININA

Patologia e clínica dos carcinomas secundários do ovário

(*Patología y clínica de los carcinomas secundarios del ovario*) — SARDI, J. L. e AHUMADA, J. L. — (*Rev. Méd-Quir. de Patol. Fem.*, Junho 1941, Ano IX, Tomo XVII, N.º 6, pág. 385).

Os A.A. tratam exaustivamente do assunto, documentando seu trabalho com 15 observações interessantes, apresentando 28 microfotografias e 4 fotografias de peças operatórias.

Concluem dizendo:

"Todos os carcinomas ováricos originados pelo desenvolvimento de germes neoplásicos provenientes de carcinomas de outros órgãos, devem ser compreendidos sob a denominação comum de carcinomas secundários do ovário. Os carcinomas secundários compreendem de 15 a 30 % de todos os carcinomas do ovário. O tumor primário pode estar localizado em qualquer órgão da economia, mas em mais da metade dos casos situa-se no estômago, seguindo-lhe em ordem de frequência o útero, o colo, a mama, as vísceras biliares, o pâncreas, etc. O carcinoma da vesícula biliar é o que tem maior tendência para desenvolver uma neoplasia secundária no ovário. A via pela qual os elementos neoplásicos chegam com mais frequência ao ovário é a linfática, embora seja inegável que numa percentagem que é impossível de precisar, mas que parece bastante apreciável, elas chegam ao ovário pela via intraperitoneal, implantando-se consecutivamente na sua superfície. A via sanguínea parece ser excepcional. Macroscopicamente o carcinoma ovárico secundário se caracteriza por ser, em geral, sólido, bilateral (80 % dos casos), de tamanho considerável e bem capsulado. É frequente o desenvolvimento multicêntrico e o aparecimento de cavidades por nerose e histólise. O quadro histológico é variável, não só nos diversos casos como em distintas zonas de um mesmo tumor. Podem existir e na realidade existem com muita frequência, diferenças es-

No caso de uma mulher grávida, deve-se intervir na ocasião do trabalho de parto.

Sobre anestesia local na operação cesárea (*Sobre anestesia local en la operacion cesarea*) — VALENZUELA, EDUARDO — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Junho 1941, Vol. VI, N.º 4, pág. 170).

A operação cesárea está destinada a solucionar aqueles casos em que resultam insuficientes ou impraticáveis as intervenções obstétricas, diz o A. ao iniciar a sua comunicação. Mostra os perigos da cesárea e a sua mortalidade.

Diz que, na Maternidade do Hospital Barros Luco, o assunto o tem preocupado e que com a técnica de SANHUEZA, extraperitoneal e transperitoneal, foi dado um grande passo, pois, em 60 pacientes operadas não houve um só caso de peritonite, mesmo quando apresentando uma infecção aniótica.

Outro problema para o A. tendo sido a anestesia a empregar e mostra os inconvenientes quer da anestesia geral, quer da raquidiana.

A raquidiana é a considerada melhor, embora não o seja na realidade, porque é passível de acidentes graves e mesmo fatais, podendo fracassar, o que obriga a empregar a anestesia geral.

Diante um caso grave o A. fez uso da anestesia local, e o resultado o encorajou a empregar em outros casos, com os melhores resultados.

Em todas as pacientes o A. praticou a cesárea extraperitoneal transperitoneal, com infiltração local, seguindo uma técnica especial, que consiste na infiltração de plano a plano, isto é, primeiro a pele, em seguida a aponevrose, e assim até o peritônio segmentar ao nível do fundo de saco vésico-uterino.

Conclue o A. dizendo que, pelos 6 casos que teve ocasião de observar, a operação cesárea, incluindo a extraperitoneal, de técnica mais complicada, é perfeitamente realizável sob anestesia local.

Emprega a novocaina de 3 a 4 %, com prévia injeção de 1 a 2 centigramos de morfina. O post-operatório, corresponde muito de perto ao do parto normal; sem vômitos, meteorismo e a doente se alimenta desde o primeiro dia. Diz que a única referência encontrada sobre o emprêgo da anestesia local, foi na obra de DE LEE, que é a seguinte: "A anestesia local é a melhor anestesia. Fizemos 600 cesáreas com ela e verificamos que diminui a morbidade e mortalidade. Segue-se em ordem de importância, porém, a grande distância o etileno, e depois o éter."

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Alkindar Soares	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Fernando Mendes	Dr. Polymnis Dutra
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARAÍBA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Beira

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Janeiro de 1941

Vol. 11 — N.º 1

SUMÁRIO

EDITORIAL

<i>Esta homenagem</i>	5
-----------------------------	---

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>A dosagem hormonal em Clínica Ginecológica — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES</i>	1
<i>A operação de Fothergill na cura do prolapsus genital — DR. ALDÉRICO FELICIO DOS SANTOS</i>	32
<i>Alguns acidentes postoperatórios — DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA</i>	46
<i>Considerações sobre frequência, diagnóstico e tratamento de câncer nos últimos 4 anos — DR. J. C. STHEL FILHO e DR. J. P. RIEPER</i>	52
<i>Sobre o tratamento cirúrgico do piossalpinge — DR. OSWALDO DA SILVA LOUREIRO</i>	63
<i>Sobre um caso de granuloma venéreo — DR. CID BRAUNE FILHO</i>	70
<i>Determinação do metabolismo basal na Clínica Ginecológica — DR. NELSON G. NOGUEIRA</i>	79
<i>Sífilis do aparelho genital feminino — DR. RAYMUNDO SANTOS</i>	87
<i>A propósito da sífilis genital feminina — DR. A. VESPASIANO RAMOS</i>	96
<i>Considerações histofisiológicas sobre blastomas epiteliais do aparelho genital feminino, especialmente do colo do útero — DR. PAULO F. SCHIRCH</i>	101
<i>Tumor de Krukenberg — DR. F. VICTOR RODRIGUES</i>	107
<i>Câncer do colo do útero e gravidez — DR. MARIO PARDAL</i>	122
<i>Dosagem do rádio pertencente à Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil — DR. JOÃO BRUNO LOBO</i>	127
<i>Câncer incipiente do colo uterino descoberto pelo colposcópio — DR. J. P. RIEPER</i>	143

NOTAS E COMENTARIOS

<i>Faculdade Nacional de Medicina. Relatório da Cadeira de Clínica Ginecológica do ano de 1940</i>	152
<i>Sociedade Brasileira de Ginecologia. Eleição de Diretoria (1941-42)</i>	157

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Obstetrics in General Practice — J. P. GREENHILL</i>	158
---	-----

Págs.

Foto: Dr. G. L. G.

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Alkindar Soares	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Fernando Mendes	Dr. Polymnis Dutra
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

- E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
- E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
- E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
- E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
- E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
- E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
- E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Fevereiro de 1941

Vol. 11 — N.º 2

S U M Á R I O

RESUMOS (Julho de 1940)

(Ver índice próprio).

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Câncer da mama — DR. ALBERTO COUTINHO 205

EDITORIAL

Sobre a hiperprodução de substâncias estrogénicas nos miomas ... 238

NOTAS E COMENTÁRIOS

"Sociedade Médica do Hospital Arthur Bernardes" — Ata da Décima-nona Sessão, realizada em 4 de Setembro de 1940 241
Primeiro Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica 243

LIVROS E PUBLICAÇÕES

A Thyroide em Gynecologia — SYLLA O. MATTOS e OCTAVIANO ALVES DE LIMA FILHO 244

RESUMOS (Agosto de 1940)

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

(Agosto de 1940)

	Págs.
Acérra da ruptura prematura da bolsa de águas. I. Introdução. — AN-	245
SELMINO, K. J.	245
Acérra da ruptura da bolsa de águas. 2. ^a comunicação. Sua frequência, importância e seu tratamento. — GROSS, R.	246
Acérra da ruptura prematura da bolsa de águas. 3. ^a comunicação. Sua influência sobre a duração do parto. — METZ, A.	247
Acérra da ruptura prematura da bolsa de águas. 4. ^a comunicação. Novos pontos de vista para a explicação da ruptura da bolsa de águas em diversas fases do parto. — GROSS, R.	248
Acérra da ruptura prematura da bolsa de águas. 5. ^a comunicação. Acérra do diagnóstico da ruptura da bolsa de águas. — KRENTZMANN, H.	249
Sobre malformações em casos de abôrto, sua etiologia e sua importância clínica. — SCHULTZE, K. W.	250
Causas de morte no câncer do colo do útero — AUSTER, L. S. e SALA, A. M.	251
O estrogénio sintético: Estilbestrol. Estudo clínico e experimental. — MAC BRYDE, C. M., FREEDMAN, H., LOEFFEL, E. e CASTRO- DALE, D.	253
Fusão vulvar. Seu interesse uro-ginecológico. — CAMPBELL, M. F....	254
Endometriose do íleo com suboclusão intestinal crônica — GLENN, P. M. e THORTON, J. J.	255
Complicações pulmonares durante a gravidez — POTTER, M. G.	256
A relação da vitamina B1 com o ciclo reprodutivo — WILLIAMS, P. F., GRIFFITH, G. C. e FRALIN, F. G.	257
A dosagem do pregnandiol como método auxiliar no diagnóstico clínico — BUXTON, C. L.	258
Correlação do teste de Friedman com a fase do endométrio na gravidez ectópica — GOLDBLATT, M. E. e SCHWARTE, H. A.	260
Analise do estilbestrol como um estrogénio terapêutico — SALMON, U. J., GEIST, SH. e WALTER, R. I.	261
Pubotomia na apresentação de mento posterior encravado — SHARKEY, W. P.	262
Alguns aspectos da ginecologia de interesse para o cirurgião geral — MAGID, M. O.	264

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Quisto do ovário tuberculizado</i> — BOVERI, J. L.	265
<i>Hérnia inguinal esquerda contendo útero e anexo correspondente</i> — CASAS, P. F. e LLADOS, J.	266
<i>Loquometra</i> — LAVARELLO, A. G.	267
<i>Indução do parto com quinino-cálcio Sandoz</i> — COSTA N., P. e BERDINA, R. T.	268
<i>Sobre uma observação de teratoma da placenta</i> — PEREZ, M. L., BRANCHETTO-BRIAN, D. e FERRARI, G. A.	269
<i>Endometriose do ovário e gestação</i> — PERALTA RAMOS, A. G.	270
<i>A incisão de Pfannenstiel em ginecologia</i> — BELLOMO, V. J.	271
<i>Síndrome de insuficiência funcional gonadotrópica da pré-hipófise. Ação da foliculina</i> . — HARAN, A. M.	271
<i>Eclâmpsia puerperal numa epileptica</i> — ARMAS, H.	272
<i>Considerações sobre 150 casos de aborto incompleto</i> — DURAN, A.	273
<i>Cesariana extraperitoneal por distocia pélvica. Nefrite gravídica</i> . — PEÑA, R.	273
<i>Tircóide e função genital</i> — SIEGERT, F.	274
<i>Considerações clínicas sobre os fibromiomas uterinos</i> — MOLINA, L. S.	275
<i>Endometriose aberrante. Um caso de dupla localização: ovárica e em cicatriz de laparotomia</i> . — PACHECO, F. S. C.	276

RESUMOS

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

AGOSTO DE 1940

ZEITSCHRIFT FÜR GEBURTHILFE UND GYNÄKOLOGIE

Acérca da ruptura prematura da bolsa de águas. I. Introdução. (*Ueber den vorzeitigen Blasensprung. I. Einleitung.*) — ANSELMINO, K. J. — (Z. f. G. und Gynäk., Agosto 1940, Vol. 121, Fasc. 2, pág. 161).

