Ano VII MARÇO DE 1942 Vol. 13 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 226 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano VII MARÇO DE 1942 Vol. 13 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
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
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
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, 226 - 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 VII | Março de 1942 | Vol. 13 — N.º 3

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Efeitos da avitaminose "E" sobre a hipófise e as gônadas do rato — DR. CLOVIS SALGADO e DR. S. AMERICANO FREIRE 191

Síndrome de Schickelé, seu tratamento pelo Octinum — DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA 200

Gravidez tubária recidivante rôta — DR. JOÃO ALFREDO 209

As instilações vaginais de mercúrio-cromo no parto — DR. HENRIQUE DUÉK 215

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Uma viagem de estudos à Buenos Aires — DRA. CLARICE DO AMARAL 219

EDITORIAL

"Emenologia" 228

NOTAS E COMENTÁRIOS

† *Dr. José Rodrigues da Graça Mello* 231

Os estudos médicos nos Estados Unidos (Um fragmento) — DR. JUAN LEÓN 234

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Las Hemiplejias en el Estado Puerperal — DR. EDUARDO MARIO BALDI 243

Lições de Clínica Ginecológica — CLOVIS CORRÊA DA COSTA ... 244

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA
CHEFE: PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

AS INSTILAÇÕES VAGINAIS DE MERCÚRIO-CROMO NO PARTO *

DR. HENRIQUE DUÉK
Assistente

Dois problemas em ordem do dia em clínica obstétrica; analgesia da parturição e profilaxia da infecção puerperal. Ambos, objeto de estudo na nossa Maternidade, sendo o último, de resultados mais promissores.

Organizando um verdadeiro bloqueio à infecção puerperal, lançamos mão, como meios profiláticos, da sulfanilamida, da foliculina e do mercúrio-cromo. Três grandes elementos, três vias de introdução. O primeiro — via oral; o segundo — intramuscular, e o último em instilações vaginais. Doses adequadas, melhores resultados.

Cabe-nos aquí, apenas referir ao mercúrio-cromo.

Baseado nos estudos da Escola Americana, CLOVIS CORRÊA DA COSTA julgou de bom acerto empregar o soluto de mercúrio-cromo em instilações vaginais durante o parto. Parece ter sido DIECKMAN, do St. Louis Maternity Hospital, que o empregou em primeiro lugar, associado à solução iodo-glicerinada a 0,03 %, obtendo bons resultados, tanto na morbidade, como na mortalidade puerperal. GRAHAM, sabendo que a acriflavina tem maior afinidade pelos cocos, usou-a em solução glicerinada neutra a 1 %, em instilações de 8 cc. cada vez.

DE LEE, após lembrar os maus resultados obtidos por MENGE, com o mercúrio-cromo, diz que as suas experiências no Chicago Lying Hospital redundaram em aumento de morbidade, o que o induziu a voltar ao emprego do bicloreto e lisol em solução.

---

* Trabalho apresentado na Sociedade do Instituto Nacional de Puericultura e na Sociedade Brasileira de Ginecologia, respectivamente, em Novembro e Dezembro de 1941.

HARRIS e BROWN, do Johns Hopkins Hospital, encontraram positiva a cultura do líquido amniótico em 44 % de cesarianas, nas quais nenhum tratamento profilático havia sido feito. A instilação rotineira de acriflavina no St. Louis Maternity Hospital, reduziu para BROWNS e LOUIS a 4,1 % a positividade das culturas naqueles casos, o que equivale dizer que baixou para 1/10 a incidência. Dizem mais estes autores, que os números acima são ainda altos, devido tambem a casos em que a infecção "intra-partum" já se havia instalado antes das instilações. Houve casos de culturas positivas em cesarianas com membranas intactas, no momento da abertura do útero. Utilizaram durante o trabalho, instilações de 4 em 4 horas, e em trabalho paralizado, fizeram instilações de 12 em 12 horas.

LOUIS PHANEUF, após se referir com palavras elogiosas ao mercúrio-cromo, lembra os trabalhos de MATHEUS e ACKEN, que apresentaram ótimos resultados — diz ele — idênticos aos de BROWNS e LOUIS com a acriflavina.

ACKEN utiliza-se ultimamente, do mercúrio-cromo a 4 %, em instilações de 12 em 12 horas. Entretanto, BROWN lembra que culturas de material vaginal em indivíduos que sofreram instilação, tornam-se positivas após 8 a 10 horas. Daí, indicar o emprego do antisséptico de 4 em 4 horas.

MAYES, de Brooklyn, reduziu de 40 % a morbidade puerperal com as instilações de mercúrio-cromo a 4 %.

CURTIS diz textualmente: "acredita-se na quase ausência de infecção nos casos em que o mercúrio-cromo, substância antisséptica e não irritante é introduzido no canal vaginal, como medida preventiva nos casos de intervenção obstétrica". E' ainda CURTIS, que, entusiasmado com o emprego do mercúrio-cromo, lembra-o como cuidado preparatório na histerectomia abdominal. Outros, lembram-no como profilático após as sondagens vesicais, o que temos usado com êxito.

Na nossa Maternidade, CLOVIS CORRÊA DA COSTA ordenou o emprego de instilações de soluto de mercúrio-cromo a 2 % no fundo-de-saco posterior vaginal, na dose de 3 cc. de cada vez, de 4 em 4 horas, durante o trabalho de parto, como rotina.

Vejamos o estudo dos casos em que não houve associação de outro qualquer meio, na profilaxia da infecção puerperal. Em cento-e-cincoenta parturientes que receberam o mercúrio-cromo, houve 131 partos normais, 4 cesarianas, 4 versões, 10 fórceps e 1 extração manual de placenta (inclusive uma revisão de cavidade uterina). Verificaram-se 5 casos de infecção puerperal, sem gravidade, isto é, 3,3 %. Especificando estes 5 casos, diremos que: em dois houve fórceps, uma versão, um tamponamento uterino por hemorragia do delivramento com perfuração uterina, e finalmente, no último, epi-

siotomia larga. Nenhum caso de infecção puerperal em parto normal. Mortalidade zero.

Por outro lado, diremos que não houve acidente a assinalar, nem mesmo num caso de apresentação de face.

Fazendo comparação com outros 150 casos de igual época, em ano anterior, em que não foram feitas as instilações referidas, encontramos: 132 partos naturais, 8 cesarianas, 7 fórceps e 3 versões (inclusive 4 revisões de cavidade uterina). Houve 10 casos de infecção puerperal, isto é, 6,6 %. Entre os casos infetados encontramos 2 cesarianas, uma craneoclasia, uma revisão de cavidade uterina, uma inserção baixa de placenta e cinco partos normais.

De 6,6 %, a morbidade baixou para 3,3 % o que equivale dizer que a instilação de mercúrio-cromo, melhorou o nosso índice de infecção puerperal de 50 %, o que é bastante lisongeiro.

Revendo as estatísticas estrangeiras e nacionais sobre a morbidade puerperal, encontramos as seguintes percentagens:

1) Buenos Aires — 10 a 15 % (Clínica de PERALTA RAMOS — 5 a 15 %; Clínica de M. L. PÉREZ — 12 a 15 %; etc.);

2) Estados Unidos da América do Norte (Clínica de DE LEE, de Chicago — 10,4 %; Stanford University — 20 %; Clínica de WILLIAMS, Baltimore — 13,5 %; etc.);

3) Clínicas de Viena — 8 a 15 %;

4) Clínicas de Toronto, Canadá — 22,9 %;

5) Clínica de Brindeau, França — 30 %;

6) Clínicas de SCHIMMEL-HOFMEYER — 25 a 28 %;

7) Clínica de GONZÁLEZ — 15 %;

8) Clínica de MARBURG — 11 %;

9) Na Francônia — 7 %;

10) Clínica Sigwart — 12 %;

11) No Brasil, em 1914, na Mat. Fac. Medicina — 8,7 %;

12) No Brasil, em 1915, outra administração durante 3 meses — 23,8 %.

Temos quase mil partos, com zero de mortalidade de infecção puerperal. Computando dados sobre a mortalidade em outras Clínicas, encontramos:

Na Mat. Fac. Medicina (Brasil) de 1911 a 1914 (época da drenagem) — 6 ‰ (gestão FERNANDO MAGALHÃES).

Esta estatística foi considerada uma das melhores do mundo. Atualmente, encontramos outras mais baixas, como por exemplo, a da Clínica Peralta Ramos, 0,5 ‰ de mortalidade, por infecção puerperal.

Devemos dizer que, consideramos como infecção puerperal, os casos em que a temperatura de 38° se mantem além de 24 horas, e que sejam negativos os exames da urina, garganta, mamas, pulmão, etc. e positivos os sintomas genitais de infecção.

Les instillations vaginales de mercuro-chrome pendant l'accouchement

Résumé

A la suite d'un petit résumé sur l'historique de la méthode l'A. rapporte ses observations personnelles.

Il a employé une solution a 2 % de mercuro-chrome instillé au fond du vagin, pendant l'accouchement.

D'après l'analyse de son matériel l'A. se montre très satisfait des resultats obtenus pour la prophylaxie de l'infection puerperale.

Mercurochrome vaginal instillations in delivery

Summary

After a brief review of the history of this american method, the A. reports the results observed in the Obstetrical Department of the "Gaffrée-Guinle Foundation", where a 2 per cent mercurochrome solution is instilled on the posterior fornix at labor.

Analysis of septic cases authorizes the A. to favor the method.

Die vaginale Verwendung von Mercuriochrom unter der Geburt

Zusammenfassung

Nachdem der Verfasser einen kurzen historischen Überblick über diese amerikanische Methode gegeben hat, schildert er die auf Veranlassung des Leiters seiner Klinik durchgeführte Anwendung von 2 %iger Mercuriochrom-Lösung, die ins hintere Scheidengewölbe während der Geburt eingebracht wird. Unter Berücksichtigung der Fälle von puerperaler Infektion betont er die ausgezeichnete Wirkung dieser Methode.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pág.

Fotografia colorida intra-abdominal — HORAN, T. W. e GRAHAM EDDY, C. 245

Modificações cíclicas da glândula mamária da macaca rhesus (Nota prévia) — SPEERT, H. 246

Modificações dos bacinetes e dos ureteres, observadas durante o post-parto e decorrentes da administração de hormônios. — LUBIN, S., DREXLER, L. S. e BILOTTA, W. A. 246

Resultados do tratamento do câncer do fundo do útero pelo radium, com especial referência ao grau microscópico da lesão. — FRICKE, R. E. e HEILMAN, C. O. 247

A responsabilidade obstétrica na prevenção da morte fetal — ALDRIDGE, A. H. e MEREDITH, R. S. 248

A etiologia comum da eritroblastose e dos acidentes da transfusão na gravidez — BURNHAM, L. 250

A terapêutica parenteral pela vitamina K em mulheres no anteparto e seus efeitos sobre os níveis de protrombina nos infantes — McCREADY, R. L., CALLAHAN, E. T. e GRANDIN, D. J. 251

Estudo da bexiga no sobreparto — BENNETTS, F. A. e JUDD, G. E. 253

Extração manual da placenta — MOLDAWSKY, L. F. e SOLOWAY, L. R. 254

Efeito de várias gonadotropinas sobre espermatogênese e androgênios urinários do homem — McCULLAGH, E. P. e RYAN, E. J. 255

Terapêutica endócrina na menometrorragia funcional e na esterilidade ovariana (III. A administração cíclica de gonadotropina equina) — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., WILSON, J. A. e PULLEN, R. L. 256

Terapêutica endócrina na menometrorragia funcional e na esterilidade ovariana (IV. Tratamento de um-dois ciclos com gonadotropinas equina e coriônica) — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., WILSON, J. A. e PULLEN, R. L. 256

Pág.

Emprego de supositórios vaginais de estrogênio em casos de colpite — NEUGARTEN, L. e STEINITZ, E. 257

Dosagem do estilbestrol para a supressão da lactação — CLAHR, J. ... 258

Tentativas de produção de menstruação em macacas por isquemia operatória — EMMEL, V. M., WORTHINGTON e ALLEN, E. 259

Alterações vasculares profundas produzidas no útero da coelha castrada pelas combinações de benzoato de estradiol e progesterona — GILLMAN, J. 259

O efeito dos estrogênios sobre a permeabilidade dos capilares uterinos — HECHTER, O, KROHN, L. e HARRIS, J. 260

Estado atual do problema médico da mola hidatiforme — MORAGUES, B. J. 261

Torção de anexo com quisto do paraovário em uma menina — ARENAS, N., SAMMARTINO, R. e ZERSCHMAN, A. 263

Ações tóxicas e tumorígenas do caprilato de estradiol — EGAÑA, E., SZABO', I. e LECANNELIER, S. 264

Tratamento conservador das perturbações hepáticas residuais postoperatórias após intervenções no aparêlho biliar — TH. FOHL (Hospital Munc. de Saecklingen) — (*Therapie d. Gegenw.*, 1939, N.º 4).

E' consideravel a percentagem de doentes que, mesmo após uma operação bem sucedida no aparelho biliar, se queixam de distúrbios mais ou menos pronunciados. Acontece frequentemente que, em seguida a uma operação, se vê instalar um estado de verdadeira doença, crônica ou latente, constituida pela estase biliar no interior dos lóbulos hepáticos.

No tratamento destes distúrbios hepáticos residuais postoperatórios, mostrou-se o Chologen altamente eficaz. A ação geralmente favoravel do Chologen baseia-se no seu efeito simultaneamente colerético, colagogo, laxativo e desinfetante. A quantidade de bile eliminada pode ser dobrada sob a ação do Chologen.

E a este efeito específico do Chologen deve ser atribuido à rápida diminuição do volume do fígado preguiçoso, o retrocesso instantâneo de numerosas formas de icterícias e sobretudo a influência tão notavel sobre o estado geral e os distúrbios residuais postoperatórios. Convenceu-se o A., em numerosos casos de afecções biliares inflamatórias do feliz efeito do Chologen (icterícia catarral, angiocolite, colecístite, colelitíase). Possue ainda o Chologen uma vantagem particular, que poderosamente contribue para o bem-estar do paciente e que facilita a execução concienciosa da cura pelo Chologen, no fato de que regimens alimentares muito rígidos se tornam desnecessários.

Ano VII ABRIL DE 1942 Vol. 13 - N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 226 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano VII ABRIL DE 1942 Vol. 13 - N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

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

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Afkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
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, 226 - 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 VII | Abril de 1942 | Vol. 13 — N.º 4

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

La persuflación quimográfica en la esterilidad femenina — DR. RAFAEL PINEDA 265

Trompa rudimentar sólida com ausência de ovário — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES 291

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Sobre o ensino da Clínica Ginecológica e a orientação atual da prática da especialidade — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES 295

EDITORIAL

Sobre o tratamento da amenorréia funcional 310

NOTAS E COMENTARIOS

Programa da cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil 313

Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro 315

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Alergia, patologia e clínica — PROF. HÉLION PÓVOA e outros ... 316

Diagnóstico Biológico da Gravidez Normal e Patológica — FRANCISCO BELTRÃO JUNIOR 317

Revista Médica Brasileira 318

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

Tumores de células tecais (Tecoma) — CURTIS, A. H. 319

As contrações uterinas da fase inicial da gestação e sua relação com a duração do trabalho de parto. Estudo feito em 250 pacientes com o tocógrafo de Lórand. — MURPHY, D. P. 320

Excreção de hormônios sexuais em macacas adultas e prenhes — DORFMAN, R. I. e WAGENEN, G. V. 320

A tenda de oxigênio no tratamento da eclampsia — NICODEMUS, R. E. 321

Uma análise comparativa da histerectomia total e subtotal abdominal e vaginal — MILLER, H. E. e PREJEAN, O. 323

A excreção de estrogênios e de pregnandiol precedendo o parto normal — BACHMAN, C. 325

Avaliação da dosagem colorimétrica dos 17-quetoesteróis — ROSS, R. A., HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K. e BAPTIST, M. 326

O efeito das gonadotropinas sobre o ovário humano — GEIST, S. H., GAINES, J. A. e SALMON, N. J. 328

Fatores endócrinos na amenorréia secundária — FLUHMANN, C. F. e MURPHY, K. M. 330

Fibroma uterino e gravidez — THOMPSON, G. G. 331

Prenhez ectópica em Hawaii — SCHATTENBURG, O. L. 332

Testes de gravidez no passado e no presente — HENRIKSEN, E. 333

Amputação espontânea da cérvix durante o parto — REEKIE, R. 333

Hormônio gonadotrópico. Pesquisas na urina, durante o ciclo menstrual, de mulheres normais. — HELLER, E. J. 334

Págs.

Relações entre as doses e o tipo de estrogênio e as náuseas e vômitos — GREENE, R. R. e DORR, E. M. 335

Fistula uterossalpingocutânea ou menstrual. Relato de um caso. — SCHUNKE, G. B. e WAUGH, J. M. 336

Resposta cíclica endometrial à administração continuada de estradiol na mulher castrada — DI PAOLA, G. e DEL CASTILLO, E. B. 337

Prenhez tripla — Diagnóstico precoce radiológico — GAVIOLI RICARDO, L. 337

Lipoma do Monte de Venus e grande lábio — SALABER, J. A. e NOGUES, A. E. 339

Neurite do obturador interno e gravidez — JAIME MORAGUES, B. e JAIME E., P. 339

Carcinoma ulcerado da mama. Amputação larga sem sutura da pele. — LASTRA, E. T. 340

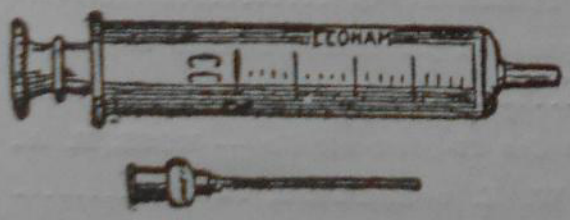
Os ovários na cirurgia ginecológica — CAPRIO, G. 341

A cirurgia nos quistos do ovário — CAPRIO, G. 342

Eclampsia entre nós — HERRERA, R. S. 343

Fistulas vésico-vaginais — PEDROSO, G. 344

CASA SALDANHA



CIRURGIA — OPTICA

ELECTRICIDADE MEDICA

Drogas, Opotherapia, Sôros, Vaccinas
e Productos Pharmaceuticos

M. VENTURA & CIA.

66 — Rua Buenos Aires — 68

Telephones 23-5408 e 23-4725 RIO DE JANEIRO

As contrações uterinas da fase inicial da gestação e sua relação com a duração do trabalho de parto. Estudo feito em 250 pacientes com o tocógrafo de Lórand. *(The uterine contractions of early pregnancy and their relation to the duration of labor. A study of 250 pacients made with the Lórand tocograph)* — MURPHY, DOUGLAS P. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Out. 1941, Vol. 73, N.º 4, pag. 498).

Procurando verificar a significação das contrações uterinas nos primórdios da gestação e sua relação com a duração do trabalho de parto, o A. obteve traçados, com o tocógrafo de LORAND, de 250 pacientes entre o 110.º e o 279.º dias de gestação.

Se bem que fossem observados movimentos fetais já no 130.º dia de gestação, só no 166.º foram observadas contrações uterinas espontâneas. A atividade uterina aumentou progressivamente com a gestação, atingindo o seu máximo na metade da gestação, por volta da 32.ª semana.

Embora nem todas as pacientes, cuja atividade uterina não se manifestára antes da 33.ª semana, tivessem uma duração maior do trabalho de parto, naquelas em que esta atividade pôde ser verificada anterior a esta época a duração do trabalho de parto foi incontestavelmente menor.

As contrações uterinas que se manifestaram após a 32.ª semana de gestação nenhuma significação demonstraram quanto ao prognóstico da natureza do trabalho de parto. — *G. D. V.*

Excreção de hormônios sexuais em macacas adultas e prenhes *(The sex hormone excretion of adult female and pregnant monkeys)* — DORFMAN, R. I. e WAGENEN, G. VAN — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Out. 1941, Vol. 73, N.º 4, pag. 545).

Os A.A. justificam o seu trabalho dizendo que, embora o macaco tenha sido muito empregado em estudos sobre a reprodução, pouco se sabe quanto ao metabolismo normal dos seus hormônios sexuais. Este trabalho trata principalmente das dosagens de estrogênios e androgênios na urina de macacas adultas e prenhes.

As experiências foram feitas em 3 animais, cuja prenhez evoluiu normalmente, em 3 animais cujos fetos foram extraídos por histerectomia feita respectivamente no 71.º, 141.º e 157.º dias após a concepção, tendo sido deixada "in situ" a placenta que, nos três casos, foi expelida quando da época em que normalmente se teria dado o parto e em 1 animal do qual, além de se extrair o feto, foram extirpados os ovários. Neste caso a placenta foi expelida no 153.º dia.

Da comparação das quantidades normais de estrogênios e androgênios eliminadas em 24 horas por macacos imaturos, adultos

Testes de gravidez no passado e no presente *(Pregnancy testes of the past and the present)* — HENRIKSEN, ERLE — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Out. 1941, Vol. 49, N.º 10, pag. 567).

Resume o A., em poucas páginas, todo o esforço empregado pelos homens, desde a mais alta antiguidade até o momento atual, com o objetivo de diagnosticar a gravidez, sendo bastante pessimista, ao terminar seu trabalho, quando diz que "como tem sido através as idades, a questão permanece: "Estará grávida ?"

Refere-se aos egípcios, aos gregos, especialmente HIPÓCRATES, a NOTKER, o charlatão que diagnosticava a gravidez pelo cheiro da urina, a MAGNUS, que utilizava o leite, a RUEFF com seu fragmento de ferro, a SOLINGEN, que misturava vinho à urina, a ABRAMS, com seu electrobioscópio, a SAMUELS, com o Zikloscopio, e a muitos outros da era empírica. Teve oportunidade mesmo de reexperimentar alguns destes processos, comprovando mais uma vez a imprecisão de seus resultados.

Trata, finalmente, com mais cuidado, das pesquisas recentes no mesmo sentido, procurando sempre contribuir com sua observação pessoal para a valorização das reações de ASCHHEIM-ZONDEK, FRIEDMAN e LAPHAM, BERCOWITZ, HENRIKSEN, CRAMER. Sua experiência com o teste de HOGBEN, tão utilizado nos hospitais de Londres, é reduzida em virtude da dificuldade em conseguir o material necessário. Do processo intradérmico, seja com peptonas placentárias, soluto salino, hormônio hipofisário, antuitrin S ou antígenos placentários não se mostra adepto, crendo que a parte subjetiva é demasiadamente grande para que o valor científico seja apreciavel. Refere-se finalmente ao teste terapêutico de SOSKIN, WACHTEL e HECHTER, com injeção intramuscular de prostigmina, tendo obtido com o mesmo percentagens baixas de resultados positivos certos; crê especialmente que as mulheres não grávidas poderão sangrar ou não, embora nunca sangrem as grávidas. — *C. B. F.*

Amputação espontânea da cérvix durante o parto *(Spontaneous amputation of the cervix during labor)* — REEKIE, RICHARD — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Out. 1941, Vol. 49, N.º 10, pag. 581).

Relata o A. uma observação de amputação espontânea do colo durante o parto, de sumo interesse para os estudiosos, dada a raridade das publicações a respeito, sendo esta a quarta nos Estados Unidos e a trigésima-sétima na literatura mundial.

Trata-se de uma parturiente, com 40 anos de idade, já com três filhos nascidos a termo, de partos normais, que após sequência de contrações com características aproximadamente normais apre-

sentou pequena hemorragia, tendo sido encontrado na vagina o colo amputado, unido ao útero apenas por uma pequena porção de tecido pouco espesso. A secção foi terminada e o parto resolvido a fórceps, logo a seguir. Puerpério normal, como tambem o estado da doente quando examinada seis meses após o parto.

Comparando o caso em questão com os demais da literatura mundial, certos detalhes devem ser postos em evidência: a) a idade avançada é encontrada com frequência apreciavel nestes acidentes e no caso está a doente em questão; b) 88 % são primíparas e as demais secundíparas, enquanto no presente caso a paciente se encontrava no quarto parto, tendo sido normais os três primeiros; c) contrações fortes e duração longa do parto, em geral assinaladas, são encontradas aquí tambem.

Dos fatores etiológicos geralmente responsabilizados pelo acidente o caso em questão é rico, podendo-se admitir ter sido a amputação resultante de um estreitamento moderado da bacia, associada à fibrose do colo pela inflamação crônica, assim como à má posição da cabeça fetal que impediu uma retração uniforme do colo. — *C. B. F.*

CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Hormônio gonadotrópico. Pesquisas na urina, durante o ciclo menstrual, de mulheres normais. *(Gonadotropic hormone. Urine assays during the menstrual cycle in normal women)* — HELLER, EMILY J. — (*Clinical Endocrinology*, Out. 1941, Vol. I, N.º 10, pag. 813).

O objetivo do A. é determinar a taxa normal de hormônios gonadotrópicos excretados na urina e suas variações, num grupo de 19 moças, durante 22 ciclos menstruais normais e completos, variando de 22 a 34 dias.

De seus estudos pôde concluir que este hormônio é excretado em quantidades mínimas, durante o ciclo menstrual.

Exceto num caso, em todos os outros pôde comprovar a existência de aumentos cíclicos das quantidades excretadas. Contudo, houve grandes variações na excreção periódica do hormônio gonadotrópico, no que diz respeito à data e tambem ao número e amplitude dos aumentos da excreção, como se pode observar nos gráficos anexos ao trabalho.

Em três casos, altos niveis de excreção se mantiveram durante o ciclo, até a 4.ª semana.

Três mulheres, cujas urinas foram estudadas durante dois ciclos consecutivos, apresentaram, no 2.º ciclo, uma excreção quasi igual a do primeiro. Entretanto o A. concluiu que não existe um caráter

Ano VII MAIO DE 1942 Vol. 13 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 226 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano VII MAIO DE 1942 Vol. 13 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Afkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

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, 226 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Maio de 1942 | Vol. 13 — N.º 5

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Dermóide do ovário esquerdo com torção de pedículo e estrangulamento da trompa — DR. ARY NOVIS 345

Hemo-reinfusão em casos de ruptura de prenhez ectópica — DR. JOÃO ALFREDO 352

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Alguns aspectos do problema da operação cesariana — DR. JORGE DE REZENDE 361

EDITORIAL

A uretra feminina 380

NOTAS E COMENTÁRIOS

Homenagem póstuma ao Dr. Graça Mello 382

Homenagem aos Drs. Syncsio Rangel Pestana e José Ayres Netto ... 383

Curso de aperfeiçoamento obstétrico-ginecológico em Buenos Aires ... 384

V Congresso Brasileiro e Americano de Ortopedia e Traumatologia ... 384

Sociedade de Ginecologia da Baía 385

Sociedade Cubana de Urologia 385

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Fisiopatologia Menstrual — JOSE' MEDINA 386

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da quadragésima sessão ordinária 387

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

ALGUNS ASPECTOS DO PROBLEMA DA OPERAÇÃO CESARIANA *

DR. JORGE DE REZENDE

Docente da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia.
Chefe da Maternidade da A. M. C. E. M.

Meus Senhores: Sou, talvez, um dos mais antigos discípulos de Octavio Rodrigues Lima e, só nessa qualidade, acedí à sua determinação de falar-vos hoje; unicamente por tal razão justifica-se a minha presença aquí.

Ao desvanecimento da escolha e do encargo honroso, ajuntou-se a sedução do assunto, um dos meus prediletos.

Se alguem há, porém, que aquí se encontre para ouvir algo de definitivo sobre o talho cesário, este será iludido em sua expectativa.

O problema permanece vasto e complexo. Embora, às vezes, pareça que já se disse tudo sobre o assunto, alguns de seus aspectos, muitos mesmo, continuam litigiosos.

Impossivel abordar aquí todas as suas faces. Ocupar-me-ei de certos pontos mais palpitantes: as indicações, o caso impuro e a incisão arciforme. (1)

As ampliações nas indicações da operação cesariana têm assumido grau calamitoso. No exame de um dos últimos relatórios do "Children's Bureau of the United States", encontra-se a acabrunhante assertiva de que a "tremenda mortalidade" apresentada pela operação cesariana nos Estados Unidos, está a pedir uma cuidadosa revisão das indicações.

---

* Conferência realizada em "Curso de Especialização", da Sociedade de Medicina e Cirurgia, à cargo do Prof. Rodrigues Lima (Out. 1941) e reconstituida especialmente para os "Anais Brasileiros de Ginecologia".

(1) Estes temas já foram abordados anteriormente pelo Autor, no livro "Operação Cesareana Abdominal", Rio, 1941.

Nem é outro o pensamento dos obstetras de bom quilate, nas grandes nações pensantes. WINTER, BRINDEAU, STOECKEL, DE LEE, para não alongar as citações, têm se inscrito entre os que se insurgem contra o abandono cada vez maior das operações obstétricas por via vaginal.

Não há dúvida que a via abdominal é convidativa e facil. "Qualquer inepto pode rapidamente aprender a praticar uma operação cesariana, porém, jamais resolverá com êxito uma situação obstétrica complicada, sem abrir o ventre, porque isso requer largos anos de exercício da cabeça e das mãos." (STOECKEL).

E a Obstetrícia, se não tomar corpo a reação que felizmente já se vislumbra, tornar-se-á a *"lost art"* a que aludia RUDOLPH HOLMES.

Poderá parecer paradoxal, esteja eu a reclamar um cerceamento nas indicações do parto abdominal. Explico-me. Desejo a disciplina das indicações. A licença a que ora se assiste, — e de que são um índice, a balbúrdia e a incoerência reinantes, — mascara a ignorância e a incompetência.

Defendo a execução do parto abdominal toda vez que ele esteja indicado. Não importa que o caso se encontre contaminado ou suspeito, pois, havendo uma situação que as operações vaginais não solucionam, penso que se deva recorrer à via abdominal.

Daí a compreender a indicação pouco criteriosa, substituindo o desfiladeiro pelvi-genital, transponivel, pela intervenção abdominal, — "porque é mais facil" —, vai uma grande distância.

Mas, dever-se-ão só a isso, as preferências pela via alta e suas larguezas, em detrimento da via vaginal ? .

Em primeiro lugar cumpre esclarecer que, embora a operação cesariana seja uma intervenção cirurgicamente pouco complexa, muitos dos seus desastres devem-se ligar diretamente aos parteiros que fazem com ela o seu noviciado na cirurgia abdominal.

DANIEL A. ROJAS, o Mestre argentino, vai mais longe, e acha que o parto abdominal deve ficar na alçada exclusiva dos privilegiados da cirurgia, porque sendo uma intervenção que se faz em proporção mínima, comparada com as outras operações obstétricas, exige uma técnica exata e, por consequência, grande habilidade e preparação cirúrgica dos operadores.

Em segundo lugar, como resposta à ortodóxia dogmática de WINTER, que em seus trabalhos profliga a prática da operação cesariana nos casos já manipulados, impuros ou infetados, surgiu o grupo dos cesarianistas *à outrance*, dos quais o campeão é MAX HIRSCH. A eles, deve-se por certo, muita indicação desarrazoada, muito absurdo cometido.

MAX HIRSCH acha que há imperiosa necessidade de serem alargadas as indicações da operação cesariana, pois, somente na Alemanha, morrem anualmente 6.000 mulheres e 45.000 crianças, dentro dos primeiros nove dias após o parto.

E nos últimos anos, com todos os progressos técnicos, os coeficientes de mortalidade materna e fetal não melhoraram senão sutilmente, o que se deveria, contudo, à diminuição das operações vaginais substituidas pelo talho cesário, apesar de quasi sempre feito tardiamente e em más condições.

Propõe HIRSCH uma solução: proscrever totalmente as intervenções vaginais substituindo-as pela operação cesariana, e é nisso que se resume a sua "nova orientação".

As publicações de HIRSCH tiveram um contraditor pertinaz e autorizado, — WINTER —, que desde o Congresso de Leipzig, à cada trabalho de HIRSCH e de seus seguidores, dos quais DOERFLER e VON JASCHKE são os mais conhecidos, redarguia com nova argumentação.

E' muito proveitosa a leitura dessa série de publicações, pois o observador equilibrado poderá estabelecer uma "justa medida"; nem a "*Neue Geburtshilfe*" de DOERFLER, nem o anacronismo timorato de WINTER, que ainda na 91.ª reunião dos Naturalistas e Médicos Germânicos (Königsberg, 1930), restringe as indicações da operação cesariana, mais uma vez:

1) Nenhuma indicação fetal é legítima, se acarreta perigo materno;

2) Não se deve executar a operação cesariana em parturientes que não chegaram ao termo da gestação;

3) Não se deve praticar a operação cesariana em casos febrís, ou nos quais já foram tentadas intervenções por via vaginal.

O primeiro postulado, impediria, à rigor, a maioria, senão a totalidade das operações cesarianas; o segundo, afastaria o parto cesário da terapêutica da placentação baixa; e o terceiro, forçar-nos-ia o retrocesso ao feticídio, perfurando o crânio do feto vivo, ou aguardando a sua morte para embriotomizá-lo.

A divisão clássica das indicações em *absolutas* e *relativas*, não me parece mais cabivel. Em tese, todas as indicações são *absolutas*, e o que cumpre resolver é se o talho cesário se impõe para salvaguardar a vida materna ameaçada, ou visando os interesses de um feto, cuja vitalidade corre perigo na execução de uma operação transpélvica ou numa prova de trabalho.

A má qualidade, tambem, de certas indicações, deverá ser policiada. Evitar-se-á assim, a repetição de algumas, do tipo recebido por WINTER, com sabor tragi-cômico irrecusavel:

Hidrocefalia e bacia normal.
Hidrâmnio.
Morte do feto em partos anteriores.
Morte da mãe e da avó da grávida no 1.º parto.

Esboçado assim, à brocha larga, o estado atual das indicações, passemos ao estudo do *caso impuro*.

Não há conceito nitidamente estabelecido sobre operações tardias, impuras e infetadas.

Na concepção da escola brasileira, "operação tardia" equivale tanto à intercorrência da intervenção nos casos impuros ou suspeitos de WINTER, como nos infetados, do mesmo autor.

À rigor e teoricamente, uma intervenção pode ser tardia, no sentido lato do termo, — de adiada, procrastinada, fora do tempo próprio —, e o caso se enquadrar dentro das exigências de "pureza" das classificações. (Ausência de manipulação genital, toque único, escrupuloso, membranas íntegras, etc.).

Defrontando objetivamente a paciente, isso é, porém, excepcional.

Para JEANNIN, professor da Faculdade de Medicina de París, o fator "tempo de trabalho" tem importância capital, pois altera a resistência da mulher, e à maneira de certas doenças, pode criar um estado semelhante ao da alergia em face à infecção. E, embora criticando a designação *cesariana tardia* aplicavel aos casos duvidosos ou "risquées", JEANNIN engloba-os todos sob a mesma significação.

TURENNE ensina: "para meu governo, estabelecí que toda metropatia da prenhez ou do parto, cria um estado local de perigo, de verdadeira iminência infecciosa. Isso me levou a considerar como *impuro* todo caso de inserção baixa da placenta, no qual se tenham produzido, com horas de antecedência, — ou, com maioria de razões, de dias —, perdas sanguíneas, embora tenham elas cessado ao momento da intervenção. A contiguidade dos coágulos enxertados entre a parede uterina e a porção descolada da placenta, com a flora bacteriana cérvico-vaginal, constitue uma condição favoravel à sua contaminação."

