

Ano VIII

JULHO DE 1943

Vol. 16 - N.<sup>o</sup> 1

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alkindar Soares

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dra. Cineria Fernandes

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

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.<sup>o</sup> número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

## Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 226 - 6.<sup>o</sup> 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.<sup>o</sup> 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 553 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

U. F. R. J.  
MATERNIDADE E ESCOLA  
BIBLIOTECA

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VIII

Julho de 1943

Vol. 16 — N.º 1

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

|  | Pags. |
|--|-------|
| Caso de inversão crônica completa do útero ( <i>Operação de Küstner-Piccoli-Morisani</i> ) — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES ..... | 1     |
| Minha experiência no tratamento das fistulas uro-genitais — PROF. DR. CLOVIS SALGADO .....                                     | 7     |
| Hipertrofia mamária virginal — DR. ALBERTO COUTINHO .....  | 20    |

### LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

|  |    |
|--|----|
| <i>La especialización obstétrica u obstétrico-ginecológica</i> — PROF. DR. JUAN LEON ..... | 28 |
|--|----|

### EDITORIAL

|  |    |
|--|----|
| <i>Analgesia ou anestesia caudal contínua em Obstetrícia</i> ..... | 41 |
|--|----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|   |    |
|---|----|
| Recepção do Prof. Clovis Salgado na "Sociedade Brasileira de Ginecologia" ..... | 45 |
| Visita do Prof. Dr. Juan Leon, de Buenos Aires .....                            | 47 |
| Conferências do Prof. F. Victor Rodrigues em São Paulo .....                    | 48 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Coletânea sobre o Centenário da Ligadura da Aorta Abdominal .....   | 49 |
| À margem da Cirurgia Sul-americana — ALFREDO MONTEIRO .....   | 50 |
| Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Canton" — PROF. JOSUE' A. BERUTI (Diretor) ..... | 50 |
| Jardins de Infância e Escolas-Hospitais — DR. OSCAR CLARK .....   | 51 |
| Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental — PROF. EDMUNDO VASCONCELLOS (Diretor) .....                  | 52 |

### SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

|  |    |
|--|----|
| Ata da décima-quarta sessão extraordinária ..... | 53 |
| Ata da quinquagésima sessão ordinária .....      | 55 |

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

## "Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas"

### Diretores

ALBERTO PERALTA RAMOS  
JUAN CARLOS AHUMADA  
MANUEL LUIS PEREZ

Assinatura anual ..... 20 pesos argentinos

*Calle José E. Uriburu 1578*

**BUENOS AIRES — ARGENTINA**

## EDITORIAL

### **ANALGESIA OU ANESTESIA CAUDAL CONTINUA EM OBSTETRÍCIA**

Foi CORNING quem, em 1895, lembrou a possibilidade de se usar o espaço epidural para introduzir uma solução anestésica. O urologista francês CATHELIN, em 1905, bloqueou os nervos sacros e cocígeos através do hiato sacro. Foi STOECKEL, quatro anos depois, o primeiro a usar a anestesia caudal em Obstetrícia, com sucesso. LAEWEN e SCHLIMPERT, em 1910, na Alemanha, melhoraram a técnica. Nos Estados Unidos foi empregada por numerosos autores, em Ginecologia, a partir de 1923 (MECKER e BONAR, OLKHAM, LUNDY, HENRY e JAUR, RUCKER, CAMPBELL, JOHNSON, SWORD e BAPTISTI).

Tal é o histórico resumido dado por LAHMANN e MIETUS em seu trabalho sobre Anestesia caudal, com o sub-título "seu uso em Obstetrícia", em que apresentam uma série de 400 casos em que empregaram essa técnica anestésica em Obstetrícia operatória ("Surg., Gynec. & Obst.", 74:63, Jan. 1942). O bloqueio caudal, também designado como bloqueio extradural ou epidural, segundo a definição de LABAT, consiste em passar uma agulha através do hiato sacro, depositando um líquido anestésico dentro do canal sacro. Distingue-se assim, esse tipo de anestesia da raquianestesia, em que o anestésico penetra debaixo do espaço sub-aracnóideu.

Não deve tão pouco a anestesia caudal ser confundida com o bloqueio trans-sacral, em que se procura anestesiá os nervos sacros através dos quatro foramens sacros, que representam os espaços entre as vértebras sacras fundidas. Ainda é necessário distinguir a anestesia pressacra ou parassacra por meio de agulhas passadas através do períneo, anestesiando os nervos sacros nos pontos de sua saída

*dos foramens sacros anteriores pela deposição do agente anestésico no côncavo anterior do sacro.* Conforme acentuam LAHMANN e MIETUS a combinação do bloqueio caudal com o bloqueio trans-sacral é designado como anestesia sacra.

Concluiram esse autores, baseados em numerosa casuística sobre a vantagem do emprego do método em Obstetrícia operatória, por sua exequibilidade e eficácia. Certamente o conhecimento da chamada anestesia espinhal contínua, introduzida por LIEMMON, em 1940, que permitia a injeção de doses adicionais de agente anestésico durante o decurso operatório, levou EDWARDS e HINGSON ao emprego de uma técnica similar, em Setembro de 1942, e seu emprego em Obstetrícia.

Em Janeiro deste ano apareceu no "J. A. M. A." um editorial sobre o método, além de dois artigos da autoria de HINGSON e EDWARDS (121:225) e de GREASY JOR. e HESSELTINE (121:229), bem como, logo depois, um trabalho de ADAMS, LUNDY e SELDON ("Proceedings of the Mayo Clinic", 18:97, 7 de Abril de 1943), seguido de um trabalho dos mesmos autores em Maio, no Jornal referido ("J. A. M. A.", 122:152, 15 de Maio de 1943).

Estas e outras publicações, já aparecidas em revistas médicas americanas, e, talvez, infelizmente, na imprensa leiga dos Estados Unidos, revelam o interesse despertado pelo que o editorial referido denominou de "método para parto seguro e indolor". HINGSON e EDWARDS, depois de se referirem aos resultados satisfatórios obtidos pelos seus antecessores, empregando 30 a 40 cc. de uma solução de procaina ou meticaina, introduzida no espaço extradural do canal sacro, procuraram modificar esses métodos. Com isso se propunham a iniciar a analgesia desde o começo do parto, prolongando-a ao momento do desprendimento e até no reparo pós-parto, quando necessário.

Em publicação anterior haviam esses autores dito que somente empregaram o método em Obstetrícia, depois que havia sido cuidadosamente observado no manejo de 20 operações cirúrgicas sobre o períneo ou as extremidades inferiores. Usando-o pela primeira vez em seu Serviço cirúrgico em Outubro de 1941, desde então já o haviam empregado em 600 partos, sem recorrer a qualquer outra forma

de anestesia. Essa sua grande experiência levou-os a concluir que a anestesia ou analgesia caudal contínua abriu um novo horizonte médico à profissão, comparável ao criado pela anestesia espinhal contínua, descoberta por LEMMON e PASCHAL ("Surg.-Gynec. Obst.", 73:386, 1941).

Acentuam os descobridores do método, HINGSON e EDWARDS, que o medicamento produtor da analgesia está continuamente banhando os troncos nervosos dos plexos sacro e lombar dentro do espaço peridural. Em nenhum momento deve esta medicação entrar no espaço sub-dural do canal raquiano. Consequentemente, a paciente é ainda capaz de mover as extremidades inferiores no decorrer do parto, continuando as contrações uterinas sem impedimento".

O método consiste em colocar a paciente na posição genu-peitoral ou posição de SIMS modificada, sendo usada a procaína ou a meticaína. Esta última é de efeito mais prolongado (ADAMS, LUNDY e SLDON). Pela mesma razão é preferentemente usada uma solução de 1,5% (5 cc. de uma solução a 20% de meticaína são adicionados a 60 cc. de solução fisiológica de cloreto de sódio). Um cc. de epinefrina a 1 por 2.600 é adicionada a 65 cc. da solução que contém a meticaína, se a pressão da paciente não se acha anormalmente elevada e se não existem outras contra-indicações. A adição da epinefrina prolonga consideravelmente a analgesia, até no dôbro.

ADAMS, LUNDY e SELDON, da Clinica Mayo, fizeram uma modificação na técnica de HINGSON e EDWARDS substituindo as agulhas empregadas por estes pela introdução de um cateter ureteral no canal caudal através de uma agulha de maior calibre e pelo qual a solução anestésica local é introduzida. Tal modificação foi feita com a idéia de impedir que a agulha se quebrasse e evitar o trauma resultante da permanência da agulha semi-rígida no canal caudal, permitindo maior mobilidade nos casos obstétricos. Tal modificação foi também feita simultaneamente por MANALAN, de Indianapolis, que a empregou em 46 casos.

Nas primíparas a anestesia é praticada com uma dilatação de 2 a 3 cm. e nas multíparas, com trabalho rápido, até antes disso. Pode ser usada também uma medicação barbitúrica de valor profi-

*lático contra reações locais anestésicas, conforme preconizam os colaboradores da Clinica Mayo.*

HINGSON e EDWARDS acentuam que o emprego do método depende para seu sucesso, de alto grau de competência obstétrica, evitando os casos em que haja contra-indicações, as intervenções apressadas e observando bem estabelecido critério no progresso do parto. GREADY e HESSELTINE apontam também desvantagens e contra-indicações, desde a penetração da medicação no espaço raquiano, a perda do fator subjetivo na apreciação da marcha do parto, alongamento do período de expulsão pela falta da vontade de fazer força, sua contra-indicação nas cardíacas, etc., devendo somente ser usado nas clínicas e maternidades pelo perigo de suas complicações. Pensam estes autores últimos citados que, desde que seja usado em casos cuidadosamente vigiados e selecionados, constitue valiosa adição à anestesia obstétrica.

Apesar de que ainda é de prática muito recente o emprego da analgesia caudal contínua em Obstetrícia, conforme acentua o editorial do "J. A. M. A.", já referido, podemos concluir com suas próprias palavras: "A extensão desse adiantamento na ciência médica e obstétrica para os médicos e as mães em perspectiva, traz mais um encargo às instituições dos Estados Unidos que estão cooperando na difusão da instrução médica aos profissionais da Medicina."

No nosso meio, onde têm aparecido inúmeros trabalhos sobre a anestesia epidural e até casos de seu emprego em Obstetrícia operatória (A. DE MORAES — Cesarcana com anestesia epidural — "A Folha Médica", 1932), já começou a despertar o maior interesse o novo método de analgesia caudal contínua (L. A. HORTA BARBOSA — "Rev. Gin. e Obst.", Junho 1943), devendo, no entanto, não se perder de vista os perigos e contra-indicações do método, cujo uso deve ficar restrito às instituições hospitalares convenientemente aparelhadas para o socorro a possíveis acidentes, quando não forem de todos irremediables. — A. M.

---

## 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. |
|--|-------|
| <i>Contractilidade uterina durante o trabalho de parto e os efeitos da paridade e da distocia sobre a mesma — MURPHY, D. P.</i>              | 57    |
| <i>Implantação de "pérolas" de propionato de testosterona nos distúrbios genitais — GREENBLATT, R. B.</i>                                    | 58    |
| <i>O uso da progesterona no tratamento da psicose "post-partum" — SCHMIDT, H. J.</i>   | 60    |
| <i>Analgesia caudal contínua em obstetrícia — HINGSON, R. A. e EDWARDS, W. B.</i>  | 61    |
| <i>Demora no tratamento do câncer — HARMS, C. R., PLAUT, J. A. e ONGH-TERSON, A. W.</i>  | 62    |
| <i>Experimentação clínica em relação à excreção dos estrogênios — SMITH, O. W., SMITH, G. W. S. e SCHILLER, S.</i>                           | 63    |
| <i>O aspecto histológico do endométrio durante a amenorréia da lactação e sua relação com a função ovariana — TOPKINS, P.</i>                | 64    |
| <i>O tumor de Krukenberg — COPLAND, S. M. e COLVIN, S. H.</i>  | 65    |
| <i>A deglutição e a atividade gastro-intestinal no macaco em estado fetal — SPEERT, H.</i>   | 66    |
| <i>O uso racional de estrogênios por via oral na menopausa — GLASS, S. J. e ROSENBLUM, G.</i>  | 67    |
| <i>Comparação dos métodos usados para a determinação da época da ovulação — D'AMOUR, F. E.</i>   | 69    |
| <i>Câncer do seio — SWAN, J. M. e HENNINGTON, C. W.</i>  | 70    |
| <i>Considerações a propósito de cesária e miomectomia simultâneas — I. ANGEL, SANCHEZ Y SOSA e NOLTING, D. E.</i>                            | 71    |
| <i>Gravides, parto e puerpério nas nefrectomizadas — CASO, R. e BAEZ, J. J.</i>  | 72    |
| <i>Prolapso virginal — SALABER, J. A. e CHEVALIER, R. M.</i>   | 73    |
| <i>Orientação atual da gineco-tocologia — BERUTI, J. A.</i>  | 74    |
| <i>Classificação dos partos e deformação dos conceitos. Parto corrigido e parto auxiliado. — BERUTI, J. A.</i>                               | 74    |
| <i>Fibroma do ovário em uma grávida — LEON, J. e GONZALEZ, J. M. L.</i>  | 75    |
| <i>Cistos dermídios do ovário. Contribuição ao seu diagnóstico radiológico em mulheres grávidas e não grávidas. — LEON, J. e LEON, C. T.</i> | 75    |
| <i>Infecções genitais por vírus — COUTTS, W. E., BRIEVA, I. e LERNER, J. U.</i>  | 76    |

## RESUMOS

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

JANEIRO DE 1943

### SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

**Contratilidade uterina durante o trabalho de parto e os efeitos da paridade e da distócia sobre a mesma** (*Uterine Contractility during Labor and the Effects of Parity and Dystocia upon it*) — MURPHY, DOUGLAS P. — (Surg., Gyn. and Obst., Janeiro 1943, Vol. 76, N.º 1, pag. 60).

Trata-se de um relatório sobre os estudos feitos com o tocógrafo de LORAND, seu emprego em 105 pacientes. Baseia-se, como acen-tua o A., em observações feitas numa série de pacientes que foram estudadas a intervalos repetidos no decorrer da maior parte de seus períodos de trabalho. Embora certos aspectos somente venham ser expostos posteriormente, neste seu relatório o A. considera: 1) a influência no parto em marcha, 2) o efeito da paridade e 3) o efeito da distócia sobre as contrações. Diz também o A. que "Tanto quanto se possa assegurar, nenhum grupo similar de observações tem sido publicado".

As doentes empregadas receberam os cuidados rotineiros, ministrados no pavimento destinado aos casos de parto do Hospital da Univ. de Pennsylvania, os quais incluiram a administração de morfina para analgesia e protóxido de azoto-oxigênio-éter no desprendimento. Foram feitos os traçados sob a vigilância de 3 enfermeiras que se revezavam cada 8 horas. O tocógrafo regista a atividade uterina através da parede abdominal. O primeiro traçado foi feito logo após a admissão da paciente e os outros de 1 e meia ou de 2 em 2 horas. Muitas vezes o último traçado foi executado

no momento do desprendimento. Qualquer atividade desusual da paciente ou medicação recebida foi anotada. Um estudante do último ano do curso médico fazia a observação clínica do caso.

Foram estudados o tono e as contrações uterinas. A atividade uterina foi apreciada em relação ao tono, altura da contração, a soma do tono mais altura da contração, a duração da contração e sua frequência.

O trabalho, que oferece pela primeira vez uma base estatística, à observação clínica geralmente aceita da alteração progressiva que caracteriza a atividade uterina no parto em evolução. Demonstra que essa alteração pode ser revelada pelo tocógrafo precocemente. Revela que as contrações ao em vez de serem mais prolongadas, à medida que o parto avança, são menos demoradas, enquanto que outras características se acentuam. Demonstra que as primíparas apresentam maior elevação do tono do que as multíparas, as quais apresentam contrações de maior magnitude. Por outro lado, o esforço total da paciente, medido pela soma do tono e da altura da contração, parece ser igual nas primíparas e nas multíparas. O mesmo é verdadeiro em relação à duração e frequência das contrações.

O A. acentua que, conforme suas observações ainda inéditas, o tocógrafo revela que as pacientes que têm partos rápidos mostram tono baixo e contrações de onda elevada. O elevado tono das primíparas com suas contrações compensadoramente baixas, pode ser um dos principais fatores dos longos períodos de parto nas primíparas. Tal observação leva a concluir pela necessidade do emprego nestas dos meios que baixem o tono uterino.

O trabalho também revela que a distócia aumenta o esforço uterino. Aumenta o já elevado tono das primíparas e as contrações fortes das multíparas, não elevando o tono das multíparas, nem a contração das multíparas. A distócia prolonga a duração das contrações de todas as pacientes.

Acha o A. que o tocógrafo de LORAND representa um meio apropriado para o estudo das contrações uterinas durante o parto.  
— A. M.

---

## THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

**Implantação de “pérolas” de propionato de testosterona nos distúrbios genitais (*Testosterone propionate pellet implantation in gynecic disorders*) — GREENBLATT, ROBERT B. — (J. A. M. A., 2 Janeiro 1943, Vol. 121, N.º 1, pag. 17).**

O A. após algumas considerações sobre o emprego do propionato de testosterona nos distúrbios genitais, focaliza a questão da

**Analgesia caudal contínua em obstetrícia** (*Continous caudal analgesia in obstetrics*) — HINGSON, ROBERT A. e EDWARDS, WALDO B. — (J. A. M. A., 23 Janeiro 1943, Vol. 121, N.º 4, pag. 226).

Os A.A. fazem primeiro o histórico da analgesia em obstetrícia e estudam a inervação dos órgãos pélvianos, passando em seguida ao estudo da conduta no trabalho e durante o parto.

A analgesia caudal contínua, que os A.A. descrevem detalhadamente e que é uma analgesia praticada no espaço peridural do canal sacro, deve ser iniciada quando à paciente já está em trabalho com dores evidentes. Os melhores resultados são obtidos quando as dores são regulares, de pelo menos 30 segundos de duração e intervalos de 5 minutos ou menos. Muitas vezes com simples sugestão e encorajamento a paciente não necessitará de demasiado auxílio até que a dilatação tenha atingido 3 a 4 cents. Se a paciente é presa de dores muito violentas o método pode ser iniciado mais cedo e o alívio é obtido seguramente. Sob essa forma de anestesia as pacientes podem continuar sua dieta normal e a ingestão de líquidos. Deste modo não há interferência no metabolismo materno nem no fetal. É imperativo que o parteiro tenha um conhecimento completo do caso antes de iniciar a analgesia. Ele deve saber se não há placenta prévia, inércia uterina, histeria ou desproporção fetopélviana. Todos esses estados constituem contra-indicações obstétricas formais ao emprego do método.

A analgesia é praticada no próprio quarto da paciente e está só é transportada para a sala de partos, conjuntamente com o aparelho de analgesia, no período de expulsão.

Os A.A. acham prudente usar profilaticamente uma episiotomia e o fórceps no estreito inferior. O completo relaxamento do assoalho pélviano facilita a aplicação do fórceps.

Em uma série de 589 casos houve 586 fetos vivos e nenhuma complicação ou morte materna. A duração da analgesia contínua foi em média de 6 horas e meia. A mais curta aplicação durou trinta e cinco minutos e a mais longa trinta e três horas.

Em casos de hipertensão tóxica, os A.A. verificaram a queda da pressão arterial ao nível anterior à intoxicação e a sua permanência nesse nível até depois do parto.

Os A.A. usam para a analgesia contínua uma solução salina de 125 cc. contendo 1,5 % de meticaina. A dose média empregada foi de 2,6 grãos de meticaina e a máxima de 11 grãos. — O. S. L.

MENVILLE descreveu uma série de casos de cistos dermóides da mama que podem ser benignos ou malignos.

GESCHICKTER encontrou 83 vezes um câncer gelatinoso entre 2.300 casos de câncer da mama.

TAYLOR e MELTZER contribuem ao estudo do câncer inflamatório da mama. O crescimento costuma ser rápido, havendo todos os sinais da inflamação. Di SILVIO chama estes casos de mastite carcinomatosa.

MELAND e SAUER descrevem casos de câncer múltiplos nos dois seios. Há tendência maior de considerar os carcinomas no segundo seio também como primários.

COHN descreve 58 casos com doença de PAGET, sendo apenas 9 destes casos malignos. O tamanho do tumor nada revela sobre o caráter maligno do tumor. MUIR é da opinião que a maioria dos casos da doença de PAGET tem o seu início com uma proliferação do epitélio dos dutos que se estende ao epitélio da superfície.

EWING e também MILLER publicaram trabalhos sobre a mastite de plasmacélulas.

FOX, GRAUER e RABINSON, ROSE e outros dedicam trabalhos ao sarcoma da mama.

LEE, PACK e SCHARNAGEL publicam casos de câncer de glândula sudorípara, considerando a glândula mamária como pertencente a este gênero.

KAPLAN descreveu um caso de câncer do seio em uma mulher, cuja irmã gêmea não apresentava sinal de câncer, mesmo anos depois.

São ainda indicados trabalhos que se ocupam com complicações do câncer da mama, em forma de gravidez, leucemia, sífilis e tétano. — J. P. R.

## *BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES*

**Considerações a propósito de cesária e miomectomia simultâneas** (*Consideraciones a propósito de cesarea y miomectomia simultanea*) — I. ANGEL, SANCHEZ Y SOSA e NOLTING, DAVID E. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Janeiro 1943 Tomo XXI, N.<sup>o</sup> 14, pag. 808).

O mioma uterino como complicaçāo na operação cesária é estudado no presente trabalho e dadas pelos A.A. as três soluções seguintes: cesária como operação única, cesária e miomectomia, cesária e histerectomia.

Mostram ser a cesária, isolada, intervenção cheia de perigos e maiores os riscos se outras intervenções, como a miomectomia, vêm complicar a cesária.

Várias considerações são feitas pelos A.A. procurando mostrar qual deve ser a atitude do cirurgião diante do mioma uterino e da operação cesária. Citam HUBER e HESSELTONE, do Chicago Lying (1939) com 49 casos e ALBERTO PERALTA RAMOS com 76.000 partos e 20 observações de cesária e miomectomia simultâneas.

Os A.A. apresentam 20 casos observados. Aconselham a operação cesária como única intervenção; e somente em casos de neoplasmas ou pequenos miomas subserosos ou pediculados agir simultaneamente, do contrário o mioma deve ser extraído em nova intervenção e noutra oportunidade. — A. F. S.

**Gravidez, parto e puerpério nas nefrectomizadas** (*Embarazo, parto y puerperio en las nefrectomizadas* — CASO, ROGELIO e BAEZ, JUAN JOSÉ — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Janeiro 1943, Tomo XXI, N.º 14, pag. 816)).

O trabalho apresentado merece a atenção dos especialistas não só pela importância do assunto como pelo modo de agir aconselhado pelos A.A. diante de uma mulher grávida portadora de um só rim.

Citam BLEYONE, MATTHERRYS, HARTMANN, POUSSON e PRATHER com uma estatística de 365 grávidas nefrectomizadas: por tuberculose 55 %, pionefrose 10 % e litíase 10 %.

Nestas 365 grávidas, segundo PRATHER, 296 apresentaram as seguintes complicações: abôrto, 8 %; toxemias, 2,7 %; mortes, 4 (1,4 %), sendo um só caso de eclampsia e os outros causados por uremia.

Aconselham a só se permitir a gravidez em nefrectomizadas após 3 a 4 anos se neste período não houver surgido qualquer perturbação renal indicadora da extirpação do rim restante.

A mesma conduta, dizem, deve ser seguida na mulher nefrectomizada; se ela engravidar, deve ser estudada com cuidado a função do rim único e deste dependerá a continuação ou interrupção da gestação.

Os A.A. tiveram 6 casos observados cuidadosamente e mais 3 ainda em observação, nefrectomizados por tuberculose renal. Mostram qual a atitude seguida e os cuidados a tomar com a grávida nefrectomizada.

Terminam com as seguintes conclusões:

- 1) Deixar passar 3 ou 4 anos após a nefrectomia para permitir a gravidez, sempre estando o rim sã; do contrário está indicada a interrupção ou a esterilização definitiva.

2) A grávida deverá ser submetida ao estudo da função renal durante toda a gestação para agir, caso necessário, no momento oportuno.

3) Se a função renal estiver perturbada e repercutir seriamente sobre a saúde da enferma é aconselhada a interrupção da gravidez.

— A. F. S.

---

**Prolapso virginal** (*Prolapso virginal*) — SALABER, JUAN A. e CHEVALIER, RAUL M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Janeiro 1943, Tomo XXI, N.<sup>o</sup> 14, pag. 821).

Os A.A. tiveram ocasião de observar três casos de prolapso em mulheres virgens em fases diferentes da vida, sendo um post-puberal, outro em plena madureza sexual e o terceiro no período pre-menopáusico.

Consideram os A.A. o prolapso virginal como uma hérnia visceral distópica motivada por debilidade do assoalho pélvico com insuficiência constitucional ou adquirida do aparelho de fixação, sem capacidade para se opor à ação da pressão abdominal.

Para bem interpretar a etiologia desta anomalia devem ser recordados os estudos de R. VIRCHOW, W. A. FREUND, POIRIER concluídos por HALBAN e TANDLER, MARTIN e PORGOS descrevendo a evolução e constituição do tecido conjuntivo da pelve.

Citam vários autores em seus comentários, como V. JASCHKE, PLATAU, V. GRAFF e WINCKELL como o primeiro a relatar um caso de prolapso congênito e QUISLING o segundo em 1889.

Falando sobre o tratamento são os A.A. da mesma opinião de MARTIN.

Descrevem a técnica seguida por BUMM (1916) e a pequena modificação de SCHAEFER seguida pelos A.A. achando de justiça chamar-se operação de BUMM-SCHAEFER.

Os tempos operatórios são transcritos.

Apresentam os A.A. as histórias clínicas dos casos operados e duas figuras ilustrativas, além de boa bibliografia.

Concluem dizendo terem sido descritos três casos de doentes com prolapso virginal em diferentes períodos da vida.

As três foram operadas de acordo com a técnica de BUMM-SCHAEFER.

Os resultados obtidos foram satisfatórios não sendo observadas recidivas, datando de 4 anos a observação mais antiga. Uma das doentes engravidou e seu parto foi normal, com feto vivo; apresenta no momento uma segunda gravidez no 4.<sup>o</sup> mês. — A. F. S.

---

## ARCHIVOS DE LA CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA "ELISEO CANTON"

**Orientação atual da gineco-tocologia** (*Orientación actual de la gineco-tocología*) — BERUTI, J. A. — (*Arch. de la Clin. Obst. y Gin. "Eliseo Canton"*, Janeiro 1943, Vol. II, N.<sup>o</sup> 1, pag. 60).

Considera o A., no seu trabalho, absolutamente necessária a especialização do médico. O ensino de rotina habitualmente feito nas Universidades poderá produzir no máximo *médicos práticos*, que devem possuir conhecimentos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Obstétrica e Clínica Pediátrica.

No que refere à Obstetrícia, considera que esta tem aspectos mais particulares porque: 1.<sup>o</sup>) enfrenta o problema de duas vidas simultaneamente; 2.<sup>o</sup>) ocupa-se de uma função, não de uma doença; 3.<sup>o</sup>) os riscos de infecção são maiores que em outros ramos da medicina; 4.<sup>o</sup>) exige paciência e máxima urgência; 5.<sup>o</sup>) executa operações às cegas; 6.<sup>o</sup>) suas indicações são passíveis de variações segundo o ambiente; 7.<sup>o</sup>) está intimamente vinculada à ginecologia. Com respeito ao ensino da obstetrícia, deve ela ser repartida em três formas diferentes: 1.<sup>o</sup>) Ensino primário para o estudante recém-iniciado; 2.<sup>o</sup>) Ensino intermediário de aperfeiçoamento para médicos gerais; 3.<sup>o</sup>) Ensino terciário para médicos dedicados exclusivamente à matéria. — C. A.

**Classificação dos partos e deformação dos conceitos. Parto corrigido e parto auxiliado.** (*Clasificación de los partos y deformación de los conceptos. Parto corregido y parto auxiliado.*) — BERUTI, J. A. — (*Arch. de la Clin. Obst. y Gin. "Eliseo Canton"*, Janeiro 1943, Vol. II, N.<sup>o</sup> 1, pag. 73).

O A. esclarece em seu trabalho a nomenclatura da classificação dos partos e, em especial, o que se deve entender por parto corrigido e parto auxiliado.

Este último termo foi proposto pelos autores brasileiros Drs. FIGUEIREDO e RODRIGUES LIMA, em uma classificação pessoal à qual o A. opõe uma série de reparos pois, ao seu juízo, todos os partos são auxiliados. Por outro lado, o parto corrigido é um parto que, sem ser operatório, acha-se conduzido em forma especial e em cuja assistência o obstetra realiza diversas manobras ou administra medicamentos. — C. A.