Continua a discussão sobre a importância do saco amniótico para o parto. A opinião antiga que ligava grande importância à conservação da bolsa de águas durante o período de dilatação, foi combatida nos últimos anos por VAN DER HOEVEN, SCHICKELÉ, KREIS, WICHMANN, GUTHMANN e outros.

Parece estranha tal divergência à respeito de um acontecimento frequente, tão frequente que quasi nem se devia falar em complicaçāo do parto.

Em grande parte dependem as opiniões diferentes, dos preconceitos dos autores. Quem considera desde logo a ruptura prematura, como indicação para um procedimento ativo, não devia comparar os resultados d'este procedimento com os partos normais.

Foi por estes motivos que o A., chefe da clínica provincial de senhoras da Renânia, resolveu em 1938, colher um grande número de observações.

O A. deu ordem à todos os assistentes de abster-se de qualquer procedimento ativo nos casos de ruptura prematura do saco amniótico e de manejar tais partos como partos normais observando uma conduta conservadora. Foram aproveitadas as primeiras mil obser-

vações do ano de 1938 e o material examinado sob diversos pontos de vista. Os trabalhos seguintes representam o fruto dêste estudo.

Acérca da ruptura da bolsa de águas. 2.^a comunicação. Sua frequência, importância e seu tratamento. (*Ueber den vorzeitigen Blasensprung. II. Mitteilung. Ueber Vorkommen, Bedeutung und Behandlung des vorzeitigen Blasensprungs.*) — GROSS, R. — (*Z. f. G. und Gynäk.*, Agosto 1940, Vol. 121, Fasc. 2, pág. 163).

OA. baseia-se em 1.000 partos feitos na clínica de senhoras da província da Renânia. Não houve nenhuma escolha dos casos. A divisão usual de ruptura da bolsa de águas em prematura, precoce, oportunamente tardia, pode, na prática, dificilmente ser estabelecida.

Assim, dividiu o A. o seu material somente em dois grupos.

O primeiro grupo, o da ruptura precoce que abrange todos os casos em que a ruptura teve lugar antes do fim da primeira metade do período de dilatação e o segundo grupo que diz respeito à todos os casos com ruptura depois do começo da segunda metade dêste período.

A frequência da ruptura precoce, compreendida neste sentido, foi de 31 %, sendo de 35,8 % em primíparas e de 26 % em multíparas. A ruptura precoce torna-se mais frequente com a idade. A influência de malformações pélvicas sobre a ruptura precoce é duvidosa. O estreitamento da bacia de primeiro grau não influe. A ruptura precoce não é mais frequente nos casos de anomalia da posição do feto em primíparas, mas sim em multíparas.

Casos de prenhez gemelar favorecem, em primíparas quasi sempre, em multíparas frequentemente, a ruptura precoce. O comprimento, peso e sexo dos fetos parecem sem importância na questão.

A frequência do fórceps e os resultados para mãe e filho foram iguais na ruptura precoce e na ruptura tardia. Nos casos de cesariana por outra indicação, mas com ruptura precoce simultânea, os resultados foram iguais aos dos casos do segundo grupo. Rupturas do períneo eram menos frequentes nas pacientes com ruptura precoce, especialmente entre as primíparas. Não houve maior frequência nem de atonias, nem de outras complicações do sobreparto. A frequência das infecções e complicações puerperais foi igual nos dois grupos. Dois casos de óbito materno não têm ligação com o modo do parto. A mortalidade fetal foi um pouco maior no grupo da ruptura precoce do que no outro, tratando-se entretanto de algarismos pequenos, ficando a diferença dentro dos limites de erro da

estatística. A frequência dos casos de asfixia foi igual nos dois grupos.

A etiologia da ruptura precoce da bolsa de águas continua incerta. Pode depender da resistência diminuída das membranas ou do mecanismo de dilatação. Em todo caso é sempre uma contração uterina que provoca a ruptura. Eis uma das razões porque não há um limite nítido entre a ruptura precoce e a prematura da antiga nomenclatura.

Como a ruptura precoce acontece num terço de todos os partos e o parto clinicamente não se desenvolve de maneira diferente dos outros, o A. julga errado falar em uma complicação. Trata-se somente de um outro tipo, de uma variação fisiológica de parto.

O A. nega também a importância mecânica da bolsa de águas para a dilatação do colo. Dois quintos da dilatação do colo em todas as primíparas se processam com bolsa de águas rôta.

Saíndo destas concepções nem se pode falar em terapêutica da ruptura precoce. A duração do parto é abreviada, a mobilidade não é aumentada. O emprêgo de ocitócicos prejudica geralmente, em vez de ajudar, segundo as experiências do A. Todas as intervenções obedecem às mesmas indicações, como na ruptura oportuna ou tardia.

Resta o emprêgo de espasmolíticos, quando a dilatação do colo for dolorosa e demorada.

Resulta até das experiências feitas nos casos de ruptura precoce, a consequência de indicar, em casos idôneos a ruptura artificial da bolsa como meio para abreviar o parto.

Acérca da ruptura prematura da bolsa de águas. 3.^a comunicação. Sua influência sobre a duração do parto.

(*Ueber den vorzeitigen Blasensprung. III. Mitteilung. Der Einfluss des vorzeitigen Blasensprungs auf die Geburtsdauer*)

— METZ, A. — (*Z. f. G. und Gynäk.*, Agosto 1940, Vol. 121, Fasc. 2, pág. 199).

O A. estudou um material de mil partos do ano de 1938, subdividindo-os segundo o momento da ruptura da bolsa de águas e conservando a nomenclatura clássica de ruptura prematura, precoce, oportuna e tardia. O grupo da ruptura precoce foi subdividido, distinguindo-se os casos com ruptura dentro da primeira metade do período de dilatação e casos com ruptura dentro da segunda metade.

Para aumentar o número dos casos de ruptura prematura, o A. incluiu na sua estatística mais 220 casos observados em 1937 e extraídos de observações de um número total de 1.213 partos durante o ano de 1937.

Achou os resultados seguintes para os casos de ruptura prematura da bolsa de águas:

O período latente durou na média de 11 horas e 7 minutos em primíparas e de 12 horas e 20 minutos em multíparas.

A duração do período de dilatação foi em primíparas de 9 horas e 15 minutos e em multíparas de 5 horas e 20 minutos.

O período de expulsão foi pouco mais demorado nas primíparas e multíparas do que nas parturientes com ruptura de bolsas em outros períodos. O mesmo foi observado quanto à duração do sobreparto.

A média de duração total do parto foi, nas primíparas, de 10 horas e 40 minutos e nas multíparas de 6 horas.

Estes espaços de tempo são bastante mais curtos do que os verificados em todos os outros partos.

A relação do período latente e do período de dilatação se revela da seguinte maneira: a um período latente mais prolongado corresponde um período de dilatação mais curto e viceversa.

Na ruptura prematura da bolsa observa-se um ligeiro aumento da frequência das contrações uterinas.

Nos sacos de bacia estreitada, a duração do parto foi maior quando havia ruptura prematura da bolsa. Nestes casos a ruptura prematura pode ser considerada como acontecimento desfavorável, ao passo que em todos os outros casos o efeito da ruptura prematura parecia favorável para o desenvolvimento do parto.

Acérca da ruptura prematura da bolsa de águas. 4.^a comunicação. Novos pontos de vista para a explicação da ruptura da bolsa de águas em diversas fases do parto.

(*Ueber den vorzeitigen Blasensprung. IV. Mitteilung. Neue Gesichtspunkte zur Erklärung des Eintritts des Blasensprungs zu verschiedenen Zeiten der Geburt.*) — GROSS, R. — (Z. f. G. und Gynäk., Agosto 1940, Vol. 121, Fase. 2, pág. 228).

A classificação antiga da ruptura da bolsa de águas em prematura, precoce, oportuna e tardia, apresenta grandes dificuldades para a prática. Por isso o A. emprega uma divisão em somente dois grupos, abrangendo o primeiro, os casos com ruptura da bolsa até a metade do período de dilatação e o segundo, os casos com ruptura da bolsa depois deste momento.

O A. fez um estudo de 690 partos pertencentes ao segundo grupo de ruptura da bolsa, registrando em gráficos as fases do parto e achou que em relação à duração total do parto, a ruptura da bolsa de águas neste grupo sempre se processa na mesma época. Pela duração diferente dos diversos períodos de parto tem-se a impressão que a ruptura se produz em momentos diferentes.

Dos trabalhos de vários autores consta que a duração do período de dilatação e do parto total, aumenta gradualmente a partir dos casos de ruptura tardia para os de ruptura oportuna e os de ruptura na segunda metade do período de dilatação, o que parece estar em contradição com o fato de estar ligada a ruptura antes da metade do período de dilatação aos partos menos demorados. Acha-se a explicação, quando se estabelece a questão do modo inverso. O parto não dura mais, porque a ruptura deu-se na segunda metade do período de dilatação, a ruptura deu-se nesta fase do parto, porque se tratou de um parto demorado e o parto não foi mais rápido porque a ruptura da bolsa foi tardia, mas a ruptura foi tardia, porque o parto foi menos demorado. Até agora calculava-se o tempo total, partindo do fim do parto, porém calculá-lo também partindo do comêço do parto até à ruptura da bolsa de águas. Fazendo isto, foi que o A. em seu material de 690 casos com ruptura da bolsa depois da metade do período de dilatação, achou que não havia diferença do momento da ruptura da bolsa, o que justifica juntá-los em um grande grupo. Segundo a antiga classificação estes casos pertenciam em parte ao grupo da ruptura precoce, em parte ao grupo da ruptura oportuna e em parte ao grupo da ruptura tardia.

Quanto à simplificação do grupo I, que reúne a ruptura prematura e uma parte da ruptura precoce, diz o A. que a distinção entre estes dois grupos foi completamente artificial, dependendo da impressão subjetiva da parturiente quanto ao aparecimento das primeiras contrações uterinas. Sem contração uterina porém não há ruptura do saco amniótico.

Acérca da ruptura prematura da bolsa de águas. 5.^a comunicação. Acérca do diagnóstico da ruptura da bolsa de águas. (*Ueber den vorzeitigen Blasensprung. 5. Mitteilung. Zur Diagnose des Blasensprunges.*) — KRENTZMANN, H. — (*Z. f. G. und Gynäk.*, Agosto 1940, Vol. 121, Fase. 2, pág. 236).

O diagnóstico certo da ruptura da bolsa de águas reveste-se de importância, especialmente nos casos de ruptura prematura. A anamnese é falha e frequentemente confunde-se a perda de urina ou de muco com a perda de líquido amniótico.

Foi por isso que foram indicadas várias provas que em parte se baseiam na reação alcalina do líquido amniótico, em parte na presença de substâncias gordurosas, cabelos e outras substâncias contidas no conteúdo do saco amniótico.

O A. relata os resultados obtidos em 185 casos, que foram todos sujeitos a 3 provas cada um:

1) Resultados com a prova do sudão, segundo v. NUMERS. Esta prova visa mostrar a presença de gotas gordurosas provenientes da cérvix caseosa. Introduz-se assepticamente um espéculo de vidro fosco na vagina, e colhe-se uma amostra de secreção do fundo-de-saco posterior. O esfregaço cora-se com uma solução corante, preparada segundo DADDY, durante 15 minutos. A lâmina é examinada no microscópio com aumento de 40-70 vezes. Gotas coradas em côn alaranjada ou vermelha são características para o resultado positivo.