Há, com a intenção de tornar mais facil o estudo dos depoimentos clínicos escudados em informações estatísticas, várias classificações que se propõem a separar as observações por grupos, de acôrdo com o grau de pureza ao momento da operação.

Em verdade, não é lógico nem significativo, comparar números referentes a operações cesarianas efetuadas antes do trabalho, sem toques, com o ovo íntegro, e algarismos que se reportam a intervenções tardias, após tentativas infrutíferas de manobras transpelvianas, exames internos duvidosos, etc., etc.

Vejamo-las:

Classificação de Jeannin (2)

1.º grau — *A infecção não se declarou sob nenhuma forma, sendo simplesmente possivel*. As membranas estão rôtas, e a mulher

(2) In "*Leçons du Jeudi-Soir*", 1926.

em franco trabalho. Houve toques assépticos, nas Clínicas. Não há elevação térmica.

2.º grau — *A infecção não se declarou, mas é provavel.* As membranas estão rôtas; a paciente está em trabalho e sofreu toques múltiplos, alguns fora do Hospital. Foram toques suspeitos, que escaparam a controle idôneo. Houve tentativas de extração. Há alguns décimos de temperatura. Ainda não é a verdadeira infecção, embora ela já se inicie.

3.º grau — *Infecção declarada, mas ainda ligeira.* Há temperatura, pulso acelerado, líquido âmnico fétido; o estado geral permanece bom.

4.º grau — *Infecção de caráter grave.* Pulso rápido, temperatura elevada, língua seca, calefrios, fisometria. Estado geral mau.

Classificação de Winter (3)

1.º grupo — *Casos puros.* Ausentes quaisquer manipulações genitais internas, seja durante o trabalho de parto, seja nos dias que o antecederam diretamente; no caso de ter havido exame vaginal foi ele único e praticado com técnica perfeita.

Membranas intactas ou com ruptura não superior a 6 horas.

2.º grupo — *Casos impuros* ou *suspeitos.* Toques múltiplos, duvidosos, ovo aberto há largo espaço de tempo, tamponamento eventual, na placentação baixa. A elevação térmica não atinge 38º.

3.º grupo — *Casos infetados.* A temperatura é de 38º ou mais. Infecção local evidenciada tambem por outros sintomas, como calefrios, fetidez amniótica e estado geral mau.

4.º grupo — Casos em que foram tentadas, inutilmente, operações outras, estejam ou não febrís.

Classificação de Sureau (4)

1.º grupo — *Casos clinicamente puros.* Membranas íntegras; não há indícios gerais ou locais de infecção. Não houve toques, ou eles foram realizados escrupulosamente assépticos.

2.º grupo — *Casos suspeitos.* Ovo aberto por tempo variavel. Ausência de sinais de infecção, locais ou gerais. Toques ausentes ou assépticos, bem como as eventuais manobras intra-uterinas praticadas.

---

(3) In "*Die Indikationen zum abdominellen Kaiserschnit*", 1931.

(4) *Apud*, D. A. Rojas, e M. L. Perez y R. Echevarria — Anais do 3.º Cong. Argentino de Obst. e Gin., Buenos Aires, 1937, pags. 137 e 350.

3.º grupo — *Casos infetados*. Ovo aberto por tempo variavel. Elevação térmica oscilante, em derredor de 38º. Toques suspeitos bem como as eventuais manobras obstétricas.

4.º grupo — *Casos francamente infetados*. Ovo aberto por tempo variavel. Febre, taquicardia, calefrios. Comprometimento do estado geral. Fisometria ou fetidez do líquido âmnico.

Classificação de Gall (5)

1.º grupo — *Caso puros*, isto é, operados ao início do trabalho de parto, antes ou imediatamente após a ruptura das membranas. Não houve toques; no caso afirmativo, foi ele único e em ambiente hospitalar.

2.º grupo — *Casos impuros* ou que sofreram *prova do trabalho*, isto é, quando a ruptura das membranas data de algumas horas e as forças naturais demonstraram que a cabeça fetal não pode transpor o obstáculo pélvico. Estão presentes ligeiras alterações térmicas; houve vários toques, embora praticados com técnica segura.

3.º grupo — *Casos suspeitos* ou *infetados*. Trabalho de parto adiantado, membranas rôtas, toques de mãos suspeitas ou mal desinfetadas, mesmo quando o exame clínico não desvenda sinais de infecção manifesta.

Classificação de Mönckeberg e Puga (6)

Classificam como:

1.º) *Puros*, os casos com poucas horas de trabalho estado geral e local bons; membranas íntegras ou rôtas há menos de 5 horas; um ou dois toques, feitos na Clínica.

2.º) *Impuros*, os casos de trabalho longo, toques numerosos, rupturas das membranas de mais de 5 horas. Eventualmente, tentativa fracassada de intervenção por via vaginal.

3.º) *Infetados*, os casos que patenteiam sinais evidentes de infecção ovular: membranas rôtas, líquido âmnico fétido, pulso e temperatura acima do normal.

Depreende-se do estudo e do cotejo das classificações acima, que o "grau de pureza" dos casos obstétricos é avaliado, em última análise, pelos seguintes elementos:

---

(5) In "*Le condizioni permittenti del taglio cesareo*". Com. à Soc. di Ost. e Gin. delle Venezie, 1935.

(6) In "*La cirugia obstétrica en el caso impuro*". Relatório apresentado ao 3.º Congresso Arg. de Obst. e Gin., 1937.

a) *A integridade das membranas:* De uma maneira geral é a integridade do ovo, assegurada pela presença da bolsa das águas e uma garantia da pureza dos casos. 6 a 12 horas depois da ruptura das membranas, no dizer de SCHROEDER, intercalam-se manifestações febrís, que são despertadas ou agravadas pela movimentação e transporte da paciente, os exames repetidos, etc.

T. K. BROWN, em trabalho do Hospital de "John Hopkins" e continuando pesquisas anteriores de HARRIS e BROWN, ocupou-se da bacteriologia do útero na operação cesariana, referindo os resultados de 114 culturas feitas no ato cirúrgico, em casos onde haviam sido praticadas instilações antissépticas com acriflavina, e em outros, sem esse cuidado.

Os resultados foram:

Sem instilação vaginal	44 %	de culturas positivas
Com instilação vaginal	4,1 %	„ „ „

Houve culturas negativas 107 horas decorridas do início do trabalho de parto!

Assinalo, à propósito, que a cultura positiva não implica necessariamente em germe virulento e, mesmo nessa última hipótese, é da maior importância a capacidade defensiva do organismo.

LÖSER já havia demonstrado aliás, que os micro-organismos ascendem sempre da vagina, e que no útero puerperal são encontradas todas as espécies de germes, haja ou não concoritância de processos infecciosos.

b) *O tempo de duração do trabalho:* Pouco valor apresenta. Vale mais o número de contrações apresentado pela parturiente, a anotação do seu ritmo, do tôno do músculo, bem como a cronologia e a eficiência das metrossístoles, que o tabú da unidade-hora.

SCHRÖDER, em quasi uma centena de casos classificados cuidadosamente, chegou à conclusão de que, se o parto decorre numa clínica, com assistência idônea, o prognóstico não se altera em função do número de horas de trabalho.

c) *Fase da dilatação:* Isoladamente, é um elemento pouco informativo, significando mais, tomado em conjunto com o tempo de trabalho e a época de ruptura das membranas.

d) *Número de toques:* Mais importante do que a quantidade de exames vaginais internos, é o toque feito sem escrúpulos, por pessoa incapaz ou mesmo por técnico, que se não encontre em ambiente hospitalar.

e) *Tentativas infrutíferas de manobras:* Comprometem irremediavelmente a pureza dos casos; WINTER empresta-lhes sinistro presságio, englobando essas observações no 4.º grupo, tenham ou não febre.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

f) *Alterações termo-esfigmográficas:* Não indicam, com segurança, a infecção presente, nem proscrevem a prática da operação cesariana, como pretenderam alguns. WAGNER enumera a febre como indicação da operação cesariana e SCAGLIONE, confessando ter operado pacientes com hipertemia, afirma não haver nesse sintoma nenhuma contraindicação às operações conservadoras.

g) *Fisiometria, fetidez do líquido amniótico:* Refletem a invasão do ovo por germes vaginais ou trazidos à genitália, por contaminação.

h) *Calefrios:* Mostram a deportação séptica, as incursões sanguíneas, efêmeras ou definitivas, de toxinas e micróbios. Confirmam a suspeita de impureza ou infecção declarada.

Essas classificações e grupamentos estão a pedir uma revisão, pois não correspondem sempre à realidade clínica, como já demonstrei com a minha casuística publicada em 1941.

Os casos *suspeitos*, *impuros* ou *infetados*, constituem a maioria, pode-se dizer, a regra, entre nós. Estado de coisas que tende a perdurar por muito tempo ainda, pois decorre do pauperismo e da ignorância das nossas pacientes bem como do aprendizado técnico insuficiente de nossos práticos, especialistas improvizados ou de poucas letras. De que vale contornar o problema, — como querem WINTER e tantos outros —, deixando de operar os casos infectados e impuros, ou assistindo-os com recursos inadequados, na contingência (operações por via vaginal, embriotomias), e que se não justificam no estado atual de nosso aperfeiçoamento técnico? A solução estará em melhorarmos de modo efetivo a nossa assistência obstétrica, dispondo do indispensavel número de leitos em Maternidades que mereçam este nome, e paralelamente, formarmos legiões de profissionais bem adestrados tecnicamente, afim de que as indicações não sejam procrastinadas ou de má qualidade.

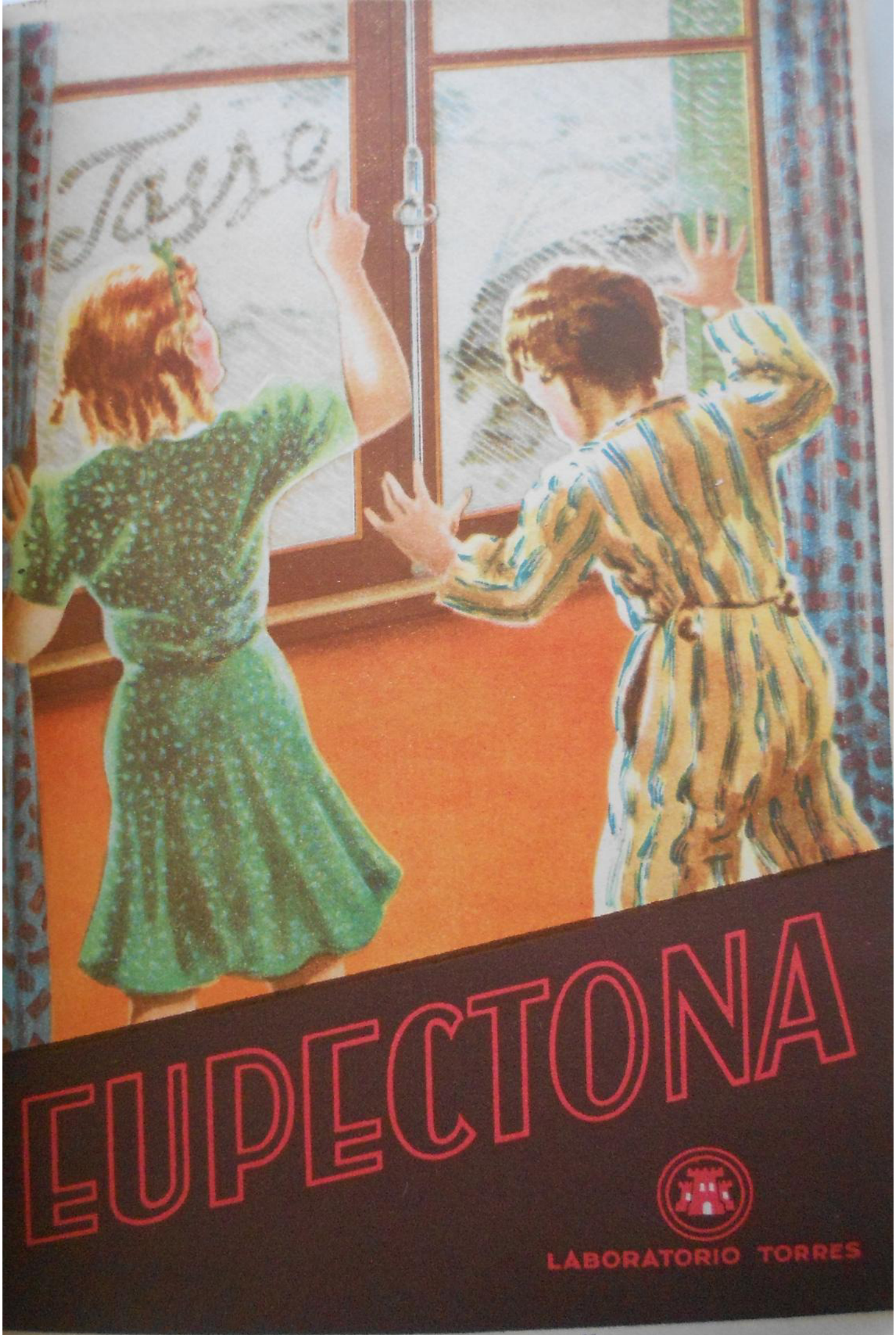
As incisões arciformes. Porque preferí-las (7)

Foi KEHRER, em 1881, o verdadeiro iniciador da operação cesariana moderna, pois já àquele tempo recomendava que a histerotomia se praticasse ao nivel do orificio interno do colo, por incisão transversa (fig. 1), ensinando tambem que o fechamento devia ser feito por sutura dupla, músculo e peritônio cozidos separadamente.

Tendo surgido a operação de SÄNGER, e processo de KEHRER foi esquecido, e só em 1906 FRANK voltou a se utilizar da incisão transversa do útero, na mesma região escolhida por KEHRER.

---

(7) Com pequenas alterações, os conceitos à seguir já foram expostos pelo Autor *in* "*Operação Cesareana Abdominal*", pags. 106 e segs.


EUPECTONA
LABORATORIO TORRES

Como age Eupectona:

(1) **Como sedativo**: sinergía de efeitos do **ortoformiato de etila** e da **codeina**.

(2) **Como expectorante**: ação broncodilatadora da **efedrina**.

(3) **Como anti-infeccioso**: **pro-vitamina A (beta-caroteno)**.

Indicações:

INFLAMAÇÕES DA GARGANTA
(LARINGO-TRAQUEÍTE)
CATARRO BRÔNQUICO
BRÔNQUITES SÊCAS
TOSSE NERVOSA

Modo de usar:

CRIANÇAS
- ATÉ 10 ANOS, VINTE GOTAS, 4 A 6 VEZES POR DIA.
- DE 10 A 15 ANOS, 40 GOTAS, 4 A 6 VEZES POR DIA.

ADULTOS: 80 GOTAS, 4 A 6 VEZES POR DIA.

Laboratorio "Torres"
RUA GLICERIO, 429 - SÃO PAULO
Consultores cientificos: Profs. JAYME R. PEREIRA E OTTO BIER

Em 1926, MUNRO KERR e HENDRY, chamaram atenção para o fato que na maioria das vezes se observa, da incisão longitudinal do segmento interessar a porção contratil do órgão (pois é raro que haja segmento suficientemente desenvolvido para permitir uma histerotomia ampla, que conceda passagem ao feto, sem sair dos seus limites), perdendo a operação um dos seus apanágios, quando não se prolongava inferiormente interessando a bexiga. Substituindo pela arciforme a incisão longitudinal, tinham obtido em 107 pacien-

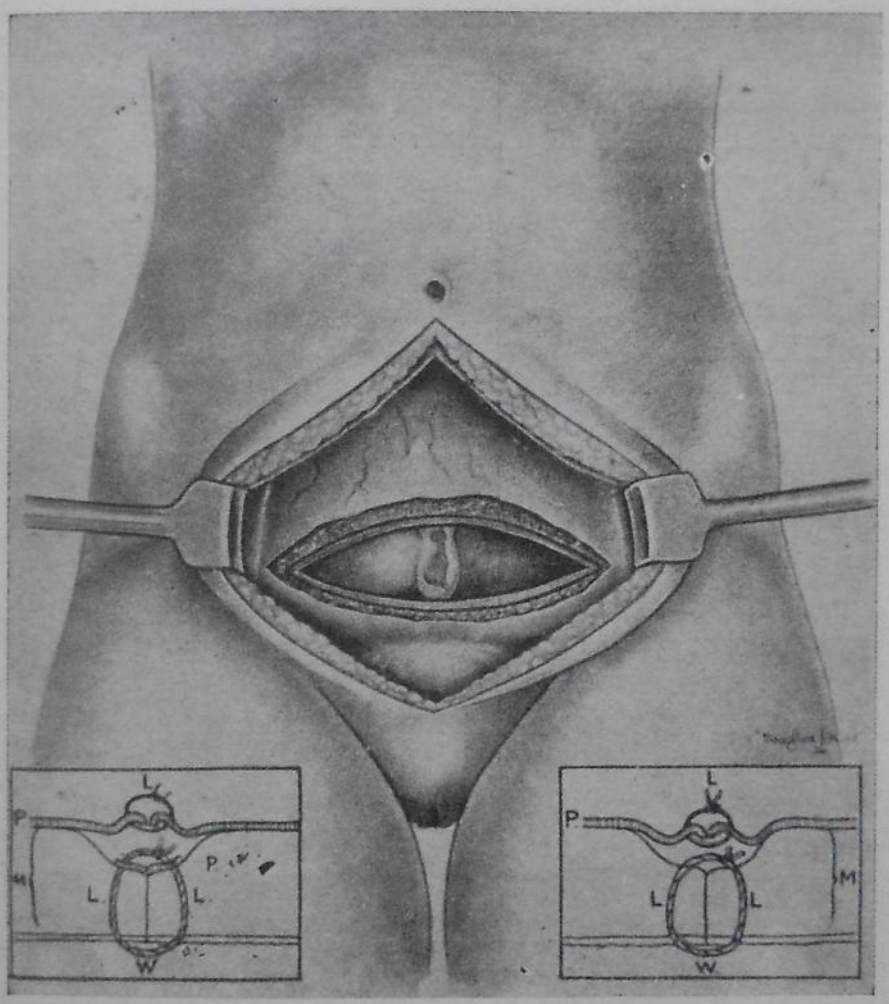


Fig. 1

tes resultados dos mais lisongeiros (0 % de mortalidade para os casos puros e 16 % para os impuros).

Implantada na Inglaterra, exalçadas as suas vantagens na França por JULIEN, nos Estados Unidos apadrinhada por PHANEUF, defendida na Argentina, entre outros, por BERUTI e LEÓN, na Itália por REVOLTELLA e SPIRITO, a histerotomia transversal é hoje largamente praticada em todo o mundo, principalmente pelos germânicos DÖRFLER, SCHROEDER, KRAUL, GEPPERT, DE SNOO, FUCHS, VON JASCHKE, e muitos mais, inumeraveis, que é fatigante referir.

Conceito anatômico de segmento inferior

Os limites do segmento inferior são imprecisos. Na concepção dos velhos mestres, ao se iniciar a expansão da matriz, com o crescimento do ovo, o orifício interno ir-se-ia distendendo e toda a porção superior do colo, entrava na constituição do segmento inferior (MAURICEAU, MME. BOIVIN, RÖDERER, KÜSTNER, etc.).

STOLTZ foi o primeiro a contestar isso, asseverando que o colo nada perdia em comprimento durante a prenhez e que até o início do trabalho de parto o orifício interno não se modificava.

DEMELIN assinala que a mor parte das divergências se estriba em chamar pelo mesmo nome, regiões diferentes, pois, enquanto o segmento inferior significa para uns a região inferior do corpo, para outros designa a porção supravaginal do colo e para terceiros, ainda, as duas regiões mencionadas.

LANTUÉJOUL procurando pôr as coisas em seu lugar, diz que só se deve chamar segmento inferior "à parte inferior do corpo uterino, limitada em baixo pelo orifício interno propriamente dito".

Quanto ao limite superior, há ainda mais discussão à respeito, pois ele tem sido demarcado, sucessivamente, pela linha de união do peritônio, pelo seio venoso (KRANZVENE), pelo anel de BANDL, pela região onde os ligamentos redondos se refletem, dirigindo-se para os anéis inguinais (DEMELIN), etc.

Modernamente, REVOLTELLA e MARSHALL estão de acôrdo em que há uma absorção do canal do istmo, pela cavidade uterina; o orifício ístmico interno começaria a desaparecer ao 3.º mês e todo o canal se distenderia gradualmente pelo crescimento do ovo, até que seu polo inferior descesse ao nivel do verdadeiro orifício interno. "*The isthmus uteri has now become the lower segment*", diz MARSHALL (fig. 2).

Histologia. — E' argumento sempre usado pelos partidários das incisões transversais da região cérvico-segmentária, que a histerotomia assim feita consulta a direção das fibras. Foi a afirmação de KEHRER que se veiu repetindo.

Em 1930, GÖRTTLER [8] (de KIEL), anatomista dos mais eminentes, estudou detalhadamente a histologia da região, efetuando cortes de úteros fetais, de nulíparas, de grávidas e de matrizes no sobreparto, obtendo preparações frescas; sem estarem fixadas, desidratou-as por processos especiais; polvilhadas depois com finas partículas de uma mistura de ouro e bronze, foram por fim examinadas ao microscópio, com iluminação oblíqua e de grande intensidade.

---

(8) Esta descrição é resumida de MARSHALL e de BERUTI e LEON, por não ter sido possivel consultar a memória de GÖRTTLER.

Tornou-se assim possivel estabelecer a estrutura essencial da parede uterina, composta de dois sistemas semelhantes de fibras que se interceptam, absolutamente idênticos um ao outro.

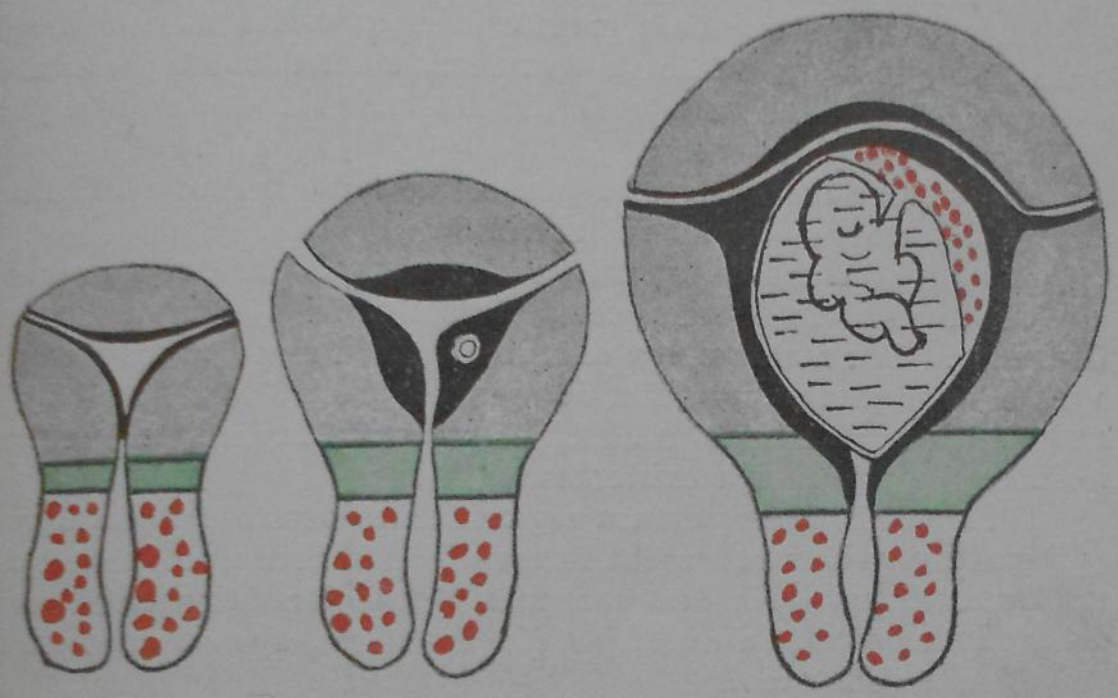


Fig. 2

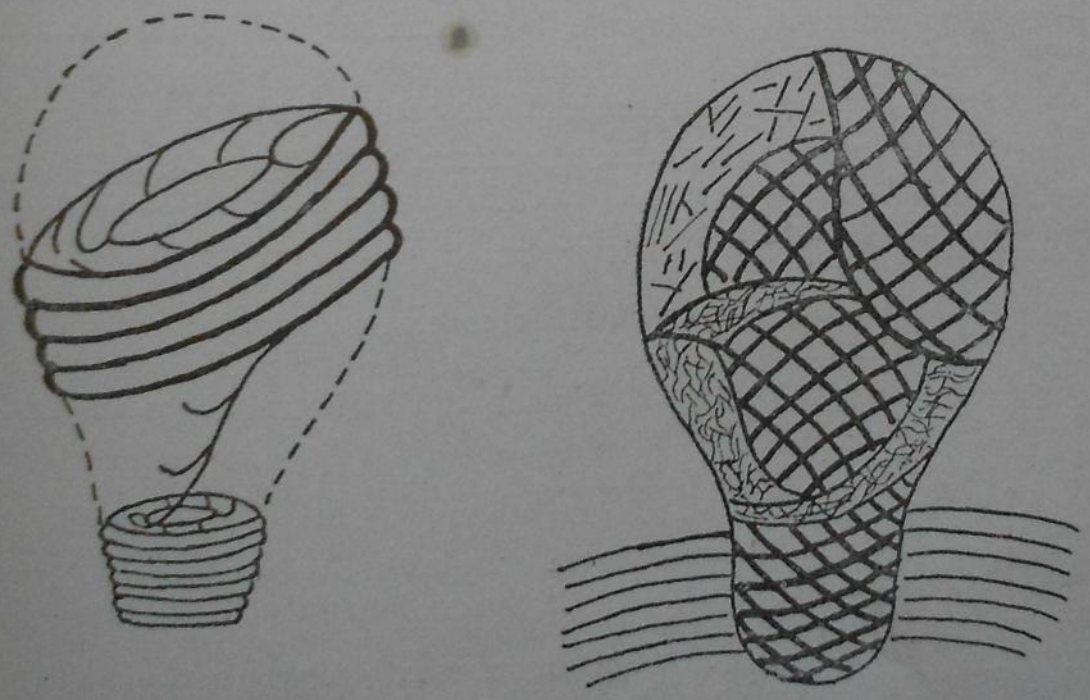


Fig. 3

As fibras de um lado, partindo do revestimento peritoneal, intercruzam-se com as do lado oposto e terminam contíguas ao endométrio (fig. 3).

Na porção corporal, a intersecção dos sistemas opostos dá-se em ângulo reto; no segmento istmo-cervical o ângulo é obtuso, cessando entretanto praticamente de existir na cérvix, onde a disposição é perfeitamente circular.

Ficou provado que no segmento inferior as fibras têm direção transversal, fora do estado de gravidez, e durante ele, tornam-se ligeiramente oblíquas, mantendo trajeto espiralado, de cima para baixo e de fora para dentro.

Em virtude do cruzamento com as do lado oposto, a estrutura guarda aspecto de verdadeiro labirinto.

Já no colo, as fibras permanecem horizontais durante a prenhez.

Os estudos de FUCHS completaram inteligentemente os de GÖRTTLER. Seu material era constituido de úteros obtidos durante o trabalho de parto, com o fim de assinalar não só as alterações que a distenção segmentária gradual imprime ao órgão, como outras modificações porventura existentes.

Acha FUCHS que a textura segmentária é muito complexa, pois os feixes musculares se lançam formando uma verdadeira rede quadriculada oblíqua. Mas, em conjunto, o trabalho de parto não modifica fundamentalmente a disposição das fibras, apenas as do istmo se horizontalizam mais.

Das contribuições acima é possivel concluir que nenhuma incisão cérvico-segmentária terá uma direção que coincida com a arquitetura da região, pois: a incisão longitudinal interessa todas as fibras cervicais transversalmente, e as ístmicas, obliquamente; a incisão transversa, secciona na região ístmica as fibras oblíquas; no colo, porem, corre paralelamente à direção das fibras.

Resta a incisão arciforme do istmo, com cavo superior, que, embora transversa no centro, à medida que se encurva lateralmente, se paraleliza, pelo menos a cêrca de 50 % das fibras.

Vascularização. — Os troncos arteriais da região dispõem-se no sentido transverso (HYRTL, FRANK), conforme exuberantemente provaram as injeções corantes e opacas. Mais um argumento anatômico em favor das histerotomias arciformes, embora muitas vezes os vasos acompanhem a mesma direção das fibras.

E' lícito deduzir dessas considerações o fundamento lógico das incisões arciformes. Outras vantagens militam ainda em seu favor.

1.ª — No início do trabalho ou com o colo incompletamente dilatado, só as incisões arciformes ou transversais, permanecerão cérvico-segmentárias. Mesmo quando os operadores praticam extensos descolamentos da bexiga, afim de prolongar inferiormente a incisão longitudinal, é muito raro que ela não interesse tambem a porção corporal, contratil, do útero, com as desvantagens e perigos inerentes a essa conduta. Querendo contornar a situação, haverá

que esperar longamente, até a dilatação quasi completa, o que determinará excessivo adelgaçamento muscular, inadequado a uma sutura eficiente.

2.ª — As incisões arciformes e transversais sangram menos, porque, em virtude da disposição dos vasos, estão colocadas paralelamente a eles.

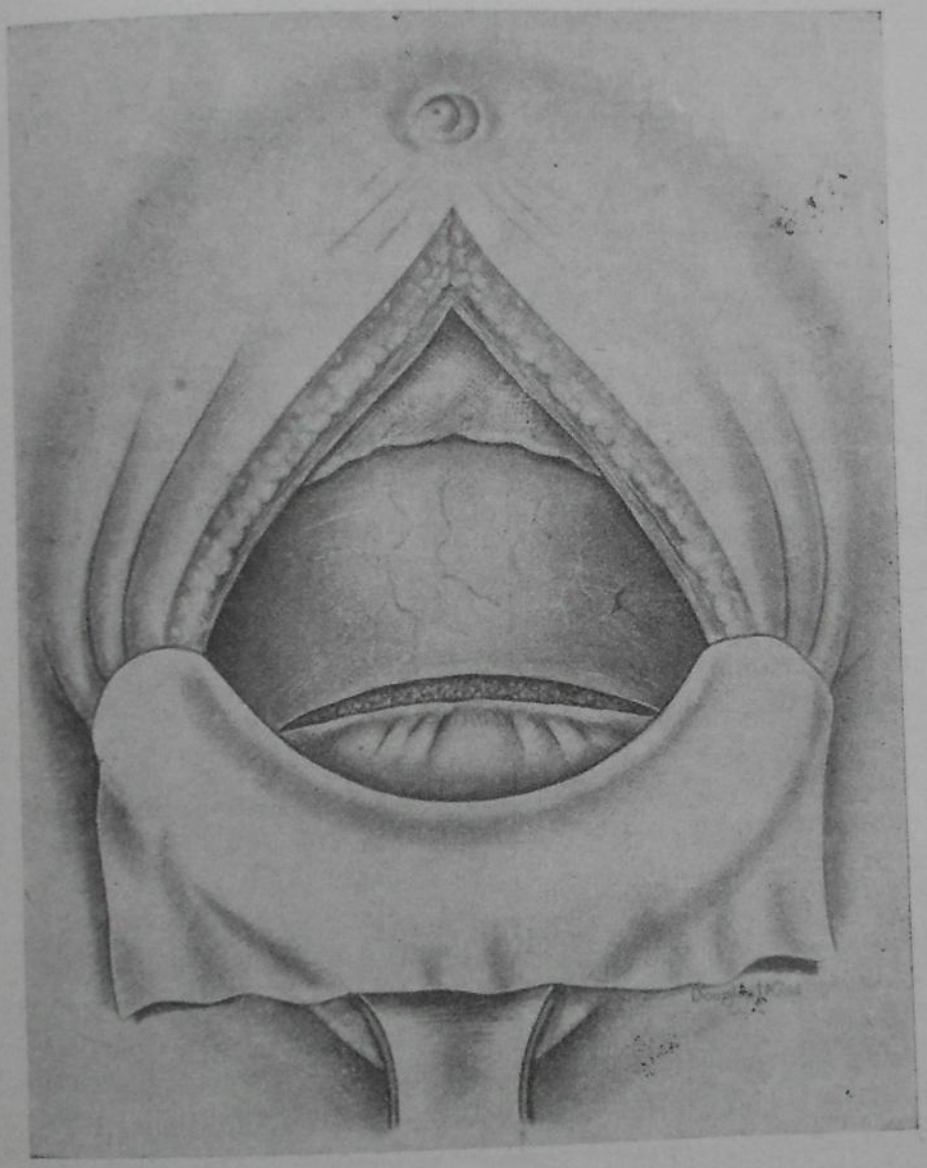


Fig. 4

3.ª — A extração do feto, tempo habitualmente dificil quando se fez a incisão longitudinal, é singela e facilmente exequivel nas histerotomias transversais ou arciformes.

Inúmeras vezes, bastou-me orientar o occiput do feto para a incisão e uma ligeira expressão do útero libertou-o imediatamente. Muitos autores obtiveram a saída espontânea da cabeça pela própria contração uterina, que se sucede à administração do extrato pituitário posterior.

Isso se deve a que, embora a incisão seja menor que a longitudinal, é muito mais elástica e distensivel.

4.ª — A retração uterina após a saída do feto e da placenta é mais eficiente, pela razão de não se terem seccionado as fibras musculares do segmento senão em pequena percentagem. Sendo interessadas as fibras oblíquas e circulares dessa região, — como na incisão longitudinal —, a hemorragia atônica é a regra, pois as fibras do corpo estão em relação direta com elas.

5.ª — Não há senão oportunidade mínima para lesões vesicais. Estará igualmente ausente o esgarçamento da incisão no ângulo inferior, tão frequente quando se executou a histerotomia longitudinal, de síntese precária, porque dificil, quando não passa desapercebido o acidente.

6.ª — Sutura facil, da qual se vê o começo e o fim, podendo a histerorrafia ser cuidadosa e eficaz. Fato que se nota comumente é a redução notavel da linha de incisão, após o esvaziamento do útero, ficando os lábios da ferida perfeitamente em contacto; aumenta a espessura segmentária, com o que há oportunidade para várias camadas de suturas, se se julgar necessário.

7.ª — Durante o postparto e o puerpério, a sutura rigidamente segmentária, beneficia-se de estar na zona passiva do útero; a boa coaptação dos bordos da incisão que havia facilitado a sua síntese, contribue para a excelência da cicatrização, pois a adaptação é natural, não estando forçada apenas pela histerorrafia. FUCHS diz mesmo serem essas condições tão favoraveis, que nem chegam a se formar modificações cicatriciais, isto é, substituição conjuntiva do tecido muscular.

Quanto ao futuro das cicatrizes, no ponto de vista resistência em gestações e partos ulteriores, a consideravel experiência que já existe desse procedimento mostra que ele nada fica a dever à incisão longitudinal, havendo motivos para acreditar (recomposição perfeita da região, sem cicatriz), que lhe seja até superior.

Alguns obstetras, rotineiros a maioria, por convicção muito poucos, continuam fiéis às incisões segmentárias longitudinais.