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES**

**Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES**

**Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS**

**Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL**

**Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES**

## COLABORADORES

**Dr. A. Felicio dos Santos**

**Dr. José de Castro Sthel Filho**

**Dr. Alkindar Soares**

**Dr. Luiz Guimarães Dahlheim**

**Dr. Alvaro de Aquino Salles**

**Dr. Mario N. Pardal**

**Dr. Cid Braune Filho**

**Dr. Nelson de Castro Barbosa**

**Dra. Cineria Fernandes**

**Dr. Nelson Garcia Nogueira**

**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**

**Dr. Nilo C. de Abreu**

**Dra. Gessy D. Vieira**

**Dr. Orlando Baibechi**

**Dr. João Cardoso de Castro**

**Dr. Oswaldo da Silva Loureiro**

**Dr. João Paulo Rieper**

**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 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 52  
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 VIII

Agosto de 1943

Vol. 16 — N.º 2

## S U M Á R I O

|  | Pags. |
|--|-------|
| <b>TRABALHOS ORIGINAIS</b>   |       |
| Carcinosarcoma do ovário com dupla torção do pedículo ( <i>Síndrome agudo abdominal em velha</i> ) — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO .....  | 77    |
| Ictericia nuclear do recém-nascido — DR. RINALDO DE LAMARE .....   | 89    |
| <b>LIÇÕES E CONFERÊNCIAS</b>   |       |
| As tendências atuais da oncologia ovariana — PROF. DR. F. VICTOR RODRIGUES .....   | 100   |
| <b>EDITORIAL</b>   |       |
| Sobre o diagnóstico da ovulação .....  | 113   |
| <b>NOTAS E COMENTÁRIOS</b>   |       |
| II Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia .....  | 117   |
| IV Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia .....  | 117   |
| O Prof. Dr. Bernardo A. Houssay e o Intercâmbio Sul-Americano .....  | 118   |
| Em prol do aparelhamento do ensino clínico .....   | 119   |
| <b>LIVROS E PUBLICAÇÕES</b>  |       |
| Frigidez feminina — ARTURO ACHARD .....  | 122   |
| Toxemias del Embarazo — JULIO MANUEL MORALES .....   | 123   |
| Vitamina K nas hemorragias do recém-nascido ( <i>Revisão clínica</i> ) — PROF. JOSE' MARTINHO DA ROCHA .....                                 | 123   |
| Quistes dermoides del ovario ( <i>Contribución a su diagnóstico radiológico en mujeres no grávidas y grávidas</i> ) — LEÓN, J. e LEÓN, C. T. | 124   |
| <b>SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA</b>   |       |
| Ata da quinquagésima sessão ordinária .....  | 125   |
| Ata da quinquagésima-primeira sessão ordinária .....   | 126   |
| <b>ATENÉU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA</b>  |       |
| Ata da primeira sessão ordinária .....   | 129   |
| Ata da segunda sessão ordinária .....  | 130   |
| <b>RESUMOS</b>   |       |
| (Ver índice próprio).  |       |

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade  
e do Hospital da Ordem do Carmo

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz  
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

Aconselham o emprego do sôro quente, endovenoso, a transfusão, a plasmo-infusão, o calor e a morfina, ainda a posição céfalodeclinio, como terapêutica do choque.

Fazem sobre cada um dos elementos acima, um ligeiro comentário, estudando o seu efeito.

Terminam depois de várias observações em torno do choque, sugerindo que se faça nas pacientes acamadas e suspeitas de embolias pulmonares, várias radiografias, de acordo com STEINES e SUSHHAUGH. — A. F. S.

**Contribuição à técnica do fórceps no estreito superior** (*Contribución a la técnica del forceps en el estrecho superior*) — GOSENDE, JULIO CESAR — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Fev. 1943, Tomo XXI, N.º 15, pag. 878).

O fórceps é o instrumento que mais vidas tem salvo, mas, o seu emprego, mesmo por mãos habéis, no estreito superior, é a intervenção mais feticida que tem a obstetrícia.

Cita FARABEUF e o seu modo de pensar a respeito do fórceps no estreito superior e diz que não pretende discutir técnicas, nem entrar em considerações sobre o emprego deste ou daquele fórceps (DEMELIN-TARNIER), como também não discute as indicações e contra-indicações, somente insiste em dizer que para se obter bom resultado, não deve haver desproporção pélvico-fetal.

O A. tem por escopo dar a conhecer a técnica que vem empregando há 3 anos, com os melhores resultados e vamos descrevê-la para conhecimento daqueles que se interessam pela especialidade:

Qualquer que seja a técnica indicada, coloca-se o primeiro ramo do fórceps no lugar preciso, segundo a técnica preferida; neste momento um auxiliar previamente instruído, faz uma injeção intramuscular de 15 u. de hipofisina na paciente. Em seguida é aplicado o segundo ramo do fórceps sempre de acordo com a técnica inicial. O útero, excitado pela hipofisina, se contrae e a cabeça se apoia sobre o estreito superior, servindo para sustentar os ramos do fórceps, permitindo que estas se articulem sem desviar-se do ponto em que foram colocados, o que é fundamental para o bom êxito da intervenção.

Ao efetuar a tração sobre o eixo da pelve maior, para a descida da apresentação e fixação, o motor uterino ao contrair-se faz com que quasi coincide seu eixo com o da linha de tração, permitindo à cabeça entrar no canal pélviano quasi em sinclitismo.

Diz o A. que a força de tração tende a diminuir, porque o movel fetal vai sendo impulsionado pelas fibras musculares uterinas em sua ação compressora. Uma vez fixada a apresentação, afirma o A., está terminada para o tocólogo o problema da apresentação cefálica alta, como intervenção obstétrica. — A. F. S.

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

**SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA**

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alkindar Soares

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Cid Brauné Filho

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dra. Cineria Fernandes

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

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 começarião 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 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas  
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58  
1.º and. - Recife

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 163/174 - Macaé  
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 193 - João Pessoa  
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VIII

Setembro de 1943

Vol. 16 — N.º 3

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

Pags.

|  |     |
|--|-----|
| Tricomoniasis vaginal e seu tratamento — DR. ALDERICO FELICIO DOS SANTOS e DR. SALOMÃO ZAGURY .....                                  | 167 |
| Dosagem dos hormônios sexuais (Sua prática na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina) — DRA. CLARICE DO AMARAL ..... | 179 |
| Algumas considerações em torno dos casos de prolapsus uterino — DR. EDUARDO PINTO DE VASCONCELLOS F.º .....                          | 197 |

### LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

|   |     |
|---|-----|
| A histerectomia vaginal na ou pós-menopausa fora dos estados malignos — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES ..... | 209 |
|---|-----|

### EDITORIAL

|  |     |
|--|-----|
| A Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil ..... | 218 |
|--|-----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|  |     |
|--|-----|
| Homenagem ao Prof. Arnaldo de Moraes ..... | 221 |
| Endometrioma do umbigo .....               | 224 |
| Colégio Brasileiro de Cirurgiões .....     | 224 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|   |     |
|---|-----|
| Patologia Geral — PROF. HELION PÓVOA .....                                  | 225 |
| O problema clínico do retrodesvio uterino — ALICIO PELTIER DE QUEIROZ ..... | 226 |

### SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

|   |     |
|---|-----|
| Ata da quinquagésima-segunda sessão ordinária ..... | 227 |
|---|-----|

### ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

|  |     |
|--|-----|
| Ata da sessão extraordinária .....     | 231 |
| Ata da terceira sessão ordinária ..... | 233 |

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

# Estroglan

HORMONIO FOLICULAR 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. |
|--|-------|
| Mesocarcinoma ou adenocistoma teratóide do ovário — STROMME, W. B. e TRAUT, H. F. ....   | 235   |
| Significado da extensão das metástases axilares no carcinoma da mama — WARREN, S. e TOMPKINS, V. N. ....   | 236   |
| O efeito da irradiação pre-operatória no adenocarcinoma do útero — SCHMITZ, H. E., SHEEHAN, J. F. e TOWNE, J. ....   | 236   |
| Radiumterapia no sangramento benigno do útero — RONGY, A. J. e SELEY, A. D. ....   | 237   |
| O índice glicogênico na menopausa — MACK, H. C. ....   | 239   |
| A mola hidatiforme e tumores coriônicos associados — WILLIAMS, T. J. ....  | 240   |
| Efeitos da terapêutica estrogênica sobre a junção ovariana. II. Quando empregada durante ciclos anovulatórios. — HAMBLEN, E. C., HIRST, D. V. e CUYLER, W. K. ....                           | 241   |
| Fistula vésico-vaginal — PETTIT, A. V. ....  | 242   |
| Anormalias genitais e gravidez — EWER, J. M. ....  | 244   |
| Fracassos na indução do trabalho de parto — DEPUY, CL. A. ....   | 245   |
| Fibromas na gravidez, parto e puerpério — LAZARD, E. M. ....   | 245   |
| Endometriose — PASCOE, W. W. ....  | 246   |
| Tratamento das perturbações menstruais em moças adolescentes — RUBENSTEIN, B. B. ....  | 247   |
| Um caso de amenorreia secundária — CINBERG, B. L. ....   | 247   |
| Esfregamento vaginal. Técnica e emprego no diagnóstico da insuficiência ovariana como um índice de eficácia da hormoterapia e como um método de experimentação na mulher. — MACK, H. C. .... | 247   |
| O desprendimento prematuro da placenta — VALENZUELA, R. G. ....  | 248   |
| Resultados obtidos com a dermo-reação do colostrum no diagnóstico da gravidez — THWAITES LASTRA, E. e KRAUSS, J. G. ....   | 249   |
| Diagnóstico da gravidez pela intradermo-reação do colostrum — PECORONE, R. ....  | 250   |
| Diagnóstico da ruptura das membranas ovulares pela Nitrazine — BOTTIROLI, E. ....  | 251   |
| O uso do espéculo de madeira na diatermo-coagulação do colo uterino — BOTTARO, L. P. ....  | 251   |
| Formas da metropatia hemorrágica — OLASCOAGA, D. M. e PISANO BLANCO, E. ....   | 252   |
| Processo cirúrgico-ortopedico das estenoses e alongamentos do colo uterino — VALLEJOS MEANA, N. ....   | 252   |
| Nossa conduta terapêutica na eclampsia convulsiva — HERMOSILLA, L. M. ....   | 252   |
| Cisto congênito da parede vaginal juxta-uretral — CHARLONE, R. e BONNECARRERE, E. ....   | 253   |
| Duas observações clínicas de anemia perniciosa da gravidez — ALESANDRI, H. e ETCHEVERRY, R. ....   | 253   |
| Prurido vulvar — ARAGÓN, E. R. ....  | 254   |
| Um caso de câncer da mama que é uma verdadeira lição para médicos e cirurgiões — MORALI, M. T. ....  | 256   |

**Fracassos na indução do trabalho de parto** (*Failure in induction of labor*) — DEPUY, CL. A. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 51, N.<sup>o</sup> 3, pag. 102).

Para uma indução electiva do trabalho de parto devem ser consideradas as seguintes condições: período da gravidez, tamanho da criança, apresentação da mesma, proporções da pelve, outras anomalias como placenta prévia, etc. Quando há uma posição viciosa e as partes que se apresentam não enchem bem a pelve e quando a cérvix é longa e dura e não permite a penetração do dedo, devem ser esperadas complicações e demora no parto induzido.

A rutura das membranas para induzir o trabalho de parto foi descrito já no primeiro século por SORANUS, sendo mais tarde redescoberto e designado por "método inglês". Outros processos foram: massagem dos seios e do útero, colocação de esponjas na cérvix, injeção de líquidos debaixo das membranas, dilatação instrumental da cérvix, eletricidade, tampões vaginais, introdução de sonda, lavagens vaginais quentes, metreúnter, laminária, tamponamento da cérvix, injeção de glicerina sob as membranas.

Em 1922 apareceram as propostas para a indução médica com óleo de ricino, quinina e pituitrina. Como não satisfizesse bastante, foi combinada mais tarde com a ruptura das bolsas e representa o procedimento mais usado hoje em dia.

Quando este método falha, isto é, quando depois da rutura das bolsas e administração dos ocitóicos não aparecem contrações uterinas, deve a paciente ficar de cama. As contrações costumam aparecer depois de maior perda de líquido amniótico, 2, 4 e mesmo 9 dias depois da indução.

Se sobrevém uma infecção depois da rutura das bolsas e a cérvix não apresentar dilatação suficiente, ha vantagem com o emprego da morfina. Se esta não modificar a situação depois de seis horas, ha necessidade do emprego de cunhas hidrostáticas. Ha casos de inéria uterina verdadeira que indicam a via abdominal em preferência à extração violenta através do colo insuficientemente dilatado. Prefere-se, naturalmente, a cesareana extraperitoneal. As incisões do colo não suficientemente dilatado, indicado por DÜHRSSEN, têm graves inconvenientes, particularmente a da hemorragia. A dilatação manual da cérvix só deve ser tentada em casos apropriados com um colo de parede fina e elástica, porém nunca quando há rigidez ou pouco tempo para a manobra. — J. P. R.

**Fibromas na gravidez, parto e puerpério** (*Fibroids in pregnancy, labor and puerperium*) — LAZARD, E. M. — (*W. J. Surg., Gyn. and Obst.*, Vol. 51, N.<sup>o</sup> 3, pag. 119).

Segundo LYNCH, PIERSON, THOMPSON e outros é relativamente grande o número de complicações da gravidez, do parto e do puer-

pério motivados por fibromas, no sentido de rutura prematura das membranas, trabalho prematuro, placenta prévia, apresentação de nádegas, hemorragias durante o pós-parto, abortos, etc. O A. observou 32 casos de gravidez complicada por fibromas, entre 2.515 casos obstétricos. Um caso de aborto espontâneo no terceiro mês da gravidez é duvidoso porque só deixou perceber um nódulo subseroso. Um caso de parto prematuro com 5 meses e meio mostrou muitos nódulos submucosos e intramurais por ocasião dum ahisterectomia posterior por causa de metrorragias. Um caso com torsão do pedículo dum mioma subseroso foi operado no quinto mês da gestação, tendo posteriormente parto normal. Outro caso de histerectomia no terceiro mês da gravidez por causa de fibromas regenerados, outro caso nas mesmas condições com miomectomia e cesareana à termo. Um grupo de 24 cesareanas mostrou miomas acidentais em 45 %, porém em 41 % foram estas a causa da intervenção. Dos 32 casos só houve dois partos espontâneos à termo e um parto prematuro espontâneo, 4 pacientes deviam ser operadas durante a gravidez. A mortalidade fetal foi de 28 %. Destes 9 casos havia defeitos congênitos em 2, sem relação com os fibromas.

— J. P. R.

---

**Endometriose (Endometriosis) — PASCOE, W. WELDON — (W. J. Surg., Obst. and Gyn., Vol. 51, N.º 3, pag. 123).**

Como base do trabalho serviram as observações de 40 mulheres que sofreram cada uma duas operações pélvicas no decorrer de três anos, excluindo-se todas as formações malignas e as pacientes na pós-menopausa. Na primeira intervenção foi encontrada a endometriose em 9 casos, todos com localização extrauterina. Na segunda operação encontrou-se nestas mesmas pacientes a endometriose quatro vezes e em outros cinco casos, que na primeira intervenção não mostraram esta lesão. Neste segundo grupo houve endometriose interna em seis casos. Estas condições devem frequentemente ser confundidas com fibromas, porém a histerectomia indicada para estes resolve praticamente o problema. O problema da endometriose extrauterina é mais complexo, seu diagnóstico pré-operatório só atinge 30 %. Dos seus estudos sobre a patologia, diagnóstico e tratamento desta forma da endometriose conclui o autor que ela deve ser esperada em 10 % das operações pélvicas, que sua presença representa grande agravamento dum esterilidade existente, que os sintomas são frequentemente sobrepostos por lesões coexistentes independentes, que a agravamento dos sintomas na proximidade da menstruação é de importância capital, que as lesões patológicas associadas não deixam perceber a endometriose na metade dos casos, que o tratamento raramente é de emergência e que deve ser o resultado de exames repetidos nas diversas fases do ciclo. — J. P. R.

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e

Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alkindar Soares

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Raymundo Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Salomão Zagury

## 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 1280  
RIO DE JANEIRO — BRASIL

## SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

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

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

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

E. 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 VIII

Outubro de 1943

Vol. 16 — N.º 4

## SUMÁRIO

|   | Pags. |
|---|-------|
| <b>TRABALHOS ORIGINAIS</b>  |       |
| <i>Tratamento da vaginite por "trichomonas vaginalis" — DR. JOÃO PAULO RIEPER</i>   | 257   |
| <i>A desinfecção da vulva na profilaxia da infecção puerperal — DR. HENRIQUE DUÉK</i>   | 268   |
| <i>A repetição da prenhez tubária — DRS. ALVARO PONTES e WALDEMAR PESSOA DE ARAUJO</i>  | 278   |
| <b>LIÇÕES E CONFERÊNCIAS</b>  |       |
| <i>Traumas de guerra e aparelho genital feminino — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES</i>  | 283   |
| <b>EDITORIAL</b>  |       |
| <i>Morte puerperal imediata ao parto</i>  | 295   |
| <b>NOTAS E COMENTARIOS</b>  |       |
| <i>+ Professor Augusto de Souza Brandão</i>   | 299   |
| <i>"II Semana Paulista-Carioca de Ginecologia e Obstetrícia"</i>  | 301   |
| <i>Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica na Faculdade Nacional de Medicina (Cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes)</i> | 306   |
| <i>"Concurso de teses sobre o princípio antitóxico do fígado"</i>   | 307   |
| <i>"Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de S. Paulo"</i>   | 308   |
| <i>"Instituto Vital Brasil"</i>   | 308   |
| <b>LIVROS E PUBLICAÇÕES</b>   |       |
| <i>Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Profesor U. Fernandez"</i>   | 309   |
| <b>ATENÉU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA</b>   |       |
| <i>Ata da quarta sessão ordinária</i>   | 310   |
| <i>Ata da quinta sessão ordinária</i>   | 311   |
| <i>Ata da sexta sessão ordinária</i>  | 312   |
| <b>RESUMOS</b>  |       |
| (Ver índice próprio).   |       |

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

### DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade  
e do Hospital da Ordem do Carmo

### DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz  
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelaria, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

## 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. |
|---|-------|
| <i>Histerectomia vaginal</i> — DANFORTH, W. C. ....   | 313   |
| <i>O efeito da substância estrogênica sobre a motilidade uterina durante o final da gravidez</i> — MURPHY, D. P. ....                     | 314   |
| <i>Efeito das gonadotropinas sérica e coriônica sobre o ovário humano</i> — RYDBERG, E. e PEDERSEN-BJERGAÄRD, K. ....                     | 315   |
| <i>Terapêutica coadjuvante com dietilestibestrol em obstetrícia e ginecologia</i> — ABARBANEL, A. A., ARANOW, H. e GOODFRIEND, M. J. .... | 316   |
| <i>Tratamento pelo sulfatiazol de quinhentas prostitutas com gonorréia crônica</i> — STRAUSS, H. e GRUNSFEIN, I. ....                     | 317   |
| <i>A pressão venosa ante-cubital e femural na gravidez normal e toxêmica</i> — MCLENNAN, C. E. ....                                       | 317   |
| <i>Ação da morfina na analgesia obstétrica</i> — SNYDER, F. F. e GEILING, E. W. K. ....   | 319   |
| <i>A natureza e significação dos núcleos sulcados dos tumores de Brenner e ilhotas de célula de Walthard</i> — AREY, L. B. ....           | 321   |
| <i>Estudo e classificação de lesões nodulares das trompas de Fallópio</i> — SCHENKEN, J. R. e BURNS, E. L. ....                           | 322   |
| <i>Taquicardia fetal durante o trabalho</i> — LUND, C. J. ....  | 323   |
| <i>Condições retais associadas à rupturas do 3.º grau</i> — BARRETT, C. W. ....   | 325   |
| <i>Causa rara de sangramento uterino</i> — WEINTROB, M. e WEINTROB, S. I. ....  | 326   |
| <i>Contribuição ao tratamento do prurido essencial e craurose da vulva</i> — KLAFTEN, E. ....   | 326   |

|  | Pags. |
|--|-------|
| <i>Deficiência de nutrição na etiologia da menorragia, metrorragia, mastite cística e tensão premenstrual; tratamento pelo complexo vitaminínico B</i> |       |
| — BISKIND, M. S. ....  | 327   |
| <i>Efeito dos androgénios sobre a libido feminina</i> — SALMON, U. J. e GEIST, S. H. ....  | 327   |
| <i>Governo e direção do secundamento</i> — GUIROY, A. J. e ALBERTELLI, J. F. ....  | 328   |
| <i>Idade e primiparidade. Sua influência.</i> — SCHAFFER, B. e RICCI, G. ....  | 329   |
| <i>Côma diabético na gravidez</i> — LAVARELLO, A. ....   | 329   |
| <i>A dismenorréia membranosa como fator de esterilidade</i> — PERALTA RAMOS, A. ....   | 330   |
| <i>Sobre hemorragia intra-craniana do recém-nascido</i> — GUZMAN, V. G. ....   | 331   |
| <i>Epitelioma da glândula de Bartholino</i> — MORALES, J. U. ....  | 332   |
| <i>Disgerminoma do ovário</i> — ORELLANA, V., R. ....  | 333   |
| <i>Figado e metabolismo das substâncias estrogénicas</i> — FELS, E. e DE EANDI, F. F. ....   | 333   |
| <i>Sarcoma do colo uterino</i> — BOTTARO, L. S. ....   | 334   |

ACABAM DE APARECER  
**SOCIEDADE BRASILEIRA DE CINECOLOGIA**  
**ANNAIS**  
 DO  
**PRIMEIRO CONGRESSO BRASILEIRO**  
 DE  
**GINECOLOGIA E OBSTETRICIA**  
**PROF. ARNALDO DE MORAES**  
 PRESIDENTE

3 volumes, o primeiro com 546 páginas, o segundo com 450 e o terceiro com 508, inúmeras ilustrações e microfotografias.

Preço de cada volume Cr\$ 60,00

Pedidos à  
**Livraria Francisco Alves — Rua do Ouvidor, 166**  
**Rio de Janeiro**

cavidade peritoneal, incisão da perede uterina, ou secundamento. Em virtude do curto intervalo entre a extração do feto e da placenta, tais observações não têm sido de grande valor na diferenciação entre o aumento da pressão venosa resultante da presença da massa fetal e do útero aumentado e aquele devido, possivelmente, a uma transferência de altas pressões arteriais no local da placenta (efeito da passagem artério-venosa).

Pacientes com grandes tumores pélvianos apresentam elevações da pressão venosa femoral inteiramente comparáveis aquelas observadas tardivamente na gravidez. Estas pressões volvem aos valores normais após a extirpação das massas tumorais.

Mulheres grávidas com feto morto no útero, parecem, na maior parte, ter elevações da pressão venosa femural de uma magnitude semelhante àquelas observadas nas gravidezes normais com fetos vivos.

O A. apresenta as razões porque pensa que o nível da pressão venosa observada nas extremidades inferiores, conquanto admitidamente anormal, não é suficientemente elevado para produzir edema facilmente depressível em todas as mulheres grávidas, se bem que provavelmente promova graus sub-clínicos de edema rotineiramente.

O estudo hora realizado não sugere que a elevação da pressão venosa femural na gravidez seja resultante de uma mecanismo artério-venoso do tipo *shunt* produzido ao nível da placenta. A pressão venosa anormal parece ser o resultado da obstrução do retorno venoso pelo útero grávido. — A. A. S.

**Ação da morfina na analgesia obstétrica** (*Action of morphine in obstetric analgesia*) — SNYDER, F. F. e GEILING, E.W. K. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1943, Vol. 45, N.º 4, pag. 604).

Esta investigação representa uma tentativa para determinar, sob condições de controle de laboratório, a ação da morfina sobre o feto, e seu efeito sobre o mecanismo do trabalho. Sob condições clínicas a administração da morfina para alívio da dor durante o trabalho está sujeita a tantos fatores variaveis, particularmente aqueles imprevisíveis, que o risco de injúria à criança ou à mãe tem permanecido obscuro. Apesar dos consideráveis conhecimentos sobre a ação da morfina, fornecidos pelo farmacologista, a prova, do ponto de vista obstétrico, está incompleta.

Além disso, a avaliação quantitativa do perigo da morfina durante o trabalho, e não somente o reconhecimento da existência de tal risco, é tanto mais urgente à medida que o alívio da dor é exigido.

Em resultado das investigações e estudos realizados com este propósito, os A.A. chegaram a conclusões que podem ser assim resumidas:

1) O aumento da incidência dos natimortos em seguida à administração de morfina durante o trabalho em coelhas é devido principalmente ao efeito sobre o mecanismo do trabalho, e não a um efeito direto sobre o feto.

2) A mortalidade fetal ao nascer, em 890 fetos obtida de 137 cartas, foi a seguinte: 12 %, nos normais, de controle; 57 %, após 13 mg. de morfina por kg. no 31.<sup>o</sup> dia, isto é, no início do trabalho; 12 %, após a mesma dose de morfina, no 26.<sup>o</sup> dia, isto é, antes do início do trabalho; 23 %, após 1 mg. de morfina por kg., isto é, uma dose analgésica.

3) Os natimortos não estavam uniformemente distribuídos, mas envolviam principalmente certas ninhadas como se segue: A) 12 % das normais de controle; B) após 13 mg. de morfina por kg., no 31.<sup>o</sup> dia, 59 %; após a mesma dose no 26.<sup>o</sup> dia, 10 %; após 1 mg. de morfina por kg. no 31.<sup>o</sup> dia, 20 % das ninhadas.

Da mesma forma, o prolongamento pronunciado do trabalho foi observado em certas ninhadas, a incidência sendo respectivamente: 1) 10 %, 2) 41 %, 3) nenhum, e 4) 16 %.

4) Antes do início do trabalho, os fetos estavam vivos e sobreviveram, apesar da administração de morfina ao animal materno em alta dose (13 mg. por kg.), conforme demonstraram as seguintes experiências: a) Pela observação direta intra-uterina, dos movimentos respiratórios durante um período de duas horas ou mais, foi verificado que a respiração rítmica dos fetos estava deprimida mas não abolida. b) Pela histerotomia, em contraste com a expulsão através do canal da parturição, os fetos foram extraídos com vida com intervalos de 20 minutos a 15 horas em seguida a injeção. c) Pela apreciação do tempo de sobrevida dos fetos quando respirando azôto em vez de ar, foi verificado que após a morfina a resistência à anoxia não diminuía.

5) Considerando o emprego clínico da morfina na analgesia obstétrica, é interessante notar que sob condições experimentais, controladas, a morfina aumentou positivamente a mortalidade fetal pelo dano ao mecanismo do trabalho e, segundo a dose, dentro dos limites empregados terapeuticamente, a frequência do trabalho com desfecho desfavorável foi duplicada.

De vez que o prognóstico relativo à eficiência funcional do mecanismo do trabalho depende da observação direta durante o trabalho, é claro que há motivo para limitar a administração da morfina até que seja obtida prova da função normal. — A. A. S.

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES**

**Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES**

**Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS**

**Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL**

**Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES**

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alkindar Soares

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiochchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Raymundo Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Salomão Zagury

## 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 começarião 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 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

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

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 188/174 - Maceió

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

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

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VIII

Novembro de 1943

Vol. 16 — N.º 5

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

|  | Pags. |
|--|-------|
| <i>Extrofia vesical</i> — DR. A. ANTONIO COURI   | 335   |
| <i>A propósito de achados histo-patológicos de tuberculose do endométrio</i><br>— DR. TAVARES DE SOUZA | 349   |
| <i>Hérnia uteri inguinalis</i> — DR. ALCIDES SENRA   | 357   |
| <i>Cálculo do ureter e anexite</i> — DR. ROMULO VALENÇA e DR. MAR-                                     |       |
| TINIANO FERNANDES  | 363   |
| <i>Miomma do ligamento redondo</i> — DR. LUIZ ALFREDO CORRÉA<br>DA COSTA                               | 370   |

### EDITORIAL

|  |     |
|--|-----|
| <i>Hiperplasia do endométrio pós-menopausa</i> | 374 |
|--|-----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|  |     |
|--|-----|
| <i>Departamento Nacional da Criança (Transformação do Curso de Puericultura e Administração de Serviços de Amparo à Maternidade)</i> | 378 |
| <i>Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica para Médicos e Doutorandos</i>  | 380 |
| <i>"Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia"</i>   | 382 |
| <i>Curso de Aperfeiçoamento de Clínica Ginecológica na Universidad de São Paulo</i>  | 384 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|   |     |
|---|-----|
| <i>Boletin del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital</i> — PROF. DR. ALBERTO PERALTA RAMOS (Diretor) | 385 |
| <i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — DR. JULIO C. GARCIA OTERO (Diretor)  | 386 |

### ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| <i>Ata da sétima sessão ordinária</i> | 387 |
|---------------------------------------|-----|

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

# Sintest

HORMONIO TESTICULAR



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SEÇÃO 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 à bibliografia referente ao assunto. Pedidos a esta Redação.

|   | Pags. |
|---|-------|
| <i>Estudo das trocas extra-celulares da água na gravidez — CHESLEY, L. C.</i>   | 389   |
| <i>Método combinado para o tratamento do atraso da menstruação e teste para o diagnóstico precoce da gravidez. Relatório preliminar. — CARAPETYAN, H.</i> | 390   |
| <i>Toxemia gravídica hipertensiva — DEXTER, L., WEISS, S., HAYNES, F. W. e SISE, H. S.</i>  | 391   |
| <i>Uso de penicilina nas infecções gonorréicas sulfamido-resistente — HERRELL, W. E., COOK, E. N. e THOMPSON, L.</i>                                      | 392   |
| <i>Linfadenectomia ilíaca para o câncer cervical do grupo II — TAUSSIG, F. J.</i>   | 393   |
| <i>Variações cíclicas no colo da cobaia — JUROW, H. N.</i>  | 394   |
| <i>Complicações cerebrais nas toxemias da gravidez — PARKS, J. e PEARSON, JR., J. W.</i>  | 396   |
| <i>Esclerose e alterações senis observadas nas trompas de Fallópio — SIDDAL, R. S.</i>  | 397   |
| <i>A associação do sangramento vaginal à patologia orgânica e ao tipo de endométrio nas décadas precedendo a menopausa — MILLEN, R. S. e SHEPARD, K.</i>  | 398   |
| <i>Secreção cervical na gonorréia crônica nas prostitutas — STRAUSS, H., HOROWITZ, E. A. e GRUNSTEIN, I.</i>  | 400   |
| <i>O problema das substâncias antagónicas (anti-gonadotrópicas?) à gondotropina equina em terapêutica clínica</i>   | 401   |
| <i>Fibromioma do colo uterino como obstáculo ao parto — TORPIN, R.</i>  | 402   |
| <i>A influência dos hormônios sobre veias varicosas na gravidez — Mc CAUSLAND, A. M.</i>  | 403   |
| <i>Antissepsia vaginal durante o trabalho de parto — MAVES, H.</i>  | 404   |

## ÍNDICE DOS RESUMOS

|  | Pags. |
|--|-------|
| <i>Relatório anual de 1942 da Secção de Anestesia: Incluindo dados e observações concernentes à transfusão de sangue e o uso dos substitutos do sangue.</i> — LUNDY, J. S., TUOHY, E. B., ADAMS, R. C., MOUSEL, L. H. e SELDON, T. H. .... | 405   |
| <i>Fisiologia das glândulas endócrinas na gestação, lactação e no puerpério.</i> — NOVAK, E. ....  | 407   |
| <i>Tumores endócrinos do ovário</i> — GEIST, S. H. e SPIELMAN, F. ....   | 407   |
| <i>Psicologia do ciclo menstrual</i> — ROSENZWEIG, S. ....   | 408   |
| <i>Considerações sobre a gravidez ectópica</i> — VELASCO, A. R. ....   | 409   |
| <i>A gravidez, o parto e o puerpério em 953 primíparas de 11 a 16 anos.</i> — BERUTI, J. A. ....   | 409   |
| <i>Corpo amarelo cístico e cistos luteínicos do ovário em uma gravidez aparentemente normal</i> — LEON, J. ....  | 410   |
| <i>Novo método para distinguir urina de líquido amniótico</i> — COATZ, A. S. ....  | 410   |
| <i>Mortalidade materna</i> — ROUST, C. ....  | 411   |
| <i>O tratamento da hipertensão arterial, na gravidez, pelo sulfato de magnésio.</i> — NÖLTING, D. E. e ALTHABE, O. M. ....   | 411   |
| <i>Nossa experiência com o método de Aburel</i> — AMBROSONI, U. ....   | 412   |
| <i>Hormônios sexuais femininos nas portadoras de fibro-adenomas</i> — ROFFO, A. E. (filho) ....  | 413   |
| <i>A biópsia. Inconvenientes e vantagens. Suas indicações com especial relação às lesões neoplásicas.</i> — RADICE, J. C. ....   | 414   |

### LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

**DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA**

Chefe de laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade  
e do Hospital da Ordem do Carmo

**DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA**

Técnico de laboratório diplomado pelo Instituto Oswaldo Cruz  
e pelo Curso da Saúde Pública

Edif. Candelária, sala 514 - R. S. José, 85 - 42-7089

Todas as requisições são atendidas a qualquer momento sempre por um dos médicos.