2) A prova do azul de bromothymol, segundo TEMESVARY, BERLIND. Introduz-se dentro do mesmo espéculo um chumaço de gaze estéril até que seja molhado pela secreção. Depois da retirada despeja-se sobre a gaze uma solução alcoólica de Bromothymol a 0,2 %. Coloração azul-esverdeada indica reação alcalina, sendo a prova positiva. São fontes de êrro: restos de líquidos desinfetantes, restos de sabonete na vagina ou na gaze. Também uma rica flora bacteriana torna o meio químico da vagina alcalino.

3) A prova do tornesol, segundo GOLD: Coloca-se uma toalha higiênica com um papel de tornesol diante da vulva da cliente. Havendo perda de líquido amniótico o papel cora-se azul. As fontes de êrro são as mesmas da reação anterior e a possibilidade de confusão provocada por urina alcalina. Em casos de reação alcalina da urina injetam-se na veia 5 cc. de Cystochromo e coloca-se uma toalha branca no períneo. Se a coloração era devida à urina, a toalha cora-se agora em azul, se foi devida ao líquido amniótico, a toalha fica branca.

Nos 185 casos examinados pelo A., as reações deram resultados certos em 182 casos. Nos 3 casos restantes as reações deram positivo, realizando-se mais tarde a ruptura da bolsa de águas. Nestes casos há a possibilidade da ruptura parcial preliminar da bolsa.

O A. recomenda a execução de todas as três provas em cada caso, provas estas que devem ser repetidas até conseguir resultados semelhantes.

Sobre malformações em casos de aborto, sua etiologia e sua importância clínica. (*Über Miss bildungen bei Aborten, ihre Ursache und ihre klinische Bedeutung*) — SCHULTZE, K. W. — (Z. f. G. Gynäk., Agosto 1940, Vol. 121, Fasc. 2, pág. 242).

Segundo uma estatística de PHILIPP a frequência dos abortos e partos prematuros na Alemanha é de 220 mil em um número total de 1,3 milhões de partos por ano. Cem mil destes abortos são provocados.

O A. distingue nos abortos espontâneos os devidos à doenças por parte da mãe e os provocados por alterações patológicas do ovo.

Estuda o mecanismo pelo qual as várias causas etiológicas dão lugar a loquiometra e depois de várias considerações diz que se deve distinguir as formas clínicas da loquiometra, que são, a mecânica e a essencial.

Em seguida entra nos meios de tratamento que devem ser empregados na forma mecânica, de acordo com a causa predominante.

Na forma essencial, em se tratando de um espasmo do orifício interno, acompanhado de atonia do corpo uterino, adota o A., com os melhores resultados, a terapêutica antiespasmódica, associada a ocitócicos, e o saco de gelo no ventre.

Indução do parto com quinino-cálcio Sandoz (*Induccion del parto con quinina-calcium Sandoz*) — COSTA N., PALACIOS e BERDINA, ROMUALDO T. — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Agosto 1940, Tomo XIX, N.º 7, pág. 422).

A provocação do parto nos últimos dias da gravidez, é sempre um problema que o obstetra procura resolver, seja pela ruptura prematura das membranas, seja pela permanência íntegra da bolsa e a necessidade de despertar as contrações uterinas, e para tal fim vários métodos têm sido empregados, dizem de início os A.A.

Para a solução de tão importante problema, os A.A. de acordo com as experiências de WINKLER, VELTER e HENKEL, resolveram estudar o assunto e apresentam 17 casos que tiveram ocasião de acompanhar na Maternidade Samuel Zache, do Hospital Rawson.

Das 17 observações apresentadas, 11 mulheres eram multíparas e 6 primíparas, as primeiras oscilavam entre 20 a 43 anos e as segundas entre 20 e 36 anos.

Das multíparas, 9 a apresentação foi cefálica, 1 pelviana incompleta e 1 gemelar, sendo o primeiro feto em cefálica e o segundo em pelviana completa.

A dose de quinina-cálcio empregada, variou de 5 a 15 cc., utilizando-se a via intramuscular e a endovenosa, em todos os casos.

Os A.A. empregaram sempre, antes da quinina-cálcio, um purgativo de óleo de rícino (60 cc.) e uma lavagem de sabão ou um dos dois somente.

As 12 enfermas apresentavam a pelve normal.

Estudam os A.A., com certo cuidado, os 17 casos, mostrando quer nas multíparas quer nas primíparas, qual a orientação seguida no emprêgo das doses de quinina-cálcio, e quando deveria ser dado o óleo de rícino, seguido da lavagem de sabão.

Os partos se deram, no total das observações, em 11 casos em menos de 10 horas; em 3 casos em menos de 15 horas; em 1 caso entre 15 e 20 horas; em 2 casos em mais de 20 horas.

Chegam assim os A.A. às seguintes conclusões: as experiências nos 17 casos, sendo 11 multíparas e 6 primíparas, foram empregados a quinina-cálcio Sandoz, na dose de 5 a 15 cc.

Não observaram intolerâncias nas doses empregadas.

A técnica usada foi a administração de óleo de rícino 60 cc., 1 hora após uma lavagem de sabão de 1 litro e ao mesmo tempo injetar 2 cc. de quinina-cálcio endovenosa e 5 cc. intramuscular. Duas horas após injetar 2 cc. de quinina-cálcio esndovenoso e repetir esta dose sempre de 2 em 2 horas, até que as contrações uterinas forem francas.

Quando surgirem contrações muito enérgicas ou anomalias na dilatação do colo, empregar a Spasmalgina, 3 empôlas, uma de meia em meia hora e na quantidade necessária para cada caso.

Terminando dizem os A.A. que têm modificado em algumas circunstâncias a técnica, com o efeito desejado.

Sobre uma observação de teratoma da placenta (*Sobre una observacion de teratoma de la placenta*) — PEREZ, MANUEL LUIS, BRANCHETTO-BRIAN, DOMINGO e FERRARI, GUALBERTO A. — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Agosto 1940, Tomo XIX, N.^o 7, pág. 442).

O teratoma da placenta é um tumor de tal raridade, que os A.A. só encontraram na literatura duas observações, uma de MORVILLE, em 1925, e outra de KUSTEO, em 1928.

O caso comunicado pelos A.A. é muito bem descrito em minuciosa observação. Fazem comentários sobre os tumores da placenta sobre o ponto de vista geral, citando vários autores e com relação aos teratomas transcrevem as duas observações já citadas.

A interpretação dos teratomas placentários pode ser feita sob o ponto de vista estrutural e o patogênico.

O estrutural é sempre possível, desde que se esteja de posse da totalidade da peça anatômica, e o patogênico é baseado somente em teorias.

Terminam os A.A. fazendo ligeiros comentários, sob o ponto de vista estrutural, dos casos observados e se alargam em maiores considerações na interpretação patogênica, citando hipóteses e autores, como SCHWLBE, HEIJL e ROBERTO MEYER.

Apoiados em a teoria de BUDDE MARCHAND, dizem, interpretamos a nossa observação como a resultante do desprendimento de uma blastomera somática, correspondente a zona dorsal e de sua fixação na parede fetal da placenta.

Considerações sobre 150 casos de abôrto incompleto (*Consideraciones sobre 150 casos de aborto incompleto*) — DURAN, A. — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Agosto 1940, Vol. V, N.^o 7, pág. 331).

Das 150 pacientes observadas, 49 confessaram a provocação do abôrto, sendo muito elevado o número de casos febris neste último grupo (66 %) em comparação com os espontâneos (33 %), entre os quais se encontram provavelmente vários casos provocados, porém não confessados.

Distingue-se, entre os abortos infectados, o abôrto febril simples com febre abaixo de 38 graus e prognóstico geralmente bom, do abôrto séptico com o quadro geral da septicemia.

Não é considerado, no presente trabalho, o abôrto complicado por compromisso anexial, infecção do tecido celular pelviano, etc.

O abôrto afebril sempre pode e deve ser tratado pela curetagem uterina ao passo que a terapêutica dos casos febris deve ser mais individual.

O A. prefere, de início, o tratamento médico dêstes casos que visa a evacuação da cavidade uterina, de combater a infecção e de estimular a defesa do organismo, sendo empregados para este fim os útero-tônicos, o gêlo, a sulfanilamida (numa dose total de 32 grs.), vacina antipiogênica, vitaminas A e C, repetidas transfusões de sangue, etc. O organismo deve, desde o início da doença, ser hidratado e clorurado. A curetagem só é praticada, nestes casos, após alguns dias afebrís.

Esta intervenção foi feita nos casos sem febre, em média no terceiro dia após o ingresso à Clínica, nos casos febris em geral depois do sexto dia. Nestes últimos casos recomenda-se um repouso absoluto de 6-8 dias, com gêlo no ventre e ocitócicos.

Num caso de abôrto febril foi observada uma complicação interessante e rara: uma panoftalmite purulenta que apareceu em consequência duma raspagem executada por uma parteira.

Cesariana extraperitoneal por distócia pelviana. Nefrite gravídica. (*Cesarea extra-peritoneal por estrechez pelviana. Nefritis gravidica.*) — PEÑA, R. — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Agosto 1940, Vol. V, N.^o 7, pág. 338).

O A. apresenta um caso de primípara de 29 anos que, além de pelve estreita deixa reconhecer uma apresentação de face.

Começado o trabalho de parto é rompida a bolsa pela parteira, não prosseguindo porém o parto. Também uma tentativa de fórceps alto, executado já na Clínica, não resolve o caso. Foi feita, então, uma laparotomia, ligando o peritônio parietal e visceral por sutura, para efetuar, assim, uma cesariana fora dêste saco peritoneal. O postoperatório foi bom, instalando-se uma febre 25 dias depois da operação, sendo assim mesmo considerada como pertencente a um quadro séptico puerperal.

A enferma mostrou também um quadro de nefrite que evoluiu absolutamente silenciosa durante a gravidez e que desapareceu rapidamente durante o puerpério.

Tireóide e função genital (*Tiroídes y función genital*) — SIE-

**GERT, F. — (Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec., Agosto 1940,
Vol. V, N.^o 7, pág. 342).**

Após mencionar os diferentes hormônios que atuam em primeiro lugar sobre a função ovariana, o A. salienta a relação com a tireóide, que, injustamente, passou à plano inferior com as importantes descobertas dos hormônios gonadotrópicos da hipófise.

Enumera depois as influenciações mútuas de ovário e tireóide, de frequente observação na clínica diária. Mixedema e castração mostram evidentemente a dependência recíproca dos mencionados órgãos.

A via da atuação do ovário sobre a tireóide deve ser a uterina, pois a administração parenteral de foliculina não melhora as modificações que aparecem na tireóide com a castração. É preciso aplicar este mesmo hormônio por via intrauterina para conseguir o efeito desejado. Aparece a típica proliferação da mucosa uterina, havendo influenciação indireta sobre a tireóide. Explica-se assim a ativação passageira da glândula no período premenstrual, como consequência da ruptura do folículo, cujo líquido alcança a cavidade uterina através as trompas. É nítida também a influência da tireóide sobre o ovário. Uma hiperfunção da primeira traz menstruações frequentes e prolongadas. A hipofunção tireoidiana é acompanhada por esterilidade e amenorréia.

O útero é o órgão de ligação entre as glândulas em questão. Com o seu desaparecimento perde o ovário sua auto-regulação, respondendo com maturação folicular irregular e esgotamento prematuro da substância folicular.