As principais desvantagens apontadas às incisões transversas seriam:

1) Perigo de hemorragia por interessamento dos grossos vasos, dispostos lateralmente ao útero;

2) Predisposição à trombose e à embolia, por incidirem, incisão e sutura, em zona de vascularização venosa;

3) No caso de supuração, o pus seria lançado no abdômen, superiormente; com a incisão mediana, que se prolonga até

quasi o orifício externo do colo, o pus encontraria facil saída;

4) Formar-se-ia uma cicatriz fraca, mais susceptivel de se romper em parto ulterior, quando o segmento começasse a se distender.

5) A abertura do útero sendo contígua à do peritônio, ofereceria menos proteção.

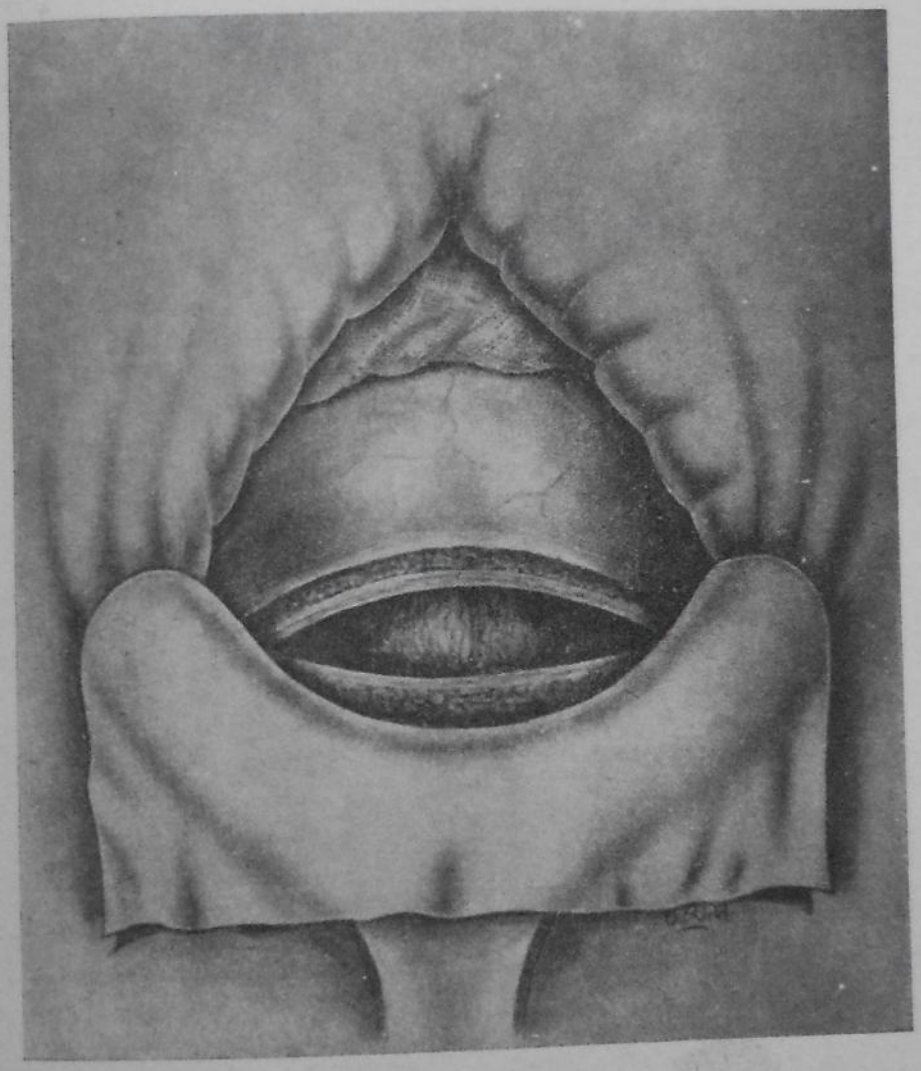


Fig. 5

São todas objeções teóricas, de valor reduzido.

A 1.ª, a mais enunciada, só foi vista em flagrantes exceções, ao fazer-se a histerotomia transversal (VON MICKULICZ RADECKI, lesou uma vez a uterina). Essa possibilidade é completamente evitada com a incisão arciforme, cujas extremidades ficam distantes dos grandes pedículos vasculares.

Eu nunca a vi nos meus casos [9]. MUNRO KERR diz: "*This I have not experienced, except in one case; but I found that the*

(9) Mais de meia centena.

bleeding could be readily controlled by pressure forceps and a ligature".

A 2.ª é infantil, pois a ocorrência de trombose e embolias depende de fatores múltiplos, tambem presentes quando se pratica a incisão longitudinal; da mesma maneira a 3.ª e a 5.ª são conjecturas apenas, sem nada a ampará-las, a não ser a coragem de afirmar...

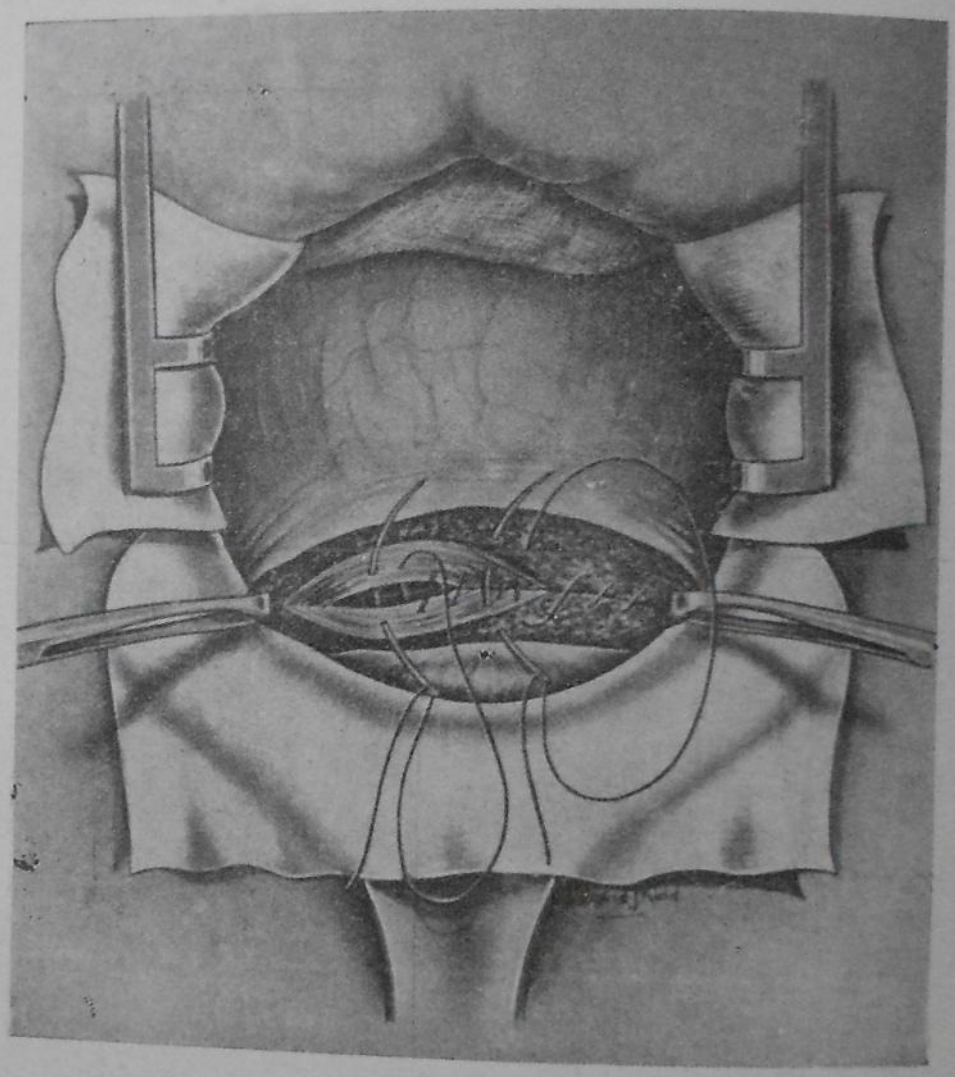


Fig. 6

A 4.ª, emitida por De Lee em 1927, não encontrou até hoje confirmação. Antes, ao contrário (Marshall), pois quando De Lee escrevia isso havia já alguns casos conhecidos de ruptura de cicatriz após a incisão vertical e nenhum em que essa contingência se tivesse observado em seguida à histerotomia transversal.

A técnica de Kerr

Laparotomia mediana infra-umbilical. Proteção da grande cavidade por compressas embebidas em sôro fisiológico. Colocação da valva de Doyen; injeção intramuscular do extrato pituitário

posterior, ou, diretamente no útero. Incisão transversa do peritônio visceral, na prega vésico-uterina, e pequeno descolamento da bexiga, que permite fazer a incisão uterina, — semi-lunar, de cavo inferior —, o mais baixo possivel. Inicia-se a histerotomia pelo centro, sendo ela, em seguida, prolongada lateralmente com a tesoura. A compressão no fundo do útero e o efeito do extrato pituitário são suficientes para libertar a cabeça. Visando diminuir o manuseio, principalmente nos casos supostamente infetados, o polo cefálico pode ter a sua extração auxiliada por um dos ramos do

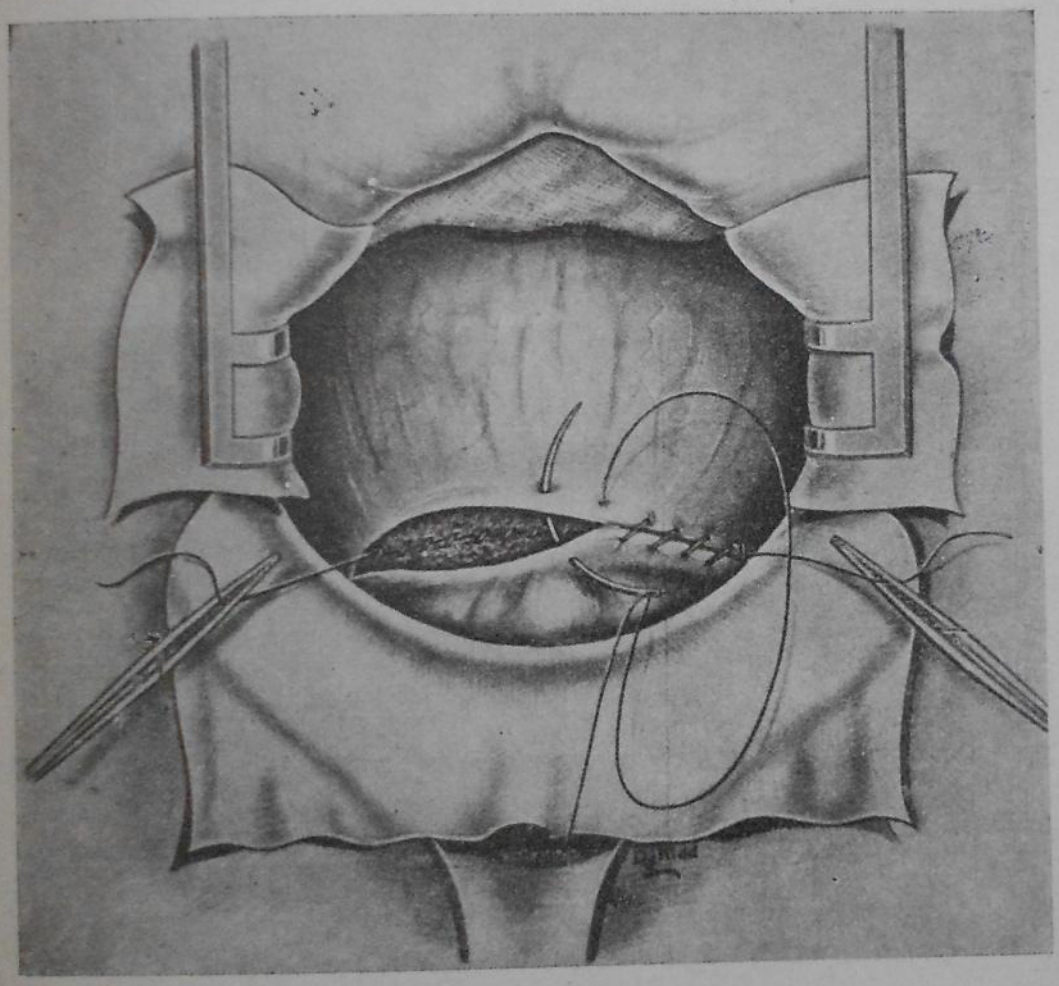


Fig. 7

fórceps ou pela pinça de WILLET. Laqueadura do cordão umbilical, à maneira habitual. Um afastador lateral pode ser colocado para separar os bordos da incisão abdominal.

Se o colo não está bem dilatado, a placenta é extraída por compressão do fundo do útero e tração funicular.

Caso a cérvix esteja bastante permeavel (o que é a regra nas intervenções infetadas ou suspeitas), a placenta e o funículo serão deixados no útero, para serem expelidos "per via naturalis", após o fechamento do abdômen. Fica assim a manipulação intra-uterina reduzida ao mínimo.

Os lábios da histerotomia serão levantados com pinças não traumatizantes, ou com suturas de fio de seda, a serem removidas depois.

Sutura da mucosa, interessando pequena porção da camada muscular, com chuleio de catgut cromado n.º 1, e de maneira a que a mucosa fique incluida na cavidade uterina.

O remanescente da musculatura é aproximado e suturado com nova síntese de catgut n.º 2. O maior cuidado deve ser tomado afim de que haja exata coaptação lateral das extremidades da incisão.

Recomposição do peritônio com catgut n.º 1 ou n.º 0.

Retirada das compressas e fechamento do ventre.

Esta descrição, original de KERR, será melhor compreendida, examinando-se as figs. 4, 5, 6 e 7, que são bem elucidativas.

A nossa maneira de agir segue, nas suas grandes linhas, a técnica que vem de ser exposta.

Em ligeiros detalhes a modificamos:

1.º) Preferimos a incisão arciforme, de cavo superior, pelas razões anatômicas já expostas;

2.º) Auxiliamos a dequitadura por expressão, facilitada que fica, em muito, pela injeção do extrato pituitário, nunca dispensada, e que é feita por via endovenosa, ao momento da histerotomia; quando a expressão se torna penosa, recorremos ao descolamento manual;

3.º) Sistematicamente libertamos a cabeça fetal orientando-a em OP (manobra de GEPPERT), enquanto o auxiliar faz ligeira compressão do fundo do útero. Nunca nos servimos de quaisquer instrumentos para isso.

Quelques aspects du problème de l'operation césarienne

Résumé

La presente publication est une leçon proferée par l'A. dans un cours de perfectionnement. Il s'occupe du problème de l'operation césarienne, au sujet des indications, du cas impur, de l'incision arciforme.

Il se rapporte en particulier au grand méfait qui represente l'elargissement démesuré des indications; il cite à ce propos les Rapports du "Children's Bureau of the U.S.A." ainsi que l'opinion de Winter, Brindeau, Stockel e De Lee. Autrement il cite l'opinion de Max Hirsch qui croît necessaire d'augmenter encore plus les indications de cette opération, puisque en Allemagne seulement il y a un total de 6 mil femmes e 45 mil enfants chaque année, dans les premiers neuf jours après l'accouchement. Cette orientation a conquis l'appui de Doerfler et de von Jaschke.

Par rapport au cas impur, il rapelle les opinions de Winter, Jeannin, Turenne, Sureau, Gall, Moenckenberg et Puga. On doit selon l'A., avoir presente la question de l'integrité des membranes, des manœuvres obstétricales sans succés, la temperature et le pouls, la fétidité du liquide amniotique, et les frissons, avant de se decider à une intervention.

DISTÚRBIOS DO
METABOLISMO DO CÁLCIO
TUBERCULOSE, PLEURISIAS
RAQUITISMO, TETANIA
CONVALESCENÇAS

1 única empôla = q.s. VITAMINA D² para 1 ANO

STEROGYL

15 Mgrs. de CALCIFEROL

LISOGENINA-COLI

— VIA BUCCAL —

BACTERIOFAGOS

Selecionados, de forte actividade litica para bacilos COLI de comprovado poder patogenico.

INDICAÇÕES: Poderoso modificador da flora intestinal e por isso indicado em qualquer estado infeccioso.

LISOGENINA-COLI age por suas propriedades biologicas, não tem nenhuma acção toxica e não apresenta incompatibilidade com qualquer outra medicação.

MODO DE USAR: Diluir o conteudo de uma empola em meio copo de agua, que deve ser tomado de uma só vez, de preferencia em jejum.

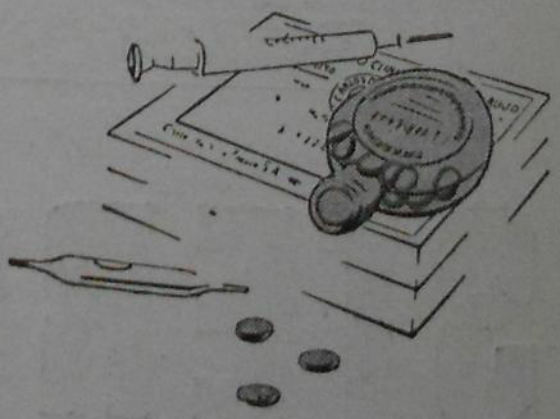
LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO

RUA REPUBLICA DO PERÚ, 75 — RIO DE JANEIRO

HORGYN

Associação do **lóbulo anterior da hipófise, primum movens** da função sexual, ao **extrato de ovário e corpos amarelos,** que age como elemento de suplência.

Insuficiência ovariana em qualquer de suas manifestações e consequências.



Carlos da Silva Araujo, S. A. — Caixa Postal 163 — Rio

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO — L.C.S.A.

Quant à la technique il se montre partisan de l'incision de Kerr modifiée, c'est à dire l'incision arciforme à concavité superieure; pour celá il s'appuie en des raisons d'ordre anatomique qu'il avait exposé au commencement de son travail.

Some aspects of the cesarean section problem

Summary

The problem of cesarean section, particularly indications, low bow-shaped incision, and handling of impure cases, was the subject of a lecture given by the author in a post-graduated course of the "Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro".

Quoting the reports of the "Children's Bureau of the U. S. A.", and the views expressed by Winter, Brindeau, Stoeckel and De Lee, the author refers to the harmful extension of indications. On the other hand, Max Hirch's opinion, considering the widening of indications of cesarean section a necessity, is cited, for, in Germany alone, 6.000 women and 45.000 babies dye on the first nine days after delivery.

This point of view is supported by Doerfler and von Jaschke. Winter, Jeannin, Turenne, Sureau, Gall, Moenckeberg and Puga, are quoted when impure cases are discussed.

Integrity of membranes, in this respect, is to be considered, as well as duration of labor, stage of dilatation, number of vaginal examinations, attempts of fruitless maneuvers, temperature, pulse, foul amniotic fluid and chills.

The author favors Kerr's technique, with a slight change on the incision which, based on anatomical reasons, is made in bow-shape with superior concavity.

Einige Gesichtspunkte über das Problem des Kaiserschnitts

Zusammenfassung

Im Verlauf eines Kurses über das Fachgebiet beschäftigt sich der Verf. eingehend mit dem Problem der Schnittentbindung, bezüglich der Indikationen, der unsauberen Fälle und der bogenförmigen Incision.

Er bezieht sich auf die nachteilige Erweiterung der Indikationen und führt in diesem Zusammenhange die Berichte des "Children's Bureau of the U. S." sowie die Ansichten von Winter, Brindeau, Stoeckel und De Lee an. Andrerseits wird die Meinung von Max Hirsch erwähnt der eine Erweiterung der Indikationen zum Kaiserschnitt fordert, denn allein in Deutschland sterben alljährlich sechstausend Frauen und fünfundvierzigtausend Kinder innerhalb der ersten neun Tage nach der Entbindung. Letztere Richtung wird von Doerfler und von Jaschke unterstützt.

Bezüglich der unsauberen Fälle werden die Äusserungen von Winter, Jeannin, Turenne, Sureau, Gail, Moenckeberg und Puga berücksichtigt. In diesem Zusammenhange müssen besonders Blasensprung, vergebliche geburtshilfliche Manöver, Temperatur und Puls, schlechter Geruch des Fruchtwassers sowie Schüttelfröste in Rechnung gestellt werden.

In Bezug auf Technik bekennt sich der Verf. als Anhänger der Incision nach Kerr, die in einem nach oben offenen Bogen aus anatomischen Gründen modifiziert wird.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

As contrações uterinas da fase terminal da gestação e sua relação com a duração do trabalho de parto. Estudo feito em 129 pacientes com o tocógrafo de Lorand. — MURPHY, D. P. 389

Utero duplo com gravidez — SCHAUFFLER, G. C. 390

Recentes investigações sobre a vaginite gonocócica — RICE, J. L., COHN, A., STEER, A. e ADLER, E. L. 391

O papel da cesária no tratamento do descolamento prematuro da placenta normalmente implantada — MILLER, J. R. 392

A dôr pelviana — MUSSEY, R. D. e WILSON, R. B. 394

Prenhez ectópica — SCHAUFFLER, G. C. e WYNIA, F. O. 394

O emprego dos estrogênios no tratamento da disúria e incontinência nas mulheres na post-menopausa — SALMON, U. J., WALTER, R. I. e GEIST, S. H. 396

Estudo clinico-patológico de 32 casos de corioepitelioma — ACOSTA-SISON, H. e ESPANIOLA, N. 397

Os estrogênios no tratamento da dismenorréia dolorosa — SALADER, J. A. e AHUMADA, J. L. 398

O levantar precoce em obstetrícia — RICCI, G. e PLA PEDRO, C. 399

Flebite da gravidez — LAVARELLO, A. G. 401

Novo método histerográfico (comunicação prévia) — PALAZZO, O. R. 402

Resultados da experimentação clínica no tratamento da blenorragia aguda com derivados acetilados das sulfamidas — CREMONA, R. C. e ALVAREZ, M. 403

Gravidez combinada intra e extra-uterina — MOLFINO, A. H. e SALATINO, A. M. 403

Fibroxantoma do ovário. Oclusão intestinal. — OLASCOAGA, D. M. e CASTRO E. 404

Tuberculose da mucosa endometrial — GIAMPIETRO, A. 405

Pags.

Gravidez tubo-abdominal no 8.º mês. Hemorragia retroplacentária. — ALVAREZ, H. e PIACENZA, G. 405

Síndrome êntero-genital na mulher — CASTAÑO, C. A. 406

Ensaio de um novo analgésico na curetagem uterina — GARCIA, H. M. 406

Nossa conduta terapêutica na eclampsia convulsiva — MATUS, L. 407

Dos erros de diagnóstico em ginecologia. Algumas afecções renais confundidas com lesões anexiais. — CRUZ, H., GARCES, E. e GUZMAN, A. 409

Placenta acreta. Histerectomia subtotal. — JIRON, H. 409

Breves anotações para o tema das hemorragias retro-placentárias e das apoplexias útero-placentárias — TURENNE, A. 410

Câncer do colo uterino e gravidez — GONZÁLEZ CELIS, J. 411

Hemorragias durante o trabalho — SISCO, D. R. e AURRECOECHEA, J. M. 411

Conceito de tumor abdominal. Oncoquiliagnose. — MIRIZZI, P. L. 411

Algumas considerações sobre a ruptura do períneo — FRAGOSO, D. ... 412

Cálculos diverticulares da uretra feminina — ANGLADA, E. 412

Tetania com raquitismo, tratada pela dose única de 15 mgrs. de Vitamina D_2 — (Sessão da Société de Pédiatrie, Paris, 8/7/41) — ("Paris Médical", 40/41, 10 de Outubro 1941).

Seringe, Mande e *Gerbeaux* relatam uma observação feita em um lactente de 18 meses, atacado de tetania convulsiva, com raquitismo evidente e hipocalcemia. Não havia modificação da fosfatemia nem da excitabilidade elétrica; não foi possível pôr em evidência qualquer etiologia.

Após a ingestão da dose única de 15 mgrs. de Vitamina D2 foi observada rápida ascenção da calcemia que se tornou normal dez dias depois; não mais se manifestaram os fenômenos convulsivos e o sinal de Chvostek desapareceu ao cabo de 20 dias; as lesões radiológicas do raquitismo foram atenuadas desde o 17.º dia, desaparecendo em dois meses, apesar da evolução de uma primo-infecção tuberculosa bastante grave.

Lesné insiste sobre o fator regime alimentar, atualmente muito deficiente em cálcio, apresentando dessarte um desequilíbrio fosfocálcico importante na etiologia do raquitismo; verificam-se ainda perturbações da assimilação e da desassimilação do fósforo e do cálcio.

Marfan encontra, na observação relatada, a confirmação da notavel eficácia da dose única maciça de Vitamina D2 no tratamento do raquitismo e da tetania. Lembra, a propósito, que a avitaminose D quasi nunca é de origem alimentar no homem, devendo-se porém notar a atividade da Vitamina D quando administrada exclusivamente por via digestiva.

Cathala confirma a ação da dose única de Vitamina D2 que empregou com sucesso em 4 casos. Insiste sobre essa ação realmente notavel que se manifesta quasi imediatamente prolongando-se, em seguida, durante muitas semanas.

Recentemente, *Paisseau* curou muito rapidamente, com esse método, um caso grave de tetania aguda generalizada.

Clement observa maior frequência de casos de raquitismo e de tetania; estabelece uma comparação entre a ação dos raios ultravioleta, do ergosterol irradiado, administrado em pequenas doses, do óleo de fígado de bacalhau e da dose única maciça de Vitamina D2; admite que, do ponto de vista radiológico, os efeitos dessas medicações são mais ou menos semelhantes; todavia, a ação da dose maciça de Vitamina D é muito mais rápida sobre o estado humoral.

crianças e não foram isoladas umas das outras. Num período de vários anos nenhuma vez se observou a doença numa criança não infetada. Neste sentido e com os mesmos resultados são feitas várias outras observações.

Os A.A. verificaram que, em 50 % dos casos, os pais apresentavam uma infecção gonocócica. Outro modo de contaminação provêm da prática de certos atos resultantes de curiosidade sexual entre as crianças. Trinta e cinco por cento das crianças infetadas entre a idade de 6 anos e a puberdade admitiram o contacto sexual.

Os A.A. admitem ainda o contágio indireto por meio de toalhas, lençóis, termômetros retais, bicos de seringa para clisteres, etc.

Em consequência do longo estudo empreendido os A.A. fazem as recomendações seguintes: as crianças não devem ser excluidas da escola por causa de vaginite gonocócica, exceto durante o período de corrimento vaginal abundante. As curiosidades sexuais entre as crianças deve ser prevenida por meio de uma fiscalização oportuna. O tratamento pelo sulfatiazol deve curar a maioria das crianças infetadas no espaço de poucos dias. Com este modo de tratamento a vaginite em regra não exige hospitalização. As crianças que precisam ser hospitalizadas por causa de complicações ou doenças intercorrentes não necessitam ser colocadas em enfermarias de isolamento. Durante os primeiros dias medidas assépticas devem ser praticadas pela enfermeira. Nos cuidados prestados a uma criança infectada, os dedos ou instrumentos que tiveram contacto com os órgãos genitais, quando não são devidamente limpos, podem infectar outra criança. Na ausência de uma enfermeira trenada e eficiente, o isolamento das crianças em enfermarias separadas é preferivel.

E' importante o exame de pessoas da família para descobrir a fonte de infecção e evitar a reinfecção.

Deve-se ter em mente que as crianças mais idosas podem ter sido infectadas durante a prática de "curiosidades sexuais" ou mesmo como resultado de relações sexuais. — *O. S. L.*

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

O papel da cesarea no tratamento do descolamento prematuro da placenta normalmente implantada *(The role of cesarean section in the treatment of premature separation of the normally implanted placenta)* — MILLER, J. R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Nov. 1941, Vol. 42, N.º 5, pag. 745).

A cesariana sempre se apresentou ao obstetra como o método mais eficiente e rápido para realizar os ditames de GOODALL que, em

1870, fixou os princípios do tratamento do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, com os seguintes termos de THEODORE MAYERN: "Praestantissimum remedium est foetus extractio".

Antigamente, porém, as doentes eram levadas para o hospital após muitas horas de trabalho e em um estado de choque, de forma que todos os antigos tratadistas se referiam a estatísticas de alta mortalidade da cesariana em confronto com o método de parto vaginal.

Durante os últimos fatores se combinaram para reduzir os perigos da cesariana. Os mais importantes destes compreendem o emprego de uma anestesia cuidadosamente individualizada, ministrada pelo mais capaz anestesista possivel. De igual importância é tambem a atitude atual relativamente a operação em doente em estado de choque. Verificou-se que transfusões imediatas e repetidas podem colocar uma paciente, de outra forma em estado desesperador, em condições satisfatórias para resistir a operação.

O A. faz um estudo de 120 casos encontrados nos arquivos dos Hartford Hospital, de 1916 a 1940, e procura descrever a orientação seguida pelo corpo médico daquele hospital nesses casos.

Diz que as indicações para a cesariana no tratamento do descolamento prematuro da placenta normalmente inserida devem ser ampliadas todas as vezes que existirem condições ideais. Em ambiente adequado, a cesariana, mesmo em presença de choque, pode ser empregada com segurança, uma vez que sejam usados métodos adequados para combater o choque, por meio de transfusões e administração de líquidos, e desde que a operação seja praticada com perícia e sob anestesia que preencha as necessidades da paciente e ministrada por especialista.

A experiência de muitos anos no Hartford Hospital demonstrou que a cesariana pode ser empregada sem aumento da mortalidade e sem limitar gravemente subsequentes concepções, e ainda mais que, na presença de um feto vivo, as perdas fetais são grandemente diminuidas.

O A. chama a atenção para a impropriedade de uma divisão puramente anatômica entre seperação prematura da placenta normalmente implantada e placenta prévia.

Diz que a necessidade de extirpação do útero tem sido, sem dúvida, exagerada e que o grupo clínico de Hartford está convencido de que um número exagerado de úteros tem sido extirpado.

Expressa ainda o A. sua esperança de que a observação de lesões precoces com o estudo das lesões vasculares pelos modernos métodos possa trazer uma melhor compreensão da etiologia. — *A. A. S.*

A seguir o A. faz comentários sobre o que seja placenta acreta, expondo as causas que podem levar a esse crescimento anormal em profundidade das vilosidades coriais, a ponto de se inserirem em plena massa muscular uterina. Considera ainda a sintomatologia e o diagnóstico, que é feito apenas no momento do delivramento o prognóstico, variavel segundo a extensão do território afetado, mas sempre de relativa gravidade, principalmente pela hemorragia.

O tratamento é tambem variavel, dependendo da importância das aderências e da extensão do processo patológico. Em alguns casos torna-se possivel uma extração manual cuidadosa, em outros há necessidade de se recorrer a uma terapêutica mais rigorosa, a histerectomia. — *C. A.*

REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE VENEZUELA

Breves anotações para o tema das hemorragias retro-placentárias e das apoplexias útero-placentárias *(Breves anotaciones al tema de las hemorragias retroplacentarias y de las apoplegias utero-placentarias)* — TURENNE, A. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Venezuela*, 1941, Ano 1, Tomo I, N.º 4, pag. 164).

Ante os fatos inegaveis em apoio de uma origem humoral da apoplexia útero-placentária, têm perdido o crédito outras teorias etiopatogênicas como a mecânica, a do desprendimento placentário por repuxamento do cordão ou a de traumatismo direto ou indireto. Entretanto, chama a atenção o A. que não se pode abandonar estas etiologias, pois que de cada uma tem observações em sua casuística.

O A. faz considerações a respeito do termo "normo-placentário", julgando mais acertado falar de "inserção habitual" e não de "inserção normal".

Em relação à terapêutica, julga precipitada e prejudicial às vezes, a intervenção cirúrgica mutiladora, muitos casos exigindo tratamento médico obstétrico que é orientado pelo estado da paciente e pelos sinais clínicos que apresenta.

De suas observações infere que a maior parte das mulheres morre durante o período post-extrativo que segue o tratamento não cirúrgico, devido à inércia uterina que não responde aos agentes ocitócicos físico-químicos porque há lesões das fibras uterinas. Nesse caso, recorda que, com a transfusão sanguínea, a histerectomia vaginal é o único hemostático capaz de salvar a paciente". Antes disto, porém, deve-se submetê-la à prova da adrenalina, para certificar-se da impotência contrátil do útero.

Termina o A. concluindo, entre outras cousas, que deve observar-se com cuidado a marcha clínica do caso; conhecendo todos os métodos terapêuticos aplicaveis para saber no caso o que há de apli-

car; tendo em conta que a maioria dos casos cede com tratamento conservador médico-obstétrico; e ainda, que a maior gravidade está no período post-extrativo, no qual deve-se empregar a terapêutica adequada com a máxima energia, oportunidade e persistência. — *C. A.*

Câncer do colo uterino e gravidez *(Cancer del cuello uterino y embarazo)* — GONZÁLES CELIS, J. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Venezuela*, 1941, Ano I, Tomo I, N.º 4, pag. 170).

Após considerações em torno do tema e apresentação das estatísticas mundiais, o A. expõe duas observações suas, recentes, de câncer de colo concomitante à gravidez. O 1.º, epitelioma espinocelular do colo e gestação no 4.º mês, é resolvido por meio de histerectomia subtotal por via abdominal seguida de irradiação do colo. Morte poucos meses após. No 2.º, como houvesse um feto quasi à termo, contemporizam com irradiações do colo até o parto que se faz por cesária alta, feto vivo. A paciente morre no post-operatório.

Passa em revista a conduta terapêutica aconselhada nos casos de câncer e gravidez, sempre dependente da idade da gestação e as razões que o levaram àquelas condutas nos seus casos. — *C. A.*

Hemorragias durante o trabalho *(Hemorragias durante el trabajo)* — SISCO, DOMINGUES R. e AURRECOECHEA, J. M. — (*Rev. de Obst y Ginec. de Venezuela*, 1941, Ano 1, Tomo I, N.º 4, pag. 194).

Os A.A. relatam a observação clínica de um caso de hemorragia durante o trabalho de parto, produzida pela ruptura de um vaso do cordão numa inserção vilosa.

Descrevem a evolução clínica do caso, a expulsão normal de um feto morto, anemiado. À saída da placenta o seu exame revelou dois vasos do cordão, ramificados no bordo onde se romperam as membranas, rotos.

Fazem, a seguir, considerações em torno da etiologia das hemorragias durante o trabalho e seu prognóstico, seu diagnóstico conveniente e a tempo e a conduta terapêutica a seguir. — *C. A.*

REVISTA DE CIRUGIA (México)

Conceito de tumor abdominal. Oncoquiliagnose. *(Concepto de tumor abdominal. Oncoquiliagnosis.)* — MIRIZZI, P. L. — (*Rev. de Cirugia*, México, Nov. 1941, Vol. XIII, N.º 3, pag. 139).

