

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. A. Felicio dos Santos
Dr. Alkindar Soares
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Armindo de Oliveira Sarmento
Dr. Cid Braune Filho
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. João Paulo Rieper

Dr. Salomão Zagury

Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:

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

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

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

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

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano IX

Setembro de 1944

Vol. 18 — N.º 3

SUMÁRIO

EDITORIAL

Homenagem ao Professor Nicolau de Moraes Barros	Págs.
	173

TRABALHOS ORIGINAIS

Dois casos de tumor de Brenner — PROF. JOSE' MEDINA, PROF. MOACYR F. AMORIM e DR. A. WOLFF NETTO	176
Sarcoma do útero — DR. SYLLA O. MATTOS e DR. CELSO MENZEN DE GODOY	192
Fistulas uretero-genitais — DR. W. DE SOUZA RUDGE	219
Prenhez ectópica intersticial — DR. DOMINGOS DELASCIO e DR. NI- COLAU S. ASSALI	238
Fibroma da trompa — DR. LICINIO H. DUTRA	275

NOTAS E COMENTÁRIOS

"Quintas Jornadas Rioplatenses de Obstetrícia e Ginecologia"	283
"Sociedade Chilena de Obstetrícia e Ginecologia"	283
"III Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia"	284
Conferência do Prof. Carmo Lordy no "Ateneu da Clínica Ginecológica"	285
"Sociedad Ginecotocológica del Uruguay"	285
Maternidade de S. Paulo (Comemorações pela passagem do cincoente- nário)	286
"Instituto de Maternidade da Sociedade de Beneficência" (Buenos Aires)	286
"Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología"	287

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Osler's Principles and Practice of Medicine — CHRISTIAN	288
Boletin de la Sociedad Chilena de Obstetrícia y Ginecología	289
Anales de la Facultad de Ciencias Médicas	290

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

Secção de Obstetrícia e Ginecologia

Ata da reunião ordinária	291
--------------------------------	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Sintest

HORMONIO TESTICULAR



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.

	Págs.
Absorção da sulfanilamida por via retal e vaginal — CARRINGTON, G. L., ROHRER, T., JONES, E. e MOORE, P.	293
A utilidade dos gráficos de temperatura basal na determinação da data da ovulação — TOMPKINS, P.	293
Esplenectomia em gravidez complicada por púrpura hemorrágica trombo-pénica — POLOWE, D.	294
Experiência com cem casos de anestesia caudal contínua — McCORMICK, HUBER, C. B., SPAHR, J. F. e GILLESPIE, C. F.	295
Algumas observações sobre o emprego da analgesia caudal contínua — LULL, C. B.	295
Informação referente a época da ovulação na mulher, obtida de um estudo de 3 óvulos não fecundados e 11 fecundados. — ROCK, J. e HERTIG, A. T.	297
Hipertrofia do miométrio (a chamada "fibrosis uteri") — WILLIAMS, J. T. e KINNEY, T. D.	298
Colapso periférico circulatório na toxemia gravídica — Captain SAMUEL S. LAMBETH, M. C.	299
Velocidade do transporte do espermatozóide no útero e trompas humanas — BROWN, R. L.	300
Regeneração do útero do macaco após remoção cirúrgica do endométrio e de endometriose acidental — HARTMAN, C. G.	301
A significação clínica do fator Rh — REYNOLDS, P. A.	302
Correlação entre a histologia ovariana e a endometrial, o epitélio vaginal, a excreção de hormônios gonadotrópicos e o dia do ciclo menstrual em 28 mulheres. — HELLER, C. G., FARNEY, J. P., MORGAN, D. e MYERS, G. B.	303

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Desenvolvimento e correlação dos sintomas da menopausa, variações do esfregaço vaginal e gonadotropinas urinárias, após castração em 27 mulheres.</i> — HELLER, C. G., FARNEY, J. P. e MYERS, G. B.	303
<i>Ação de pequenas e grandes doses de dietilestilbestrol sobre sintomas de menopausa, esfregaço vaginal e gonadotropinas urinárias em 23 mulheres ooforectomizadas.</i> — HELLER, C. G., CHANDLER, R. E. e MYERS, G. B.	303
<i>Glândulas sexuais no desenvolvimento e na vida pré-puberal</i> — MOORE, C. R.	304
<i>Adenocarcinoma do corpo uterino evoluindo dum polipo endometrial benigno</i> — FERRIS, D. O. e DOCKERTY, M. B.	305
<i>A sulfamidoterapia local intra-uterina na profilaxia da infecção puerperal</i> — LUIS PEREZ, M. e BLANCHARD, O.	306
<i>Visualização da placenta pelo método dos tecidos moles</i> — THWAITES LASTRA, E. e MAC LEAN, J.	306
<i>Gravidez extra-uterina abdominal e intraligamentar com feto vivo</i> — CRAVIOTO, R.	307
<i>Hemorragia intraperitoneal de origem ovariana. Rotura do folículo ovárico ou do corpo amarelo.</i> — FERRACANI, R. S.	308
<i>Mama sangrante</i> — MASCIOTTRA, R. L. e BAGNATI, E. P.	309
<i>Diagnóstico diferencial das tumorações pélvicas pelo pneumoperitônio</i> — CORNEJO TERAN, V. N. e PIERNES, A.	310
<i>Tumor de células da granulosa</i> — MOLFINO, A. H. e SALATINO, A.	310
<i>O tratamento cirúrgico da gravidez ectópica</i> — OLIVELLA, J. R., ORTEGA, L. B., TABARES, C. M. e SORIANO, E.	311
<i>A investigação endocrinológica e sua aplicação à clínica</i> — ARZAC, J. P.	312

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.

Ano IX

OUTUBRO DE 1944 Vol. 18 - N.º 4

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. Armindo de Oliveira Sarmento	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	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.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. E. 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 Remalho - 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 IX

Outubro de 1944

Vol. 18 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Arrenoblastoma do grupo intermediário — PROF. JOSE' MEDINA e PROF. M. DE FREITAS AMORIM</i>	313
<i>Degeneração molar em gravidez ectópica — PROF. J. MEDINA, DR. J. GALLUCCI e PROF. M. AMORIM</i>	337
<i>O diagnóstico precoce da gravidez pelo exame da citologia vaginal — PROF. JOSE' MEDINA e DR. A. MARCONDES SILVA</i>	342

EDITORIAL

<i>O tratamento dos miomas do útero</i>	350
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>† Professor Juan C. Llames Massini</i>	353
<i>Homenagem ao Professor Arnaldo de Moraes</i>	354
<i>Sobre o ensino médico</i>	356
<i>Docência de Clínica Ginecológica</i>	357
<i>Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica, sob a direção do Prof. Arnaldo de Moraes</i>	358

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>A vascularização salpingo-ovariana — JOÃO CARDOSO DE CASTRO</i>	360
<i>Clinica Obstétrica — OCTAVIO DE SOUZA</i>	361

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da quinquagésima-nona sessão ordinária</i>	362
<i>Ata da sexagésima sessão ordinária</i>	365

ATENAU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da segunda sessão extraordinária</i>	369
<i>Ata da décima-oitava sessão ordinária</i>	370
<i>Ata da décima-nona sessão ordinária</i>	372

RESUMOS

(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.

	Págs.
Líquido folicular organizado dando origem a aderências ovarianas, em m-	
caco rhesus. — HARTMAN, C. G.	373
Tratamento pela penicilina de infecções gonocócicas na mulher resistentes	
às sulfonamidas — COHN, A., STUDDIFORD, W. E. e GRUNSTEIN, I.	374
O efeito "in vitro" da penicilina sobre culturas de gonococos resistentes e	
sensíveis às sulfamidas — COHN, A. e SEIJO, I. H.	375
Os característicos biológicos da vagina normal — RAKOFF, A. E. e GOLD-	
STEIN, L.	375
Carcinoma do colo, resultados finais. — BEHNEY, C. A. e HOWSON, J. Y.	377
A infecção pela Salmonela em ginecologia — FALK, H. C. e BLINICK, G.	378
Tratamento da síndrome climatérica pelo etinil estradiol — LYON, R. A.	379
O ovário normal e o hiper-ativo no ciclo menstrual e na hiperplasia —	
HARTMAN, C. G.	380
As práticas da proteção e do cuidado à maternidade na indústria — SIL-	
VERMAN, CH.	381
O teste da rã (<i>Xenopus Laevis</i>) para diagnóstico da gravidez — WEIS-	
MAN, A. J. e COATES, CH. W.	382
Colo "pincelado" na leucemia — WEINTROB, U.	383
Degeneração sarcomatosa de fibroma — TRACTENBERG, I. e OLIVER,	
W. M.	383
Apreciações sobre a pelve da mulher oaxaqueña — LANDERO, M. C.	384
Hexestrol — ERSNER, J. S., MANN, B. e ZAMOSTIEN, B.	385
- Excreção de 17-quetosteróides neutros no tumor de suprarrenal e no pseudo-	
hermafroditismo feminino com hiperplasia suprarrenal — ENGSTROM,	
W. W., MASON, H. L. e KEPLER, E. J.	385
Absorção sublingual de progesterona e anidro-hidroxi-progesterona —	
GREENBLATT, R. B.	386
Uterotermometria — KLAFTEN, E. M.	386
Útero didelfo — Vagina dupla — Gravidez concomitante. — BORRAS, P. E.	387
A hipofisina endovenosa — SCHAFFER, B.	388
A propósito de um novo teste de reativação da blenorragia feminina —	
BOVERI, J. L. e RECHTER, M.	389
Placenta acreta — MEDINA, J. e GALLUCCI, J.	389
Fistulas uro-genitais tocogenéticas — AHUMADA, J. L.	390
O tratamento básico da hiperemese gravídica — ARRIETA-JÚDICE, J. H.	391
Gravidez abdominal secundária — BAZUL, V. M.	391

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Utilidade da sulfamida intra-peritoneal profilática em um caso de exceção de cesária impura</i> — ECHEVARRÍA, R.	391
<i>Cortex suprarrenal nos vômitos da gravidez</i> — BOTTIROLI, E.	392
<i>Septicemia pós-abôrto devida a bacilos perfringens. Síndrome ictero-azotêmica</i> . — NATALE, M., GRICHENER, E. e PICENA, J.	392
<i>Choque obstétrico</i> — CASO, R. e BAEZ, J. J.	392
<i>Contribuição ao diagnóstico hormonal da algomenorréia por endometriose</i> — SALABER, J. A., SARDI, J. L. e ARRIGHI, L.	393
<i>Tratamento das peritonites tuberculosas graves na mulher</i> — RONCIONI, E. J.	394
<i>Prevável tumor feo-celular bilateral do ovário</i> — MOLINA, A. C.	394
<i>Mola hidatiforme</i> — LAMATTINA, F. e CARNELLI, C. J.	395
<i>Doença de Heme Medin e gravidez com feto vivo</i> — CRIVELLARI, C. A. e ARENDAR, A.	395
<i>Inversão uterina puerperal</i> — MONTEVERDE, V. e GOROSTIAGA, D. F.	396
<i>Tumor de hipófise com síndrome acromegálica frustra</i> — DRAGOSKY, L.	396
<i>Sobre duas observações: gestação quasi a termo em um corno uterino e gravidez tubária quasi a termo com feto morto</i> . — INFANTOZZI, J., XIMENO, M. R. e outros	396
<i>Vagina, colo e corpo uterinos duplos. Gestação e parto</i> . — POU DE SANTIAGO, A.	397
<i>Sobre um caso de gravidez peritoneal secundária</i> — VERCESI, S. R. e POU DE SANTIAGO, A.	397
<i>Gestação ectópica abdominal a termo, com ovo retido um ano, extração e cura</i> . — GIAMPIETRO, A. e POU DE SANTIAGO, A.	398
<i>Sarcoma do colo uterino</i> — BOTTARO, L. D.	399
<i>Tumores abdominais de diagnóstico difícil</i> — WESTERMAYER, J. K.	399
<i>A histerosalpingografia e o pneumoperitônio no diagnóstico ginecológico</i> — LOUP, E. B.	400

IODOBISMAN

DOSE PRIMITIVA (0,03 gr. metal),
DOSE DUPLA (0,06 gr. metal) e INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALESCENTES

ESTEROS MORRUCO E CHAULOGRICO SUPERSATURADOS DE LIPOIDS TOTAL 500 GRAMAS

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. 7-0814

Utilidade da sulfamida intra-peritoneal profilática em um caso de exceção de cesária impura (*Utilidad de la sulfamida intraperitoneal profiláctica en un caso de excepción de cesarea impura*) — ECHEVARRÍA, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Abril 1944, Vol. II, N.^o 4, pág. 301).

O A. se refere a uma observação de cesariana num caso considerado francamente infectado sob o ponto de vista clínico e bacteriológico. No transcurso do ato operatório, uma coleção purulenta foi encontrada entre a parede do útero e as membranas ovulares. A doente foi tratada profilaticamente com Sulfamida intra-peritoneal. O pós-operatório foi acidentado, mas o peritônio ficou indene, apesar de terem sido encontrados estreptococos em cadeias curtas ao exame bacteriológico do pus. — C. A.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

Cortex suprarrenal nos vômitos da gravidez (*Corteza suprarrenal en los vómitos del embarazo*) — BOTTIROLI, E. — (*Rev. de la As. Méd. Argentina*, Abril 1944, N.^o 531, pág. 181).

O A. publica os resultados de sua experiência hospitalar com o emprego de cortex de suprarrenal nos vômitos da gravidez. A dose e a via de administração variam com a intensidade do sintoma. Foram tratadas 8 pacientes com náuseas ligeiras, sem acidose, curando-se 7 dentro da 1.^a semana; 19 casos um pouco mais graves, porém sem acidose, curando-se todas; 8 com vômitos graves, acidose, curando todas em uma semana; finalmente 4 pacientes com vômitos inoerceiveis, curando-se três.

Concluindo a exposição de todos esses casos, diz o A. acreditar que a medicação adreno-cortical é um excelente meio de tratamento dos vômitos gravídicos, em todas as suas formas. Convém continuar a medicação durante uns dias após a cessação dos vômitos. Não há contra-indicações a esse tratamento. — C. A.

Septicemia pós-abôrto devida a bacilos perfringens. Síndrome ictero-azotêmica. (*Septicemia post-aborto a bacilos perfringens. Síndrome ictero-azoémico.*) — NATALE, M., GRICHERNER, E. e PICENA, J. — (*Rev. de la As. Méd. Argentina*, Abril 1944, N.^o 531, pág. 195).

O bacilo perfringens, hóspede habitual do organismo humano, principalmente no conduto intestinal, menos frequente no aparelho

Exame somático-radiológico: hipertrofia óssea e muscular do rosto, mãos e pés e alargamento da sela turcica com destruição das apófises clinóides anteriores e posteriores.

Ao exame da visão, foi encontrada uma homianopsia bitemporal.

Com esses elementos foi feito o diagnóstico de tumor de hipófise associado a uma síndrome acromegálica frustra.

A intervenção cirúrgica confirmou o diagnóstico demonstrando tratar-se de um crânio-faringeoma. — C. A.

ARCHIVOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (Montevidéu)

Sobre duas observações: gestação quasi a termo em um corno uterino e gravidez tubária quasi a termo com feto morto.

(Sobre dos observaciones: gestación casi a término en un cuerno uterino y embarazo tubario casi a término con feto muerto.) —

INFANTOZZI, J., XIMENO, M. R. e outros — (Arch. de Gin. y Obst., Montevidéu, Abril 1944, Tomo III, N.^o 2, pág. 78).

Os A.A. estudam, clínica, cirúrgica e anátomo-patologicamente duas observações: uma correspondente a uma prenhez avançada que se desenvolveu em um corno rudimentar de um útero bicorno unicervical; e a outra a uma gravidez ectópica de localização tubária, que alcançou o 8.^o mês sem sofrer rotura.

Além das considerações sobre pontos que interessam os fatos clínicos e histológicos destacam o sinal radiológico diferencial "do feto dentro de uma envoltura grossa" para a prenhez no corno rudimentar e de "paredes finas" para a extra-uterina; reclamando para si a prioridade deste sinal radiológico. Ao se referirem à histerosalpingografia com meios de contraste, estabelecem também uma diferença diagnóstica nos dois casos: a imagem do útero comum — quando existe um corno rudimentar grávido — não tem a forma triangular comum, é mais fina, mais comprida e corresponde à que se projeta em cada um dos hemi-úteros ou cornos de um útero duplo; ao contrário, na gestação tubária se aproxima da forma triangular normal, ainda que deformada pela compressão justa-uterina do saco fetal. — C. A.

Vagina, colo e corpo uterinos duplos. Gestação e parto.

(Vagina, cuello y cuerpo uterinos dobles. Gestación y parto.) —

POU DE SANTIAGO, A. — (Arch. de Gin. y Obst., Montevidéu, Abril 1944, Tomo III, N.^o 2, pág. 98).

Apresenta o A. um caso de malformação genital: dupla vagina, completas, no fundo de cada uma sendo encontrado um colo uterino

normalmente constituído. O toque uni-digital por cada vagina revela a presença, continuando-se por cada colo, de um útero acompanhado pelo ovário correspondente. O útero esquerdo é maior, mole, com uma gravidez de 3 meses. O trabalho de parto, no 8.º mês, ocorreu mais ou menos normal, porém como se prolongara muito, foi terminado a fórceps. Essa paciente teve mais dois partos, sempre o útero esquerdo o grávido, em outro serviço hospitalar, partos espontâneos. A 4.ª gestação, no útero direito, terminou também por parto espontâneo, rompendo o septo vaginal, o feto sendo parido pela vagina esquerda. — C. A.

Sobre um caso de gravidez peritoneal secundária (*Sobre un caso de embarazo peritoneal secundario*) — VERCESI, S. R. e POU DE SANTIAGO, A. — (*Arch. de Gin. y Obst.*, Montevidéu, Abril 1944, Tomo III, N.º 2, pág. 107).

O caso apresentado é o de uma gravidez peritoneal, secundária a uma intersticial, evoluindo no 6.º mês da gravidez e interrompida por manobras abortivas que causam uma perfuração uterina e uma hemorragia entre o saco fetal e a periferia do ovo: placenta e âmnios.

Explicam os A.A. as razões porque não diagnosticaram clinicamente o caso e porque esse diagnóstico é difícil.

Descrevem a operação praticada, extração do feto seguida de histerectomia, e suas razões.

As peças foram fotografadas e estudadas histologicamente, sendo apresentado um relatório das mesmas com algumas microfotografias.

Desse estudo puderam os A.A. concluir que a gravidez não era intra-uterina primitivamente, não correspondia também ao istmo da trompa, o saco fetal assentando-se sobre ela. Demonstram que o sítio de localização da gestação era a porção intersticial da trompa. — C. A.

Gestação ectópica abdominal a termo, com ovo retido um ano, extração e cura. (*Gestación ectópica abdominal a término, con huevo retenido un año, extracción y curación.*) — GIAMPIETRO, A. e POU DE SANTIAGO, A. — (*Arch. de Gin. y Obst.*, Montevidéu, Abril 1944, Tomo III, N.º 2, pág. 120).

Relatam os A.A. a história clínica de uma gravidez ectópica que oferece como raridade ser abdominal a termo, feto morto e retido durante um ano.

Um cuidadoso estudo anátomo-patológico é apresentado do ovo retirado, envolvido em uma camada compacta de fibrina; a pele havia sofrido uma necrobiose maciça; a placenta, totalmente necro-

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

Secretária 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. Armindo de Oliveira Sarmento

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dra. João Paulo Rieper

Dr. Raymundo Santos

Dr. Salomão Zagury

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

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

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - São 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 - Macaé
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 IX

Novembro de 1944

Vol. 18 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Descolamento prematuro de placenta e apoplexia útero-placentária — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES</i>	401
<i>Anestesia peridural em cirurgia ginecológica — PROF. JOSE MEDINÁ e DR. JAMIL DAUS</i>	415
<i>Radicterapia em Ginecologia — DR. M. O. ROXO NOBRE</i>	427
<i>Etiopatogenia e clínica dos cistos intraligamentares — DR. ANTONIO A. QUINET</i>	444

EDITORIAL

<i>A mulher e o trabalho</i>	452
------------------------------------	-----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>Homenagem à memória de De Martel</i>	457
<i>A propósito da "Semana da Criança"</i>	457
<i>Programa da III Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia (De 13 a 18 de Novembro de 1944)</i>	458
<i>Homenagem ao Prof. Moraes Barros</i>	461
<i>50.º aniversário da "Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo"</i>	462

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Dr. Howard Atwood Kelly, The Last of the Johns Hopkins Hospital "Big Four" — THOMAS S. CULLEN</i>	463
<i>Novas confissões de um médico de senhoras — FREDERIC LOOMIS</i>	464
<i>Alguns problemas pré-natais — HENRIQUE DUÉK</i>	464

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da sexagésima-primeira sessão ordinária</i>	465
--	-----

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da vigésima sessão ordinária</i>	468
<i>Ata da vigésima-primeira sessão ordinária</i>	469

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Krinchepat

INJETAVEL

Hormônio Antianêmico, Puríssimo, do Fígado



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.