É esta mais uma indicação para a cirurgia conservadora. Com os conhecimentos acima referidos é possível tratar eficazmente transtornos do ciclo exclusivamente pelos extratos tireoidianos, sem

hormônio folicular, como fica demonstrado em dois casos de oligo e amenorréia observados na clínica do A. e descritos detalhadamente no presente trabalho.

REVISTA MEDICA PERUANA

Considerações clínicas sobre os fibromiomas uterinos (*Consideraciones clínicas sobre los fibromiomas uterinos*) — MOLINA, LUCAS S. — (Rev. Med. Peruana, Agosto 1940, Ano XII, N.º 140, pág. 283).

O A. aconselha, para precisão diagnóstica no desdobramento das síndromes que estão em harmonia com as lesões patológicas dos fibromiomas, um minucioso estudo dos antecedentes e uma exploração clínica e instrumental minuciosas, aconselhando a histerografia, a curetagem exploradora, provas biológicas, exames de laboratório (Wassermann, hemograma, vel. de hemossedimentação das hemárias). Na síndrome compressiva anterior ou vesical, aconselha a cistoscopia, cistografia, cateterização ureteral, pielo-úterografia descendente, pois os fibromiomas intraligamentares ou subperitoniais perdem a sua mobilidade em consequência do volume e entram em relação direta e permanente com a bexiga. Na endometriose, na adenomiose circunscrita e difusa, nos tumores do ovário, no câncer cavitário, no sarcoma e nos estados precancerosos do colo, o fibromioma ocupa 2.º plano.

O A. chama a atenção para que se tenha sempre presente que a síndrome complicada com o fibromioma envolve certo índice de malignidade, razão porque, antes de fechar o abdômen aconselha cortar o tumor em várias direções para exame do endométrio, principalmente junto aos óstios uterinos ou se necessário, fazer o exame histopatológico.

O estudo minucioso da cérvix lesada, pelo colposcópio de HINSELMANN, pelo teste de SCHILLER, pela biópsia e o tratamento segundo a orientação da Escola de WERTHEIM, conduziu o A. ao tratamento preventivo do epiteloma. Não é fácil estabelecer a indicação de tal ou qual técnica operatória, pois não é indiferente empregar, sem grande conhecimento da natureza íntima de cada caso, a miomectomia, a hysterectomy fúnica, operações de KELLY-DEMAREST, operação de DAVIS, etc.

Ano VI

MARÇO DE 1941

Vol. 11 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Alkindar Soares	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Fernando Mendes	Dr. Polymnis Dutra
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Março de 1941

Vol. 11 — N.º 3

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

A indicação da histerectomia vaginal na metropatia hemorrágica — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	277
Endometrioma do umbigo — DR. JOÃO MARIO DA S. PEREIRA	285
Um caso de implantação ovular no ângulo tubárico esquerdo, com placenta acreta. — DR. ABDUHADER ADURA	295

LIÇÕES E CONFERENCIAS

Higiene mental na ginecologia — DR. PLINIO OLINTO	300
---	-----

EDITORIAL

Hipotrombinemia hemorrágica do recém-nascido	307
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Como se referiu o Prof. Thomas S. Cullen aos "Anais Brasileiros de Ginecologia"	310
Liga Panamericana contra o Câncer	310
VIII Congresso da "Asociación Médica Panamericana"	311

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Síndrome de Laurence-Biedl — ALUIZIO MARQUES	312
Il distacco di placenta nella Maternità di Verona — PROF. ODORICO VIANA	313

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da 11.ª sessão extraordinária para entrega dos premios Augusto Brandão e Armando Fajardo, de 1939.	314
Ata da vigésima-oitava sessão ordinária	315
Ata da vigésima-nona sessão ordinária	316
Ata da trigésima sessão ordinária	317

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs
<i>Hyperemesis gravidarum</i> — WESTMANN, A.	319
<i>Sobre os princípios de tratamento em casos de apoplexia útero-placental</i> — RAURAMO, M. e KAHANPÄÄ, V.	322
<i>Fatores endócrinos envolvidos no desenvolvimento e na função da glândula mamária</i> — FREDRIKSON, H.	323
<i>E' contraindicada a esterilização durante o puerpério?</i> — AMUNDSEN, E.	323
<i>As infecções das vias urinárias durante a gravidez e particularmente as que surgem ao lado de outras complicações do parto.</i> — JÄÄMERI, E.	324
<i>As causas determinantes do parto</i> — DONEDDU, E. P.	324
<i>Aspectos do exsudato vaginal na menopausa e na vulvo-vaginite senil. Sua variação em face da terapêutica estrogênica.</i> — FONTANA, G.	325
<i>A terapêutica radiológica da metropatia hemorrágica climatérica</i> — FU-GAZZOLA, F.	326
<i>A relação entre a mastite crônica e o carcinoma da mama</i> — SHIELDS, W.	327
<i>Pelvi-peritonite em meninas</i> — SCHAUFLER, G. C.	329
<i>Hipoavitaminose B1 na gestação. Sua avaliação pela prova do princípio OBT</i> — HORMITZ, O. e FARLEY, D. L.	330
<i>Mortes fetais e neonatais. Uma análise estatística de 2.000 autópsias.</i> — POTTER, E. L.	330
<i>O retrodesvio do útero em relação à gravidez</i> — ALDRIDGE, A. H.	331
<i>O sangramento uterino provocado pela progesterona</i> — ZONDEK, B., ROZIN, S. e VESELLI, M.	333
<i>O efeito da vitamina K administrada a pacientes em trabalho</i> — FITZGERALD, J. E. e WEBSTER, A.	334
<i>Tuberculose pelviana</i> — LAHMANN, A. H.	335
<i>Início intrauterino da moléstia hemorrágica do recém-nascido</i> — JAVERT, C. T.	336
<i>O conteúdo de glicogênio da mucosa uterina humana. Glicopenia uteri</i> — ZONDEK, B. e STEIN, L.	337
<i>Endometriose inguinal e do ligamento redondo</i> — AHUMADA, J. C., SAM-MARTINO, R. e ARRIGHI, L. A.	339

	Págs.
<i>Placenta acreta. Ruptura iminente do útero grávido.</i> — JAKOB, A.	340
<i>Cirurgia conservadora no mioma uterino. Experiência do Instituto de Maternidade.</i> — BAZAN, J.	340
<i>Resultado do tratamento hormonal da vulvo-vaginite infantil</i> — PEREZ, M. L., ARENAS, N. e BLANCHARD, O.	342
<i>As septicemias em ginecotocologia</i> — SAN MARTIN, H. G.	343
<i>A insuflação útero-tubária quimográfica</i> — STABILE, A.	344
<i>Peso e tamanho de nossos recém-nascidos</i> — PELUFFO, E.	345
<i>Tratamento hormonal das anexites</i> — MARTINEZ DE HOZ, R.	346
<i>Concomitância de fibromioma maligno e adenocarcinoma do corpo do útero.</i> — TIBIRIÇA, P. Q. T.	346

B I L I O G L A N

Este novo colagogo e colerético, elaborado pelos laboratórios da Krinos Ltda., encerra, além da composição vegetal clássica, o hormônio da córtice suprarrenal. Foi *Eppinger* que, no Congresso Médico de Wiesbaden, chamou atenção para resultados excelentes obtidos na *icterícia catarral*, com o hormônio córtico suprarrenal. Pouco mais tarde, *von Uexküll* publicou na "Deutsche Med. Woch." curas obtidas na colangite pelo mesmo hormônio.

A Krinos Ltda., caixa 556, Rio, está à disposição dos Srs. clínicos com literatura e amostras do BILIOGLAN.

50 ANOS DE SOROTERAPIA ANTITÓXICA

Em 1913, *Behring* comunicou ao mundo médico o seu primeiro sucesso com a vacinação contra a difteria por meio de misturas de toxinas-antitoxinas. Até os dias hodiernos todos os princípios que o fundador do Instituto Behring demonstrou em sua primeira publicação são inteiramente comprovados por milhares de experiências, representando uma arma segura na mão do médico para combate ao tétano e à difteria.

As infecções das vias urinárias durante a gravidez e particularmente as que surgem ao lado de outras complicações do parto. (*Les infections des voies urinaires contemporaines à la grossesse et particulièrement celles survenant parallèlement à d'autres complications des couches.*) — JÄÄMERI, E. — (*Acta Obst. et Gyn. Scandinavica*, Vol. XX, Fasc. 3, pág. 306).

O A. examinou a urina, extraída com precauções de esterilidade, de 600 pacientes grávidas ou de parto recente, sem fazer qualquer escolha entre as grávidas ou puérperas. Encontrou microorganismos na urina de 26,3 % destes casos pertencendo 16,3 % ao grupo do colibacilo. Em 40,9 % destes últimos não foi possível obter crescimento dos bacilos sobre agar — lactose e tournesol, a-pesar-de não terem sido empregados quaisquer medicamentos pelas pacientes.

Entre os casos infectados contaram-se 56 % primíparas e 44 % multíparas; 80 % não tinham noção da existência da infecção.

Dos casos não infectados 3 % se queixaram de perturbações ao emitir a urina.

Aumentou a frequência das infecções com a evolução da gravidez, diminuindo imediatamente após o parto. A nefropatia e os vômitos incoercíveis parecem favorecer as infecções das vias urinárias, particularmente as do grupo coli.

E' de surpreender que, com base no material observado, não se pode acusar a constipação como origem das bactérias.

LA GINECOLOGIA

As causas determinantes do parto (*Le cause determinant del parto*) — DONEDDU, E. PUTZU — (*La Ginecologia*, Set. 1940, Ano VI, N.º 9, pág. 483).

Mostra inicialmente o A. que, embora seja grande o número de teorias que se propõem a explicar o assunto, nenhuma existe com base exata e segura sobre demonstrações anatômicas e experimentais.

Após referências históricas às teorias e aos estudos de HIPOCRATES, GALENO, REIL NAEGELE e outros, estuda a independência da contração uterina do sistema nervoso central, evidenciada clínica e experimentalmente muitas vezes, lembrando ainda em favor do automatismo uterino, as observações de FRANKENHAUSER, KORNER, KNUPFFER e DEMBO em úteros isolados completamente.

Deseja o A. tratar em seu trabalho das causas que KNAUS considera como naturais e fisiológicas determinantes do parto, deixando de lado as que dependem de qualquer afecção intercorrente.

Faz um relato sucinto das teorias que mais em evidência estavam, tais como as de HASSW, HARTMANN, DIEMERBROEK, MORRA, SPIEGLBERG, SCHAEFFER, MARCATUS, CALDANI e PETIT, GARIMOND, DUBOIS, e FILIAN, OSLANDER, THYDER-SMITH e BOSSI, SCANZONI, FRIEDLANDER, SIMPSON, MANGAGALLI, LEVRET e BAUDELOCQUE, KEILMANN e KNUPFFER, SCHROEDER, BROWN-SEQUARD, LOBSTEIN e CHAUSSIER, SCHAUTA e JASCHKE, etc.

Mais detalhadamente estuda as teorias humorais, discutindo os trabalhos de GENTILI e cuidadosamente analisando os de MIRTO, sobre o papel da placenta no desencadeamento do parto. Com tal opinião concordam LUDWIG, GUGGSSBERG, BARJAKTOROVIE e outros. Cita outrossim as teorias de CLAYPON, sobre o papel da tireóide, e de DIXON, que especialmente fez salientar o valor da hipófise. Analisa as experiências de KNAUS, iniciadas em colaboração com CLARK, que mostram as modificações no liquor quando injetados extratos ovarianos em animais.