O número pequeno de abortos espontâneos anteriores observados no grupo em questão indicam possivelmente um nível relativamente alto de taxa de progesterona.

Grande número dos casos apresentou desequilíbrio endócrino.

E' possível que a substância estrogênica administrada aumente a sensibilidade do útero, resultando um tempo relativamente curto para o trabalho de parto (Média de 8,6 horas) e a ausência de hemorragias pós-parto.

As substâncias estrogênicas têm a sua indicação para o tratamento de casos escolhidos de doentes obstétricas com veias varicosas, não accessíveis ao tratamento por injeções, que ocasionam sintomas acentuados no período antes do parto. — J. P. R.

**Antissepsia vaginal durante o trabalho de parto** (*Vaginal Antiseptis During Labor*) — MAVES, H. — (W. J. Surg., Obst. and Gyn., Vol. 51, N.º 5, pag. 201).

A infecção puerperal é ainda o fator principal da morte materna em consequência de parto e só ultimamente o número destas mortes decresceram por causa da quimioterapia moderna, mas principalmente devido ao uso da antisepsia vaginal.

Ainda em 1940 morreram nos Estados Unidos 3.626 mães em consequência de infecção puerperal.

A princípio foram usados, para a antisepsia vaginal, soluções demasiadamente concentradas de sublimado corrosivo, causando envenenamentos, de maneira que muitos médicos abandonaram o método. Há mesmo um temor exagerado hoje em dia das manipulações vaginais ante-parto, muitas vezes em detrimento de mãe e filho. 32 % das pacientes observadas pelo A. nos últimos 8 anos foram examinadas por via vaginal antes do parto. Do grupo com puerpério anormal somente 31,8 % tinham sido tocadas. Não há pois maior morbidez em consequência dos toques vaginais.

O A. emprega uma seringa especial para instilações vaginais (Assepto-seringa). Após tricotomia e desinfecção dos genitais externos com mercurioeromo, introduz-se a seringa na vagina até certa marca, apertando depois os lábios contra a seringa, injetando então a solução antisséptica sob ligeira pressão. Esta instilação deve ser repetida cada 12 horas. Exames e intervenções vaginais devem ser executados o mais cedo uma hora depois das instilações. Estas são também aplicadas durante o puerpério 1 vez ao dia, durante 5-6 dias. Sempre que possível deve ser instilado no dia anterior a intervenções (cesariana) e na manhã do dia da operação. Nos casos de aborto instila-se de 12 em 12 horas.

O A. empregou, durante 18 anos, uma solução de mercurioeromo a 4 %, com ótimos resultados. No serviço hospitalar emprega agora a solução a 2 %.

O decisivo é a execução cuidadosa da técnica. Esta foi empregada, desde 1928, em 25.347 pacientes com apenas 2 casos de morte por infecção puerperal. Não houve caso de morte nos últimos 11.000 partos vaginais.

A morbidez num grupo de 5.115 partos anteriores ao emprego da antisepsia vaginal foi de 14,8 % e a do grupo experimental de 7,5 %. O número de mortes maternas por sepsis foi de 25 no primeiro grupo e de 6 no segundo (incluindo as cesarianas).

O A. ainda refere uma série de relações entre os grupos considerando as intervenções obstétricas, toques vaginais, etc., demonstrando sempre a grande vantagem da antisepsia vaginal, aliás também executada com uma solução de Zepharim em 837 pacientes, com resultados um pouco inferiores ao mercuriocromo.

O A. nunca observou inconveniente algum em consequência do emprego da antisepsia vaginal, que deveria ser aceita em todos os lugares do ensino da obstetrícia e como medida de rotina nas organizações benéficas obstétricas e departamentos de saúde—J. P. R.

### *PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC*

**Relatório anual de 1942 da Secção de Anestesia: Incluindo dados e observações concernentes à transfusão de sangue e o uso dos substitutos do sangue.** (*Annual Report for 1942 of the Section on Anesthesia: Including Data and Remarks Concerning Blood Transfusion and the Use of Blood Substitutes.*) — LUNDY, J. S., TUOHY, E. B., ADAMS, R. C., MOUSEL, L. H. e SELDON, T. H. — (*Proc. Staff Meet. of the Mayo Clinic*, 5 e 19 Maio 1943, Vol. 18, Ns. 9 e 10, I e II).

Trata-se do 18.º relatório anual consecutivo da Secção de Anestesia da famosa Clínica Mayo. Em quadros são apresentados dados relativos à frequência com que os vários agentes e métodos anestésicos foram usados durante o último ano. Neste relatório somente foram levados em conta alguns métodos de interesse especial por causa da guerra. Em trabalhos subsequentes serão focalizados alguns dados deste relatório.

Acentuam ser de particular interesse que os dados de 1940, 1941 e 1942 sejam tão similares. O relatório acentua a tendência dos membros da Secção de Anestesia para participar no cuidado de grande número de doentes em seus quartos bem como nas salas operatórias, o que tem sido revelado há muitos anos como se acentuando ainda mais. As dificuldades com a respiração é um problema e a terapêutica parenteral é outro, com os quais o anestesista é familiar.

## ARCHIVOS DE LA CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA "ELISEO CANTON"

**Considerações sobre a gravidez ectópica** (*Consideraciones sobre embarazo ectópico*) — VELASCO, A. R. — (Arch. de la Clin. Obst. y Ginec. "Eliseo Canton", Maio 1943, Vol. II, N.<sup>o</sup> 2, pag. 209).

Sobre a base de 900 observações de gravidezes ectópicas operadas, num período de 10 anos, considera o A. alguns aspectos interessantes da referida entidade clínica. Entre elas, foi encontrada uma gravidez ovárica, uma abdominal e 3 tubo-abdominais, por 895 tubárias. Dentre estas, encontrou ruptura tubária em 88 % e 12 % de hematoceles por abôrto tubário. Em geral as enfermas consultaram por metrorragia, porém mais amiude por dôr, sendo que, em 54 %, de forma dramática.

Entre os meios auxiliares do diagnóstico, lembra a utilização da punção do Douglas, a reação de FRIEDMAN, a comprovação de urobilinogênio na urina, a biópsia do endométrio revelando pedaços de caduca, a histerografia, etc.

A mortalidade foi de 3,77 %. — C. A.

---

**A gravidez, o parto e o puerpério em 953 primíparas de 11 a 16 anos.** (*El embarazo, el parto y el puerperio en 953 primíparas de 11 a 16 años.*) — BERUTI, J. A. — (Arch. de la Clin. Obst. y Ginec. "Eliseo Canton", Maio 1943, Vol. II, N.<sup>o</sup> 2, pag. 227).

O estudo abrange 41 anos de funcionamento obstétrico na Clínica "Eliseo Canton".

A parte dos resultados globais, são analisados, dinâmica e comparadamente, os resultados parciais desse material, dividido em quatro grandes etapas.

Das conclusões a que chegou o A., depreende-se que a evolução da gravidez, parto e puerpério é excepcionalmente favorável nas primíparas jovens. — C. A.

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alkindar Soares

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. Raymundo Santos

Dr. Salomão Zagury

## 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 VIII

Dezembro de 1943

Vol. 16 — N.º 6

## S U M Á R I O

### TRABALHOS ORIGINAIS

|  |     |
|--|-----|
| <i>Síndrome distrófico-distócica</i> — DRs. DOMINGOS DELASCIO e W.<br>DE SOUZA RUDGE .....   | 415 |
| <i>Particularidades da anestesia em Clínica Obstétrica (Considerações<br/>sobre 886 anestesias no quinquênio 1939-1943)</i> — DR. J. ONOFRE<br>DE ARAUJO ..... | 428 |
| <i>Miomectomia e gravidez</i> — DR. LUIZ ALFREDO CORRÉA DA COSTA .....   | 438 |

### EDITORIAL

|   |     |
|---|-----|
| <i>Aspectos da mortalidade neonatal</i> ..... | 442 |
|---|-----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|   |     |
|---|-----|
| <i>† Dr. Paulo Francisco Schirch</i> .....  | 447 |
| <i>Curso de Extensão Universitária sobre Herança em Medicina (Cátedra<br/>de Patologia Geral da Faculdade Nacional de Medicina—Prof. Hé-<br/>lio Póvoa)</i> ..... | 450 |
| <i>"III Semana da Saúde e da Raça"</i> .....  | 451 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|  |     |
|--|-----|
| <i>Ginecologia e Endocrinologia feminina</i> — EMIL NOVAK .....  | 453 |
| <i>Cordéis</i> — J. V. COLARES .....   | 454 |
| <i>Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecológica Eliseo Cantón</i> — Di-<br>retor Prof. J. BERUTI ..... | 455 |

### SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ata da quinquagésima-terceira sessão ordinária</i> ..... | 456 |
|---|-----|

### ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ata da oitava sessão ordinária</i> ..... | 462 |
|---|-----|

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

Pags.

# TODDOBISMAN

DOSE PRIMITIVA (0,03 gr. metil).  
DOSE DUPLA (0,06 gr. metil) • INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

# TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALESCENTES

ESTERES MORRUCO E CHAULDRONICO SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTaisoo CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA  
RUA DO ROSÁRIO, 156  
RIO DE JANEIRO

S. PAULO - Soc. Dist. de Prod. Farm. Ltd  
Rua da Liberdade 1.041  
TEL. 7-5614

CADEIRA DE CLÍNICA OBSTÉTRICA E PUERICULTURA NÉO-NATAL  
(SERVIÇO DO PROF. RAUL BRIQUET)

## PARTICULARIDADES DA ANESTESIA EM CLÍNICA OBSTÉTRICA \*

Considerações sobre 886 anestesias no  
quinquênio 1939-1943

DR. J. ONOFRE DE ARAUJO

Assistente

Solicitado para dizer duas palavras sobre anestesia em Clínica Obstétrica, pretendemos subordinar o assunto, dentro dos quinze minutos concedidos, às particularidades que apresenta o emprego dos anestésicos na especialidade. Socorrer-nos-emos das anestesias praticadas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina no quinquênio 1939-1943, e da observação da clínica particular dos assistentes que colaboraram com o Prof. RAUL BRIQUET. O estado de prenhez, a presença do feto em íntima relação com o organismo materno, e as condições anatômicas do canal do parto determinam condições especiais para a escolha do anestésico e da via de introdução no organismo, que particularizam a anestesia na especialidade e fundamentam diferenças quando comparada com a anestesia na cirurgia geral.

### Analgesia

Já de inicio convém distinguir o emprego do anestésico com a finalidade de suprimir a dor sem concomitante abolição da consciência, que constitue a analgesia obstétrica, da supressão da sensibilidade para fins operatórios, objetivo da anestesia cirúrgica.

Sendo dolorosas as contrações uterinas durante o ato da parturição, de há muito se procura meio de suprimir a dor no trabalho, mas até o momento não se obteve esse desiderato subordinado às condições necessárias, isto é, eficaz, que não comprometa a função contratil da musculatura uterina, e inofensivo para o feto. A pre-

\* Palestra na Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo, na sessão de 16-11-43, destinada à "Anestesia em Cirurgia Especializada".

mência do tempo impossibilita materialmente o relato minudenciado de todas as intervenções realizadas nestes últimos anos.

A prática da analgesia obstétrica não deve ser de uso rotineiro, mas é justificável minorar os sofrimentos maternos em casos particulares em que a contração, por condições especiais, se torna excessivamente dolorosa. Em tais contingências, é, em alguns centros, de uso ou os anestésicos gerais, ou a produção da amnésia pela associação da morfina e escopolamina (sono crepuscular), morfina e sulfato de magnésio, ou a instilação retal de solução alcoólica de quinino, éter e óleo de oliva (Método de GWATHMEY).

Nas maternidades norte-americanas é muito comum o emprego da analgesia por gases, principalmente o protóxido de azoto. Vida-de-regra, quando as publicações dos resultados são feitas por obstetras, lê-se a conclusão da inocuidade da analgesia; no entanto, os fisiologistas, com HENDERSON a frente, assinalam o efeito depressor sobre o centro respiratório do recém-nascido de todas as substâncias empregadas para tal fim.

Em estudo crítico do assunto, SNYDER e ROSENFELD concluem ser o ciclopropano o gás que menor atuação tem sobre a respiração incipiente.

Uma comissão de Saúde Pública de Chicago (BUNDENSEN et al.) concluiu, em 1936, que grande número de crianças, especialmente prematuras, morrem no parto em consequências da anestesia (obstétrica ou cirúrgica) dada às mães. IRVING, fazendo estudo comparativo do período em que não se usava a analgesia com outro em que esta foi administrada, verificou que no primeiro 1,9 % dos recém-nascidos não respiraram imediatamente, ao passo que no segundo atingiu 20 %.

Os barbitúricos diminuem a taxa de protrombina no sangue fetal e a morfina não deve ser empregada nas duas últimas horas que precedem o desprendimento. Fundamentados em respostas obtidas de 24 mais importantes maternidades americanas, GOULD e HIEST informaram, em 1936, que a analgesia obstétrica aumenta o número de intervenções e não deve ser feita no período de dilatação. A experiência na Clínica Obstétrica com o sono crepuscular não foi, já em 1922, com J. R. MEYER, de resultado satisfatório e o método deixou de ser empregado. O recente, de HINGSON e EDWARDS, pela analgesia caudal contínua, foi, por nós e ANDREUCCI, também tentado, e na segunda semana Carioca-Paulista de Obstetrícia e Ginecologia concluímos pelo seu abandono temporário, à vista da supressão total da contração uterina observada em alguns casos, sofrimento fetal em outros e por vezes dificuldades da técnica, que impediram a introdução medicamentosa no canal sagrado. Concluímos assim, pois a finalidade do método é trazer analgesia por período longo, iniciada portanto quando a cérvico-dilatação não está completa, pois para o período expulsivo permanece ainda como mé-

todo de analgesia a ser empregado nos casos indicados, e apenas para esse período, as "inhalações à rainha" com os gases.

Parece que o protóxido poderá ser usado sob a condição de ser administrado com adequado suprimento de oxigênio, em grau que não subtraia a cooperação voluntária da parturiente e administrado por anestesista experimentado, sob as vistas e orientação do obstetra.

Sendo o temor da contração dolorosa um fator de sua exacerbão, é na assistência prenatal que se faz a profilaxia do emprego da analgesia obstétrica, educando, preparando e grangeando a confiança da gestante para o período do parto, de maneira a contrabalançar os efeitos da civilização, que requer padrão de vida mais fácil e menos sacrificada, com a diminuída capacidade de resistência ao sofrimento dela decorrente.

### Anestesia

A anestesia na cirurgia obstétrica tem se valido dos progressos da anestesiologia, pela melhoria, não só dos agentes empregados, do instrumental necessário, como na especialização do anestesista. No entanto a característica fisiológica do útero parturiente e do canal do parto impõe que o obstetra prefira este ou aquele tipo de anestesista, de acordo com o caso clínico.

### Anestesia regional

Como se depreende do quadro anexo, a anestesia regional, principalmente a raqui, tem sido processo de escolha para as intervenções por via alta, não só na Clínica Obstétrica (135 vezes em 218 cesárias) como na clínica particular dos assistentes, e constitue, de fato, a melhor anestesia para as cesárias.

### QUADRO 1

#### Anestesias empregadas em 886 intervenções no quinquênio 1939-1943

|                |   |                |   |                     |   |                 |
|----------------|---|----------------|---|---------------------|---|-----------------|
| 886 Anestesias | { | 804 centrais   | { | narcose 642         | { | endovenosa 3    |
|                |   |                |   | raqui 162           |   | protóxido 3     |
|                | { | 82 periféricas | { | peridural 38        |   | éter 105        |
|                |   |                |   | loco-regionais 44 * |   | balsofórmio 531 |

\* Mais 45 na clínica particular dos assistentes.

## QUADRO 2

Escolha da anestesia nas intervenções praticadas

| INTERVENÇÃO               | GERAL  |         |      |        | REGIONAL |      | LOCAL |
|---------------------------|--------|---------|------|--------|----------|------|-------|
|                           | Endov. | Protox. | Éter | Balsof | Raqui    | Peri |       |
| Cesárias — 218 .....      | 1      | 1       | 20   | 15     | 135      | 31   | 15*   |
| Fórceps — 357 .....       | 1      | —       | 16   | 318    | 17       | —    | 5**   |
| Versão — 46 .....         | —      | —       | 26   | 20     | —        | —    | —     |
| Guggisberg — 14 .....     | —      | 1       | 2    | —      | 4        | 4    | 3     |
| Degola — 10 .....         | —      | —       | 2    | 8      | —        | —    | —     |
| Zarate — 7 .....          | —      | —       | —    | 4      | —        | —    | 3     |
| Cranioelastia — 23 .....  | —      | —       | 5    | 18     | —        | —    | —     |
| Prenhez ectópica — 14 ..  | —      | 1       | 6    | 2      | 3        | 2    | —     |
| Histerectomia — 6 .....   | —      | —       | 2    | 2      | 2        | —    | —     |
| Parto pélvico — 23 .....  | —      | —       | 6    | 13     | —        | 1    | 3     |
| Outras intervenções — 169 | 1      | —       | 20   | 131    | 1        | —    | 15    |
| Total .....               | 3      | 3       | 105  | 531    | 162      | 38   | 44    |

\* Mais 5 na clínica particular dos assistentes.

\*\* " 40 " " " "

Se lançarmos uma vista retrospectiva na técnica da anestesia, veremos que inicialmente usávamos apenas a anestesia geral, que se indicava para todas as intervenções obstétricas. Posteriormente a raqui passou a ocupar primeiro plano na escolha da anestesia para cesárias (desde 1927 na Clínica Obstétrica), pelas suas vantagens de perfeita retratilidade uterina e consequente eversão da ferida segmentária, que facilita a sutura não apresentando ação maléfica sobre o feto. Há no entanto com essa anestesia uma percentagem de acidentes fatais, via-de-regra imediatos, que são imprevisíveis. Devemos informar que, entre nós, tais acidentes não têm sido frequentes, sendo no entanto constante a queda tensional, o que nos obriga a dela nos abster nas hipotensas e cardíacas.

FRANKEN, em 2.000 cesárias praticadas sob anestesia raquídea por 20 operadores, encontrou 14 óbitos atribuídos exclusivamente à anestesia. Sabemos de 6 óbitos decorrentes da raqui: 2 na Clínica Obstétrica nas fases iniciais do emprego dessa anestesia, e 4 na clínica particular dos assistentes.

O estudo comparativo da raqui na gestante e na mulher fora desse estado, sugeriu a alguns autores uma susceptibilidade peculiar da gestante aos acidentes, concordes com as informações de SEBRECHTS, e se atribue isso a modificações gravídicas, como o abai-

xamento do limiar de permeabilidade do endotélio capilar, a lipoidemia, o aumento de volume do sangue circulante no aparelho genital, que, com a estase da circulação esplânenica, sob a raqui, acarreta diminuição da circulação de retorno, perturba o ritmo cardíaco e conduz os centros vitais aos perigos da anoxemia. São medidas adequadas para se evitarem os acidentes da raquianestesia: usar a dose mínima necessária, nunca puncionar acima do espaço entre T 4 e T 5, evitar a administração de morfina e outros depresores do centro da respiração como cuidados pre-operatórios, substituindo-a pela aplicação de efedrina, ou melhor veritol, 15 minutos antes da punção.

Além da cesária, a raquianestesia tem indicação na distócia de partes moles e na primiparidade idosa, pois ao lado da retratilidade uterina posterior, promove diminuição do tono no canal inferior do parto, facilitando, destarte, o desprendimento céfálico. Contraindica-se na versão e intervenções embriotônicas, maxime a degola, pois com a tendência à retificação uterina, o acesso ao pescoço fetal se dificulta.

A *Anestesia peridural* não tem indicação eletiva na cirurgia obstétrica; tanto no serviço como na clínica particular tem sido empregada fazendo-se a punção entre D 12 e L 1, substitutiva da raquianestesia para obviar os inconvenientes desta, de modo especial a queda tensional. Da experiência colhida até hoje, verifica-se que, conquanto não promova uma retração corporal tão enérgica quanto a raqui, não impede, no entanto, essa função normal da fibra muscular, como ocorre com a anestesia geral. Tem-se observado que com a peridural a anestesia é mais duradoura nas intervenções ginecológicas que nas cesárias; nesta intervenção tem sido mais frequente a anestesia geral complementar para o término do ato cirúrgico.

### Anestesia geral

Indica-se a anestesia geral para as intervenções de pequena duração e tem indicação absoluta para a prática da versão, pois promove relaxamento adequado do corpo uterino, que facilita a evolução fetal.

Alguns inconvenientes existem com a anestesia geral, o principal deles constituído pela deficiente hemostase espontânea, o que indica o emprego sistemático do ocitócico. Dentre os anestésicos gerais, o éter tem indicação objetiva para a versão e nas portadoras de lesão cardíaca. Sua utilização no nosso meio não evidenciou os efeitos maléficos assinalados, em 1940, por HEARD.

O protóxido de azoto não é gás ideal para intervenções obstétricas, à vista da sua atuação sobre o centro respiratório fetal. EASTMAN informa que a administração desse gás por mais de 5 mi-

nutos, em concentração de 90:10, determina graves acidentes asfíxicos.

O ciclopropano, no entanto, tem propriedades que o tornam indicado para a anestesia obstétrica: promove adequado relaxamento muscular com suficiente proporção de oxigênio; não embota o centro respiratório fetal, como demonstraram SNYDER e ROSENFELD; e na cirurgia alta proporciona ótimo silêncio abdominal, é pouco tóxico e não diminui o tono uterino, tendo mesmo ação estimulante da retração posterior, vantajosa para a hemostase, conforme afirmam GRIFFITH e GOODALL. Infelizmente as condições de preço desse gás não permite que possa ser, entre nós, tão utilizado, e, nessas condições, o balsofórmio ou melhor ainda o éter, satisfaz, em parte, as exigências de indicação de anestesia geral, fazendo-se a indução da anestesia com o protóxido, o que evita a sensação desagradável das inalações iniciais daquelas substâncias.

Nossa experiência com a anestesia endovenosa é pequena, só a temos empregado em intervenções de curta duração, e nula com a instilação retal de substância anestésica.

### Anestesia local

E' tendência atual o emprego da anestesia local por infiltração, sendo desnecessário insistir nas vantagens do seu uso. Além das 44 locais assinaladas no quadro, mais 45 anestesias por infiltração foram feitas na clínica particular dos assistentes, tanto para cesárias como outras intervenções. Sem contra-indicações gerais, não tem, em Clínica Obstétrica, condições em que não possa ser utilizada, e, até pelo contrário, nas intervenções extrativas por via vaginal, conservada a contratilidade ritmada do útero, a função tratora do fórceps é facilitada e mesmo substituída por função condutora, sendo ainda de grande valia nas portadoras de síndromes de toxemia gravídica. Nas 2.145 anestesias locais praticadas por FRIGYESI na cirurgia alta, 304 o foram em cesárias. Para a prática desta intervenção empregamos a infiltração da metade inferior da parede anterior do abdome pela técnica ilustrada na fig. 1, ou como a pratica MURILO ARAUJO. Chama-se atenção para duas minúcias na técnica operatória sob essa anestesia: o emprego sistemático do ocítóceico, *in utero*, após a extração fetal, e a maior delicadeza na colocação dos campos absorventes e protetores da cavidade abdominal; a anestesia da parede não impede que este tempo seja doloroso.

Para obviar esse inconveniente, FRIGYESI pratica o que ele chama anestesia para-lombar, com a finalidade de tirar a sensibilidade dos órgãos cavitários, interrompendo a condutibilidade dos ramos comunicantes ao lado do corpo vertebral. Esta anestesia o A. a pratica na altura de L 3, e depois, procede à infiltração local da parede abdominal, como de costume.

A anestesia local do períneo, mesmo no parto normal quando se prevê a necessidade de episiotomia, ou para a aplicação de fórceps, a temos praticado com solução a 2 % de Seurocaina, segundo a técnica indicada por DE LEE e evidenciada na fig. 2, ou de acordo com as sugestões de TOLOSA. Têm sido satisfatórios os resultados obtidos por essa anestesia, permitindo, na perineorrafia imediata, adequada sutura de planos que constituirão, no futuro,

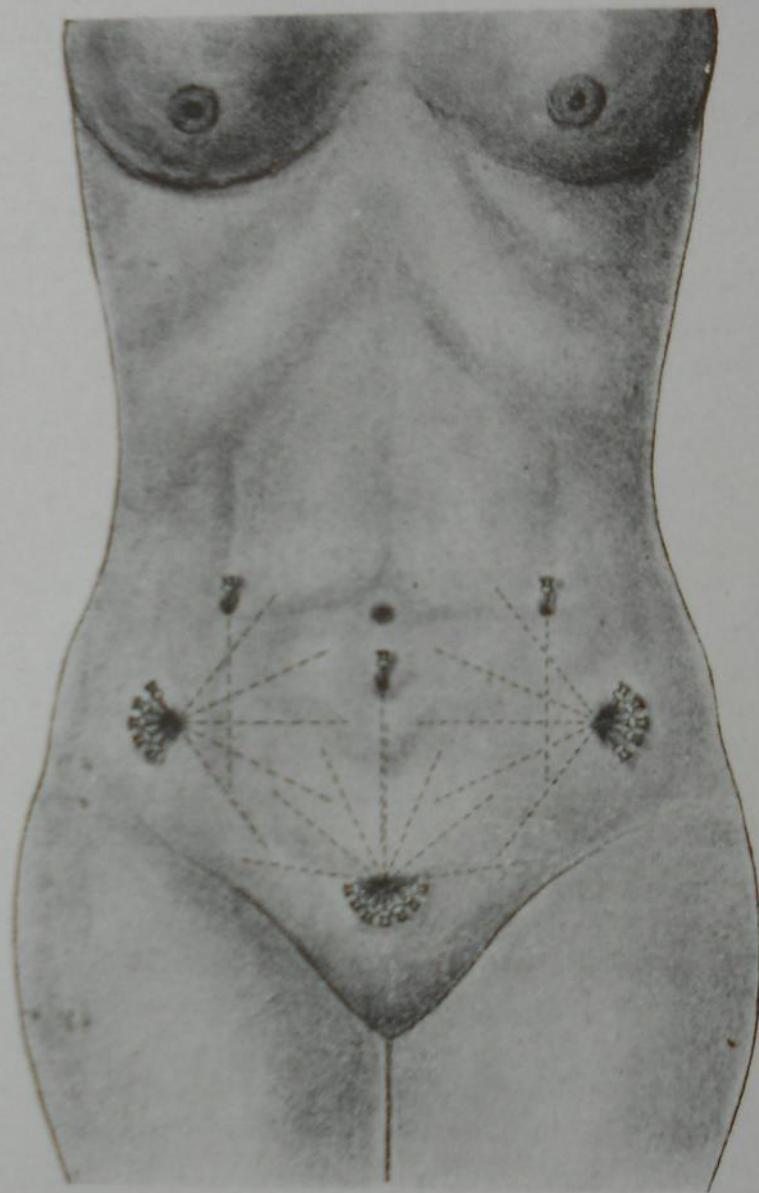


Fig. 1 — Infiltração da parede anterior do abdome para cesária segmentária e operação de Guggisberg.

eficaz sustentação do aparelho genital. Indica-se ainda a anestesia local da região supra-púbica na sinfisiotomia parcial de ZARATE, pois é de regra esperar-se a terminação do parto pelas forças naturais.