	Págs.
<i>Disrupção abdominal — TASHIRO, S.</i>	471
<i>Anestesia espinal para facilitar a rápida dilatação do colo em obstetrícia de urgência — ROSENFIELD, S. S.</i>	472
<i>Endometriose e gravidez — SCOTT, R. B.</i>	473
<i>A absorção de hormônios esteróis pela mucosa oral, com especial referência à administração sublingual de progesterona — CORNER, JR., G. W.</i>	475
<i>O limiar da dor na dismenorréia — HAMAN, J. O.</i>	476
<i>Prolongamento da gestação e desenvolvimento fetal excessivo, após a administração de corpo lúteo, no tratamento do trabalho de abôrto. — MURPHY, D. P.</i>	477
<i>Prenhez a termo com prolapsos uterino e do cordão — KIBEL, I.</i>	478
<i>Contra-indicações e cuidados no uso da anestesia caudal contínua</i>	478
<i>Hemorragia pós-menopausa como um risco da terapêutica pelo dietilestilbestrol — NOVAK, E.</i>	480
<i>Um oiticólico semelhante à ergonovina sintetizado de ácido lisérgico — KIRCHHOF, A. C., RACELY, C. A., WILSON, W. M. e DAVID, N. A.</i>	480
<i>Uso clínico das sulfonamidas — MAYER, JR., S.</i>	481
<i>A excreção do glicuronidato de pregnanediol sódico na urina após a administração oral de Anidro-hidroxi-Progesterona e Progesterona a pacientes com amenorréia secundária — ALLEN, W. M., VIERGNER, E. e SOULE, S. D.</i>	482
<i>Endometrite tuberculosa tratada pela diatermo-coagulação — PALAZZO, O. R.</i>	483
<i>Tumor ovariano complexo, das células da granulosa e da tecia, coexistindo com um tumor dermóide do ovário oposto. — SCHWARCZ, R., SAMMARTINO, R. e PINTO, R. M.</i>	484
<i>Um estudo sobre a duração da prenhez — CIRNE, O. P.</i>	484
<i>Influência do modo e via de administração sobre a atividade da gonadotrofina sérica — DI PAOLA, G. e TERZANO, G.</i>	485
<i>Prolapso do útero e câncer do colo — DUTRA, L. H.</i>	486

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Diagnóstico precoce de um epiteloma incipiente do ectocérrix — RO-</i> GANTI, A.	486
<i>Os primeiros 50 casos de analgesia caudal contínua no parto — PERALTA</i> RAMOS, A., BIONDINI, P. P. e BILBAO, M. E. L.	486
<i>Metástases contemporâneas e metástases à distância do câncer do seio —</i> LOUBEJAC, A. M.	487
<i>Sulfamidotерапия no caso obstétrico impuro — THONET, C.</i>	488
<i>Divertículo da uretra — RODRIGUEZ, A.</i>	489
<i>Emprego dos estrogênios no parto — VARAS, O.</i>	489.
<i>Malformações congênitas repetidas — VARAS, O.</i>	490
<i>A cirurgia na infecção puerperal — AVILES, M.</i>	490

PROF. DR. ARNALDO DE MORAES
PROPEDEUTICA OBSTETRICA

5.^a EDIÇÃO

Revista e atualizada pelo Autor

Com 490 páginas e 158 gravuras, das quais uma tricromia

PREÇO Cr\$ 40,00

PROF. ARNALDO DE MORAES
SÃ MATERNIDADE

Conselhos e sugestões para futuras mães

"Prêmio Madame Durocher", medalha de ouro, da "Academia Nacional de Medicina".

152 páginas e 48 ilustrações — Cr\$ 15,00

3.^a EDIÇÃO

Pedidos à

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

Prolapso do útero e câncer do colo — DUTRA, L. H. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Maio 1944, Vol. II, N.^o 5, pág. 350).

Todas as publicações são unâimes para significar a raridade da concomitância do prolápso do útero e o câncer de colo.

O A. teve oportunidade de observar 3 casos perfeitamente estudados, preocupando-se em achar outras 5 observações de ginecólogos brasileiros, alcançando assim 8 os casos documentados.

Passa em revista as diversas teorias que existem formuladas para explicar a rara coincidência destas afecções.

Conclue o A. admitindo que "a deficiência circulatória sanguínea e linfática, conseqüente ao prolápso útero-vaginal, a atrofia da mucosa e das glândulas endocervicais e endometriais e a pequena incidência de fenômenos inflamatórios de tipo irritativo constituem as condições que explicam a raridade da associação do prolápso uterino e o câncer do colo.

A excessiva cornificação, como as alterações do epitélio de revestimento da mucosa cervical e da vagina, são fatores que colaboram para diminuir a possibilidade cancerígena no prolápso uterino".

— C. A.

Diagnóstico precoce de um epiteloma incipiente do ectocérvix

(*Diagnóstico precoz de un epiteloma incipiente del ectocervix*)

— ROGANTI, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Maio 1944, Vol. II, N.^o 5, pág. 379).

O A. comunica os resultados de um caso clínico no qual, pelo estudo conjunto da prova de SCHILLER, da colposcopia e mais tarde da biópsia, foi possível chegar ao diagnóstico de epiteloma incipiente do ectocérvix numa época em que a sintomatologia clínica sómente fazia pensar em processo benigno.

Este caso prova, mais uma vez, que o exame bem dirigido de uma doente, procurando valer-se não só do exame clínico como dos auxiliares de laboratório, conduz sem dúvida a diagnósticos precisos, como o presente, descobrindo um câncer em início e possibilitando terapêutica eficiente. — C. A.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

Os primeiros 50 casos de analgesia caudal contínua no parto

(*Los primeros cincuenta casos de analgesia caudal continua en el parto*) — PERALTA RAMOS, A., BIONDINI, P. P. e BILBAO, M. E. L. — (*Rev. de la As. Méd. Arg.*, Maio 1944, N.^o 533, pág. 291).

Publicam os A.A. a experiência de 50 casos de analgesia caudal contínua, bem estudados. A solução adotada é a de 1 gr. de novo-

caína + 0,05 de pantocaína dissolvidos em 100 cm.³ de água distilada. Empregam doses fracionadas de 30 cm.³ com espaços de 20' a 1 h. Escolheram para a experiência as primíparas com 4 a 5 cm. de dilatação e multíparas com 2 a 3 cm., como mínimo.

Expõem a evolução de todos os casos, assinalando não ter havido algum caso de acidente; não houve, também, alterações grandes da pressão sanguínea nem efeito nocivo para o feto.

Concluem que a analgesia caudal contínua é um recurso a mais no alívio da dor do parto. De acordo com as grandes estatísticas o fracasso se observa, pelo menos, em 10 % dos casos. Bem aplicada, não tem influência desfavorável sobre a mãe e o feto. O período de dilatação habitualmente se encurta, o de expulsão podendo durar mais. O número de partos operatórios, no entanto, é maior que nas condições normais. Em um caso houve infecção local com flegmão.

Apesar da analgesia caudal contínua no parto ser um importante progresso, sua técnica não está isenta de perigos; sua aplicação não pode ser universal, podendo contudo ser estendida para os casos de cesariana e no tratamento das anomalias da contração uterina por alteração da sinergia funcional, em substituição ao parto médiaco. — C. A.

ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

Metástases contemporâneas e metástases à distância do câncer do seio (Metástasis contemporaneas y metástasis alejadas del cancer del seno) — LOUBEJAC, A. M. — (Arch. Urug. de Med., Cir. y Espec., Maio 1944, N.º 5, pág. 501).

Compara o A. diversas estatísticas publicadas, no que se refere a metástases no câncer do seio e à sobrevida após a operação. A maior frequência das localizações metastáticas é dada no pulmão, pleura e ossos. A roentgenterapia pré ou pós-operatória tem intencionado melhorar os resultados operatórios.

O A. apresenta 6 observações, cujos resumos são os seguintes:

A 1.^a não chega a ser operada porque a invasão linfática cutânea e pulmonar o impede. Morre aos 4 meses do aparecimento do neoplasma.

A 2.^a também não é operada pela volumosa adenopatia axilar. É irradiada; apresenta uma metástase hepática aos 3 meses do início da afecção e morre no fim de 6 meses.

A 3.^a, contemporaneamente com o aparecimento clínico do câncer, apresenta metástase no húmero oposto, ignorada a princípio. É operada e surge outra metástase na omoplata no fim de 4 meses. Morre por metástase cerebral no fim de 5 meses do início da afecção.

A 4.^a apresenta metástases vertebrais aos 6 meses de operada e morre 10 meses depois.

Nestas observações as metástases são contemporâneas com o aparecimento clínico do câncer, sendo que tem-se que supor um prazo determinado para que o êmbolo neoplásico cresça o suficiente para tornar-se evidente clínica e radiologicamente.

Na 5.^a e 6.^a as metástases ficam latentes durante anos e despertam sob a ação de fatores desconhecidos e que, por sua vez, são fonte de novas embolias.

Termina o A. dizendo que a cirurgia do câncer do seio já deu tudo que podia dar, sendo que os resultados são quasi idênticos nas mãos de qualquer cirurgião. Mais de 50 % das operadas de câncer do seio morrem antes dos 5 anos com recidivas locais ou metástases à distância. — C. A.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Sulfamidoterpapia no caso obstétrico impuro (*Sulfamidoterpapia en el caso obstétrico impuro*) — THONET, C. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Maio 1944, N.^o 2, pág. 51).

São apresentadas 20 observações clínicas de casos obstétricos impuros, dos graus II, III e IV, tratados cirúrgicamente e nos quais foi realizada sulfamidoterpapia por via oral e intra-peritoneal. E' anotado o tempo transcorrido desde a rotura da bolsa das águas, os caracteres do líquido amniótico, o número de exames genitais e os intentos de intervenção vaginal efetuados com membranas rótas e o pulso, temperatura e estado geral das enfermas.

Analisa o A. a morbidade e mortalidade puerperais pós-operatórias em comparação a cem casos similares operados e não tratados com sulfanilamida.

O tratamento sulfamidado consistiu na administração intra-peritoneal de 5 a 10 gr. de uma mistura poli-sulfamidada ou de sulfanilamida pura e por via oral uma dose média de 6 gr. de sulfatiazol ou sulfanilamida nas 24 horas durante os 5 primeiros dias do pós-operatório. Em ambos os grupos de pacientes a técnica operatória foi absolutamente comparável e na maioria dos casos foi praticada cesária segmentária ou segmento-corporal, procurando realizar uma intervenção simples e reduzindo ao mínimo o traumatismo das manobras cirúrgicas.

A morbidade puerperal pós-operatória nas pacientes tratadas com sulfamida baixou de 44,4 % a 20 % para o grau III e de 100 % a 70 % para o grau IV. As únicas complicações observadas foram o abcesso da parede abdominal e a endometrite. A mortalidade puerperal pós-operatória nos casos não submetidos à sulfamidoterpapia foi de 3,4 % para o grau de pureza II; 7,1 % para o

grau III e 40 % para o grau IV. Na série das pacientes tratadas com sulfamídicos não se registrou mortalidade.

Concluindo, o A. estabelece que o uso da sulfamidoterpia na cirurgia do caso obstétrico impuro reduz consideravelmente a morbidade puerperal pós-operatória, diminuindo a frequência e a gravidade das complicações. Na série de suas observações não houve mortalidade. Com esse estudo ficou confirmado que o uso profilático de sulfamídicos no tratamento cirúrgico do caso impuro é um meio auxiliar eficaz para diminuir as complicações puerperais pós-operatórias e particularmente as de caráter grave. — C. A.

Divertículo da uretra (*Divertículo de la uretra*) — RODRIGUEZ, A. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Maio 1944, N.º 2, pág. 62).

O A. estudou 2 casos de divertículo uretral. Descreve uma das observações para firmar sua sintomatologia. Salienta em seu estudo certos pontos, como: o divertículo uretral é constituído por uma cavidade sacciforme permanente que comunica por um colo delgado com a face inferior da uretra. Apresenta um revestimento epitelial na maioria dos casos similar ao da uretra. Clinicamente se manifesta por eliminação incontrôlada de urina pós-mieção, porém geralmente as pacientes consultam por perturbações vesicais. A polaquiúria converte esse corrimento urinoso involuntário pós-mieção em verdadeira incontinência de urina.

Nos casos publicados, o divertículo é objetivamente percebido em forma de um tumor do septo uretro-vaginal. Porém acredita o A. que com o método radiográfico poder-se-ia evidenciar nos casos de sintomatologia clínica suspeita de um divertículo virtual que pelo pequeno tamanho ou por não estar inflamado resulta inaprecebível durante o exame ginecológico. Comprovou que a cisto-uretrografia é um recurso útil no estudo dos divertículos como também a caracterização direta com a sonda acasalada através do meato.

O tratamento cirúrgico, que é o de eleição, deve ajustar-se a uma técnica regulada com o objeto de evitar a fistula uretro-vaginal. — C. A.

Emprego dos estrogénicos no parto (*Empleo de los estrogenos en el parto*) — VARAS, O. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Maio 1944, N.º 2, pág. 70).

O A. faz uma revisão das principais publicações no que se refere ao emprego dos estrogénicos para estimular o trabalho de parto. Empregou-os como terapêutica associada em 3 casos de indução do parto e em 14 como tratamento corretor de defeitos da dinâmica uterina no sentido da hipodinamia. Resume todas essas observações,

comentando-as. Nos casos de indução ao parto houve fracasso em dois, atribuindo-o ao emprego de doses pequenas de estrogênicos. Na indicação de corretora da hipodinamia, os resultados foram satisfatórios, corrigindo a dinâmica em todos eles.

Administrhou hormônio sintético por via oral, sendo rápida e eficaz sua ação e não havendo perturbações. Não houve também produção de hiperdinamia, nem alteração no delivramento, nem na involução uterina. — C. A.

Malformações congênitas repetidas (*Malformaciones congénitas a repetición*) — VARAS, O. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Maio 1944, N.º 2, pág. 81).

O A. apresenta 2 casos em que no passado obstétrico havia a história de fetos malformados; 4 no primeiro e 2 no segundo. As reações sorológicas para sífilis, negativas nos dois casos. O tratamento intensivo com arsênico e bismuto, no entanto, em gravidezes posteriores, deu lugar ao nascimento, em cada caso, de feto normal e saudável. — C. A.

REVISTA MEDICA DE CHILE

A cirurgia na infecção puerperal (*La cirugia en la sepsis puerperal*) — AVILES, M. — (*Rev. Méd. de Chile*, Maio 1944, N.º 5, pág. 388).

Trata o A. da cirurgia na profilaxia da infecção puerperal, cuja participação implica no reparo imediato das roturas traumáticas do útero, vagina, vulva e períneo, na eliminação precoce de restos ovulares retidos na cavidade uterina.

Ocupa-se depois da extirpação do útero séptico, com seu estudo crítico.

Considera ainda a drenagem de coleções purulentas, por via vaginal ou abdominal, ressaltando a importância terapêutica da sulfanilamida, o esvaziamento de abscessos consecutivos a êmbolos sépticos e localizados em pontos os mais diversos do organismo, como pleura, globo ocular, etc.

Finalmente refere-se à descapsulização renal para combater a anúria nas nefroses necrotizantes consecutivas à infecção por *perfringens*. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. F. Victor Rodrigues — Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles —
Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo
Rieper — Oswaldo da Silva Loureiro e Dra. Clarice do Amaral

Publicidade: Farm. Arnaldo A. de Moraes

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Arminio de Oliveira Sarmento	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Raymundo Santos
Dr. João Cardoso de Castro	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. José de Castro Sthel Filho	Dr. Salomão Zagury
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim	Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr\$ 80,00; registrado, Cr\$ 100,00

Estrangeiro, ano, Cr\$ 120,00 (U. S. \$6)

Número avulso, Cr\$ 8,00

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

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

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" - Galxa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

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

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano IX

Dezembro de 1944

Vol. 18 — N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Da maior incidência dos miomas no corpo uterino — PROF. CARMO LORDY</i>	491
<i>O método de Boero no decurso da esterilização cirúrgica — DR. RAÚL GARCIA VALENZUELA</i>	501
<i>Tratamento da placenta prévia — DR. LÉO RODRIGUES LIMA DE GOUVÉA</i>	508
<i>Mortalidade materna no Distrito Federal no triénio 1940-1942 — DRS. CARLOS F. DE ABREU, ALVARO AGUIAR, MANOEL PINTO e MOACYR DE MELLO</i>	514

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

<i>Novas rotas da cirurgia ginecológica — DR. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ</i>	520
---	-----

EDITORIAL

<i>Anemias na gravidez</i>	534
----------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>O Hospital de Clínicas da Faculdade Nacional de Medicina</i>	539
<i>Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica da Universidade do Brasil</i>	541
<i>IV Semana da Saúde e da Raça</i>	542
<i>III curso teórico-prático de cirurgia da biliar</i>	544

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Lações de Clínica Ginecológica — N. MORAES BARROS</i>	545
<i>Política sexual — ALMERINDO LESSA</i>	546
<i>Leucoplasia vulvar — OCTAVIANO ALVES DE LIMA FILHO</i>	548
<i>Problema Médico-Social Máximo do Brasil (Disgenesia, nati-mortalidade e mortalidade infantil, Natalidade e povoamento.) — CLOVIS CORRÉA DA COSTA</i>	549

RESUMOS

(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.

	Págs.
<i>O emprego da pectina e outros agentes na profilaxia do choque — FIGUEROA, L. e LAVIERI, F. J.</i>	551
<i>Estudo sobre os linfáticos da bexiga urinária feminina — POWELL, T. O.</i>	552
<i>Fator Rh nas reações por transfusões de sangue do mesmo grupo — BUTLER, B. C., DANFORTH, D. N. e AMADEU, J.</i>	553
<i>Fibromas ovarianos: um estudo clínico e patológico de duzentos e oitenta e três casos — DOCKERTY, M. B. e MASSON, J. C.</i>	553
<i>Transplante de fascia abdominal para a cura da incontinência urinária de esforço — STUDDIFORD, W. E.</i>	555
<i>Endometriose intersticial com uma comunicação de três casos — MILLER, J. R. e TENNANT, R.</i>	556
<i>As primíparas idosas — KUDER, K. e JOHNSON, D. G.</i>	557
<i>A possível significação dos esfregaços vaginais no diagnóstico de certos distúrbios da gravidez — SCHUMAN, W.</i>	558
<i>Tratamento sulfamídado de um dia da gonorreia crônica na mulher — STRAUSS, H., GOLDSTEIN, S., HOROWITZ, E. A. e MEYER, E.</i>	559
<i>Anestesia caudal contínua. Análise de 1.200 casos com comparação de métodos — SIEVER, Major J. M.</i>	560
<i>Anestesia caudal terminal em obstetrícia. Uma revisão de 800 casos. — CRON, R. S. e KLEIGER, J. A.</i>	561
<i>Formação de vagina artificial — MARSHALL, H. K.</i>	562
<i>Involução acelerada do útero no pós-parto pelo tratamento com o complexo de vitamina B — BISKIND, L. H. e BISKIND, M. S.</i>	563
<i>O emprego do pentotal sódico e da anestesia local na cesária — DUNN, R. D.</i>	564
<i>Fatores que influem sobre a lactação — BROUGHER, J. C.</i>	564

	Págs.
<i>Reação de gravidez baseada num método colorímetro do pregnandiol na urina</i> — GUTTERMAN, H. S.	565
<i>Um caso de provável pan-hipopituitarismo após necrose pituitária pós-parto</i> — GLASS, S. J.	566
<i>Gravidez e câncer do colo uterino</i> — MÖNCKEBERG, C. B.	567
<i>Hiperplasia tecal e androtricose</i> — SALABER, J. A., NOGUÉS, A. E. e SAMMARTINO, R.	568
<i>Nomenclatura e vocábulos novos em obstetricia. Necessidade de depurar a linguagem científica. A nomenclatura do Prof. Josue A. Beruti.</i> — LANDA, E.	568
<i>Útero duplo. Vagina dupla. Gravidez simultânea.</i> — BORRAS, P. E.	569
<i>Tecoma do ovário</i> — PERALTA RAMOS, A. A. e ALBERTELLI, J.	569
<i>Tumor mixto gigante do ovário</i> — GABASTOU, J. A.	570
<i>Cesariana extra-peritoneal de Waters</i> — ROJAS, D. A.	570
<i>A anestesia caudal contínua no México</i> — TERRAZAS MOLINAR, J.	571
<i>Diaphragma congênito vaginal. Rotura obstétrica e plástica.</i> — VALLEJOS MEANA, N. e BELLO, J. A.	572
<i>Cisto inflamatório do Douglas</i> — BASILICO, M. V. e PIERRE, R.	572
<i>Leis de fisiopatologia da dor esplâncnica</i> — STAJANO, C.	573
<i>Rotura espontânea do útero durante a gravidez</i> — ANWAUDTER, K. e RODRIGUEZ, R.	573
<i>Eritroblastose fetal</i> — TRIVELLI, O.	574
<i>Gravidez em corno uterino rudimentar</i> — GARCIA, P.	575
<i>Gonadotrofina sérica equina</i> — ERNST, A.	576
<i>Torção de um cisto do ovário</i> — PRIETO, E.	576
<i>Como se combate o câncer nos Estados Unidos</i> — RIVEROS, M.	576
<i>O paramétrio; sua anatomia cirúrgica e sua patologia mais frequente.</i> — AGUERRE, J. A.	577
<i>Enxerto endométrio-ovário</i> — DIEZ, A. J.	578

resultados após o emprego de 8 gr. de sulfatiazol, 8 gr. de sulfadiazina ou 6 gr. de sulfadiazina.

Concluem que não se acham em condições de advogar essa técnica de tratamento, a não ser em doentes hospitalizadas, caso em que o tempo é de importância. — A. M.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Anestesia caudal contínua. Análise de 1.200 casos com comparação de métodos (*Continuous caudal anesthesia. Analysis of 1.200 cases with comparison of methods*) — SIEVER, Major JAMES M. — (J. A. M. A., 3 Junho 1944, Vol. 125, N.º 5, pág. 327).