Trata, em seguida, com todo o detalhe, do que existe sobre o papel protetor do corpo amarelo, mostrando as modificações de conceito sobre o estabelecimento do trabalho do parto que tais estudos vieram trazer. Cita os trabalhos a respeito das relações lutina-foliculina e um grande número de observações experimentais e clínicas de vários autores, relativos à ação da foliculina como elemento desencadeador do trabalho, seja em tempo ou prematuro.

Termina seu relato analisando o que existe a respeito, até o momento, da influência que as secreções internas do feto podem ter relativamente ao desencadeamento do trabalho de parto, publicações de CRISPOLTI, DAL COLLO, BONARETTI, etc.

Aspectos do exsudato vaginal na menopausa e na vulvovaginite senil. Sua variação em face da terapêutica estrogênica. (*Aspetti del secreto vaginale nella menopausa e nelle vulvovaginiti senili. Sue variazioni dopo terapia estrogena.*) — FONTANA, G. — (*La Ginecologia*, Set. 1940, Ano VI, N.º 9, pág. 509).

Os estudos sobre as interrelações epitélio-vaginal — glândulas sexuais femininas, inicialmente feitos por PAPANICOLAOU e STOCKARD — vieram dar lugar a numerosas observações a respeito do assunto, procedidas por SANNICANDRO, COTTE e MILLEFF.

Colocam-se os autores de dois lados no que diz respeito à existência ou não de modificações da mucosa vaginal no período mens-

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Aleitamento em condições de sede ou de ingestão excessiva de fluidos — OLSEN, A.</i>	389
<i>Observações posteriores de pacientes operadas na clínica, de 1928 a 1938, por esterilidade devida a obstrução tubária. — LOVSET, J.</i>	390
<i>Um caso de icterícia grave na 39.^a semana de gravidez com aspecto clínico de atrofia aguda amarela no fígado — MORDRE, S. K.</i>	391
<i>Experimentos sobre a temperatura do corpo da mulher em correlação com as fases de seu ciclo genital — VOLLMANN, U.</i>	392
<i>A persistência do folículo, moléstia constitucional com hereditariedade dominante (incompleta ?), (relatório preliminar). — LÖVSET, J.</i>	393
<i>Sobre endometrioses em cicatrizes — WESPI, H. J. e KLETZHÄNDLER, M.</i>	394
<i>Contrôle experimental de um respirador tipo Drinker-Murphy para a reanimação de neonatos asfíxicos — VALLE, G.</i>	395
<i>Influência do diabete sobre o aparêlho genital feminino — TARICCO, G.</i>	396
<i>Estudo do metabolismo dos hidratos de carbono durante o ciclo menstrual. Pesquisas em mulheres diabéticas. — ASINELLI, C. e CASASSA, M.</i>	397
<i>Estudo comparativo dos métodos de Irving e Pomery para esterilização tubária — HILL FOX, F.</i>	398
<i>Carcinoma da mama. Relatório de quatrocentos-e-dezoito casos tratados no St. Luke's Hospital de 1922 a 1933. — RICE SHORE, B.</i>	399
<i>Excreção de pregnandiol após ooforectomia bilateral em gravidez em início — SEEGAR, G. E. e DEFS, E.</i>	400
<i>Deve a solução de pituitária posterior ser usada na primeira e na segunda fases do trabalho de parto ? — SHARKEY, J. A.</i>	401
<i>Abuso da solução de pituitária posterior durante a primeira fase do trabalho — PENDLETON, G. F.</i>	402
<i>Avaliação sobre o tratamento do câncer uterino — HEALY, W. P.</i>	403
<i>A infecção puerperal — WATSON, B. P.</i>	405
<i>O tratamento da menopausa — NOVAK, E.</i>	407
<i>A terapêutica endócrina da insuficiência ovariana funcional — HAMBLEN, E. C.</i>	408
<i>A insuflação útero-tubária como prova da permeabilidade tubária — RUBIN, I. C.</i>	409
<i>A potência relativa de diversos compostos estrogênicos verificada em pintos de ambos os sexos — MUNRO, S. S. e KOSIN, I.</i>	410

	Págs.
<i>Avaliação colorimétrica e fracionamento dos androgénicos urinários — BAUMANN, E. e METZGER, N.</i>	411
<i>A potência estrogênica comparada do dietilestilbestrol, estrona, estradiol e estriol. — SONDERN, C. W. e SEALEY, J. L.</i>	412
<i>A restauração de ciclos ovulatórios e formação de corpos lúteos pela progesterona em ratas com estro persistente — EVERETT, J.</i>	413
<i>Exitos da colposcopia sistemática — LASTRA, E. T. e JAKOB, A.</i>	414
<i>Foliculina. Metaplasia e estados precancerosos. — JAKOB, A. e SANZ, H. W.</i>	414
<i>Câncer do colo do útero e gravidez — ARGONZ, E. e RICCI, G.</i>	415
<i>Tratamento do diabete climatérico pelo método da hipófiso-inibição hormonal — CANTILO, E. e SPERONI, C. F.</i>	416
<i>Algumas alterações de ordem funcional e orgânica no estado de gestose — SIRI, E. P.</i>	417
<i>A influência da ligadura dos ovários sobre a morfologia e a função do aparelho genital e da hipófise — FELS, E.</i>	417
<i>Torção de um hidrossalpinge — FERRANDO, F.</i>	418
<i>Divertículos da uretra na mulher — COLODRERO, A. A. D.</i>	419
<i>A cirurgia vaginal na gravidez extrauterina. A colpotomia exploradora — MARTINEZ DE HOZ, R.</i>	420
<i>Prenhez e tuberculose — BELLO, E.</i>	421
<i>A operação cesária na Maternidade Municipal de Havana — PEREZ, J. O.</i>	422
<i>Mortalidade fetal. Sinais radiográficos durante a gestação. Observações clínicas. — LOPEZ, L. H.</i>	423
<i>Algo sobre o "Certificado médico prematrimonial" — BAUZA, M. V.</i>	424
<i>Fistulas gênito-urinárias nas operadas de hysterectomy total — GARCES, E.</i>	426

EMPRÉGO DO ULIRON NAS INFECÇÕES POR BACILO COLI

Na opinião de *O. Portwich*, o Uliron também atua contra as infecções colibacilares, fato para o qual os autores americanos já tinham chamado a atenção e como se conclue das observações daquele autor, em casos de cistites agudas, hemorrágicas e úlcera vesical.

EXPERIÊNCIAS COM A ENDOIODINA

F. Mrsas tratou, com a Endoiodina, 118 casos de artério-esclerose, bronquite etc., constatando tolerância absoluta.

Nos casos de bronquite asmática, os resultados foram sempre bons, como o foram também em casos de bronquite crônica e enfisema, etc.

A observação dos A.A. constitue um forte argumento a favor da teoria de que o hormônio do corpo lúteo tem uma fonte extra-ovariana durante os dois últimos terços da gravidez. A placenta parece ser a fonte mais provável de pregnandiol, embora uma fonte diversa possa lhe ser atribuída, porquanto BEAL e REICHSTEIN isolaram progesterona e alopregnanolona de extratos suprarenal. VEUNING, WEIL e BROWNE verificaram a existência de pregnandiol na urina de duas pacientes com síndrome adreno-genital, na ausência de corpo lúteo. ENGEL verificou a presença de pequenas quantidades de pregnandiol em grandes volumes de urina masculina.

Contudo, várias possibilidades teóricas subsistem. A primeira delas é que o ovário pode ser a fonte principal de progesterona durante a gravidez, a placenta produzindo apenas pequenas quantidades suplementares.

Uma segunda possibilidade, para a qual não há prova evidente na atualidade, é que o ovário, embora não sendo a fonte, participa pelo menos no metabolismo da progesterona durante a gravidez.

Os A.A. entendem que há necessidade de um maior número de casos para elucidar essas questões.

Deve a solução de pituitária posterior ser usada na primeira e na segunda fases do trabalho de parto? (Should solution of posterior pituitary be used in the first and second stages of labor?) — SHARKEY, JOHN A. — (J. A. M. A., 19, Out. 1940, Vol. 115, N.º 16, pág. 1315).

O termo "solução de pituitária posterior" inclui, explica o A., a Pituitrina, o Pitocin, o Infundin, a Thymophisina, o Pitanthym e todos os outros preparados dependentes da ação do princípio ocitócico do lobo posterior da glândula pituitária.

Dos resultados das investigações do Maternal Welfare Committee of the Philadelphia County Medical Society e do Committee for the Study of Stillbirths o A. coligiu dados sobre o uso e o abuso dêsse estimulante uterino na primeira e segunda fases do trabalho de parto.

O A. dá a sua impressão sobre o uso dêsse medicamento no trabalho de parto normal, na inércia uterina e nas complicações da gravidez.

O uso da solução de pituitária posterior no parto normal acarreta uma grave responsabilidade para o médico. Ele administra-a para aumentar as contrações e apressar a expulsão com pro-

pósitos, infelizmente, como acentua MENDENHALL, que beneficiarão mais a êle próprio do que à mãe e à criança.

O "commité" de Mortalidade Fetal da Sociedade de Obstetrícia de Philadelphia em 1.000 nati-mortos examinados, encontrou 12 casos, cujas mortes, em parto normal, podiam ser atribuídas ao uso da solução de lobo posterior da hipófise.

O A. estuda o emprêgo dêsse medicamento no parto normal, na inférceia uterina e nos partos complicados mostrando os perigos que êle envolve. Resume algumas observações sôbre hemorragias intracranianas e sôbre ruptura uterina consequentes ao uso do lobo posterior da hipófise em trabalho de parto normal e, finalmente, apresenta as conclusões seguintes:

1) O uso da solução da pituitária posterior para aumentar as dores do trabalho normal e apressar a expulsão deve ser condenado;

2) A solução de pituitária posterior pode ser usada com cuidado e discernimento:

a) Em certos casos de verdadeira inférceia uterina primária depois de ter-se assegurado que não existe um impecilho mecânico ao parto.

b) Em vez de um fórceps baixo, para terminar o parto quando a segunda fase é anormalmente longa devido a contrações fracas e não há facilidades para a extração a fórceps.

c) Na abruptio placentae, por quem possue perfeito critério obstétrico e habilidade operatória.

3) A dose jamais deve exceder 3 gotas (0.18 c.c.) e é preferível 1 gota (0,06 cc.). O intervalo entre as doses deve ser no mínimo de trinta minutos. Essa dose não deve ser repetida se aparecem boas contrações.

Abuso da solução de pituitária posterior durante a primeira fase do trabalho (*Abuse of solution of posterior pituitary during early labor*) — PENDLETON, GEROGE F. — (J. A. M. A., 19 Out. 1940, Vol. 115, N.^o 16, pág. 1318).

O A. não é favorável ao emprêgo da solução de pituitária posterior na primeira fase do trabalho de parto.

A solução de pituitária posterior intensifica as contrações uterinas. Aumenta a pressão intra-uterina muito acima do normal.

Quando um engenheiro inconsciente, diz o A., aparaafusa a válvula de segurança da caldeira de um navio para obter mais fôrça

e rapidez, êle sacrifica a segurança pela velocidade. Assim também, quando alguém emprega solução de pituitária posterior aumenta a pressão da caldeira intra-uterina muito além do normal. A segurança é sacrificada em favor da rapidez do trabalho. Quando este aumento de pressão da caldeira uterina determina uma ação mais violenta sobre o feto, pode isto ser considerado inócuo? — pergunta o A.