Procura o A. fazer ressaltar, no diagnóstico dos tumores abdominais (oncoquiliagnose, como prefere chamar), a grande impor-

Ano VII JUNHO DE 1942 Vol. 13 - N.º 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 226 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano VII JUNHO DE 1942 Vol. 13 - N.º 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Afkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

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, 226 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Junho de 1942 | Vol. 13 — N.º 6

SUMÁRIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAIS

Um caso de "Ulcus Vulvae Acutum Lipschütz" — DR. ACACIO DA COSTA SANTOS 413

Sobre uma operação de Coffey — DR. ORLANDO GALVÃO 424

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Indicações terapêuticas dos hormônios gonadotrópicos — DR. A. VESPASIANO RAMOS 429

EDITORIAL

Reação sôro-espermática e esterilidade 440

NOTAS E COMENTÁRIOS

Prof. Dr. Joseph Bolivar De Lee 443

Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina — "Serviço Augusto Brandão" 444

Livre docência na Faculdade Nacional de Medicina 445

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Anais do "Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia" — PROF. ARNALDO DE MORAES, Presidente 446

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da décima-terceira sessão extraordinária 448

Ata da quadragésima-primeira sessão ordinária 449

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

Disgerminoma num pseudo-hermafrodita — LONG, C. H., ZISKIND, J. e STORCK, A. H. 451
Mecanismo da obstrução ureteral no prolapso do útero — LIEBERTHAL, F. e FRANKENTHAL, L. 452
História e estado atual da oxigenoterapia e da ressuscitação — FOVELL, R. M. e REMLINGER, J. E. 452
Distrofia adiposo-genital — KUNSTADTER, R. H. 454
Problemas ginecológicos da adolescência — NOVAK, E. 456
O papel da iso-imunização na patogenia da eritroblastose fetal — LEVINE, P., BURNHAM, L., KATZIN, E. M. e VOGEL, P. 457
Modificações histológicas do ovário consequentes à administração de gonadotropina — GREENBLAT, R. B. 458
Complicações do tratamento do carcinoma do colo pela irradiação — COSBIE, W. G. 460
A terapêutica pela pregneninolona oral na hemorragia uterina funcional — WIESBADER, H. 461
As contrações uterinas na dismenorréia — BICKERS, W. 462
Sinergia entre os extratos hipofisários e as gonadotropinas coriônicas — GUSMAN, H. e GOLDZICHER, A. M. 464
Alterações nas artérias do útero de ratas ooforectomizadas — KAHN, J. R. e LAIPPLY, T. C. 465
Analgesia e amnesia em obstetrícia — CONN, L. C. e VANT, J. R. 466
Aplicação terapêutica das suspensões de estrona — FREED, S. C. e GREENHILL, J. P. 468

Pags.

Administração oral de metil-testosterona em ginecologia — BERLIND, M. 469
Tipos de motilidade uterina — BICKERS, W. e MAIN, R. J. 470
Tratamento cirúrgico da amenorréia em um caso de ovário branco — PERALTA RAMOS FILHO, A. 471
Ovariectomia bilateral durante a primeira metade da gravidez com parto a termo — PERALTA RAMOS FILHO, A. e COLOMBO, E. 472
Nossa experiência com o sulfato de magnésio no tratamento da hiperemese gravídica — NÖLTING, D. E. e CASO, R. 473
Fundamentos físio-patológicos do tratamento da infecção puerperal — BRIQUET, R. 474
Pseudo hérnia perineal — PAULOVSKY, A., BRANCO, J. A. e POLAK, M. 475
A drenagem de Mikulicz na cesária em caso impuro — FERRARI, R. e SALA, S. L. 475
Uso do espéculo de madeira na diatermo-coagulação uterina — BOTTARO, L. P. 476

BROMOGARDENO. E' farmacologicamente bem interessante a ação sedativa e antiespasmódica do Bromogardeno. O seguro efeito calmante desse preparado não está em relação com a dose baixa de cada um dos seus componentes. A diferença dos seus pontos fisiológicos de ataque conduz, entretanto, a uma potenciação surpreendente do efeito. À ação sedativa do fenobartital sobre os centros subcorticais associa-se o efeito calmante da beladona sobre o sistema parasimpático, e a sedação central, esta última reforçada ainda pelo brometo de cálcio. O efeito espasmolítico desses componentes, sobre a musculatura lisa é bem conhecido. Merece, porem, destaque a ação seletiva do ácido feniletilbarbitúrico sobre a córtice motor na **epilepsia.** Explica-se assim a excelente eficácia do BROMOGARDENO nos estados de **angustia,** no nervosismo, na insônia e nas psiconeuroses. E' excelente o seu efeito na epilepsia. Bons resultados foram obtidos na **nevrose cardíaca** e, como coadjuvante, na **angina do peito.** A Krinos Ltda., caixa 556, Rio, está à disposição dos snrs. clínicos com literatura e amostras do Bromogardeno.

Após ooforectomia há alterações em todas as camadas do útero. O órgão se torna delgado, endurecido, fibroso e a cavidade diminue de tamanho. O epitélio endometrial passa de cilíndrico a epitélio chato cubóide. Numerosas glândulas tornam-se císticas e contêm uma substância homogênea e que se cora em róseo escuro. O estroma endometrial compacto e fibroso. O miométrio mostra-se mais fino do que no estado normal e desenvolve-se um tecido jovem fibroso entre os feixes musculares. As células musculares lisas diminuem de tamanho.

No útero normal, entre as camadas musculares circular, interna, e longitudinal, externa, há uma zona composta de pequena quantidade de tecido conjuntivo, disposto em fibras, na qual encontram-se numerosos vasos sanguíneos e linfáticos. Após ooforectomia o tecido perivascular torna-se denso, homogêneo e em parte hialinizado. Os linfáticos são menos proeminentes; os vasos sanguíneos são menos numerosos, suas luzes diminuidas e as paredes mais espessadas. Este espessamento é devido a alterações nas túnicas média e adventícia. O tecido perivascular dispõe-se em espiral em torno dos vasos, constringindo-os. Em alguns vasos há numerosas camadas de fibras elásticas entre as células da túnica média. Não da duplicação nem da túnica interna, nem da externa. Não há alteração demonstravel na íntima. E' impossivel dizer se o aumento de espessura da média e a diminuição da luz sejam devidos a proliferação das células musculares ou a constrição das paredes dos vasos pelo tecido que os envolve. Após ooforectomia não houve alteração na espessura das paredes das veias, nem a túnica elástica se torna mais distinta.

Nas ratas não se desenvolve artério-esclerose espontaneamente e as alterações arteriais do útero atrófico só são semelhantes as encontradas no ser humano talvez por serem produzidas pela mesma causa. — *A. V. R.*

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Analgesia e amnesia em obstetrícia *(Analgesia and amnesia in obstetrics)* — CONN, L. C. e VANT, J. R. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Dez. 1941, Vol. 49, N.º 12, pag. 650).

Os A.A. se propõem a fazer uma revista dos métodos atualmente usados, no propósito de determinar a analgesia e a amnesia no trabalho de parto. Inicialmente relembram que o advento dos barbitúricos, em 1926, aumentou o número das drogas empregadas para esse fim. Apesar da grande difusão desses remédios, há ainda um grande número de obstetras que reputam a analgesia e a amnesia perigosas em obstetrícia.

Citam os trabalhos de EASTMAN sobre o efeito dos vários anestésicos no estado de saturação do oxigênio no feto, de WILSON, TORREY e JOHNSON que demonstram que menos de 5 volumes por cento de oxigênio, na veia umbilical, é acompanhado de sinais de asfixia; de SNYDER e ROSENFELD sobre o fato da respiração fetal ser anterior ao nascimento, iniciando-se na vida embrionária. Referem-se tambem a que BUNDENSEN e outros atribuem ser a analgesia do parto fator de mortalidade neonatal; SCHREIBER, que estabeleceu poder a asfixia fetal determinar no cérebro do recém-nascido lesões permanentes.

Nos relatórios da Associação Americana para o Estudo das Deficiências Mentais, encontra-se uma interessante discussão sob o título deficiência mental devida a asfixia paranatal. Num grupo de 252 crianças estudadas por SCHREIBER com deficiência mental, 176 apresentaram história de asfixia, ao nascer, sem relação com o tipo de parto, a prematuridade, a maturidade fetal ou a gemelidade.

CLIFFORD e IRVING acentuam que nenhum método de alívio materno é sem perigo para o feto. LUND, estudando a asfixia fetal, em 2.006 partos consecutivos, verificou que o fator mais frequente era a prematuridade associada ao emprego de drogas analgésicas e anestésicas. Em 10 casos de lesões permanentes do sistema nervoso central, cinco tinham apresentado asfixia no nascimento. KRETZSHMAR nega efeitos demonstraveis dessas drogas no cérebro do feto. McPHAIL, procurando estudar as causas da demora da respiração fetal, em 1.005 partos, acentua que parto anormal, prematuridade, ruptura precoce das membranas, fórceps profilático, anemia materna, expulsão demorada, parto rápido e drogas analgésicas aumentam a incidência da apnéia neonatal. Seu estudo sugere que a anoxia e suas consequências sobre as lesões cerebrais devem ser evitadas, ainda que a apnéia exista.

Os A.A. acentuam que há outras causas determinantes da asfixia fetal e que talvez haja uma grande tendência a atribuir aos sedativos esse acidente. Os efeitos maléficos da anestesia geral são conhecidos. O protóxido de azôto deve ser administrado de forma a que o oxigênio seja mantido num mínimo de 15 e preferivelmente 20 ou mais por cento. A anestesia local deve ser mais usada. Ao feto deve-se administrar oxigênio, sempre que haja engulido líquido amniótico, etc.

Faz-se mister tambem uma educação do público, para que este não exija demais o parto sem dôr. A paciente deve ser preparada mentalmente pelo médico-assistente e isso é uma magnífica oportunidade para que se lhe explique o que pode ou não ser feito com segurança. E' mister que compreenda que, se não lhe foi dado muito alívio no parto, foi porque se fazia necessário atender a sua segurança e do seu filho.

Revendo o assunto, os A.A. visaram acentuar que certos princípios gerais devem ser tidos em vista, adaptaveis às técnicas pessoais,

de forma a diminuir os riscos maternos e fetais. "Contudo, dizem os A.A., a medida do nosso progresso deverá ser julgada somente por uma avaliação constante, sistemática e imparcial de nossos resultados". — *A. M.*

CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Aplicação terapêutica das suspensões de estrona *(Therapeutic use of estrone suspensions)* — FREED, S. C. e GREENHILL, J. P. — (*Clinical Endocrinology*, Dez. 1941, Vol. I, N.º 12, pag. 983).

Os estrogênios naturais são destruídos ou inativados pelo fígado, de modo que, além de serem absorvidos rapidamente, sua ação dura pouco tempo. A absorção dos estrogênios pode ser retardada: a) pela combinação química com ácidos gordurosos; b) pela dissolução em um meio que é lentamente absorvido, tal como o óleo; c) pela deposição do material cristalizado diretamente dentro dos tecidos.

Para fins terapêuticos, a implantação de cristais de estrogênios parece ser o método de administração mais eficiente.

Não obstante, há certa hesitação da parte de muitos médicos em empregar este método que requer técnica especial.

Os A.A. contudo, utilizaram o princípio de implantação de estrogênios cristalizados, de um modo que não sacrifica a praticabilidade de simples injeções. Este modo consiste numa suspensão de cristais de estrona em um meio aquoso. Depois da injeção, o meio aquoso é rapidamente absorvido deixando um depósito de cristais, nos tecidos, para serem absorvidos lentamente, como sucede na implantação.

As experiências procedidas revelaram que o estro produzido em roedores impúberes com esta preparação, persistiu por um tempo muito maior do que as injeções da mesma dose de estrona em solução oleosa ou mesmo em suspensão oleosa.

Os A.A. puderam verificar a eficiência terapêutica das suspensões aquosas, tratando pacientes em menopausa. Serviu-lhes de critério de julgamento as alterações da frequência e intensidade dos fogachos. O período em que as pacientes não apresentavam o sintoma, sem tratamento, foi tomado como um índice de eficiência do preparado. Administraram 5 mg. de estrona em suspensão aquosa, uma vez por semana, durante três semanas, a um grupo de 44 pacientes com sintomas típicos de menopausa. Para comparação, um grupo de 21 pacientes, recebeu 5 mg. de estrona em suspensão oleosa. Doze das 44 pacientes se beneficiaram durante períodos de 10 ou mais semanas. Apenas uma se beneficiou por um período menor

Diz que, quando uma alteração funcional cria estados anatômicos impossiveis de melhorar por meios medicamentosos, a cirurgia pode e deve ser empregada em seu auxílio.

Cita vários autores que têm falado no tratamento cirúrgico das alterações do ciclo genital.

O ovário branco se encontra dentro da possibilidade cirúrgica, porém, não se deve esquecer que o quadro anatômico do ovário branco, parece ser consequente a um transtorno funcional e persistente da hipófise, diz o A.

Cita a opinião de ROBINSON, sobre o êxito que se obtem com a operação do ovário branco.

Diz que ainda não são precisas as causas da formação do ovário branco, podendo, contudo, se pensar que haja insuficiência de gonadotrofina hipofisária, acompanhada, quiçá, de uma perturbação córtico-suprarrenal.

Não havendo, portanto, estímulo suficiente sobre o ovário, até certo ponto, evita que os folículos cheguem à periferia, e assim não é mobilizada a cortical do ovário que se espessa em sua albugínea, apresentando folículos pequenos e imaturos.

Termina dizendo que, a disfunção hipofisária persiste, embora melhorada depois do tratamento cirúrgico, e que deve ser estimulada a atividade do ovário, não só com a gonadotrofina coriônica, ou pela foliculina, reforçando a sua ação pela estimulação física da hipófise com ondas curtas, ou aplicando ao mesmo tempo preparados hipofisários para ativarem sinergicamente com a gonadotrofina coriônica. — *A. F. S.*

Ovariectomia bilateral durante a primeira metade da gravidez com parto a termo *(Ovariectomia bilateral durante la primera mitad del embarazo con parto a término)* — PERALTA RAMOS FILHO, ALBERTO e COLOMBO, EMILIO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Dez. 1941, Tomo XX, N.º 12, pag. 656).

Relatam os A.A. o caso que tiveram ocasião de observar, de uma mulher de 36 anos, no terceiro mês e meio de gravidez, na qual foi diagnosticado quisto bilateral do ovário e operada pelos A.A., tendo evoluido a gravidez com parto a termo.

O escopo dos A.A. é demonstrar que em uma mulher, durante a primeira metade da gravidez, a ovariectomia bilateral não prejudica a evolução da prenhez, porque a foliculina da gestação é segregada pela placenta, o que está provado por inúmeras dosagens efetuadas em grávidas com inexistência dos ovários.

BIBLIOTECA

Citam autores vários que provam a presença de hormônio folicular na placenta e mesmo que estas contem mais hormônio folicular que o ovário.

Supunham alguns autores que a placenta retinha esse hormônio, mas, as experiências vieram provar que não; que a placenta produzia o hormônio folicular. Essas experiências demonstraram que a placenta é um órgão endócrino secretor de hormônio folicular.

Com relação ao hormônio do corpo lúteo, o mesmo aconteceu, e ficou demonstrado que a placenta tambem produz este hormônio.

Em 34 observações compiladas por ASDEL, em ovariectomias bilateralmente, entre o primeiro e o sexto mês de gestação, foram registadas 4 interrupções e isto aconteceu porque provavelmente a intervenção foi praticada antes do segundo mês.

Depois de alguns comentários, concluem que o corpo lúteo é essencial à conservação da gravidez, mas esta necessidade diminue à proporção que a prenhez evolue e a placenta passa a exercer função hormonal; e assim, dizem os A.A., está demonstrado de forma cabal, que a placenta elabora foliculina e progesterona e que a ovariectomia dupla na primeira metade da gravidez não perturba a evolução da mesma. — *A. F. S.*

Nossa experiência com o sulfato de magnésio no tratamento da hiperemese gravídica *(Nuestra experiencia con el sulfato de magnesio en el tratamiento de la hiperemesis gravídica)* — NÖLTING, DAVID E. e CASO, ROGELIO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires,* Dez. 1941, Tomo XX, N.º 12, pag. 670).

O tratamento da hiperemese gravídica pelo sulfato de magnésio foi sugerido aos A.A. pelo que lhes foi dado observar do seu emprego como antiemético, por vários autores, em casos diversos e bons resultados.

Assim, RAIMONDE, SANGIOVANNI e CAMPONOVO, em 1936, comunicam 25 casos de vômitos na tosse emetizante de tuberculosos, em que o sulfato de magnésio é um recurso terapêutico eficaz.

R. L. RIJETTO e L. E. CAMPONOVO, nas Jornadas Sul-americanas, no Rio de Janeiro, em 1937, comunicam o emprego do sulfato de magnésio nos vômitos dos tuberculosos, no post-operatório, na post-raquianestesia, na hipertensão endocraniana e em poucos casos de hiperemese gravídica; em todos os casos os resultados foram satisfatórios.

Fazem em seguida longas considerações, mostrando a ação do sulfato de magnésio como antiemético, a sua eliminação, vias de introdução e contraindicação, aliás, uma única que é a insuficiência cárdio-circulatória.

Considera imprudente levar o produto diretamente na cavidade do útero puerperal, a não ser nos casos de cesária, impuros, em que é aconselhavel e de grande eficácia, a aplicação local e na cavidade pélvica, de sulfanilamida em pó.

Estuda a seguir os acidentes possiveis da aplicação dos sulfaminados e o modo de combatê-los.

Nas infecções pelos estafilococos dourado e coli, acha que não se deve abandonar o uso do bacteriófago.

Nas infecções por anaeróbios, o tratamento compreende a sulfamidoterapia e o sôro anti-gangrenoso associados. — *C. A.*

LA REVISTA DE MEDICINA E CIENCIAS AFINES

Pseudo hérnia perineal *(Seudo hernia perineal)* — PAULOVSKY, A., BRANCO, JUAN A. e POLAK, M. — (*La Rev. de Med. y Ciencias Afines*, Dez. 1941, N.º 12, pag. 889).

Os A.A. estudam o caso clínico de uma paciente que apresentava os sinais físicos, embora não os funcionais, de uma hérnia perineal posterior esquerda. O estudo radiológico não revelou dados de interesse, não se observando sacos herniários pelo pneumo-peritônio.

Operada por via abdominal, encontraram uma grande massa tumoral extra-peritoneal, pelviana, que dissociando os feixes musculares do elevador do anus, se alojava no espaço ísquio-retal, fazendo procidência no períneo.

O estudo anátomo-patológico realizado especialmente baseado nas impregnações argênticas de DEL RIO HORTEGA, demonstrou que a neoformação, originada provavelmente no tecido conjuntivo do diafragma perineal, correspondia a um mixo-histiocitoma angromatoso.

Terminam os A.A. fazendo considerações a respeito do caso e o diagnóstico diferencial com outros tumores. — *C. A.*

A drenagem de Mikulicz na cesária em caso impuro *(El drenaje de Mikulicz en la cesarea del caso impuro)* — FERRARI, ROBERTO A. e SALA, SILVESTRE L. — (*La Rev. de Med. y Ciencias Afines*, Dez. 1941, N.º 12, pag. 901).

A patogenia da infecção do peritônio consecutivamente às operações cesarianas nos casos impuros, indica que tal processo pode produzir-se em duas oportunidades: durante o ato operatório por

disseminação peritoneal do líquido intra-uterino, ou mais tarde, por dehicência da ferida uterina e passagem do seu conteudo séptico para a cavidade.

Para o 1.º caso, entre outras medidas tem-se utilizado a drenagem de MIKULICZ e sobre ela os A.A. apresentam uma estatística de 43 casos de suas experiências.

Obtiveram os A.A. bons resultados, tendo tido apenas 2 casos de morte por peritonite e quando associaram a proteção da grande cavidade peritoneal pelo processo de LEÓN, o êxito foi total. — *C. A.*

BOLETIN OFICIAL DE LA LIGA URUGUAYA CONTRA EL CANCER GENITAL FEMININO

Uso do espéculo de madeira na diatermo-coagulação uterina *(Uso del especulum de madera en la diatermia coagulación uterina)* — BOTTARO, LUIS P. — (*Bol Oficial de la Liga Uruguaya Contra el Cancer Genital Feminino*, 1941, Ano XVI, N.º 56, pag. 1).

O A. pratica correntemente, desde 1924, como meio inicial do tratamento do neoplasma cervical, a diatermo-coagulação do colo uterino.

O estado séptico habitual do câncer do colo explica as numerosas complicações sépticas que acompanham as aplicações de radium ou mesmo as intervenções cirúrgicas no tratamento dessa lesão uterina. Do conhecimento dessa septicidade nasceu a noção de não se fazer a curieterapia sem proceder primeiro a depuração desse estado séptico.

De todos os processos usados pelo A., o que lhe tem proporcionado melhores resultados é a diatermo-coagulação profunda até atingir os tecidos resistentes do útero. Mas a elevação térmica desenvolvida ao nivel do ponto de coagulação é tão alta, que produz um desprendimento de gases de temperatura muito elevada e que ao sair em coluna da vagina produzem queimaduras desse canal e da vulva. Para evitar esse inconveniente o A. imaginou e mandou executar espéculos de madeira, de formato semelhante ao do de FERGUSON, tendo um pavilhão mais alargado para melhor proteger a vulva. Com esses espéculos de madeira o A. poude evitar o inconveniente das diatermo-coagulações profundas do câncer do colo do útero como tempo preliminar para o tratamento radical. — *O. S. L.*

Ano VII JULHO DE 1942 Vol. 14 - N.º 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

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, 226 - 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

U. F. R. J.
FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII — Julho de 1942 — Vol. 14 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Pags.

Hyperplasia of the endometrium — PROF. DR. THOMAS S. CULLEN ... 1

Cisto ponciliar (Hemorragia de um cisto corado pela eritrosina B) — DRS. SARITA RABIN e HENRIQUE DUCK ... 12

A apendicite em ginecologia — DRA. CYNERIA FERNANDES ... 22

Gravidez extíngue o tumor — PROF. DR. OCTAVIO DE SOUZA ... 26

EDITORIAL

Acêrca do "sinal de Cullen" ... 33

NOTAS E COMENTARIOS

Prof. Dr. Thomas S. Cullen ... 38

Uma crítica humana sôbre a "Semiologia da mulher" ... 40

2.ª Semana Paulista de Endocrinologia ... 41

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Tratado Científico del Doctor Enrique Pinero ... 43

As Doenças Transmissíveis no Rio de Janeiro — J. P. FONTENELLE ... 44

RESUMOS

(Ver índice geral).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

KRINOS

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

Rio de Janeiro

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE FLUMINENSE
DE MEDICINA
SERVIÇO DO PROF. DR. OCTAVIO DE SOUZA

GRAVIDEZ ECTÓPICA A TERMO *

PROF. DR. OCTAVIO DE SOUZA
Professor Catedrático de Clínica Obstétrica

O registro dessa observação pareceu-me interessante, por se tratar de fato pouco frequente e principalmente por ter sido possivel um exato diagnóstico prévio.

Servirá ele para que se avalie o como importa nesses casos o concurso da *histerossalpingografia*, que presta os melhores serviços atualmente e da qual não se deve prescindir, desde que o raciocínio clínico conduza o técnico para a possibilidade da gravidez ectópica em evolução.

Como se vai ver pela descrição do fato clínico, tudo se esclareceu definitivamente, com a referida prova radiográfica, que permitiu destacar claramente o feto fora da cavidade uterina.

Além disso, foi ainda possivel confirmar o diagnóstico de feto morto e assim colocar mais à vontade o técnico, para execução do ato cirúrgico.

Observação

S. A. S., 23 anos, branca, internada na Maternidade da Faculdade Fluminense de Medicina, sob o n.º 717-a.

Entra no serviço, transportada pela Assistência, por não sentir mais movimentos fetais, havia uma semana. Tinha estado na Clínica um mês antes e obtivera alta, sem ter dado à luz, mas sentira muitas dores e perdera um pouco de sangue.

O exame feito pelo interno de plantão, desta vez, informa o seguinte: Ventre doloroso ao palpar, mas não muito tenso; altura do útero diminuida em relação à idade da gravidez; não se ouvem batimentos cardíacos fetais.

---

* Comunicações à Sociedade Brasileira de Ginecologia e à Academia Nacional de Medicina.

Colo dilatado para um dedo, mediano, com 1,5 cm. de comprido. *Não fiz diagnóstico de apresentação*. Pulso 130. Temp. 38. Estado gripal — evidente.

Permanece no serviço uns dias medicando-se do surto gripal.

O exame feito pelo Chefe de Clínica Dr. José Mendonça está assim redigido: Colo comprido, atrás da sínfise; fundo-de-saco posterior cheio; a percussão do tumor com os dedos vaginais se transmite ao fundo deste percebendo-se pelo palpar; o colo não participa na manobra. Delibera fazer, para confirmação do diagnóstico, uma histerossalpingografia, pensando, porém, já em gravidez ectópica, em vista do falso trabalho e do próprio exame clínico.

Por minha vez, examinei a mulher, sendo então informado do *falso trabalho* já havido. O palpar indicou a presença de um tumor volumoso do ventre, ocupando o meso e o hipogastro, o nivel a alguns centímetros da cicatriz umbilical. O toque combinado revela: útero pequeno, recalcado contra a parede

Fig. 1

Fig. 2

posterior da sínfise, com o colo fechado inteiramente; fundo-de-saco posterior ocupado por um tumor de consistência fluida; a pressão exercida no ponto mais acessivel desse fundo-de-saco se transmite até o fundo do tumor. Confirmei o diagnóstico de cisto fetal, resultante de gravidez ectópica, provavelmente abdominal secundária, o que se tornava facil com o concurso do filme radiográfico já então pronto. Como se via por este, o útero estava pequeno, a trompa esquerda aumentada, a direita normal e percebia-se nitidamente a forma radiográfica de um feto a termo morto. (Vêm-se bem nas figuras 1 e 2 os sinais de Spalding, Spangler e Stein Arens).

A *intervenção* realizou-se duas semanas após. Não havia urgência, aliás, porque o feto estava morto. Correu sem acidentes, do melhor modo — Laparotomia. Proteção do campo operatório por compressas amplas. Abertura do cisto, jorrando certa quantidade de liquidos sero-sanguinolento. Afastando

bem os lábios da incisão encontro o feto dobrado com a nádega para baixo. Retirei-o pelo braço. Logo depois deparei com a placenta discóide, inserida na parede posterior do útero. Pude descolá-la facilmente e retirá-la íntegra, sem causar qualquer perda sanguínea. O útero está pequeno; anexo esquerdo bem aumentado, o direito normal. Pinçando as paredes do cisto e procurando planos de clivagem, consigo descolá-lo e extirpar o saco, o que é feito com certa facilidade, indo-se, aliás, até o Douglas. Resseco o anexo esquerdo aumentado, a trompa direita e o apêndice. Fecho o ventre em três planos, sem drenagem. Período post-operatório sem incidentes. Alta, curada.

Comentários

O registro do caso, como já fiz sentir, justifica-se em primeiro lugar por não ser frequente. A gravidez ectópica, sabidamente muito mais vezes interrompe-se nos acidentes da ruptura cataclísmica ou do abôrto tubário com hematocele consequente ou com hematossalpinge. E' o que estamos todos habituados a observar. Ir a termo é fato pouco comum. Na literatura mundial, desde os tempos remotos, contam-se, segundo as afirmativas dos autores, umas três a quatro centenas de casos.

O segundo motivo é por se ter podido positivar previamente o diagnóstico. Deve-se salientar o grande concurso da radiologia. Todavia, esse meio semiológico foi mais propriamente um elemento confirmador, porque já havia meios para se firmá-lo. Não há negar, entretanto, o bom concurso que ele trouxe, permitindo localizar o esqueleto e mostrar a independência do útero.

Mas o comentário, visa tambem o ato cirúrgico e o diagnóstico da espécie da prenhez ectópica.

A operação devia correr bem, como correu. Morto o feto, como se sabe, ela se facilita. Os acidentes, via-de-regra, decorrem do ovo vivo por causa da placenta. O perigo está na hemorragia provocada pelo descolamento desta, com grandes dificuldades para hemostase, porque está, via-de-regra, inserida em órgãos muito vascularizados. Pelo que, muitas vezes, fica-se forçado a deixá-la no ponto onde está, ou fechando-se o saco, para ser reabsorvida ou usando-se o recurso da marsupialização com drenagem.

Com o ovo morto, porém, isso não se dá. Tanto que no caso, foi de propósito deliberado, que esperei um pouco mais tempo, para operar em condições de poder conseguir a retirada da placenta sem hemorragia, o que, aliás, sucedeu como se esperava.

Enfim, quanto à espécie da prenhez ectópica, tenho a impressão de gravidez abdominal secundária. Naturalmente não poderia pensar em gravidez abdominal primitiva. Cousa extremamente rara, seria preciso para tal, não se encontrarem vestígios de ruptura ou cicatrizes nos anexos ou no útero. Aliás, é sabida a rápida fago-

citose dos espermatozóides no ventre, como é impróprio o endotélio peritoneal ao fenômeno da nidação e ainda como é dificil ao ovo encontrar condições favoraveis para se nutrir, enquanto não adquiriu capacidade de implantação. O fenômeno é assim quasi impossivel de verificação. Fica-se até admirado, como existiu o caso de JACQUIN, citado por BRINDEAU. Mas dele não se pode duvidar, dadas as provas clínicas — encontro no Douglas de um pequeno coalho que era de fato o ovo — e histopatológica, após necrópsia, cortado o ponto lesado, verificação de vilosidades. Tratava-se de ovo de um mês a seis semanas no máximo.

No meu caso, porém, a cousa não poderia ser senão a forma secundária da gravidez abdominal. Mas qual o mecanismo ? Seria que primitivamente a nidação fôra na zona ampolar da trompa e deslocado o ovo, teria caído na cavidade peritoneal e nela se enxertasse secundariamente em qualquer ponto declive ?

Não creio ter sido esse o mecanismo, aliás o de exceção. A placenta discóide, inserida na parede posterior do útero, parecia-me à visão macroscópica, guardar algo de relação com a trompa esquerda, evidentemente aumentada de volume. Parece, pois, que fôra nela a nidação e que o desenvolvimento continuara depois no peritônio, sem se ter desprendido de todo de sua inserção inicial.

São conjecturas, já se vê, mas aceitaveis até certo ponto. Infelizmente, não pude obter, por motivos independentes da minha vontade, o exame anátomo-patológico do anexo retirado, o qual poderia desvendar, de algum modo, o mistério e transformar em afirmativa categórica, essas conjecturas que faço sobre o mecanismo.

Aceito, todavia, dos meus doutos colegas, sugestões a respeito.

Grossesse éctopique à terme

Résumé

L'A. a fait à la "Sociedade Brasileira de Ginecologia" le rapport d'un cas de grossesse éctopique à terme, chez une patiente agée de 23 ans. La patiente avait déjà passé par la clinique un mois auparavant; elle avait soufert des vives douleurs et presenté quelques pertes de sang sans accoucher.

Retournée chez elle ne ressentait plus des mouvements fetaux, il y avait une semaine. À l'aide de l'hystérosalpingographie on a pu poser le diagnostic d'une grossesse éctopique.

L'intervention n'a été practiquée que deux semaines plus tard avec guérison de la malade. Il s'agit, selon l'A., d'un cas de grossesse abdominale secondaire. Il justifie son rapport par la moindre fréquence de tells échéances.

Ectopic pregnancy at term

Summary

A case of ectopic pregnancy brought to term in a 23 year old, white woman was reported to the "Sociedade Brasileira de Ginecologia". The patient had been admitted to the maternity ward one month before no delivering taking place, but had pains and lost some blood.

Admitted again, no more fetal moviments had been noticed for a week. Diagnosis of ectopic pregnancy made ou account of false labor and of clinical examination was confirmed by histerosalpingography.

Operation was performed upon 2 weeks after with uneventful recovery.

The Author prints out the rarity of similar conditions, discussing the diagnosis, and treatment, this type of ectopic pregnancy being classified, as secondary abdominal.

Ausgetragene Extrauterin-Schwangerschaft

Zusammenfassung

Der Verf. berichtet der "Sociedade Brasileira de Ginecologia" einen Fall von ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft bei einer 23 jährigen weissen Frau. Die Kranke war schon einmal, einen Monat vorher, in der Klinik, da sie starke Schmerzen und geringen Blutabgang verspürte. Sie wurde demals aber entlassen ohne geboren zu haben. Bei ihrer Wiederaufnahme waren die Kindesbewgungen bereits seit einer Woche ausgeblieben. Die Hystero-Salpingographie bestätigte die Diagnose einer Extrauterin-Schwangerschaft, die im Hinblick auf den klinischen Befund und die Pseudo-Wehentätigkeit gestellt wurde.

Die Operation wurde zwei Wochen später ausgeführt und die Patientin geheilt entlassen.

Der Verf. begründet die Mitteilung mit der Wichtigkeit der Registrierung solcher seltenen Fälle. Im Zusammenhang hiermit werden Kommentare über die Diagnose und Behandlung sowie über die Art der Extrauterin-Schwangerschaft gemacht. Im vorliegenden Fall wird eine sekundäre Bauchhöhlen-Schwangerschaft angenommen.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

Eritroblastose "neonatorum" — JAVERT, C. T. 47

Carcinoma mamário, revisão de 2.636 casos — MACDONALD, I. 48

Operação cesariana. Indicações e valor relativo das operações clássica, baixa e extra-peritoneal. — COSGROVE, S. A. e NORTON, J. F. ... 50

Diagnóstico precoce e conduta adequada no câncer cervical — MORTON, D. G. 51

Efeito da substância gonadotrópica sobre a ovulação. Resultados do emprego intramuscular de uma preparação altamente potente de serum de égua grávida. — BREWER, J. I., JONES, H. O. e SKILES Jr., J. H. 52

A influência dos hormônios androgênico e estrogênico sobre o cálcio sérico em casos de metástases ósseas de câncer mamário — FARROW, J. H. e WOODARD, H. Q. 52

A incontinência urinária tratada pela restauração e manutenção da posição normal da uretra — KENNEDY, W. T. 54

Os estrogênios na mulher são carcinogênicos? — GEIST, S. H. e SALMON, U. J. 55

Diferenciação clínica e de laboratório entre o abôrto espontâneo e o provocado — HAMILTON, V. C. 57

Estudo clínico do aumento da resposta do útero grávido a termo, à pituitrina, após alcalinização. — BOEDEKER, R. V. 59

A biópsia do endométrio na gravidez extra-uterina recente — MISHELL, D. R. 60

Esterilidade hormonal — WILSON, W. M. 62

Fatores etiológicos mecânicos da esterilidade — REYNOLDS, P. A. 63

Câncer do corpo do útero — WATKINS, R. E. e NEILSON, D. R. 64

Recentes progressos na patologia dos tumores ovarianos — SCHULZE, M. 65

Excreção de creatinina na mulher — SMITH, O. W. 66

Págs.

Efeitos do propionato de testosterona e do estilbestrol na mama após o parto — JEPPSON, E. M., KASABACH, H. Y. e KANTER, A. E. 67

Experiências clínicas com a administração sub-lingual de alfa estradiol — HALL G. J. 68

Infantilismo sexual de origem hipotireoideana — LISSER, H. 68

Dano ovariano temporário produzido em macacas pela simples administração de benzoato de estradiol e progesterona na primeira parte do ciclo — GILLMAN, J. 69

O papel da progesterona e do traumatismo local na produção da transformação glandular cística do endométrio e da hipertrofia do miométrio — SELGE, H., BORDUAS, A. e MASSON, G. 70

Algumas observações relativas à anatomia e fisiologia da dôr pélvica — WILSON, R. B. e MUSSEY, R. D. 71

Hemorragias do terceiro período do parto — JONES, R. 73

Anestesia intravenosa pelo pentotal sódico — RUDDER, F. F. 75

O prolapso reto-vaginal, seu tratamento pelo anel de Thiersch. — PRESTINI, O. e GANDOLFO HERRERA, R. 76

Três quistos ováricos — ZUCKERMANN, C. 76

Dermatite crônica atrófica da vulva — ORTA MENENDEZ, D. 77

Implantação subcutânea de implantes de hormônios sexuais — AROSTEGUI, A. e UNANUE 79

Contribuição à técnica da abordagem simultânea da fossa ilíaca direita e cavidade pélvica — PALMA, E. C. e al. 80

Oftalmias gonocócicas — OSCAR FEHR (Berlim) — Resumo de JADASSCHN *"Tratado de Venerologia"*, tomo XX/2, pag. 104.