Em longo artigo o A. faz uma análise de 1.200 casos de anestesia caudal contínua, estudando as vantagens e desvantagens de vários métodos e tirando desse estudo as seguintes conclusões:

- 1) A anestesia caudal contínua é um elemento valioso no armamentário do obstetra. Não deve ser esquecido que outros métodos de analgesia são uteis e devem ser usados em conjugação com a anestesia caudal contínua quando as circunstâncias o exigirem.
- 2) A anestesia caudal contínua deve ser usada sómente por um obstetra competente, porque seu uso acarreta uma maior percentagem de partos operatórios e aumenta as complicações obstétricas quando não é adequadamente aplicada.
- 3) Os partos operatórios são enormemente facilitados devido ao completo relaxamento do períneo.
- 4) Tenho a impressão, resultante da observação clínica, que certas crianças se intoxicam em consequência das drogas usadas e apresentam perturbações fatais. O coração fetal deve ser fiscalizado frequentemente durante o trabalho e ao primeiro sinal de perturbação a anestesia deve ser interrompida ou o trabalho terminado.
- 5) Minha experiência indica que o hidro-clorato de procaina dá os melhores resultados com menor toxidez, tanto para a mãe como para o feto. Não vejo, por conseguinte, razão para usar uma droga mais tóxica.
- 6) As crianças nascidas sob anestesia caudal contínua vêm à luz despertas e não necessitam de manobras de ressurreição. Isto é uma das maiores vantagens da anestesia caudal contínua.
- 7) A anestesia caudal contínua tem se mostrado de valor na conduta dos casos de eclampsia. Em cinco casos em que foi empregada não houve mortalidade fetal nem materna.

8) A administração em gota contínua tem demonstrado, em nossas mãos, ser o maior progresso técnico introduzido na anestesia caudal contínua.

9) Todas as pacientes devem ser previamente medicadas com barbitúricos. É aconselhável medicar-se previamente cada paciente com 0,024 gr. de efedrina para prevenir a possibilidade de um colapso circulatório.

10) A técnica do cateter ureteral permanente é inócuia, menos traumática e mais confortável para a paciente.

11) Uma assepsia absoluta deve ser observada em todos os tempos. — O. S. L.

Anestesia caudal terminal em obstetrícia. Uma revista de 800 casos. (*Terminal caudal anesthesia in obstetrics. A review of 800 cases*) — CRON, ROLAND S. e KLIEGER, JACK A. — (*J. A. M. A.*, 3 Junho 1944, Vol. 125, N.º 5, pág. 332).

Os A.A. praticam a anestesia caudal terminal, isto é, na segunda fase do trabalho de parto. A injeção é praticada quando a apresentação atinge o estreito inferior e a paciente entra no período de expulsão.

Os A.A. fazem uma revista de 800 casos de anestesia desse tipo e apresentam as seguintes conclusões:

1) Em 88,8 % de 800 casos de anestesia caudal terminal em obstetrícia foi obtida uma anestesia perfeita, em 11,2 % dos casos houve fracasso parcial ou total. A média de duração da anestesia (em 600 casos) foi de oitenta e nove minutos.

2) As complicações anestésicas imediatas foram poucas e transitórias; o puerpério não foi em nenhum caso perturbado por qualquer ocorrência atribuível direta ou indiretamente ao anestésico.

3) Os efeitos sobre o feto foram nulos.

4) As possibilidades de penetração dural, de anestesia espinhal maeça ou de quebra de agulhas são mínimas. Com simples precauções, tais acidentes nunca ocorreram em nossas séries.

5) Não há indicações para medicação específica direta contra possíveis efeitos tóxicos da metycaine.

6) Nenhuma infecção da região sacra foi observada.

7) A infiltração preliminar da pele foi desaconselhada, porque foi considerada desnecessária e um fator potencial de infecção.

8) A anestesia caudal terminal em obstetrícia é de real valor. Seu uso deve ficar restrito àqueles que são capazes de perder tempo para aprender completamente o método. Tal instrução será recom-

pensada por um mínimo de insucessos e complicações. Porá um fim às injustas críticas ocasionalmente levantadas contra o método, que surgem antes de um operador incapaz do que de qualquer falta inerente ao método e permitirá à anestesia caudal tomar seu legítimo e devido lugar no campo da anestesia obstétrica. — O. S. L.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Formação de vagina artificial (*Formation of Artificial Vagina*)

— MARSHALL, H. K. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 52, N.^o 6, pág. 245).

A ausência congênita da vagina sempre chamou a atenção especial dos ginecologistas e a evolução histórica dos métodos de correlação deste defeito é um dos capítulos mais atraentes da Ginecologia. Processos difíceis e perigosos foram abandonados e substituídos, nas últimas décadas, por procedimentos simples, seguros e altamente satisfatórios. Todos os métodos usados foram classificados pelo A. em 7 grupos, sendo discutidas vantagens e desvantagens de cada um. O método de POPOU-SCHUBERT que utiliza o reto é uma técnica extra-peritoneal, forma uma vagina elástica, sem retracções, com uma só intervenção, apresentando, porém, alta mortalidade e morbidade, transtornos do esfíncter e fístulas intestinais.

O método de BALDWIN, utilizando parte do íleo tem as vantagens do método anterior porém, o processo intra-peritoneal e produz uma secreção abundante e irritante. A operação de GRAVES, que utiliza retalhos dos lábios é bastante vantajosa se os lábios estão bem desenvolvidos, havendo, porém, tendência para encurtamento da vagina e crescimento de cabelo na mesma. A operação de FRANK-GEIST que emprega retalhos tubulares tem os inconvenientes de longa hospitalização, de intervenções repetidas e tendência marcadamente para retracções. A operação de COUNCILLER Mc INDOE é relativamente simples, porém, só 50 % dos casos pegam de início, havendo necessidade de dilatações. A operação de WHARTON, que se baseia na auto-epitelização, deixa uma superfície de granulação durante 2-3 meses, frequentes hemorragias secundárias e infecções locais.

Finalmente, o método de FRANK, que é o da simples invaginação mecânica, não exige operação nem hospitalização, no caso de falhar não impede o emprego de outros métodos, qualquer médico pode orientar a doente na execução das manobras necessárias, não há mortalidade ou morbidade, nem deformações. O método tem o inconveniente de não ser aplicável a qualquer caso, impossível mesmo nos

só dado o interesse do caso bem como a oportunidade que se apresenta em se discutir as características histológicas e biológicas destes tipos de tumores.

A bem cuidada observação acompanha-se de fotografia e microfotografias da peça operatória. A figura 5 mostra-nos com muita nitidez o aspecto típico em "fogos de artifício".

A seguir os A.A. tecem comentários em torno do caso, assinalando a raridade destes tumores pois apenas existem 60 casos publicados em todo o mundo. Chamam a atenção para o aparecimento frequente na menopausa (80 % de ação feminilizante).

As particularidades clínicas da observação se ajustam às publicadas pelos diversos autores.

Terminam salientando a benignidade do tumor, aconselhando a terapêutica cirúrgica conservadora e não a roentgenterapia. O trabalho em sessão foi discutido pelo Dr. THWAITES LASTRA. — J. C. C.

Tumor mixto gigante do ovário (Tumor mixto gigante del ovario)

— GABASTOU, JUAN A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1944, Tomo 23, N.º 4, pág. 176).

O A. publica observação de uma doente de 50 anos de idade, portadora de enorme tumor abdominal. Justifica o registro do caso dado primeiro a raridade em nosso dias de encontrarmos tumores gigantes abdominais (o tumor pesava 14 quilos); segundo pela interessante modalidade do tumor que primitivamente intra-ligamentar tornou-se, dado o seu acentuado desenvolvimento ulterior, retroperitoneal o que exigiu laboriosa intervenção; finalmente por se tratar de um tumor de natureza mixta: fibro-mixo-lipoma gigante do ovário.

Termina o seu trabalho o lindo anátomo-patológico do caso — J. C. C.

Cesariana extra-peritoneal de Waters (Cesarea extraperitoneal de Waters) — ROJAS, DANIEL A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1944, Tomo 23, N.º 4, pág. 180).

O A., em sessão na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, fez projetar um filme sobre a operação executada em seu Serviço — Cesária extra-peritoneal de Waters —, tecendo no momento comentários em torno da intervenção bem como das minúcias técnicas próprias ao novo processo. Ao registrar o caso diz ser o único em que praticou tal técnica pois de há muito executa, sendo entusiasta mesmo, a técnica de LATZKO. Refere-se às dificuldades advindas

do descolamento do peritônio da bexiga, tempo indispensável na técnica de Waters.

Comentou a comunicação o Dr. THWAITES LASTRA que conta em sua casuística 8 doentes operadas pela técnica de Waters. Aliás também não se mostra inclinado a tal processo pelas grandes dificuldades no descolamento peritoneal. Aconselha em questão de cesárias o uso da técnica de FRANKO PUGA. — J. C. C.

ANALECTA MÉDICA (México)

A anestesia caudal contínua no México (*La anestesia caudal continua in México*) — TERRAZAS MOLINAR, J. — (*Anlecta Médica*, México, Abril-Junho 1944, Ano V, N.º 2, pág. 31).

O A. introduziu, para seu uso, nas mulheres mexicanas, pequenas modificações na técnica da anestesia caudal contínua. Assim, a injeção inicial é de 8 cm.³ e depois 12 cm³ durante 45 minutos a 1 hora.

Posteriormente, segue injetando de 10 a 15 cm³, o que é suficiente para manter a altura da anestesia cutânea e conservar as contrações indolores.

Descreve o instrumental usado e dá depois as vantagens e desvantagens encontradas para o método.

Entre as vantagens, analisa a supressão da dor, o encurtamento dos períodos do trabalho de parto, o menor sofrimento fetal, a diminuição da hemorragia uterina pós-parto.

Considera como desvantagens a necessidade da permanência do anestesista ao lado da parturiente durante todo o tempo da anestesia, a diminuição da intensidade das contrações uterinas, havendo necessidade de pequenas injeções de ocitócicos; a maior percentagem de aplicação de fórceps baixo, não por necessidade, senão para encurtar mais o parto; o perigo de que a agulha penetre no espaço aracnóideo, produzindo uma anestesia raquídea (que, com a dose injetada pelo A. não seria fatal mas seria inconveniente sério).

— C. A.

U. F. R. J.
 MATERNOIDADE E SOCIA
 BIBLIOTECA
 ANAIS BRASILEIROS

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Dirектор-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. 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 IX

Janeiro de 1944

Vol. 17 — N.º 1

S U M A R I O

	Pags.
TRABALHOS ORIGINAIS	
Fistulas vésico-vaginais e seu tratamento — DR. GERALDO V. DE AZEVEDO	1
Dois casos de endometriose: umbigo e cicatriz de laparotomia — DR. ARY NOVIS	33
EDITORIAL	
Novos produtos hormonais	43
NOTAS E COMENTARIOS	
† Professor Dr. Frederick Joseph Taussig	47
† Professor Dr. Raphael Araya	48
Curso de Extensão Universitária de Clínica Ginecológica na Universidade do Brasil (Cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes)	49
Distribuição Inter-Americana de Filmes Médicos	55
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
Tratado de Obstetrícia — MANUEL LUIS PÉREZ	57
Endocrinologia Prática, diagnóstico e tratamento — MAX A. GOLD-ZIEHER	58
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA	
Ata da quinquagésima-quarta sessão ordinária	59
Ata da quinquagésima-quinta sessão ordinária	61
RESUMOS	
(Ver índice próprio).	

Krinchepal

INJETAVEL

Hormônio Antianêmico, Puríssimo, do Fígado



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.
Ruptura do útero. Análise de 30 mortes maternas — GORDON, C. A. e ROSENTHAL, A. H.	63
Câncer da mama na juventude — CHOLNOKY, T. DE	64
A mobilidade uterina durante o trabalho de parto com especial referência à inércia — MURPHY, D.	64
Uma complicação séria de anestesia caudal — SMALL, M. J.	65
A tuberculose endometrial como uma causa de esterilidade — RABAN, E., HALBRECHT, I. e CASPER, J.	66
Pan-histerectomia versus irradiação no câncer inicial do colo uterino — JONES, H. W. e JONES, G. E. S.	66
Nova contribuição para a síndrome de Meigs — fibroma do ovário com líquido no abdome e tórax — MEIGS, J. V., ARMSTRONG, S. H. e HAMILTON, H. H.	67
Estudos sobre a nutrição durante a gravidez — BURKE, B. S., BEAL, V. A. e outros	68
A fluidez do sangue menstrual, um efeito proteolítico — HUGGINS, C., VAIL, V. C. e DAVIS, M. E.	69
Uma tentativa para relacionar o estado pre-eclâmptico com uma anomalia congênita do rim — HUNTER, R. M.	71
Hexestrol: Estudo clínico de um novo estrogênio sintético. — KARNAKY, K. J.	72
Tratamento da menopausa por implantes de estrogênios — TE LINDE, R. W. e BENNETT JR., H. G.	73
Alongamento supra-vaginal do colo uterino e gravidez — CASO, R. e STRATICO, J.	74
Sarcoma leiomioblastico primitivo da vagina — ARENAS, N., SAMMARTINO, R. e GUGLIELMO, L. DI	74
Resultados da ressecção do plexo hipogástrico superior no tratamento da dismenorréia dolorosa essencial — FOX, E.	75
As dermatoses no estado grávido-puerperal — MORAGUES BERNAT, J. e DI FONZO, N. O.	75
Nossa experiência na atresia vaginal congênita — AHUMADA, J. C. e CONTRERAS ORTIZ, N.	76
"Neisseria gonorrhoeae". Algumas considerações sobre seu cultivo. — RENNELLIA, M.	77
A relação dos hormônios sexuais cancerígenos com o colesterol — ROFFO, A. H. e CORREA URQUIZA, L. M.	78
Histerectomia total ou sub-total? — AGUERRE, J. A.	79
Tuberculose da mama e sua coexistência com o câncer — GREENE, E. e CAVIEDES, H.	79
Estudo clínico da involução uterina — AGÜERO, O.	80
Um caso de apoplexia útero-placentária tratada por parto médico — PONTE, O. L., SIOCO, R. D. e AGÜERO, O.	81
A operação cesária — RUIZ, M.	83
Contribuição ao tratamento da mola pelo método de Boero — BETANCOURT, E. D. e RODRIGUEZ FEO, J. A.	84

cesso operatório e não à ruptura do útero. Em 3 casos em que o útero foi explorado, não se descobriu a fenda na parede uterina. A maioria das pacientes não recebeu transfusão de sangue, ou apenas dose inadequada.

O tratamento do choque foi feito também por outras terapêuticas intravenosas e vários estimulantes cardíaco-vasculares. — A. V. R.

Câncer da mama na juventude (*Mammary cancer in youth*) — CHOLNOKY, TIBOR DE — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Julho 1943, Vol. 77, N.º 1, pag. 55).

Este estudo é baseado em 73 casos de câncer da mama em pacientes com menos de 30 anos de idade, coligidos de observações de 6 hospitais. O câncer da mama em doentes com menos de 30 anos de idade constitui 2 por cento de todos os cânceres da mama. O diagnóstico precoce só pode ser feito com certeza no laboratório. Nos pequenos tumores com menos de 2 centímetros de diâmetro, os gânglios linfáticos estão poucas vezes comprometidos e o prognóstico é favorável.

A sobrevida de cinco anos nos doentes operados, foi observada em 40,8 por cento; a sobrevida de 10 anos, em 37 por cento.

O autor conclui que os resultados da cirurgia radical em mulheres jovens, com menos de 30 anos, são comparáveis aos obtidos nos grupos de idade mais avançada. Parece insustentável a antiga crença de que o prognóstico, em mulheres com menos de 30 anos, portadoras de tumores malignos da mama, é fatal. — A. V. R.

A mobilidade uterina durante o trabalho de parto com especial referência à inércia (*The pattern of uterine motility throughout labor with special reference to inertia*) — MURPHY, DOUGLAS — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Julho 1943, Vol. 77, N.º 1, pag. 101).

As contrações uterinas de 105 mulheres em trabalho de parto foram anotadas graficamente por meio do tocógrafo de Lorand. Foram feitas observações a intervalos de hora e meia e duas horas, durante a maior parte do trabalho de parto.

Cada paciente apresentou um tipo de contração que lhe era peculiar.

O trabalho de parto normal se caracterizou por: a) contrações de magnitude suficiente, b) um grau relativamente alto de ritmo de ocorrência de contrações sucessivas, c) contrações que não se assemelhavam bastante umas às outras em magnitude e caráter geral.

A inércia primária se caracterizou por: a) contrações de pequena amplitude, b) considerável arritmia de ocorrência de contrações sucessivas, c) contrações que não se assemelham umas às outras em magnitude e caráter geral.

O A. refere-se e confirma a classificação de LORAND das inércias em normotônicas, hipotônicas e hipertônicas.

De suas observações, o A. conclue que o tocógrafo de LORAND é um instrumento útil para a observação da presença de inércia primária e para distinguir o seu tipo. — A. V. R.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Uma complicação séria de anestesia caudal (*A serious complication of caudal anesthesia*) — SMALL, MAURICE J. — (J. A. M. A., 3 Julho 1943, Vol. 122, N.º 10, pag. 671).

O A. publica a observação de um acidente ocorrido durante uma anestesia caudal em secundípara em trabalho de parto a termo. A anestesia foi praticada pela técnica de HINGSON e EDWARDS. Havia qualquer contra-indicação à anestesia e esta fôra iniciada estando o colo dilatado para 3 dedos, membranas intactas, cabeça insinuada em O. I. E. A. Uma hora depois, diz o A., a dilatação era completa, as membranas se tinham rompido e a cabeça encontrava-se no períneo. A paciente sorria, palestrava e cooperava no trabalho de parto, quando subitamente se tornou sonolenta, fechou os olhos, rolava a cabeça de um para outro lado, deu vários suspiros e tornou-se apnéica e rapidamente cianótica. Seus dentes cerram-se fortemente e foi com dificuldade que uma cânula foi passada. Imediatamente foi iniciado um tratamento visando a sícope respiratória. Os batimentos cardíacos eram rápidos e difficilmente audíveis. Não foi possível obter a pressão arterial. A agulha do ap. de anestesia foi imediatamente retirada, tendo-se previamente verificado que caíam 50 gotas por minuto. Enquanto a paciente era convenientemente tratada o feto foi extraído a fórceps em perfeito estado de vitalidade. Quando a paciente recuperou a consciência pôde-se verificar que a anestesia subia até a linha axilar e a motilidade das extremidades desaparecera. A paciente curou-se completamente.

O A. indaga se não é possível a substância anestésica difundir-se pelo espaço sub-aracnóideo, ainda que a agulha tenha sido colocada no canal caudal. — O. S. L.

TWEEDY afirma que depois do parto o fundo uterino se coloca a 8 polegadas acima do pubis; no 7.^º dia a 5 ou 6 polegadas para desaparecer detrás do pubis no 10.^º ou 14.^º dia.

SCHUMANN, TEMESVARY, METZGER, VARNIER e outros apresentam as suas medidas, com variações entre si.

Diversas são as causas de erro que influem e fazem com que essas medidas possam falhar na prática. Em primeiro lugar a repleção vesical, muito comum, sendo fator primordial aconselhar o esvaziamento vesical antes da mensuração.

Em segundo lugar: o reto cheio pode empurrar o útero para cima e causar a sub-involução uterina.

Terceiro: A retenção de lóquios.

Quarto: A anteversão do útero após o parto. A maior ou menor rapidez com que se efetuam as trocas metabólicas que condicionam essa regressão. O fator hormonal variável entre as pacientes, eliminação dos hormônios anti-hipofisários nos primeiros dias do puerpério ou formação de novos hormônios devido ação inibidora dos hipofisários. Ainda:

1) A multiparidade, 2) a lactânciia materna, 3) o repouso no leito durante o puerpério, etc., são todos fatores que entram em consideração.

Como causas que retardam a involução do útero, o A. apresenta:

- 1) A primiparidade.
- 2) Super-distensão do útero por gravidez múltipla, feto volumoso.
- 3) As lesões do períneo e colo, produzidas durante o trabalho de parto.
- 4) A constipação habitual e retenção urinária.
- 5) As gestações frequentes.
- 6) Retenção de restos placentários ou membranas. — N. A.

Um caso de apoplexia útero-placentária tratada por parto médico (Un caso de apoplejia útero-placentaria tratada por parto médico) — PONTE, O. L., SIOCO, R. D. e AGÜERO, O. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, Julho 1943, Ano 3, N.^o 1, pag. 19).

No presente artigo os A.A. relembram um caso, publicado por eles, de apoplexia útero-placentária resolvida por terapêutica cirúrgica (cesária alta), morrendo a enferma poucas horas depois da intervenção. Este caso, porém, se revestia de grande gravidade, com o comprometimento do estado geral, de modo que qualquer terapêutica se tornaria inutil. Quanto ao tratamento dessa entidade clínica, na atualidade não se tem chegado a uma conclusão definitiva. Pode-se

dizer, referindo também à eclampsia, com a qual tem tanta afinidade a síndrome apoplética, que universalmente se aceita hoje o tratamento médico obstétrico dessa complicação (STROGANOFF). Atualmente as opiniões variam quanto ao tratamento. Os parteiros franceses em geral, até 1937 foram partidários da via abdominal ou o parto forçado. Autores alemães como PANKOW e STOECKEL em 1927 e em 1935 preconizavam igual conduta. TITUS, COOKE e outros americanos praticam e recomendam a terapêutica cirúrgica por via alta. WEYMEERSCH e SNOECK chegaram à conclusão que o tratamento médico oferecia as melhores garantias para a mulher. O método de SOLOMONS consiste no seguinte: o tratamento do estado de choque e anemia por transfusão de sangue, sôro fisiológico, aquecimento da enferma, tonicardíacos etc. 2.º) Ruptura das membranas. 3.º) Administração de extratos pós-hipofisários, de 10 a 20 unidades. 4.º) Utilização de morfina em doses altas — 12 etgs. em 24 horas.