Em seguida o A. refere-se ao "shock" em doente sensibilizada por dose anterior, às apresentações anormais de grau mínimo agravadas pela injeção de pituitária posterior, às roturas do colo.

Estuda o A. em numerosos gráficos e quadros estatísticos demonstrativos o uso da solução de pituitária posterior em 949 pacientes do St. Vincent's Hospital. O último quadro contém o seguinte sumário:

Mortes maternas, inalteráveis. Partos operatórios, 2/3 mais numerosos; mas sem alteração na mortalidade.

Temperatura, sem aumento notável.

Média de mortalidade de recém-nascidos, pelo menos duplicada, com ou sem uso de quinino; de nati-mortos 2 a 3 vezes aumentada; morte de crianças antes de deixar o hospital duplicada; o quinino é tão nocivo quanto a solução de pituitária posterior.

Trabalho de parto, 1 1/2 a 2 vezes mais prolongado; nas posições posteriores, mais curto.

Partos a fórceps alto ou médio, pelo menos duplicado e fórceps baixo, aumentado.

Versões, duplicadas ou mais; dilatação manual do colo, aumentada 10 vezes; retenção de placenta 2 vezes mais e anel de BANDL 2 vezes mais.

Shock e hemorragia ou hemorragia, inalteráveis.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Avaliação sobre o tratamento do câncer uterino (*An evaluation of the treatment of uterine cancer*) — HEALY, W. P. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Out. 1940, Vol. 40, N.º 4, pág. 578).

Ao ser feita uma revista dos progressos no campo do câncer uterino nos anos recentes, parece que aqueles se deram principalmente em dois grupos: o que trata do diagnóstico e o que se refere

REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

A operação cesária na Maternidade Municipal de Havana
(La operacion cesarea en la Maternidad Municipal de La Habana) — PEREZ, JULIO ORTIZ — (*Rev. Cubana de Obst. y Ginec.*, Out. 1940, Vol. II, N.^o 6, pág. 141).

O A. faz um estudo completo sobre o assunto, baseado nos casos da Maternidade Municipal de Havana, onde uma das grandes preocupações dos parteiros tem sido cortar o abuso de intervenções, até certo ponto, sem que estas sejam empregadas demasiado tarde. O trabalho é baseado sobre a ação de nove obstetras que atuam na Maternidade. Apresenta vários quadros, constando de: estatística global, indicações, placenta prévia, classificação sobre casos puros, impuros ou suspeitos de infecção, infetados e muito manipulados.

Em resumo as conclusões são as seguintes:

- 1.^o) A proporção de cesárias é de 0,54 % sobre 29.097 partos;
- 2.^o) A indicação mais frequente é a distócia pelviana: 34 %; em seguida vem a hemorragia grave por inserção viciosa da placenta, 27 %;
- 3.^o) A mortalidade materna global que era de 6,9 % foi reduzida nos últimos anos para 3,9 %;
- 4.^o) A mortalidade fetal global de 17 % foi reduzida para 5,8 %;
- 5.^o) No caso de placenta prévia a técnica de MARRUZ-VILALTA é a única que não produz morte por complicações sépticas;
- 6.^o) Nos últimos anos nota-se notável melhoria nas condições dos casos a operar. Uma boa ação médico-social, permite eliminar quasi por completo o caso impuro;
- 7.^o) Na melhora das condições operatórias dos casos, a cesária por bacia estreita só aumentou em 10 %, não havendo aumentado a incidência geral;
- 8.^o) Na bacia estreita os casos devem ser classificados, antes do início do trabalho, em casos de cesárias e casos de expectação e possível sínfisiotomia. Não se deve permitir uma prova maior de 12 horas de trabalho e de 3 ou 4 de bolsa rôta, controlados por palpação abdominal e toque retal;
- 9.^o) Além da bacia estreita e da placenta prévia, afastado como indicação o hematoma retro-placentário, é também o exame prévio que permitirá catalogar os casos (primíparas idosas, apresentações vísceras, anomalias uterinas, obstáculos prévios) com tempo suficiente para atuar tranquilamente (37 % das indicações, nos dois últimos anos);

10.) As anomalias surgidas no curso do trabalho, como procedência do cordão e outras ficam sempre como circunstâncias difíceis de prever;

11.) A operação cesária clássica tem desaparecido. Conforme o estado séptico empregam a segmentária transperitoneal em suas diversas técnicas: POLACK, BRINDEAU, ANDEBERT, a cesária de MARRUZ-VILALTA (desprendimento sero-seroso permanente, drenagem), a de PORTES e a histerectomia.

Mortalidade fetal. Sinais radiográficos durante a gestação.

Observações clínicas. (*Mortalidad fetal. Signos radiográficos durante el embarazo. Observaciones clínicas.*) — LOPEZ, LUIS HUGUET Y — (*Rev. Cubana de Obst. y Ginec.*, Out. 1940, Vol. II, N.^o 6, pág. 150).

O A. faz uma série de reflexões sobre o valor da investigação clínica e radiológica do feto durante a gravidez, acompanhadas de observações clínicas. A ausência de ruídos cardíacos fetais permanecerá como o sinal absoluto da morte fetal. Mas se além dêste houver crepitação dos ossos do crânio e sua confirmação por radiografia será de absoluta segurança, o diagnóstico. Os sinais radiológicos são: desvio dos ossos do crânio (sinal de NEGRI), que produzem ruído análogo ao que se ouve balançando um saco de nozes (TARNIER) em consequência do cavalgamento acentuado dos ossos planos da abóbada antes do comêço do trabalho do parto (ANDRÉ BLAUCHÉ). O A. faz referência ao trabalho brasileiro do Dr. REYNATO SODRÉ BORGES, sobre o diagnóstico radiológico das malformações fetais (exencefalia, anencefalia, espina bífida etc.). Apresenta radiografias acompanhadas das observações de um caso de feto morto no 6.^o mês (cuja comprovação radiológica é a descalcificação dos tecidos) e de anencefalia, no qual a imagem é de um feto sem calota craniana.

O A. fez considerações sobre a mortalidade fetal observada no seu serviço, a qual, descontados os abortos, foi de 25 sobre 750 nascimentos, ou 3,3 %. O número de fetos mortos por distócias foi de 4 ou 0,53 %. Termina estipulando normas para reduzir a mortalidade nos serviços obstétricos: uniformidade dos que têm responsabilidades do parto (chefes, auxiliares, enfermeiras etc.); cuidados pre e postnatais, campanha contra o abôrto, etc.

ANNAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Alkindar Soares	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Fernando Mendes	Dr. Polymnis Dutra
Dra. Gessy D. Vieira	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. João Paulo Rieper	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso. 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SAO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARAÍA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Maio de 1941

Vol. 11 — N.º 5

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Quistosomose de Manson com localização ovariana associada à hiperplasia glandular cística do endométrio — DR. MARTINIANO FERNANDES e DR. ROMULO LAPA	427
Caso de procedência do cordão e parto cesáreo — DR. ARY NOVIS	436
Prurido vulvar. Estudo clínico e terapêutico. — DR. CID BRAUNE FILHO	442

EDITORIAL

Conceito atual dos tumores de Krukenberg	455
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Biografia do Dr. Henrique Baptista (1853-1941)	469
"Hospital de Clínicas Dr. Adhemar de Barros"	471
Prof. Augusto Paulino Soares de Souza	472
Professor Paes Leme	473
Decênio da "Reforma do Ensino Francisco Campos"	474

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Importancia del metodo biológico en el Diagnóstico de la Gonococcia femenina — OSCAR BLANCHARD	475
Ginecología moderna — J. PEREIRA DE CAMARGO	476

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

MATERNIDADE DO HOSPITAL ARTHUR BERNARDES
CHEFE: PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

CASO DE PROCIDÊNCIA DO CORDÃO E PARTO CESÁRIO *

DR. ARY NOVIS

Assistente

Num dos nossos primeiros plantões na Maternidade do Hospital Artur Bernardes dá entrada, às 9 horas, uma paciente a têrmo, secundípara, com 31 anos, brasileira, queixando-se de fortes dores desde as primeiras horas do dia e dizendo ter perdido muita água, havia aproximadamente uma hora.

O exame externo revelou fundo do útero ao nível do apêndice xifóide, contrações fortes, frequentes, dolorosas e ritmadas. O coração do feto batia entre 100 a 120 por minuto com certo grau de arritmia localizando-se o foco máximo de ausculta no Q. I. E.. Ao toque notava-se chumaço de alças do cordão umbilical, pulsatil, na vagina. O colo incompletamente apagado estava dilatado de 2 para 3 dedos, de bordas duras. Não se percebia a bolsa dágua. Apresentação cefálica, alta, móvel, orientada em O. I. E. A.. Perda de meconíio. A pelvigráfia revelou bacia normal. Temperatura 36°,6. Pulso 82.

Estava proposto um problema:

Procidência de cordão no início de trabalho de parto, com bolsa dágua rôta e dilatação cervical incompleta. Sofrimento fetal com cabeça alta, não insinuada.

Tentamos imediatamente a redução manual do cordão prolabado e por reiteradas vezes as manobras foram infrutíferas, mesmo com a paciente em posição genupeitoral. Atendendo-se ao sofrimento fetal e às condições peculiares ao caso, fizemos indicações de cesariana abdominal. Logo após, o Dr. CLOVIS CORRÊA, a par do caso e tendo a mesma opinião, realizava a cesariana transperitoneal de KROENIG.

O resultado foi completo: o feto nasceu em morte aparente sendo facilmente reanimado; a paciente teve alta curada 8 dias após a operação.

* Comunicação à Sociedade Brasileira de Ginecologia, em 1940.

— A procidênciia do cordão umbilical é acidente grave e pres-
ta-se a uma série de considerações, na multiplicidade dos aspectos
com que se pode apresentar na clínica. Relativamente rara, foi
estimada em 1/250 partos segundo RIBEMONT-DESSAIGNES (térmo
médio de estatísticas). Procidênciia quer dizer descida do cordão
ao lado ou abaixo da apresentação. E' clássico designá-la "procu-
bitus" quando se faz no interior da bolsa dágua íntegra. PINARD
emprega procubitus no sentido da laterocidênciia de BUDIN, isto é,
cordão ao lado da apresentação. Parece-nos mais razoável reservar
a esta última eventualidade apenas a designação de laterocidênciia,
deixando a de procubitus para a procidênciia com bolsa dágua
íntegra, à *apresentação do cordão* dos autores antigos. Fala-se
também de procidênciia completa ou incompleta, conforme o cordão
emerge ou não da vulva. Não há nisto nenhum interesse prático.

— Várias causas condicionam o acidente em aprêço. São, de
um modo geral, uterinas, pélvicas e ovulares.

A falta de perfeita adaptação do segmento uterino sobre o feto,
por tonicidade insuficiente pode favorecer a queda do cordão de
seu sítio habitual. Condição frequente nas multíparas, onde a não
insinuação precoce da apresentação torna a procidênciia possível.
os desvios uterinos condicionando apresentações viciosas entram
como causas uterinas.

De origem pélvica são os vícios de conformação. E', entre-
tanto, a bacia chata a mais propícia às procidências. Compreende-
se facilmente que, nos desvãos representados pelos seios sacro-ilíacos,
profundos, inobliterados, pode descer o cordão criando, depois,
situação difícil, se realizar-se a insinuação.