Referindo-se a PILLAT, que preferia o leite de vaca a todos os preparados, menciona o A. o Pyrifer como medicamento de preferência ao leite. O Pyrifer foi posto à venda inicialmente para piroterapia na tabes e paralisia geral, substituindo a malarioterapia; assim FEHR a princípio só o empregava na atrofia tabética do nervo ótico, depois empregou-o com sucesso nas conjuntivites gonocócicas dos adultos, ao envés de leite, enquanto que na atrofia do nervo ótico geralmente fazia 12 injeções em doses crescentes de 50 até 2.000 unidades, bastavam 4-5 injeções de 50 até 5.000 unidades nas conjuntivites gonocócicas. O efeito, em 8 casos assim tratados, foi plenamente satisfatório: em 6 casos observaram-se gonococos só na 1.ª semana depois da primeira injeção; em 2, desapareceram depois de 14 dias. Não houve afecções graves da córnea em nenhum caso; todos curados completàmente.

A vantagem do Pyrifer sobre o leite consiste: 1.º) na febre mais alta nas relativamente pouco duradoura; 2.º) as injeções de Pyrifer estão isentas de perigos anafiláticos e por isso pode-se repetí-las frequentemente.

Às vezes os pacientes, no acme da febre, queixam-se das dôres mais ou menos intensas nas pernas. Estas são porém bem menores nos blenorrágicos que nos tabéticos.

A Pyriferterapia, mesmo considerando os efeitos benéficos nas conjuntivites gonocócicas dos adultos onde não haja ainda extensas na córnea, deve ser considerada somente como medicação de sustentação.

Não é lícito ao facultativo limitar ou desprezar inteiramente, na confiança à sua ação milagrosa, o tratamento local habitual.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Operação cesariana. Indicações e valor relativo das operações clássica, baixa e extra-peritoneal. *(Cesarean section. Indications for and relative merits of the classic, lower and extraperitoneal operations.)* — COSGROVE, S. A. e NORTON, J. F. — (*J. A. M. A.*, 17 Janeiro 1942, Vol. 118, N.º 3, pag. 201).

Os A.A. estudam inicialmente a questão das indicações da cesariana, reunindo-as em vários grupos. Num primeiro grupo se encontram as relações de dimensões feto-pélvicas, as apresentações viciosas, distócia das partes moles e tumores extrínsecos do útero. Num segundo grupo consideram as anormalidades não mecânicas peculiares à gravidez, como placenta prévia, "abruptio placentæ" e toxemia grave rapidamente progressiva. No terceiro grupo, finalmente, incluem condições patológicas maternas independentes do estado gravídico, como tumores do útero que, embora não produzindo obstrução mecânica, indicam por sua natureza a ablação cirúrgica, alguns casos raros de doença cardíaca, doenças do sistema nervoso central e doenças infecciosas.

Áparte, como que formando um outro grupo, os A.A. ainda admitem a cesária em primíparas velhas e em pacientes neuróticas.

Em seguida os A.A. estudam e descrevem esquematicamente as várias técnicas das cesárias clássica, baixa e extraperitoneal.

Após esse estudo e uma análise da casuística apresentam as seguintes conclusões:

1) As indicações modernas da operação cesariana são relativamente extensas, mas devem ser cuidadosamente estabelecidas para cada caso individual e baseadas em criterioso julgamento obstétrico e consideração cuidadosa das condições do caso.

2) Quando as condições são relativamente favoraveis, a via transperitoneal é a melhor, pela maior rapidez e facilidade técnica.

3) Por condições eletivas favoraveis compreendem-se ausência completa de contaminação, evidência clínica de ausência de infecção, duração total do trabalho não excedendo vinte e quatros horas e duração do trabalho com membranas rôtas não excedendo oito ou doze horas.

4) Quando a via transperitoneal é empregada sob as condições anteriormente referidas torna-se benigna, quer se use a técnica moderna da cesária clássica, quer se use a segmentar baixa. Acreditamos, contudo, como resultado de madura observação, que as técnicas cervicais baixas dão uma convalescença mais silenciosa e positivamente são menos perigosas quanto à possivel ruptura ulterior da cicatriz.

Dr. MUSSEY passa então a analisar o assunto do ponto de vista clínico.

Revê, passados 4 anos, 500 casos de dôr ginecológica, já apresentados em trabalho anterior. Destes 500, 310 responderam ao interrogatório que lhes foi enviado. Destas, 62,3 % queixavam-se primariamente de dôr abdominal baixa, as restantes 37,7 % de "lumbago", dôr menstrual, ou indicavam múltiplas localizações.

Comentando o tratamento, considera excepcional a ressecção do plexo hipogástrico. Diz que, em geral, as dores pélvicas podem ser submetidas a tratamentos mais ou menos padronizados. Por exemplo, a terapêutica da inflamação pélvica é feita pelo calor pélvico e, menos comumente, por processos cirúrgicos. O tratamento de doentes em esgotamento nervoso é muito mais dificil.

A indicação cirúrgica se faz nos casos de condições mais claramente definidas, nas quais é quasi sempre possivel remover ou corrigir a condição determinante da dôr. O tratamento médico é necessariamente mais empregado quando o diagnóstico é indeterminado ou a causa da dôr é mais funcional do que orgânica. — *C. B. E.*

MEDICAL TIMES

Hemorragias do terceiro período do parto *(Hemorragy during third stage of labor)* — JONES, RICHARD — (*Medical Times*, Janeiro 1942, Vol. 70, N.º 1, pag. 11).

Revendo os casos de hemorragia no terceiro período do parto, que ocorreram no "North Country Community Hospital", teve ocasião, o A., de chegar a oportunas conclusões, que procuraremos apresentar em resumo.

Do ponto de vista da orientação do estudo, crê mais conveniente incluir neste trabalho todas as hemorragias que ocorreram no puerpério, ou melhor, desde o nascimento da criança até o restabelecimento completo da mãe, sem limitar o campo ao daquelas que se deram imediatamente depois do desprendimento placentário.

Comenta a importância da relação entre a perda sanguínea e o volume global do sangue da mulher e os meios a serem utilizados para tal.

Chama a atenção muito particularmente para a necessidade de controlar o desprendimento da placenta, não sendo boa norma esquecer totalmente esta enquanto se repara uma episiotomia ou ruptura. Acha que o desprendimento com retenção pode ser causa de perdas sanguíneas altamente prejudiciais. Considera o método de CALKINS, baseado na modificação da forma do fundo uterino, como ideal para este controle.

Enumerando e tecendo alguns comentários sobre as causas mais comuns de hemorragia nesse período, trata:

a) Das hemorragias por lacerações perineais ou vaginais, em que a simples inspeção esclarece a causa e cujas consequências são reduzidas, quando há reparação imediata;

b) Das hemorragias por lacerações cervicais, com características de côr de sangue e tipo de sangramento;

c) Das hemorragias devidas à desprendimento parcial da placenta, trataveis, conforme a gravidade, pelo simples CREDÉ ou, até, pelo desprendimento manual;

d) Da demora na expressão da placenta separada, pela impossibilidade do útero se contrair convenientemente quando a placenta fica na parte alta da vagina e a cavidade retroplacentária cheia de sangue;

e) Da expressão defeituosa do útero, quando o fundo deste órgão é utilizado como pistão, determinando nele pressões e congestões desnecessárias. Refere-se aquí e resumidamente descreve o método de PASTORE para a expressão da placenta, reputando-o o melhor;

f) Da atonia uterina, suspeitada ou não com antecedência, com útero flácido, sangue venoso etc. O tratamento consiste na simples massagem para os casos benignos, sendo conveniente recorrer à pituitrina ou ao pitocin, por via endovenosa, nos mais graves;

g) Do prolapso do fundo do útero na pelve, tratavel pela elevação do útero por via abdominal, podendo ser esta ajudada pela elevação vaginal da cérvix.

Passa, então, a rever os casos que considera de anormalidades especiais:

1) Placenta prévia. — Recomenda abster-se do descolamento manual e do uso da pituitrina, absolutamente sem efeito, para empregar apenas o tamponamento, único meio eficaz.

2) Mioma uterino. — A causa do sangramento é mecânica e a resposta à pituitrina não sendo satisfatória convem recorrer ao tamponamento.

3) Inversão uterina. — Em geral perfeitamente possivel de evitar.

4) Retenção de tecido placentário. — Se pequena, não merece tratamento imediato especial; se grande, o que se verifica na inspeção da superfície placentária, deve-se proceder à extração manual.

5) Placenta acreta. — Nunca teve oportunidade de verificar esta eventualidade.

6) Anestesia e analgesia. — Afirma o papel desorganizador que a anestesia exerce sobre a contração uterina e recomenda o emprego sistemático, quando há narcose, de pituitrina imediatamente após a expulsão fetal e ergotina em seguida à expulsão da placenta.

7) Afecções sanguíneas.

Revendo os casos, de modo global, encontra:

Partos, 3.934. Hemorragias, 41, sendo: 22 primíparas, 6 secundíparas, 13 multíparas; 22 profusas, 19 moderadas; 26 imediatamente depois da expulsão placentária, 9 antes da expulsão da placenta, 6 secundárias (mais de uma hora depois do delivramento). Houve duas mortes, ambas em parto processado na residência, tendo entrado, as doentes, já agonizantes no hospital: 1 por placenta retida e 1 por hemorragia profusa uma hora depois. — *C. B. F.*

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Anestesia intravenosa pelo pentotal sódico *(Penthotal Sodium Intravenous Anesthesia)* — RUDDER, FRED F. — (*The J. of the Int. Coll. of Surg.*, Janeiro-Fev. 1942, Vol. V, N.º 1, pag. 69).

O A. acentua a importância do anestésico em cirurgia. Por isso o cirurgião quer um anestésico que lhe garanta a mais baixa mortalidade. Em segundo lugar quer um anestésico que poupe o trauma dos tecidos, isto é, quer relaxamento muscular. Terceiro, quer um anestésico aceitavel pelo paciente, de forma a que não tema uma segunda ou terceira ministração.

O pentotal sódico foi introduzido nos Estados Unidos em 1934. Sua toxidez é a mesma que a do Evipal, mas é 30 a 50 % mais potente. "Um dos aspectos mais notaveis deste composto, diz o A., é que ele é um barbitúrico de ação ultra-encurtada, com excessivamente rápido índice de destruição". Este é o motivo principal ou as duas propriedades primordiais que o adaptam aos propósitos anestésicos, porque dado em doses necessárias e intermitentes, mantem os niveis anestésicos necessários.

O A. aponta o grande incremento que esse tipo de anestesia adquiriu em a cidade de Atlanta (aumento de 400 %), o que atribue a dois fatores: o encanto dos doentes por esse anestésico e a segurança como agente anestésico em dois anos e meio de emprego.

Foi empregado em 4.400 intervenções, das quais 2.437 de cirurgia geral e 684 de ginecologia.

O A. inventou uma seringa com suporte para o uso intravenoso da droga que deve ser ministrada com o emprego contínuo de oxigênio para impedir a anoxemia. O pentotal sódico deve sempre ser empregado por anestesista treinado em seu uso e que tenha à mão todos os meios de combater a anoxemia. Nos casos referidos não ocorreu nenhuma morte atribuivel ao anestésico. — *A. M.*

Ano VII AGOSTO DE 1942 Vol. 14 - N.º 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 50$000; registrado, 60$000 — Estrangeiro, ano 60$000 (U. S. $3)
Número avulso, 5$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, 226 - 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. PARAIBA: 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 VII | Agosto de 1942 | Vol. 14 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Págs.

Tumor de Krukenberg (Considerações sobre um caso) — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO 81

Cirurgia do prolapso de vagina post-histerectomia total — DR. ANTONIO A. QUINET 109

EDITORIAL

A citologia vaginal e seu emprego clínico 122

NOTAS E COMENTARIOS

O novo presidente da Academia Nacional de Medicina 125

Hospital Moncorvo Filho 126

"Serviço Augusto Brandão" (Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina) 127

Prêmios da Academia Nacional de Medicina (1942) 128

LIVROS E PUBLICAÇÕES

El Contralor de la Concepción — AUGUSTO TURENNE 130

Vitaminas e avitaminoses — VICENTE BAPTISTA 131

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da quadragésima-segunda sessão ordinária 132

Ata da quadragésima-terceira sessão ordinária 133

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags

Estudo experimental da implantação uretero-intestinal — HINMAN, F. e WEYRAUCH, M. 135

Tratamento da peritonite. Uso intraperitoneal de sulfamidas baseado em experiências em animais. — EPPS, C. H., LEY, E. B. e HOWARD, R. M. 136

O tono uterino durante a gravidez e sua relação com o parto. Estudo de 1.028 observações feitas com o tocógrafo de Lorand. — MURPHY, D. P. 137

Anatomia funcional do parto esclarecida por cortes sagitais no "macacus rhesus" — DANFORTH, D. N. e GRAHAM, R. J. 138

Implantação de ureteres na sigmóide com um estudo da sequência postoperatória — POTH, E. J. 140

Anatomia cirúrgica do plexo hipogástrico superior. Relato de 150 dissecções pessoais. — WEINSTEIN, B. B. 141

Perigos de inflamação e explosão dos agentes anestésicos. II. Em presença do cautério. — GREENE, B. A. 141

Tumores córtico-suprarrenais — CAHILL, G. F., MELICOW, M. M. e DARBY, H. H. 143

Os aspectos endócrinos da mastite crônica — TAYLOR, Jor., H. C. 144

O valor do sulfatiazol no tratamento da peritonite e dos abcessos de origem apendicular — STAFFORD, E. S. 145

Uso dos hormônios sexuais femininos na prática clínica—HAMBLEN, E. C. 146

Tem valor clínico a administração de vitamina K ao recém-nascido ? — SANFORD, H. N., SHMIGELSKY, I. e CHAPIN, J. M. 147

Tratamento hormonal simplificado da amenorréia — ZONDEK, B. 148

Os tumores de células da teca e da granulosa do ovário — HENDERSON, D. N. 149

A patologia do embrião e o abôrto — PAINE, A. K. 150

INDICE DOS RESUMOS

Págs

Endometriose — HOLMES, W. R. 152

O tratamento da gonorréia na mulher pelo sulfatiazol — SMITH, D. R. e DEAKIN, R. 153

A concentração de hormônio gonadotrópico na "emesis gravidarum" — SCHOENECK, F. J. 155

Obstrução ureteral consecutiva ao tratamento pela irradiação do câncer cervical — HOFFMAN, P. E. 156

Quistos dermóides bilaterais do ovário como complicação da gravidez — BOWLES, H. E. 157

O tratamento das infecções do trato urinário durante a gravidez — HELDFOND, A. 158

Implantação local de sulfatiazol como medida terapêutica e profilática na peritonite — PEARL, M. J. e RICKLES, J. A. 159

O tratamento da menstruação retardada pela prostigmina — GROSSMANN, L. L. 161

Histerectomia abdominal total contra a subtotal nas modificações benignas do útero — AHLQUIST, R. E. 161

Sintomas subjetivos e reação medicamentosa no controle da terapêutica das perturbações da menstruação e reprodução, pelos estrogênios e progesterona. — SCHNEIDER, P. F. 163

Determinações semanais do pregnandiol urinário nos últimos sete meses de gravidez em dois casos de esterilidade primária. — SCHNEIDER, P. F. 164

Tumor de suprarrenal em criança do sexo feminino — NEFF, F. C., FICE, G., WALKER, G. A. e OCKERBLAD, N. 164

Hérnia no ligamento suspensor do ovário produzindo obstrução intestinal aguda — SHEPARD, V. D. e WAUGH, J. M. 165

Parametrite supurada. Drenagem espontânea transvesical e cura. — ACHARD, A. e RUIZ, ARCE, F. 166

O problema médico e terapêutico do prurido vulvar — DI PAOLA, G. ... 167

SINTEST — O "Sintest", fabricado pela secção de hormonoterapia da Prod. Farm. Krinos Ltda. constitue um extrato testicular com um teor de 50 unidades-galo conforme o método de Fussgänger.

Preparado com todas as cautelas da técnica moderna, o "Sintest" tem demonstrado notavel eficácia mui especialmente no climatério masculino, na neurastenia sexual e geral, no infantilismo masculino e nas depressões psíquicas. Na ginecologia o "Sintest" é indicado na mastite, nos fibro-adenomas, na hipermenorréia e determinadas neuropsicoses.

A Krinos Ltda., caixa postal 556, Rio, está a disposição dos Srs. Clínicos com literatura e amostras do "Sintest".

---

4) A administração subcutânea da sulfanilamida frequentemente resulta em necrose da pele.

5) A dosagem conveniente é essencial. As manifestações tóxicas habituais podem ser previstas e convenientemente tratadas. — *C. B. F.*

O tono uterino durante a gravidez e sua relação com o parto. Estudo de 1.028 observações feitas com o tocógrafo de Lorand. *(The tonus of the uterus during pregnancy and its relation to labor. A study of 1.028 observations made with the Lorand tocograph.)* — MURPHY, D. P. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1942, Vol. 74, N.º 2, pag. 182).

As presentes observações mostram que o tono pode ser medido com um certo grau de exatidão durante a gestação. Tal suposição está baseada não somente na observação em um mesmo indivíduo com intervalo de horas, dias e semanas mas, igualmente, na comparação de observações repetidas feitas em indivíduos diferentes. Foram colhidos resultados uniformes de pacientes que variavam consideravelmente tanto no pêso como na espessura do panículo adiposo abdominal. Para as determinações é o tocógrafo habitualmente colocado na linha mediana e acima da cicatriz umbilical, local em que a parede abdominal é relativamente delgada e se encontra em contacto imediato com o polo superior do útero. Além disto, o registro do tono não é influenciado pelo apêrto maior ou menor do dispositivo que mantém o tocógrafo em posição.

Wolf, comparando as medidas feitas com balões intrauterinos às obtidas por histerografia externa, conclue que as últimas representam bem mais o endurecimento da parede uterina do que a pressão intrauterina.

O A. está de acôrdo. Qualquer que seja o característico da medida este representa, entretanto, um meio util para a comparação de uma paciente com outra.

E' evidente que o tono varia consideravelmente durante a gravidez, sem que todavia tais variações tenham sido convenientemente explicadas.

Interessante notar que os aumentos mensuraveis do tono aparecem mais precocemente nas primíparas do que nas multíparas. Por outro lado o grau do tono atingido no fim da gravidez é igual nas primíparas e nas multíparas. Seria de esperar que tal não se desse visto ser mais precoce nas primíparas.

No oitavo mês lunar da gravidez aparece um aumento exagerado do tono, mas nenhuma alteração significativa é observada durante as duas semanas que precedem o parto. Segue-se que o conhecimento do grau de tono imediatamente antes do parto não tem qual-

quer valor na previsão do tempo em que o mesmo se processará. Por outro lado, nada indica que o estudo isolado do tono tenha valor na previsão da qualidade do trabalho uterino no momento do parto.

Com o estudo de 435 pacientes em que foram feitas 1.028 tocografias, poude o A. chegar às seguintes conclusões:

1) Os primeiros aumentos perceptiveis do tono foram observados nas primi-grávidas durante o 6.º mês lunar e nas multi-grávidas no 7.º.

2) Amplas variações do tono, observadas na mesma paciente em tempos diferentes da gravidez e em pacientes diferentes em mesmo período.

3) O tono cresce progressivamente à medida que evolue a gravidez, nas pacientes em que ele pode ser medido.

4) Um aumento sensivel do tono aparece nas primi-grávidas durante o 8.º mês e nas multi-grávidas no 9.º.

5) Embora as primi-grávidas mostrem um aumento mais precoce e mais frequente do tono durante a gravidez, o nivel final do tono não excede o das multi-grávidas.

6) Frequentemente não se encontra qualquer alteração mensuravel do tono durante o último mês.

7) Estas observações vêm mostrar que do conhecimento do tono uterino durante a gravidez não se pode tirar qualquer conclusão para predizer o momento em que o trabalho vai se dar ou as características do mesmo. — *C. B. F.*

Anatomia funcional do parto esclarecida por cortes sagitais no "macacus rhesus" *(The functional anatomy of labor as revealed by frozen sagittal sections in the macacus rhesus monkey)* — DANFORTH, D. N. e GRAHAM, R. J. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1942, Vol. 74, N.º 2, pag. 188).

O presente estudo, bastante detalhado e util, deixa de lado a anatomia fora da gestação e nos primeiros tempos da mesma. Salienta o valor de considerar o istmo uterino como uma parte importante e distinta do útero. A terminologia empregada é convenientemente definida e se baseia em observações da anatomia e fisiologia comparadas.

Foram feitas 30 secções sagitais em macacas "rhesus" congeladas, em fases cronológicas consecutivas da gravidez, parto e puerpério. São apresentadas no trabalho 10 destas secções e uma de animais não prenhe.

A presente série foi estudada com o objetivo de determinar com precisão as modificações que aparecem no útero do primata em trabalho de parto. E' analisado tambem o que de util se verifica nos cortes humanos congelados da mesma natureza, não sendo os

Ano VII SETEMBRO DE 1942 Vol. 14 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Afkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Neison Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 50$000; registrado, 60$000 — Estrangeiro, ano 80$000 (U. S. $4)
Número avulso, 5$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, 226 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Setembro de 1942 | Vol. 14 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Pags.

Histogênese dos nódulos de Walthard. Suas relações com os tumores de Brenner do ovário. (Considerações em torno de um caso de tumor de Brenner da variedade sólida). — PROF. CARMO LORDY ... 169

Trauma e câncer mamário—PROF. DR. UGO PINHEIRO GUIMARÃES ... 185

Prenhez extra-uterina avançada (Mais dois casos operados ao 12.º e ao 24.º mês) — DR. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ ... 193

Polipo do colo uterino em virgem — DR. HENRIQUE DUÉK e DR. FRANCISCO A. PINTO ... 203

EDITORIAL

Tireóide e gestação ... 208

NOTAS E COMENTARIOS

Homenagem ao Prof. Arnaldo de Moraes na Faculdade Fluminense de Medicina ... 211

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Biblioteca Rocha Vaz ... 217

Valor semiótico do toque retal — PAULO JAPIASSU' ... 217

A deshidratação e o teste de Mc-Clure Aldrich no pre e post-operatório — ARLINDO FALCI ... 218

Retrodesvios uterinos — GIL HORTA ... 219

As vulvo-vaginitis na infância — JOÃO ALVES DE MEDEIROS ... 219

A bexiga em ginecologia e obstetrícia — FAUSTO MUSSACHIO ... 220

Et cum dolorem paries — J. DIRCEU DE ANDRADE ... 220

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.
SECÇÃO DE HORMOTERAPIA
Rua Senador Alencar, 109
Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

Estudos sobre o dietilestilbestrol. II. Diferenças das respostas nas menopausas fisiológicas e pela irradiação. III. Efeito sobre o fígado. — GRAUER, R. C. e NUGENT, E. 221

Outros estudos de anatomia ginecológica e problemas clínicos correlatos — CURTIS, A., ANSON, B. J. e ASHLEY, F. L. 222

Cirurgia e tratamento post-operatório das grandes fístulas vesico-vaginais e reto-vaginais — COUNSELLER, V. S. 222

Câncer da mama. Resultados após 10 anos. — SIMMONS, C. C. 223

A preservação de plasma humano. Relatório de estudos com compostos de sulfonamida. — HEATH, F. K. e PROVINCE, W. D. 224

Anestesia pelo ciclopropano no Hospital Geral de Rochester. Revista de 7.120 casos. — SAHLER, S. L., KELLOGG, J. F. e PHILLIPS, R. B. 224

O radium no tratamento dos sangramentos uterinos provocados por lesões benignas — RANDALL, L. M., LOVELADY, S. B. e SLUDER, F. S. 226

A avaliação clínica da gonadotropina equina — GRAY, L. A. 228

Auxílio ginecológico no diagnóstico da gravidez ectópica — STEIN, I. F. 229

Um estudo de cento e quinze casos de prenhez ectópica rota — JOHNSON, W. O. 231

Edema de nutrição na gravidez — ARNELL, R. E. e GUERRIERO, W. F. 232

A duração da gravidez — ARNOT, P. H. 233

Inversão aguda de útero puerperal — HART, S. D. 234

Etiologia da inversão aguda do útero puerperal — SALVIN, M. 235

Complicação septicêmica dos casos obstétricos e ginecológicos — PEARSON, E. A. 236

Cisto vaginal e gravidez — WILDER, E. M. 237

ÍNDICE DOS RESUMOS

Pags.

Associação de pequena estatura com retardamento do desenvolvimento sexual e altas quantidades de gonadotropinas urinárias em mulheres — VARNEY, R. F., KENYON, A. T. e KOCH, F. C. 238

Efeitos das injeções de benzoato de estradiol sobre o ciclo menstrual normal humano, com especial referência ao problema da sensibilidade estrogênica — GILLMAN, J. 239

Natureza das reações subjetivas provocadas nas mulheres pela progesterona, especialmente com referência ao problema da tensão premenstrual. — GILLMAN, J. 240

Reação cutânea durante o ciclo menstrual — HANSEN-PRUSS, O. C. e RAYMOND, R. 241

Teste de 6 horas para a gravidez — SALMON, U. J., GEIST, S. H., SALMON, A. A. e FRANK, I. L. 242

Quantidade de glicogênio no endométrio — RANDALL, L. M. e POWER, M. H. 242

A hipófise e o ovário na patologia genital feminina — BORRÁS, P. E. ... 243

Diagnóstico precoce do câncer do seio — BENZADÓN, J. 245

Ruptura do útero na gravidez — GAMBIER, J. C. 247

Fibrose disseminada peritoneal provocada na cobaia por estrogênios — VARGAS, L. 247

A pelvicefalometria radiológica pelo novo método de Robert P. Ball — QUEZADA, J. J. 248

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituinte - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

Ano VII OUTUBRO DE 1942 Vol. 14 - N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:
Brasil, ano, 50$000; registrado, 60$000 — Estrangeiro, ano 80$000 (U. S. $4)
Número avulso, 5$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, 226 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Outubro de 1942 | Vol. 14 — N.º 4

SUMÁRIO

Pags

TRABALHOS ORIGINAIS

Sobre um caso de tumor de Brenner do ovário — DR. ALTINO ANTUNES e DR. LICINIO H. DUTRA 249

Incidência da infecção puerperal em 1.000 partos — DR. JOÃO MARIO DA S. PEREIRA 271

Anomalia útero-reto-vaginal. Dilatação congênita da uretra. — DR. HENRIQUE DUÉK e DR. FRANCISCO A. PINTO 284

EDITORIAL

Mortalidade natal e neonatal 288

NOTAS E COMENTARIOS

† Dr. Hugo Ehrenfest 292

A Semana da Criança em 1942 293

Docência livre de Clínica Ginecológica na Faculdade Nacional de Medicina 293

"Colégio Americano de Cirurgiões" 294

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Gynaecological operations — J. LYLE CAMERON 297

La paquisalpingitis hemorrágica — ENRIQUE V. SALERNO 298

Tratamento das hemorragias uterinas disfuncionais pelo hormônio sexual masculino — DOMINGOS DELASCIO 299

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da quadragésima-quarta sessão ordinária 300

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Ovariolipol

TERAPEUTICA DA INSUFICIÊNCIA OVARIANA

Empôlas e drageas

PROD. FARM. KRINOS LTDA.
SECÇÃO DE ORGANOTERAPIA
Rua Senador Alencar, 109
Rio de Janeiro

INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA
DIRETOR: PROF. MARIO OLINTO
MATERNIDADE
CHEFE: PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

INCIDÊNCIA DA INFECÇÃO PUERPERAL EM 1.000 PARTOS *

DR. JOÃO MARIO DA S. PEREIRA

Assistente da Maternidade. Da cadeira de Clínica Obstétrica da Fac. de Ciências Médicas. Chefe do Ambulatório de Ginecologia do Hospital da Fundação Gaffrée-Guinle.

A Obstetrícia moderna tem os seus problemas solucionados em grande maioria, graças aos estudos cuidadosos de especialistas que, em todas as épocas têm procurado aperfeiçoá-la.

Entre os problemas a resolver, muito temos caminhado no que diz respeito à infecção puerperal; porém a solução definitiva ainda escapa à argúcia dos que têm se interessado pelo assunto, até a presente data.

"Todavia se muere de infección puerperal", exclamou TURENNE.

Já se vai longe o tempo de Antonino, imperador romano, em que as parturientes eram colocadas em recintos impuros, destinados a moribundos. (BERUTI).

Já passou a época em que o Prof. MICHEL PETER (1879) recomendava como profilaxia da infecção puerperal, o fechamento das Maternidades, baseado no fato de serem alí notados os maiores surtos de infecção.

A Maternidade do Hotel Dieu, de París, passou por um período em que a mortalidade atingia à proporção de 95 % das infectadas. Conta-nos a História, a existência de surtos epidêmicos, em que a mortalidade chegava à cifra alarmante de 100 %.

---

* Trabalho apresentado na Sociedade Brasileira de Ginecologia e nas Reuniões Semanais do Instituto Nacional de Puericultura.

Se em 1768, DENMAN admitia pela primeira vez, a possibilidade do contágio da puérpera sã, pela infectada, somente mais tarde é que apareceram os estudos de SEMMELWEISS, em Viena; HOLMES, nos E. U.; e WATSON, na Inglaterra; estudos esses que ligaram de maneira definitiva, os nomes dos seus autores, à profilaxia da infecção puerperal.

A SEMMELWEISS cabem as maiores honras, pois em 1847 dizia: "a febre puerperal é devida a contágio pela exploração interna das parturientes, quando, mediante a mesma, transmitem-se substâncias orgânicas de origem animal, em decomposição. A transmissão é feita por intermédio dos dedos, instrumentos e talvez, excepcionalmente, pelo ar". Daí, iniciar pela primeira vez na História da Obstetrícia, a desinfecção obrigatória dos parteiros e enfermeiras, cujas mãos eram lavadas com água e sabão, depois passadas em água clorada, antes de cada exame.

Com esses cuidados, diz HEBRA, na Maternidade de Viena, num espaço de 10 meses (1847-1848), sobre 2.670 puérperas, só sucumbiram 67, ou sejam 2,5 %, cifra essa que era anteriormente ultrapassada em um único mês. (BERUTI)

O sucesso de SEMMELWEISS levou-o a dizer em 1861 que "na etiologia, conceito e profilaxia da febre puerperal já não há mais mistérios; a luz do sol ilumina a sua natureza; nenhum ponto é hipotético e o futuro nada mais tem que resolver à respeito".

Se bem que se não tenha realizado o otimismo do mestre vienense, a sua noção sobre a infecção puerperal era muito aproximada da verdade, e a sua doutrina está de pé até hoje; basta substituir a expressão empregada "substâncias orgânicas animais em decomposição" pela de "bactérias patogênicas" (ZWEIFEL).

Esta expressão só poderia ser criada após os estudos de PASTEUR, algum tempo mais tarde, com o surgir da era microbiana.

Podemos pois, dividir o estudo da infecção puerperal, em duas épocas distintas: antes e depois de SEMMELWEISS-PASTEUR.

Daí para cá, a mortalidade tem decrescido grandemente, diz PESTALOZZA, "as estatísticas não falam mais em tantos por cem, e sim em tantos por mil" (N. MAGALHÃES); e o problema quasi que se limita à diminuição do índice de morbidade puerperal. Os meios de profilaxia e terapêutica têm aumentado grandemente e, com o aparecimento das sulfanilamidas, graças aos estudos de DOMAGK, em 1935, e da sua aplicação nas infecções puerperais por COLEBROOK e seus colaboradores, em 1936, já se fala em uma nova era: a da sulfanilamida. Só o futuro poderá ratificar semelhante postulado.

Nos últimos anos, a morbidade puerperal tem diminuido de maneira apreciavel, graças aos cuidados profiláticos prestados às gestantes, parturientes e puérperas, cuidados esses que, variando com a orientação própria de cada Escola, visam sempre limitar ao mínimo, as possibilidades de infecção.

Se em 1768, DENMAN admitia pela primeira vez, a possibilidade do contágio da puérpera sã, pela infectada, somente mais tarde é que apareceram os estudos de SEMMELWEISS, em Viena; HOLMES, nos E. U.; e WATSON, na Inglaterra; estudos esses que ligaram de maneira definitiva, os nomes dos seus autores, à profilaxia da infecção puerperal.

A SEMMELWEISS cabem as maiores honras, pois em 1847 dizia: "a febre puerperal é devida a contágio pela exploração interna das parturientes, quando, mediante a mesma, transmitem-se substâncias orgânicas de origem animal, em decomposição. A transmissão é feita por intermédio dos dedos, instrumentos e talvez, excepcionalmente, pelo ar". Daí, iniciar pela primeira vez na História da Obstetrícia, a desinfecção obrigatória dos parteiros e enfermeiras, cujas mãos eram lavadas com água e sabão, depois passadas em água clorada, antes de cada exame.

Com esses cuidados, diz HEBRA, na Maternidade de Viena, num espaço de 10 meses (1847-1848), sobre 2.670 puérperas, só sucumbiram 67, ou sejam 2,5 %, cifra essa que era anteriormente ultrapassada em um único mês. (BERUTI)

O sucesso de SEMMELWEISS levou-o a dizer em 1861 que "na etiologia, conceito e profilaxia da febre puerperal já não há mais mistérios; a luz do sol ilumina a sua natureza; nenhum ponto é hipotético e o futuro nada mais tem que resolver à respeito".

Se bem que se não tenha realizado o otimismo do mestre vienense, a sua noção sobre a infecção puerperal era muito aproximada da verdade, e a sua doutrina está de pé até hoje; basta substituir a expressão empregada "substâncias orgânicas animais em decomposição" pela de "bactérias patogênicas" (ZWEIFEL).

Esta expressão só poderia ser criada após os estudos de PASTEUR, algum tempo mais tarde, com o surgir da era microbiana.

Podemos pois, dividir o estudo da infecção puerperal, em duas épocas distintas: antes e depois de SEMMELWEISS-PASTEUR.

Daí para cá, a mortalidade tem decrescido grandemente, diz PESTALOZZA, "as estatísticas não falam mais em tantos por cem, e sim em tantos por mil" (N. MAGALHÃES); e o problema quasi que se limita à diminuição do índice de morbidade puerperal. Os meios de profilaxia e terapêutica têm aumentado grandemente e, com o aparecimento das sulfanilamidas, graças aos estudos de DOMAGK, em 1935, e da sua aplicação nas infecções puerperais por COLEBROOK e seus colaboradores, em 1936, já se fala em uma nova era: a da sulfanilamida. Só o futuro poderá ratificar semelhante postulado.