O motivo principal desta comunicação é a história clínica de uma paciente na qual desde o 7.º mês foi verificado que o feto estava em apresentação podálica, o que se tratou de corrigir por meio de purgantes, enemas e manobras de versão, sem êxito. No 8.º mês apresentou ligeira albuminúria, igualmente tratada. Seis dias após, a paciente é internada apresentando hemorragia uterina. Ao toque: colo sem dilatação, segmento mal formado, apresentação podálica alta, não se apreciando sinais de inserção baixa da placenta. O exame especular nada revelou. Batimentos fetais bem, à esquerda e acima do umbigo. Tensão arterial: 14 x 11. A enferma não se queixa de dor. Pulso 104. Grupo sanguíneo: IV. Tempo de sangria: 6'. Tempo de coagulação: 4'. A enferma fica em observação e a auscultação mais tarde revela sofrimento fetal, traduzido por ligeira arritmia. A urina colhida revela albuminúria ligeira; fórmula leucocitária: 31.300 glóbulos brancos e 82 % de neutrófilos. Com estes dados resolveram iniciar o tratamento médico: 1 etg. de morfina. Os ruídos fetais se tornaram surdos, a 133 por minuto. Contrações dolorosas intermitentes e intensas. Ruídos fetais difíceis de apreciar. Tensão arterial: 12 x 9. Neste estado se mantém até que expulsa espontaneamente um feto morto, em apresentação podálica, de 3.020 grs. de peso. A expulsão da placenta se acompanha de sangue líquido, negro e de grossos coágulos. O puerpério é febril durante os 8 primeiros dias com remissões até 38°; a curva de involução uterina foi normal. Após 18 dias de permanência a paciente deixa a Maternidade com o estado geral satisfatório e com 2.480.000 glóbulos vermelhos e 40 % de hemoglobina. Em resumo, trata-se de um caso de síndrome de COUVELAIRE de mediana intensidade, tratado pelo método de KREIS com êxito, o que vem aumentar a casuística argentina. — N. A.

A operação cesária (La operación cesarea) — RUIZ, M. — (Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas, Julho 1943, Ano 3, N.º 1, pag. 24).

* A história da operação cesária data de muitos anos, desde o século XIII antes de J. C. Daí para cá diversas tentativas foram feitas até que PORRO praticou a primeira cesária em 21 de Maio de 1876, completando-a com uma histerectomia. Repetiu depois a operação com grandes resultados, e de tal modo para a ciência, que todos os parteiros chamaram de tal feito o "renascimento da verdadeira operação cesária". Depois, como consequência natural, os seguidores de PORRO tais como SÁNGER, KELNER, LEOPOLD, POTOCKÁ, DÜRHSEN surgiram para introduzir alguns aperfeiçoamentos. A incisão abdômino-uterina para chegar ao feto e extraí-lo compreende os processos principais.

Em primeiro lugar secciona-se a parede abdominal, depois a parede uterina, extraí-se depois o feto e sutura-se as feridas uterina e abdominal conservando-se o útero.

A mulher fica com seus órgãos completos e a capacidade de ter novos filhos; é a cesária propriamente dita ou cesária conservadora.

Há outras vias propostas e preferidas por certos operadores, como a via supra-sinfisária, iniciada por FRANK, de Colônia, em 1906 e aceita por alguns como LATZKO, KÜSTNER, KNEISE, SELHEIM etc. Esta via sinfisária superior tem como caráter principal fazer extra-peritoneal a cesária supra-sinfisária.

As indicações da operação cesária divide-as RIBEMONT em duas categorias: as indicações absolutas e as relativas; ainda discute o autor quando deve ser a operação mutiladora ou conservadora.

A indicação da extirpação total ou parcial aplicadas por RIBEMONT na operação de PORRO são as seguintes:

- 1) Nos casos em que haja infecção provável do útero;
- 2) Nos casos de obstrução total ou parcial do canal útero-vaginal;
- 3) O câncer do útero e em particular do colo;
- 4) Pelve viciada por osteomalácia;
- 5) Inéquia uterina completa;
- 6) Nos casos em que a ruptura uterina possa ser prevista pelo médico parteiro.

A operação cesária deve ser executada com todo o esmero de uma operação abdominal, e o cirurgião deve estar apto a executar todos os imprevistos, cercando-se dos melhores recursos e da melhor técnica possível que exige o caso.

Para a maioria dos autores o ato operatório se divide em seis tempos que foram bem discriminados pelo A. Logo em seguida vem as cuidados pós-operatórios que também devem ser levados em consideração.

Entre os principais operadores se encontram LATZKO e KÜSTNER cujas ténicas são descritas nos Anais de Ginecologia e Obstetricia de 1909.

As operações mutiladoras do útero teem como resultado imediato retirar o órgão infectado e inabilitar a mulher para novas concepções. Os métodos variam segundo a extração do útero seja total ou parcial e com ou sem extração dos ovários e trompas. BAR apresenta os diversos processos da cesária mutiladora que são os seguintes:

- 1) Operação cesária com ablação dos ovários.
- 2) Operação cesária com ablação das trompas e dos ovários ou ligadura das trompas e sua secção.
- 3) Operação cesária com amputação do corpo.
- 4) Operação cesária com histerectomia sub-total.
- 5) Operação cesária com histerectomia total.
- 6) Operação cesária com histerectomia parcial unilateral (semi-amputação ou gastro-histerectomia unilateral de SÁNGER).

A eleição de um destes processos fica a cargo do cirurgião, que funda sua preferência nas indicações que o proporciona o caso clínico; em geral a operação mais conveniente é a que extirpa o útero na totalidade (corpo e colo); a extração dos ovários e das trompas obedecerá indicações especiais. — N. A.

REVISTA MEDICA CUBANA

Contribuição ao tratamento da mola pelo método de Boero
(Contribución al tratamiento de la mola por el método de Boero)
 — BETANCOURT, E. D. e RODRIGUEZ FEO, J. A. — (*Rev. Médica Cubana*, Julho 1943, Tomo LIV, N.º 7, pag. 617).

Atualmente, com a dosagem biológica hormonal para o diagnóstico precoce da gravidez molar, encontramo-nos com muito mais frequência com o problema terapêutico dessa entidade em seu começo. A interrupção artificial da gestação entre o 3.º e o 6.º mês, desde o aparecimento do método de BOERO, pode ser considerada de dois modos: 1.º) A interrupção em sua evolução, sem ser seguida de evacuação imediata "método de BOERO" e 2.º) A evacuação uterina, por via abdominal ou vaginal.

Referem-se os A.A. a 2 casos de gravidez molar em que praticaram o método de BOERO.

No 1.º caso seguiu-se esvaziamento da cavidade uterina horas após a injeção de formol, grande hemorragia seguida por curetagem.

No 2.º caso a evacuação se deu 62 dias após prévia dilatação do colo com laminárias. — C. A.

ANÁIS 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

Secretária de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. 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 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 - Itua 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 IX

Fevereiro de 1944

Vol. 17 — N.º 2

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Pags.
<i>Embarazo tubario y endometriosis</i> — PROF. DR. RODOLFO SAM-MARTINO e DR. ROBERTO M. GORI	85
<i>Exonfalia e aplasia dos genitais externos</i> — DR. LAURO WANDERLEY	93
<i>Sobre um caso de bartolinite bilateral</i> — DR. RAYMUNDO SANTOS	101

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

<i>Hereditariedade em Ginecologia</i> — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	106
---	-----

EDITORIAL

<i>Endocrinologia em Ginecologia</i>	128
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

† Professor Fernando Magalhães	131
† Dr. João Pereira de Camargo	134
<i>Relatório dos trabalhos da Clínica Ginecológica referentes às atividades clínicas e didáticas do ano de 1943</i>	135

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Métodos escolhidos de Técnica Microscópica</i> — M. C. FERNANDES ..	143
<i>Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas</i> — ALBERTO PERALTA RAMOS, JUAN CARLOS AHUMADA e MANUEL LUIS PEREZ (Diretores)	144

RESUMOS

(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. Candelária, 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.
Terapêutica endovenosa de plasma e sôro humano — HILL, I. M. e MURRAY, E. E.	145
Pelvimetria radiológica — THOMS, H.	146
O tratamento cirúrgico do prolapo do útero e da vagina. Relação de 730 operações pessoais. — PHANEUF, L. E.	147
Leucemia e gravidez com a apresentação de um caso — MOLONEY, W. C., HEFFERMAN, R. J. e KASDON, S. C.	148
A excreção de estrogênio e gonadotropina na gravidez adiantada — WATTS, R. M. e ADAIR, F. L.	149
A vitamina A e o caroteno plasmáticos do recém-nascido — LEOND, C. J. e KIMBLE, M. S.	151
O valor da pelvi-radiografia na conduta da distocia — WEINBERG, A. e SCADRON, S. J.	152
Lesões do ureter durante a cirurgia ginecológica — ADAMS, W. TH.	153
Sobre a natureza das inclusões intra-cellulares e sua significação em ginecologia — TAFT, A. E.	154
Conceito de tumor abdominal, Oncoquiliagnose. — MIRIZZI P. L.	155
Tratamento cirúrgico da ptose mamária — PALACIO POSSE, R.	156
Anestesia local nas operações por via vaginal — ARAGÓN, E. R.	156
A hormonoterapia com foliculina nas mastosse — BELLO, E.	157
Terapêutica oral pelo sulfato sódico de estrona. Produção de sangramento e regulação ciclica na amenorréia funcional. — TURNER, V. H., DAVIS, C. D. e HAMBLEN, E. C.	158
Terapêutica oral pelo sulfato sódico de estrona. Produção de hemostasia e regulação ciclica na hemorragia funcional uterina. — TURNER, V. H., DAVIS, C. D. e HAMBLEN, E. C.	158
Uma contribuição ao tratamento da amenorréia — BERLIND, M.	159
Choque obstétrico — CASO, R. e BAEZ, J. J.	160
Contribuição ao diagnóstico hormonal da algomenorréia por endometrose — SALABER, J. A., SARDI, J. S. e ARRIGHI, L.	161
Sobre o diagnóstico de anencefalia na gravidez — PEREZ, M. L.	161

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Pags.
<i>Nossa experiência com a sulfanilamidoterpapia local em ginecologia — ARENAS, N. e BLANCHARD, O.</i>	162
<i>Sobre o tratamento médico da eclampsia — LASCANO, J. C. e VALENZUELA, J. R.</i>	162
<i>Analgesia e anestesia no parto — NICHOLLS, A. B.</i>	163
<i>Virilização provocada por carcinoma da suprarrenal — SALGADO, C.</i>	164
<i>O estímulo gonádico pelo ácido ascórbico — MURRAY, E. G.</i>	164
<i>Colpectomias nos prolapsos genitais — BARROS LIMA</i>	165
<i>Pelve mexicana? — QUIRÓS RODILLES, A.</i>	166
<i>Tuberculose genital; sua relação com a esterilidade. — THWAITES LASTRA, E. e JAKOB, A.</i>	166
<i>Modificações do sangue circulante no curso do ciclo menstrual — D'AQUILA, H. P.</i>	167
<i>Tumor de ovário (disgerminoma) com pedículo torcido em criança de sete anos — FAZIO, J. M.</i>	167
<i>Tuberculose bilateral da mama — EGÜES, A. e LATIENDA, R. T.</i>	168
<i>Leiomíoma da vulva — LATIENDA, R. I. e FERRO, A.</i>	169
<i>Aspectos médicos, éticos e deontológicos da esterilidade feminina e da infertilidade conjugal — TURENNE, A.</i>	169
<i>Leis de fisiopatologia da dor esplâncnica. A sensibilidade visceral em Patologia Ginecológica. — STAJANO, C.</i>	170
<i>Bacilo e gravidez — COVARRUBIAS P., A.</i>	171
<i>Sangue placentário em Ginecologia — ROSSI, O., G.</i>	172

DODOBISMAN

DOSE PRIMITIVA (0,03 br. metil)

DOSE DUPLA (0,06 br. metil) e INFANTIL

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALESCENTES

ESTERES MORRILLO E ENAULOCÁRCICO SUPERSATURADOS DE LIPOIDOS TOTAS DO CÉREBRO

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

ram diversos sedativos do sistema nervoso (morfina, luminal, sulfato de magnésia) sós ou associados ao sôro glicosado hipertônico endovenoso mais insulina subcutânea, e em 4 casos a flebóclise. O melhor conhecimento integral do indivíduo e das variações do seu meio interno vai eliminando as medicações rotineiras, dando lugar aos tratamentos racionais. A terapêutica pode ser por agora somente sintomática por se desconhecer a etiopatogenia; tratamento sedante das convulsões associado à terapêutica dos déficits funcionais. Utilizaram com preferência, por sua ação favorável sobre o meio interno, o sôro glicosado hipertônico e a flebóclise com sôro glicosado isotônico ou fisiológico. Recomendam esta última à razão de 1 1/2 a 2 litros nas 24 horas durante 2 dias, utilizando um contagotas especial que reduz os inconvenientes do processo, ao mínimo. Levando em consideração a ação dos sedativos, aconselham utilizar com preferência, no período de gravidez a associação luminal-cloral e durante o parto, o luminal-sulfato de magnésio. — C. A.

Analgesia e anestesia no parto (*Analgesia y anestesia en el parto*) — NICHOLLS, A. B. — (*Obst. y Gin. Latino-Americanas*, Agosto 1943, Vol. I, N.^o 4, pag. 426).

Para acalmar as dores no período de dilatação no parto, empregaram-se muitos medicamentos que, em alguns casos, têm tido pequena ação e, em outros, têm intoxicado o organismo fetal ou o materno.

O A., depois de ter experimentado diversas drogas, começou em 1938 a usar o Evipan sódico por via intramuscular, sendo êle o medicamento mais bem indicado. Por outro lado o protóxido de azoto ou gás hilarante, apesar de inofensivo, podendo ser empregado durante muito tempo, retarda a dilatação do colo e é de custo elevado.

O A. tem empregado, ultimamente, no período de expulsão e em forma sistemática, a anestesia. Adormece completamente a parturiente com Evipan sódico intravenoso ou com clorofórmio inhalado e procede, depois, à extração do feto com fórceps de SIMPSON.

O Evipan, segundo o A., não suspende as contrações, porém aumenta a duração do período de expulsão, daí o emprego do fórceps de SIMPSON, aplicado em dilatação completa com prévio diagnóstico de posição, resultando mais inofensivo para a criança que a expulsão espontânea, pois abrevia o referido período.

A estatística que comenta o A. comprehende 700 casos da Clínica "Los Angeles" de Medellin (Córdoba), dos quais 272 casos eram primíparas e 428 multíparas. A dilatação durou, em 227 pacientes, menos de 6 horas. A expulsão foi espontânea em 207 en-

fermas e com fórceps em 363. Empregou como anestesia: Evipan em 162 parturientes; clorofórmio em 304; raquídea em 42; éter em 16; mistura de SHLEICH em 3; Eunarcón em 2 e em 83 casos não empregou nenhum tipo de anestesia. — C. A.

Virilização provocada por carcinoma da suprarrenal —

SALGADO, CLOVIS — (*Obst. y Gin. Latino-Americanas*, Agosto 1943, Vol. I, N.^o 4, pag. 413).

O A. descreve um caso de síndrome gênito-suprarrenal para cujo diagnóstico se valeu da insuflação gasosa peri-renal, tendo encontrado bloqueado o polo superior do rim direito. Os sintomas clínicos, muito acentuados, traduziam-se por: hirsutismo, corpulência, acne, hipertrofia do clitoris, amenorréia, atrofia uterina e hipertensão. O tumor que pesava cerca de 600 grs. e tinha as dimensões de uma cabeça fetal, foi extirpado mediante uma incisão que, partindo da região lombar, foi prolongada até o bordo externo do reto anterior do abdome. O A. pensa que uma incisão que seguisse a duodécima costela ofereceria as melhores condições para abordagem dos tumores volumosos da suprarrenal. O exame histológico demonstrou que se tratava de um câncer da suprarrenal; os ovários se apresentavam com degeneração micro-cística e o endométrio em repouso com glândulas císticas.

Faz notar o A. que, com a administração de altas doses de estrogénio (1.000.000 U. I. em 60 dias), conseguiu remover a inibição provocada pelo tumor sobre o endométrio, o que permite supor a grande atividade endócrina do carcinoma cortical descrito.

Alguns dados recolhidos na literatura são citados pelo A. para demonstrar que a cirurgia pode extirpar com êxito os tumores corticais, salvando a vida das pacientes e fazendo retroceder e desaparecer os sintomas de virilização.

Segundo WALTERS e KEPLER, citados pelo A., o uso pré e pós-operatório do hormônio cortical poderá melhorar o prognóstico do suprarrenalinismo. — C. A.

O estímulo gonádico pelo ácido ascórbico (*La estimulación gonadal por el ácido ascórbico*) — MURRAY, E. G. — (*Obst. y Gin. Latino-Americanas*, Agosto 1943, Vol. I, N.^o 4, pag. 437).

Comunica o A. os resultados obtidos pela terapêutica com ácido ascórbico em 18 casos de perturbações da espermatogênese. Empregou, como índice de tratamento, as modificações observadas nos diversos caracteres do esperma.

ANNAIS 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. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. 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 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 IX

Março de 1944

Vol. 17 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Pags.

Alcoolização sub-aracnoidéia no tratamento da dor nas neoplasias gêntais — DRS. OSCAR B. NESTAREZ e SATURNINO CINTRA FRANCO	173
Tuberculose do endométrio e do miométrio de forma hemorrágica — DR. ALKINDAR SOARES	185
A auto-hemoterapia nos vômitos gravídicos — DR. HENRIQUE DUÉK	197

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Em torno da esterilidade na mulher — PROF. DR. HENRIQUE TANNER DE ABREU	204
---	-----

EDITORIAL

O fator tempo no diagnóstico biológico da gravidez	220
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Professor Dr. Josué A. Beruti	223
A luta contra o câncer em Belo Horizonte	224
Programa da Cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade Fluminense de Medicina (Catedrático Prof. Dr. F. Victor Rodrigues)	227

LIVROS E PUBLICAÇÕES

O Ovário — SYLLA O. MATTOS e OCTAVIANO ALVES DE LIMA FILHO	229
El Problema Terapéutico del Aborto séptico — RAUL GARCIA VALENZUELA	230

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Néo-Krinolan

SULFANILAMIDA

Extrato total de fígado — Fração G de fígado

Hormônio córtico suprarrenal



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.
Alterações da água extra-cellular no parto e no puerpério — CHESLEY, L. C. e BOOG, J. M.	231
Oufalocele; considerações anatômicas e clínicas. — SPECHT, N. W. e SHRYOCK, H.	232
Simplificação do tratamento da oftalmia gonocócica neonatorum pela qui- moterapia — BLUMBERG, M. L. e GLEICH, M.	232
Tratamento da diarréia epidémica neonatal pela sucinilsulfatiazol — TWY- MAN, A. H. e HORTON, G. R.	233
Poliomielite e gravidez — HARMON, P. H. e HAYNE, A.	234
Tumores intra-epiteliais superficiais não invasores do colo — KNIGHT, RICHARD VAN DYCK	235
Fibromas na gravidez — RANDALL, J. H. e ODELL, L. D.	237
A hemorragia como a mais importante causa de morte materna — GOR- DON, C. A.	238
O significado da velocidade de sedimentação dos eritrócitos em patologia pelviana — KATHERINE, Y. Y. LI	240
O emprego de uma irrigação antes do coito em casos de infertilidade de longa duração — MACLEOD, J. e HOTCHKISS, R. S.	241
Diabete complicado por gravidez — WHITE, P. e HUNT, H.	242
Sulfato de estrona: estudo clínico. — FRIED, P. H. e HAIR, Q.	243
Estado atual da terapêutica gonadotrópica na prática ginecológica — DA- VIS, M. E. e HELLBAUM, A. A.	244
Cardiopatias e gravidez — GONZALEZ SABATHIE, L.	245
A propósito dos processos de indução do aborto e parto prematuro por via abdominal (métodos de Aburel e Boero) — GAVIOLI, R. L.	246
Sarcoma leiomioblástico primitivo da vagina — ARENAS, N., SAMMAR- TINO, R. e DI GUGLIELMO, L.	246
Um problema terapêutico — LOZANO, D. e CURUTCHET, G. L.	247
O hipertireoidismo na mulher e na gestante — PÉREZ, M. L.	247
Transformação sarcomatosa de um fibroadenoma intracanalicular da glân- dula mamária — MOSTO, D. e NAZARIO, H. D.	248

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Pags.
<i>Carcinoma da parede posterior da vagina, irradiado, reproduzido e propagado à face anterior do reto. Anexo-histero-colpectomia total ampliada, associada à extirpação abdômino-perineal do reto.</i> — AHUMADA, J. C.	249
<i>Linfomatose granulomatosa (Linfogranulomatose Paltauf-Sternberg) dos gânglios hipogástricos</i> — AHUMADA, J. C., HERRERA, R. G. e SAMMARTINO, R.	250
<i>Actinomicose do ovário</i> — AHUMADA, J. C., CHEVALIER, R. M. e SAMMARTINO, R.	250
<i>Torção bilateral múltipla de anexos císticos</i> — PINEDA, R. e CAMPAGNOLI, G.	251
<i>Trombosflebite cerebral do puerpério</i> — LAVARELLO, A. G. e GRAZIANO, R.	252
<i>Reações de Friedman retardadas ou negativas durante a gravidez</i> — KUNZ, A. C.	252
<i>Tratamento do aborto incompleto</i> — AMADO DE LA PEÑA DEL CRISTO	253
<i>Câncer do seio</i> — RAHAUSEN, A. e SAYAGO, C.	253

NAS CONVALESCÊNCIAS:

SERUM NEURO-TRÓFICO

Tônico geral - Remineralizador

Reconstituinte - Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

PARA USO INTRAMUSCULAR



Instituto Terapêutico Orlando Rangel

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO

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.