As causas oriundas no ovo são em maior número: o polihidrâ-
nio, a placenta baixa, as variações intrínsecas do cordão (muito
longo ou muito fino) as posições e apresentações viciosas, sobretudo
a córmica; a ruptura intempestiva da bolsa das águas, ou se pro-
cessando esta com a paciente em pé; tôdas essas causas podem pro-
duzir a queda do cordão. Na apresentação córmica, uma vez rea-
lizada a procidênciia, torna-se muito difícil sua redução pela proxi-
midade do umbigo com a área do estreito superior. Nem há interesse
na redução da procidênciia.

Não devemos esquecer-nos das procidências profissionais, feliz-
mente raras, que se podem verificar no decurso de manipulações
obstétricas, mesmo em mãos experimentadas.

O diagnóstico não costuma ser difícil. Uma vez palpável a
alça, os seus caracteres não deixam margem a dúvidas. Entretanto,
quando a bolsa dágua estiver íntegra (probubitus), pode-se dar a
confusão com pulsações de ramificações arteriais da placenta nas
membranas, como se verifica na chamada placenta de *Lobstein*. Já
se tem confundido pulsações uterinas e vaginais (sinal de *OSIANDER*)
com o procubitus. Nos casos de laterocidênciia com a apresentação

alta o diagnóstico costuma ser difícil e só o sofrimento fetal flagrante (bradicardia, arritmia, perda de meconio) permitirá um diagnóstico de exclusão e "a posteriori".

O prognóstico é mau para o feto e benigno para a mãe. Tudo depende das circunstâncias personalíssimas, da etiologia da procedência e da maneira como o acidente é tratado. CHARPENTIER, citado por RECASENS, orça a média das estatísticas globais em 50 % de mortalidade fetal.

A compressão exercida pela apresentação sobre o cordão interrompe a circulação feto-placentar. O feto morre em asfixia se a compressão é muito demorada. A apresentação e o sítio em que se produz o prolapsus influenciam enormemente o prognóstico. A apresentação de crâneo é particularmente desfavorável pela compressão mais estreita a que submete o cordão de encontro às paredes pélvicas. No estreito superior isto se pode evitar, se a haste funicular foge, procura um desvão como encontra nos seios sacro-ilíacos. A apresentação de nádegas por ser menos dura, poupa mais ao esmagamento os vasos do cordão, ao contrário do que se daria com um polo inteiramente ósseo.

Importância capital na eventualidade que estudamos é o diagnóstico da vitalidade fetal. Vitalidade e viabilidade. Casos há em que já é tão pronunciada a asfixia que o feto não mais se reanima. O aumento do anídrido carbônico (CO_2) na corrente circulatória excita os centros respiratórios bulbares e o feto realiza movimentos inspiratórios. Enche-se, assim, a sua árvore respiratória de líquido aniótico de mistura com meconio, sendo alcançados os alvéolos do pulmão, de maneira a quase nada se obter com as manobras post-natais de desobstrução e respiração artificial, mesmo quando o coração do feto ainda dá sinais de vida.

E' clássico reconhecer a vida do feto pela percepção dos batimentos do cordão, desde que se observe fora das contrações. Nunca dispensar-se, porém, a escuta dos batimentos cardiotéticos. Pode o cordão não mais pulsar, mas dar passagem a pequena corrente sanguínea capaz de entreter a vida fetal. Os cardiotbatimentos podem ser ouvidos, então.

Como já dissemos a conduta a seguir nesta eventualidade é função das condições inerentes a cada caso. Várias destas condições avultam de início. — Qual é a apresentação? — Ela está ou não insinuada? — A bolsa d'água é ou não íntegra? — O feto como se comporta? — O colo está completa ou incompletamente dilatado? — Primípara? — Grande multípara?

A primeira cousa a fazer é procurar reduzir o cordão. No mais das vezes todas as manobras fracassam. O cordão desce novamente, a menos que afastemos também a causa primeira. A redução tem sido feita em todos os tempos, de todos os modos, e por todos os parteiros, uns com mais habilidade ou mais sorte que outros. A

redução manual, muito recomendada por Madame LACHAPELLE, é a mais simples e talvez a mais eficiente. A mão toda na vagina, procura com a ponta dos dedos a redução pelo sítio em que fôr mais fácil, quase sempre aproveitando-se dos seios sacro-iliacos. Indispensável é deixar o cordão acima da maior circunferência da apresentação e mantê-lo aí, até que uma contração adapte a apresentação ao estreito superior. Aconselhou-se também enganchar o cordão num membro fetal. Ora, isto não é sempre realizável. Dos inúmeros instrumentos inventados para reduzir o cordão ainda andam pelas maternidades, quase completamente em desuso, o de SCHOELLER e o de ZWEIFFEL. Em linhas gerais são duas hastes, de tarlatana ou de metal presas por um anel e dotadas de dispositivo para apreender a alça do cordão e deixá-lo no interior do útero. Quase sempre o prolápso se refaz ao retirar-se o instrumento. Estas manobras devem ser tentadas estando a paciente com a pelve elevada, na posição de Trendelenburg ou em atitude genu-peitoral. Com isto, afasta-se a apresentação do estreito superior, pelo menos fora da vigência das contrações, quando a gravidez leva o feto e o útero para baixo. Não só facilita a manobra, como evita a compressão continuada sobre o cordão. Muito mais prática e eficiente é a manobra de BUDIN (ou de DUNCAN ?) que reduz o cordão na extremidade dum pedaço de cano de borracha de irrigador ou de uma sonda calibrosa de Nelaton (20) introduzida no útero, graças a um mandril qualquer improvisado. A alça do cordão vai frouxamente presa com um laço na ponta da sonda. Uma vez feita a redução retira-se o mandril deixando-se a sonda "in loco". Sendo esta depressível, em nada prejudica a parturição, que fica entregue às suas próprias fôrças.

Em caso de procúbito todos os cuidados devem se voltar para não se romper a bolsa dágua. Há sempre probabilidade de redução espontânea, mesmo fora da posição genu-peitoral. A ruptura das membranas agravaría o prognóstico. Também aqui se deve tentar a redução manual.

A versão por manobras externas, quando ainda é possível, muito no início do trabalho e com a bolsa dágua íntegra, pode por si só afastar o acidente. E quando isto não aconteça, a passagem da apresentação cefálica para pélvica melhora o prognóstico pelos motivos que já vimos. Sabemos, entretanto, das dificuldades da versão por manobras externas no trabalho de parto. A versão bipolar mixta (manobras externas e internas) requer certas condições indispensáveis — dilatação cervical suficiente, ruptura da bolsa dágua etc.. É uma manobra mais nociva do que útil, incompleta, quando não pode ser seguida de grande extração. Esta exige dilatação completa e não apenas colo dilatável. Sim, como muito bem diz SUREAU "não admitimos mais hoje em dia, esta extensão muito sedutora porém muito perigosa, e a prudência aconselha

separar bem, mesmo sob o ponto de vista prático, as duas ordens de causas — dilatação completa e dilatação incompleta". E' preciso que a dilatação seja completa e que estejam preenchidas as outras condições próprias a versão e grande extração. Só as duas juntas se justificam.

Em primípara com dilatação completa, cabeça alta, útero não enluvando o feto, ausência de desproporção feto-pélvica e feto vivo, pode-se indicar a versão e grande extração, mesmo sendo necessárias largas incisões perineais para o desprendimento da cabeça derradeira. Reparem que estas condições são raras na primiparidade.

Se a cabeça estiver insinuada, a dilatação completa, pode-se fazer uma pegada de fórceps com todo o cuidado para manter o cordão fora das colheres do instrumento. A cabeça alta, não insinuada, é incompatível com o fórceps, por mais que o colo esteja dilatado. A manobra é perigosa porque é traumatisante. O feto que resiste muito à asfixia é sensível aos traumatismos. E estes são inevitáveis nesta circunstância.

E o nosso caso ? A dilatação estava em início (2 para 3 dedos) e as bordas do colo eram duras. O feto sofria francamente — 100 a 120 cardiotbatimentos, arritmia, perda de meconio. Nada conseguimos nas tentativas redutoras e o tempo urgia. Esperar até a dilatação completa para extrair o feto por versão e grande extração ? Forçar o trânsito cervical com dilatadores meláticos tipo Bossi, ou fazer dilatação manual tipo Bonnaire ? Mesmo sob anestesia racheana (método de DELMAS) não acreditamos que a dilatação se fizesse tão bem e a tempo. Admitamos porém que ela se fizesse, sobretudo com o DELMAS. E os riscos da operação estando o feto em pleno sofrimento (2.^a fase) ? Provavelmente não resistiria as manobras. Poder-se-ia tentar a dilatação pelo balão de CHAMPETIER DE RIBES. Reduziria o prolápso e aos poucos dilataria o colo. O polo cefálico continuaria comprimindo o cordão contra o balão e se não o fizesse nessa ocasião fa-lo-ia mais tarde, após a insinuação, com sacrifício do feto.

O caminho mais seguro nestes casos é por sem dúvida, a cesariana abdominal, cesária baixa transperitoneal de KROENIG. A vida do feto não se expõe a mil e uma circunstâncias danosas. Está praticamente salva desde que operemos sem perda de tempo.

E a vida da mãe ? Corre perigo, é certo, porém muito pequeno desde que se disponha de ambiente cirúrgico perfeito. E' solução para inicio do parto, portanto sem contaminação da cavidade uterina. Faz-se cesariana pura. As estatísticas estrangeiras e as nossas são muito boas. E' a nosso modo de ver, a única solução que garante a vida do feto e salva a da mãe, nas circunstâncias que eram inerentes à nossa observação.

Un cas de procidence du cordon et accouchement cesarien

Résumé

L'A. fait la description d'un cas de procidence du cordon au moment de l'accouplement avec poche des eaux rompue et dilatation cervicale incomplète. Les efforts employés pour la reduction du cordon prolapsé ont été inutiles. Considerés, la souffrance du fœtus et l'accident dystocique on a pratiqué l'opération cesarienne avec plein succès: un enfant vivant et la mère guérie au bout de huit jours.

À propos de cette observation l'A. fait des considerations sur la procidence du cordon et son étiologie, aussi bien que sur la thérapeutique. En même temps précise la pratique à suivre pour la cesarienne abdominale transperitoneale basse, de Kroenig, particulièrement pour les cas analogues au de l'observation présentée.

Procidentia of the cord and cesarean section

Summary

A case of procidentia of the cord in the beginning of labor, with ruptured bag of waters and cervix dilatation not completed, is reported. Attempts to reduce the prolapsed cord failed. Cesarean section was performed to on account of fetal suffering and dystocie accident, with a living baby, both mother and child being discharged on the 8th day.

Procidentia of the cord, its causes and treatment are discussed by the A., who favors low transperitoneal abdominal Kroenig's cesarean section, particularly in cases similar to the above reported.

Ein Fall von Nabelschnurvorfall und Kaiserschnitt

Zusammenfassung

Der Verf. beschreibt einen Fall von Nabelschnurvorfall im Beginn der Geburt, bei gesprungener Blase und unvollständiger Dehnung des Muttermundes. Die Versuche der Zurückverlagerung der vorgefallenen Nabelschnur waren erfolglos. Im Hinblick auf den schlechten Zustand des Kindes und des Geburtshindernisses wurde ein Kaiserschnitt ausgeführt. Das Kind lebte und konnte mit der Mutter am achten Tag nach der Operation entlassen werden.