Do exposto podemos tirar as seguintes conclusões:

- 1) Não temos ainda processo ideal para a analgesia do parto, que só deve ser tentada em casos especiais e no período expulsivo.

2) Subordinada a esse princípio, a analgesia poderá ser feita com a "inalação à rainha" de gases, por anestesista especializado.

3) A raquianestesia tem indicação preferencial nas cesárias e nas distócias de partes moles, praticada com os devidos cuidados, para evitar acidentes. São contra-indicações para seu emprego a versão interna e a degola.

4) A anestesia peridural pode ser substitutiva da raqui nas intervenções obstétricas, garantindo-se a hemostase com ocitócicos.

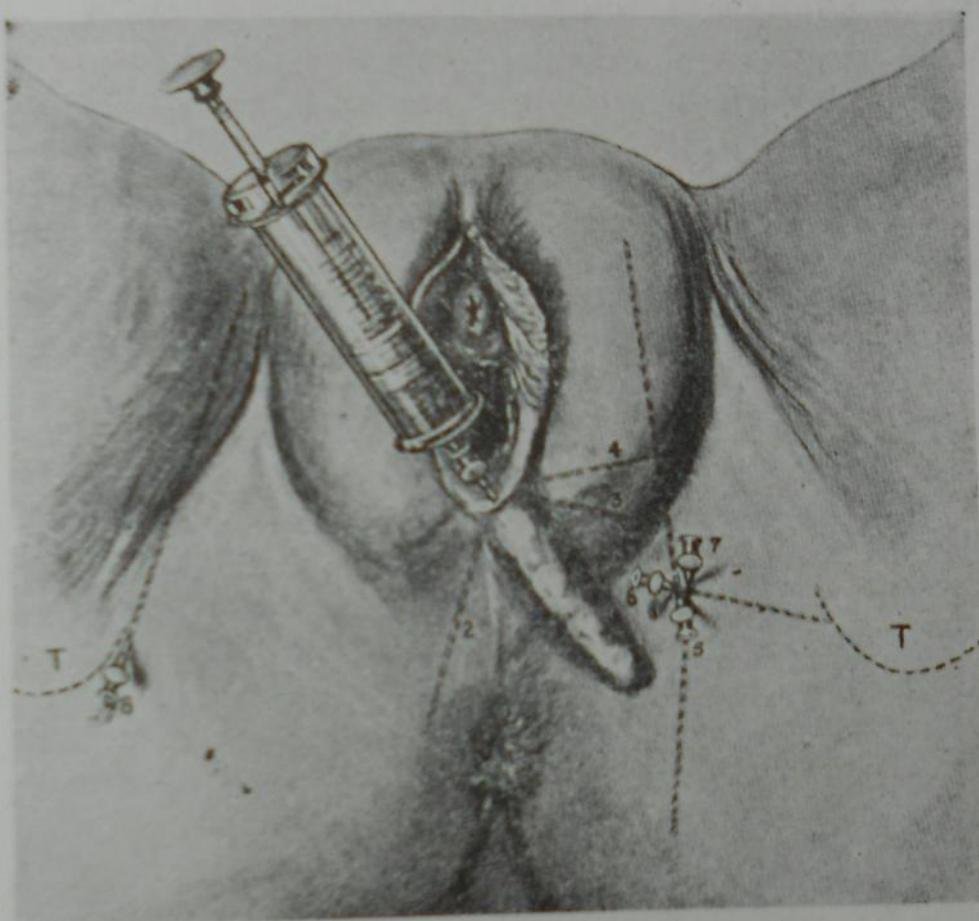


Fig. 2 — Anestesia local do períneo (DE LEE). 1, 2, 3, 4 na perineorrafia; 5, 6, 7, 8 para aplicação de fórceps. Bloqueio do pudendo interno (6), dos ramos do IV nervo sagrado na fossa isquio-retal (7), e do pequeno ciático (8).

5) A anestesia geral tem indicação eletiva para a prática da versão e nas intervenções de curta duração. Entre os anestésicos aconselha-se preferencialmente o éter para a versão, o balsofórmio para as demais operações, quando não se a puder fazer com éter e não for possível a utilização do ciclopropano, ideal para a anestesia geral em obstetrícia, devendo-se evitar o emprego do protóxido de azoto.

6) Emprega-se hoje, com vantagem, a anestesia local por infiltração, não só nas intervenções por via alta, na cirurgia vaginal extrativa, na sinfisiotomia parcial de ZARATE, bem como na assistência ao parto normal que requeira episiotomia.

## Referências

ARAUJO, J. O. e ANDREUCCI, D. — Analgesia caudal contínua — Com. à 2.<sup>a</sup> Semana Carioca-Paulista de Obst. e Gin., Set. 1943. ARAUJO, M. B. — O problema da anestesia nas operações cesarianas — "An. Bras. de Gin.", 14:407, 1942. BUNDENSEN, H., DAHM, D. A., FISHBEIN, W. e HARNON, G. E. — Mortality of new-born infants in Chicago during 1935 — "J. A. M. A.", 107:240, 1936. BRIQUET, R. — Anestesia em Obstetrícia Operatória — Comp. Edit. Nae., 1932. CLIFFORD, S. H. e IRVING, F. C. — Analgesia, Anesthesia and the new-born child. — "Surg. Gyn.", 65:23, 1937. DE LEE, J. B. — Principle and practice of obstetrics — Saunders, 7.<sup>a</sup> ed., 1938. EASTMAN, N. J. — Fetal blood studies; rôle of anesthesia in production of asphyxia neonatorum — "Am. J. Obst. Gyn.", 31:563, 1936. FRANKEN, H. — Warum ist die Lambanesthesia beim Kaiserschnitt besondere gefährlich? — "Zent. f. Gyn.", 58:2191, 1934. FRIGYESI, J. — Technique of local anesthesia and experience in gynecological abdominal operations — "J. Obst. Gyn. Brit. Emp.", 46:91, 1939. GRIFFITH, H. R. e GOODALL, J. R. — Analgesia and Anaesthesia in Obstetrics — "J. Obst. Gyn. Brit. Emp.", 48:323, 1941. HIRST, B. C. e GOULD, C. — Current technics for obstetric analgesia and anesthesia — "Am. J. Obst. Gyn.", 30:257, 1935. HEARD, K. M. — Anesthesia in cesarean section — "Surg. Gyn. Obst.", 70:657, 1940. IRVING, F., BERMAN, S. e BRISTOL NELSON, H. — The Barbiturates and other hypnotics in labor — "Surg. Gyn. Ob. t.", 58:1, 1934. MEYER, J. R. — Nærose obstétrica — Tese Fac. Med. São Paulo, 1922. ROSENFIELD, M. e SNYDER, F. F. — The factor of anesthesia in the pathogenesis of asphyxia neonatorum — "Am. J. Obst. Gyn.", 38:424, 1939. SEBRECHTS, D. — L'anesthesia en gynécologie et en obstétrique — "Brux. Med.", 20:567, 1940. SNYDER, F. F. e GEILING, R. W. — Action of morphine in obstetric analgesia — "Am. J. Obst. Gyn.", 45:604, 1943. TOLOSA, B. — Anestesia local na aplicação do fórceps — Com. à See. Ob.t. e Gin. da A. P. M., Dez. 1943.

## Des particularités de l'anesthésie en clinique obstétricale

### Résumé

L'emploi des anesthétiques en clinique obstétricale présente des différences par rapport à la chirurgie générale en raison des modifications gravidiques et de la présence du fœtus en relation intime avec l'organisme maternel. Il base son rapport sur un total de 886 anesthesies pratiquées à la Clinique Obstétricale ainsi que sur l'expérience de chacun des assistants du service. Il commence par l'analgésie obstétricale dont le propos est de supprimer la douleur pendant le travail sous abouir da conscience; il condamne son emploi systématique parce qu'on ne dispose pas encore d'un procédé idéal. Les opiacés, la morphine avant tout ont des graves inconvénients, dès qu'on ne peut pas les employer pendant les dernières 3 heures du travail, puisqu'ils rendent difficile la fonction des centres respiratoires fœtaux. Il ne se montre toutefois contraire à l'emploi du protoxyde d'azote "à la reine" au deuxième période de l'accouchement dans quelques conditions spéciales, pourvu que l'administration soit à charge d'un spécialiste entraîné et sous la vision de l'accoucheur.

Quant à l'anesthésie pour les opérations obstétricales il rapporte que la rachianesthésie a mérité la préférence pour les cesariennes en vue de la bonne retractibilité utérine qu'elle apporte. Néanmoins, comme il y a eu d'accidents fatales, surtout immédiats, ont parvint à préférer la péridurale. Selon lui l'anesthésie à l'éther est obligatoire pour la version chez les cardiaques. À propos de l'anesthésie par les gaz l'A. affirme que le protoxyde d'azote ne doit pas servir à l'anesthésie obstétricale à cause de l'anoxémie qu'il détermine, nuisible au fœtus. Avec du cyclopropane cela ne survient pas; ce dernier gas possède en plus l'avantage de permettre un excellent repos abdominal ainsi qu'une bonne retraction utérine ultérieure. En raison du prix élevé de ce gas il conseille quand il y a besoin de l'anesthésie générale, l'emploi de l'éther avec induction au protoxyde. Quant à l'anesthésie locale il recommande l'emploi de l'infiltration de la paroi antérieure du ventre dans les cesariennes et de la région périnéale pour les applications de forceps, grande extraction, où même dans l'accouchement normal; pour la symphysiotomie à la Zarate on peut recourrir à l'infiltration de la région pubienne.

## Particularities of Anesthesia in Obstetrics

### Summary

This paper summarises the considerations presented, in outline, at the Soc. Med. S. Paulo, about anesthesia in the specialties, based upon 886 cases of anesthesia in obstetrics. The A., after dividing the subject in analgesia and anesthesia, emphasizes the difficulty of choice of a good anesthetic for all purposes on account of the double interest: the mother and the baby, which makes the subject quite different from anesthesia in surgery. Regarding *analgesia* he calls attention to the danger of administering drugs to relieve the pain, based on the bad effects on the respiratory center of the newborn, chiefly the morphine which must never be given in the two or three hours preceding the degagement of the head. The use of the so called twilight sleep and of the continuous caudal analgesia was discontinued considering the unreliable results obtained in his experimental applications. In selected cases the administration of gases, firstly the nitrous oxide, might therefore be permitted during the second period of labor, by an expert anesthetist and under supervision of the obstetrician. Regarding *anesthesia* for surgical purposes in obstetrics, the A. advocates the use of spinal anesthesia in cesarean section, though, due to the mortality risk attached to this anesthesia, which seems to be unavoidable and caused by introduction of the drug in the subarachnoid space, the peridural anesthesia was used with good results. The general anesthesia by ether is indicated for version, and is also recommended in operations of short duration. The A. claims the advantages of cyclopropane and does not advise the nitrous oxide anesthesia for long periods because its action as anesthetics implies so little oxygen supply that it conduces to dangerous anoxemia of the fetus; with cyclopropane anoxemia does not arise as so much oxygen has to be used with it. Ether is advantageous when cyclopropane is not available, after inducing anesthesia with nitrous oxide. Local infiltration, either in cesarean or in the extraction by forceps, or management of normal labor, when episiotomy is necessary, is advocated as a method that attends all purposes of efficacy, without danger for mother nor child.

## 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.

|   |     |
|---|-----|
| <i>Endometriose: Um estudo de 117 casos com especial referência às lesões constritivas do reto e colo sigmóide.</i> — JENKINSON, E. L. e BROWN, W. H. ....                                      | 465 |
| <i>Anestesia caudal contínua em trezentos casos obstétricos não selecionados</i> — SIEVER, Major J. M. e MOUSEL, Major L. H. ....   | 466 |
| <i>As mais próximas causas do câncer</i> — ROUS, P. ....  | 467 |
| <i>O estado atual da inseminação artificial</i> — FOLSOME, C. E. ....   | 468 |
| <i>As contrações do útero humano durante o ciclo menstrual</i> — HENRY, J. S. e BROWNE, J. S. L. ....   | 469 |
| <i>Irradiação da hipófise e ovários em baixa dosagem na amenorréia e sangramento uterino disfuncional</i> — REIDENBERG, L. ....   | 471 |
| <i>Estudo sobre a restrição de sal e da ingestão de líquidos como profilaxia da pre-eclampsia em pacientes com retenção de água</i> — CHESLEY, L. C. e ANNITTO, J. E. ....                      | 472 |
| <i>O emprego da heroína (diacetil-morfina) no trabalho</i> — LUND, C. J. e HARRIS, J. W. ....   | 474 |
| <i>Apresentações de nádegas tratadas por versões cefálicas nos partos consecutivos de 1.769 mulheres</i> — RYDER, G. H. ....  | 475 |
| <i>Efeitos clínicos da anidro-hidroxi-progesterona por via oral sobre a motilidade do útero humano grávido</i> — PAGE, E. W. e WOODS, L. ....   | 477 |
| <i>Amenorréia simples ou gravidez? Uso da Prostigmina no diagnóstico diferencial e tratamento.</i> — DOUGLAS, H. S. ....  | 478 |
| <i>Excreção de hormônios sexuais nas anormalidades da puberdade</i> — NATHANSON, I. T. e AUB, J. C. ....  | 479 |
| <i>Excreção de gonadotropinas em homens e mulheres normais e em casos de histerectomia, menopausa, enxaqueca, epilepsia e eunucoidismo.</i> — MAIN, R., COX, W., O'NEAL, R. e STOECKEL, J. .... | 479 |
| <i>Estrutura da hipófise anterior humana após administração de hormônios estrogênicos</i> — SPARK, C. ....  | 480 |
| <i>A profilaxia do câncer do colo</i> — BAINBRIDGE, W. S. ....  | 480 |
| <i>Lipomas do útero</i> — CHESTER, A. P. ....   | 481 |
| <i>Minha experiência das incisões arciformes na terapêutica do caso impuro</i> — REZENDE, J. DE ....  | 481 |

ÍNDICE DOS RESUMOS

|   | Pags. |
|---|-------|
| <i>Conceitos fundamentais de histo-fisiologia ovárica</i> — ARAYA, R. ....  | 482   |
| <i>Sobre a mancha pigmentária congênita ou mancha mongólica na Colômbia</i><br>— CALVO, J. A. ....  | 483   |
| <i>Placenta acreta, Placenta prévia</i> . — THWAITES LASTRA, E., JAKOB,<br>A. e SANZ, H. W. ....  | 484   |
| <i>Angiomatose cervical</i> — MACHADO, L. M. e JUNQUEIRA, M. A. ....  | 484   |
| <i>A extração da cabeça na operação cesária cérvico-segmentária</i> —<br>SCHWARCZ, R. ....  | 485   |
| <i>Histerómetro-cureta para biópsia do endométrio</i> — DE PAOLA, G. ....   | 486   |
| <i>A eritrossedimentação nos miomas complicados</i> — D'AQUILA P., H. ....  | 486   |
| <i>Drenagem na cirurgia do câncer da glândula mamária</i> — BENZADON, J. ....   | 487   |
| <i>O metabolismo basal na menopausa</i> — ALVAREZ, C., GEARY, E. e BE-<br>LIZAN, L. ....  | 487   |
| <i>Enfaixamento na cirurgia da glândula mamária</i> — BENZADON, J. ....   | 488   |
| <i>Considerações sobre asma e gravidez</i> — CROTTOGINI, J. J. e GIAM-<br>PIETRO, A. ....   | 488   |
| <i>Corrimentos rebeldes por tricomonas</i> — RODRIGUEZ LOPEZ, M. B. e<br>PEREZ SANCHEZ, A. L. ....  | 490   |
| <i>Cisto da cavidade de Retzius. Endometriose do ovário</i> . — CASANOVAS,<br>L. O. ....  | 490   |
| <i>Cefaléia hipofisária</i> — CAPURRO, A. M. ....   | 491   |
| <i>Profilaxia do câncer do colo uterino</i> — SCHAFFNER, E. ....  | 492   |
| <i>Vitamina E em ginecotocologia</i> — CROTTOGINI, J. J. ....   | 492   |
| <i>A menstruação normal em nosso meio</i> — ROCHA, M. V. e CLERICI, M. E. ....  | 493   |
| <i>Epitelioma no côto de histerectomia sub-total. Eventração pós-operatória</i><br><i>com metástase epiplólica intra-herniária</i> . — SANTIAGO, J. P. .... | 494   |

**Anestesia caudal contínua em trezentos casos obstétricos não selecionados** (*Continuous caudal anesthesia in three hundred unselected obstetric cases*) — SIEVER, Major JAMES M. e MOUSEL, Major LLOYD H. — (J. A. M. A., 12 Junho 1943, Vol. 122, N.<sup>o</sup> 7, pag. 424).

Os A.A. fazem uma análise de 300 casos de anestesia caudal contínua. A solução anestésica usada foi de procaína a 1,5 %. A quantidade empregada variou consideravelmente, dependendo da extensão do trabalho de parto e do momento em que a anestesia foi iniciada. A maior quantidade de anestésico utilizada foi de 1.000 cc. e a menor de 30 cc. O maior tempo de administração foi de 24 horas e o menor de 30 minutos. A média de tempo foi de oito horas e vinte minutos.

A primeira fase do trabalho transcorria dentro das normas naturais e a anestesia era mantida em um nível a meio caminho entre a sínfise pubiana e a cicatriz umbilical. Se este nível era abaixado a anestesia deixava de ser perfeita e se o nível era elevado o progresso do trabalho era perturbado.

Os A.A. observaram que o trabalho progredia rapidamente até uma dilatação de 7 a 8 cents. do colo e, então, não progredia mais até que as membranas se rompessem. Por essa razão os A.A. rompiam artificialmente as membranas e o trabalho prosseguia então até a dilatação completa do colo.

A segunda fase do trabalho era grandemente alterada pela anestesia caudal contínua. Esta alteração era particularmente notada nas primíparas. As pacientes não sentem puxos e a cabeça fetal fica parada no períneo durante horas. Em consequência houve necessidade de fórceps em 70 % das primíparas. Observaram também os A.A. que as posições posteriores eram mais frequentes (10 % dos casos), o que é atribuído ao relaxamento dos elevadores do anus em consequência da anestesia.

A terceira fase do trabalho deve ser conduzida cuidadosamente. Os oclitócicos e as manipulações do útero só devem ser utilizados após completa separação da placenta. O uso dos oclitócicos quando a placenta ainda não se descolou conduz frequentemente à tetania do útero, com consequente retenção da placenta.

Os A.A. assinalam como complicações a infecção, a injeção intraduramater e o colapso circulatório.

A técnica da anestesia é descrita detalhadamente e os A.A. fazem uma inovação do espaço sub-aracnóide, a agulha utilizada por um cateter ureteral, o que é feito passando o cateter pelo interior da agulha e em seguida retirando esta.

Finalmente os A.A. apresentam as seguintes conclusões:

- 1) A anestesia caudal contínua é satisfatória na maioria dos casos.

2) Nós achamos que o uso do cateter ureteral é mais inócuo e mais confortável para a paciente.

3) A epinefrina deve ser adicionada à injeção inicial de solução anestésica no canal caudal em todos os casos, exceto nas que apresentam reações tóxicas.

4) A anestesia caudal contínua pode prestar serviços em casos de eclampsia. Três pacientes com eclampsia pariram sob a anestesia caudal contínua, sem mortalidade materna ou fetal e com aparente controle dos sintomas de toxemia.

5) Uma assepsia absoluta deve ser observada em todos os casos.

6) Uma média de mortalidade mais baixa do que a habitual foi observada. — O. S. L.

### **As mais próximas causas de câncer (*The nearer causes of cancer*)**

ROUS, PEYTON — (*J. A. M. A.*, 26 Junho 1943, Vol. 122, N.º 9, pag. 573).

O A. passa em revista as numerosas causas apontadas como cancerógenas, analisa cada uma delas, detendo-se mais demoradamente no estudo dos extratos orgânicos cancerosos, no dos hormônios (estrógenos, pituitários), no do metileolanreno — hidrocarbono de acentuada ação carcinogênética — e, sobretudo, estende-se na análise de vírus produtores de tumores malignos em galinhas e em coelhos.

Nestes últimos anos, diz o A., têm sido descobertos tumores renais na "Rana pipiens" devidos a um vírus. Os tumores têm origem no epitélio dos "tubuli" renais e se escalonam desde simples adenomas até os adenocarcinomas, dando metástases por meio de células embólicas. Esses tumores podem ser transplantados e são histologicamente semelhantes aos tumores clássicos, exceto no que diz respeito a grandes inclusões no núcleo celular, em numerosos casos, tal como causam os vírus. Tais inclusões são raras nos neoplasmas humanos, embora possam ser encontradas em certos tumores do sistema nervoso central. Estes tumores de galinhas e rãs parecem distantes do problema humano; entretanto, recentemente foi descoberto um vírus em excreções queratinizadas — papilomas epidermídes — de que é portadora certa espécie de coelhos. Esses tumores apresentavam todos os sinais que identificam os tumores como uma classe. Quando o vírus é inoculado na pele escarificada de um coelho doméstico, ele produz um papiloma, que cresce, frequentemente, com acentuado vigor e se torna carcinomatoso dentro de poucos meses. Com efeito, em sua capacidade de provocar o câncer do coelho, o vírus sobrepuja todos os outros agentes carcinogênicos conhecidos. Uma análise comparativa mostra profundas diferenças entre a ação do vírus e dos outros agentes carcinogê-

**O emprego da heroína (diacetil-morfina) no trabalho** (*The use of heroin [diacetyl-morphine] in labor*) — LUND, C. J. e HARRIS, J. W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1943, Vol. 45, N.º 6, pag. 981).

O agente analgésico obstétrico ideal tem sido frequentemente deserto como aquele que produz o alívio máximo da dôr com o mínimo de perigo para a mãe e o feto. Certamente a avaliação de qualquer método de analgesia obstétrica deve considerar o alívio da dôr como uma propriedade essencial, mas a definição original deixa de incluir muitas outras propriedades; algumas das quais são necessárias e outras desejaveis. Uma característica essencial é frequentemente esquecida na busca de agente analgésico obstétrico ideal: E' a droga adaptável a todos os ambientes com facilidade e segurança? Existem numerosos métodos de analgesia obstétrica que produzem excelente alívio da dôr sem riscos apreciaveis, porém são processos altamente especializados com aplicação limitada. Outra qualidade frequentemente desejada é a capacidade de dar descanso a uma paciente exausta de um trabalho fatigante. Alguns obstetras, bem como pacientes, consideram a amnésia outra característica indispensável. Consideração semelhante deve ser dada ao efeito deletério que as drogas analgésicas produzem, e os efeitos nocivos podem ser muitos e variados. Alguns dos mais importantes em obstetrícia são a morte, a asfixia do neonato, o trabalho prolongado, o aumento da incidência de partos operatórios e das lesões. Existem apenas duas classes de agentes não voláteis de emprego corrente para aliviar as dores no trabalho, os analgésicos e os hipnóticos.

A heroína (diacetil-morfina) é um derivado sintético do ópio cujos característicos gerais são semelhantes àqueles da morfina e do dilaudid; são todos agentes analgésicos, todos são narcóticos que produzem vício, todos deprimem a respiração e todos têm outras propriedades farmacológicas comuns não relacionadas à obstetrícia. A heroína difere também destes opiáceos; produz maior analgesia do que a morfina ou o dilaudid, produz a máxima analgesia dentro de trinta minutos, provoca poucas reações desagradáveis e produz mais euforia do que depressão psíquica. Muitas destas qualidades são de especial valor em obstetrícia. O inconveniente predominante da heroína é a possibilidade de viciar, enquanto isto seja distintamente de menor importância em obstetrícia.

Um estudo clínico de 454 pacientes que receberam heroína como agente analgésico obstétrico permite as seguintes conclusões:

1) A heroína produz uma analgesia rápida e intensa que persiste de três a quatro horas e provoca analgesia conveniente em cérnea de 90 % das pacientes. 2) A heroína produz um efeito psíquico desejável caracterizado por euforia sem depressão ou irritabilidade de natureza física ou mental. Esta propriedade é particularmente valiosa afastando a apreensão e o medo de algumas primi-

grávidas. 3) Não há prova de um aumento na duração do trabalho ou de um aumento na frequência de partos operatórios. 4) Não foram observados efeitos adversos maternos. 5) Houve 6 mortes de infantes parcial ou totalmente atribuíveis à heroína, quatro destas ocorrendo em pequenos prematuros. Desta forma a heroína, bem como a maioria dos outros agentes analgésicos obstétricos, está contra-indicada no trabalho em prematuros. 6) A heroína aumentou a incidência da asfixia do neonato de cerca de 3 a 5 %, sendo o aumento principalmente do tipo "moderado". Os dados sugerem que a heroína produz menos asfixia do neonato do que a morfina. 7) A dose deve ser mantida no mínimo e deve ser a heroína ministrada durante a primeira fase do trabalho, preferentemente três ou mais horas antes do momento previsto para o parto. Não houve diferença significativa na asfixia do neonato quer o parto se dando uma ou cinco horas após a administração da heroína.

Em virtude de certas propriedades peculiares demonstradas pela heroína e não observadas em outros membros do grupo de opióceos, e à vista do risco mínimo de viciamento quando ministrada nas dores agudas da parturição, são os A.A. de opinião que a droga é de real valor como um agente analgésico obstétrico. — A. A. S.

---

**Apresentações de nádegas tratadas por versões cefálicas nos partos consecutivos de 1.700 mulheres (Breech presentations treated by cephalic versions in the consecutive deliveries of 1.700 women) — RYDER, G. H. — (Am. J. Obst. and Gynec., Junho 1943, Vol. 45, N.º 6, pag. 1004).**

Os partos de nádegas têm sido sempre acompanhados por uma indevida alta mortalidade fetal. Esta, conforme citado por diferentes observadores, varia de uma mortalidade correta de 8 % a uma mortalidade sem correção de cerca de 30 %.

Cada apresentação de nádegas, portanto, constitue um perigo potencial para o feto e as apresentações de nádegas ocorrem em 3 a 4 % de todos os partos a termo e mais frequentemente nos prematuros. A mortalidade fetal nos partos de vértece, numa avaliação conservadora, é de cerca de um quinto daquela observada nos de nádegas. Assim, podemos presumir, que os fetos não nascidos tendo sua apresentação modificada de nádegas para vértece, têm uma oportunidade cinco vezes melhor de sobrevida.

A versão cefálica externa é reconhecida de há muito como um meio de converter apresentações de nádegas em apresentações muito mais seguras de vértece. Parece, entretanto, que esta operação não tem sido suficientemente apreciada pelos obstetras em geral, provavelmente por duas razões: 1) Não são feitas cuidadosamente e repetidamente as palpações abdominais no ante-parto, e por essa razão as apresentações de nádega não são frequentemente descobertas pre-

cocemente, e 2) a operação de versão cefálica externa não é tentada bastante frequentemente para adquirir a necessária experiência.

O A. adotou o hábito de tentar sistematicamente diagnosticar as apresentações de nádegas o mais precocemente possível e de procurar converter todas as encontradas em apresentações de vértece por meio de versões cefálicas, quando exequível. Após realizar muitas versões cefálicas externas, o A. está convencido de que a manobra praticada com cuidado é praticamente isenta de perigos para a mãe e filho, e, na maioria dos casos facilmente executada.

Em 1923 o A. publicou uma comunicação sobre 59 apresentações de nádegas tratadas pela versão cefálica em 890 partos consecutivos na clínica particular.

O trabalho ora apresentado inclui a primeira comunicação em uma série de 1.700 partos consecutivos de pacientes de clínica particular, mostrando os resultados das versões cefálicas nas apresentações de nádegas.

Apresenta o A. as seguintes conclusões:

A mortalidade fetal nos partos de nádegas era indevidamente alta. Cada apresentação de nádegas, portanto, representa um perigo potencial para a criança que vai nascer. Este perigo pode ser afastado pela versão cefálica externa precoce. Não se deve confiar na versão espontânea. As crianças individualmente sofrerão quando esta falhar.

O sucesso nas versões externas depende do diagnóstico precoce da apresentação pela palpação cuidadosa no anteparto. Quando o diagnóstico é duvidoso pode ser feito geralmente pelo exame ginecológico e sempre pelos raios X. A versão extxerna deve ser realizada suavemente e sem precipitação. Se não puder ser executada sem força, a tentativa deve ser abandonada. Cuidadosamente praticada, a operação não é perigosa nem para o feto nem para a mãe. O feto corre mais risco numa apresentação de nádegas do que na versão. A operação é em geral bastante fácil e usualmente pode ser executada sem anestesia se tentada precocemente. A causa mais frequente de insucesso é a demora em realizar a tentativa, até que a gravidez se torna adiantada. A outra causa mais frequente é a extensão das pernas do feto. A melhor época para realizar a versão cefálica externa é no sexto e no sétimo meses, e não se deve permitir que as apresentações de nádegas evoluam além do sétimo mês sem tentativas de versão. Depois desta época, as versões espontâneas ocorrem menos frequentemente e as versões artificiais podem exigir anestesia e têm mais probabilidades de insucesso. Um obstetra que permite que uma mulher grávida a seu cargo chegue ao termo com uma apresentação de nádegas não diagnosticada, em geral não prestou seus melhores serviços à sua paciente. As versões externas, sistematicamente empregadas, podem reduzir a mortalidade fetal que segue as apresentações de nádegas para aproximadamente aquela que segue as apresentações de vértece. — A. A. S.

**Lipomas do útero** (*Lipomata of the uterus*) — CHESTER, A. PEAKE — (*The J. of the Int. Coll. of Surg.*, Vol. VI, N.<sup>o</sup> 3, pag. 205).