SETEMBRO DE 1943

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Alterações da água extra-celular no parto e no puerpério
(Changes in extracellular water at delivery and in the puerperium) — CHESLEY, LEON C. e BOOG, JANET M. — (Surg., Gyn. and Obst., Setembro 1943, Vol. 77, N.º 3, pag. 261).

Numa série de 16 doentes normais, os A.A. determinaram as modificações de volume da água extra-celular durante o parto e no inicio e fim do puerpério. A perda de água puerperal, foi medida numa outra série de 14 doentes.

A perda dágua no parto foi em média de 1,74 litros. Isto pode ser devido ao feto, placenta, líquido amniótico e perda de sangue materno. A maior perda ocorreu nos primeiros seis dias pós-parto. A perda média neste período foi de 2,3 litros. A perda dágua entre o sexto e o décimo dia de puerpério foi insignificante via de regra. Entre o sexto dia e a sexta semana pós-parto, apenas 2 de 27 doentes apresentaram ulteriores perdas de água. A perda total de água desde o ante-parto até 6 semanas pós-parto, foi em média de 6,06 litros em 13 pacientes. A perda total no puerpério, desde o inicio até 6 semanas mais tarde, foi de 3,80 litros em 27 pacientes. Presumivelmente esta quantidade de água tinha contribuído para a hidratação dos tecidos maternos durante a gravidez.

A concentração de tiocianato no sôro do cordão foi de 90 % do sôro materno. Os A.A. disseram a razão disto.

A concentração de tiocianato na água da placenta foi em média de 92 % do sôro materno.

A concentração de tiocianato no leite foi de 6 a 52 por cento da concentração no sôro materno.

Parece que a maior parte do ganho de peso normal na gravidez pode ser devido ao aumento de peso do produto da concepção mais o da água extra-celular (perdida no puerpério). — A. V. R.

Onfalocele; considerações anatômicas e clínicas. (*Omphalocele; anatomical and clinical considerations.*) — SPECHT, NORMAN W. e SHRYOCK, HAROLDT — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Setembro 1943, Vol. 77, N.^o 3, pag. 319).

Os A.A. relatam 5 casos de onfalocele. Dos 5 casos, um nasceu morto, outro viveu apenas poucos minutos e os restantes foram tratados cirurgicamente. Destes três, um morreu 10 horas após a operação e dois sobreviveram. Um destes, sabe-se que, com dois anos e meio de idade, goza boa saúde.

Os A.A. discutem a embriologia do onfalocele. Encontram-se com frequência anomalias associadas. O tratamento cirúrgico dentro de 6 horas do nascimento é aconselhável e oferece, com exceções ocasionais, a única probabilidade de sobrevivência. O prognóstico depende do tempo decorrido antes da operação, o diâmetro da anomalia na parede abdominal, o volume da hérnia e a natureza do conteúdo do saco herniário. Os recém-nascidos toleram a anestesia e a cirurgia surpreendentemente bem. — A. V. R.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Simplificação do tratamento da oftalmia gonocócica neonatorum pela quimioterapia (*The simplified treatment of gonococcal opthalmia neonatorum with chemotherapy*) — BLUMBERG, MARVIN L. e GLEICH, MORRIS — (*J. A. M. A.*, Setembro 1943, Vol. 123, N.^o 3, pag. 132).

Os A.A. fazem um estudo comparativo da terapêutica empregada no tratamento da oftalmia gonocócica neonatorum em três séries de recém-nascidos: a 1.^a série, correspondente ao período de tempo entre 1934 e 1937, foi tratada com copiosas e frequentes irrigações de solução boricada e instilações frequentes de soluções de 10 e 25 % de proteinato de prata. A duração da doença variou de seis a quarenta e seis dias; a 2.^a série, abrangendo o período que vai de 1940 a 1942, foi tratada com sulfonamidas oralmente em doses divididas em 4 ou 6 vezes ao dia. Algumas crianças toma-

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

Secretária de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alkindar Soares

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. 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 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 - 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 IX

Abril de 1944

Vol. 17 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Pags.

Cesariana por hérnia diafragmática — PROF. DR. CLOVIS SALGADO	255
Prurido vulvar — DR. A. VESPASIANO RAMOS	259
Sobre um caso de fórceps alto, em pegada invertida atípica.—DR. LEO RODRIGUES LIMA DE GOUVÉA	271

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Ciclo estral. Ciclo ovariano. Ciclo endometrial. — PROF. DR. F. VICTOR RODRIGUES	281
--	-----

EDITORIAL

Conceito e classificação das hemorragias funcionais uterinas	306
--	-----

NOTAS E COMENTARIOS

Homenagem ao Dr. Mario Pinheiro	310
† Prof. Dr. Samuel Herbert Geist	311
Inaugurado, no Hospital Moncorvo Filho, cinema para os enfermos.	311

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Afeto e Inteligência — PROF. A. AUSTREGESILO	312
Fisiopatologia do Complexo B — JOSE' DUTRA DE OLIVEIRA	313
Revista Argentino-Norte-americana de Ciências Médicas	314

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Ata da nona sessão ordinária	315
Ata da décima sessão ordinária	316

RESUMOS

(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.

TRABALHOS ORIGINAIS

CESARIANA POR HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

PROF. DR. CLOVIS SALGADO

Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

Desejo apenas registrar aqui um caso de hérnia diafragmática e gravidez, cuja solução mais adequada me pareceu a cesariana no início do trabalho de parto. Trata-se de uma indicação que não encontrei nos livros consultados, sendo essa a justificativa da presente publicação.

Eis o relato da observação:

M. L., 29 anos, branca, brasileira, residente no Interior. Ficha n.º 1254 da clínica privada.

Veiu à consulta, pela primeira vez, a 15-7-43, a mando do médico assistente, Dr. ANTONIO GERALDO DE OLIVEIRA, ilustre clínico em Itaguara. Casada há 4 anos, só agora veiu a engravidar, estando no 7.º mês de gestação (última regra a 2-12-42).

O motivo da consulta é o seu passado mórbido, que assim se pode resumir: Há cérea de 6 anos, sofreu pleuriz, seguido de acesso de pulmão, que se esvaziou por vômita. Todos os exames, na ocasião, foram negativos para bacilo de KOCH. Após um ano de doença, como ainda restasse uma pequena cavidade residual do abcesso, foi submetida a uma frenicectomia esquerda, depois do que se curou completamente. Pouco tempo depois começou a ter padecimentos gástricos mal definidos, para cuja elucidação se fizeram exames radiológicos do tubo digestivo. Foi nessa ocasião, há cérea de 4 anos, que se descobriu uma hérnia diafragmática. Foi cuidada por meios puramente médicos, desaparecendo os sintomas digestivos ao cabo de certo tempo. Engordou e podia entregar-se a qualquer trabalho, andar a pé ou a cavalo, sem nada sentir.

A não ser essa moléstia pulmonar, nenhuma doença importante há a assinalar no seu passado mórbido.

As regras, iniciadas aos 15 anos, foram sempre muito espaciadas e escassas. Costuma passar 2 e mais meses sem ser menstruada.

Do exame procedido, transcrevo os dados seguintes: Altura 1,61 m. Peso 62 kg. Mucosas um pouco descoloradas. Pulso 100. Pressão arterial 15 x 8. Bacia 26 x 28 x 19. Útero grávido, fundo a 3 dedos transversos acima da cicatriz umbilical. Varizes vulvares pouco acentuadas. Aorta palpável na fúrcula esternal.

Traz uma radiografia de 1939, na qual se vê o estômago biloculado, estando a loja superior em situação torácica.

Novo exame radiológico foi pedido, para comparação. Executou-o o Dr. MEACIR BERNARDES, relatando-o do modo seguinte: "O exame radioscópico, simples, revela que o diafragma esquerdo se encontra em situação bastante elevada e com sua excursão completamente abolida. O parênquima pulmonar apresenta bom aspecto. Após ingestão do contraste, nota-se volumosa câmara de ar supra-diafragmática, correspondente à "pars cardiaca" do estômago. Este último, após repleção total, apresenta uma biloculação em sua parte superior. Não conseguimos dissociar a imagem correspondente ao bulbo duodenal. O aspecto radiológico parece corresponder a uma hérnia diafragmática e consequente deslocação do estômago, com formação de um processo de perigastrite (16-7-43)".

Na radiografia cuja cópia abaixo reproduzo, mostra-se claramente a biloculação gástrica, com a loja superior dentro do tórax.

Minha interpretação foi de uma hérnia diafragmática do estômago. O ponto estreitado da cavidade gástrica deve corresponder à brecha diafragmática.

O mecanismo de formação da hérnia, na realidade uma eventração, deve ter sido a atrofia do diafragma consecutivo à frenicectomia. A um esforço abdominal maior, o músculo, adelgado e paralítico, cedeu, dissociando-se e dando passagem ao estômago para o tórax, onde se alojou e se fixou por aderências.

Tal patogenia sugere a inoperabilidade da hérnia, dado que não se pode contar com uma reparação adequada da brecha diafragmática.

Havia a considerar, no caso, o problema obstétrico. A paciente, dentro em breve, iria afrontar os esforços expulsivos do trabalho de parto. E' sabido que nesse momento a pressão abdominal aumenta consideravelmente, graças à contração dos músculos parietais, inclusive o diafragma. Não se contraindo, por paralítica, a metade esquerda do diafragma, o conteúdo abdominal tenderia a refluxar para o tórax, desse lado. Assim, a tendência seria exagerar a hérnia diafragmática, com desvio e compressão do mediastino, de consequências imprevisíveis.

Assim pensando, propus o parto cesáreo, no começo do trabalho, com esterilização tubária, sugestão aceita pelos interessados.

A 8-9-43, entrou em trabalho de parto, com dores moderadas. Sob anestesia local, pratiquei uma cesariana segmentar, com pequena incisão mediana e dissociação muscular transversa, técnica que me tem dado ótimos resultados. Esterilização tubária: à direita, pela técnica de Orrow, que adoto sempre que opero por via abdominal; à esquerda havia uma volumosa anexite cística e

grandes veias varicosas, o que não permitia usar a referida técnica. Mas, nem por isso estava a trompa obstruída. O pavilhão tubário, voltado para diante, mostrava as franjas conservadas e o óstio tubário permeável; o processo cístico era, portanto, do ovário e peritônio pélvico, englobando a trompa em grande extensão, mas respeitando-lhe o pavilhão e a permeabilidade do trajeto. Com extremo cuidado, fiz uma bolsa serosa contornando as franjas tubárias e sepultei-as como se fôra côto apendicular.



Além do processo cístico anexial, havia aderência, em larga extensão, de uma alça ileal ao fundo do útero. Achei mais prudente não bulir nessa aderência. Tais "reliquats" de processo inflamatório peritoneal sugerem a hipótese de peritonite, possivelmente bacilar, tendo evoluído contemporaneamente à pleurisia acima assinalada.

A sequência operatória foi a mais favorável que se poderia desejar.

A 8-3-44, voltou para verificação da esterilidade. Depois do parto, só teve uma regra, a 15-11-43. Está amamentando o filho, que se desenvolve normalmente. As mucosas estão um pouco descoradas, descobrindo-se, nas fezes, ovos de Necator e cistos de ameba disentérica.

A histerossalpingografia, feita no dia 9-3-44, mostrou: cavidade uterina de tamanho e conformação normais; trompa direita interrompida junto ao corno uterino e à esquerda, na altura do pavilhão. Desse modo, a operação esterilizadora resultara eficaz.

A paciente continua nada sentir que se possa relacionar com a presença da hérnia diafragmática.

A cesariana foi, no caso, uma solução feliz. Realizada em ótimas condições de assepsia e sob anestesia local, é uma maravilhosa arma do arsenal obstétrico, cujas indicações não se devem nem relaxar, nem restringir, mas, ao contrário, procurar estabelecer em seus limites verdadeiros, para que possa dar todos os benefícios de que é capaz. A atual indicação, de caráter profilático, pareceu-me perfeitamente justificada, dando-me os resultados dela esperados.

Césarienne pour hérnie diaphragmatique

Résumé

C'est le rapport d'un cas d'hérnie diaphragmatique et grossesse. Il lui sembla justifiée l'indication de la césarienne dès le commencement du travail. La patiente, femme de 29 ans, primipare, avait, six ans auparavant, souffert d'un abcès du poumon; un an plus tard, en vue d'une petite cavité résiduelle, on lui pratique une phrenicectomie gauche. À l'occasion du travail on savait déjà depuis 4 ans que la patiente était porteuse d'une hérnie diaphragmatique.

Au moment de la césarienne ou a fait la sterilization tubaire. La patiente nourrit son fils et continue avec son hérnie.

Cesarean section due to diaphragmatic hernia

Summary

A case of diaphragmatic hernia and pregnancy, in which a cesarean section in the beginning of labor seemed advisable to the author, is reported. The patient referred lung abscess six years before, emptied by vomic. The test for Koch bacillus was negative. Left phrenicectomy was performed one year later. An X-ray plate from digestive tract was taken on account of gastric disturbs and a diaphragmatic hernia was located. Medical treatment was advised. A cesarean section with tubal sterilization was performed at the beginning of labor. Hysterosalpingography showed occlusion tubes at the level of the surgical suture. The woman still feeds her baby which shows normal development. X-rays show gastric biloceulation, with the superior pouch within the thorax, or stomach diaphragmatic hernia.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DO HOSPITAL CARLOS CHAGAS
CHEFE: DR. OSWALDO AYRES LOUREIRO
RIO DE JANEIRO

SOBRE UM CASO DE FÓRCEPS ALTO, EM PEGADA INVERTIDA ATÍPICA.

DR. LEO RODRIGUES LIMA DE GOUVÉA

Assistente das Clínicas Obstétricas da Escola de Medicina e Cirurgia
e do Hospital Carlos Chagas.

Foi, às 8,30 horas de 29 de Agosto de 1942, internada na Clínica Obstétrica do Hospital Carlos Chagas, a primípara D. M. N., de 20 anos de idade, branca, doméstica, casada, brasileira, residente à rua Carolina Amado 121, Vaz Lobo; papeleta n.º 4797 - 10860.

Referia a parturiente estar em trabalho há cérea de 24 horas, assistida em sua residência por "curiosa". O colega que a atendeu, registrou: estado geral satisfatório, pulso 90 por minuto, temperatura axilar 36,9° C, tensão arterial 12 x 7. O exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório não revelou anormalidades. O colo uterino estava dilatado para 3 cms., e a apresentação era cefálica.

A paciente foi por nós examinada às 19,30 hs. do mesmo dia. Encontramos: útero ligeiramente hipertônico, com sistoles espaçadas e pouco intensas. Feto único em situação longitudinal, apresentação cefálica, dorso à esquerda. Poco máximo no Q. I. E., com 112 batimentos cardíaco-fetais por minuto. Presença de regular edema de vulva, devido às manipulações praticadas na residência pela "curiosa". Colo edemaciado, dilatado para 5 cms., bolsa das águas rôta; apresentação cefálica, em O. I. E. T., em assincelitismo posterior, no 1.º para 2.º plano de Honoz.

Administraramos dilauidid-escopolamina, cafeína e lavagens vaginais quentes.

Normalizou-se a situação até à uma hora da manhã seguinte, quando o tono uterino novamente se elevou e os batimentos cardíaco-fetais subiram a 172 por minuto. O colo dilatado então para 9 cms., estava com os bordos finos, exceto em seu lábio anterior onde persistia discreto edema. Formação de bossa sero-sanguínea em inicio, não tendo havido progressão alguma da cabeça.

As duas horas aumentava a hipertonia uterina, e acentuava-se o sofrimento fetal, cujo coração passou a bater 180 vezes por minuto. Resolvemos então, já que havia permeabilidade do trajeto, praticar, sob narcose balsofórmica, o ato extrativo transpélvico.

Operador: Dr. Léo R. L. de GOUVÉA; auxiliar: acad. LAURO CORSI; anestesista: Dr. JUPITER PEREIRA DE SOUZA.

Após os cuidados usuais de assepsia e antisepsia e colocação dos campos, fizemos o toque manual profundo, que nos ervelou: colo de bordos finos, dilatado para 9 cms.; bolsa das águas rôta; apresentação cefálica, em O. I. E. T.,

bem fletida, fixa na área do estreito superior mas não insinuada, em médio assineltismo do parietal posterior; bacia achatada, promontório muito saliente. A rotação manual para posição anterior foi impossível. Tentamos então, in-



Fig. 1

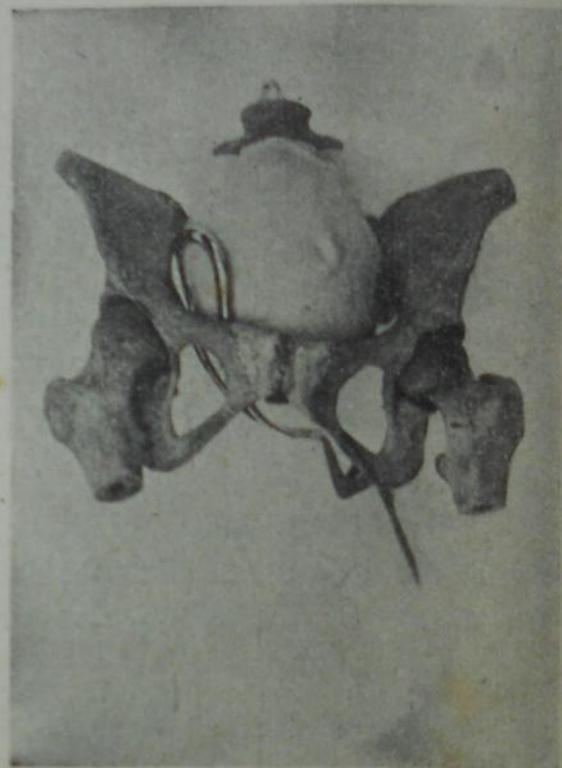


Fig. 3



Fig. 2



Fig. 4

frutiferamente, a pegada fronto-mastoidéia com o fórceps de SIMPSON: a colher posterior não contornava o parietal o suficiente para permitir atravessar a área do estreito superior. Resolvemos lançar mão da pegada invertida de

LLAMES MASSINI, que foi fácil. Introduzimos, porém, em primeiro lugar o ramo posterior, que era o que oferecia dificuldades. Uma vez aplicado este, pela manobra de LACHAPELLE invertida, passamos à introdução e aplicação do



Fig. 5

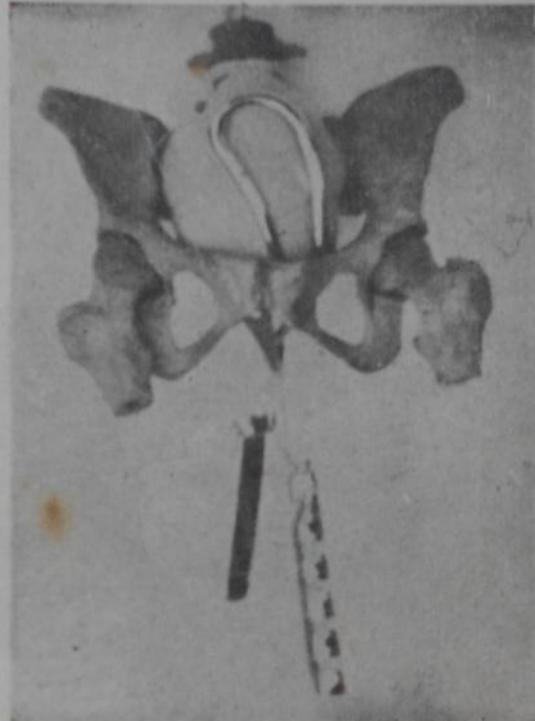


Fig. 7



Fig. 6



Fig. 8

ramo anterior pela manobra de LEDESMA; finda a qual articulamos o instrumento. Otoque feito em seguida confirmou a correção da pegada. Execução da manobra flexora. Tração no sentido horizontal, de modo a acentuar o

assinelitismo do parietal posterior, ao mesmo tempo que abaixávamos um pouco mais o polo céfálico. Tração para baixo, completando a insinuação e iniciando a correção do assinelitismo. Descida com rotação baixa para O. P. Retirada



Fig. 9



Fig. 11



Fig. 10



Fig. 12

dos ramos do fórceps, seguida de nova aplicação dos mesmos pela técnica clássica. Desprendimento da cabeça fetal. Retirada do instrumento e desprendimento dos demais segmentos fetais.



Fig. 13

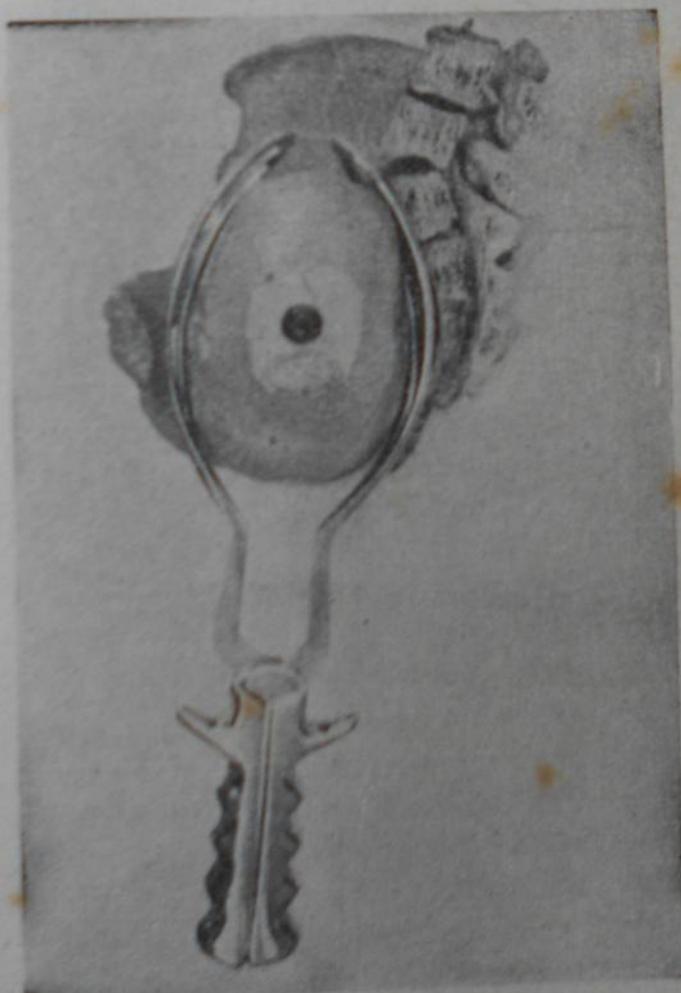


Fig. 14

Não houve ruptura de partes moles maternas, e o feto, que foi facilmente reanimado, não apresentava nenhuma lesão produzida por fórceps.