Nos últimos anos, a mortalidade puerperal tem diminuído de maneira apreciável, graças aos cuidados profiláticos prestados às gestantes, parturientes e puérperas, cuidados esses que, variando com a orientação própria de cada Escola, vêm sempre limitar ao mínimo as possibilidades de infecção.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags

Complicações da radioterapia no câncer do colo — CUTLER, M. 301

Tumor de células da granulosa do ovário e coincidente carcinoma do útero — STOHR, G. 302

Localização da placenta pelos raios X — BUXTON, B. H. e HUNT, R. R. 304

Estudo comparativo da insuflação tubária e da injeção de lipiodol na esterilidade — FEINER, D. 306

As causas e o tratamento da dispareunia secundária — HENRIKSEN, E. e HORN, P. 307

Os resultados finais da operação de Simpson em 61 pacientes com parto a termo — ANSPACH, B. M. e MONTGOMERY, J. B. 309

Tumor de células da teca do ovário — FALLAS, R. E. 311

Tumores sacro-coccígeos — LOE, R. H. 312

Dipropionato de dietilestilbestrol. Comparação clínica com estrona e benzoato de estradiol. — HARDING, F. E. 314

Comparação clínica de três preparações comerciais estrogênicas — STODDARD, F. J. e METZER, I. 317

Experiências feitas na mulher com o estrogênio sintético 118 B — FREED, S. C., EISIN, W. M. e GREENHILL, J. P. 318

Resposta cíclica do endométrio à administração prolongada de estradiol na mulher castrada — DI PAOLA, G. e CASTILLO, E. B. 318

Substâncias estrogênicas no tratamento de áreas pigmentadas—ROCCA, F. 319

Associação de fibromiomas uterinos a outras afecções clínicas — MOCHLIG, R. C. 320

Pags

Efeitos de excessos de hidratos de carbono ingeridos sobre o conteúdo de glicogênio do epitélio vaginal — WILSON, J. R. e GOFORTH, M. L. 320

Efeito do hormônio do sôro de égua grávida num caso de hipo-ovarismo primário — BONIME, R. G. 321

Carcinoma primitivo muco-celular da vagina — ARENAS, N., SAMMARTINO, R. e BLANCHARD, O. 322

A propósito das últimas 105 cesárias na Maternidade do Hospital Salaberry — CHAMORRO, T. A. 323

Câncer da vulva — BOVERI, J. L. 323

Diagnóstico da gravidez pela reação intradérmica ao colostro — PECORONE, R. 324

Considerações sobre a persuflação quimográfica na trompa restante — PINEDA, R. 325

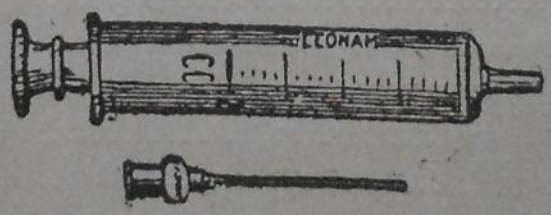
Indução ao trabalho do útero grávido pelo método de Aburel — MON, R. B. 326

Distócia por hematoma vulvo-vaginal — MORGANTINI, H. e BALAGUER, M. 327

Serocele pelviano — SARDI, J. L. e ARRIGHI, L. A. 327

Gravidez ectópica (dificuldades de diagnóstico) — DONATO, V. M. ... 328

CASA SALDANHA



CIRURGIA — OPTICA

ELECTRICIDADE MEDICA

Drogas, Opotherapia, Sôros, Vaccinas
e Productos Pharmaceuticos

M. VENTURA & CIA.

66 — Rua Buenos Aires — 68

Telephones 23-5408 e 23-4725 RIO DE JANEIRO

Do ponto de vista ginecológico, a causa isolada mais frequente de dispareunia é a tentativa de aplicar métodos cirúrgicos de rotina sem individualizar as indicações. — *A. A. S.*

Os resultados finais da operação de Simpson em 61 pacientes com parto a termo *(The end results of the Simpson operation in sixty-one patients delivered at term)* — ANSPACH, B. M. e MONTGOMERY, J. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1942, Vol. 43, N.º 4, pag. 690).

Muitas operações de suspensão uterina foram realizadas no passado para atender a sintomas em pacientes apresentando uma simples retro-verso-flexão. À medida que se acumulavam as provas de fracassos, os ginecologistas começaram a apreciar a influência dos tipos constitucionais, e a análise crítica da mulher astênica levou a uma interpretação melhor de suas queixas.

A idéia de que uma retro-verso-flexão do útero necessariamente produz sintomas e requer tratamento não é mais mantida. Sintomas como dôr no baixo ventre, dôr lombar, dismenorréia e sangramento uterino originam tão frequentemente de perturbações funcionais ou extra-genitais, que somente o incauto os atribuirá hoje à retro-verso-flexão, sem que todas as outras possibilidades tenham sido antes exploradas.

A retro-verso-flexão adquire uma nova significação, entretanto, na mulher na fase concepcional e na maioria delas, exige atenção num determinado momento. Pode interferir com a concepção; constitue uma das causas mais frequentes de abôrto nos primeiros meses da gravidez; pode ser responsavel pela dôr lombar, pela dôr no baixo ventre, e por quasi todos os sintomas pelvianos na mulher que passou por uma gravidez e parto.

As operações destinadas a correção da retro-verso-flexão uterina durante a fase de reprodução não devem acarretar desvantagens a posteriores gravidezes e partos, e o útero deve permanecer em boa posição.

As ligamentopexias que utilizam a porção interna dos ligamentos redondos como meio de suspensão foram descritas por OLSHAUSEN, GILLIAM, SIMPSON, MONTGOMERY, BISSEL e muitos outros. O ligamento não é suturado ao útero; numa gravidez subsequente não há interferência com o crescimento normal do útero, e após o trabalho o ligamento conjuntamente com o útero volve por involução às suas primitivas dimensões.

Quando a porção externa do ligamento redondo é utilizado como meio de suspensão como nas operações de WEBSTER-BALDY, COFFEY e outras, a porção interna pregueada do ligamento redondo tendo sido suturada à superfície do útero, há algumas vezes interferência

com o aumento normal de volume do útero durante a gravidez incipiente. Conquanto a parte mais fibrosa do ligamento se alongue à medida que o útero sobe na pelve, ela participa menos ativamente na hipertrofia muscular inicial e na involução muscular posterior, e portanto, não volve tão uniformemente ao seu estado pre-gravídico.

Há certas vantagens na técnica de SIMPSON sobre as anteriores de OLSHAUSEN e GILLIAM.

MONTGOMERY descreveu seu plano que era bem semelhante em 1905: 1) O ligamento é levado por via extra-peritoneal até o fascia da parede abdominal e não atravessa diretamente a cavidade peritoneal, e não cria três passagens, uma central e uma de cada lado em que as alças intestinais podem ser encarceradas; 2) O próprio útero não é atingido, e não há superfícies cruentas ou suturadas que possam ser sede de aderências; 3) A fixação do ligamento ao fascia da parede abdominal com suturas de linho leva a uma aderência duradoura.

Finalizam os A.A. com as seguintes conclusões:

1) Durante a idade de procriação, o tratamento da retro-versoflexão do útero pode ser necessária: a) para promover a concepção, b) para favorecer o curso normal da gravidez, c) para tratamento de diversos sintomas.

2) O processo de escolha é de postura (posições de SIMS e genu-peitoral), seguido de recondução manual e colocação de um pessário, na gravidez. Uma exceção deve ser feita quando a distopia é descoberta no início da gravidez. Na grande maioria dos casos são apenas necessários esforços muito suaves e de mobilização na recondução manual. A manipulação exigida para a colocação definitiva de um pessário durante a gravidez incipiente pode provocar um abôrto.

3) O alívio produzido pelo pessário prova o papel da lesão na produção de sintomas.

4) Quando o útero ainda se mantém em boa posição 2 semanas após o trabalho e a paciente está provida de um pessário de modelo de FINDLEY e o usa durante 3 meses, existe uma pequena mas real possibilidade de cura.

5) Quando a paciente deseja um tratamento pronto e permanente e quando o pessário se torna desconfortavel ou não mantém o útero, pode-se recorrer à operação.

6) A operação deve ser de tal tipo que não traga desvantagem para a paciente durante uma gravidez ou trabalho subsequentes, e que a possibilidade da recidiva da distopia após o trabalho seja muito diminuta.

7) A operação de SIMPSON dá resultados uniformemente satisfatórios. De 61 pacientes com parto a termo, 58 foram curadas. — *A. A. S.*

Post-operatório normal, seguindo-se aplicações de radioterapia profunda. Seis meses após comprovam a manutenção do bom estado da paciente.

O exame histológico do tumor revelou células neoplásicas de tamanho médio, com núcleo quasi sempre vesiculoso, sem grandes atipias, mas com frequentes mitoses. O protoplasma abundante, claro e acidófilo, em alguns pontos é quasi transparente e dispõe-se como um grande vácuo deslocando o núcleo e assim reproduzindo o aspecto das células em "anel de sinete".

Quanto à sua origem, em vista de assemelhar-se ao tipo dos elementos tumorais desenvolvidos no epitélio do trato gastro-intestinal, pensam os A.A. em provaveis invaginações embrionárias da mucosa retal. — *C. A.*

A propósito das últimas 105 cesárias na Maternidade do Hospital Salaberry *(A propósito de las últimas 105 cesareas en la Maternidad del Hospital Salaberry)* — CHAMORRO, TOMAS A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires,* Abril 1942, N.º 1, pag. 33).

Apresenta o A. a estatística das últimas 105 cesárias feitas sob sua orientação, na Maternidade do Hospital Salaberry, considerando o estudo da morbilidade e mortalidade sob o ponto de vista comparativo entre as cesárias segmentárias trans e extra-peritoneais puras.

Procura responsabilizar a cesária extra-peritoneal pela maior morbidade e mortalidade.

Das 105 apresentadas, 88 delas transperitoneais, teve 4 mortes, uma das quais por complicação post-operatória (bronco-pneumonia).

Diz, após inúmeras considerações, que o maior progresso da época corresponde às cesárias segmentárias transperitoneais, em qualquer das suas técnicas, sempre que se a preceda de um isolamento escrupuloso e seja seguida por suturas perfeitamente ajustadas. — *C. A.*

Câncer da vulva *(Cancer de la vulva)* — BOVERI, JOSÉ LUIS — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires,* Abril 1942, N.º 1, pag. 45).

Apesar do câncer da vulva ser considerado pouco frequente, encontra o A., num total de 426 casos de câncer do aparelho genital, 21 casos de câncer da vulva (4,74 %). Em geral, em pacientes de idade avançada, em menopausa há muito. O fato dessa predi-

os obtidos em pacientes com diminuição hormonal, coincidindo isso com as pacientes estéreis da observação. Nesses casos a curva se estabelece a uma pressão de 60 ou 70 mm. de mercúrio, continuando com uma série de pequenas oscilações.

Os gráficos obtidos nas pacientes estéreis recordavam os obtidos nas portadoras de uma esterilidade voluntária.

Pensa, então, que evidentemente as contrações tubárias são sincrônicas e que suas curvas superpõem-se, dando a necessidade de maior pressão para vencer a resistência de ambos os óstios uterinos. Ou será que a ausência de uma trompa diminue a contratilidade da restante, facilitando sua fadiga ?

Promete o A. sua conclusão definitiva em trabalho próximo e com maior número de pacientes. — *C. A.*

Indução ao trabalho do útero grávido pelo método de Aburel

(Inducción al trabajo del útero grávido por el método de Aburel) — MON, RICARDO B. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Abril 1942, N.º 1, pag. 70).

O A. traz à publicação 4 casos de indução do trabalho do útero grávido pelo método de Aburel. Este consiste na injeção de 40 a 80 cms. de sôro cloretado hipertônico dentro da cavidade amniótica, através a parede abdominal.

Os seus casos são, em resumo:

1) Gravidez de 4 meses concomitante a epitelioma do colo. Expulsão do feto e anexos em dois tempos, 44 horas após a injeção.

2) Gravidez de 3 meses e meio concomitante à tuberculose evolutiva. Expulsão do feto e anexos 32 horas após a injeção.

3) Gestação de 6 meses, feto morto e retido há mês e meio, ovo íntegro. Seis horas após a injeção, abôrto completo.

4) Gravidez de 8 meses e meio, pre-eclampsia. Aos 10 minutos de injetado o sôro, como a paciente perdesse líquido de mistura a mecônio e as membranas estivessem previamente rôtas, praticam indução médica, produzindo-se o parto 19 horas e meia após. Feto vivo, débil congênito.

Fora este último caso, em que o resultado do método foi perturbado pela indução médica e levando em conta tambem que já havia ruptura de membranas, o que contra-indica o Aburel, os três outros casos tiveram bons resultados e podem ser reunidos à casuística desse método, que vem sendo, desde algum tempo, experimentado na Argentina. — *C. A.*

Ano VII NOVEMBRO DE 1942 Vol. 14 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 50,00; registrado, Cr$ 60,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 80,00 (U. S. $4)
Número avulso, Cr$ 5,00

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, 226 - 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. PARAIBA: 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 VII | Novembro de 1942 | Vol. 14 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS — Pags

Da conservação ovariana nas histerectomias — PROF. DR. CLOVIS SALGADO e DR. MOACIR JUNQUEIRA 329

Fistulas urinárias. Operação de Coffey. Reconstrução da uretra. Restabelecimento de continência urinária. — PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA 334

Sobre um caso de prenhez tubária recidivante — DR. ALCIDES SENRA 342

Sobre um caso de rigidez articular congênita fetal dificultando o parto — DR. LÉO RODRIGUES LIMA DE GOUVÊA 352

A progesterona como hipotensor na toxemia gravídica. Nota prévia. — DR. HENRIQUE DUÉK 359

EDITORIAL

Tratamento cirúrgico da esterilidade feminina 363

NOTAS E COMENTÁRIOS

Sobre a carreira do magistério na Faculdade Nacional de Medicina 367

Curso de extensão universitária de Clínica Ginecológica para médicos e doutorandos 371

LIVROS E PUBLICAÇÕES

A insuficiência do hormônio folicular — SYLLA O. MATTOS 373

Contribuição para o tratamento das fístulas uro-genitais pela plástica do desdobramento — W. DE SOUZA RUDGE 375

Endometriose — A. WOLFF NETTO 376

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Crino-D

POMADA BIOLÓGICA

PROD. FARM. KRINOS LTDA.
SECÇÃO DE QUIMIOTERAPIA
Rua Senador Alencar, 109
Rio de Janeiro

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

Fatores que influem sobre o resultado definitivo nos carcinomas do ovário — TAYLOR, H. C. e GREELEY, A. V. 377

Histerectomia total versus sub-total em condições benignas — McKINNON, D. A. e COUNSELLER, V. S. 379

O tratamento da dismenorréia primária pelo glicuronato de estriol. Um estudo de controle. — BOYNTON, R. E. e WINTER, N. 380

Regeneração da mucosa uterina após o abôrto espontâneo e o parto normal. Indicações terapêuticas. — RUTHERFORD, R. N. e MEZER, J. ... 381

Prova cutânea do colostro para o diagnóstico da gravidez. Análise estatística de 500 provas. — GOLDMAN, M. L., KESSLER, H. B. e MILDER, M. E. 382

Adenofibromas serosos e cistadenofibromas do ovário — SCOTT, R. B. 382

Polineurite grave devida à deficiência da vitamina B durante a gestação — McGOOGAN, L. S. 383

O emprego da ergonovina no terceiro período do trabalho — DAVIS, M. E. e BOYNTON, M. W. 384

O aspecto clínico e fisiológico da motilidade uterina durante a gravidez e o trabalho — FENNING, C. 386

Estudos sobre o peso na gravidez — WATERS, E. G. 387

O tratamento da esterilidade pela roentgenterapia em pequena dose — FRIEDMAN, M. e FINKLER, R. 387

Pags.

Dosagem biológica dos estrogênios no sangue das mulheres grávidas — GOLDBERGER, M. A. e FRANK, K. T. 389

Absorção do propionato de testosterona na mulher — GREENBLATT, R. B. e HAIR, Q. 390

Androgênios e noctúria — GREENBLATT, R. B. 391

Um estudo sobre a mortalidade neo-natal no Hospital Israelita — HARK, B. 392

Síndrome menopáusica e éter monometílico de estilbestrol — ELDEN, C. A. 392

Menorragias e metrorragias: ação anti-gonadal do prolactin. Correlação hipófiso ovariana. — JOYCE HALL, G. 393

Hemorragia uterina funcional — MCGINN, E. J. 394

Os diferentes aspectos do problema maternal da solteira — PÉREZ, M. L. e BALDI, M. 394

Fibroma do ovário — URRUTIA, J. M. e SCONGO, O. F. 395

A dosagem da sulfanilamida e sua importância no tratamento da gonococia feminina — PÉREZ, M. L., ARENAS, N. e BLANCHARD, O. 396

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituinte - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

A deficiência em vitamina B pode resultar de fatores vários: alimentação inadequada, ou absorção inadequada, ou gasto excessivo como ocorre nas moléstias prolongadas, nos estados febrís agudos ou na gravidez. Vários pesquisadores estabeleceram que a dieta fora da gestação deve conter 150 a 250 unidades diárias, devendo ser o duplo durante a gestação e ainda aumentada no período da lactação.

Os casos graves de polineurite que relata apareceram precocemente na gestação e foram usualmente precedidos por vômitos perniciosos da gestação. A deficiência em vitamina B no vômito incoercivel é motivado pela falta de ingestão de alimentos, falta de retenção dos mesmos, e em consequência da grande quantidade de hidratos de carbono, acompanhada da ministração endovenosa de glicose.

Usualmente trata-se de caso de vômitos com tentativas de cura por dieta rica em hidratos de carbono e administração de glicose, com ou sem melhoria da paciente e o início de uma neurite periférica. Os primeiros sintomas se apresentam sob a forma de fraqueza geral, dôr nas panturrilhas, dormência e formigamentos nos pés e mãos e incapacidade de andar. O exame cuidadoso revela atrofia muscular e cutânea, com diminuição ou abolição dos reflexos nas áreas comprometidas. A fraqueza e a paralisia ascendem no corpo. Retenção de urina, ou incontinência, constipação, paralisia dos músculos abdominais, dos músculos accessórios do peito, e comprometimento da área bulbar com paralisia do diafragma, taquicardia, dificuldade da fonação e da deglutição. Confusão mental do tipo de KORSAKOFF é frequentemente encontrada.

Verificando uma série de 145 casos publicados (inclusive os 15 do A.), diz que 105 pacientes não receberam vitamina B, havendo 40 mortes ou uma incidência de 27,5 % e 40 foram tratadas com várias quantidades de vitamina B, com 3 mortes, ou seja uma incidência de somente 7,5 %.

O A. conclue que se devem dar 50 a 100 mgrs. de cloridrato de tiamina diariamente nos casos de polineurite. Diz tambem que se faz necessário estabelecer o efeito da deficiência da vitamina B sobre o feto, no útero. — *A. M.*

O emprego da ergonovina no terceiro período do trabalho *(The use of ergonovine in the placental stage of labor)* — DAVIS, M. E. e BOYNTON, M. W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1942, Vol. 43, N.º 5, pag. 775).

O terceiro período do trabalho constitue provavelmente a fase mais importante da parturição.

Não obstante o fato de que ele ocupa um insignificante período de tempo das muitas horas devotadas ao trabalho, este curto período está cheio de perigos reais e potenciais para a parturiente. A hemor-

ragia do sobreparto contribue apreciavelmente para a mortalidade materna. Ainda mais importante do que a perda de sangue imediata é o perigo aumentado de infecção acarretado pelas manipulações necessárias para controlar o sangramento e favorecido pela eficiência reduzida do mecanismo defensivo como resultado da perda sanguínea. Grande parte da morbidade e mortalidade diretamente atribuíveis ao terceiro período do trabalho nunca é creditada a este período. Há quasi um século desde que CREDÉ estudou o mecanismo da separação e expulsão da placenta e sugeriu seu método para reduzir a alta incidência de complicações.

A introdução das drogas oxitócicas levou à sua imediata adopção na conduta deste período. Esta nova medida, entretanto, não conseguiu diminuir os perigos do terceiro período de forma apreciavel. A vasta maioria dos professores desta especialidade preferem não interferir nesta fase do trabalho, deixando que o mecanismo normal se processe.

Os A.A. descrevem um novo método de conduzir o período de secundamento do parto, pela administração endovenosa da ergonovina após a saída da cabeça e quando o facil desprendimento dos ombros está assegurado. Isto não implica em um novo mecanismo para o descolamento e expulsão da placenta, mas aperfeiçoa o mecanismo normal. A administração da poderosa droga oxitócica quando o feto ainda está distendendo a cavidade uterina assegura a contração uterina de máxima intensidade quando o feto deixa o canal da parturição. Uma tão completa ação uterina produz condições físicas ideais para a separação pronta e completa da placenta. A mesma contração uterina expele a placenta completamente separada da zona contrátil para o segmento inferior do útero e a vagina.

A pronunciada tonicidade uterina que é provocada pela ergonovina protege contra novas perdas sanguíneas em seguida ao descolamento da placenta.

Este processo só é aplicavel na clínica hospitalar. A observação cronológica das ocorrências que caracterizam o terceiro período e a administração endovenosa da ergonovina no momento exato são essenciais. Alguns casos de encarceramento da placenta na zona contraída foram observados, mas esta complicação não traz dificuldades num hospital.

Desde Janeiro de 1938, puderam ser feitas cuidadosas observações, no "House Service do Chicago Lying-in Hospital", do terceiro período do trabalho, em 2.006 pacientes nas quais foi feita a ergonovina, e mais da metade das quais foram tratadas por este novo processo.

Este método deve ter particular interesse naqueles casos em que as pacientes têm predisposição para sangramento uterino anormal revelada por uma anterior hemorragia no sobreparto, por útero excessivamente distendido, trabalho prolongado ou intervenções operatórias difíceis. — *A. A. S.*

O aspecto clínico e fisiológico da motilidade uterina durante a gravidez e o trabalho *(Clinical and physiologic aspects of uterine motility during pregnancy and labor)* — FENNING, C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1942, Vol. 43, N.º 5, pag. 791).

A análise da motilidade uterina, aquí apresentada, está baseada no estudo clínico e nos deslocamentos de superfície registrados por meio do aparelho capacígrafo e do marcador mecânico quimográfico já descrito pelo A. em artigos anteriores.

Quinhentas e duas pacientes foram estudadas, e mais de 5.000 grandes curvas e de 5.000 pequenas curvas das contrações uterinas foram obtidas para análise. Nesta série havia 248 primíparas e 254 multíparas. Observou-se que os deslocamentos associados à atividade uterina podem ser simétricos ou assimétricos localizados ou generalizados, rítmicos ou arrítmicos, da mesma intensidade ou de intensidade variavel, e ao mesmo tempo, o nivel do tôno, conforme se reflete na abcissa, pode permanecer constante ou flutuar acima e abaixo da linha básica selecionada arbitrariamente. As anotações obtidas com os registradores usados revelaram modificações no ritmo, intensidade e no tono.

São apresentadas provas adicionais relativamente aos dois componentes fundamentalmente importantes no deslocamento uterino, isto é, o grande e o pequeno deslocamento.

Os deslocamentos tendem a ser mais amplos nas multíparas não selecionadas do que nas primíparas não selecionadas, devido, em parte, à diferença no tamanho do útero. As multíparas não selecionadas como uma classe apresentam contrações mais demoradas do que as primíparas não selecionadas, devido ao aumento combinado das fases de contração e relaxamento.

Os dados relativos aos casos selecionados apresentam curvas de distribuição da frequência, mostrando menor obliquidade e mais simetria do que os casos não selecionados. Em condições semelhantes uma modificação espontânea de mais ou menos 27 % na frequência das grandes contrações representa a média prevista.

Um deslocamento anterior da parede abdominal durante uma contração uterina pode ser explicada por meios puramente físicos, modificação de contorno da secção transversa, espessamento da parede uterina, e ação de forças compelindo o útero para a frente.

As grandes e pequenas contrações, independentes ou dependentes umas das outras, têm uma função util — a de preparar o segmento inferior do útero para o trabalho.

A motilidade do trabalho tem início antes do desenvolvimento das dôres do trabalho. Existe uma grande diferença relativamente ao momento do internamento e ao início do trabalho clínico. As pacientes são instruídas para se internarem imediatamente logo que se processa a perda de líquido ou sangue pela vagina, independen-

temente da presença ou ausência de dores. Nestas pacientes a hora da internação não pode ser tomada como o início do trabalho clínico, nem tão pouco a hora da ruptura das membranas.

O tratamento de pacientes com ruptura prematura espontânea das membranas deve ser correlacionado aos estudos da motilidade. À vista dos achados verificados, não é aconselhavel, como processo de rotina, estimular, com oxitócicos, o útero de pacientes a termo com ruptura de membranas, porquanto há perigo de excesso de atividade que pode resultar em ruptura do útero. O emprego de oxitócicos brandos está indicado quando não há melhora progressiva da motilidade de qualidade reconhecivel 24 horas após a suposta ruptura das membranas. — *A. A. S.*

Estudos sobre o peso na gravidez *(Weight Studies in Pregnancy)* —WATERS, EDWARD G. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1942, Vol. 43, N.º 5, pag. 826).

O A. faz um estudo detalhado do ganho do peso na gestação em 3.230 gestantes, com um aumento em média de 23,2 libras (10 quilos) e fetal de libras 7,4 (3.350 grs.). O peso do feto não está em relação com o aumento materno, ou perda, a não ser que a doente seja diabética ou tenha lucro excessivo de peso.

De um modo geral o aumento do peso nada tem a ver com a duração do parto, a não ser que o ganho excessivo seja causa de maior número de complicações. O peso em si tem pequena importância em relação ao aparecimento da toxemia, pois a vasta maioria das gestantes com grande aumento de peso não se tornam toxêmicas. A diferenciação do ganho de peso hidrópico do estereoplástico é de maior valia, pois é no "grupo de edema" (e particularmente quando este está oculto) que se nota a maior incidência da toxemia. Praticamente a distinção dos dois nem sempre é simples, dependendo da resposta clínica a terapêutica.

Dados obtidos pela determinação do líquido ingerido e da urina eliminada são importantes na decisão sobre o tipo a que pertencem as pacientes, acentua o A. — *A. M.*

O tratamento da esterilidade pela roentgenterapia em pequena dose *(The treatment of sterility with "small dose" x-ray therapy)* — FRIEDMAN, M. e FINKLER, R. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1942, Vol. 43, N.º 5, pag. 852).

O tratamento das perturbações funcionais da menstruação e da esterilidade pela irradiação dos ovários e da hipófise com doses pe-

Ano VII DEZEMBRO DE 1942 Vol. 14 - N.º 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Redator — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA
Secretário de Redação — Dr. A. VESPASIANO RAMOS
Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 50,00; registrado, Cr$ 60,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 80,00 (U. S. $4)
Número avulso, Cr$ 5,00

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, 226 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Pronta para uso imediato

Os postos de primeiros socorros e os departamentos médicos dos grandes estabelecimentos industriais e comerciais, têm a mão a Antiphlogistine, pronta para uso imediato.

Em virtude das suas qualidades osmótica, descongestiva, bacteriostática e detergente, os médicos acham que a sua aplicação é de alto mérito no tratamento de injurias aos tecidos brandos, tais como queimaduras, escaldamentos, córtes, abrasões, feridas, contusões, torceduras.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK.

Envio gratuito de amostras e literaturas, mediante pedido, á

Schilling, Hillier & Co., Ltd.

Rua Theophilo Ottoni N.º 44 — Rio de Janeiro

Antiphlogistine é fabricada no Brasil.

NAS CONVALESCENÇAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituinte - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR

Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Dezembro de 1942 | Vol. 14 — N.º 6

SUMÁRIO

Págs

TRABALHOS ORIGINAIS

A cirurgia da dôr em Ginecologia — DR. ALMERINDO LESSA e DRA. CLARICE DO AMARAL 397

O problema da anestesia nas operações cesarianas — DR. MURILO BRETAS DE ARAUJO 407

O fórceps na maternidade do Instituto Nacional de Puericultura — DR. ARY NOVIS 416

EDITORIAL

Sobre o dano germinal ou embrionário post-irradiação 422

NOTAS E COMENTARIOS

"Asociación Médica Argentina" 426

Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica 427

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Boletin del Instituto de Maternidad 428

Anales de la Cátedra de Clínica Ginecológica 429

The Rockefeller Foundation. International Health Division. 430

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da quadragésima-quinta sessão ordinária 431

Ata da quadragésima-sexta sessão ordinária 432

Ata da quadragésima-sétima sessão ordinária 433

Ata da quadragésima-oitava sessão ordinária 434

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Fermento Láctico Krinos

Cultura concentrada de

LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS

em meio vitaminado

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE MICROBIOLOGIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
CLÍNICA OBSTÉTRICA DR. LINCOLN DE ARAUJO
RIO DE JANEIRO
CHEFE: DR. MURILO BRÊTAS DE ARAUJO

O PROBLEMA DA ANESTESIA NAS OPERAÇÕES CESARIANAS

DR. MURILO BRÊTAS DE ARAUJO
Docente de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina.

Antes de entrar no assunto de nossa palestra, e para melhor compreensão do mesmo, faremos um relato ligeiro dos diversos anestésicos empregados em cirurgia, seu modo de ação, sua toxidez, benefícios e contra-indicações. Sistematizando, poderemos classificar a anestesia em geral e parcial. Anestesia geral é aquela em que cessam todas as atividades da vida de relação, persistindo apenas a vida vegetativa e havendo perda dos sentidos em consequência do sono a que é submetido o paciente; e anestesia parcial aquela em que apenas em certo e determinado segmento do corpo existe o desaparecimento da dôr. Quanto à via de introdução da substância anestésica, classificaremos: a respiratória, retal, endovenosa e subcutânea.

Via respiratória

Estudaremos em primeiro lugar o mecanismo dos anestésicos em geral, para depois estudar cada um dos compostos químicos empregados.

A narcose é a consequência da fixação da substância na célula nervosa anestesiante e, quanto maior for a quantidade de substância inhalante acumulada no sangue, tanto mais profunda será a anestesia. Sabe-se atualmente que os anestésicos agem primeiramente sobre o cérebro, produzindo a fase de excitação e com a continuação da absorção da substância química, produz-se o sono, e se por acaso o organismo continua a absorver a substância em grande quantidade, a intoxicação dos centros nervosos se produz, paralisando as funções cardíacas ou respiratórias que trazem como consequência a morte. O anestésico, penetrando sob a forma de gás

pelas vias respiratórias, é dissolvido no sangue circulante no pulmão e por ele levado aos centros nervosos, os quais pela fixação da substância anestésica na célula nervosa, produzem o sono anestésico.

Em vista do que acabamos de expor conclue-se que quanto maior for a quantidade de substância anestésica inhalada, tanto maior será a carga de substância acumulada no sangue.

Infelizmente não se podem manejar impunemente as substâncias anestésicas, como veremos a seguir, e o anestésico inócuo e que se possa manejar com absoluta segurança ainda não existe.

Passaremos a seguir a estudar cada uma das substâncias mais comumente empregadas e seu modo de ação.

Clorofórmio. — O clorofórmio, quando quimicamente puro, é um líquido incolor não inflamavel, que ferve a 60 graus e cuja densidade é de 1,49 a 17 graus. A evaporação do clorofórmio não deve deixar resíduo, e seu cheiro não deve ser acre nem sufocante.

A aspiração dos vapores de clorofórmio produz inicialmente uma ligeira irritação das vias respiratórias, que cessa com o aumento da quantidade de anestésico inspirado. Chegados ao pulmão, os vapores do clorofórmio são absorvidos pelo sangue e por ele conduzidos aos centros nervosos.

Sua ação anestésica se manifesta pela perda sucessiva da sensibilidade, da motricidade e, finalmente, da refletibilidade após o que a paciente entra no período de sono anestésico e de tolerância fisiológica do medicamento.

Ação do clorofórmio sobre os diversos aparelhos:

Aparelho respiratório — O ritmo respiratório se modera durante a anestesia em consequência da ação direta do clorofórmio sobre os centros respiratórios.

Aparelho digestivo — O clorofórmio produz vômitos e hipercloridria consequente ao aumento de secreção gástrica.

Aparelho renal — O clorofórmio produz alterações nas células dos tubos contornados, lesando consequentemente o rim.

Fígado — O fígado, devido a riqueza em lipóides, fixa com grande facilidade o anestésico; e, devido a essa mesma propriedade pode ser sede de fenômenos graves e às vezes mortais.

Aparelho circulatório — Inicialmente se observa o aumento do número de pulsações e tambem da pressão arterial, e a seguir devido a ação do anestésico sobre os centros cardíacos, o pulso se torna mais lento, fraco e irregular, havendo queda da pressão arterial, e essa queda será tanto maior quanto mais longe for o período de anestesia. Pelo que acabamos de expor, vê-se que o aparelho circulatório sofre grandemente com a narcose pelo clorofórmio, o qual pode ocasionar uma síncope em um indivíduo aparentemente são e que seja portador de uma degeneração da fibra miocárdica. Pelo exposto vê-se que um dos graves inconvenientes do clorofórmio reside em sua ação sobre o aparelho circulatório.

A eliminação do clorofórmio só é total 36 horas depois de cessada a administração do anestésico. Sabe-se que a anestesia pelo clorofórmio é obtida na dose de um gramo por litro de sangue e que sua dose letal é de um gramo e vinte e cinco, o que nos explica os graves e súbitos acidentes observados durante a anestesia por este composto químico.

Entre os anestésicos o clorofórmio é o mais tóxico, e por este motivo deve ser empregado com o máximo cuidado em portadores de lesões renais, hepáticas ou miocárdicas.

Éter. — O éter é um líquido de cheiro agradavel, que se evapora rapidamente não deixando resíduo, quando quimicamente puro. Seus vapores são muito inflamaveis.

Sobre o aparelho respiratório o éter tem uma ação irritante muito acentuada que se traduz por tosse e aumento de secreção brônquica, o que torna a respiração dificil e ruidosa e, às vezes, a secreção é tão abundante que chega a produzir asfixia. Sobre o pulmão provoca uma intensa congestão, o que favorece a instalação de processos infecciosos.

Não exerce o éter ação nociva sobre o aparelho renal.

Sobre o aparelho circulatório age o éter de maneira inversa ao clorofórmio, pois enquanto esse produz uma vaso-constrição periférica o éter produz uma vaso-dilatação, não acarretando por este motivo sobrecarga de trabalho ao músculo cardíaco; e, devido a essa dilatação do sistema circulatório periférico, as hemorragias são mais abundantes do que com o clorofórmio.

O período de intoxicação pelo éter se manifesta por depressão cardíaca e paralisia dos centros bulbares, principalmente o respiratório, que traz como consequência a síncope respiratória.

O éter é menos tóxico do que o clorofórmio, e se elimina mais rapidamente do que este, pois ao fim de 4 horas não mais é encontrado no sangue.

Não fôra sua ação prejudicial sobre o aparelho respiratório seria esta substância quasi ideal para as narcoses.

Cloreto de etila. — E' um líquido incolor e transparente, de odor penetrante, muito volatil, que ferve a 12,5 graus e que se volatiliza ao calor da mão. O cloreto de etila se caracteriza pela rapidez de sua ação anestésica e tambem pela rapidez com que é eliminado, não deixando maiores transtornos secundários.

O sangue fixa com grande rapidez o cloreto de etila, daí a rapidez com que se processa a anestesia; e quando a respiração e a circulação funcionam normalmente, a eliminação é tambem rápida.

Protóxido de azoto. — Esse gás é incolor, inodoro e de sabor ligeiramente ácido; é soluvel no éter, na água e no óleo. Na temperatura de 0 graus e sob pressão de 30 atmosferas se liquefaz, e

por essa propriedade é que se encontra sob a forma líquida nos tubos em que é vendido no mercado.