E' surpreendente o pequeno número de publicações de casos de lipomas do útero cuja origem histológica é ainda muito discutida. A teoria mais aceitável é a de WILM que admite o deslocamento de células embrionárias ao longo do canal de WOLFF. Também a natureza benigna dos lipomas ainda não está definitivamente estabelecida. E' frequente a combinação com miocardite e anemia. O diagnóstico diferencial com outros tumores uterinos só pode ser feito histologicamente.

O A. descreve o caso de uma paciente de 45 anos que sofre de dispneia e hemorragias profusas. Havia adiposidade, particularmente das pernas. Hemoglobina 47 %, eritrócitos 3.500.00. Na laparotomia feita por causa dum tumor uterino, encontrou abundante líquido amarelo na cavidade abdominal e um tumor de tipo miomatoso que pesava 6 quilos e media 23 cm. de diâmetro. Era coberto por uma camada muscular de 1 cm. de espessura. Aumento e edema dos ovários. O diagnóstico histológico foi de lipomioma benigno do útero. — *J. P. R.*

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

**Minha experiência das incisões arciformes na terapêutica do caso impuro** — REZENDE, JORGE DE — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Junho 1943, Vol. I, N.<sup>o</sup> 3, pag. 257).

O A. está convencido da benignidade das cesárias transperitoneais e simpatiza especialmente com a incisão arciforme que, de acordo com os estudos anatômicos modernos, é paralela às fibras musculares da região e as secciona em menor número que as incisões longitudinal ou transversal, ao mesmo tempo respeitando os vasos que acompanham a direção das fibras.

Considera as técnicas extra-peritoneais, tanto puras como de artifício, como complicação inutil e em geral nociva porque demoram a operação e a extração fetal e não se livram dos inconvenientes dos métodos transperitoneais: nas primeiras a abertura acidental do peritônio ocorre em 50 %, fora das celulites e outras complicações e as segundas fracassam porque não isolam absolutamente a grande cavidade, deixando soluções de continuidade peritoneais que os estudos histológicos têm evidenciado.

Desde 1936, com a técnica de KERR, modificada pelo A. em alguns pontos, executou 66 operações cesárias segmentárias com

incisão arqueada, com duas mortes, o que demonstra mortalidade global de 3,03 % e apurada de 1,5 %, devendo-se notar que 64 se referem a casos contaminados, com febre alta, taquicardia e toques múltiplos (potencialmente infectados). Na técnica operatória prefere a incisão arciforme pelas razões anatômicas expostas; o acesso ao útero o faz por dissociação muscular; realiza a extração fetal sem instrumento, orientando o polo cefálico a O. P. (manobra de GEPPERT) auxiliando com expressão do fundo do útero e injeção de pituitrina endovenosa.

Mostra-se partidário da anestesia por éter e proscreveu, pelos seus riscos, a raquiana. Dos 10 casos em que utilizou a sulfamida local, 80 % apresentaram fenômenos de intolerância grave. — C. A.

**Conceitos fundamentais de histo-fisiologia ovárica (Conceptos fundamentales de histofisiología ovárica)** — ARAYA, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Junho 1943, Vol. I, N.º 3, pag. 293).

O A. começa por estabelecer que: a) não existe — segundo seus trabalhos anteriores — relação cronológica entre ovulação e menstruação; b) não existe correlação entre a evolução do folículo de DE GRAAF e o corpo amarelo com as alterações metamorfósicas endometriais; c) a metamorfose do endométrio produz-se regularmente sob a ação folieulínica e luteínica. Considera que os hormônios ovarianos formam-se sem grande participação do folículo e do corpo amarelo. Estuda histologicamente 50 ovários extirpados cirurgicamente e descobre: 1) Predomínio absoluto dos folículos atrésicos que apresentam toda a escala evolutiva desde o seu início até a fibrose, diante de limitados folículos que vão ovular e corpos lúteos de ovulações anteriores. 2) Desenvolvimento de uma fase folieulo-luteínica nos folículos atrésicos, onde as duas classes de células se confundem. 3) Espessamento acentuado da teca externa dos folículos com espessamento e penetração tecal no interior do estroma.

Após coloração dos cortes com Sudan, estabelece: 1.º) a existência de lipídeos desde o folículo primitivo e o óvulo até a fibrose dos folículos atrésicos, tanto na teca como na granulosa. 2.º) Infiltração lipídica nos espaços intercelulares da camada cortical. 3.º) Acúmulo de células sudanófilas vizinhas de capilares no mesmo estroma.

Observa no mesmo estroma: a) células epitelioides isoladas; b) elementos folieuloides — formados por grande célula central cercada por uma coroa celular da qual é separada por um espaço esponjoso — elementos que se apresentam, ora isolados, ora em grupos do tipo glandular, separados entre si ou do estroma que os rodeia por tecido conjuntivo fibrilar, porém sem conter lipídeos.

Em sua forma típica o colo se apresenta aumentado, amolecido, esponjoso, de cor violácea. Anátomo-patologicamente seu aspecto é o de um hemangioma. O sintoma predominante está representado pelas metrorragias, sobrevindo principalmente após o coito ou outro traumatismo. O diagnóstico exato só a biópsia proporciona. O prognóstico é favorável. A terapêutica consiste na amputação do colo. — C. A.

## *BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRÍCIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES*

**A extração da cabeça na operação cesária cérvico-segmentária** (*La extracción de la cabeza en la operación cesarea cérvico-segmentaria*) — SCHWARCZ, RICARD — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1943, Tomo XXII, N.º 3, pag. 134).

O A. mostra que as indicações da cesária são hoje mais amplas e mais perfeita a sua técnica, diante da maior prática adquirida pelos cirurgiões.

Cita várias e interessantes opiniões sobre o assunto e faz crítica dos processos empregados por alguns autores na extração da cabeça, na operação cesária.

O A. apresenta uma manobra que julga perfeita e simples, que é pelo mesmo empregada e para conhecimento dos especialistas, vamos descrevê-la.

Nas cesárias, diz o A., a cabeça se encontra geralmente em cima do estreito superior, entre flexão e deflexão, em transversa ou ligeiramente em rotação para adiante ou atrás. De acordo com estas posições, introduz a mão no útero, colocando a palma sobre o occipital e os dedos sobre a fronte e parietais. Mantendo fixa, roda o occíput para diante, encaixa a região sub-occipital na comissura superior da fenda; em seguida, mediante uma leve pressão dos dedos sobre a fronte, desprende a cabeça por deflexão.

Todos estes tempos, diz o A., se sucedem rápida e quasi simultaneamente.

Faz comparação de sua manobra, com as habitualmente empregadas e mostra as vantagens seguintes:

- 1.º) Está mais de acordo com o mecanismo normal do parto.
- 2.º) Exclue rotações desnecessárias e o emprego de instrumentos, por vezes prejudiciais.
- 3.º) É a extração menos traumática, por ser a mão o instrumento mais sensível e inteligente.

A manobra do A. como vimos é simples, e ao concluir a sua interessante comunicação ainda cita as opiniões de LIEPMANN e

FUCHS, dizendo que a sua manobra é única, não tendo encontrado métodos semelhantes, e que a sua técnica é baseada em fundamentos obstétricos. — A. F. S.

**Histerômetro cureta para biópsia do endométrio** (*Histerómetro cureta para biopsia del endometrio*) — DE PAOLA, GUILHERMO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1943, Tomo XXII, N.<sup>o</sup> 3, pag. 144).

O A. inicia a sua comunicação, mostrando o valor da biópsia e sua importância atualmente, depois de GEIST, em 1931, que propôs o estudo do sangue menstrual, colhido através de um grosso tubo.

Citando vários autores e fazendo ligeiro estudo crítico dos meios empregados para se fazer uma biópsia, apresenta e descreve o instrumento que idealizou e julga capaz de resolver o assunto.

Depois de algumas considerações sobre a biópsia praticada pelo histerômetro-cureta, como chama o A., diz que as biópsias se podem praticar impunemente, pois as doentes nada mais sentem que uma simples histerometria. — A. F. S.

**A eritrossedimentação nos miomas complicados** (*La critrosedimentación en los miomas complicados*) — D'AQUILA P., HELENA — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1943, Tomo XXII, N.<sup>o</sup> 3, pag. 153).

Ainda não foi dada a última palavra no terreno da eritrossedimentação em Ginecologia, inicia dizendo a A. em seu interessante trabalho.

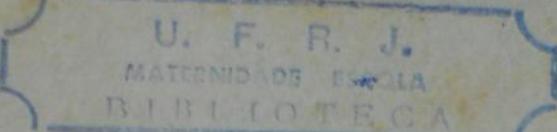
Faz comentários sobre as modificações que sofre a eritrossedimentação em alguns fibromiomas uterinos, e estuda ligeiramente as várias formas degenerativas dos miomas, desde as modificações circulatórias que muitas vezes apresentam, até à degeneração carcinomatosa; calculando em 30 % os casos de degeneração.

Apresenta, comprovando o seu trabalho, 9 casos, pela A. observados, em que pôde verificar a eritrossedimentação (Índice de KATZ sempre elevado) e as intervenções vinham provar que os miomas se achavam degenerados ou em vias de degeneração.

A A. cónclue dizendo que todo mioma uterino que se acompanha de uma eritrossedimentação elevada, excluídas outras causas, deve ser considerado como mioma complicado apesar de nada revelar o exame ginecológico. E' de boa norma, associar o estudo histopatológico das peças, aparentemente sãs, quando a eritrossedimentação se acha alta. — A. F. S.

Ano VIII

JANEIRO DE 1943 Vol. 15 - N.º 1



# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alkindar Soares

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dra. Cineria Fernandes

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

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 Libero Badaró, 292 - S. Paulo

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58

1.º and. - Recife

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

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

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

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano VIII

Janeiro de 1943

Vol. 15 — N.º 1

## S U M Á R I O

### TRABALHOS ORIGINAIS

|  | Pags |
|--|------|
| Mesonefroma do ovário — DR. AMADEU DA SILVA FIALHO .....                 | 1    |
| Em torno de um caso de mola hidatiforme — PROF. DR. CLOVIS SALGADO ..... | 22   |
| Considerações sobre mil partos — PROF. DR. CLOVIS CORRÉA DA COSTA .....  | 41   |

### EDITORIAL

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Inseminação artificial ..... | 54 |
|------------------------------|----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|   |    |
|---|----|
| † Professor Arestides Maltez .....  | 57 |
| Na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Homenagem aos Professores Augusto Brandão, Augusto Paulino, Brandão Filho, Figueiredo Baena e Ugo Pinheiro Guimarães ..... | 59 |
| Curso de Extensão Universitária da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil .....   | 62 |
| "Curso de Cirurgia da Litíase Biliar" na Faculdade de Medicina de Córdoba (Argentina) .....   | 64 |
| Homenagem ao Prof. Clovis Corrêa da Costa .....   | 64 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Puericultura — PROF. MARTAGÃO GESTEIRA ..... | 65 |
|--|----|

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

# TIREOGLAN

HORMONIO TOTAL DA TIROIDE

Em todos os casos de hipofunção tireoidea



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

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

## CONSIDERAÇÕES SOBRE MIL PARTOS \*

PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

Professor catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas (Rio de Janeiro).

Trazemos-lhes hoje algumas considerações sobre mil partos ocorridos na Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura. Vamos encará-los, sob diversos prismas:

- I — Índice de eficiência de trabalho;
- II — Variações raciais em ocorrências obstétricas;
- III — Particularidades de conduta.

I — O primeiro ponto a ser discutido — EFICIÊNCIA DO TRABALHO — refere-se à maneira pela qual é conduzida a assistência à gestante, à parturiente e à puerpera, tanto sob o ponto de vista obstétrico propriamente dito, como em relação à enfermagem e cuidados sociais.

Hoje nos contentaremos com a parte referente às parturientes e puérperas.

Podemos avaliar a eficiência do trabalho em uma Maternidade, pelo resultado da estatística na parte referente a diversas rubricas:

- a) incidência de mortalidade materna;
- b) mortalidade fetal e durante o parto;
- c) nati-mortalidade e neo-mortalidade por trauma;
- d) índice de intervenções obstétricas;
- e) índice de infecção puerperal e sua mortalidade;
- f) sobrevivência de prematuros saudáveis e viáveis.

a) *Mortalidade materna*. — A nossa estatística em 1.000 partos, revela a mortalidade materna de 0,5 %. Na realidade essa cifra é de 0,47 %, se levarmos em conta quarenta e cinco partos acrescidos até essa data (14-10-1942); baixará ainda a 0,41 % se computarmos todas as pacientes internadas.

\* Comunicação à "Sociedade Brasileira de Ginecologia", em 28 de Novembro de 1942.

Os casos de morte foram:

- 1.º) Eclampsia. Morte súbita antes do parto, quatro horas após o internamento. A paciente entrou para o Serviço às 11 horas da manhã, com os seus próprios pés, e às 15 horas era cadáver.
- 2.º) Eclampsia sem eclampsia, após o parto. A paciente apresentou certa agitação, paralisia, coma e morte, 10 horas depois. A autópsia revelou lesões típicas de eclampsia, acompanhadas de inundação ventricular.
- 3.º) Anestesia, síncope respiratória. A paciente estava sendo preparada para operação cesariana, quando, logo após anestesia raquiana, entra em síncope e falece. Durante o trabalho de parto, fizera analgesia pelo nembutal. Hipertensa — 16,5 x 11 cms. Edema alto. Cesariana post-mortem.
- 4.º) Narcose por balsofórmio, em operação cesariana — síncope respiratória no fim do ato cirúrgico. R. W. positiva. Todos os aparelhos normais.
- 5.º) Narcose por balsofórmio em cesariana — morte por atelectasia pulmonar, dois dias depois. Hipertensa — 15,5 x 9,5 cms. Todos os aparelhos normais.

Estamos resolvendo estes casos, praticando a cesariana com anestesia local.

Algumas estatísticas não contam como casos de morte de origem obstétrica, os determinados por acidentes de narcosé — fazem correção ou expurgo, não os levando em conta.

Se assim procedêssemos, a nossa taxa de mortalidade baixaria a 0,38 %, se expurgássemos somente o caso de síncope, antes de qualquer intervenção.

Nenhum outro caso de morte tivemos.

A taxa de mortalidade materna em outras clínicas do Rio de Janeiro gira em torno de 1 %; a mortalidade global da cidade em 1938, foi de 0,9 %.

Em 1937, a mortalidade em diversas clínicas cariocas foi a seguinte:

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Maternidade A. L. .... | 1,08 % |
| „ B. C. S. ....        | 1,05 % |
| „ C. M. P. ....        | 1,5 %  |
| „ D. S. C. ....        | 1 %    |
| „ E. H. ....           | 1,4 %  |
| „ F. M. C. ....        | 0,79 % |
| „ G. S. P. ....        | 12 %   |
| „ H. C. ....           | 4,8 %  |

Os melhores resultados da cidade são os da Maternidade do Hospital de São João Baptista da Lagôa — 0,35 % de mortalidade materna.

Não menciono outras estatísticas, porque se referem a pequeno número de partos; na nossa Maternidade, já observamos série de mais de 500 partos, sem óbito.

Nos Estados, a situação é a seguinte:

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1941 — Porto Alegre, em 2.243 partos .... | 44 mortes — 1,9 % |
| São Paulo .....                           | 0,64 %            |
| 1939 — Belo Horizonte (504 partos) ....   | 17 mortes — 3,3 % |
| 1940 — Recife (1.025 partos) .....        | 8 mortes — 0,78 % |

Infelizmente, poucas foram as maternidades que responderam ao nosso questionário.

No estrangeiro, a mortalidade materna global é:

|  |        |
|--|--------|
| Em Nova-York .....   | 0,67 % |
| Alemanha .....   | 0,51 % |
| Inglaterra .....   | 0,42 % |
| Escóssia .....   | 0,63 % |
| Holanda .....,   | 0,30 % |
| Hamburgo — Clínica Heynemann .....   | 0,24 % |
| Praga .....  | 0,38 % |
| Buenos Aires — 1931 — I. M. Prof. Peralta Ramos .....                                | 0,40 % |
| Estados Unidos .....   | 0,68 % |
| Chile .....  | 0,75 % |
| Espanha .....  | 0,48 % |
| Itália .....   | 0,28 % |
| Japão .....  | 0,34 % |
| Suiça .....  | 0,55 % |
| Austrália .....  | 0,50 % |
| Londres — East End Maternity — 7 centésimos por cento<br>(19.000 partos sem morte !) | 0,07 % |

O país em que mais baixa é a cifra de mortalidade materna, é a Holanda, cujas parteiras têm curso de três anos e trabalham em estreita colaboração com as maternidades, para onde são enviadas as parturientes com distócia em início. Médicos treinados resolvem os casos. Alimentação perfeita e facilidades de transporte completam as condições favoráveis.

A comparação aqui levada a efeito, peca pelo fato de se processar entre mortalidade geral de países e cidades, com mortalidade verificada em clínicas.

Aqui a mortalidade é sempre maior que ali; na zona rural ela é sempre menor que nas cidades.

O afluxo dos casos dificeis e maus para as clínicas, o fato de elas se encontrarem em meio rico de germes virulentos em hospitais gerais, são as causas explicadoras da diversidade de prognóstico em um e outro caso, apesar dos processos realizados pela obstetrícia. A tendência operatória nas clínicas, deve concorrer para o mesmo efeito, as parteiras são mais pacientes no esperar...

A comparação devia ser feita entre clínicas — difícil é porém, encontrar as respectivas estatísticas.

b, c) *Fetos mortos.* — Tivemos 64 fetos mortos. Destes, 22 morreram durante o trabalho, 20 foram neo-mortos e 22 mortos e macerados, incluindo estes, alguns mortos antes do trabalho, embora ainda não macerados.

Nos vinte e dois fetos mortos durante o trabalho, encontramos:

|   |   |
|---|---|
| Descolamento de placenta normo-inserida . . . . . | 5 |
| Internados já mortos . . . . .                    | 5 |
| Internado em sofrimento avançado . . . . .        | 1 |
| Prematuro em caso de nefrite materna . . . . .    | 1 |
| Prematuro estando a mãe com R. W. + . . . . .     | 1 |
| Embriotomias em feto morto . . . . .              | 3 |
| Versão e extração . . . . .                       | 4 |
| Fórceps — ruptura da foice do cérebro . . . . .   | 1 |
| Inserção viciosa de placenta . . . . .            | 1 |

Nos vinte casos de fetos neo-mortos, encontramos:

|  |    |
|--|----|
| Prematuro debil, parto espontâneo . . . . .  | 12 |
| Neo-morto a termo, parto espontâneo (causa ignorada, ruptura da tenda, hemorragia meningeana, meningocele) . . . . . | 4  |
| Cesariana post-mortem, feto reanimado e neo-morto . . . . .  | 1  |
| Partos de nádega, sendo um prematuro . . . . .   | 2  |
| Fórceps — morto quatro dias após . . . . .   | 1  |

A nossa cifra de mortos durante o trabalho e neo-mortos é pois de 4,2 %. A cifra de nati-mortalidade durante o trabalho é de 2,2 W. A maternidade, apenas poderia ser responsabilizada em 0,8 % de morte, se fôssemos muito rigorosos. A nossa cifra de nati-mortalidade global e neo-mortalidade é de 6,4 %.

A taxa de nati-mortalidade do Rio foi de 8,82 %, em 1938; a nossa foi de 4,4 %.

Nas clínicas cariocas, ela varia do seguinte modo:

|                                   |      |   |
|-----------------------------------|------|---|
| 1937 — Maternidade A. L. ....     | 7,8  | % |
| "      B. C. S. ....              | 7,6  | % |
| "      C. M. P. ....              | 3,7  | % |
| "      D. S. C. ....              | 6,4  | % |
| "      E. H. ....                 | 2,7  | % |
| "      F. C. M. ....              | 7,1  | % |
| "      G. S. P. ....              | 22,8 | % |
| "      H. C. ....                 | 18,8 | % |
| "      São João Baptista da Lagôa | 4,8  | % |

A menor cifra encontrada foi da Maternidade Hahnemanniana — 2,7 %.

Nos Estados, a taxa de nati-mortalidade é a seguinte:

|                                       |      |   |
|---------------------------------------|------|---|
| 1941 — Porto Alegre — clínica .....   | 3,5  | % |
| Recife — clínica .....                | 7,9  | % |
| 1939 — Belo Horizonte — clínica ..... | 16,4 | % |
| São Paulo — clínica .....             | 8,3  | % |

No estrangeiro, a cifra respectiva é a seguinte:

|   |       |   |
|---|-------|---|
| 1940 — Buenos Aires — clínica Canton (morte e<br>neo-mortalidade) ..... | 7,1   | % |
| Santiago do Chile — clínica (morte e<br>neo-mortalidade) .....          | 10,86 | % |
| Cidade de Buenos Aires (geral) .....                                    | 3,1   | % |
| Montevidéu .....  | 3,2   | % |
| Nova York (geral) .....   | 4,6   | % |
| Washington (geral) .....  | 3,4   | % |
| Lima (geral) .....  | 3,9   | % |

A cifra geral de nati-mortalidade do Rio de Janeiro é elevada — 8,82 %, cujas causas sociais, naturalmente se refletem sobre as estatísticas das clínicas.

Basta dizer que em 1.000 partos, defrontamos 365 prematuros — mais da terça parte !

Pensamos que a falta de repouso ante-parto, a intoxicação gravídica e a sífilis são as causas principais da nati-mortalidade.

O dia em que melhorarmos o padrão de vida, em que reduzirmos o pauperismo, esta, como outras cifras de mortalidade, serão reduzidas.

d) *Índice de intervenções obstétricas.* — Passemos agora ao estudo do "quantum" das intervenções obstétricas.

As nossas intervenções orçaram em 7,9 % dos partos.

Em outras maternidades do Rio elas foram:

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| 1937 — Maternidade A. L. .... | 7,1 %  |
| "      B. C. S. ....          | 3,8 %  |
| "      C. M. P. ....          | 7,8 %  |
| "      D. S. C. ....          | 18,5 % |
| "      E. H. I. ....          | 5,8 %  |
| "      S. O. B. L. ....       | 5,9 %  |
| "      F. H. C. M. ....       | 6,1 %  |
| "      G. P. S. ....          | 21,8 % |
| "      H. C. ....             | 15,4 % |

Nos Estados:

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Belo Horizonte ..... | 12 a 14,6 % |
| Recife .....         | 9,3 %       |
| Porto Alegre .....   | 2,4 %       |

O Dr. JAMES YOUNG, estudando as condições aplicáveis aos Estados Unidos e Inglaterra, através de relatórios sobre mortalidade e morbidade maternas, apresentadas ao Ministério de Saúde Pública da Inglaterra; relatório da cidade de Nova York, levado a efeito pela Academia de Medicina; e outros de Filadélfia e de cinco Estados americanos — chega, entre outras conclusões, que o parto em cerca de 10 % dos casos podem ser operatórios.

Alguns parteiros acham que apenas 4 a 6 % dos partos, devem ser operatórios.

Não é destituído de significação o fato das intervenções baixarem a nível ínfimo, em certas regiões, como na Suécia, 2 %; Dinamarca 4 %, e Holanda 1 % !

Contrastando com estes números, encontramos Nova York, com 20 % de intervenções! Nestes casos, a mortalidade materna atingiu a 10,5 por mil. Em algumas regiões da Inglaterra e País de Gales, em áreas industriais com serviço de assistência mal organizado, as intervenções atingiram mesmo a 50 % dos casos!

A taxa de 10 %, no máximo 12 %, não deve ser ultrapassada.

Conservamos o meio-termo, como se vê pela estatística.

e) *Mortalidade e morbidade puerperal.* — Nenhum caso tivemos de morte por infecção puerperal — 0 %.

Geralmente, a mortalidade materna corre por conta de infecção puerperal, intoxicação gravídica e hemorragia. São as causas mais frequentes; sobretudo a primeira, que serve mesmo de índice de eficiência das atividades hospitalares.

Em outras clínicas do Rio, a mortalidade por esta causa é a seguinte:

|             |       |        |
|-------------|-------|--------|
| I. S. B. L. | ..... | 0,07 % |
| A. L.       | ..... | 0,17 % |
| B. C. S.    | ..... | 0,25 % |
| C. M. P.    | ..... | 0,56 % |

Nos Estados:

|                        |       |        |
|------------------------|-------|--------|
| Porto Alegre (clínica) | ..... | 0,35 % |
| Recife (clínica)       | ..... | 0,19 % |
| Belo Horizonte         | ..... | 1,37 % |

No estrangeiro, a taxa é a seguinte:

|                      |       |        |
|----------------------|-------|--------|
| Viena                | ..... | 0,22 % |
| París (Cl. Pinard)   | ..... | 0,24 % |
| Munich               | ..... | 0,30 % |
| Rostock              | ..... | 0,44 % |
| John Hopkins         | ..... | 0,62 % |
| Hamburgo (clínica)   | ..... | 0,20 % |
| País de Gales        | ..... | 0,17 % |
| Inglaterra e Escócia | ..... | 0,20 % |

A *morbidade puerperal* se refere geralmente ao grau de incidência de infecção puerperal, mastite, pielite, etc.

Tivemos 44 casos de infecção puerperal nos 1.000 partos, sendo que me 14 casos verificaram-se exames internos fora da clínica.

Responsabilizamo-nos pois, somente por 30 casos — 3 % !

Nas outras clínicas do Rio, a percentagem é a seguinte:

|             |       |        |
|-------------|-------|--------|
| A. L.       | ..... | 1,3 %  |
| B. C. S.    | ..... | 1,67 % |
| C. M. P.    | ..... | 2,3 %  |
| S. I. B. L. | ..... | 0,77 % |

Consideramos no I. N. P. como de infecção puerperal, todos os casos em que a temperatura, excluindo a do primeiro dia, vai além de 38° por mais de 24 horas, apresentando a paciente sinais afirmativos de infecção e negativos de outros processos infectuosos.

Nos Estados, notamos as seguintes cifras:

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| Porto Alegre                              | ..... | 1,8 % |
| Recife (inclusos internatos já infect.)   | ..... | 6,4 % |
| Belo Horizonte (incl. intern. já infect.) | ..... | 8 %   |

No estrangeiro:

|                                      |      |   |
|--------------------------------------|------|---|
| John Hopkins (puerpério febril) .... | 7,2  | % |
| Clínica de BAR (París) .....         | 10   | % |
| Praga .....                          | 10,4 | % |
| Estrasburgo .....                    | 8,6  | % |

Tivemos ainda 124 casos de mastite, das quais apenas nove supuraram. Fissuras das mamilas — 84.

Todas as pacientes que passam pelo consultório pre-natal, são instruídas sobre cuidados fortalecedores dos tecidos das mamilas, de forma a poderem resistir ao trauma da amamentação. Após as mamadas, as mamilas são lavadas com solução de ácido bórico.

E' alta a incidência. Como mastite, são rotulados os casos acompanhados de pequena exacerbação térmica, associados a núcleos endurecidos e doloridos das mamas, com ou sem vermelhidão da pele.

Tivemos tambem 46 casos de pielites piréticas e apiréticas.

A taxa de incidência não se reduziu, como era de esperar, apesar da supressão do cateterismo vesical para colheita de urina, por ocasião do internamento.

f) *Sobrevivência de prematuros.* — Somente agora, inauguramos a secção de prematuros, com estufas aperfeiçoadas e pessoal habilitado. Ainda é cedo para tratarmos do assunto. Presentemente entre 365 prematuros perdemos 42, isto é, 11,5 %.

II — VARIAÇÕES RACIAIS EM OCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS. — O segundo ponto a ser tratado neste trabalho, se refere a influência racial em algumas ocorrências obstétricas, entre as quais sobressaem diversas manifestações de gestoses e rupturas perineais.

Os americanos já haviam feito observação igual à nossa, em relação à intoxicação gravídica.

No I. N. P. observamos grande e desproporcionalada incidência das diversas manifestações da gestose, na raça negra, apesar dela concorrer neste trabalho, somente em 32,4 % dos casos; ao passo que o contingente da raça branca é maior, atingindo a 28,6 %.

Assim é que em *edema alto*:

|               |    |
|---------------|----|
| brancas ..... | 29 |
| pardas .....  | 20 |
| pretas .....  | 43 |

*Edema baixo:*

|               |     |
|---------------|-----|
| brancas ..... | 200 |
| pardas .....  | 155 |
| pretas .....  | 177 |

*Albuminúrias:*

|               |    |
|---------------|----|
| brancas ..... | 34 |
| pardas .....  | 42 |
| pretas .....  | 59 |

*Hipertensão:*

|               |    |
|---------------|----|
| brancas ..... | 36 |
| pardas .....  | 28 |
| pretas .....  | 54 |

*Eclampsia:*

|               |   |
|---------------|---|
| brancas ..... | 2 |
| pardas .....  | 1 |
| pretas .....  | 8 |

Só há discordância em relação ao edema baixo, cujas causas podem ser diferentes das da gestose — um simples aumento da pressão venosa pode ocasioná-lo. Em todas as outras manifestações da toxicose, encontramos predominantemente elementos da raça negra.

Em relação à ruptura perineal, observamos:

- I grau: branca — 23; parda — 35; preta — 38.
- II grau: branca — 35; parda — 35; preta — 48.
- III grau: branca — 1; parda — 3; preta — 9.

Esta observação, embora original, não é nova — já a havíamos feito há muito, tendo mesmo publicado um trabalho nos Arquivos Brasileiros de Medicina, em Dezembro de 1917.

Compulsando então, papeletas da M. Laranjeiras, correspondentes a 8.710 partos, verificamos em todas as oportunidades — partos espontâneos e operatórios, de feto a termo e prematuros, em nulíparas e multíparas — que a ruptura perineal aumenta com o grau de pigmentação da pele; é mais frequente nos mulatos do que nos brancos, e mais ainda nos pretos do que nos mulatos.

O períneo das pretas se rompem como mata-borrão encharcado. Hoje, trazemos aqui a confirmação.

**III — PARTICULARIDADES DE CONDUTA.** — O terceiro ponto que desejamos versar, refere-se a particularidades de conduta e outros assuntos.