A paciente obteve alta a pedido, após 5 dias de puerpério normal.

Vários fatores nos levaram a publicar este caso, merecendo talvez especial destaque, a ausência completa de referências nacionais ao assunto. É inexplicável o desinteresse com que é tratada entre nós a pegada ideal, invertida e flexora de LLAMES MASSINI; e isto, apesar de estar ela bastante difundida nos demais países sul-americanos, e já ser, podemos dizer, clássica para os autores argentinos. As suas vantagens são indiscutíveis em relação às outras modalidades de pegadas altas de fórceps: é menos traumatizante para o feto e permite melhor flexão da cabeça, além de uma boa condução deste polo através o desfiladeiro pelvi-genital da mulher. Não pretendemos repisar sobre o muito que tem sido dito a respeito da sua superioridade, em relação às demais pegadas altas.

Pretendemos tão somente trazer modesta contribuição de cunho pessoal, e para isso, necessário se torna encarar parceladamente o assunto. Começaremos pelo histórico do fórceps invertido, assim esboçado por LLAMES MASSINI (1):

“Tal variedad de aplicación no ha sido descrita, y creo lógico diferenciarla con la designación de “fórceps invertido” puesto que el principio que acompaña al nombre del instrumento, da una idea exacta del trueque que sus ramas sufren, en su dirección y en su colocación, al ser aplicadas.”

“Esta variedad de la toma regular, sin haber llegado a merecer un nombre determinado, fué inspirada por el profesor TARNIER, en el año 1891. Hallábase presente en la Maternité de la rue d'Azas, el profesor VELARDE, cuando el sabio maestro indicó como tema de estudio interesante, las aplicaciones de forceps sobre las posiciones transversas en el estrecho superior, haciendo la toma regular, y colocando las cucharas con su borde cóncavo hacia la cara. Pero después de algunos ensaios hechos en el maniquí, las tentativas fueron abandonadas, quizás cediendo al peso de las ideas del profesor BUDIN, que repudiaba fundamentalmente las aplicaciones anteroposteriores.”

“Algunos años después, en 1905, habiéndome honrado el profesor VELARDE con la Jefatura de Clínica en la Maternidad de la Escuela de Parteras, comencé a estudiar la toma invertida, y a practicarla en todos los casos en que había indicación de forceps alto, introduciendo en su manual operatorio algunas modificaciones que, aunque no facilitan mucho la técnica, favorecen el éxito con respecto al feto, y mejoran el pronóstico para la madre. Entre estas modificaciones merecen citarse: la colocación de ambas cucharas, con una sola mano guia; la introducción de la cuchara anterior siempre primero, para evitar el descruzamiento, causa de tomas incorrectas y que originan el escape del forceps; y, por último, la mo-

vilización sistemática de la cabeza como tiempo operatorio consecutivo al de la articulación, para rotarla antes del encaje y fijarla en una posición obliqua posterior."

"A esta *toma* regular, pero atípica, la llamé desde el primer momento *Aplicación de forceps invertido.*"

Ora, casualmente fomos encontrar o seguinte trecho na descrição da 10.^a sinfiseotomia, praticada a 1 de Outubro de 1892, na Clínica Baudelocque, a cargo de PINARD (2) :

"Lorsque la dilatation est complète, après extraction du ballon distendu au maximum, application de forceps en gauche transversale qui ne fait qu'accuser la déflexion. M. VARNIER fait alors une deuxième application de flexion (forceps à l'envers); la flexion est obtenue, mais malgré de solides tractions, l'engagement ne se produit pas."

Como vemos, tratava-se de uma pegada invertida de fórceps. Tratar-se-ia de uma precursora "in vivo" da pegada de LLAMES MASSINI? Ignoramos, de vez que não conseguimos encontrar a descrição da técnica empregada por VARNIER, e nem mesmo — apesar de extensíssima busca bibliográfica — referências de outros autores a esse modo de aplicação do fórceps. Não nos parece, porém, tratar-se da simples manobra destinada apenas a flexionar a cabeça fetal, citada, aliás, pelo próprio LLAMES MASSINI (3); a pegada parieto-occipital flexora de VARNIER, reservada exclusivamente para executar a descida do polo occipital e seguida obrigatoriamente para a extração, da pegada clássica sobre a cabeça flexionada. Não é esta pegada mais do que uma manobra flexora não extractiva, o que não se coaduna com o que lemos no trecho acima transcrito, e principalmente com a seguinte passagem da descrição da 12.^a sinfiseotomia praticada a 21 de Outubro de 1892, no mesmo Serviço:

"Une première application de forceps (12 h. 15) ayant dérapé et le cordon ayant fait procidence, M. VARNIER fait une seconde application rapide en flexion. Extraction à 12 h. 20..." (4)

Como já dissemos acima, e repetimos agora, não visam estas duas citações de PINARD, tornar discutível a insofismável prioridade de LLAMES MASSINI na descrição de tal técnica. Apenas é curioso o fato de, fortuitamente, termos encontrado a expressão "forceps invertido" (*forceps à l'envers*), evidente aquisição deste século, numa obra do século passado. Isto vem apenas reforçar a sabedoria contida nas velhas palavras de Salomão: *nihil novi sub sole* (ou em sua forma original — *nihil sub sole noyum*). São as trilhas da ciência sempre as mesmas, e, se um gênio obstétrico teve por qualquer circunstância seu caminho interrompido num determinado

rumo, nada impede que, conhecendo ou não a fracassada tentativa anterior, outro o retome posteriormente com sucesso. Foi o que ocorreu com LLAMES MASSINI, no concernente à pegada invertida.

Feito, assim, este ligeiro comentário histórico, trazido apenas a título de curiosidade, encararemos, também rapidamente, o problema de sua execução, sob o ponto de vista da sua técnica. Consta esta de vários tempos, que seria supérfluo descrever, e dos quais o primeiro é o da introdução dos ramos do fórceps. LEDESMA (5) deu a conhecer uma útil modificação, destinada a facilitar a introdução do primeiro ramo: a manobra de LACHAPELLE invertida. A esta variante tomamos a liberdade de acrescentar a inversão da espiral, também na introdução da colher posterior. Julgamos ficar deste modo, a pegada de LLAMES MASSINI facilitada pelo uso sistemático da espiral de LACHAPELLE invertida, na introdução e aplicação dos dois ramos do instrumento. Quanto à introdução primeira do ramo posterior, foi ela condicionada pelo caso concreto, não a tendo nós elegido como "modus faciendi" em todas as aplicações invertidas de fórceps.

Nos tempos seguintes do ato operatório, é porém, onde maiores são as modificações que, a nosso ver, podem ser introduzidas na pegada invertida. A pergunta: "Cual es la técnica más indicada para la aplicación por encima del estrecho", responde o próprio LLAMES MASSINI (6): "La técnica que artificialmente realice mejor los mismos movimientos de acomodación y encaje que la cabeza realiza en el parto espontaneo." E conclue favoravelmente à pegada invertida, o que não proíbe — ao contrário, estimula — o seu aperfeiçoamento.

Ora, depois dos estudos estéreo-radiográficos do trabalho de parto feitos por CALDWELL e colaboradores, ficou demonstrado, numa reafirmação das antigas idéias de FIELDING OULD e SMELLIE, que a cabeça fetal se insinua segundo o diâmetro transverso da bacia. Nestas condições, a mobilização da cabeça e a sua consequente insinuação na posição oblíqua posterior homônima, que eram aceitáveis quando dominavam as teorias da insinuação segundo um diâmetro oblíquo — época na qual aliás LLAMES MASSINI inicialmente publicou sua pegada — devem ser abandonadas nos tempos que correm. A insinuação do polo cefálico deve ser feita, por estar mais de acordo com o mecanismo normal, no próprio diâmetro transverso da bacia. A antiga e conhecida crítica, de que um dos ramos do fórceps faz "ponte" sobre a concavidade do sacro, pode ser facilmente evitada na maioria dos casos de pegadas invertidas, pelo simples acentuar artifcial do assinclitismo do parietal posterior, simultaneamente com o maior abaixamento da cabeça. Para os casos em que isto não for possível, ficará então reservada a insinuação no diâmetro oblíquo, após mobilização prévia.

A manobra flexora que antecede às trações insinuadoras, não deve sofrer nenhuma modificação.

O desprendimento final da cabeça deve ser feito por meio de nova pegada bi-parieto-malar clássica, trazendo deste modo menores riscos quanto a lesões da parede posterior da vagina e períneo.

Infelizmente, ainda divergimos do sábio mestre portenho em outro aspecto da questão: o modelo do instrumento a ser empregado. Utiliza LLAMES MASSINI o fórceps de TARNIER, ao qual adaptou a articulação de TARSITANI. VÍCTOR CARRO e JULIO C. PEREIRA (7) referem o emprego, no Instituto Nacional de Maternidad de Córdoba, dos fórceps de DEMELIN e KIELLAND, para pegadas invertidas. Nós preferimos empregar o SIMPSON, evitando assim o uso do TARNIER cujo "ocaso avanza" no dizer de BERUTI (8), e que, já afirmara RODRIGUES LIMA (9), "deve ser definitivamente revogado da prática obstétrica".

Referências

- 1) LLAMES MASSINI, J. C. — El "Forceps invertido" — "Actas y Trab. del Ier. Cong. Nac. de Med.", pags. 669-670, 1916.
- 2) PINARD, A. — Clinique Obstétricale, pag. 332, 1889.
- 3) LLAMES MASSINI, J. C. — op. cit., pag. 676.
- 4) PINARD, A. — op. cit., pag. 334.
- 5) LEDESMA, D. A. — Forceps. Técnica para la introducción de la rama anterior. Movimiento de Mme. Lachapelle invertido. — "Tercer Cong. Arg. de Obst. y Gin.", pag. 1051, 1937.
- 6) LLAMES MASSINI, J. C. — El forceps; su valor actual. — "Tercer Cong. Arg. de Obst. y Gin.", pag. 763, 1937.
- 7) CARRO, V. y PEREIRA, J. C. — Forceps durante los últimos diez años en el Inst. Nac. de Mat. de Córdoba — "Tercer Cong. Arg. de Obst. y Gin.", pag. 829, 1937.
- 8) BERUTI, J. A. — Valor actual del forceps. Estudio comparado sobre 3203 casos. — "Tercer Cong. Arg. de Obst. y Gin.", pag. 1000, 1937.
- 9) RODRIGUES LIMA, O. — O fórceps Demelin — X Cong. Med. Bras., in "Rev. de Gin. e d'Obst.", N.º 2, 1930, pag. 78.

À propos d'un cas d'application haute de forceps en prise invertie atypique

Résumé

Il s'agit d'une patiente reçue à l'Hôpital Carlos Chagas après 24 heures de travail sans assistance convenable. Utérus hypertonique, 112 battements du cœur fetal, 3^e degré vulvaire et cérvical, dilation d'environ 5 cm, bourse des eaux déjà rompue, présentation céphalique O.I.G.T., asynclitisme postérieur, entre le 1^{er} et 2^{ème} plan de Hodge, environ. Malgré les antispasmodiques il y avait, plusieurs heures après, une certaine hypertonie avec souffrance du fetus. À ce moment la dilatation atteignait 9 cm de diamètre.

On chercha à faire la rotation manuelle sans réussir; aussi bien une prise fronto-mastoidienne avec le forceps de Simpson fut impossible.

L'A. réussit à faire une prise invertie à la Llames-Massini. Après la manœuvre de Ledesma et la deuxième prise, la tête fut délivrée.

L'A. loue la manœuvre de Llames-Massini, selon lui, un peu dédaignée dans notre pays.

High forceps with inverted atypical hold

Summary

A 20-year-old woman was admitted at the General Hospital Carlos Chagas, in Rio de Janeiro, with 24 hours of labor, without convenient assistance. Examination revealed slight hypertonic uterus weak and slower systolic beats, fetal heart best heard at the left inferior quadrant, 112 beats, mild vulvar edema, cervix 5 cm. dilated, showing edema, ruptured bag of waters, cephalic presentation in L. O. T., posterior asynclitism, in the 1st to the 2nd Hodge plane.

Antispasmodic (Dilaudid-Scopolamine) was administered and at 2-o'clock the following day there was uterine hypertonia, fetal distress, (172 beats one hour before and now 180), dilatation of the cervix was 9 cm., head in L. O. T., well flexed, fixed in the area of the superior inlet, not insinuated, with medium asynclitism of the posterior parietal bone, flat pelvis, prominent promontorium.

After an attempt of manual rotation and of Simpson forceps application in fronto-mastoid position, the author decided the Llames Massini's inverted hold, which was easy.

The posterior branch was introduced in the first place then the anterior one by Ledesma's maneuver. Flexion maneuver, correction of posterior asynclitism, descent and rotation to O. P.

Second hold for the delivery of the fetal head. No lacerations of soft parts, and the foetus showed no forceps lesions.

Explaining the reasons why this case was reported, the author feels that Brazilian specialists have shown no interest for Llames Massini's hold, which he considers ideal, well developed in South American countries and classic for Argentine authors. The work is well illustrated with photographs.

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>Estudo clínico e de laboratório da substância estrogênica sintética, octofolina. — TALISMAN, M. R.</i>	319
<i>O efeito lactogênico da Prolactina no ser humano — WINSON, S. G.</i>	320
<i>A vitamina A durante a gravidez, o trabalho e o puerpério — LUND, C. J. e KIMBLE, M. S.</i>	321
<i>Doença de Bowes da vulva — KNIGHT, R. V. D.</i>	323
<i>Emprego de pelotas de sangue dessecado nas dosagens biológicas de estrogénios do sangue — MEYER, B. J. e SEVRINGHAUS, E. L.</i>	324
<i>Teste de gravidez em duas e seis horas — KUPPERMAN, H. S., GREENBLATT, R. B. e NOBACK, C. R.</i>	325
<i>Tecoma e hipertecose do ovário — FRAENKEL, L.</i>	326
<i>Sinfisiotomia subcutânea na deflexão incompleta e completa da cabeça — VAUTRIN, G.</i>	326
<i>Ergonovina endovenosa durante o segundo período — McCONNELL, G. e SCHAUFLER, G. C.</i>	327
<i>Aspectos práticos do tratamento endócrino — FREED, S. C.</i>	328
<i>Exame presencial — KAVINOKY, N.</i>	329
<i>O estrogênio sintético octofoliníolídeo — HUFFORD, A. R.</i>	330
<i>Posição occipito-posterior — HEUNESSY, J. P.</i>	331
<i>Ausência congênita da vagina: escolha do processo cirúrgico. — ESSER, E.</i>	332
<i>Etiopatogenia de algumas rupturas espontâneas do útero na gravidez — PÉREZ, M. I.</i>	332
<i>Sobre duas observações: gestação quasi a termo em um corno uterino e gravidez tubária quasi a termo com feto morto. — INFANTOZZI, J., XIMENO, M. R., CROTTOGINI, J. J., GIAMPIETRO, A. e POU DE SANTIAGO, A.</i>	333

	Pags.
Câncer do colo do útero e gravidez — MEDINA, J.	334
O enxerto de endométrio como complemento da histerectomia por mioma do útero — FOX, E. A.	334
Fórceps de Boehrman — SOL, E.	335
Hematocele retro-uterino — CUEVA, D. D.	335
Reações de Friedman retardadas ou negativas durante a gravidez — PE- CORONE, R.	336
Sepse pós-abôrto por bacilos perfringens. Síndrome fetero-azotêmico. — NATALE, M., GRECHANER, E. e PICENA, J.	337
Patologia do ligamento largo — DE LA VEZA, J. C.	338
Diagnóstico da morte fetal pelo tempo de coagulação do sangue materno — BOTTEROLI, E.	338
Provável tumor teca-cellular bilateral do ovário — MOLENA, A. C.	339
Sulfamidoterapia local das cervicites sépticas — ACQUAVELLA, L. J....	339
Resultado do processo cirúrgico-ortopédico Vallejos Meana contra a esteri- lidade — BIANCHINI, C. A. e CISNEROS, R. W.	340
Endometriose do ovário — FREIRE, M. A.	340
Medidas comparativas da pelve feminina — DICKINSON, K. e PROCTER, L. M.	341
Câncer da mama. Tratamento e resultados ulteriores. — PUENTE DUANY, N., CASIZARES, R. e ABREU, E. F.	342

de mucosa de 2 cms. de lado e obtido da região mais próxima do fundo uterino sobre a superfície viva de secção do colo, fixando seus bordos com dois pontos laterais de catgut e peritonizando a continuação na forma habitual. Aconselha prestar singular atenção a que o centro do retalho fique perfeitamente aplicado sobre o orifício do conduto cervical. Os resultados obtidos foram animadores; as regras, se bem que escassas na maioria, reapareceram depois de um termo variável em todas as operadas e persistiram sem exceção; os transtornos climatéricos se observaram somente em 3 casos.

Conclue o A. chamando a atenção sobre os resultados satisfatórios e uniformes desta simples técnica, especialmente no que respeita à profilaxia dos fenômenos próprios da menopausa cirúrgica. Agrega, em continuação, as 16 histórias clínicas. — C. A.

Fórceps de Boehrman — SOL, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Out. 1943, Vol. I, N.º 5, pag. 568).

O A. faz um estudo do fórceps de BOEHRMAN de ramos paralelos. Caracteriza-se porque suas colheres (de 14 cms. de comprimento) se continuam por hastes comparáveis aos pedículos do Tarnier que terminam por uma articulação encaixada possuindo lateralmente duas proeminências por onde se traciona. Não tem parafusos e as colheres se mantêm em contacto com a cabeça fetal pela pressão dos tecidos maternos. A curvatura pelviana é pouco maior que a do Tarnier e as hastes são muito curtas (15 cms.), de modo a ficarem quasi inteiramente dentro da vagina e por esse motivo não permite a tração mais que da parte articular. Essa tração se faz no eixo da pelve e é eficiente; não há compressão, porque não é possível fazer pressão sobre as hastes e o instrumento é muito pouco traumatizante graças ao comprimento e curvatura das colheres, o que faz que as pontas não magoem as partes delicadas do rosto.

Em síntese, três são suas vantagens: é uma pinça fácil de manejar, mesmo para os principiantes, é uma pinça que faz bem o seu papel de preensor-trator; e é uma pinça menos ofensiva que qualquer outra do seu gênero. — C. A.

Hematocele retro-uterino — CUEVA, D. D. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Out. 1943, Vol. I, N.º 5, pag. 575).

O A. comunica ter observado um caso ginecológico raro no meio hospitalário onde atua. Mulher que ingressa com amenorréia de 2 meses. Apresenta ventre volumoso, no qual a palpação revela

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. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alkindar Soares

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. 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 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 IX

Maio de 1944

Vol. 17 — N.º 5

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

Aspectos radiológicos da prenhez ectópica — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES	343
Tuberculose mamária bilateral — DRA. CLARICE DO AMARAL	352

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Influência dos tumores hipotálamo-hipofisários sobre os órgãos genitais femininos — PROF. DR. JOSE' RIBE PORTUGAL	362
---	-----

EDITORIAL

Ainda a anestesia caudal contínua em obstetrícia	390
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

XV aniversário do "Instituto de Maternidade da Sociedade de Beneficência", de Buenos Aires	394
"Prêmio Armando Fajardo" de 1943	395
As conferências deste ano no "Ateneu de Clínica Ginecológica"	395

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Curso de Clínica Médica — W. BERARDINELLI e outros	396
Arquivos Brasileiros de Nutrição, Diretor PROF. JOSUE' DE CASTRO	398

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da quinquagésima-sexta sessão ordinária	399
---	-----

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Ata da décima-primeira sessão ordinária	403
Ata da décima-segunda sessão ordinária	404

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Kringcort

HORMÔNIO CÓRTICO-SUPRARRENAL



PROD. FARM. KRINOS LTDA.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

EDITORIAL

AINDA A ANESTESIA CAUDAL CONTINUA EM OBSTETRICIA

Tivemos oportunidade de focalizar, nestas colunas, esse método de alívio das dores do parto, proposto por EDWARDS e HINGSON, em Setembro de 1942. Nessa ocasião, acentuamos, ao mostrar o interesse que o método tinha despertado no meio obstétrico brasileiro, que não se deviam perder de vista os perigos e contra-indicações do método, cujo uso devia ficar restrito às instituições hospitalares, convenientemente aparelhadas para o socorro a possíveis acidentes, quando estes não fossem de todo irremediables.

O último número recebido do "American Journal of Obstetrics and Gynecology", Março de 1944, foi dedicado à anestesia caudal. Por isso, foi com o maior interesse que nos dedicamos à leitura dos trabalhos nele publicados, sobre o assunto em foco, e que foram em número de cinco, além da discussão despertada, na reunião da Sociedade Obstétrica de New York, em 9 de Nov. de 1943, na qual tomaram parte figuras representativas da especialidade (HINGSON, STUDIFORD, WATSON, MILLER, KOSMAK, ROVENSTINE, CARY, RUBIN e ARANOW), ao ser apresentado um desses trabalhos.