O protóxido de azoto não é irritante para o aparelho respiratório, não tem ação maléfica sobre o fígado nem sobre o aparelho renal.

Sobre os músculos verifica-se uma ligeira hipertonía, com tremor nos membros e sobre os demais músculos nota-se sempre uma hipertonia que é mais acentuada nos músculos retos abdominais o que o torna um mau anestesico para as intervenções sobre o abdômen. Sobre os músculos de fibra lisa não tem ação e por esse motivo não produz paralisia intestinal post-operatória.

Anestesia por via retal

Os anestésicos mais empregados são o éter e a Avertina.

Essa anestesia está hoje quasi abandonada pelos muitos inconvenientes que apresenta entre os quais a irritação cáustica que essas substâncias exercem sobre a pele e sobre a mucosa intestinal. A Avertina apresenta ainda o grande inconveniente de se decompor libertando o ácido bromídrico que é demasiado cáustico.

São anestésicos cujo emprego não foi difundido, e cujas indicações e contra-indicações ainda não foram precisadas.

Anestesia venosa

Consiste esse processo de anestesia na administração de um composto barbitúrico por via endovenosa. Existem no mercado sob os nomes de Evipan sódico, Pentotal sódico. São compostos químicos que podem ser empregados para as intervenções de curta duração, e que não podem ser impunemente empregados, pois principalmente o fígado é lesado por essas substâncias.

Anestesia local

A anestesia local é aquela que tem por fim abolir a dôr no local onde se pretende praticar a intervenção.

Ultimamente vem tomando grande impulso entre nós, e em nosso Serviço a temos empregado com grande êxito, utilizando-nos dos vários anestésicos locais existentes no mercado e adotando a técnica que se segue:

Nas operações cesarianas segmentares. — Técnica: Depois de feita a antissepsia da parede abdominal pelos meios usuais, levanta-se a pele pelo pinçamento entre dois dedos; isto feito, pratica-se a infiltração da substância anestesiante, debaixo da pele, sem atingir as aponevroses, e sem ultrapassar o espaço que se formou pelo levantamento da pele pelo processo acima descrito. Como se veri-

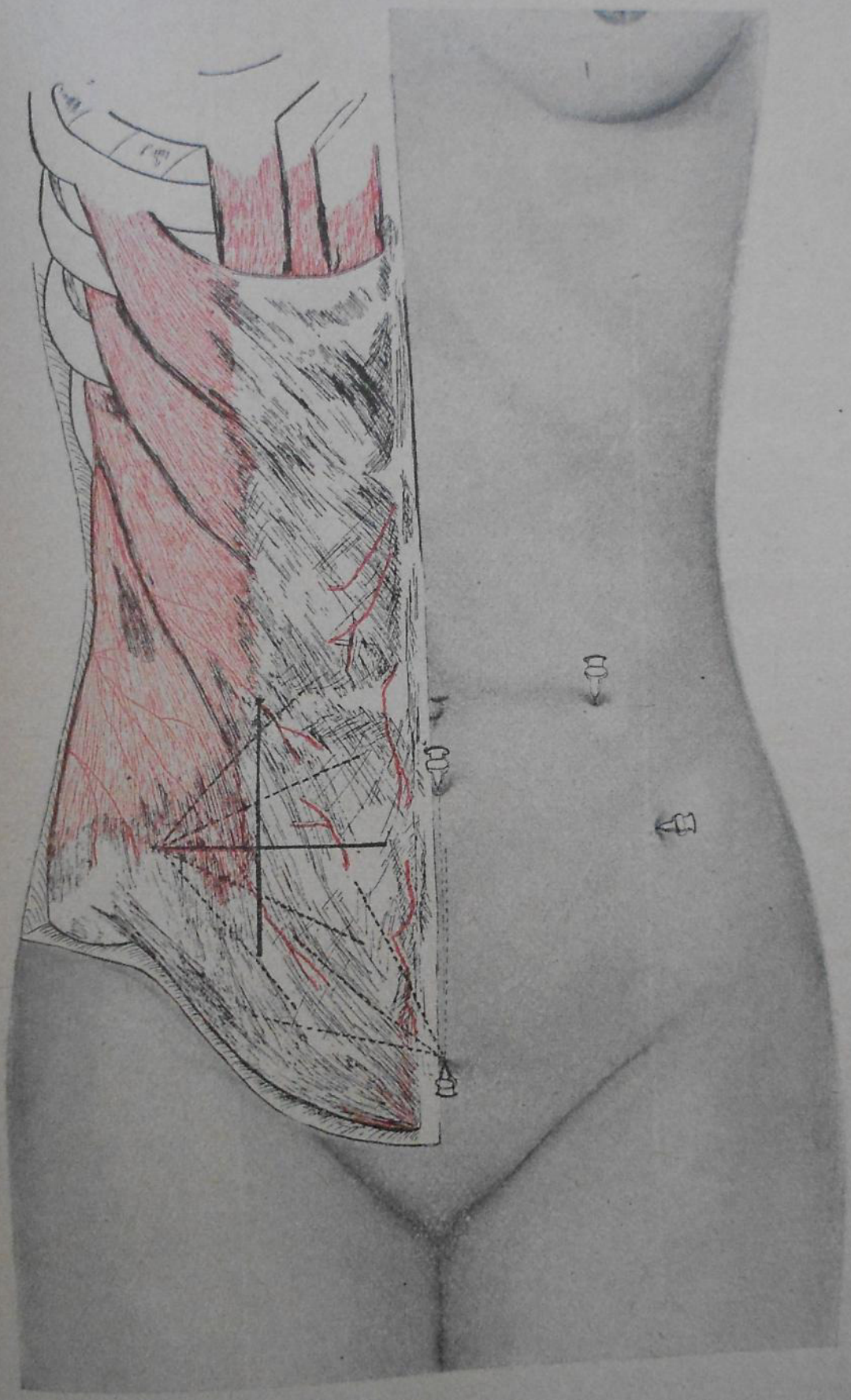


Fig. 1

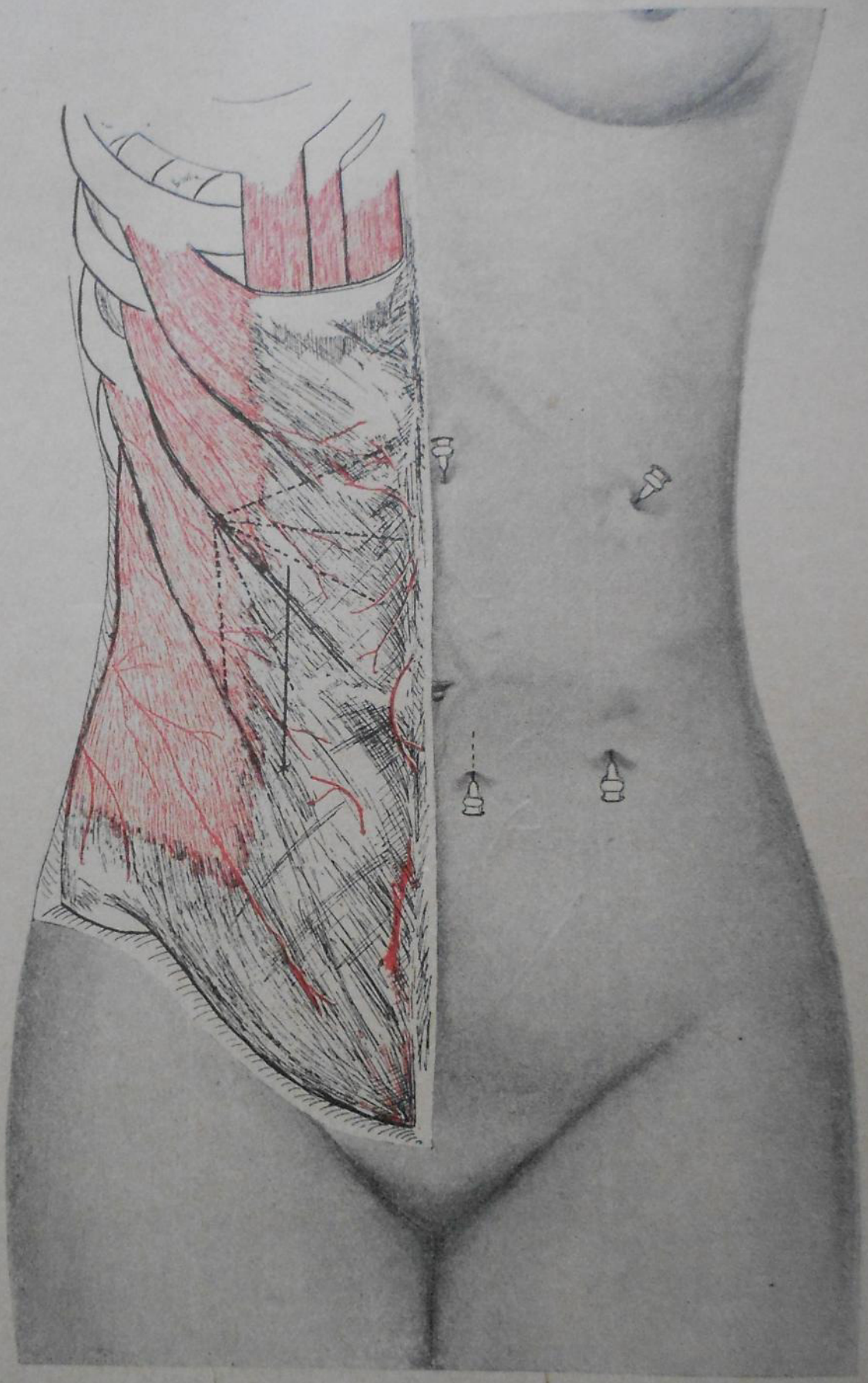


Fig. 2

fica na fig. n.º 1, pratica-se a infiltração das espinhas ilíacas anteriores e superiores de cada lado, e em leque, como está assinalado pelas linhas pontilhadas na fig. 1; pratica-se uma segunda picada ao nivel da sínfise púbica, que é tambem infiltrada em leque como se vê na gravura, de maneira que as linhas de infiltração que partem das espinhas ilíacas se encontrem com as que partem da infiltração feita ao nivel da sínfise púbica; a terceira picada é feita em uma linha que coincida com os bordos externos dos músculos retos abdominais, sem contudo atingir as aponeuroses (fig. 1), linha cheia que corta o leque das espinhas ilíacas anteriores e superiores. A 4.ª e última picada é feita bem superficialmente e ao nivel da linha mediana, onde será praticada a incisão.

Por esse sistema de anestesia temos praticado várias cesarianas segmentares, em algumas das quais temos praticado a ligadura e secção das trompas, sem que necessário se tenha tornado qualquer anestesia suplementar, e podemos afirmar que nos casos de nossa estatística, jamais lançamos mão da anestesia geral como complemento da anestesia local. E' com satisfação que confessamos que, apesar de nossa estatística reunir apenas 32 casos, estamos plenamente satisfeitos com a anestesia local.

Nas operações cesarianas clássicas. — Pelo mesmo processo de pinçamento da pele entre dois dedos, e pelo mesmo processo que foi acima descrito, infiltra-se a parede abdominal ao nivel dos rebordos costais, em leque, como se vê na fig. n.º 2, ao nivel dos bordos externos dos músculos retos abdominais, em uma linha que partindo dos rebordos costais, ultrapasse de dois a quatro dedos a cicatriz umbilical, como se vê representado na fig. 2 por uma linha cheia; e finalmente infiltra-se ao nivel da linha mediana no local onde deverá ser feita a incisão, sendo que esta última infiltração será feita logo abaixo da pele.

Raquianestesia

A anestesia raquiana, cuja técnica não descreveremos por ser demasiado conhecida, apresenta vários inconvenientes como veremos a seguir.

E' preciso que seja muito bem dosado o anestésico, pois uma vez injetado este, não dispomos de recursos para combater os efeitos maléficos de uma dose excessiva de anestésico.

Esse processo é contra-indicado nas hipotensas, nas toxêmicas, nas neuropatas, etc. No parto sabemos que se produz um aumento do tono da fibra muscular uterina.

A raquianestesia produz sequelas, tais como vômitos, cefaléias, raquialgia, retenção de urina e fenômenos nervosos, se bem que estes últimos sejam raros.

Conclusões

Vem tomando grande impulso entre nós, a anestesia local pelos motivos que passaremos a expor:

1.º) Este processo de anestesia age apenas, como seu nome indica, nos setores predeterminados, não afetando portanto o estado geral das operadas.

2.º) E' de nossa observação que os fetos extraídos em parto operatório, em que as pacientes são submetidas a anestesias gerais, nascem quasi sempre apnéicos, e são necessárias manobras de reanimação para que iniciem sua vida independente.

3.º) Podemos dizer, quasi como um corolário do 2.º item, que a nós nos parece que os anestésicos gerais agem de maneira danosa para o feto, pois, agindo através da via sanguínea, e as células nervosas do nascituro devem fixar, do mesmo modo que as células nervosas do organismo materno, a substância química anestesiante e, assim sendo, nascem tambem anestesiados. Procuraremos demonstrar essa hipótese, em estudos que iniciaremos dentro em breve no serviço sob nossa orientação.

4.º) Como vimos, quasi todos os anestésicos gerais deixam sequelas mais ou menos graves e não podem ser impunemente empregados.

5.º) a raquianestesia e a anestesia venosa só podem ser empregadas em certas e determinadas circunstâncias, o que faz com que não possam ser utilizadas tambem impunemente, pois necessário se faz que a paciente seja submetida a um acurado exame clínico.

6.º) A anestesia local não apresenta o inconveniente da intoxicação do organismo fetal, pois não é necessário a via sanguínea para que se obtenha a anestesia.

7.º) A anestesia local não apreesnta o inconveniente de agir sobre o estado geral das operadas, pois que a substância química empregada não se difunde pelo organismo, ficando sua ação restrita às fibras nervosas do segmento anestesiado.

8.º) Não agindo sobre o estado geral das operadas, a anestesia local não produz sequelas.

9.º) Nas operações cesarianas poderemos alimentar nossas operadas no mesmo dia da intervenção, como se as operadas tivessem tido um parto espontâneo, o que afasta o perigo de uma acidose.

10.º) Pelo que conseguimos observar em nossas operadas, é muito menor o choque operatório, e o estado psíquico é sempre ótimo.

11.º) Nos casos de grandes hemorragias, em que o estado geral das pacientes é mau, a anestesia local é o processo de eleição, pois a pressão sanguínea jamais sofre uma queda e ao contrário, existe quasi sempre um aumento da pressão consequente a adrenalina que vem adicionada ao anestésico.

12.º) Nas pacientes nervosas, poderemos utilizar como anestesia de base a injeção de morfina-escopolamina, que presta um grande auxílio à anestesia local.

13.º) As hemorragias da parede são diminutas.

Pelo que acabamos de expor, achamos que a anestesia local nos vem prestando um grande serviço e esperamos, no futuro, evitar o emprego da anestesia geral. No momento estamos grandemente animados com os resultados colhidos e esperamos em futuro muito próximo não mais lançar mão de outra anestesia que não seja a local em nossas intervenções obstétricas.

Le problème de l'anesthesie dans les opérations cesariennes

Résumé

L'A. qui est le directeur de La Clinique Obstétrique Dr. Lincoln de Araujo, de l'hôpital "Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro", considère les divers procédés de l'anesthésie générale et partiale, et montre les avantages de l'anesthésie locale qu'il emploie dernièrement dans son Service, pour la réalisation de l'operation cesarienne. Il nons donne la description minutiense de la técnique.

The problem of anesthesia on cesarean section

Summary

The author, presently at the head of the "Clínica Obstétrica Dr. Lincoln de Araujo", at the "Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro", reviews the various local and general anesthetic methods for cesarean section. Local anesthesia is favored by the writer, who lately uses same routinely in his clinic.

The technic employed is minutely described by the author.

MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA
CHEFE: PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

O FÓRCEPS NA MATERNIDADE DO INSTITUTO NACIONAL DE PUERICULTURA *

DR. ARY NOVIS

Assistente da Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, da 10.ª Enf. do Hospital da Fundação Gaffrée-Guinle e da Cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas.

Aquí estou hoje para dizer-lhes alguma coisa das nossas atividades na Maternidade, no que se refere às aplicações de fórceps. Não vou agora fazer um estudo crítico do valor do fórceps, seus inconvenientes e suas vantagens. Limitar-me-ei a um apanhado sucinto de como o encaramos na prática e de como nos tem ele servido na nossa maternidade.

Dos primitivos ganchos de tração às mãos de ferro de PALFIN e, finalmente, aos modelos mais recentes de fórceps, há toda uma imensa trajetória em que um instrumento extrator da cabeça fetal incólume, respeitando a integridade da "fieira pelve-genital", era a meta febrilmente ansiada.

Nesta trajetória uma enormidade de instrumentos mais ou menos engenhosos se sucediam rapidamente sem, muita vez nem poderem ser por todos conhecidos. Neles, nas experiências a que se prestaram, plasmaram-se as curvaturas cefálicas a princípio, a curvatura pélvica de LEVRET logo em seguida e muito depois os tratores axiais tipo TARNIER e mais uma infinidade de aperfeiçoamentos, requintes dos fórceps modernos.

Certamente, não se alcançou a meta ideal. Não obtivemos ainda um trator da cabeça fetal que lhe seja de todo inofensivo. Contamos já, entretanto, com um instrumento perfeitamente capaz de resolver a inquietante parada da progressão de cabeça insinuada. E o faz com uma eficiência que é mais função do adestramento profis-

---

* Trabalho apresentado à "Sociedade Brasileira de Ginecologia".

sional do que mesmo da maior ou menor dificuldade, que de fato existe nas eventualidades de sua aplicação.

O fórceps é antes de tudo um aparelho de tração, ou melhor de extração. Secundariamente é rotador, flexor e corretor de assinclitismos.

Nem todos aceitam esta propriedade flexora da cabeça fetal de que muitas vezes é capaz o fórceps.

E' chamado a intervir todas as vezes em que a força natural de expulsão, o motor uterino, é debil ou de todo ausente. Menos vezes intervem temporariamente corrigindo uma posição viciosa.

De um modo geral as indicações de fórceps decorrem do sofrimento fetal ou materno. Este sofrimento exige a terminação rápida do parto indicando o fórceps, se estiverem presentes as condições de seu emprego.

Existem, com efeito, princípios gerais "sine qua non" para o emprego do fórceps. São:

a) ausência de desproporção feto-pélvica;

b) dilatação cervical completa;

c) bolsa das águas largamente rôta;

d) feto vivo; e, finalmente,

e) insinuação da cabeça fetal.

A primeira condição, não precisa comentários, salta aos olhos, mormente se a cabeça não se insinuou e, então, já serão duas contra-indicações. A existência de dilatação completa do colo é tambem indispensavel, sob pena de produzirmos lacerações cervicais extensas com possivel continuação pela segmento uterino inferior. Alem disso a presença do colo incompletamente dilatado, às vezes como um anel rijo, espástico, representa um forte obstáculo oposto à progressão da cabeça apreendida pelo fórceps se antes, já não causou tropeços à própria aplicação do instrumento. Contar-se com o chamado "colo dilatavel" é se expor a encontrar no momento da operação com um colo que se não dilata. Essa é a verdade.

Que a bolsa dágua esteja rôta e largamente aberta, é tambem de todo indispensavel. De outra maneira as membranas seriam apertadas entre as colheres do fórceps e a apresentação, levando a trações absolutamente indesejaveis ao nivel da placenta com a possibilidade de seu descolamento, morte fetal e intensa hemorragia.

Quanto à vitalidade fetal é intuitivo que se deva evitar o traumatismo materno embora pequeno, contingente do fórceps, quando em caso de feto morto se pode reduzir o volume cefálico por uma operação deste gênero, basiotripsia, cranioclasia ou simples craniotomia. Em dúvida que se faça o fórceps. A estas condições indis-

pensaveis, de um modo geral aceitas por todos os parteiros, contamos uma outra muito propositadamente deixada por último.

E' a questão da insinuação da cabeça.

A maioria dos obstetras, os chefes de escolas principalmente, já se compenetraram da necessidade da inclusão deste item entre as exigências estipuladas às aplicações de fórceps. Assim pensa CLOVIS CORRÊA, a cuja escola nos filiamos, assim quer DE LEE, o grande chefe de escola americano.

A crítica desse proceder comporta o estudo minucioso de uma série de condições particulares aos diversos casos e as várias modalidades de fórceps que se propõem a pegar a cabeça fora do estérito superior e insinuá-la.

Escapa à alçada deste trabalho.

Resumindo o assunto, apenas diremos que a pegada alta é muito perigosa sobretudo, porque a insinuação se fazendo num dos diâmetros oblíquos ou no transverso o ramo anterior do fórceps apoiado sob o arco anterior do estreito superior funciona como alavanca que comprime fortemente a cabeça. Se, para evitar este inconveniente faz-se uma pegada no diâmetro transverso da bacia, a cabeça é apanhada pelo diâmetro fronto-mastoideu ou pelo occípito-frontal, com todos os seus inconvenientes. Mesmo o fórceps de KJELLAND imaginado para a apreensão da cabeça em transverso no estérito superior, não resolve a contento o problema, porque não afasta a dificuldade de coincidência da direção de tração com o eixo de entrada da bacia. Assim continua pois, o perigo da alavanca assassina que é o ramo anterior dos fórceps cruzados nas pegadas altas. Isso, para não falar nas lesões a que se expõem as partes moles maternas, mormente as da bexiga, aquí mais que em qualquer outra aplicação de fórceps.

A pegada dita "ideal flexora e invertida", criação de LLAMES MASSINI, de Buenos Aires, por mais engenhosa que seja não está isenta dos mesmos inconvenientes. Não fazemos pegada alta, pescaria com fórceps acima do estreito superior.

Até então, só falamos de fórceps aplicado sobre a cabepa fetal. Há quem o aplique em nádegas. Não aconselhamos nem vemos motivos para tal procedimento. Na apresentação de nádegas simples ou incompleta são perferiveis as trações digitais, quando necessárias. O fórceps foi feito para ser aplicado na cabeça e só assim deve ser usado. Aplicado nas nádegas do feto, por não encontrar superfície a que bem se adaptem as concavidades de suas colheres, derrapa fatalmente levando a escoriações extensas e condenaveis. Aplicamo-lo, entretanto, nas apresentações de face e em cabeça derradeira.

Nas aplicações de fórceps antes da insinuação falamos em fórceps alto. Por esta expressão não se deve tomar, pois, outra eventualidade, isto é, nunca se deve ela referir às aplicações depois da insinuação. Neste caso faz-se fórceps médio ou da escavação (mid-

plane dos autores americanos). Quando a cabeça encontra-se baixa, sobre o períneo, com o seu maior diâmetro ao nivel do estreito inferior da bacia fala-se em fórceps baixo. Este último é de muito mais frequência. De Lee afirma que na América 75 % das aplicações de fórceps são deste gênero. E' mesmo a aplicação mais facilmente executada e de melhor prognóstico.

Na Maternidade do Hospital Arthur Bernardes, nos anos de 1940 e 1941, num total de 856 partos houve 32 aplicações de fórceps, o que dá uma percentagem de 3,6 %.

Quanto à frequência das diversas posições a distribuição foi a seguinte:

Fórceps em	O. P.	3
„ „	E. A.	10
„ „	D. A.	4
„ „	posterior	8
„ „	transverso	4

Por duas vezes apenas houve aplicação de fórceps em cabeça derradeira. Por deficiência do nosso fichário neste ponto não pudemos saber sem grande trabalho o número exato de fórceps baixos e o de aplicações na escavação. Entretanto, estamos autorizados a informar que o número daqueles é bem maior do que destes.

A incidência das aplicações de fórceps em nossa Maternidade sendo apenas de 3,6 é pequena. Ela é o resultado de todas as medidas tendentes a boa orientação do trabalho. Estas constituem em conjunto chamado parto dirigido que, como se sabe, entre outras vantagens constitue um ótimo meio profilático das distócias da força, mormente do sincronismo funcional que normalmente existe entre o colo e o corpo do útero, durante o trabalho de parto. Este distúrbio funcional culmina na chamada síndrome de Schikelé. Como se sabe esta síndrome se caracteriza por espasmo cervical e um maior ou menor grau de hipertonia uterina, levando a retardamento ou parada mesmo da progressão e sofrimento fetal.

Compreende-se perfeitamente que semelhante distúrbio funcional pode ser perfeitamente evitado se diagnosticado em início e corrigido por meio de anti-espasmódicos.

Dos 856 partos por nós arrolados 147 foram corrigidos em seus desvios funcionais por meio de anti-espasmódicos (supositórios de Eupaco, Octinum) ou oxitócicos brandos (timofisina, cardiasol, quinino). Destes 147 partos ativamente dirigidos, 7 terminaram em fórceps, o que dá uma incidência de 4,9 %.

Dos partos analgésicos com Nembutal, ao número de 50, houve apenas uma aplicação de fórceps, em E. A., o que equivale a percentagem de 2 %.

A incidência do fórceps varia conforme se trate de primíparas ou de multíparas.

Nas primíparas a incidência é muito maior. Verificamos num total de 401 primíparas que passaram pela Maternidade 27 partos a fórceps, com a seguinte distribuição pelas diversas posições:

O. P.	1
O. I. E. A.	10
O. I. D. A.	4
Occípito posteriores	9
Fronto-mastoidéias	3
Total	27

Em 558 multíparas entradas no Serviço, duas aplicações de fórceps foram feitas, sendo uma em O. I. D. P. e outra em O. I. D. T. E percentagem é pois de 6,7 % para as primíparas e de 0,35 % para as multíparas.

Para facilitar a extração da cabeça fetal com o fórceps é recomendavel fazer ampla episiotomia, mormente nas primíparas. Tal prática, que duplamente alivia o crânio fetal de traumatismos inevitaveis quando o períneo é pouco dilatavel, é constantemente observada na Maternidade.

Em 27 fórceps em primíparas foi a episiotomia realizada 18 vezes, o que nos dá uma incidência de 66,6 %.

O total das episiotomias realizadas em 401 partos de primíparas foi de 76 e em 558 partos de multíparas foi de 3 apenas, com as seguintes percentagens:

Episiotomia em primípara	19 %
„ „ multípara	0,53 %

As indicações de fórceps mais frequentes foram:

Sofrimento fetal	24 vezes ou	75 %
„ materno	3 „ „	9,3 %
Eclampsia	3 „ „	9,3 %

Cumpre assinalar duas tentativas de fórceps terminadas em versão e grande extração.

A incidência de infecção puerperal nos 32 casos de fórceps foi de 6 casos, todos eles de endometrite ligeira, havendo apenas uma infecção séria, com propagações múltiplas, porém terminando em cura.

Portanto, a incidência de infecção nos 32 fórceps foi de 18,7 %.

Dos 32 fetos nascidos a fórceps, 7 nasceram em estado de morte aparente e foram reanimados pelas manobras habituais, o que dá uma percentagem de 21,8 %.

Temos as lastimar 4 fetos nascidos mortos, dos quais dois em O. I. D. P. e dois outros em O. I. D. T.

A percentagem de mortalidade fetal foi, portanto, de 12,5 %. Ela é um pouco alta.

A mortalidade materna nos 32 casos de aplicação de fórceps foi de 0 %.

O fórceps empregado foi sempre o de SIMPSON.

Forceps dans la "Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura"

Résumé

L'A. rapporte que, dans ce Service dont il est Assistent, pendant les années 1940-1941, dans un montant de 850 accouchements, il a eu 32 applications de forceps, c. à d. une moyenne de 3,6 %. Des ces 32 applications, il a eu l'infection puerpérale chez 6 femmes, ce que donne une moyenne de 18,7 %. La mortalité maternelle fut nulle et la fétale de 12,5 %, ce que, d'après lui, est un peu élevée.

The forceps in the "Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura"

Summary

A report is made on the incidence of forceps deliveries in a series of 856 patients delivered from 1940 to 1941, in the maternity ward of the "Instituto Nacional de Puericultura", were the author works as an assistent; 32 were delivered by forceps or an incidence of 3.6 per cent.

The incidence of puerperal infection in these 32 cases was 18.7 per cent. No maternal death occurred and fetal mortality was of 13.5 per cent, which was considered as high by the author.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Pags.

O "epitélio pálido" na glândula mamária e sua produção experimental na macaca rhesus — HAROLD, S. 437

Persistência do tumor após o tratamento pre-operatório por meio do rádio nos casos de câncer do corpo do útero — DONOVAN, M. S. e SHIELDS, W. 438

A significação das perdas sanguíneas na gestação incipiente demonstrada pela biópsia da decídua — RUTHERFORD, R. N. 439

Novos estudos sobre a eritroblastose do recém-nascido, de interesse obstétrico. — JAVERT, C. T. 439

Resultados finais no tratamento do carcinoma do colo — SCHEFFEY, L. C., THUDIUM, W. J. e FARELL, D. M. 441

Luteinização difusa dos ovários associada à síndrome de masculinização — GEIST, S. H. e GAINES, J. A. 442

A relação citológica dos restos de células de Walthard com o tumor de Brenner do ovário e com o cistadenoma pseudo-mucinoso — DANFORTH, D. N. 444

Avaliação da atividade estrogênica pelo índice do glicogênio vaginal — MACK, H. C. e ALE, T. 445

Estudos sobre o glicogênio do endométrio humano — SPYKER, M. A. e FIDLER, R. S. 446

Efeitos do dietilestilbestrol, dado contrafisiologicamente, sobre o ciclo menstrual. — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K., HIRST, D. V. e HORNER, V. O. 447

Pags.

Terapêutica pela progesterona e metabolismo da progestina no abôrto — DAVIS, C. D., HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K. e BAPTIST, M. 447

Tratamento da vulvo-vaginite infantil com dietilestilbestrol — RUSS, J. D., COLLINS, C. G. e POWELL, S. 448

Carcinoma do endométrio. Experiência do Instituto de Maternidade. — BAZAN, J. e ALBERTELLI, J. F. 449

O tratamento cirúrgico de certas formas de disfunção ovárica — ALTHABE, A. e DI PAOLA, G. 450

Electrotomia. Modificações histológicas que ela produz nos genitais e outros órgãos. — JUAN, L. 450

Os alongamentos edematosos agudos do colo uterino — GAVIOLI, R. L. 452

Gravidez simultânea intra-extra-uterina e teratoma do ovário — PERALTA RAMOS, A. (filho) e WERNICKE, G. R. 453

A sulfanilamidoterapia intra-peritoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro — PEREZ, M. L. e ECHEVARRIA, R. 454

Vômitos incoercíveis — ROCAMORA, H. 455

A mortinatalidade na Maternidade "América Arias" — DIAZ, M. 457

Considerações a respeito das parametrites e para-anexites — ROJAS, E. S. 458

Exames de laboratório aplicados à clínica

Realizados pelos Drs. Nelson de Castro Barbosa e J. L. Guimarães Ferreira

Rua S. José, 85 - 5.º and. - Sala 514

(EDIFÍCIO CANDELÁRIA)

Tel. 42 - 7089

CHAMADOS A QUALQUER HORA

A dificuldade em se diagnosticar, está comprovada pelas cifras apresentadas por NEUGEBAUER, que em 243 casos, só 15 foram diagnosticados.

Com relação à patogenia, não há um acôrdo, as opiniões divergem.

A concepção de FARGAS RAIMAT é interessante, baseada em que se trata de uma prenhez gemelar bivitelina, em que por causas estranhas um ovo ainda na trompa.

Fazendo ainda comentários e citando autores terminam dizendo que o tratamento para a gravidez heteropática deve ser o mesmo que se pratica para a ectópica; e diante do quadro abdominal se deve recorrer à cirurgia, não se dando atenção à prenhez uterina.

Deve-se procurar conservar o corpo amarelo. Diagnosticada a gravidez ectópica ou se encontrando o feto próximo à época em que possa ser viavel, deve-se manter em expectativa.

O caso dos A.A. coincidia com um quisto dermóide do ovário, que apresentou primeiro um abôrto uterino espontâneo e poucos dias após, intervieram por se ter dado a ruptura da trompa grávida.

Ilustram os A.A. a comunicação com 3 fotografias. — *A. F. S.*

A sulfanilamidoterapia intra-peritoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro *(La sulfanilamidoterapia intraperitoneal profiláctica en la cirugia obstétrica del caso impuro)* — PEREZ, MANUEL LUIZ e ECHEVARRIA, RAMON — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1942, Tomo XXI, N.º 5, pag. 234).

A solução do caso impuro em cirurgia obstétrica abdominal, tem sido uma das preocupações dos tocólogos, dizem os A.A.

O trabalho que apresentam é de importância capital e merece ser lido pelos especialistas.

Citam vários autores, como D. A. ROJAS, que em 202 observações de clínicas diferentes nos dá uma mortalidade de 5,03 %, por infecção do peritônio nos casos impuros; percentagem reduzivel a 2,63 % se se analisar somente os doentes submetidos a cesáária cérvico-segmentária, já que com segmento corporal o número de mortes pela mesma causa se eleva a 8,33 %; C. MONCKEBERG e J. PUGA, em histerectomias segmentárias, 7 % de mortes nos casos impuros e 15,3 % nos infectados.

T. A. CHAMORRO e discípulos, na cesária extra-peritoneal pura, apresentam 5,2 % de mortes por peritonite.

PERALTA RAMOS e R. BELLO, em 154 cesárias, a maioria pela técnica de MICHON, tiveram 2,6 % de mortes atribuidas à intervenção.

Tecem mais alguns comentários em que falam da orientação dos cirurgiões americanos, que faziam uso da sulfamidoterapia endo-peritoneal em apendicites agudas, com formação de abcessos e peritonites, e que em 721 operações tiveram 2,7 % de mortes antes do seu emprego e que depois de operarem número muito maior, fizeram uso da sulfanilamida, não tiveram um só caso de morte, estatísticas estas apresentadas por J. E. THOMPSON, J. A. BRABSON e J. M. WALKER.

Os A.A. apresentam 11 observações, em que empregaram a técnica de OPITZ ao praticarem a histerotomia. Em todos os casos se utilizaram do Stoptoro, aplicando no interior do útero, na fenda cérvico-segmentária, na zona do istmo na sutura do peritônio visceral e tambem no peritônio inferior do abdômen e por fim no tecido celular subcutâneo.

Empregaram a dose de quatro gramas, sendo que os americanos chegam a 12 e 20 gramas (J. E. THOMPSON), a seis e oito gramas, nos casos infectados nitidamente.

Acham os A.A. esta última dose excessiva, pois, tiveram que lamentar a perda de uma doente por provavel intoxicação.

Fazem após a operação a dosagem no sangue, de 4 em 4 horas, e quando diminue a concentração a 6 mgrs., injetam por via intramuscular, mantendo assim até o terceiro dia do post-operatório uma grande concentração de medicamento em atividade.