An Hand des Falles stellt der Verf. Betrachtungen über den Nabelschnurvorfall und seine Ursachen an und bespricht die Therapie. Es wird auf die Anwendung des tiefen, transperitonealen Kaiserschnitts nach Kroenig hingewiesen, der sich besonders für Fälle in der Art des beschriebenen eignet.

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Ação dos preparados estilbênicos na fêmea, particularmente sobre o aparelho genital e principais glândulas endócrinas. — DE PALO</i>	477
<i>Um caso pouco comum de traumatismo grave abdômino-pélvico consequente a prática abortiva — CANTONE, C.</i>	478
<i>Gravidez e tuberculose experimental em coelhas — BURKE, H. E.</i>	478
<i>Ação farmacodinâmica de alguns ccitócicos sobre as contrações tubárias no macaco "rhesus" — MORSE, A. H. e RUBIN, I. C.</i>	479
<i>Características funcionais e de crescimento do "struma ovarii" — EMGE, L. A.</i>	480
<i>Câncer da vulva — TAUSSIG, F. J.</i>	481
<i>Carcinoma do colo após histerectomia subtotal — BEHNEY, C. A.</i>	483
<i>Carcinoma do corpo do útero — MÜLLER, N. F.</i>	484
<i>Câncer primitivo da trompa — MARTZLOFF, K. H.</i>	485
<i>Pseudohermafroditismo — PRATT, J. P.</i>	487
<i>Estudo sobre o metabolismo da progesterona cristalizada — VENNING, H. E. e BROWNE, J. S. L.</i>	488
<i>O efeito dos estrogênios na excreção de pregnandiol durante o ciclo menstrual — PATTEE, C. J., VENNING, E. H. e BROWNE, J. S. L.</i>	489
<i>Estudos sobre o corpo lúteo — BUCHER, N. L. R. e GESCHICKTER, C. F.</i>	489
<i>Administração oral de dipropionato de dietilestilbestrol — WEINSTEIN, B. B., WEED, J. C., LOCK, F. R. e COLLINS, C. G.</i>	490
<i>Discrasia endócrina do acne vulgar na mulher — LAWRENCE, C. H. e WERTHESSEN, N. T.</i>	490
<i>Pode o propionato de testosterona inibir a ovulação? — BURDICK, H. O.</i>	491
<i>O primeiro auxílio no tratamento do choque — SELDON, T. H.</i>	491

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Acidentes em mulheres grávidas</i> — MUSSEY, R. D.	492
<i>Cesárias abdominais extraperitoneais pela elevação do fundo-de-saco peritoneal inferior</i> — PUGA MENDIBURU, J. A.	493
<i>Gravidez ectópica a termo</i> — FOTHERINGHAM, W. T.	494
<i>A presença de hormônios gonadotrópicos no líquido amniótico. Sua dosagem.</i> — MON, R. B.	495
<i>Valor prático da punção diagnóstica nos tumores da mama</i> — BENGOLEA, A. e COSTA, L. P.	495
<i>Tumor de Brenner</i> — ETCHEVERRY, A. M. e MARTINEZ HOZ, R.	496
<i>Resposta vaginal ao estradiol e à progesterona</i> — DEL CASTILLO, E. B. e DI PAOLA, G.	498
<i>Salpingite bilateral bacilar formando um quisto único</i> — CHARLONE, R. e SACCO FERRARO, L.	499
<i>Alguns aspectos clínicos no diagnóstico dos tumores da mama</i> — CAPRIO, G.	500
<i>Hormônios estrogênicos</i> — ROSSI, O. A.	502

quência de 10 a 12 excursões por minuto. Se possível, há conveniência também da administração retal de sedativos. A anestesia clorofórmica é condenável nestes casos.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRÍCIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Cesárias abdominais extraperitoneais pela elevação do fundo-de-saco peritoneal inferior (*Cesáreas abdominales extraperitoneales por la elevacion del fondo de saco peritoneal inferior*) — PUGA MENDIBURU, JUAN A. — (*Bol. Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 16 Nov. 1940, Tomo XIX, N.º 10, pág. 604).

Preliminarmente descreve o A. uma técnica operatória da cesariana extraperitoneal em oito tempos, que se distingue do método SELLHEIM III pela incisão transversal do segmento inferior, não requerendo, desta maneira, um desprendimento muito extenso da bexiga. Evita-se assim o perigo da tromboflebite, formação de hematomas e também a supuração do tecido muito contundido em consequência do descolamento exagerado do peritônio segmentário e da violação da bexiga. A ferida fica definitivamente excluída da cavidade abdominal. As aderências útero-parietais são escassas, pois o método forma um novo fundo-de-saco artificial poucos centímetros acima do normal. As aderências abdominais postoperatórias são evitadas em absoluto. Outra importante vantagem do método descrito é a facilidade com que pode ser executada uma cesariana posterior em condições verdadeiramente extraperitoneais.

São descritos 160 casos de cesarianas praticadas na Clínica Obstétrica da Universidade do Chile, nos anos de 1936 à 1940.

De 108 casos puros foram operados 78 casos pelo método clássico com 3 casos de morte por peritonite, e 30 casos pelo processo segmentário, todos curados. De 34 casos impuros foram operados 11 pelo método clássico, com 3 casos de morte por peritonite, 8 casos pelo método segmentário com 1 falecimento por peritonite e 5 casos pela cesariana extraperitoneal artificial, sem complicações. Finalmente, de 18 casos infectados foram operados 2 pela cesariana clássica, morrendo ambas de peritonite, 1 pelo processo segmentário e 15 pelo método extraperitoneal artificial, falecendo 2 deste último grupo, de septicemia.

Sete desenhos acompanham o trabalho.

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alkindar Soares

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Fernando Mendes

Dr. Polymnis Dutra

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Raymundo Santos

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qualquer mês começaráo sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1280
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo

E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VI

Junho de 1941

Vol. 11 — N.º 6

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Esterilização provocada pela injeção intrauterina de cáusticos. Documentos radiológicos.</i> — PROF. DR. CLOVIS SALGADO	503
<i>Síndrome estioménica. Considerações em torno de 2 casos.</i> — DR. JOÃO CARDOSO DE CASTRO	508
<i>Considerações em torno de um caso de abdômen agudo ginecológico</i> — DR. JORGE DE CASTRO BARBOSA	521

EDITORIAL

<i>Eritroblastose fetal</i>	526
-----------------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>"Sociedad de Obstetricia y Ginecología (Caracas-Venezuela)"</i>	530
<i>Prof. Juan Leon</i>	530
<i>O Dr. F. Victor Rodrigues no "Colégio Brasileiro de Cirurgiões"</i>	531
<i>O Dr. Edgard Braga na "Academia Nacional de Medicina"</i>	531

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>La Radiología en Obstetricia</i> — JUAN LEON	532
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estrogilan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Experiências sobre a aceleração do período de secundamento e diminuição da perda sanguínea — BRUNNER, C.</i>	533
<i>Sobre o valor da ligamentopexia uterina — DETTLING, W.</i>	534
<i>Contribuição ao problema da determinação do sexo da criança antes do parto — BARJAKTAROVIC, S.</i>	535
<i>Anestesia e narcose — JUNG, P.</i>	535
<i>Relatório sobre a literatura dos hormônios e vitaminas e sua relação à ginecologia e obstetrícia — NEUWEILER, W.</i>	538
<i>A operária, mulher e mãe — MASCIOTTA, A.</i>	541
<i>A hemolisina natural e o poder hemolítico na gravidez e no puerpério — ROGGIERO, O.</i>	542
<i>Sobre a conduta dos órgãos parenquimais e endócrinos na eclâmpsia gravídica — MULAZZI, G.</i>	543
<i>Estudo endoscópico da bexiga no puerpério — CRAINZ, F.</i>	544
<i>Previsão e prevenção dos acidentes gravídicos no diabete — WHITE, P. e HUNT, H.</i>	545
<i>O problema neonatal dos filhos de diabéticas — SISSON, W. R.</i>	547
<i>A suposta ação hepatotóxica do estilbestrol — FREED, S. C., ROSENBAUM, E. E. e SOSKIN, S.</i>	548
<i>Estudos clínicos sobre o estilbestrol — HAMEL, M. A., RARDIN, T. E. e SCHOENE, R. H.</i>	549
<i>Estudos hormonais na menopausa artificial produzida pelos raios de roentgen — NATHANSON, I. T., RICE, C. e MEIGS, J. V.</i>	549
<i>A verificação e tratamento das arritmias do coração fetal devidas à anoxia — LUNA, C. J.</i>	551
<i>Avaliação do efeito da terapêutica antissifilitica prenatal sobre a mortalidade fetal e a sífilis congênita — DILL, L. V., STANDER, H. J. e ISENHOUR, C. E.</i>	552
<i>O efeito dos estrogénios na verdadeira preeclâmpsia e eclâmpsia — SHUTE, E.</i>	553
<i>Resultados do tratamento de 600 abortos incompletos — MENCKEN, H. P. e LANSMAN, H. H.</i>	555

<i>Considerações endocrinicas de algumas condições ginecológicas — DOUGLAS, G. F.</i>	556
<i>Relatório cirúrgico de ginecologia do ano 1939 — COUNSELLER, V. S., MASSON, J. C. e WAUGH, J. M.</i>	557
<i>Algumas observações sobre o uso da sulfanilamida como medida profilática postoperatória — WILSON, R. B. e MASSON, J. C.</i>	558
<i>Hemorragia intraabdominal pela ruptura espontânea dum vaso sanguíneo subseroso do útero durante a gravidez — KISIMOTO, S., OKAI, K. e YORIHUDI, T.</i>	559
<i>Sobre o valor do "standing-test" no exame do sistema circulatório periférico antes de operações ginecológicas — KITUNEZUKA, S.</i>	560
<i>Estudos experimentais do efeito de vários compostos do alumínio sobre o crescimento e a radiosensibilidade dos tumores malignos — HAMAWAKI, T.</i>	560
<i>Importância do método biológico no diagnóstico da gonococcia feminina — ARENAS, N.</i>	561
<i>Comunicação reto-vaginal congênita — BENZADON, J.</i>	562
<i>Corioepitelioma perfurante do útero com inundação hemorrágica intraperitoneal — FOTHERINGHAM, W. T. e PECORONE, R. A.</i>	563
<i>Aglutinação do orifício externo do colo durante o parto — MON, R. B. e BALAGUER, M.</i>	564
<i>Quisto dermóide livre do abdômen — SUGASTI, J. A.</i>	565
<i>Tratamento da cervicite crônica. Cirurgia ou cauterização. — STAJANO, C.</i>	565
<i>Nota clínica sobre a placenta como fator inibidor da versão por manobras externas — TURENNE</i>	566
<i>Coexistência de gravidez extra e intrauterina em uma só docente — BAZ, L. R.</i>	567
<i>O emprêgo de meios anticoncepcionais — AGUILERA, J. C.</i>	569
<i>Lesões cranianas fetais em extrações por via baixa — RODRIGUEZ, A.</i>	571
<i>Abôrto séptico. Pan-oftalmia metastática. — OPAZO, V.</i>	571
<i>A sinfisiotomia subcutânea parcial de Zarate no Instituto de Maternidade do Hospital Alvear — RODRIGUEZ, R.</i>	571
<i>Gestação prolongada e repetida — GARCIA, R.</i>	572
<i>Dois casos de interrupção terapêutica da gravidez — PUGA, J.</i>	572