McCORMICK e seus colaboradores publicam o primeiro artigo com o título: "Experiência com cem casos de analgesia caudal contínua". A parte técnica da anestesia, nos seus casos, ficou entregue exclusivamente a dois colaboradores (Drs. SPAHR e GILLESPIE). O interesse do assunto no Departamento de Obstetricia da Escola de Medicina da Universidade de Indiana decorreu de ter sido o Dr. SAMUEL MALANAN, antigo médico-residente do hospital, o autor do emprego do cateter como meio de instilação gota a gota na anestesia caudal.

Os autores empregaram a técnica de MALANAN em 20 casos, usando a de HINGSON e EDWARDS nos restantes. O agente anestésico empregado foi sempre a solução de meticaina a 1,5 por cento. A

maior dose empregada atingiu 1,030 cm.³, representando um total de 15 gr. de sal. Essa quantidade foi ministrada num período de 38 horas sem efeito maléfico quer materno quer fetal. Quarenta por cento dos casos, inclusive duas cesárias, constituiram partos inteiramente indolores. Em outros 40 por cento o alívio foi parcial. Nesse grupo 18 não tiveram emprego de qualquer outro agente anestésico, enquanto que, nas outras 22, foi necessária uma anestesia suplementar. Incluídos nestes últimos estão cinco casos em que a agulha resvalou, 3 cesárias e 1 caso de injeção sub-aracnoidéia (anestesia até ao II torácico, paralisia muscular da parede abdominal e das extremidades inferiores, parada temporária das contrações, queda da pressão arterial de 120/85 a 80/60).

Em os outros restantes 20 casos o insucesso foi completo (em 18 pela impossibilidade de introduzir a agulha e, em 2, devido a injeção intra-venosa). Os autores atribuem seu baixo sucesso e alto insucesso à inexperiência dos anestesistas, apesar de sua técnica e reconhecida competência. Entre as complicações maternas houve dois casos em que se apresentou colapso respiratório e vascular. Num outro caso houve infecção local. Outro caso demorado apresentou sintomas neurológicos (Sinal de KERNIG positivo, torcicólo e BRUDZINSK positivo).

Duas vezes os recém-nascidos foram atingidos, perdendo-se um e o outro ficando permanentemente lesado. Em ambos os casos, acham os autores ser difícil estabelecer uma relação entre os dois desastrosos resultados e os períodos de anoxia que ambas as crianças suportaram em sua vida intra-uterina. Não julgam haver, porém, a menor dúvida que o colapso circulatório, verificado em ambos os casos, foi devido ao agente anestésico.

Não se deve deixar de relembrar, como fazem esses autores, que HINGSON e EDWARDS, os entusiastas autores do método, numa revisão dos casos, aparecida no "J. A. M. A." (121:225, 1943), em 10 mil casos, atestando a experiência de 55 clínicas, tiveram 4 mortes maternas e 2 mortes fetais, atribuíveis à anestesia. Trata-se, obviamente, de uma alta mortalidade quer materna quer fetal pelo método anestésico.

O segundo trabalho, da autoria de CLIFFORD B. LULL, intitula-se "Algumas observações no uso da analgesia caudal contínua". O Autor teve a oportunidade de observar o emprego do método em 927 casos. O mesmo atribui à prematura publicidade do método entre os leigos (o que também assinalamos, reprovando-o) o antagonismo que o mesmo despertou entre os médicos. Apesar do seu otimismo, o Autor diz que, como nunca antes prometera a qualquer paciente um parto sem dor, agora também não se compromete a usar a anal-

gesia caudal, pois acha que esse método "não é uma panacéia para ser usada indiscriminadamente no alívio das dores do parto".

Esse autor acha que cada caso deve ser individualizado e, na sua opinião, os melhores resultados aparentemente se encontram nas mulheres de mais alta mentalidade. "E' o método, por excelência para as melhores classes", como já foi dito. Seus sucessos atingiram até 92 por cento de resultados perfeitos, devendo ser atribuídos os 8 por cento de insucessos à inserção da agulha por médicos inexperientes ou anomalias anatômicas.

Teve o autor 2 mortes maternas, embora não as julgue causadas pelo anestésico. Numa paciente, falecida 6 horas depois do parto, o acidente foi anunciado por intensa dor no peito e morte em 2 minutos. O caso foi catalogado como de embolia pulmonar, embora a autópsia fosse recusada pela família. A segunda paciente não havia tido assistência prenatal. Cinco horas depois da anestesia caudal teve convulsões, sendo conduzida à sala de partos onde deu à luz. Oito horas depois da anestesia, teve nova série de convulsões, ficando em anoxemia e sendo posta na tenda de oxigênio. A hematimetría revelou 2.100.000 e a hemoglobina tinha a taxa de 41 por cento. A paciente faleceu 18 horas depois da anestesia caudal, apesar das transfusões de sangue. A autópsia verificou isquemia de todos os órgãos viscerais, com espaços peridural e sub-aracnoideo perfeitos. O exame químico não revelou o anestésico nem no líquido raquiano, nem na urina, sangue do coração ou bile.

Na discussão deste trabalho merecem menção as palavras de KOSMAK: "Tudo isso não deve significar abandono do método, mas creio que deve permanecer como um procedimento seletivo e não de rotina e que seu emprego deve ser limitado, quanto ao tempo, ao lugar e, especialmente, a pessoal competente. Nunca pode ser aplicável no uso geral e se, como obstetras concordamos no desejo de dar todo o alívio possível à mulher em trabalho, devemos persistir na pesquisa de método que seja mais universalmente aplicável e mais livre de perigo."

O trabalho de KELLOG e outros apresenta resultados experimentais, num relatório intitulado "O efeito residual da anestesia caudal prolongada sobre o sistema neuro-muscular em cães". Verificaram a queda da pressão pela ministração da anestesia em sete animais, bem como chegaram à conclusão que as mortes foram devidas a colapso respiratório. Ainda foi publicado um trabalho de N. BLOCK sobre o emprego do método, baseado em 150 casos de parto pélvico e 35 cirúrgicos, dos quais 17 cesárias, e outro de JARVIS, de S. Francisco, em que relata o emprego do bloqueio paravertebral simpático na realização do parto indolor. Sua experiência é baseada em 70 casos cuidadosamente observados e seguidos. Julga o

método seguro, simples e sem sequelas, podendo ser executado sem equipamento especializado ou treinamento técnico excessivo. Como se vê, já surge um outro método em que a segurança e a simplicidade ocupam o primeiro lugar.

Devemos também referir um trabalho de DIDDLE e HILL, aparecido no "West. J. of Surg., Obst. and Gynec.", Nov. 1943, em que é relatado um caso de morte por embolia pulmonar devido à anestesia caudal contínua. Na paciente, em quem se praticara a anestesia caudal, foi indicada uma aplicação de fórceps, a qual necessitou o emprego da anestesia geral pelo éter. Nesse momento a doente subitamente deixa de respirar. A máscara é retirada. Tudo parecia voltar ao normal, quando depois de uma respiração profunda, seguem-se vários movimentos respiratórios superficiais. Aparece a cianose. Lança-se mão da respiração artificial e inhalação de oxigênio. Vomita escuro como café. Quando a morte parece iminente, é extraída a criança que não sobrevive. O exame necroscópico relata: 1) Infarto pulmonar, no lóbulo superior esquerdo; a) êmbolo pulmonar; b) origem do êmbolo, trombose do plexo venoso extradural do canal espinhal sacro; 2) Pleurisia fibrosa, crônica no pulmão direito; 3) útero pós-parto; 4) congestão vascular dos órgãos abdominais; 5) esplenomegalia."

O autor acentua em sua comunicação que deseja apontar que a formação de um êmbolo é potencialmente possível, como resultado traumático do plexo venoso dentro do canal sacro pelo emprego da anestesia caudal.

GREADY, no "J. A. M. A.", 123:671, Nov. 1943, também apresenta "algumas complicações da anestesia caudal e seu tratamento", em que refere ZWEIFEL, em 4.200 injeções caudais simples com 10 mortes, na Johns Hopkins Hospital 1 morte em 100 anestesias caudais em Obstetrícia e uma perfuração da dura-mater em 110 casos do A., embora com sobrevida da paciente.

Os fatos documentados nestas comunicações, o pensamento que elas sugerem aos que desejam nortear ponderadamente sua conduta, embora desejosos de poupar a mulheres o sofrimento do parto, levam-nos a concluir com as palavras de IRVING, citadas no trabalho de McCORMICK: "Selecionando um método de parto indolor, a segurança para a mãe e para a criança é de importância primária, enquanto que o alívio da dor deve ser secundário. Se a segurança da mãe ou da criança é posta em risco, qualquer método deve ser condenado apesar da analgesia obtida."

E' dentro deste ponto de vista que nos colocamos também.
— 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.

Págs.

<i>O valor do esfregaço vaginal no diagnóstico do câncer uterino — MEIGS, J. V., GRAHAM, R. M., FREMONT-SMITH, M., KAPNICK, I. e RAWSON, R. W.</i>	407
<i>Gravidez na macaca após retirada do feto — VAN WAGENEN, G. e NEWTON, W. H.</i>	408
<i>Extração manual da placenta — ODELL, L. D. e HOVIS, W. F.</i>	409
<i>Algumas complicações da anestesia caudal e seu tratamento — GREADY JR., T. G.</i>	409
<i>Uma classificação operante das causas de aborto — MEAKER, S. R.</i>	410
<i>Dismenorreia primária — RANDALL, J. H. e ODELL, L. D.</i>	412
<i>Algumas determinantes dos níveis de vitamina C materno e do plasma — LUND, C. J. e KIMBLE, M. S.</i>	413
<i>A irradiação em pequena dose no tratamento da amenorréia — MAZER, C. e GREENBERG, R.</i>	415
<i>O metabolismo basal, as temperaturas básicas do corpo e o ciclo ovariano. WILLIAMS, W. W.</i>	416
<i>Gravidez ectópica — FARELL, D. M. e SCHEFFEY, L. C.</i>	417
<i>A episiotomia mediana — CHANG, K. e CHANG, F.</i>	418
<i>Avaliação experimental de Sucinilsulfatiazol e Ftalilsulfatiazol — KIRCHHOFF, A. C., RACELY, C. A., THOMPSON, A. J. e DAVID, N. A.</i>	419
<i>Embolia pulmonar durante uma anestesia caudal contínua — DIDDLE, A. W. e HILL, A. M.</i>	419
<i>Pre-eclampsia — MORSE, W. S.</i>	420
<i>Estudo clínico, de laboratório e patológico de uma mulher parcialmente hipofisectomizada. — ELDEN, C. A. e KUMMER, A. J.</i>	421
<i>Taxas de vitamina C no plasma de mulheres durante o ciclo menstrual — MICKELESEN, O., DIPPEL, A. L. e TODD, R. L.</i>	422
<i>Outras observações sobre penicilina em gonorréia resistente às sulfonamidas — COOK, E. N., POOL, T. L. e HERRELL, W. E.</i>	422

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Piossalpinge em uma hérnia inguinal</i> — JAKOB, A.	423
<i>A frigidez na mulher</i> — KUNZ, A. C.	423
<i>Hemo-peritônio por corpo amarelo sangrante</i> — CACCIA, J. P. e DU-RANDO, A. C.	424
<i>Um novo tratamento da eclampsia</i> — KUNZ, A. C.	425
<i>O hemograma no ciclo menstrual</i> — PINEDA, R.	425
<i>Cisto mucoso do pequeno lábio</i> — CACCIA, J. P. e ROMANOS, R.	426
<i>Epitelioma primitivo da trompa</i> — IRAETA, D., ONETO, E. e LASCANO GONZALEZ, J. C.	426
<i>Mola hemática de Breus</i> — LEON, J., LASCANO GONZALEZ, J. M. e LEON, C. T.	427
<i>Anomalias do ciclo e endometrite tuberculosa</i> — ALTHABE, A., DI PAOLA, G. e TERZANO, G.	428
<i>Estudo da musculatura uterina da recém-nascida</i> — GOSENDE, J. C.	428
<i>Importância do fascia peri-ganglionar no câncer da mama: técnica operatória.</i> — D'ALBO, E. A.	429
<i>Fibromas múltiplos calcificados do epíplon maior e do útero</i> — JORGE, J. U., DEBIO, J. M. A. e LATIENDA, R. I.	430
<i>O diagnóstico precoce do câncer do colo uterino</i> — FREIRE, M. A.	430
<i>Relações patológicas colo-reto-genitais</i> — AGUERRE, J. A.	431
<i>A colposcopia e o teste de Schiller no diagnóstico precoce do câncer do colo uterino</i> — TORREALBA, M. A.	432
<i>A anestesia em obstetrícia</i> — RUIZ, M.	433
<i>Um caso de mioma uterino e gravidez. Cesariana e histerectomia no sétimo mês</i> — PONTE, L., SISCO, D. e RIVERO, A.	434

Um segundo caso de leucoplasia com neoplasia maligna em baixo, foi irradiado. Em outros dois casos com leucoplasia, base de leucoplasia e mosaico, reconhecidos histologicamente como epitelomas superficiais, foi seguido o mesmo tratamento.

Conclue o A. no seu trabalho, que é o primeiro sobre o assunto em Venezuela, que a revisão pós-parto do colo uterino é uma condição indispensável na profilaxia do câncer cervical, bem como a cura completa de toda úlcera ou ectrópio no colo. Alguma suspeita por prova positiva de SCHILLER ou levantada por meio da colposcopia deve sempre ser confirmada pela biópsia. Toda zona matriz é um câncer em potencial. Estas zonas matrizes aparecem em lesões antigas (?) o que explicaria a existência excepcional do câncer do colo uterino antes dos vinte anos. Há necessidade de um controle ginecológico anual para descobrir lesões ignoradas. O câncer do colo descoberto na sua etapa precoce é uma doença sempre curável. — J. P. R.

A anestesia em obstetrícia (*La anestesia en obstetricia*) — RUIZ, M. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, Vol. III, N.º 2, pág. 79).

O A. faz o histórico da anestesia em Obstetrícia em geral e defende o direito da mulher de receber alívio também nas dores do parto normal, tratando-se então de simples analgesia. A analgesia "à la Reine" é insuficiente para os demais casos, satisfazendo plenamente só em mulheres que, por natureza, já são pouco sensíveis contra a dor. Geralmente são necessárias maiores doses de clorofórmio para chegar a um estado intermediário entre analgesia e anestesia. Não se deve temer o clorofórmio em obstetrícia sempre que este possa ser administrado por bom técnico, em forma quimicamente pura e em paciente convenientemente examinada antes. Não há necessidade do emprego de aparelhos especiais, porém os de RICARD e de BUDIN são recomendáveis por serem cômodos. Pode ser iniciada a aplicação do clorofórmio "à la Reine", isto é, no início de cada contração, aumentando a dose conforme o caso exigir. Na necessidade de intervenções obstétricas nunca se deve deixar de alcançar uma perfeita anestesia cirúrgica. O A. despreza quasi que por absoluto os perigos atribuídos ao clorofórmio. O aumento da duração do tempo de trabalho do parto e o maior número de hemorragias pós-parto seriam meras coincidências na maioria dos casos. Na eclampsia todos o empregam largamente e não há, por isso, maior número de hemorragias. O clorofórmio é útil e necessário em todo parto doloroso e prolongado e nas intervenções obstétricas. Os temores ligados ao clorofórmio seriam infundados, pois é otimamente suportado pela mulher em época de parto, sem incon-

venientes, regularizando muitas vezes as contrações uterinas e abreviando o parto.

O éter pode ser aplicado nas mesmas condições, só que exige sempre um aparelho (?) e é mais inflamável. O cloral, a cloretila e a morfina não se prestam aos fins obstétricos, bem como a raquianestesia que foi completamente abandonada. Também a combinação de morfina e escopolamina não satisfaz, pois prolonga o parto e prejudica a criança. O mesmo acontece com a Toceanalgina que deixa muitas crianças em estado de asfixia, sendo pois demasiadamente perigoso. Também outros novos preparados como a Antalgesina, Eutocina, Lueina, Parto-analgina e outros à base de morfina ficam muito atrás do clorofórmio e do éter, em relação à eficácia e relativa inoacuidade. — J. P. R.

Um caso de mioma uterino e gravidez. Cesariaria e histerectomia no sétimo mês (*Un caso de mioma uterino y embarazo. Cesárea e histerectomia al séptimo mes*) — PONTE, L., SISCO, D. e RIVERO, A. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, Vol. III, N.º 2, pág. 94).

Uma mulher de 28 anos, portadora de mioma uterino na parede anterior, engravidou, levando a gestação até o sétimo mês, época em que apresenta o quadro agudo abdominal, provocado por necrobiose do mioma que cresceu muito durante a gravidez. A laparotomia confirma o diagnóstico, sendo executada uma cesariana alta e, em seguida, histerectomia subtotal. A criança morre 24 horas depois. O exame histológico revela degeneração cística e necrobiose de fibromioma cérvico-uterino.

Toda mulher miomatosa grávida leva dentro de si uma "bomba de retardamento" que pode explodir em qualquer época. A expectativa armada, único procedimento em tais casos, é insuficiente para evitar os perigos que pesam sobre mãe e filho. — 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**

Secretária de Redação — Dra. CLARICE DO AMARAL

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. Mario N. Pardal
Dr. Alkindar Soares	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. 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 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 53

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 IX

Junho de 1944

Vol. 17 — N.º 6

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Contribución al estudio de la sulfamidoterapia intraperitoneal en la operación cesarea del caso impuro</i> — DR. RICARDO LOPEZ MONTI	435
<i>Carcinoma metastático do ovário?</i> — DRA. HILDEGARD STOLTZ ..	445
<i>Granuloma venéreo</i> — DR. VICTOR DO AMARAL FILHO	454

EDITORIAL

<i>A drenagem em Ginecologia</i>	462
--	-----

NOTAS E COMENTARIOS

† Professor Henrique A. Boero	467
<i>Faculdade Nacional de Medicina</i>	468
<i>Curso de Aperfeiçoamento Obstétrico-Ginecológico em Buenos Aires</i> ...	469
<i>Conselho Técnico e Administrativo da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil</i>	469
<i>"Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Rosario"</i>	470
<i>"Colégio Brasileiro de Cirurgiões"</i>	470

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — JULIO C. GARCIA OTERO, Diretor	471
<i>Litiase do Apêndice</i> — EURICO BRANCO RIBEIRO	472

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da décima-terceira sessão ordinária</i>	473
--	-----

RESUMOS

(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.

TRABALHOS ORIGINAIS

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL
"PROF. U. FERNANDEZ"
DIRECTOR: PROF. MANUEL LUIS PÉREZ
BUENOS AIRES — ARGENTINA

**CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA SULFAMIDO-
TERAPIA INTRAPERITONEAL EN LA OPERACIÓN
CESAREA DEL CASO IMPURO**

DR. RICARDO LOPEZ MONTI
Médico de los Hospitales

1.^a Comunicación

La aplicación de la sulfamidoterapia intraperitoneal en las cesareas del caso impuro, practicada por primera vez por los Dres. MANUEL LUÍS PÉREZ y RAMÓN ECHEVARRÍA, con el excelente resultado que conocemos a través de los veinte y seis casos publicados, nos indujo a aplicarlo en nuestras enfermas particulares, llegando a reunir un total de 15 observaciones.

En todos los casos hemos realizado la histerotomía segmentaria de OPITZ con las siguientes particularidades de técnica:

- 1.^º) al abrir la pared, por mediana laparotomía, ponemos al descubierto ambos músculos rectos con el objeto de que el cierre de la misma sea más sólido.
- 2.^º) Al practicar la histerotomía, comenzamos haciendo un ojal de dos cms., aproximadamente, por donde evacuamos el líquido amniótico con aspirador o absorbiéndolo meticulosamente mediante compresas evitando en lo posible que se derrame en la cavidad abdominal, la que protegemos previamente mediante compresas como se hace habitualmente. Al proceder así disminuimos la posibilidad de infección peritoneal.

- 3.^o) Despues de cerrar la pared uterina en dos planos y el peritoneo que la recubre, espolvoreamos con 4 grs. de sulfanilamida, repartiéndola en la cavidad abdominal.
- 4.^o) Cerramos la pared del abdomen en 5 planos a saber, peritoneal, muscular, aponeurosis con catgut cromado, tejido celular y por ultimo piel con agrafes o crin de florencia. Este cierre meticuloso de la pared, nos permite levantar precozmente las operadas sin temor a la eventración. Usamos tan solo 4 grs. de sulfanilamida, por considerar esta dosis suficiente para prevenir la infección.

Los cirujanos generales que aplicaron la sulfamidoterapia peritoneal en los casos agudos supurados, llegaron a administrar una dosis doble o triple. En estas circunstancias es lógico que se necesiten mayores dosis porque la infección ya está en curso y porque el pus contiene sustancias que neutralizan en parte la eficacia de la droga. No ocurre esto en la operación cesarea, máxime si evitamos el derrame de sangre y líquido amniótico en la cavidad abdominal. Cuando nos encontramos en presencia de un caso muy impuro, preferimos administrar durante 3 o 4 días una dosis suplementaria por vía bucal o parenteral, sosteniendo en esta forma la acción del medicamiento.

Diseminamos los 4 grs. de sulfanilamida tan solo en el peritoneo, lugar en que la infección es más temible, para que la droga actúe no solamente por la acción bacteriostática directa, sino también para utilizar la gran capacidad de absorción que esta serosa tiene, la que está especialmente intensificada en el embarazo. Ahora bien, esta cualidad hace que en breve tiempo se eleve la concentración sanguínea en sulfanilamida hasta llegar a los 8 mgrs. que es la dosis útil por su acción marcadamente bacteriostática con escasa toxicidad para el organismo. Este hecho se desprende de los dosajes que se practicaron en las enfermedades estudiadas por los Doctores PÉREZ y ECHEVARRÍA.