Nos comentários finais os A.A. mostram os resultados obtidos que foram ótimos, pois, em todos os casos tiveram um post-operatório quasi silencioso, e somente uma paciente faleceu, em consequência de intoxicação sulfanilamídica, por terem empregado uma dose talvez excessiva. — *A. F. S.*

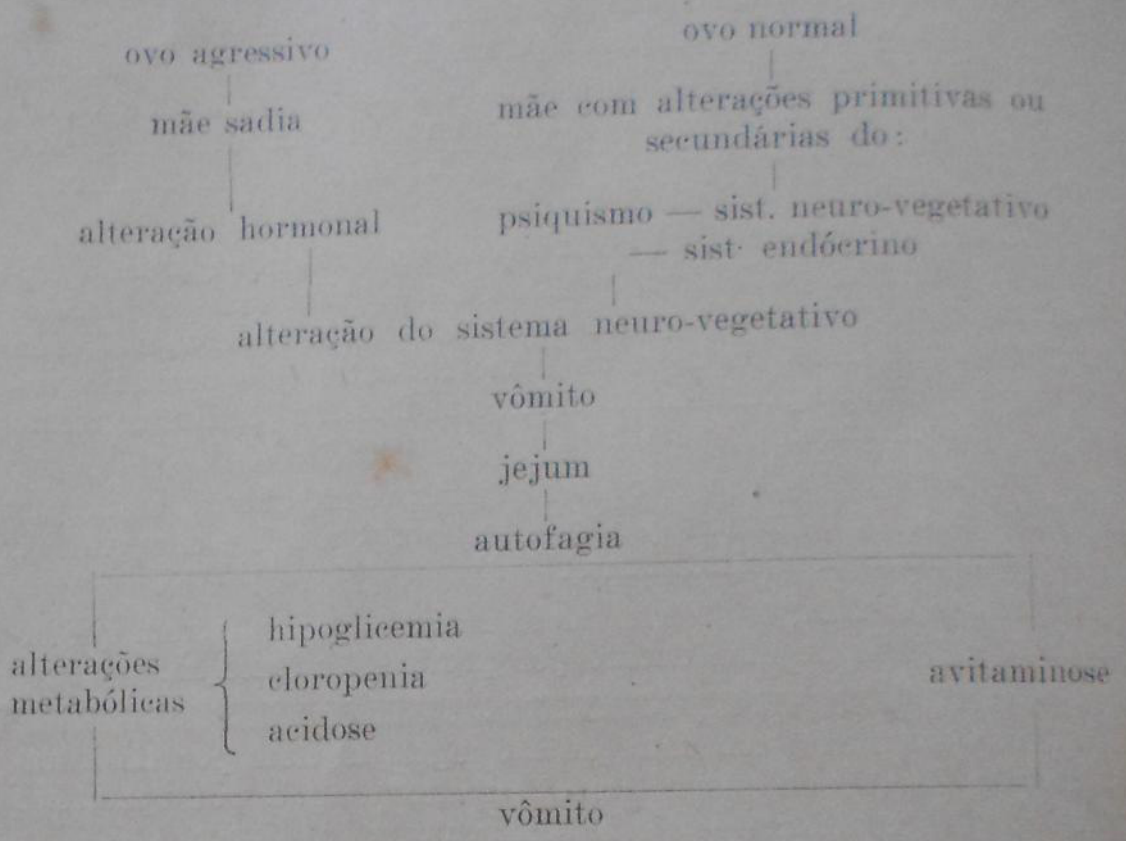
REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Vômitos incoerciveis *(Vomitos incoercibles)* — ROCAMORA, HECTOR — (*Rev. Cubana de Obs. y Ginec.*, Junho 1942, Vol. IV, Ns. 5-6, pag. 159).

Em tese de admissão à cátedra de Obstetrícia da Universidade de Havana, faz o A. um sistematizado estudo dos vômitos incoerciveis da gravidez.

Na etio-patogenia, estuda as diversas teorias propostas, agrupando-as em: teoria da intoxicação, teoria gástrica e teoria nervosa.

Há um interessante esquema sobre a etio-patogenia considerando o temônio ovo-mãe:



Observa-se como se estabelece um círculo vicioso facilitando mais o vômito pelo jejum trazido em consequência do próprio vômito.

Quanto à sintomatologia estuda-a em três períodos: de emagrecimento, de alterações metabólicas e terminal ou de acidentes nervosos e cerebrais.

O prognóstico baseia-se na apreciação dos sintomas clínicos e nos exames de laboratório.

No capítulo da terapêutica, divide-a em: *psicoterapia*, *medicação* e *re-alimentação*, principalmente no que se refere aos calmantes do sistema nervoso, medicação para afastar o estado de deshidratação, de cloropenia e de acidose, o combate à hipotensão e à avitaminose e ainda a opoterapia e a re-alimentação cuidadosa e eficiente.

Finalmente o tratamento *causal* ou *obstétrico*, nos casos em que, apesar de toda essa terapêutica, não se obtêm melhoria e a paciente ameaça entrar no terceiro período e o único caminho que se apresenta é a interrupção da gravidez, o método utilizado dependendo do tempo da gestação, dando o A. preferência à curetagem, ao método de Boero, ao de Aburél e à cesária, vaginal ou abdominal. — *C. A.*

Ano VII JANEIRO DE 1942 Vol. 13 - N.º 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. F. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 26 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

Ano VII JANEIRO DE 1942 Vol. 13 - N.º 1

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
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
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
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

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Janeiro de 1942 | Vol. 13 — N.º 1

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Câncer do colo do útero de I grau e gravidez no 3.º mês — DOUTORANDO JOSE' AYRES DE PAIVA 1
"Missed abortion" e bouba — DR. FERREIRA DOS SANTOS ... 20

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Defeitos congênitos da pele e sua patogenia — PROF. DR. BRUNO VALENTIN 23

EDITORIAL

Abôrto recidivante e abôrto iminente 40

NOTAS E COMENTÁRIOS

Curso de extensão universitária de clínica ginecológica da Universidade do Brasil 43
Novo método de tratamento do câncer 49

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Operação Cesariana Abdominal — JORGE DE REZENDE 51
Manual Prático de Ginecologia — DR. NERY MACHADO 52
Anales del Instituto de Maternidad y Assistencia Social Prof. U. Fernandez 53

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da trigésima-oitava sessão ordinária 54
Ata da trigésima-nona sessão ordinária 57

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.

Operação Cesariana Abdominal — JORGE DE REZENDE — A Casa do Livro Editora, Rio, 1941.

O A. é um dos estudiosos da Obstetrícia em nosso meio, onde se tem mostrado um especialista dedicado e futuroso. Docente da disciplina, exerce o ensino em cooperação com duas cátedras nesta Capital. Sua bagagem literária no setor que cultiva já é bastante volumosa; os trabalhos, conhecidos e apreciados. Filia-se à escola obstétrica oficial do Rio de Janeiro onde é um dos mais operosos da geração nova. Seu livro tem uma feição muito agradavel; é bem apresentado e uma das melhores monografias que conhecemos na literatura médica do país. Faz o histórico do parto cesário, capítulo enriquecido por ilustrações clássicas muito bem escolhidas. Em seguida, um inventário das diversas técnicas dos últimos tempos, estudando os característicos, vantagens e desvantagens de cada uma, para, finalmente, mostrar-se, como era de esperar de sua inteligência e critério, partidário franco da técnica de Kerr, inegavelmente a que até hoje melhor e mais lógica se tem mostrado. Estamos tambem com o A. quando desdenha os métodos extraperitoneais, aliás chamando em seu apôio a opinião valiosa de M. L. Perez.

Da leitura do trabalho depreende-se — detalhe muito de se louvar — que o A. se vem tornando menos intervencionista com o passar dos anos. Temos para nós que o montante da casuística apresentada denota um certo fervor operatório pois que se perfez em seus primeiros dez anos de atividade profissional. Vem a dar 14 por ano, o que poucos parteiros possuem nessa quadra da vida prática. No entanto, verifica-se que de 1936 a 1940 apenas 45 intervenções foram praticadas, em contraposição com 69 de 1931 a 1935. E', sem dúvida, índice excelente do amadurecimento profissional, a traduzir-se em uma conduta menos intervencionista, pela qual merece francos cumprimentos. As opiniões expressas a propósito do papel que a cesariana vem assumindo na terapêutica obs-

tétrica, tenderão a substituir grande número de manobras clássicas, podemos subscreve-las de mui bom grado.

Possue Jorge de Rezende sã doutrina obstétrica e qualidades incontestaveis de autor médico. Seu livro é uma ótima aquisição para as letras da especialidade no Brasil.

F. VICTOR RODRIGUES.

Manual Prático de Ginecologia — Dr. NERY MACHADO — 2.ª edição — Rio de Janeiro, 1941.

No movimento de renovação da moderna concepção da ginecologia, no meio brasileiro, onde os estudos da especialidade dominam um aspecto novo na revisão por que passam muitos dos antigos conceitos, notadamente no campo da endocrinologia, da terapêutica hormonal, da cirurgia conservadora, da profilaxia do câncer, etc., o A. ocupa um lugar destacado, não só pelos seus conhecimentos, como pela forma de expô-los, no livro que, acertadamente, denominou "Manual Prático de Ginecologia".

Assim já apareceram os de Medicina de Urgência, Cirurgia de Urgência, de Obstetrícia e de Ginecologia, agora em 2.ª edição aumentada e atualizada.

Com erudição e conhecimento exato do assunto que trata, o Autor faz uma descrição, em cada capítulo, do que o clínico encontra todo dia, no consultório de ginecologia. Diz que o destina especialmente aos médicos não especializados, mas que a leitura aproveita a todos e lembrará, mesmo aos ginecologistas de carreira, coisas modernas de que somente os leitores das melhores revistas estão ao par. Apresenta aparelhos de sua invenção como um espéculo fenestrado, com valvas gradeadas, que tem sobre os demais a vantagem de permitir tambem a visão ampla e perfeita das paredes vaginais superior e inferior; um útero-salpingo-injetor, para injetar o meio de contraste na útero-salpingografia.

No fim de cada assunto faz um resumo em chave, didático e agradavel ao leitor. Sobre as lesões do colo do útero, apresenta fotografias em ótimas tricromias, assim como o gráfico das relações hormonais no decurso do ciclo menstrual. No final traz um bem idealizado resumo da terminologia ginecológica.

Agradecendo o recebimento do trabalho, deixamos aquí consignadas nossas ótimas impressões do livro, que encerra uma iniciativa proveitosa, reveladora de um propósito elevado de ser util aos que se iniciam nos estudos ginecológicos ou dele só desejam conhecimentos práticos.

ALKINDAR SOARES.

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Págs.

Efeito das transfusões de sangue citratado de estoque sobre doentes com hipoprotrombinemia — KARABIN, J. E., UDESKY, H. e SEED, L. 59

Contaminação das feridas pelo ar, pela pele do operador e pela pele do paciente — HIRSHFELD, J. W. 60

Efeito favoravel da oxigenoterapia no choque experimental traumático — SCHNEDORF, J. G. e ORR, T. G. 61

Estudos hormonais em casos de mola hidatiforme e corioepitelioma — PAYNE, F. L. 62

Contagem das hemátias nucleadas nos capilares coriais e no sangue do cordão em várias idades da prenhez — ANDERSON, G. W. 63

A respiração intra-uterina em relação com o desenvolvimento do pulmão fetal — POTTER, E. L. e NOHLENDER, G. P. 64

A histerectomia total e a sub-total — PEARSE, R. L. 65

Cento-e-cincoenta casos consecutivos de prenhez ectópica — WARE Jr., H. HUDNALL e WINN, W. C. 66

Placenta bilobada — TORPIN, R. e HART, B. F. 67

A progestina oral (anidro-hidroxi-progesterona) no tratamento da dismenorréia — GREENBLATT, R. B., Mc CALL, E. e TORPIN, R. 68

Esterilização no puerpério — THORNTON, Jr., W. N. e WILLIAMS, T. J. 69

O tratamento das perturbações menstruais pelo sôro de égua grávida — VOGT Jr., W. H. e SEXTON, D. L. 70

O efeito da administração oral do estradiol alfa e da pregneninolona sobre o útero da mulher castrada — NEUSTAEDTER, T. 70

A incidência da hipertensão após as toxemias da gravidez — WILLIAMS, T. J., NIX, H. G. e MAUZY, C. H. 71

A operação de uteroligamentopexia para a retroversão do útero (não puerperal) — ROSS, J. W. 72

Diagnóstico e tratamento da esterilidade — SILBERNAGEL, W. M. e FIDLER, R. 73

Endometriose heterotrópica — EMMET, A. 74

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

Ação gonadotrópica do extrato de urina de homem normal sobre os ovários de ratos imaturos normais e hipofisectomizados e de camondongos imaturos — LEATHEM, J. H. e LEVIN, L. 75

Ocorrência de "tumores" ovarianos no virilismo espontâneo da galinha — FREDGOOD, H. B. e USTILA, V. V. 76

Estro vaginal em camondongos irradiados — GEIST, S. H., GAINES, J. A. e ESCHER, G. C. 76

Efeitos do propionato de testosterona sobre a reprodução na fêmea — HUFFMAN, J. W. 77

Relações entre a tireóide e os ovários — EMGE, L. A. e LAQUEUR, G. L. 78

A resposta peritoneal aos compostos sulfamídicos em pó. Estudo experimental. — TROCKMORTON, T. D. 78

O valor dos lipídios na basal do endométrio humano como indicador do ótimo de atividade da progesterona — BLACK, J., HEYNS, O. S. e GILLMAN, J. 80

Terapêutica do sangramento funcional — GAINES, J. A., GEIST, S. e SALMON, U. J. 81

Etinil estradiol — SALMON, U. J., GEIST, S. H., WALTER, R. I. e MINTZ, N. 81

Terapêutica do sangramento uterino — LEFF, W. A. 81

Dismenorréia — SOULE, S. D. 82

Ovarite supurada de origem extragenital em virgem — SALABER, J. A. e AHUMADA, J. L. 82

Contribuição ao estudo dos cistos da vagina — NÖLTING, D. E. e ALTHABE, O. 83

Importância do método biológico no diagnóstico da gonococia feminina — BLANCHARD, O. 84

Gravidez e prolapso uterino com alongamento do colo — CASO, R. e CARDILLO, R. 84

Perfuração uterina com grave lesão intestinal durante uma curetagem por abórto criminoso. Resecção intestinal e entero-anastomose. Cura. — FERRACANI, R. S. 85

A proximoroentgenterapia no câncer do colo do útero — ROFFO, A. H. e GIUDICE, V. 85

O prognóstico do câncer do seio — GUENIN, P. 86

Os tampões vaginais para a higiene menstrual — SACKREN, H. S. ... 87

O valor das reações cutâneas no diagnóstico alérgico — BOZZOLA, J. A. 88

Ano VII FEVEREIRO DE 1942 Vol. 13 - N.º 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

DIRETOR-FUNDADOR E PROPRIETÁRIO
ARNALDO DE MORAES
Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil

U. F. R. J.
FACULDADE DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Redação e Administração: Avenida Graça Aranha, 26 — 6.º andar
Telefone 42-5743 — Caixa Postal 1.289
Rio de Janeiro — BRASIL

Nome abreviado para citação
An. Bras. de Gin.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Ano VII FEVEREIRO DE 1942 Vol. 13 - N.º 2

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

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

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Afkindar Soares
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Cid Braune Filho
Dra. Cineria Fernandes
Dra. Clarice do Amaral
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Gessy D. Vieira
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dra. Nilde Ribeiro
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VII | Fevereiro de 1942 | Vol. 13 — N.º 2

SUMÁRIO

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS

Em torno de 200 casos de colposcopia — DR. J. P. RIEPER 89
Prenhez angular em útero miomatoso — DR. JORIO SALGADO .. 99

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Da infecção puerperal anaeróbia e seu tratamento — DR. ARIOSTO BÜLLER SOUTO 110

EDITORIAL

Sobre o emprego dos estrogênios 137

NOTAS E COMENTÁRIOS

Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (Relatório das atividades didáticas em 1941) .. 140

LIVROS E PUBLICAÇÕES

"Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental" 146
"Homenagem ao Professor Pedro Belou" 147
Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Cantón" .. 148
Trabajos de la Cátedra de Semiologia Quirúrgica — MANUEL RIVEROS M. 149
Operaciones Obstétricas — PROF. DR. HEINRICH MARTIUS ... 150

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO

PROD. FARM. KRINOS LTDA.

Rua Senador Alencar, 109

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, mediante modesta contribuição, a tradução dactilografada dos trabalhos solicitados e a bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

Págs.

O diagnóstico histológico precoce do carcinoma cervical — MEYER, R. 151

Observação de cinco anos do teste de hemossedimentação das apendicites agudas — LESSER, A. e KAUFMAN, L. R. 152

A resposta por contração do útero humano ao extrato de hipófise posterior administrado em intervalos regulares durante a gravidez. Um estudo de 32 pacientes com o tocógrafo de Lorand. — MURPHY, D. P. 153

O conteúdo em bactérias do ar nas salas de operações — RICE, T. B., WEED, L. A. e RAIDT, H. 154

O problema do tratamento da peritonite. Nota prévia. — REA, C. E. ... 155

O valor diagnóstico dos esfregaços vaginais no carcinoma do útero — PAPANICOLAOU, G. N. e TRAUT, H. F. 156

Um estudo dos ovários e endométrios de pacientes com carcinomas do corpo — JONES, H. O. e BREWER, J. I. 157

Os efeitos de certos extratos gonadotrópicos sobre os ciclos anovulatórios e a amenorréia — BUXTON, C. L. 159

São os estrogênios carcinogênicos na mulher ? — GEIST, S. H., WALTER, K. I. e SALMON, U. J. 160

A prova de Friedman no líquido céfalo-raquiano em casos de mola hidatiforme e gravidez — VESELL, M. e GOLDMAN, S. 162

Morbidade subsequente aos toques vaginais durante o trabalho — ERVING, H. W. e MISTER, E. F. 163

Distócia cervical — SACKETT, N. B. 164

O emprego intravenoso da vitamina K — OLWIN, J. H. 166

A terapêutica electrolítica nos distúrbios premenstruais — GRUNHILL, J. P. e FREED, S. C. 167

O lugar de origem da elaboração de hormônio gonadotrópico pituitário e de prolactina — FRIEDMAN, M. H. e HALL, R. 167

Influência da estrona sobre as características elétricas e a motilidade do músculo uterino — BOZLER, E. 168

Estudos sobre a intoxicação crônica pelo dietilestilbestrol — PAGE, R. C., RUSSELL, H. K., SCHWABE, E. L., MATHEWS, C. S. e EMERY, F. E. 170

Os órgãos reprodutores na desnutrição. Efeitos da gonadotropina coriônica sobre os órgãos genitais atróficos de ratos machos desnutridos. — MULINOS, M. G. e POMERANTZ, L. 171

Págs.

Dois casos de malformações genitais. Ausência de cérvix e atresia da vagina: hematométrio e hematocolpo — LOUP, E. 172
Aspectos atuais do problema da apendicite — COLLINS, D. C. 173
Gravidez complicando carcinoma do reto ou carcinoma do reto complicando gravidez — MAYO, C. W. e HUNT, A. B. 173
Implantação profilática de estrogênicos nas mulheres ovariectomizadas — SALMON, U. J., GEIST, S. H. e WALTER, R. I. 174
Terapêutica efetiva da menopausa pelo uso de estrogênios em doses baixas — JOFFRE, P. M. 175
Tratamento cirúrgico nas alterações do ciclo menstrual — BREA, C. A. 175
Vólvulos do anexo direito em uma miomatosa portadora de ovários gigantes — AHUMADA, J. C. e SAMMARTINO, R. 176
Complicações urinárias nas afecções ginecológicas — BAZTERRICA, E. e BEHERAN, N. 177
O valor do toque retal em obstetrícia — SALA, S. L. 177
Fibromas da parede abdominal — RUIZ, V. 178
A hemorragia intraperitoneal por ruptura do folículo ovárico ou do corpo amarelo — RUIZ, V. e GUTIERREZ, A. 179
Os hormônios sexuais e sua avaliação — RAÍCES, A. E. 179
Ruptura espontânea do cordão umbilical num parto normal — BALDI, E. U. 180
Tumor funcionante do testículo. Corioepitelioma genuino com "modificação de gravidez". — FERNÁNDEZ LUNA, D., SPANGENBERG, J. E. e BOTTINI, A. C. 181
Infecção puerperal. Estudo experimental. — PALACIOS COSTA, N. e NAGERA, J. M. 182
A doença de Nicolas-Favre ou quarta doença venérea — RODRIGUEZ, D. L. H. 183
Comentários ginecológicos — MALDA, G. M. 184
Prenhez peritoneal a termo com feto morto — CAMARILLO, J. 186
Nota sobre o tratamento da sífilis pelas altas doses arsenicais — BRUN, J. F. e DONATO RAMIREZ, P. 186
Endometrioma do ovário — SANTIAGO, A. P. 187
Perfuração apendicular no 8.º mês de gestação. Apendicectomia, ruptura precoce da bolsa. Fórceps. — ALVAREZ, H. 188
Aspectos sociais da assistência obstétrica — GUIMARÃES F., A. 189

POMADA CRINO-D

Desde as publicações de Löhr, Bosse, Krieg e outros, o emprego de pomadas à base de óleo de fígado, nos mais variados traumatismos, sobretudo em casos de feridas, cauterizações e queimaduras, tornou-se clássico. A ação regeneradora dessas pomadas biológicas sobre os tecidos mesenquimatoso e epitelial foi, entretanto, aproveitada com ótimos resultados em grande número de afecções outras. Assim, por exemplo, a pomada **Crino-D** é de grande eficácia nas **radiodermites, ragádias** e **eczemas**, sobretudo do tipo seco, assim como na maioria das úlceras, leishmaniose cutânea e mucosa. Na **oftalmologia**, a pomada **Crino-D** tem a sua indicação segura nas úlceras da córnea, queratites, blefarites e conjuntivites.

A Prod. Farm. Krinos Ltda., caixa 556, Rio, está à disposição dos Srs. clínicos, com literatura e amostras do **Crino-D**.

Morbidade subsequente aos toques vaginais durante o trabalho (*Morbidity following vaginal examinations during labor*) — ERVING, H. W. e MISTER, E. F. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1941, Vol. 42, N.º 2, pág. 326).

A controvérsia entre os méritos relativos dos toques vaginais e retais durante o trabalho, aparentemente serenou. A maioria dos centros de ensino parece que decidiu que os toques retais são mais seguros e, dessa forma, muitos estudantes ficam possuidos de um receio anormal do canal vaginal, o que não é razoavel e age como uma barreira quando a "expectativa vigilante" já ultrapassou sua utilidade.

Em 1925, MAYES, que emprega o toque vaginal, instituiu como técnica de antissepsia vaginal o mercurocromo, e em 1929 comunicou ter conseguido uma morbidez de 7,3 % em 8.900 casos. Esta ou uma técnica semelhante chegou até a ser instituida como método de "esterilizar" o campo operatório em certos centros, advogando o toque retal.

Em geral, as instilações são feitas em intervalos regulares durante o trabalho e após os exames. No Hospital Millard Fillmore os A.A. praticam o toque vaginal quasi que exclusivamente. Na maioria dos casos não são empregadas as instilações vaginais, concordando com DE LEE que não são essenciais ao sucesso da prática obstétrica.

Não podem os A.A. compreender porque, se os toques retais são feitos com o propósito de impedir uma possivel contaminação do canal da parturição, se invade deliberadamente essa passagem para fazer a pulverização de sua superfície com um líquido antisséptico corado, se as vantagens derivadas dos toques vaginais não são obtidas ao mesmo tempo.

Não estão convencidos de que, esfregando continuadamente a mucosa vaginal sobre o colo através do reto seja mais seguro do que um toque vaginal, estando certos de que para fins de identificação da dilatação e apagamento do colo, apresentação ou procedência do cordão, posição do feto, etc., os toques vaginais são positivamente superiores.

Neste estudo foram analisados os últimos 1.000 partos consecutivos, a partir de 3 de Setembro de 1941, na Maternidade de um hospital geral. Não houve morte materna e a mortalidade fetal corrigida foi de 2,7 %. Setenta-e-cinco por cento dos partos foram operatórios. Toques vaginais somente ou retais e vaginais, foram praticados em 97,5 % dos casos. Instilações vaginais foram empregadas em 7 % dos casos. A morbidade em todos os partos foi de 4,5 % para o grupo febril da 2.ª zona e 22,6 % para o grupo febril da 1.ª zona. Excluindo as cesárias, a morbidade respectiva foi 2,8 % e 21,6 %.

Em seguida ao parto, 1,6 % das pacientes permaneceram 14 dias ou mais no hospital e metade dessas sem febre.

Como conclusão dizem: 1) Os exames vaginais durante o trabalho, quando executados cuidadosamente e não muito frequentemente, são seguros, julgando-os os A.A. o método de escolha; 2) As instilações vaginais praticadas durante o trabalho e em seguida aos toques não são indispensaveis à obstetrícia feita com segurança, parecendo aos A.A. constituir antes uma "interferência intrometida". — *A. A. S.*

Distócia cervical *(Cervical Dystocia)* — SACKETT, N. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1941, Vol. 42, N.º 2, pág. 248).

A maioria dos tratados dedicam poucas páginas à distócia cervical no estudo do parto anormal e muitas autoridades põe em dúvida sua existência. A falta de dilatação cervical pronta é atribuida ou a desproporção céfalo-pélvica, ou à apresentação, posição ou atitude fetal anormais, ou à inércia uterina como consequência de prematuridade, toxemia e enfermidades endócrinas ou médicas.

Um trabalho subsequente, contudo, pode ser facil e rápido, apesar da repetição das mesmas circunstâncias.

Este trabalho constitue uma tentativa para determinar a verdadeira frequência da distócia cervical juntamente com uma análise dos possiveis fatores causais, cura clínica, tratamento e resultados finais.

Para este estudo a distócia cervical é definida como o trabalho dificil devido principalmente a falta de dilatação e apagamento do colo, dentro de um período de tempo razoavel, apesar das frequentes e poentes contrações uterinas.

A verdadeira distócia cervical foi encontrada somente em 86, ou 1 %, de 8.213 partos a termo ou nas proximidades. Sua incidência elevou para 13,4 % os trabalhos prolongados; foi a indicação maior para a cesariana em 9,5 %, para o fórceps médio em 3,6 %, e para o fórceps baixo em 1,7 % dessas operações.

Uma revista dos possiveis fatores etiológicos revela a ocorrência da distócia cervical em 2 tipos de pacientes: primeiro, a primigesta com história menstrual e marital, hábitos geral e exame local sugestivos de deficiência constitucional e de falta de desenvolvimento genital. Em 78 pacientes a gravidez era a primeira de termo, e das 8 multíparas 4 haviam apresentado anteriormente distócia cervical.

O segundo tipo apresenta história e sinais objetivos de traumatismo ou doença afetando o colo. Esta verificação se faz no anteparto ou intraparto, e é confirmada frequentemente em partos sub-

Refere-se tambem aos métodos químicos de avaliação, principalmente para os androgênios, que trazem maior percentagem de erro, e carecem da especificidade requerida.

Finaliza considerando que:

1.º) Há um grande desconhecimento no que respeita aos fenômenos de transformação e de ação destes produtos.

2.º) Não existe na atualidade um método prático, de resultados uniformes, digno de confiança e, sobretudo, adaptavel ao laboratório clínico.

3.º) Os métodos levam uma percentagem de erro bastante elevada que pode aumentar se não se observar o pormenor.

4.º) A avaliação é dispendiosa e exige tempo e trabalho.

5.º) A avaliação é necessária, mas é muito o caminho a percorrer-se para torná-la de máxima utilidade.

6.º) Os métodos existentes são mais do laboratório de investigação, no qual indubitavelmente prestam inestimavel serviço.

7.º) Para ter uma idéia da causa dos transtornos que os diferentes hormônios puderam motivar, seria preciso efetuar várias determinações durante um ou mais ciclos menstruais, o que aumentaria o trabalho e o custo para que o resultado fosse util. — *C. A.*

Ruptura espontânea do cordão umbilical num parto normal
(Rotura espontanea del cordon umbilical en un parto normal) — BALDI, EDUARDO U. — (*Rev. Méd.-Quir. de Patol. Fem.*, Agosto 1941, Tomo XVIII, N.º 2, pág. 163).

Relata o A. um caso de ruptura espontânea de cordão umbilical, cuja causa assentava-se num raro tipo de lesão anátomo-patológica.

Primeiramente faz algumas considerações sobre a anátomo-histologia normal do cordão, analisando logo depois as diversas causas de ruptura, em geral.

No caso relatado pelo A., no curso de um parto eutócico, verificou-se que o feto nascera com um segmento de cordão umbilical de 51 cms. seccionado totalmente, havendo uma frouxa circular ao redor do pescoço; pouco depois a placenta é expulsa com o resto do cordão, um fragmento de 11 cms.

Ao começar o período expulsivo já chamara a atenção a saída de líquido amniótico de cor vermelha rutilante.

Do estudo anátomo-patológico do cordão, feito ao nivel das zonas de sutura, de secção cirúrgica e da que correspondia a um pequeno hematoma, pôde-se resumir que se tratava de um notavel aumento da substância mucóide que normalmente é encontrada na gelatina de WHARTON do cordão, que invadiu, por assim dizer, as paredes dos vasos umbilicais, diminuindo sua resistência fisiológica.

A esse fator predisponente, raro, atribue ainda o A., como fator determinante da ruptura o pequeno comprimento aparente ocasionado pela circular do cordão, que o fez distender, explicando isto pelos pontos esparsos de hematomas e efrações das paredes vasculares. — *C. A.*

LA REVISTA DE MEDICINA E CIENCIAS AFINES

Tumor funcionante do testículo. Corioepitelioma genuino com "modificação de gravidez". *(Tumor funcionante de testículo. Corionepitelioma genuino con "modificación de embarazo")* — FERNÁNDEZ LUNA, DIEGO, SPANGENBERG, JACOBO EDUARDO e BOTTINI, ATILIO C. — (*La Rev. de Med. y Ciencias Afines*, Agosto de 1941, Ano III, N.º 8, pág. 523).

Os A.A. relatam um caso de corioepitelioma testicular que qualificam genuino para diferenciá-lo dos di- ou tridermomas com metástases corioepiteliomatosas, os quais são muito mais frequentes que o primeiro.

A observação anátomo-clínica-hormonológica se refere a uma jovem de 19 anos, portadora de um tumor testicular desde há um ano, o qual foi extirpado, vindo a falecer em consequência de dispnéia e de hemoptises que se foram tornando mais abundantes até num litro no momento da morte. A radiografia mostrava imagens metastáticas nítidas, e se apresentaram na evolução da doença como sintomas secundários, ginecomastia, vômitos e as reações de FRIEDMANN foram duas vezes intensamente positivas.

O exame histológico da peça extirpada no ato cirúrgico precisou o diagnóstico mostrando um corioepitelioma puro ou genuino e o estudo necrópsico efetuado posteriormente reafirmou a presença de numerosas metástases pulmonares de caráter hemorrágico, além de revelar a presença dos elementos do ectoderma corial nas metástases (células de LANGHANS e elementos sinciciais), demonstrou a existência das células de gravidez de POINDECKER na hipófise anterior, de uma hiperplasia mamária em início e a inibição da espermatogênese no testículo oposto.

A dosagem de hormônios efetuada num pedaço de metástase pulmonar assinalou concentrações de 50 a 100 U. R. por grama para o hormônio de maturação folicular e para as substâncias estrogênicas de mais de 33 U. R. por grama.

No sangue do ventrículo direito, extraido do cadaver, a cifra de gonadotrofinas aproximava-se a 1.000 U. R. por cc. Tratava-se de concentrações máximas (1.000.000 U. R. por litro de sangue) e afirmava-se com isso a natureza hormonopoiética das metástases,

Nesta ocasião foi praticado raspado do útero para biópsia, verificando-se uma hipertrofia dos tubos glandulares com células no início do período de secreção. O exame histopatológico da peça cirúrgica revelou endometrioma do ovário.

O A. descreve-o minuciosamente, apresentando várias microfotografias e fotografia da peça cirúrgica, consequente à histerectomia subtotal com anexectomia bilateral.

O A. faz ainda comentários de ordem teórica, citando os pontos de vista de SAMPSON, de HALBAN e a teoria celômica. Na Mayo Clinic, de 1923 a 1937, COUNSELLER, em 884 ovários, encontrou 120 endometriomas (13,6 %). — *A. S.*

Perfuração apendicular no 8.º mês de gestação. Apendicectomia, ruptura precoce da bolsa. Fórceps. *(Perforación apendicular al 8.º mes del embarazo. Apendicectomia, rotura precoz de la bolsa. Fórceps.)* — ALVAREZ, HERMOGENES — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Agosto 1941, Tomo XIX, N.º 2, pág. 184).

O trabalho do A. é baseado na observação de um caso, verificado em mulher de 22 anos, no 8.º mês de gestação, que sentira dores abdominais, localizadas na fossa ilíaca direita, irradiadas para o epigástrio, grandes retos, acompanhadas de mal estar geral, estado nauseoso, e vômitos alimentícios.

Quatro dias depois de internada, foi verificada hipertonia uterina dolorosa, de 10 segundos de duração e ausência de batimentos fetais, colo mole, permeavel ao dedo. Foi tratada a hipertonia com sulfato de magnésia e spasmalgine.

O A. viu a doente no 4.º dia de moléstia: fácies de sofrimento, pálida, língua saburral úmida, pulso 120, temperatura 38º. Dôr mais acentuada e "esquisita" na zona de MAC-BURNEY e contratura muscular evidente.

Resolvida a operação foi praticada incisão de JALAGUIER, extravasando líquido turvo, fétido, livre no peritônio; grande congestão da trompa e ovário direitos; dificil exteriorização do ceco, com apêndice aderente ao peritônio póstero-interno, perfurado na ponta com um cálculo estercoral livre. O útero não forma parte com o bloco aderente.

Num segundo tempo o A. pratica toque vaginal encontrando a cabeça no assoalho perineal em I. A. praticando fórceps, com feto vivo. Delivramento espontâneo. Postoperatório excelente. Alta curada no 20.º dia. Cicatriz sólida.

O A. acha que o diagnóstico não permitia maiores dúvidas: dôr e contratura muscular predominantes na F. I. D. falando em favor de peritonites dessa zona, possivelmente por apendicite aguda. A história era clara: crise aguda, seguida de melhoria, reagudização do quadro no terceiro dia, ou melhor, no segundo dia de falsa acalmia de DIEULAFOY, no terceiro dia a perfuração seguida de peritonite. Peritonite em dois tempos, bem descrita por MONDOR, DELBET, etc.

Em relação à terapêutica, o A. faz considerações sob três pontos de vista: 1.º) indicação da intervenção; 2.º) conduta obstétrica; 3.º) prioridade da intervenção.

Termina com as seguintes conclusões:

1 — Em toda apendicite aguda no final da gestação, qualquer que seja o seu tipo, se impõe a intervenção de urgência.

2 — O ato cirúrgico começará por laparotomia, tratando-se em primeiro lugar o processo apendicular.

3 — Se não houver trabalho de parto é necessário sedar o útero.

4 — Se houver trabalho avançado e o útero formar parte do processo aderencial há vantagem em evacuá-lo antes de fechar definitivamente a parede.

5 — Se o trabalho é inicial, a ruptura precoce artificial da bolsa de águas acelera seu término, os antiespasmódicos, reduzindo a hipertonia melhoram as condições de vitalidade fetal.

6 — Será evitado o período expulsivo fazendo fórceps quando a cabeça estiver insinuada, versão quando a indicam suas condições. — *A. S.*

REVISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SÃO PAULO

Aspectos sociais da assistência obstétrica — GUIMARÃES F., ALVARO — (*Rev. de Obst. e Gin. de S. Paulo*, Agosto 1941, Vol. V, pág. 151).

O A. apresenta, em seu relatório, ao I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, a contribuição da Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina e do Instituto de Higiene da Universidade de S. Paulo.

O A. acentua que a proteção da mulher, encarada sob o ponto de vista obstétrico, constitue a base biológica da família, unidade