*Admissão.* — Em 1.000 partos, admitimos apenas 68 pacientes como gestantes. Isto denota a falta de repouso antes do parto, geralmente a mulher grávida trabalha até o dia da parturição.

Esta é uma das causas da quantidade assombrosa de prematuros, que a nossa estatística revela.

Não podemos internar gestantes, salvo as intoxicadas, doentes ou outras que por qualquer circunstância, precisam imperiosamente de cuidados da clínica.

E' consequência da falta de leitos nas maternidades — não podemos atender a todas as parturientes, quanto mais às gestantes com saúde.

*Lues.* — Em 758 internadas que fizeram R. W., 138 apresentaram-na positiva — 18,2 — cifra mais alta que as encontradas nos ambulatórios da antiga Divisão de Amparo à Maternidade e Infância.

Desses 138 casos, 57 terminaram o parto prematuramente e 9 deram fetos mortos — 41,3 % e 6,5 % respectivamente; ao passo que em 620 casos de R. W. negativa, a taxa de prematuridade atingiu a 32,5 % e a de mortalidade foi de 5,1 %.

*Edemas.* — 622 casos, dos quais 92 eram altos e 530 baixos, cifras que demonstram a frequência da ocorrência, quando bem pesquisada. Albuminúria 137. Hipertensão 118.

*Bolsa dágua.* — 524 rupturas precoces, das quais 333 vezes artificialmente. Não temos o respeito que outrora nos inspirava a bolsa dágua — desde que o colo esteja apagado e a dilatação tenha atingido a 3 dedos — rompemo-la.

As contrações, via-de-regra, se exacerbam e o trabalho de parto é acelerado, encurtando-se no tempo.

*Episiotomia.* — Praticamos esta pequena operação, sobretudo nas operações obstétricas e mesmo no parto natural, quando observamos demora demasiada no desprendimento — 9,5 %.

E' preferível praticá-la, sem abuso, é claro — do que receber fetos com lesões graves do sistema nervoso.

*Delivramento.* — Em 46 vezes foi manual. Fizemos além disso, 44 revisões internas. Morbidade mat. na revisão 13,6 %.

A revisão da cavidade é feita quando se nota falta de cotilédones placentares, ou grandes farrapos de membrana. E' seguida de irrigação abundante de água fervida, intra-uterina.

Devemos evitar a revisão tanto quanto possível. Havendo porém indicação para fazê-la, não devemos hesitar. Dessa forma, reduzimos o número de surtos febris e acidentes hemorrágicos.

E' racional e lógica a prudência de se não poluir a ferida placentar pelo dedos e mãos, conduzindo germes arrastados da vagina. Mas, as retenções acima referidas, representam perigo e facilitam, se bem que tardivamente, a migração de germes da vagina para o endométrio. Pelo menos, com membranas pendentes do colo, tal se verifica frequentemente.

Assim, desapareceu o tabú, que era a cavidade do útero logo após o delivramento.

*Distócia de SCHICKELÉ.* — Empregamos nesses casos e em todos aqueles em que a dilatação cervical é preguiçosa, clisteres de octinum em água, com os melhores resultados.

O colo costuma dilatar-se após os clisteres, com a maior facilidade. Considero mesmo esta forma de introdução da medicação, superior ao uso de supositórios, cuja absorção é mais lenta. Usamos igualmente a spasmalgine.

*Membranas.* — Em 374 vezes, podemos verificar que as membranas se romperam a menos de 10 cms. da borda placentar, denotando por conseguinte, inserção baixa da placenta.

Entretanto, apenas nove vezes, a inserção viciosa foi acompanhada de hemorragia. Por onde se vê, que a grande maioria desta ocorrência passa despercebida, pois só o fenômeno hemorrágico nos chama a atenção sobre ela.

*Fetos.* — 365 prematuros em 1.000 partos ! E' cifra muito elevada.

Após verificação feita em mais de 2.000 casos, dos quais se conhecia a data da última menstruação e a data do parto — consideramos prematuros o feto que apresentar peso inferior a 2.855 grs., menos de 9 cms. de bi-parietal e 48 1/2 cms. de comprimento. E' o critério que seguimos, quando ignoramos a data da última menstruação.

A frequência enorme de prematuridade só podemos explicar pelo critério diferente do peso, pela falta de repouso antes do parto, vindo em plano secundário a intoxicação gravídica e lues.

A lues concorreu com 57 prematuros; a albuminúria e hipertensão com 96. A mortalidade fetal alí foi de 6,5 %, e aquí de 22 %.

*Fórceps.* — Fizemos 42 aplicações (4,2 %), nas quais se verificaram 8 casos de morbidade materna e 4 de morte fetal. Na Clínica de HEYNEMANN, Hamburgo, a operação alcança a cifra de 2,5 %; assim também na Maternidade de York-Road e East Londer Hospital.

Nas clínicas italianas atingem a 5 %. No Johns Hopkins Hospital a taxa é de 9,77 %. No Hospital Pro-Matre 3,8 %. Em Porto Alegre 1,2 %.

*Versão e extração.* — Onze casos (1,1 %), morbidade materna — 3; morte fetal — 6.

Na clínica de HEYNEMANN, a taxa é de 0,62 %; na de Johns Hopkins — 2,6 %; Lying Hospital N. Y. — 2,3 %. No Hospital Pro-Matre — 1,2 %; S. João Baptista da Lagôa — 0,63 %. Em Recife — 0,48 %, com 1 feto morto. Em Porto Alegre — 8,9 %, resultando 11 fetos mortos.

*Cesárea.* — Vinte e quatro casos, sendo uma post-mortem e outra para retirada de agulha, que se havia quebrado e permanecido na cavidade uterina, ao se proceder interrupção da gravidez pelo método de ABUREL — 2,4 %.

Morbidade materna, seis; morte materna duas, pois, uma foi post-mortem; morte fetal, uma.

No Hospital Pro-Matre, a taxa desta operação é de 2,5 %; na maternidade de S. João Baptista da Lagôa — 1,9 %. Em Porto Alegre — 0,22 %. Recife — 0,78 %; Belo Horizonte — 3,1 %.

Na clínica de HEYNEMANN, em Hamburgo — 1,4 %; no Lying H. of New York — 3,4 %. No Johns Hopkins Hospital — 1,7 %; no Boston City — 3,8 %.

Não deve ir além de 4 % que acho demasiado.

*Embriotomias.* — Fizemos 5 embriotomias, das quais três foram cranioclasias, uma decapitação e uma basiotripsia em cabeça derradeira — 0,5 %.

Apenas um caso de morbidade materna.

No Hospital Pro-Matre, a taxa é de 0,4 %; na maternidade de S. João Baptista da Lagôa — 0,14 %; em Recife — 2,1 %; Belo Horizonte — 1,5 %.

*Grande extração.* — Oito casos (0,8 %), com duas mortes fetais e duas morbidades maternas.

*Eclampsia.* — Onze casos (1,1 %), com duas mortes maternas e duas mortes fetais.

A taxa de incidência é muito variável — oscila de 1 por 68 partos em primíparas, a 1 por 4.000 em multíparas.

A mortalidade é muito variável também, sobretudo varia com o método de tratamento.

A mortalidade materna em Nova York é de 23 %, e a fetal de 24 a 40 %.

No Hospital S. João Baptista da Lagôa a taxa foi de 3 em 1.423 casos; em Porto Alegre, de 12 em 2.243 partos, com 3 mortes maternas e cinco fetais; em Recife, 10 casos em 1.025 partos, sem morte materna e quatro mortes fetais; em Belo Horizonte, 7 em 594, sem morte materna e seis fetais, dos quais 4 provinham de gravidez gemelar.

*Descolamento prematuro de placenta normo-inserida.* — Tivemos nove casos, todos tratados sem recorrer a intervenção cirúrgica, com os melhores resultados, lançando-se mão de recursos meramente médicos, como preconizam DE SNOO e SALOMON.

*Perineorrafias.* — Foram feitas 323 perineorrafias, das quais se ignora o resultado de 20; das restantes, obtivemos resultado em 80 %, não pegando os pontos em 20 %.

Esperamos melhorar os nossos resultados no segundo milheiro, adotando novas medidas e aperfeiçoando a técnica dos assistentes.

Concitamos igualmente os colegas brasileiros a se esforçar no sentido de reduzir a mortalidade materna e fetal, a intensificar os trabalhos dos consultórios pre-natais, a estabelecer o serviço social

junto às maternidades, a se aprimorar no conhecimento da especialidade.

Convidamos a todos, a que publiquem as estatísticas dos seus serviços, pois a nossa literatura é lamentavelmente pobre de informações deste jaez.

No próximo milheiro, voltaremos ao assunto — eu ou um dos meus assistente.

### **Des considerations à propos de mil accouchements**

#### **Résumé**

Ayant atteint le premier millier d'accouchements à son service l'A. rehausse les faits suivants: la mortalité maternelle a été de 0,5 % (deux cas d'éclampsie et trois autres par anesthésie générale). A Rio de Janeiro la mortalité maternelle oscille alentour de 1 %. Aux états, les données continues oscillent de 0,64 % à 3,3 %.

La mortalité fœtale (natimortalité et mortalité néo-natale) a été de 6,4 %. Le chiffre pour Rio de Janeiro est de 8,82 %. Le taux de prématurité a été énorme dans son matériel, souligne l'A.; il a atteint 365 dans les mil cas.

Le pourcentage d'interventions obstétricales a été de 7,9 %.

Quant à la mortalité et à la morbidité puerpérales voici les données: infection puerpérale: 44 pour mil; mortalité dans ce groupe 0.

Parmi les prématurés la mortalité a atteint 11,5 %.

L'A. a pu vérifier que chez les nègresses l'éclampsie ainsi que la rupture du periné se montrent bien plus fréquentes que chez la race blanche.

### **Statistical analysis of one thousand deliveries**

#### **Summary**

The following points are reported from statistical analysis of the first thousand deliveries on the author's maternity department: maternal mortality rate was 0,5 per cent (two cases of eclampsia and three deaths from narcosis). Maternal mortality rate in Rio de Janeiro averages 1 per cent. In the different states of Brazil, according to known data, it oscillates from 0,64 to 3,3 per cent.

Fetal mortality rate (natimortality and neonatal mortality) was of 64 per cent. The incidence of fetal mortality for Rio de Janeiro is 8.82 per cent. Prematurity was high in this series, showing an incidence of 365 in one thousand deliveries.

Operative deliveries showed an incidence of 7.9 per cent. Regarding mortality and morbidity rates in puerperal infection, 4.4 per cent and puerperal mortality none. Among premature infants mortality rate was 11.5 per cent.

The author observed that eclampsia and perineal laceration were more frequent in the negro than among the white.

## 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 mecanismo da reanimação após asfixia. Reanimação com gás inerte, asfixiante, na asfixia adiantada. — BIRNHANM, G. L. e THOMPSON, S. A. ....                               | 67    |
| O emprego do dipropionato de estradiol no tratamento da dismenorréia essencial — STURGIS, S. H. e MEIGS, J. V. ....   | 68    |
| Fatores que influem sobre a incidência da tromboflebite post-operatória na cirurgia ginecológica — COUNSELLER, V. S. e MCKINNON, D. A. ....                                 | 69    |
| A eclampsia no "University Hospital" — PLASS, E. D. ....  | 70    |
| A radiumterapia nos condilomas da vulva — WALTERS, S. L. e HESSEL-TINE, H. C. ....  | 71    |
| Distócia das partes moles — GREENHILL, J. P. ....   | 72    |
| As causas da mortalidade fetal e neonatal — D'ESOPO, D. A. e MARCHETTI, A. A. ....  | 73    |
| A semelhança clínica do cisto de corpo amarelo com a gravidez ectópica — ISRAEL, S. L. ....   | 75    |
| Terapêutica estrogênica cíclica — PALMER, A. ....   | 76    |
| O emprego na rotina dos exercícios de bicicleta como profilaxia da tromboflebite post-operatória — KREBS, J. M. ....  | 77    |
| O emprego do mercurocromo para evitar cateterismos post-operatórios — JOHNSON, C. G. ....   | 79    |
| O emprego do dietilestilbestrol como hemostático na hemorragia uterina funcional. Dietilestilbestrol por via oral. — KENNETH CUYLER, W., HAMBLEN, E. C. e DAVIS, C. D. .... | 89    |

## ÍNDICE DOS RESUMOS

|   | Pags. |
|---|-------|
| <i>Justificativa da terapêutica estrogênica na dismenorréia funcional —</i><br>HIRST, D. V., HAMBLEN, E. C. e KENNETH CUYLER, W. .... | 81    |
| <i>O diagnóstico radiológico dos quistas dermóides do ovário —</i> AHUMADA,<br>J. C. e SARDI, J. L. ....                              | 81    |
| <i>A operação de Fothergill no tratamento do prolapsó genital —</i> BAZAN,<br>J. e ALTHABE, O. ....                                   | 83    |
| <i>Tecoma do ovário —</i> ARENAS, N., SAMARTINO, R., BLANCHARD, O.<br>e BETTINOTTI E., A. ....  | 84    |
| <i>Contribuição ao estudo e tratamento da dismenorréia. Metrotomia de<br/>Menge. —</i> SCHWARCZ, R. ....                              | 85    |
| <i>Exitos no tratamento cirúrgico da esterilidade —</i> THWAITES LASTRA, E.<br>e JAKOB, A. ....                                       | 86    |
| <i>Cisto do ovário complicando a gravidez —</i> ARGONZ, E. e SCHAFFER, B.   | 86    |
| <i>A cirurgia nas disfunções ovarianas —</i> MOLFINO, A. H. e DEL TOGNO, J.   | 88    |
| <i>Útero bicornio uni-cervical com sub-septação vaginal —</i> ZUCCOTTI, A. S.<br>e MALDONADO, U. A. ....                              | 88    |

## Exames de laboratório aplicados à clínica

Realizados pelos Drs. Nelson de Castro Barbosa e  
J. L. Guimarães Ferreira

**Rua S. José, 85 - 5.<sup>o</sup> and. - Sala 514**

(EDIFÍCIO CANDELARIA)

Tel. 42 - 7089

**CHAMADOS A QUALQUER HORA**

estados patológicos outros que não o condicional para a intervenção cirúrgica.

No primeiro grupo incuiram as pacientes portadoras de veias varicosas (com uma incidência de tromboflebite post-operatória de 23,3 %) e as obesas (tromboflebite em 6,2 %).

O segundo grupo compreendia as pacientes portadoras de endometriose, apresentando uma percentagem de 5,9 % para a tromboflebite.

As pacientes anêmicas, cuja taxa de hemoglobina era igual ou inferior a 70 %, constituiram o terceiro grupo. Entre estas a incidência da tromboflebite foi de 15 %.

Os estados infeciosos coexistentes quando da operação favorecem o aparecimento da tromboflebite em 4,7 % dos casos.

Quanto às pacientes anêmicas, nada se sabe de definitivo sobre o papel da transfusão sanguínea como coadjuтор no aparecimento da tromboflebite post-operatória. No entretanto, os A.A. acham que esta possível influência deve ser relegada a segundo plano em virtude da sua importância no tratamento das anêmicas operadas ou operandas.

Entre as 1.497 pacientes operadas em ótimas condições gerais a tromboflebite sobreveiu em 2,5 %.

Quanto às 276 restantes, entre as 146 que não receberam tratamento profilático a tromboflebite ocorreu em 4,1 % ao passo que entre as 130 que o receberam a percentagem foi apenas de 2,3 %.

Dada a incidência maior da tromboflebite nos membros inferiores (75 %), o tratamento profilático constou de elevação das pernas e aplicação constante de calor seco após a intervenção cirúrgica. — G. D. V.

## THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

**A eclampsia no "University Hospital"** (*Eclampsia at the University Hospital*) — PLASS, E. D. — (J. A. M. A., 11 Julho 1942, Vol. 119, N.º 11, pag. 872).

Durante um período de 16 anos (1926-1942) foram observados 80 casos de eclampsia no Hospital da Universidade de Iowa. Dessas pacientes, 37 foram admitidas já em estado de convulsão e 43 vieram a ter eclampsia depois de internamento no Hospital. Destas últimas apenas 13 foram internadas por toxemia.

A eclampsia é encarada, diz o A., como uma condição médica e o tratamento decorre desse conceito. A essência do tratamento gira em torno da observação clínica de que as eclâmpicas em geral não têm convulsão enquanto o número de movimentos respiratórios

se mantêm abaixo de 14 a 16 por minuto. Daí a dedução de que existe uma relação entre as trocas respiratórias e os acessos convulsivos. Uma sedação intensa era, por conseguinte, empregada, regulando-se a dosagem apenas pelo efeito produzido sobre a média dos movimentos respiratórios, os quais eram reduzidos a 12 por minuto tão rapidamente quanto possível. A droga mais comumente empregada era a morfina na dose de 0,016 gr. a 0,44 gr. O hidrato de cloral, o sulfato de magnésio e vários barbitúricos foram empregados como medicação complementar em alguns casos. Todas essas drogas são depressoras da respiração.

O A. estuda ainda a incidência da mortalidade materna, a sobrevida fetal, e a influência dos fatores paridade, idade, febre e choque na evolução da eclampsia.

São as seguintes as suas conclusões:

Em uma série de 80 casos de eclampsia tratados medicamente houve 7 mortes. Quanto mais elevada a idade e a paridade menos favorável é o prognóstico.

A mortalidade fetal foi de 46,3 %. Excluindo-se todas as crianças pre-viaveis, pesando menos de 1.500 grs., fica reduzida a 33 % à média de mortalidade fetal e infantil.

As mortes maternas atribuíveis a toxemia ocorreram somente em mulheres com convulsões ante-parto e intra-parto, que foram transportadas de grandes distâncias até o Hospital e chegaram em estado de choque ou em colapso circulatório.

A eclampsia é um problema médico que é melhor combatido pela sedação e tentativas de provocar a diurese.

A doente eclámptica deve ser molestada o menos possível.

O tratamento em domicílio ou próximo ao domicílio é preferível a um longo transporte até o Hospital, o que conduz frequentemente a um colapso circulatório. — O. S. L.

**A radiumterapia nos condilomas da vulva** (*Radium therapy for vulvar condylomas*) — WALTERS, S. L. e HESSELTINE, H. CLOSE — (J. A. M. A., 11 Julho 1942, Vol. 119, N.º 11, pag. 874).

A remoção total de condilomas acuminados da vulva e vagina e uma perfeita proteção contra a reincidência são problemas que se apresentam frequentemente ao ginecologista e ao obstetra. O atual tratamento pela excisão, cauterização e similares não é satisfatório, em consequência dos riscos de sérias perdas de sangue, de cicatrizações extensas e pela incapacidade temporária que acarreta.

Para julgar da ação do radium sobre o condiloma acuminado os A.A. o aplicaram em 11 casos, que foram observados durante um longo período.

NÚMERO  
EM  
HOMENAGEM  
AO  
PROF. CLOVIS CORRÊA DA COSTA

## 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. |
|---|-------|
| <i>Metaplasia e carcinoma nos polipos cervicais</i> — MEYER, J. ....  | 163   |
| <i>Tumores de células da granulosa do ovário</i> — HARRIS, W. H. ....   | 164   |
| <i>Significação obstétrica dos barbitúricos e da vitamina K</i> — FITZGERALD,<br>J. E. e WEBSTER, A. ....                                 | 164   |
| <i>A eficiência terapêutica dos esteres de dietilestilbestrol</i> — FREED, S. C.,<br>EISIN, W. M. e GREENHILL, J. P. ....                 | 165   |
| <i>A ameaça do carcinoma ovariano "silencioso"</i> — CROSSEN, H. S. ....  | 166   |
| <i>O problema da tuberculose não suspeitada na gravidez</i> — EISELE, C. W.,<br>TUCKER, W. B., VINES, R. e BALTY, J. L. ....              | 167   |
| <i>Os progressos na miomectomia</i> — RUBIN, I. C. ....   | 168   |
| <i>Fontes de erro na verificação da ovulação</i> — KROHN, L., HARRIS, J. e<br>HECHTER, O. ....  | 169   |
| <i>Tricomoniasis vaginal</i> — TRUSSELL, R. E. e WILSON, M. E. ....   | 170   |
| <i>O diagnóstico e tratamento do carcinoma do corpo uterino baseados em ex-<br/>periências no "Woman's Hospital"</i> — GRAY WARD, G. .... | 171   |
| <i>A ectopia renal como causa de erros de diagnóstico ginecológico</i> — BAZ-<br>TERRICA, E. e MONZO, O. R. ....                          | 173   |
| <i>Câncer primitivo da vagina</i> — BOVERI, J. L. e MORELO, F. S. ....  | 174   |
| <i>Considerações a propósito de uma observação de gravidez extra-uterina<br/>rôta</i> — GURRUCHAGA, J. V. ....                            | 175   |
| <i>Tratamento das fistulas vésico-vaginais</i> — BENGOLEA, A. J. ....   | 176   |
| <i>Tratamento médico de algumas enfermidades cirúrgicas e ginecológicas</i> —<br>ROJAS, E. S. ....  | 177   |
| <i>Esterilidade feminina. Sugestões para o estudo clínico da mulher estéril</i> —<br>GUERRERO, C. D. ....                                 | 178   |

## TRABALHOS ORIGINAIS

### CANCER PRIMITIVO DA VAGINA EM MULHER JOVEM

DR. PAULO BARROS

Livre-docente de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Perdem foros de raridade os cânceres vaginais e dentre esses o câncer primitivo. A literatura nacional e estrangeira, dá-nos conhecimentos de vários casos observados. A exploração clínica atenta, cuidadosa, as biópsias de lesões apenas suspeitas, surpreendem essas neoplasias que até hoje eram rotuladas de raridades. Não há dúvida que o câncer vaginal primitivo, em relação às demais neoplasias que se desenvolvem no restante do aparelho genital feminino, é muito menos frequente. O mesmo já não se dá com o câncer secundário, metastático, cuja frequência é muito superior, e dele não cogitaremos.

Dentre muitos autores, M. CORNAT dá uma proporção elevada de 4,5 % de cânceres vaginais, em relação com os de outra sede no aparelho genital. Para o substituto de nosso pranteado mestre e amigo Prof. H. POUHEY, o Prof. POU ORFILA, dá apenas 2 % de neoplasia primitiva da vagina, do total dos cânceres genitais femininos. LABHARDT encontrou 2,8 % de carcinomas primitivos da vagina em 620 casos, num período de 20 anos; proporção idêntica nos é referida por W. SCHAW. No tratado de CUTLER e BUSCHKE lê-se a percentagem de 2 % para os cânceres primitivos da vagina, dos cânceres genitais. MEIGS, do Massachusetts Hospital, conta com 11 casos, não precisando sua identificação como primitivo ou secundário. Entre os autores antigos, Pozzi, em 1894, 2 casos em 475 doentes de câncer genital. GURTL, em 59.600 autópsias de mulhe-

## 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.

|  |     |
|--|-----|
| <i>Observações clínicas e experimentais sobre o emprego dos extratos de corpo lúteo em Obstetrícia</i> — FALLS, F. H., REZEK, G. H. e BENEN-SOHN, S. J. .... | 237 |
| <i>O estado atual da histerectomia vaginal</i> — BLAIN, A. W. ....   | 238 |
| <i>Ação economizadora da histerectomia em relação ao hormônio estrogênico</i> — HECKEL, G. P. ....   | 239 |
| <i>Uma análise dos métodos na pesquisa do câncer</i> — MURPHY, J. B. ....  | 240 |
| <i>Dermafite esfoliativa consequente ao dietilestilbestrol</i> — KASSELBERG, L. A. ....  | 240 |
| <i>Fibromas experimentais e a ação anti-fibromatogênica de hormônios esteróis</i> — LIPSCHÜTZ, A. ....   | 241 |
| <i>Adenomiose da trompa de Falópio</i> — WRORK, D. H. e BRODERS, A. C. ....  | 242 |
| <i>Dosagem do pregnandiol em ginecologia e obstetrícia</i> — HAMBLEN, E. C., CUYLER, W. K. e BAPTIST, M. ....  | 243 |
| <i>Experiências clínicas em relação com a excreção dos estrogênios</i> — SMITH, G. V. S., SMITH, O. W. e SCHILLER, S. ....                                   | 245 |
| <i>O diagnóstico histopatológico do endométrio atípico</i> — MANN, B., MERANZE, D. R. e GOLUB, L. J. ....  | 246 |
| <i>O emprego e a potência dos estrogênios sintéticos</i> — GREENHILL, J. P. ....   | 247 |
| <i>Erros no tratamento e conduta diante dos casos de carcinoma da cervix</i> — DIDDLE, A. W. ....  | 249 |
| <i>Algumas proibições no tratamento do carcinoma do corpo</i> — DE COSTA, E. J. ....   | 249 |
| <i>Eritroblastose fetal e outras manifestações de iso-imunização</i> — LEVINE, P. ....   | 250 |
| <i>Os problemas da adolescência</i> — ALLEN, E. ....   | 251 |

## ÍNDICE DOS RESUMOS

|  | Pags. |
|--|-------|
| <i>Administração sub-lingual de dietilestilbestrol; estudo comparativo das vias de introdução.</i> — CASTRODALE, D., LOEFFEL, E. e MAC BRYDE, C. | 252   |
| <i>Tratamento da amenorréia com dietilestilbestrol e gonadotropina coriônica</i> — GLARS, J. S. ....   | 253   |
| <i>O trânsito gastro-intestinal no recém-nascido saudável</i> — HENDERSON, S. G. ....  | 254   |
| <i>Microcefalia decorrente de irradiação pélvica materna para interrupção de gravidez</i> — MURPHY, D. P., SHIRLOCK, M. E. e DOLL, E. A. ....    | 255   |
| <i>Sobre um novo caso de tuberculose do colo uterino</i> — MASSON, C. A. e CUCCHISI, H. ....   | 256   |
| <i>Ruptura espontânea do útero durante a gestação</i> — LASTRA, E. T. e BREA, A. H. ....   | 257   |
| <i>A gravidez e parto na primípara de mais de 40 anos</i> — ECHEVARRIA, R. ....  | 258   |
| <i>Novo dispositivo para extração de estrogênios e androgênios da urina</i> — RAICES, A. E. ....   | 259   |
| <i>Conduta terapêutica diante da apendicite aguda no curso da gravidez</i> — BALDI, E. U. ....   | 259   |
| <i>Tratamento da retenção de urina no post-operatório das grandes intervenções pelvianas</i> — BAZTERRICA, E. e POCH, A. J. ....                 | 260   |
| <i>Histerectomia total e sub-total</i> — ALVAREZ, H. e TOBLER, G. ....   | 261   |

## Exames de laboratório aplicados à clínica

Realizados pelos Drs. Nelson de Castro Barbosa e  
J. L. Guimarães Ferreira

**Rua S. José, 85 - 5.<sup>º</sup> and. - Sala 514**  
(EDIFÍCIO CANDELARIA)

Tel. 42-7089

**CHAMADOS A QUALQUER HORA**

**A gravidez e parto na primípara de mais de 40 anos (El embarazo y parto en la primípara de mas de 40 años) — ECHEVERRIA, RAMON — (Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires, Set. 1942, Tomo XXI, N.º 8, pag. 489).**

O trabalho apresentado, pela sua importância merece a atenção dos obstetras, pois focaliza o problema da primiparidade tardia, assunto que há muito preocupa os especialistas.

As opiniões, se foram contrádитórias, atualmente são acordes no que se refere à evolução e ao prognóstico.

Como causas que perturbam a evolução do parto, encontramos a inércia uterina, por degeneração de sua fibra contratil e a menor elasticidade dos tecidos frouxos que formam o canal do parto; o cóccix, perdendo a sua mobilidade, poderia ser dado como obstáculo à passagem do feto.

A distócia no secundamento seria igualmente causada pela inércia uterina.

O trabalho do A. está baseado em 98 partos de primíparas idosas, isto é, dos 40 aos 45 anos, internadas no Instituto de Maternidade U. Fernandez, no período de 30 anos (1912 a 1941) num total de 29.710 partos.

Faz o A. a análise dos casos que teve ocasião de observar, chamando a atenção como deve agir o obstetra, de acordo com as anomalias e enfermidades que são observadas, como também a distócia que pode surgir.

Mostra quantas vezes teve que intervir cirurgicamente e as causas que a motivaram, e em seguida dá a estatística das causas das mortalidades materna e fetal.

Diz que se deve concluir que a evolução do estado puerperal na primípara maior de 40 anos, tem as características seguintes: "A intoxicação gravídica é muito mais frequente na gravidez como resultado provável de uma maior labilidade dos órgãos nobres; o parto evoluciona muito mais lentamente por inércia uterina e maior resistência do canal do parto à passagem do feto; observa-se também maior número de distócias do secundamento pela mesma inércia uterina."

Devido ao exposto, está justificado o número de intervenções cirúrgicas e obstétricas, o que ocasiona o aumento da mortalidade materna e frequência da mortalidade fetal.

O que se deve concluir é que os cuidados durante a gravidez devem ser maiores e as medidas higiênicas rigorosas.

Faz ainda algumas considerações para terminar, dizendo: quando a primiparidade tardia se acha ao lado de outras complicações, como más apresentações, pelve estreita, tumores, sofrimento fetal etc., constituindo distócia completa, a operação cesária terá perfeita e completa indicação. — A. F. S.

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES**

**Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES**

**Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS**

**Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL**

**Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES**

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alkindar Soares

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dra. Cineria Fernandes

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

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 - Maciê

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 VIII

Abril de 1943

Vol. 15 — N.º 4

## SUMÁRIO

### TRABALHOS ORIGINAIS

Pags.

|  |     |
|--|-----|
| Tumor de Brenner da variedade cística — PROF. DR. C. LORDY e<br>DR. J. M. DE CAMARGO ..... | 263 |
| Adenoacantoma do corpo do útero — DR. SYLLA O. MATTOS e<br>DR. CARLOS DA SILVA MELLO ..... | 273 |

### LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

|  |     |
|--|-----|
| Serviço social nas maternidades—PROF. CLOVIS CORRÉA DA COSTA | 285 |
|--|-----|

### EDITORIAL

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Fatores de disruptão abdominal ..... | 301 |
|--------------------------------------|-----|

### NOTAS E COMENTÁRIOS

|  |     |
|--|-----|
| Colégio Brasileiro de Cirurgiões .....   | 305 |
| Comemorando o Centenário do "Contágio da Infecção Puerperal" de<br>Oliver Wendell Holmes .....   | 306 |
| Curso de aperfeiçoamento obstétrico-ginecológico no "Instituto de Ma-<br>ternidad y Asistencia Social Prof. U. Fernandez" (Hospital T.<br>de Alvear) ..... | 306 |
| Sobre a homenagem ao Prof. Clovis Corrêa .....   | 307 |
| "II Semana Paulista-Carioca de Ginecologia e Obstetricia" .....  | 307 |
| Curso de Traumatologia de Guerra na Universidade do Brasil .....   | 308 |
| Reunião do Colégio Internacional de Cirurgiões ("International College<br>of Surgeons") .....  | 308 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|   |     |
|---|-----|
| Anais do "Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia"<br>— PROF. ARNALDO DE MORAES (Presidente) ..... | 309 |
| Clinica Obstétrica — JAIME MORAGUES BERNAT .....  | 312 |
| Archivos de la Clínica Obstétrica y Ginecológica "Eliseo Canton" —<br>PROF. JOSUE' A. BERUTI (Diretor) .....          | 313 |
| Quimicduras, fisiopatología e tratamiento — MOTTA MAIA .....  | 314 |

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

## "Obstetricia y Ginecologia Latino-Americanas"

### Diretores

ALBERTO PERALTA RAMOS  
JUAN CARLOS AHUMADA  
MANUEL LUIS PEREZ

Assinatura anual ..... 20 pesos argentinos

Calle José E. Uriburu 1578

BUENOS AIRES — ARGENTINA

## 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. |
|--|-------|
| <i>Os vasos sanguíneos da pelve feminina em relação com a cirurgia ginecológica</i> — CURTIS, A. H., ANSON, B. J., ASHLEY, F. L. e JONES T.    | 315   |
| <i>O mecanismo do parto nas posições transversas de vertex</i> — STEELE, K. R. e JAVERT, C. T. ....  | 316   |
| <i>A vitamina E na profilaxia de "abruptio placentae"</i> — SHUTE, E. ....   | 317   |
| <i>Tratamento do carcinoma cervical pela irradiação intersticial</i> — TEAHAN, R. W., WAMMOCK, H. e WEATHERWAX, J. ....                        | 318   |
| <i>O papel da inseminação artificial no tratamento da esterilidade</i> — GUTTMACHER, A. F. ....  | 319   |
| <i>Proteinúria na toxemia gravídica</i> — DIECKMANN, W. J. e KRAMER, S. ....   | 321   |
| <i>Relações dos hormônios com as toxemias gravídicas</i> — TAYLOR, H. C. ....  | 321   |
| <i>Classificação e relações médicas da hipertensão albuminúrica da gravidez</i> — TILLMAN, A. J. B. ....                                       | 322   |
| <i>Técnica detalhada de anestesia local modificada na operação cesária</i> — BECK, A. C. ....  | 324   |
| <i>Os fatores etiológicos e patológicos em uma série de 1.741 fibromiomas do útero</i> — TORPIN, R., PUND, E. e PEEPLES, W. J. ....            | 325   |
| <i>Eclampsia e prenhez ovariana</i> — PRIDE, C. B., MORGANTOWN, W. V. e RUCKER, M. P. ....   | 326   |
| <i>Modificações do trato genital feminino durante o puerpério provocadas pelo tratamento com os hormônios sexuais</i> — RUTHERFORD, R. N. .... | 327   |
| <i>Experiências clínicas relativas à excreção dos estrogênios</i> — SMITH, G. V. S., SMITH, O. W. e SCHILLER, S. ....                          | 329   |
| <i>Usos e abusos da terapêutica radiológica em Obstetrícia e Ginecologia</i> — TRAUT, H. F. ....   | 330   |
| <i>Estudo sobre a nutrição na gravidez</i> — WILLIAMS, P. F. e FRALIN, F. G. ....  | 332   |
| <i>Libido na mulher</i> — TORPIN, R. ....  | 333   |
| <i>Problemas da cesariana</i> — WATERS, E. G. ....   | 333   |
| <i>Tratamento da pielonefrite das grávidas</i> — ROSE, D. K. ....  | 335   |
| <i>As sulfonamidas em obstetrícia e ginecologia</i> — FLETCHER, P. F. ....   | 336   |
| <i>Outras experiências com dietilestilbestrol</i> — FUERSTNER, P. G. ....  | 338   |
| <i>Determinação clínica da excreção do pregnanediol</i> — WOOSTER, H. ....   | 339   |
| <i>Os efeitos imediatos da implantação de estrogênios</i> — PINEDA, R. ....  | 340   |

## ÍNDICE DOS RESUMOS

|   | Pags. |
|---|-------|
| <i>Retopatias actinogenéticas — AHUMADA, J. C. e CHEVALIER, R. H. ....</i>  | 340   |
| <i>Contribuição ao estudo da motilidade uterina humana "in vivo" (Síntese do trabalho original) — PECORONE, R. A. ....</i>            | 342   |
| <i>O possível efeito hormonal do endométrio sobre o ovário de animais histerectomizados — BORRAS, P. E. ....</i>                      | 343   |
| <i>Distócia por neuroma prévio — DUVERGES, C. J. ....</i>   | 344   |
| <i>Corioepitelioma com reação de Friedman negativa — BENZADON, J. e PICENA, J. P. ....</i>  | 345   |
| <i>Sobre um novo caso de corioepitelioma perfurante do útero com inundação hemorrágica intra-peritoneal — PECORONE, R. A. ....</i>    | 346   |
| <i>Endometriose do ligamento redondo post-ligamentopexia de Doleris-Caballero — BARALDI, A. ....</i>                                  | 347   |
| <i>Papiloema hiperqueratósico pruriginoso dos órgãos genitais externos femininos — IRAETA, A. e OBLIGLIO, J. R. ....</i>              | 347   |
| <i>Alergia do catgut e produção de aderências. Estudo experimental e clínico. VACCARO, H. e CABEZAS, J. V. ....</i>                   | 348   |
| <i>A proteção perineal no parto. Relaxamento do períneo. A episiotomia. A assistência ao parto: Problema social. — LANDA, E. ....</i> | 350   |

## Exames de laboratório aplicados à clínica

Realizados pelos Drs. Nelson de Castro Barbosa e  
J. L. Guimarães Ferreira

**Rua S. José, 85 - 5.<sup>o</sup> and. - Sala 514**

(EDIFÍCIO CANDELÁRIA)

Tel. 42 - 7089

**CHAMADOS A QUALQUER HORA**

Os vasos vesicais e uretéricos acompanham o uretério. As artérias vesicais são numerosas, abrindo-se em leque quando atingem a superfície superior da bexiga. Partindo de sua origem hipogástrica passam sucessivamente sob os tecidos espessos dos ligamentos cardinais e largos e a fascia endo-pélvica que cobre a bexiga. Constituem um extrato intermediário de vasos na pelve.

Os vasos útero-vaginais acham-se colocados superiormente na pelve. Encontram-se alojados num septo especial — o ligamento largo, particularmente em sua parte basal, onde o paramétrio se torna contínuo. Os vasos uterinos formam verdadeiro pedículo.

Os vasos hemorroidários constituem o terceiro grupo, mais inferior. Descem até o nível do canal anal pelo tecido fino subseroso que se encontra sobre o sacro e o diafragma pélvico. Não se encontram em relação com os ligamentos e fascias que envolvem útero e bexiga.

Acham os A.A. que, cirurgicamente, deve se dar grande importância aos vasos sanguíneos no suporte viscerai, particularmente às veias. — *A. M.*

### O mecanismo do parto nas posições transversas de vertex

(*The Mechanism of Labor for transverse Positions of the Vertex*) — STEELE, KYLE R. e JAVERT, CARL T. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Out. 1942, Vol. 75, N.º 4, pag. 477).

Inicialmente os A.A. acentuam a controvérsia que durante os últimos duzentos anos o mecanismo do parto vem despertando. O conceito de mecanismo normal do parto desde o tempo de BAUDELOCQUE e NAEGELE estabelece a insinuação nos diâmetros oblíquos da pelve. No XX século a física e a técnica trouxeram grande contribuição ao assunto, representada pelo emprego dos raios de ROENTGEN na percepção visual do mecanismo do parto *in vivo*. Verificou-se logo que as posições transversas da cabeça (O.E.T. e O.D.T.) eram muito mais frequentes, tanto nos andares superior como médio da escavação.

Os A.A. acham que os seguintes pontos merecem atenção no particular: 1) mecanismo do parto, inclusive posição, ação de alavanca, rotação interna mercê da percepção visual no estereoscópio; 2) percepção visual da arquitetura pélvica no estereoscópio e por comparação dos vários diâmetros; 3) relação céfalo-pélvica visualizada no estereoscópio; 4) pelvimetria-estereoscópica e com escalas isométricas em filmes frontais e laterais; 5) cefalometria.

Em seu estudo empregaram uma técnica radiográfica "combinada" que usam desde 1938 e que consiste em tomar dois filmes frontais do estreito superior que são vistos ao estereoscópio, como descreveram CALDWELL, MOLOY e D'ESOPO e um filme similar lateral isométrico como descreve THOMS.

O trabalho baseia-se no estudo feito em 1.300 pacientes. Acham os A.A. que a técnica "combinada" provê meios satisfatórios, não somente para a classificação arquitetural pélvica, mas também para a percepção visual da relação céfalo-pélvica. Os A.A. chegaram à conclusão que a insinuação se faz no diâmetro transverso em 63 por cento dos casos, o restante se fazendo no diâmetro ântero-posterior ou nos oblíquos.

Pelos estudos estereoscópicos verificaram os A.A. que o mecanismo do parto se faz pelos seguintes movimentos: Posição transversa e assinclitismo posterior no estreito superior, flexão lateral para trás, flexão ordinária, insinuação e descida no diâmetro transverso, assinclitismo anterior no meio da pelve, flexão lateral para diante, rotação interna, depois descida, desprendimento, extensão e expulsão. Estes fatos observados *in vivo*, estereoscopicamente, receberam confirmação patológica das primeiras investigações nos cortes congelados de cadáveres de mulheres mortas em trabalho.

Insinuações nas variedades anterior e transversal devem ser olhadas como ótimas, enquanto que as posições posteriores devem ser tidas como péssimas, pelas razões relativas às ações de alavanca e de rotação interna.

A dextro-rotação do útero deve facilitar a rotação interna das posições esquerdas e impedir a rotação nas posições do lado direito.  
— A. M.

**A vitamina E na profilaxia de "abruptio placentae"** (*Vitamin E in the Prophylaxis of Abruptio Placentae*) — SHUTE, EVAN — (*Surg., Gyn. and Gyn.*, Out. 1942, Vol. 75, N.º 4, pag. 515).

O A. chama a atenção para o significado de pequenas áreas de sensibilidade uterina de que as doentes se queixam no começo da gravidez e que atribue a áreas de descolamento placentário. Diz que os obstetras frequentemente ignoram o fato. Atribuem-no sumariamente mais tarde a aderências, movimentos do feto, distensão intestinal e até nos quadros mais graves a apendicite, se tal ocorre no quadrante direito inferior do ventre. Lembra que, no diagnóstico diferencial se deve ter em conta ser a dor apendical na gravidez pâra-uterina e a sensibilidade do destacamento placentário ser uterina.

O A. atribuiu desde os seus primeiros estudos, a dor uterina a uma deficiência em vitamina E, a qual poderia sempre ser eliminada pela ministracão desse elemento. Estudos posteriores verificaram que é do desequilíbrio vitamina E e excesso de estrogênios que resultam o aborto espontâneo e a *abruptio placentae* desde os casos de média gravidez até aos severos. Quando o estudo desse equi-

## AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Técnica detalhada de anestesia local modificada na operação cesária (Detailed Technique of a modified local Anesthesia for Cesarean Section) — BECK, ALFRED C. — (Am. J. Obst. and Gynec., Out. 1942, Vol. 44, N.º 4, pag. 558).**

O A. diz que há vinte anos vêm sendo praticadas operações cesarianas com anestesia local, no "Long Island College Hospital". Inicialmente muito poucas o eram com sucesso, pois, frequentemente, a anestesia era mais vocal do que local, pois a doente gritava fortemente, sendo necessário distrair-lhe a atenção com uma conversa adequada. Por suas grandes vantagens, contudo, persistiram no propósito, sendo obtida uma técnica vantajosa que agora é usada como rotina.

Na impossibilidade de empregar drogas para diminuir a ansiedade da paciente, por seus efeitos prejudiciais sobre o feto, somente usam o pantopon, associado à escopolamina, depois do início do ato cirúrgico e pouco antes da retirada da criança.

O anestésico empregado é a procaína, em 3 soluções. A primeira que consiste em 50 cc. de solução de 1/2 por cento sem adrenalina, é usada para a infiltração dos tecidos intradérmico e subcutâneo, que anestesia o sítio da incisão. A solução segunda era preparada juntando 1 cc. de sol. milesimal de adrenalina a 200 cc. de solução a 1 %. Esta solução a 1 por cento de procaína e 1-200.000 de adrenalina é somente usada para o bloqueio profundo dos nervos o que é feito na vizinhança das linhas semi-lunares do bordo externo dos músculos retos. O bloqueio dos nervos antes da emissão de seus ramos terminais, faz com que se dê a anestesia de toda a espessura da parede abdominal da pele ao peritônio. A solução terceira é feita de 50 cc. de sol. a 1/2 por cento de procaína a qual se acresce 1/4 de cc. de sol. milesimal de adrenalina. Esta solução é empregada para infiltrar o peritônio de cada lado da bexiga e sobre a parte inferior do útero. Se outras picadas são necessárias, no decorrer da operação, é esta a solução usada. Também é empregada a mesma no fechar do peritônio, sendo desnecessário injeções adicionais na aponevrose e na pele.

E' fato conhecido que a adição da adrenalina prolonga a ação do anestésico. Seu efeito, contudo, é um pouco diferente do que se deve esperar. HIRSCHFELDER e BIETER mostraram que 16,6 minutos de anestesia produzidos pela procaína podem ser prolongados para 83 minutos, se se adiciona 1-50.000 de adrenalina e a 89,2 minutos diluindo a solução de adrenalina a 1-200.000. O maior prolongamento da anestesia e o menor perigo de sintomas tóxicos pode ser obtido pelo uso da solução a 1-200.000.

O trabalho é acompanhado por esquemas muito elucidativos.

Depois de apontar as vantagens decorrentes da anestesia local, diz que as únicas desvantagens decorrem da maior demora do ato cirúrgico, da necessidade de uma manipulação mais cuidadosa dos tecidos e da demonstração da paciência do operador. "Com prática isso pode ser facilmente dominado e a satisfação da realização recompensará então o cirurgião por sua perseverança". — A. M.

**Os fatores etiológicos e patológicos em uma série de 1.741 fibromiomas do útero** (*The etiologic and pathologic factors in a series of 1.741 fibromyomas of the uterus*) — TORPIN, R., PUND, E. e PEEPLES, W. J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Outubro 1942, Vol. 44, N.º 4, pag. 569).

A literatura dos últimos dez anos destaca em relação aos fibromiomas do útero, a etiologia, especialmente em relação aos hormônios da reprodução. Um dos primeiros a escrever sobre este assunto foi MOENCH, que, em 1929, sugeriu a influência do hormônio sexual feminino sobre o desenvolvimento dos tumores, baseado na observação de que os tumores só se desenvolviam durante a fase sexual e reprodutora ativa da mulher.

Esta teoria foi muito ampliada por WITHERSPOON, de 1933 a 1935, que lhe deu ampla divulgação, atribuindo habilmente o fator causal ao hormônio estrogênico. O principal fato em que se baseava era a associação da hiperplasia do endométrio com os fibromiomas, cuja incidência observou ser alta, de 55 % dos casos. LIGHT, em 100 casos só encontrou hiperplasia em 17 % e REIS em 18 %. BOWERS, em um estudo de 476 casos, verificou hiperplasia do endométrio em 11 % dos casos. BREWER e JONES só a encontraram em 1 % de 100 casos cuidadosamente estudados. HENDERSON encontrou a hiperplasia do endométrio do tipo de queijo suíço em 6,5 % dos úteros de 727 pacientes com fibromiomas.

Esta variedade de percentagens de hiperplasia coincidente pode ser devida a diferentes critérios sobre o que seja hiperplasia, uma entidade apenas recentemente largamente introduzida no estudo patológico. Além disso, a interpretação patológica do endométrio pode variar com a fase do ciclo no momento da retirada.

São descritas pelos A.A. as experiências e as tentativas para demonstrar a influência dos estrogênios na produção dos fibromiomas.

O presente estudo abrange 1.741 fibromiomas e os processos patológicos associados encontrados durante a operação durante os últimos 20 anos.

A incidência de fibromiomas em mulheres pretas foi de três vezes e um terço àquela verificada em mulheres brancas. Sessenta por cento das mulheres apresentaram tumores menores de 5 cms.

**Libido na mulher** (*Sexual libido in the Female*) — TORPIN, RICHARD — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Out. 1942, Vol. 44, N.<sup>o</sup> 4, pag. 658).

O A. diz que muitas das neuroses e males de que se queixam as mulheres podem ser atribuídos a relações sexuais insatisfatórias. A mulher sem desejo sexual, a não ser que se valha de fingimento ou de outros encantos, frequentemente vê suas relações maritais res-tringidas. Frequentemente o médico também considera essa queixa sem valor. Depois de estudar as causas de ausência da libido e mostrar que ela é a resultante de uma complexa função em que componentes de ordem psicológica, anatômica, neurológica, sentimental e hormonal desempenham enorme papel, diz que o componente hormonal não tem merecido a devida atenção.

Após descrição de alguns casos observados, diz que a progesterona pode ser empregada para diminuir a excessiva libido e os androgênios quando convenientemente administrados, aumentam o bem-estar da paciente, assim como sua libido. Acha que os melhores resultados são obtidos com os implantes sendo a dosagem de 100 miligamas a ideal. Implantes de propionato de testosterona, implantados sub-aponevroticamente são capazes de prover contínuo e prolongado efeito fisiológico. Não há receio de virilização até doses 4 vezes maiores (400 miligrs.).

O conhecimento destes fatos constitue base para tratamento. As tendências para psicoses do tipo ninfomaníaco, as neuroses, as insatisfações da mulher frígida, os problemas das incompatibilidades do casal, são passíveis da hormonoterapia, diz o A. Muito pode ser feito nos indivíduos atormentados pela falta ou excesso de libido. Tal poder se encontra, como acentua o A., nas mãos do médico.  
— A. M.

## WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Problemas da cesariana** (*Cesarean Section Problems*) — WATERS, E. G. — (*W. J. Surg., Obst. and Gynec.*, Out. 1942, Vol. 50, N.<sup>o</sup> 10, pag. 512).

São considerados os problemas atuais da questão da cesariana, que representa a maneira de dar à luz, em cada 25.<sup>a</sup> a 32.<sup>a</sup> mulher grávida hospitalizada.

Com relação aos resultados, mortalidade, etc. deve sempre ser considerado todo o país e não apenas algumas clínicas escolhidas.

Um dos problemas mais prementes da questão é a indicação para a intervenção. Não existe propriamente dito um teste para o

trabalho de parto. A radiografia não resolve o problema porque só informa sobre o fator da estrutura óssea em caso de desproporção entre cabeça do feto e pelve, que é a causa mais frequente da cesariana.

Nos casos limites é tão frequente a passagem do feto que não pode haver, praticamente, indicação para a operação nas primíparas. O A. descreve um caso ilustrativo neste sentido.

Os casos de placenta prévia devem ser operados sempre que não exista facilidade de resolver o caso por via vaginal (multiparas com dilatação rápida e placenta prévia parcial). Entre 341 casos de placenta prévia, 237 foram resolvidos por via vaginal com duas mortes (0,58 %) ao passo que os restantes 104 sofreram a cesariana, sem um único caso de morte.

Nos casos de desprendimento precoce da placenta há lugar para discussão sobre a necessidade da cesariana. Os casos leves não necessitam esta intervenção ao passo que em casos de choque e anemia com a cérvix comprida e conservada há vantagem de fazer a cesariana, acompanhada de bom preparo pre-operatório, transfusão de sangue e sob anestesia de curta duração. Uma estatística de 236 casos deste gênero mostra a vantagem deste procedimento quando se respeita as contra-indicações acima mencionadas.

A cesariana preventiva deve ser executada nos casos em que foi executada anteriormente uma cesariana clássica, porque o perigo da ruptura no início do trabalho de parto é considerável. Se a cesariana foi feita no segmento inferior, transversal e com boa cobertura, pode ser esperado um parto posterior por via vaginal nos casos indicados.

As doenças do coração nunca são indicação para a cesariana. O tratamento médico é o essencial nestes casos, devendo-se deixar de lado a cirurgia o mais possível.

Fibromas não representam indicação para operações durante a gravidez nem para a cesariana à termo.

A apresentação de nádegas em primíparas tão pouco é indicação para a cesariana, salvo se a causa da anomalia for uma desproporção feto-pélvica.

Fixada a indicação para a cesariana, há necessidade de escolher entre a cesariana clássica alta ou baixa, a cesariana transperitoneal no segmento inferior, a operação transperitoneal com exclusão e a cesariana extra-peritoneal verdadeira. As intervenções clássicas devem ser abandonadas uma vez por todas porque causam a maior mortalidade e, entre as numerosas complicações, a ruptura uterina posterior em grande número de casos. A melhor intervenção para os casos limpos é a operação no segmento inferior, sendo preferível a incisão transversal. A cesariana extra-peritoneal abrange o grupo das variações da via supra-vesical e da via para-vesical. O maior interesse que tem surgido ultimamente em torno da cesariana extra-

peritoneal mostra o descontentamento com as operações mutilantes. O A. relata 286 casos de cesarianas extra-peritoneais com 4 mortes.

Considerando bem as indicações, melhorando o preparo pré-operatório e a anestesia, sendo rigoroso na assepsia, treinando bem a técnica e empregando a quimioterapia não haverá maior mortalidade para as cesarianas do que para as outras intervenções abdominais. Não devemos aceitar a caracterização da cesariana como sendo a mais perigosa deste grupo. — J. P. R.

---

**Tratamento da pielonefrite das grávidas** (*Treatment of Pyelonephritis of Pregnancy*) — ROSE, D. K. — (*W. J. Surg., Obst. and Gynec.*, Out. 1942, Vol. 50, N.º 10, pag. 518).

No tratamento da pielonefrite das grávidas deve ser considerado se a infecção ocorreu antes, durante ou depois da gravidez. Há muitos fatores que complicam o quadro infeccioso (malformações, constrições, etc.) e que devem ser respeitados no tratamento médico que deve ser baseado na fisiologia, bacteriologia e patologia.

Uma pielonefrite antiga que exacerba com a gravidez deve ser tratada com drogas bacteriocidas (sulfonamidas e ácido mandélico) que, porém, são contra-indicadas nos casos de mucosa hiperplásica, concreções, tumores ou estase crônica da urina, que exigem o cateterismo.

As carúnculas são o resultado e não a causa dum a infecção urinária e encontram-se frequentemente associadas com uretrocele, cistocèle ou retocele.

Antes que o urologista efetue algum tratamento local na uretra, prejudicada com o parto, deve haver reparação do assoalho pélvico e vesical.

O tratamento da pielonefrite que começa durante ou logo depois do parto, tem mais importância de ponto de vista preventivo. Deve ser evitada toda estagnação da urina e evitada a irritação local por drogas, cateteres e cistoscópios. Uma infecção provocada por estas manipulações se propaga facilmente para os rins. A profilaxia melhor é evitar todo cateterismo da bexiga puerperal não infectada.

A retenção de urina no puerpério pode ser do tipo puerperal propriamente dito, com alta pressão intra-vesical e pouca sensação na uretra. O cateterismo nestes casos é perigoso. O outro tipo de retenção é o chamado post-operatório com a sensação normal e baixa pressão intra-vesical. O cateterismo, nestes casos, não representa maior perigo. Finalmente há o tipo mixto que está entre o puerperal e o post-operatório. — J. P. R.

---

## GACETA MEDICA DE MEXICO

**A proteção perineal no parto. Relaxamento do períneo. A episiotomia. A assistência ao parto: Problema social.**  
*(La protección perineal en el parto. Relajamientos del períneo. La episiotomía. La asistencia del parto: Problema social.) — LANDA, EVERARDO — (Gaceta Médica de México, Outubro 1942, Tomo 72, N.º 5, pag. 517).*

Após alguns interessantes comentários sobre trabalhos que leu, de alguns deles publicando trechos, sobre se se deve ou não proteger o períneo; se se deve ou não praticar a episiotomia, apresenta o A. noções sobre o que deve constituir a chamada proteção do períneo:

Como princípio geral, não comprimir o períneo e sim deter simplesmente a cabeça, durante a dôr, com o fim de que não faça romper os tecidos moles caso seja subitamente expulsada. Porém essa compressão não deve prejudicar a progressão normal do movel e sim torná-la "controlada", para que seja aproveitada a elasticidade da vagina, vulva e períneo. Tendo esses princípios em consideração, a proteção começará quando a cabeça aflorar à vulva. A detenção se fará com um ou dois dedos e depois com toda a mão. Investigar se o lábio anterior do colo, edemaciado, se opõe à descida do feto. Investigar o grau de flexão da cabeça, melhor buscando a proeminência occipital; esta já havendo passado o arco pubiano, evitar que a mulher faça demasiada força e proceder à extração dos parietais, um após outro, em assinclitismo, ajudada por pequena força da paciente, num período de repouso uterino.

Ao finalizar-se o desprendimento, a cabeça terminando de deflexionar-se, a cara distende o períneo e deve-se empurrar a cabeça contra o arco pubiano e dirigir a retração do períneo.

Em resumo, diz o A., flexão suficiente, flexão dirigida e consequente extração ou liberação durante a pausa uterina.

Vem depois o desprendimento biaxial.

Se há, porém, iminência de ruptura ou esta se inicia, ou há distócia vulvo-perineal, dispõe-se do recurso sumamente prático: a episiotomia.

O A. prefere a incisão diagonal, a 1 ou 2 cms. da linha média, em direção ao ísquio, com tesoura, durante a contração. Episiorrafia logo após o parto anexial; catgut, e ágrafos na pele.

Termina o A. considerando o problema social da assistência ao parto no México, entregue a parteiras sem preparo, e as dificuldades existentes afim de solucioná-lo. — C. A.

## TRABALHOS ORIGINAIS

### HISTERECTOMIA MÊNSTRUO-CONSERVADORA \*

**Conceito. Detalhes de técnica. Resultados tardios.**

**DR. LICINIO HOEPPNER DUTRA**

Da 1.<sup>a</sup> Clinica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa de S. Paulo  
(Serviço do Dr. Ayres Netto). Ginecologista do Hospital  
Santa Cruz e da Policlínica de S. Paulo.

Na sessão de 1.<sup>o</sup> de Julho de 1938, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, tivemos a oportunidade, juntamente com o Dr. MOURA AZEVEDO FILHO, de apresentar a descrição de uma nova técnica de histerectomia para o tratamento dos nódulos fibromatosos múltiplos e do fibromioma do útero. Ela tem em mira a conservação da sinergia funcional endométrio-ovariana e a manutenção integral da secreção hormonal dos órgãos genitais que, em última análise, se exterioriza pela conservação do ritmo menstrual. Nessa comunicação, à guisa de "*nota prévia*", prometemos, oportunamente, voltar a esta Sociedade com nova comunicação, depois de reunir maior número de observações, para *relatar os resultados*, não só imediatos que eram bons, mas, principalmente, os *posteriores*. E' o que fazemos agora com esta memória, escrita em homenagem ao nosso ilustre colega e companheiro de Serviço, Dr. MOURA AZEVEDO FILHO que abre vaga de Sócio Titular desta dourta Sociedade, por haver passado a Sócio Emérito.

O nosso primeiro trabalho, publicado sob o título de "Histerectomia fúnídica nos fibromiomas uterinos" na "Revista de Obstetrícia e Ginecologia de S. Paulo", vol. III, Fev. 1939, Fase. V, pag. 275-294, foi tambem comunicado à "Septima Semana de Experiencia Quirurgica Chilena", realizada em Santiago (Chile), em

\* Memória apresentada à "Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo", em 15 de Outubro de 1942, para concorrer a vaga de "Sócio Titular", secção de Cirurgia Geral, para a qual foi eleito.

## 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. |
|---|-------|
| Pan-histerectomia abdominal de rotina — MARTZLOFF, K. H. ....   | 421   |
| Observações sobre o desenvolvimento da conformação pélvica — MORTON, D. G. ....   | 422   |
| O sulfato de morfina como analgésico obstétrico — MENGERT, W. F. ....   | 423   |
| Emprego do sapo africano unguiculado ( <i>Xenopus Laevis Daudin</i> ) para o diagnóstico rápido da gravidez — WEISMAN, A. I., SNYDER, A. F. e COATES, C. W. ....        | 423   |
| Anestesia local em obstetrícia e ginecologia — GREENHILL, J. P. ....  | 424   |
| Síndrome caracterizada por ginecomastia — KLINEFELTER JR., H. F., RIEFENSTERIR JR., E. C. e ALBRIGHT, F. ....   | 425   |
| Tratamento estrogênico do acne — LAWRENCE, C. H. e WERTHESSEN, N. T. ....   | 425   |
| O objetivo e o valor do tratamento radioterápico pre e post-operatório, no carcinoma da mama. — PFAHLER, G. E. ....   | 426   |
| Miometrectomia — CIRIO, C. R. ....  | 427   |
| O papel de um novo fórceps na mortalidade — LABRECK, F. A. ....   | 427   |
| Carcinoma do colo uterino associado à gravidez — RICHMAN, S. e GOODFRIEND, M. J. ....   | 428   |
| Indução ao aborto e ao parto por via transparietal uterina — BRÉA, A. M. ....   | 428   |
| Classificação dos tumores do ovário — PAOLA, G. DI ....   | 429   |
| O prolapsus útero-vaginal. Seu tratamento cirúrgico. — BORRAS, P. E. ....   | 430   |
| A clínica das anemias no estado grávido-puerperal — BERNAT, J. M., SUAREZ, C. A. e CETRANGOLO, J. M. ....   | 431   |
| O diagnóstico e o tratamento das anemias no estado grávido-puerperal — BERNAT, J. M., SUAREZ, C. A. e GALLEGOS, R. ....   | 432   |
| Complicações urinárias nas afecções ginecológicas — BAZTERRICA, E. e MOLINA, S. V. ....   | 433   |
| Considerações acerca de um caso de mama sangrante — PUNTEL, A. e QUIHILLABORDA, J. ....   | 434   |
| A cistografia no diagnóstico da placentia prévia — ALVIS, R. B., MARINO DONATO, V. e MASSALIN, D. ....  | 434   |
| Anemia perniciosa da gravidez — MATULA, S. e CHIARELLA, E. A. ....  | 434   |
| Hiperemese gravídica e glândulas suprarrenais — OBIGLIO, J. R. ....   | 435   |
| Como abordar os genitais femininos — TARADA, A. ....  | 435   |
| Considerações sobre a histerossalpingografia — VILLANUEVA, B. ....  | 436   |
| Uma técnica para o tratamento cirúrgico do prolapsus vaginal total na mulher histerectomizada — GUERRERO, C. A. ....  | 436   |
| A histerografia da mulher estéril — GUERRERO, C. A. ....  | 437   |
| Parto médico (parto dirigido) — AGUERO, O. ....   | 438   |
| Hematocolpo por imperfuração himenial — MOJOLI, A. e SARROCA, J. L. ....  | 439   |
| A ruptura prematura espontânea das membranas ovulares. Sua frequência. Evolução da gravidez e parto. Prognóstico materno e fetal. — DI GUGLIELMO, L. e PEPE, A. L. .... | 440   |

**Miometrectomia (Miometrectomía)** — CIRIO, CARLOS R. — (*The J. of the Intern. Coll. of Surgeons*, Nov.-Dez. 1942, Vol. V, N.<sup>o</sup> 6, pag. 477).

Recorda o A. a técnica da miometrectomia. A miometrectomia consegue, à custa da ressecção do miométrio mural, a maior redução possível do corpo uterino, seja como operação típica e regulamentada, seja como tempo operatório, após as miomectomias, histerectomias sub-totais altas e amputações parciais do corpo, deixando em seu lugar superfície tão ampla de endométrio como nenhuma outra técnica pode fazê-lo.

Esse esvaziamento miometrial, ao mesmo tempo que evita as sequelas anatômicas e funcionais a que é exposta a permanência de um corpo volumoso, permite fazer exploração mais completa e extirpação dos pequenos nódulos que, de outro modo, poderiam ficar ignorados.

A conservação, pelo modo que foi exposto, de uma vasta superfície endometrial, não só permite continuar normalmente a menstruação, que é de valor incalculável para o psiquismo da paciente jovem, como também, pelo seu caráter de glândula de secreção interna, evitará as alterações anatômicas e funcionais dos ovários, visto que poderão seguir atuando sinergicamente com ele. — C. A.

---

**O papel de um novo fórceps na mortalidade** (*The rôle of a new obstetric delivery forceps in mortality*) — LABRECK, FRANK A. — (*The J. of the Intern. Coll. of Surgeons*, Nov.-Dez. 1942, Vol. V, N.<sup>o</sup> 6, pag. 514).

Apresenta o A. um novo tipo de fórceps e suas vantagens.

As vantagens desse fórceps são, principalmente, ser ele de aplicação mais fácil que o de SIMPSON porque os ramos são mais finos. Quando está colocado em posição e articulado, enquanto se faz tração, a cabeça fica livre para flexionar-se, estender-se ou rodar, progredindo com facilidade ao longo do canal pélvico. Os movimentos da cabeça através do canal pelvi-genital se fazem mais fáceis por seu intermédio. Reduz a pressão dos ramos a um grau mínimo e a distribue com igualdade a todas as partes do canal pélvico enquanto se traciona. A conexão rígida entre a cabeça do feto e a mão do parteiro se elimina, pois a cabeça pode estender-se, flexionar ou rodar segundo o requeiram as curvas do canal pélvico.

O fórceps está construído de um modo simples para dar-lhe maior segurança e assepsia em seu emprego, e além disso possue as qualidades de um fórceps de eixo de tração.

Uma só aplicação basta para rodar a cabeça de uma posição occipital posterior à anterior, ou viceversa, diminuindo assim as probabilidades de infecção e traumatismo para a mãe e o feto.

O parafuso com orifícios no ramo direito permite que o operador abra ou feche os ramos de acordo com o tamanho da cabeça fetal, após o que os ramos permanecem juntos e fechados. Elimina a possibilidade de que a cabeça volte à sua posição original, pois não há necessidade de retirar o fórceps para aplicá-lo novamente, durante a rotação. Os ramos podem articular-se, com as colheres sobre a cabeça, pela simples rotação do ramo externo, para a direita ou para a esquerda, de um quarto de círculo. — C. A.

---

## THE AMERICAN JOURNAL OF ROENTGENOLOGY AND RADIUM THERAPY

**Carcinoma do colo uterino associado à gravidez** (*Cancer of the cervix uteri associated with pregnancy*) — RICHMAN, S. e GOODFRIEND, M. J. — (*The Amer. J. of Roentgenology and radiumtherapy*, Nov. 1942, Vol. 48, N.º 5, pag. 677).

São apresentados pelos A.A. quatro casos de carcinoma do colo uterino associado à gravidez. Um deles era um adenoma, clinicamente maligno. Em uma das pacientes houve nítido aumento do carcinoma durante a gestação.

Duas pacientes tiveram partos normais, espontâneos, sem complicações. Todas as quatro receberam irradiação terapêutica. Três delas sobreviveram mais de 5 anos, uma das quais com carcinoma recurrente.

Baseados sobre estudo dos casos apresentados na literatura e dos casos pessoais, sugerem conselhos para o tratamento do carcinoma do colo uterino concomitante à gravidez, analisando os vários procedimentos quando no primeiro trimestre, no segundo e no terceiro e durante o post-parto. — C. A.

---

## BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRÍCIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

**Indução ao aborto e ao parto por via transparietal uterina**  
(*Inducción al aborto y al parto por via transparietal uterina*) — BRÉA, ANGEL M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Nov. 1942, Tomo XXI, N.º 12, pag. 624).

Designado como relator oficial de Obstetrícia em 1942, o A. estuda os métodos de interrupção da gravidez por via transparietal, desde JOULIN em 1863, que empregava substâncias tóxicas (atropina, estricnina), até BOERO em 1935 e ABUREL de Jassy em 1937.

**REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
DE CARACAS (Venezuela)**

**Parto médico (parto dirigido)** — AGUERO, OSCAR — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, 1942, Ano 2, Tomo 2, Ns. 2-3, pag. 43).

O A. explana com abundância de detalhes, o assunto. Depois de estudar a contração uterina, não só sob o ponto de vista fisiológico como patológico, passa a fazer um relato completo da sua história, e em seguida, após definí-lo, assinala as diferenças entre o parto médico e o dirigido, citando suas indicações e a técnica a seguir.

Definindo o parto médico diz que o mesmo consiste na aplicação de um certo meio, destinado a acelerar o trabalho do parto ou a torná-lo normal; segundo o conceito de KREIS. Segundo ele, estes meios são: 1.º) Ruptura precoce artificial da membrana; 2.º) administração sistemática de medicamentos anti-espasmódicos; e segundo VORÓN e PIGEAUD mais um 3.º) administração de medicação ocitóica. Ao tratar da diferenciação entre parto médico e parto dirigido, cita numerosas considerações de VORÓN e PIGEAUD, que vêm defender o ponto de vista da denominação parto dirigido, e logo passa a relatar considerações de KREIS que vêm a favor do termo parto médico, sem no entretanto definir sua opinião pessoal quanto a qual dos termos prefere.

Estuda as indicações do parto médico e dirigido de acordo com KREIS, nas distócias de contração, no estreitamento pélvico, na ruptura prematura das membranas e no desprendimento prematuro da placenta.

Quanto à técnica diz que de acordo com KREIS a primeira e primordial condição para que seja o método empregado é que a mulher esteja em franco trabalho de parto. Após, continua o A. discutindo o critério exato para estabelecer o início do trabalho do parto, referindo-se ao estudo de M. RITALA. Diz que KREIS propõe para isso a histerografia externa e a chamada "Prova da Spasmalgina" ou "Prova de KREIS", sendo que esta última é por sua vez meio diagnóstico e terapêutico. Em seguida descreve a técnica seguida, mostrando a divergência existente entre KREIS e seus discípulos e VORÓN e PIGEAUD e seus colaboradores, pois enquanto o primeiro aconselha a ruptura com qualquer dilatação do colo, os últimos só o fazem quando esta alcança 4 cc.

Quanto às inconveniências do parto médico cita observações do Prof. BERUTI e Dr. JUAN LÉON nas quais foram verificadas retracções uterinas após ruptura da bolsa com 3 cc. de dilatação.

O Dr. JUAN LÉON cita também 2 casos de síndrome de SCHICKELÉ consecutiva à ruptura artificial prévia das membranas.

Conclue o A., em vista destas 4 observações, que o parto médico só deve ser empregado em meio especializado, capaz de resolver qualquer situação que se apresente.

Terminando, o A. declara que num total de 205 partos, somente em 2 não aplicou o método KREIS e conclue que:

- 1.º) O parto médico encurta realmente o trabalho.
- 2.º) Sua eficácia é às vezes notável nas primigestas; obtendo-se, quando se o aplica no começo do trabalho, partos de 5 ou 6 horas de duração.
- 3.º) O parto rápido da multípara, mais ainda se acelera.
- 4.º) O parto médico, acalmando as dores patológicas, contribui ao alívio ainda maior dos sofrimentos.
- 5.º) Bastam 1, 2 ou 3 doses de anti-espasmódicos, na maioria dos casos, para se obter o parto.
- 6.º) Não se produzem efeitos nocivos no feto.
- 7.º) A percentagem elevada de morbidade materna em nossos casos, cremos não possa ser considerado como uma repulsa ao parto médico, pelas razões já ditas, e além disso pelo reduzido número de observações.
- 8.º) Concorda com VORÓN e PIGEAUD, que só deva ser aplicado por *obstetra* e em meio especializado. — R. S.

---

## ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

**Hematocolpo por imperfuração himeneal** (*Hematocolpo por imperforación himeneal*) — MOJOLI, ANIBAL e SARROCA, JOAQUIM L. — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Nov. 1942, Tomo XXI, N.º 5, pag. 559).

Apresenta-se à consulta uma jovem de 16 anos de idade, por amenorréia primitiva. Chama a atenção seu ventre globoso como se tivera gravidez de 7 ou 8 meses; não apresenta, porém, outros sinais da mesma. A palpação do ventre revela massa tumoral tensa, renitente, a 3 dedos transversos abaixo da cicatriz umbilical, indolor à pressão, móvel, sem batimentos. No exame genital é logo notada a imperfuração do hímen que se acha bombeado fortemente para fora.

Interrogada sobre seus antecedentes genitais conta que até a data atual jamais tivera menstruação, pelo que vinha à consulta, cousa que não fizera antes por não sentir nenhum incômodo, a não ser o crescimento do ventre.

Feito facilmente o diagnóstico, sob anestesia local foi incisada a membrana himeneal de considerável espessura, endurecida, deixando escoar líquido xaroposo de cor e aspecto de chocolate, sem cheiro.

Colocado um tubo de drenagem, esta se faz durante uns 8 dias, sendo recolhido 5 litros e 200 grs. O exame bacteriológico do líquido é negativo.

Desde essa ocasião passou a ser menstruada regular e periodicamente, sem transtorno de espécie alguma. — C. A.

## REVISTA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DE SÃO PAULO

**A ruptura prematura espontânea das membranas ovulares. Sua frequência. Evolução da gravidez e parto. Prognóstico materno e fetal.** (*La rotura prematura espontanea de las membranas ovulares. Su frequencia. Evolución del embarazo y parto. Prognóstico materno y fetal*) — DI GUGLIELMO, LORENZO e PEPE, ANTONIO L. — (*Rev. de Obst. e Ginec. de S. Paulo* (Brasil), Out. a Dez. 1942, Vol. VI, Fasc. II, pag. 7).

Trata-se de um trabalho do Instituto de Maternidade e Assistência Social, do Hospital T. Alvear, de Buenos Aires, sob a direção do eminentíssimo Prof. M. L. PEREZ em que os A.A. chegaram às seguintes conclusões.

1) Em 25.000 partos a ruptura prematura das membranas ovulares se apresentou com uma percentagem de 4,98 % correspondendo nas primíparas a 2,42 % e nas multíparas a 2,56 %. 2) As apresentações viciosas, o estreitamento da pelve, a inserção baixa da placenta, a gravidez múltipla e o hidrâmnio contribuem em conjunto na etiologia com 47,03 %. 3) Nos partos espontâneos a ruptura prematura das membranas ovulares não é causa por si só de prolongamento do parto tanto nas primíparas como nas multíparas. A distócia de contração é a verdadeira responsável do prolongamento do trabalho de parto. 4) As intervenções obstétricas acham-se em relação direta com as complicações que se conjugam com a ruptura prematura: má dinâmica uterina e apresentações viciosas. 5) A ruptura prematura das membranas ovulares é causa de infecção ovular e puerperal e predispõe à retenção das membranas no secundamento. Quanto ao feto: o sofrimento por obstáculo ao intercâmbio feto-materno, a asfixia por contrações espásticas, a maior probabilidade de procedências do cordão e membros atentam contra sua sobrevida. 6) Por último, fazemos nossas as palavras de GAI-FAMI: "ficamos agarrados a nosso modo de pensar — ainda quando possa parecer antiquado — de que a ruptura prematura das membranas ovulares é um prejuízo quando não se segue rapidamente o parto: prejuízo para o feto, prejuízo para a puérpera." — C. A.

# ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Redatores — Dr. RODOLPHO MARQUES DA CUNHA e  
Dr. A. VESPASIANO RAMOS

Secretaria de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

## COLABORADORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alkindar Soares

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dra. Cineria Fernandes

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. João Paulo Rieper

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 começaráo 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 VIII

Junho de 1943

Vol. 15 — N.º 6

## SUMÁRIO

Pags.

### TRABALHOS ORIGINAIS

|   |     |
|---|-----|
| El valor de los signos radiológicos para el diagnóstico de la muerte fetal intrauterina — DR. JACOB ROSENVASSER ..... | 441 |
| A colposcopia no diagnóstico do câncer uterino — DR. A. VESPASIANO RAMOS .....  | 453 |
| Cesárea e esterilização devidas a antiga amputação do colo — DR. HENRIQUE DUKE .....                                  | 463 |

### LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

|   |     |
|---|-----|
| Teste de Frank (Para o diagnóstico precoce da gravidez) — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES ..... | 467 |
|---|-----|

### EDITORIAL

|  |     |
|--|-----|
| Tumores malignos após radioterapia uterina ..... | 477 |
|--|-----|

### NOTAS E COMENTARIOS

|  |     |
|--|-----|
| Atenções da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina                     | 480 |
| Conferência do Dr. Alvaro A. Salles na "Associação Paulista de Medicina" .....         | 482 |
| Técnico de Laboratório da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina ..... | 483 |

### LIVROS E PUBLICAÇÕES

|  |     |
|--|-----|
| Hormônio do corpo amarelo — FRANCISCO BERGAMIN .....   | 484 |
| Novo método para o diagnóstico da gravidez baseado na determinação química do hormônio gonadotrópico da urina — MARIA ISABEL MELLO ..... | 485 |
| "Aprendi com meus filhos. Criar e Educar." — MARY B. LEE .....   | 486 |

### RESUMOS

(Ver índice próprio).

### NAS CONVALESCÊNCIAS:

## SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituente - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR



Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

# CESÁREA E ESTERILIZAÇÃO DEVIDAS A ANTIGA AMPUTAÇÃO DO COLO \*

DR. HENRIQUE DUEK

Rio de Janeiro

Vejamos o resumo da nossa observação:

*Identificação* — A. T. M., 27 anos, parda, casada, doméstica, procurou a nossa Clínica particular em Novembro de 1941.

*Antecedentes mórbidos hereditários* — Não são de interesse para a nossa observação.

*Antecedentes pessoais* — Nasceu a termo e de parto normal. Menarca aos 13 anos, 3 dias, sem cólicas. Menstruações ulteriores regulares em T. D. e Q., sem cólicas. Abôrto 0. Já teve 2 filhos de partos a termo e normais.

*História da doença* — Diz que há 6 anos passados, seu marido tornou-se portador de blenorragia aguda, contagiando-a. Sobreveiu-lhe forte corrimiento amarelo fétido, e posteriormente, artrite blenorragica por longo tempo. A pesquisa do diplococo de NEISSER na cérvix foi positiva. Tratou-se durante longos anos com os médicos da cidade onde residia, no interior de Minas Gerais, e como não obtivesse cura, veio a esta metrópole a tratamento.

Refere-se a cefalalgias intensas e periódicas, sem relacioná-las com o ciclo menstrual.

*Exame geral* — Tipo constitucional astênico. Altura 1,58 ms.; peso 56 quilos; temperatura 36°,5; pulso 80. Pele normal e mucosas visíveis bem coradas. Gânglios de RICORD bem evidenciados; esterno — tibialgias.

*Aparelho circulatório* — Hiperfonese do 2.º tom aórtico. Pressão arterial — 10 x 6.

*Aparelho respiratório e digestivo* — Clinicamente normal.

*Exame ginecológico* — Vulva e vagina normais. Colo com erosão verdadeira, deixando escoar do canal cervical corrimiento amarelo catarral fétido e abundante. Útero de volume e consistência normais, em retroversão móvel e indolor. Anexos infiltrados e dolorosos. Paramétrio posterior infiltrado e doloroso.

*Diagnóstico ginecológico* — Cervicite, anexite dupla e parametrite posterior (processo erônico).

*Exames complementares* — Exame de urina — satisfatório, R. WASSERMANN — negativa.

Propusemos a punção raquiana para o exame sorológico da lues no líquido céfalo-raquidiano, negando-se a paciente formalmente a aceitar.

\* Comunicação à "Sociedade Brasileira de Ginecologia", em 28 de Maio de 1943.

*Tratamento* — Diante dos sintomas clínicos de lues fizemos o Arsenox na dose total de 0,40 e 24 injeções de bismuto lipo-soluvel — Pallieida. As cefalalgias melhoraram.

Concomitantemente fizemos 22 aplicações de diatermia e igual número de curativos ginecológicos, alguns dos quais com gyno-pasta, e os últimos com solução de nitrato de prata a 5 %, cauterizando a erosão.

O processo anexial cedeu totalmente; o corrimento melhorou de modo sensível, porém a erosão se manteve sangrando facilmente, durante o trabalho físico. A paciente estava em abstinência sexual.

Fizemos duas cauterizações de colo com a diatermo-coagulação bipolar — em 12 de Fevereiro e em 10 de Março de 1942, respectivamente. O resultado foi nulo. A paciente continuava a perder "água sanguínea" e a erosão se mantinha.

Em 24 de Março fizemos a biópsia do colo, a qual revelou: adenoma e cervicite hiperplástica (CLOVIS CORRÊA).

Procuramos ouvir a opinião do nosso Chefe, o qual concordou com a indicação de amputação do colo.

*1.ª operação* — Em 11 de Abril de 1942 foi feita a amputação do colo pelo processo de STURMDORF, sem anormalidades. Operador: Dr. HENRIQUE DUÉK; auxiliares: Drs. TAVARES DE SOUZA e LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA.

Em 20 de Abril foi dada alta, curada.

*Gravidez* — Em 31 de Outubro de 1942 a paciente voltou a nos procurar dizendo que a última menstruação fôra a 15 de Agosto próximo passado; vomitava muito e julgava-se grávida.

O exame revelou gravidez do 2.º para o 3.º mês. Ausência de corrimento e de erosão do colo.

Para os vômitos indicamos corpo amarelo na dose de 10 mgs. diárias (Lutogyl) e extrato hepático injetável. O resultado foi satisfatório.

Em 14 de Abril deste ano fomos chamados pela Dra. DIVA SANTOS, então sua médica-assistente, para ouvir nossa modesta opinião, com relação ao evolvimento do parto.

Ao chegarmos junto à parturiente, a Dra. nos disse o seguinte:

"A gestação estava no 8.º mês; a data provável do parto estava marcada para 25 de Maio vindouro. Tinha havido ruptura espontânea da bolsa d'água no dia 13, às 2 horas da manhã, seguida de contrações fracas e espaçadas durante curto lapso de tempo. Depois paralisou-se o trabalho. Às 3 horas da madrugada do dia seguinte, o trabalho se reiniciou, com contrações fortes e frequentes, perdurando por todo o dia."

Examinamos a parturiente às 21 horas daquele dia e encontramos: colo dilatado para 1 1/2 dedos, bordos grossos e ríjos; bolsa d'água ausente, cabeça não insinuada. A pelvigráfia nos demonstrou uma bacia normal. Pulso 84 e 36,6 de temperatura. Feto 140. As contrações eram fracas e espaçadas.

Aconselhei lavagem intestinal a 40°, e posteriormente supositórios de Octinum — 1 de 4 em 4 horas, até 3. Vigilância.

Às 8,30 da manhã seguinte a Dra. avisou-nos que as contrações se mantiveram um tanto espaçadas, porém fortes e durante quasi toda a noite. Colo para 2 dedos, cabeça alta. Pulso 104 e 37,2 de temperatura. Feto 140.

Propus o transporte para o H. F. G. G. e ao chegar lá às 10 horas encontrei a parturiente já com 110 de pulso e 38 de temperatura; 152 batimentos cardíacos fetais. Colo para 2 dedos, bordos grossos, duros, dando a sensação de tecido cicatricial, fibroso; cabeça alta, justa colo, com pequena bossa.

Tendo a Doutora me entregado o caso, mandei fazer uma instilação vaginal de 15 cc. de solução de mercúrio-cromo a 2 % e injeção de Dilaudid às 10,30 horas.

2.<sup>a</sup> operação — Às 11 horas procedí à cesariana.

Anestesia local — solução de Novocaina a 1 % — 80 cc., feita pelo Dr. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA. Por ocasião da saída do feto foi feito Tionembutal endovenoso, na dose de 1/2 grama, pela Dra. DIVA SANTOS.

Operador — Dr. HENRIQUE DUÉK; auxiliar — Dr. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA.

Cesariana segmentar, incisão tipo KEHRER associada a pequena sugestão de BECKL. Esterilização tubária pelo processo de MADLENER.

Nasceu um feto prematuro do sexo feminino chorando espontaneamente, pesando 2,700 grs. Retirada manual da placenta e revisão da cavidade. O líquido amniótico estava um tanto fétido. Pituitrina endovenosa. Foram colocadas 3 grs. de Stopton-Peritoneal na cavidade uterina e 1 gr. espalhada na escavação pélvica. Após a peritonização visceral em "croissé", procedemos à esterilização tubária. No fechamento da parede foi feito curativo oclusivo.

*Post-operatório* — A paciente foi sulfamidada com Cibazol na dose de 1 comprimido de 4 em 4 horas, durante 5 dias — dia e noite; foliculina sintética — Cyren B. forte, 1 empôla diária, durante 4 dias. Sôro glicosado, toni-cardiacos, etc.

No 3.<sup>o</sup> dia vomitou 3 áscaris.

No 4.<sup>o</sup> dia teve dilatação aguda de estômago e meteorismo intestinal intenso. A lavagem de estômago, pequenos elisteres evacuadores, sôro cloretado hipertônico, etc., resolveram estes acidentes.

No 8.<sup>o</sup> dia foram retirados os pontos. Cicatrização.

No 10.<sup>o</sup> dia — alta, curada.

Entretanto, dias após, sonbemos por intermédio da Doutora DIVA que a paciente sofrera uma pielite e discreta supuração da parede, sem maiores ocorrências.

Por exceção acabamos de apresentar uma observação de nossa clínica particular, devido a singularidade do caso.

Não encontramos nas revistas da especialidade ao nosso alcance, caso idêntico. As estatísticas referem a cesáreas por distócia de colo, sem especificar a existência de anterior amputação do mesmo.

A história da nossa paciente tem como origem uma blenorragia. A cervicite crônica daí resultante mostrou-se rebelde à terapêutica clínica comum, inclusive 2 diatermo-coagulações. Isto nos obrigou a proceder a uma amputação de colo baixa. Os livros de técnica cirúrgica ginecológica, os de Clínica Gineco-Obstétrica e os trabalhos da especialidade por nós compulsados não aventam a hipótese de que a amputação de colo — a operação de STURMDORF — possa ser causa de distócia, por falta de dilatação do colo restante.

Consideramos o nosso caso uma exceção, pois a regra é a dilatação se processar normalmente, e se tal não fosse, obrigar-nos-ia à esterilização sistemática nas amputações de colo.

A rigidez, a dureza por nós observadas no colo, deu-nos a impressão de que se formou um tecido fibroso, cicatricial, no colo uterino.

PASMAN e LOVASSO publicaram no "Bol. Soc. Obst. y Gin. de B. Aires", em Agosto de 1939, um caso em que a cesárea foi

indicada por estenose cicatricial do colo pós-electro-coagulação. Tinha já havido 28 horas de trabalho de parto.

No nosso caso houve 30 horas de trabalho moroso; colo irreduzível ao anti-espasmódico.

Nas revistas consultadas encontramos polêmicas sobre a possível esterilidade devida a amputação de colo, defendida por ZOEFEN nas suas 24 observações.

NOVAK, MOVERS e outros refutam-nas, em parte, dizendo acreditar na dificuldade de concepção, mas não na esterilidade permanente. Em 54 casos de amputação alta, FERDIKAND MOVERS verificou 26 casos, em que 8 haviam engravidado.

Estamos com NOVAK e com a Escola que abraçamos, que evitam as amputações altas de colo. As amputações baixas permitem frequentemente novas gestações, as quais podem ser levadas a termo; isto só dificilmente se observa nas amputações altas — geralmente abortam ou trazem fetos prematuros, ou ainda, dada a grande altura em que o canal cervical se coloca, dificultam a concepção.

TOOMPKINS teve ocasião de tratar 611 pacientes portadoras de cervicite crônica por diversas operações de colo: traquelorrafia, amputação alta, Sturmdorf, etc. Pois bem, 66 % destas que se achavam em idade de procriar e de vida genital ativa, tiveram gestações posteriores.

### **Opération cesareanne et stérilisation dues à une ancienne amputation du col de l'utérus**

#### **Résumé**

L'A. présente un cas d'opération cesarienne indiquée par dystocie du col de l'utérus qui a été la conséquence d'une amputation cervicale, qui fut pratiquée depuis une année, pour enlever une adénome. L'opération a été pratiquée après deux cauterisations avec diathermo-coagulation. La malade avait aussi une cervicite hyperplastique.

### **Cesarean section and sterilization after an anterior amputation of the cervix**

#### **Summary**

The Author reports one case of cesarean section indicated for a dystocia of the cervix, caused by its amputation performed, one year ago, to remove an adenoma. The operation was performed upon after two diathermo-coagulations of the cervix.

There was also a hyperplastic cervicitis.

## 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. |
|--|-------|
| <i>Algumas aspectos do desenvolvimento humano inicial — ROCK, J. e HER-</i>        |       |
| <i>TIG, A. T. ....</i>   | 487   |
| <i>Progesterona no sangramento uterino em moças — ALLEN, W. M. e RO-</i>           |       |
| <i>CHESTER, H. ....</i>  | 488   |
| <i>Lesões ginecológicas e hipertensão — EVERETT, H. S. e SCOTT, R. B. ....</i>     | 488   |
| <i>Gonorréia na mulher e seu tratamento pelas sulfonamidas — DOUGLAS,</i>          |       |
| <i>R. C. DAVIS, I. F. e SHANDORF, J. F. ....</i>                                   | 489   |
| <i>Estudos sobre o corpo amarelo humano — BREWER, J. L. ....</i>                   | 490   |
| <i>A seleção da histerectomia para os processos não malignos do útero —</i>        |       |
| <i>WATERS, E. G. ....</i>  | 492   |
| <i>Neurictomia prepucial — RUTHERFORD, R. N. ....</i>                              | 493   |
| <i>Hérnias através do assoalho pélvico — BARRETT, C. W. ....</i>                   | 495   |
| <i>Vagitus uterinus — KITZMILLER, J. L. e MITCHELL, W. B. ....</i>                 | 495   |
| <i>Aspectos renais das toxemias tardias da gravidez — CORCORAN, A. C. ....</i>     | 496   |
| <i>Educando as mulheres para a procura de cuidados prenatais — CORBIN, H. ....</i> | 497   |
| <i>Cefaléia premenstrual curada pela estrogenoterapia — RUBENSTEIN, B. B. ....</i> | 498   |
| <i>Avaliação clínica do etinil estradial — GROPER, M. J. e BISKIND, G. R. ....</i> | 499   |
| <i>Torção aguda da trompa — SALERNO, E. V. ....</i>                                | 499   |
| <i>Gravidez ectópica complicada — MAZZA, H. L. ....</i>                            | 500   |