El caso de muerte por intoxicación que hubieron de lamentar, demuestra que la acentuada absorción peritoneal de la grávida debe movernos a no usar mayores dosis. Por otra parte, creemos y esperamos demostrarlo en un trabajo de experimentación, que la sangre de los vasos abdominales tiene una mayor concentración de droga que la de cualquier otro territorio del organismo, por ser la puerta de entrada de la misma. Esta mayor concentración sanguínea local acentúa la acción bacteriostática precisamente en el territorio que también es la puerta de entrada de la infección y el lugar de la más grave complicación que pretendemos evitar. Feliz coincidencia ésta que hace más evidente y positiva su acción profiláctica.

Una vez obtenida la acción bacteriostática profiláctica nos bastará sostenerla, como dijimos antes, durante 3 o 4 días usando las vías habituales. Consideraremos a la sulfanilamida la droga de elec-

ción, no solamente por su acción específica contra el estreptococo y el estafilococo que son los gérmenes más temibles, sino también basados en los estudios hechos por HAWKING ("Lancet", 1:786-788, 21-VI-941) sobre difusibilidad de los distintos preparados, llegando a la conclusión de que mientras la sulfanilamida a 37° da una concentración de 1.500 mgrs. %, el sulfatiazol da tan solo 180 mgrs. por cento, y la sulfapiridina 60 mgrs. %. Si agregamos la mayor difusibilidad y penetrabilidad de la droga y su especificidad por el estrepto y estafilococo la elección no es dudosa.

Nuestro primer ensayo lo efectuamos con sulfamidocrisoidina (Prontosil rojo) y si bien conseguimos salvar la enferma, ésta hizo una flebitis como se desprende de la historia a continuación:

CASO 1.^o — Historia 1899 (Sanatorio Alvear, 18/3/42).

Irene G. de C., 34 años, primigesta, embarazada a término, pelvis plana canaliculara. P.P.M. 8,9. Parto de prueba durante 24 horas, bolsa rota 4 hs. antes de la intervención, tres tactos con guantes, cuello con 8 cms. de dilatación, presentacióncefálica en O.I.I.T. entre 1.^o y 2.^o plano de HODGE, cabeza muy osificada.

Se interviene practicando una cesarea con la técnica indicada, se esparcen 4 grs. de Prontosil en polvo en la herida uterina y en la cavidad abdominal. Nace un feto vivo, 3.200 grs., femenino. Post-operatorio satisfactorio, temperatura 37°,5, pulso 90. Al siguiente día dilatación de estómago que cede con lavaje y prostigmina, continúa varios días con temperatura entre 37°,5 y 38°, pulso entre 90 y 100, estado angustioso, disuria. Al duodécimo día la temperatura se acentúa llegando a 40°, pulso 120 instalándose una flebitis en la pierna izquierda. Este proceso evoluciona satisfactoriamente en el término de 60 días aproximadamente. La herida cicatrizó por primera en 8 días, no habiendo serosidad ni supuración.

Después de este caso no muy feliz, decidimos emplear la sulfanilamida (Stopton peritoneal) siguiendo la conducta observada en el Instituto de Maternidad.

CASO 2.^o — Historia 1998 (Sanatorio Alvear, 22/7/42).

Camila C. de M., 32 años, primigesta embarazada de 9 meses. Pelvis plana anillada, P.P.M. 8,4. Presentacióncefálica alta O.I.D.T., bolsa rota 5 horas antes, dilatación 8 cms. 3 tactos en público con guantes donde se hizo parto de prueba durante 14 hs. por partera, latidos bien timbrados.

Se practica operación cesarea con la técnica descripta. Feto vivo de 2.980 grs. Se esparcen 4 grs. de sulfanilamida en el peritoneo abdominal. Post-operatorio, pulso entre 80 y 90, buen estado general, temperatura que osciló entre 37°,5 y 38°,5 hasta el tercer día, luego continuó afebril. Hubo que usar morfina la primera noche para calmar el dolor. Al séptimo día la herida curada por primera no tiene serosidad ni pus. Se levanta al octavo día.

CASO 3.^o — Historia 2003 (Sanatorio Alvear, 28/6/42).

Carolina A. de H., 28 años, primigesta embarazada de término. Ingresa con sufrimiento fetal. Rotura precoz de las membranas (10 horas antes), líquido amniótico teñido de meconio, cuello borrado con 2 cms. de dilatación, grueso, presentacióncefálica entre 1.^o y 2.^o plano de HODGE en O.I.I.A. Pelvis plana anillada P.P.M. 9,5. Catoree horas de trabajo de parto en su domicilio tres tactos con guantes por partera. Sin temperatura.

Se opera con la técnica descripta, nace feto vivo, 3.400 grs. Se esparcen 4 grs. de sulfanilamida en cavidad abdominal. En el post-operatorio hubo

que administrar morfina, el estado general bueno. Temperatura 37°,5, pulso 90 durante 3 días, los subsiguientes no hubo temperatura. Se sacan los puntos al séptimo día, cicatrización por primera, no supura, no tiene serosidad. Se levanta y es dada de alta.

CASO 4.^o — Historia 2083 (Sanatorio Alvear, 14/8/942).

Manuela S. de V., 38 años, secundipara. El primer parto atendido en el Hospital Rivadavia, terminó por basiotripecia. Embarazo de término, pelvis plana, anillada P.P.M. 8,5, dilatación 4 cms., bolsa íntegra, presentación pélviana incompleta en S.I.D.T. El feto impresiona ser de tamaño grande.

Se interviene según técnica descripta. Nace feto vivo de 3.500 grs. se esparcen 4 grs. de Sulfapiridina en polvo en la cavidad abdominal. Post-operatorio, buen estado general, pulso 80, temperatura 37°. No se usaron analgésicos, cicatrización por primera al séptimo día, no hay serosidad ni pus, se levanta y es dada de alta.

CASO 5.^o — Historia 2045 (Sanatorio Alvear, 19/8/42).

Elsa P. de S., 27 años, primigesta. Embarazada de término, bolsa rota prematuramente (seis horas antes), atendida en su domicilio durante diez horas, tres tactos con guantes por partera. Pelvis plana, canalicularada. P.P.M. 8,2, dilatación 4 cms. Presentación O.I.D.T. alta, latidos bien timbrados.

Se opera con la técnica habitual, introduciendo 4 grs. de sulfapiridina en polvo en cavidad abdominal. Feto vivo, 3.250 grs. Post-operatorio con buen estado general. No se usaron analgésicos. Afebril el primer día, tuvo hasta 38°,5 de temperatura y pulso hasta 100 durante cinco días. Se administró Dagenan por vía bucal 3 grs. diarios los días 2.^o, 3.^o y 4.^o. Al octavo día se sacan los puntos, herida perfectamente cicatrizada sin serosidad ni supuración. Al décimo día se da de alta en buenas condiciones.

CASO 6.^o — Historia 2152 (Sanatorio Alvear, 7/12/42).

Catalina C. de C., 37 años, primigesta a término. Fué atendida por una partera en su domicilio durante 24 horas, practicándole tres tactos con guantes bolsa rota 5 hs. antes de ser intervenida, latidos bien timbrados. Pelvis plana anillada. P.P.M. 8,8. Presentación en O.I.I.T. entre primero y segundo plano de Hozoz, dilatación 8 cms. Evidente desproporción pélvico-fetal.

Se interviene según técnica habitual, espolvoreando con 4 grs. de sulfanilamida el peritoneo. Feto vivo, 3.500 grs. Post-operatorio: buen estado general sin temperatura, pulso 90, no se administró calmante alguno, continúa en este estado. Al séptimo día se sacan los agrafes, cicatrización por primera sin serosidad ni pus. Se levanta y es dada de alta.

CASO 7.^o — Sanatorio Otamendi-Mioli, 12/42.

Etelvina de R., 34 años. Primigesta de término. Genitales externos muy poco elásticos, pelvis plana canalicularada P.P.M. 8,8. Se practica parto de prueba durante 12 horas. La bolsa se rompe espontáneamente a las 8 horas, la dilatación es de 8 cms., la presentación en O.I.I.P. Entre primero y segundo plano de Hozoz. Bruscamente se instala sufrimiento fetal irreductible.

Se interviene según técnica habitual, nace feto vivo de 3.200 grs., se esparcen 4 grs. de sulfanilamida sobre peritoneo. Post-operatorio muy bueno con poco dolor, se inyectó morfina por tratarse de una enferma sumamente nerviosa. La temperatura osciló entre 37°,5 y 38°,5. Pulso hasta 100. Al séptimo día se sacan los agrafes, cicatrización por primera, se levanta al octavo día continuando en buenas condiciones.

CASO 8.^o — Historia 2298 (Sanatorio Alvear, 24/4/43).

Berta de G., 26 años. Primigesta de término. Atendida por una partera en su domicilio que le practica dos tactos con guantes durante 10 horas de trabajo. Rotura de las membranas ocho horas antes de su ingreso. Tacto:

vulva y vagina con tejidos poco elásticos, pelvis normal, cuello borrado con un centímetro de dilatación, presentación O.I.I.T. en primer plano de HODGE. Derrame del líquido amniótico en puré de arvejas. Latidos alejados e irregulares.

Como el sufrimiento fetal no cede a pesar de los cardiotónicos, se practica la operación cesarea como de hábito. El feto tiene una doble circular de cordón con brevedad del mismo. Nace un feto vivo de 3.200 grs. Se derrama 4 grs. de sulfamida en la cavidad abdominal. Post-operatorio satisfactorio con buen estado general, hubo que calmar el dolor con morfina. Se administra 2 grs. de sulfanilamida durante 4 días, el pulso oscila entre 80 y 90 y la temperatura llegó a 37°,2 durante dos días, luego continuó afebril.

La herida bien cicatrizada al séptimo día, se sacan los puntos, no tiene serosidad, ni pus y continúa en buenas condiciones.

CASO 9.^o — Historia 2321 (Sanatorio Alvear, 19/3/43).

Maria P. de R., 23 años, secundípara. El primer parto con fórceps en la Maternidad Sardá, niño vivo, falleció a los seis meses de bronconeumonia. La atendemos desde el 6 1/2 mes con hemorragías por placenta previa oclusiva con opiaceos y reposo.

Se consigue llegar al octavo mes, época en que las hemorragías se repiten y acentúan en forma alarmante, siendo la última de unos 500 grs. aproximadamente. Se mejora el estado general con transfusión y suero. Como la hemorragia no se cohibe totalmente se decide intervenir con el siguiente estado: dilatación tres cms. cuello grueso, bolsa íntegra, placenta oclusiva, presentación en O.I.D.T. entre primero y segundo plano de HODGE.

Se practica la operación cesarea según la técnica descripta cayendo sobre la placenta. Nace un niño vivo de 2.300 grs., débil congénito, que no respira bien y fallece a los 20 minutos. Se esparcen 4 grs. de sulfanilamida. Post-operatorio febril entre 38° y 39°, pulso entre 100 y 110, timpanismo abdominal discreto que cede con suero clorurado hipertónico y prostigmin. Débil tinte cianótico de las extremidades. Se administró sulfanilamida 2 grs. por día, durante 3 días. Al séptimo día se sacan los puntos y es dada de alta.

CASO 10.^o — Historia 2361 (Sanatorio Alvear, 19/6/43).

Elena V. de M., 30 años, primigesta. Atendida durante cuarenta y ocho horas, con rotura precoz de las membranas haciéndole dos tactos con guantes. Ingresa con embarazo de término con malas contracciones, latidos fetales alejados e irregulares, pérdida del líquido amniótico, con meconio en puré de arvejas. Pelvis normal. Presentación O.I.I.T. entre primero y segundo plano de HODGE, cuello borrado con dos cms. de dilatación, cuarenta y ocho horas de trabajo de parto.

Con raqui-anestesia se practica la cesarea con la misma técnica, nace feto vivo de 3.200 grs. que tenía doble circular de cordón, se reanima con dificultad. Se esparce Stopton como de hábito y se cierra la pared en cinco planos. El post-operatorio es excelente, muy escaso dolor por lo que no se inyectó morfina, temperatura 38°, pulso 95, el primer día, luego continúa con buen estado general.

Se levanta, al séptimo día se sacan los puntos, la herida bien cicatrizada no tiene serosidad.

Como se puede apreciar, todas las operadas, con excepción de la primera que hizo una *flegmasia alba dolens*, abandonaron el lecho al sexto o séptimo días. Con heridas cicatrizadas *per primam*, sin supuración ni serosidad, no obstante haberla buscado sistemáticamente por punción de la cicatriz. Todas ellas fueron atendidas posteriormente en el consultorio y se reintegraron a la vida normal.

en el término de un mes, quedando las heridas sólidamente cicatrizadas. No hubo que lamentar ningún deceso y por lo que se refiere a la morbilidad tan solo consignamos la flebitis en el caso en que recurrimos a la sulfamido-erisoidina.

Siete veces usamos la sulfanilamida (Stopton peritoneal) con excelente resultado, en los otros dos casos hemos empleado la sulfapiridina en polvo.

Aunque, no siempre nos fué dado observar una marcada acción analgésica del medicamento, en ocasiones nos evitó el uso de calmantes en el post-operatorio, propiedad que también hemos constatado en los operados de apendicitis aguda y en intervenciones sépticas de ginecología donde recurrimos a la sulfanilamida.

La acción analgésica hace que los operados tengan un buen estado general ya que les permite una buena excursión respiratoria, una mayor movilización, evitando complicaciones pulmonares, circulatorias y humorales.

Debo recalcar que la estadística presentada reúne casos impuros pero no infectados, los tactos fueron hechos con guantes, previo lavado, casi siempre fuera de la clínica, hecho que contribuyó indudablemente al buen resultado obtenido.

La estadística publicada por los autores del método, reúne veinte y seis casos que comprenden un buen porcentaje de infectados, no obstante, consiguieron evitar las complicaciones peritoneales que son las más graves; pero tuvieron que lamentar en cambio un caso de fallecimiento por intoxicación al haber usado una dosis grande de sulfanilamida y otras veces supuraciones y flemones del tejido celular pélvano que curaron finalmente.

Como conclusión de este estudio creemos poder afirmar que estamos en vías de solucionar la cirugía del caso impuro y que pronto los medios quirúrgicos podrán substituir con ventaja a los métodos obstétricos, especialmente en los casos en que aquellos tienen como consecuencia una gran mortalidad fetal y una acentuada morbilidad materna traducidas por trastornos vesicales, fistulas, desgarros; trastornos de la marcha, etc.

2.^a Comunicación

Después de haber confeccionado el anterior trabajo, hemos atendido otros cinco casos que relatamos a continuación y cuya evolución fué en un todo semejante a los anteriores, habiendo usado en ellos la sulfanilamida.

CASO 11.^a — Historia 2419 (Sanatorio Alvear, 30/8/43).

Angela M. B. de L. R., 28 años, embarazada de término, primigesta, cuyo parto fué atendido en su domicilio 30 horas antes de ingresar a la clínica, con bolsa rota 24 horas antes de su ingreso, habiéndosele practicado 4 tactos por la partera, 2 por un colega y el 7.^o por nosotros. Ingresó con contracciones espasmódicas, sufrimiento fetal. Taeto: partes blandas muy resistentes, cuello

grueso con 3 cms. de dilatación, bolsa rota, presentación cefálica en 2.^o plano de HODGE O.I.D.P., cabeza muy osificada.

A pesar de haberla tratado con spalmagine e hipofisina el parto no progresa y comienza el sufrimiento fetal, por lo que se resuelve intervenir por operación cesarea.

Se interviene con anestesia raquídea, novocaína. La operación se ejecuta con la técnica habitual, dejando 4 grs. de sulfanilamida en la cavidad abdominal. Nace feto vivo de 3.500 grs. que se consigue reanimar con gran dificultad. Cierre de la pared en cinco planos.

El post-operatorio durante el 1.^o día: pulso 90. Temperatura 37°,3. Buen estado general. No hubo que usar calmantes, al siguiente día discreto meteo-rismo que cede con prostigmina y enema hipertónico. Pulso 90, dolor poco acentuado.

3.^o día: buen estado general, temperatura 38°,5, pulso 95. Abdomen depresible. Tratamiento: enema evacuante. Sulfanilamida 3 grs. vía bucal, por día. Los loquios algo escasos y fétidos por lo que se indica ergotina XXX gotas 2 veces por día.

4.^o día: buen estado general. Temperatura oscilante entre 37°,2 y 38. Loquios turbios fétidos. Abdomen depresible. Tratamiento continúa con 3 grs. de sulfanilamida y ergotina, XXX gotas dos veces por día.

5.^o día: temperatura 37°,5. Abdomen blando depresible. Loquios menos turbios y menos fétidos. Continúa el mismo tratamiento.

6.^o día: buen estado general, pulso 80 amplio, temperatura 37°,3. Abdomen depresible, herida cicatrizada per primans. Se sacan los agrafes. Tratamiento: enema evacuante. Albucid 2,50 grs., ergotina XXX gotas dos veces.

7.^o día: afebril, pulso 75, abdomen depresible, loquios normales. Se da de alta.

Continúa en su domicilio el tratamiento con 2 grs. de sulfanilamida y Ergotina XXX gotas durante 3 días, levantándose progresivamente mayor tiempo.

A los 15 días de operada concurre a mi consultorio en perfectas condiciones generales y locales conservando su vida normal. Los loquios son normales y escasos.

CASO 12.^o — Historia 2473 (Sanatorio Alvear, 22/10/43).

Maria A. de N., brasileña, dos partos anteriores, el 1.^o terminado por forceps, vive sano. El 2.^o por versión interna falleció a los 20 minutos.

La examinamos después de 14 horas de trabajo de parto, con buenas contracciones cada dos o tres minutos, latidos irregulares. Vulva y vagina amplias, cuello con 6 cms. de dilatación, grueso, bolsa piriforme que se rompe al examinarla. Pelvis justa, presentación cefálica en 1.^o plano de HODGE algo deflexionada, muy osificada, grande. Como los latidos no mejoran a pesar de haber inyectado coramina, el líquido amniótico sale teñido de meconio y hay una evidente desproporción pélvico fetal, se resuelve intervenir por operación cesarea, segmentaria, previa raquídea con novocaína.

Se ejecuta con la técnica habitual, nace feto vivo de 3.500 grs. de cabeza grande muy osificada. La placenta se encastilla en el cuerno derecho, por lo que se extrae manualmente. Se sutura el útero en 2 planos, se peritoniza y se esparcen 4 grs. de sulfanilamida en el peritoneo visceral. Cierre de la pared en cinco planos, aponeurosis con catgut cromado 23-X-1943. Buen estado general, ligera cianosis, pulso 90, temperatura 37°,2, abdomen ligeramente meteorizado.

24-X-43: Sigue mejor, pulso 80, temperatura 37°, abdomen depresible. Se indica enema, 200 grs. de suero hipertónico salino.

Los días siguientes afebril, sigue mejorando, loquios normales.

Al 6.^o día se da enema evacuante; al 7.^o se sacan los puntos, herida bien cicatrizada, no hay serosidad, se levanta y es dada de alta.

La examino en mi consultorio a los 16 días de operada, con buen estado general, herida bien cicatrizada.

CASO 13.^o — Historia 2484 (Sanatorio Alvear, 10/11/43).

Mercedes G. de M., primigesta. En trabajo de parto durante 48 horas en su domicilio, habiéndole practicado dos tactos la partera y tres el médico. A pesar de haber tenido contracciones de regular intensidad, a veces espasmodicas y frecuentes que no mejoraron con tratamiento a base de spalmagine y ocitóxicos, el cuello es grueso, resistente, con 2 cms. de dilatación, bolsa íntegra. La presentación entre 1.^o y 2.^o plano de HODGE en O.I.I.T. La pelvis es amplia.

En estas condiciones se interna en la clínica el día 2/11/43 bajo la asistencia del Dr. Mosca, quién resuelve realizar operación cesarea segmentaria.

Operador Dr. MOSCA, ayudante Dr. LÓPEZ MONTI. Anestesia raquídea, novocaina 0,12 grs., se ejecuta la cesarea según técnica de OPITZ con las características habituales. Al efectuar la histerotomía se extrae líquido amniótico con gran cantidad de meconio. Suturado el útero se esparcen 4 grs. de sulfanilamida en cavidad abdominal. Feto vivo sano de 3.500 grs., alumbramiento espontáneo, cierre de la pared en cinco planos.

3/11/43 — Buen estado general, temperatura 37°,1, meteorismo discreto, lengua saburreal, tensión 13 y 10, pulso 90. Tratamiento: enema 250 grs. de aceite.

4/11/43 — Temperatura 37°,6, pulso 96, lengua más húmeda, persiste el meteorismo, loquios normales, movió el vientre con el enema. Tratamiento: vaselina líquida con belladona, alimentación: leche, caldo, líquidos azucarados.

5/11/43 — Buen estado general, pulso 90, temperatura 37°,2, lengua húmeda, meteorismo disminuido. Indicado: enema salino, alimentación: sopas, té con leche, jugo de frutas.

6/11/43 — El mismo estado de ayer. En la axila izquierda se palpa pequeña tumoración del tamaño de una nuez, dolorosa. Loquios normales, herida en buen estado. Tratamiento: hielo en la axila izquierda.

8/11/43 — Persiste temperatura 37°,2, herida en buen estado, loquios normales, lengua saburreal húmeda. Se retiran los agrafes. La tumoración axilar más pequeña y blanda. Indicación: enema evacuante.

9/11/43 — Persiste la febrícula, la herida bien, el útero en buena evolución, lengua húmeda.

10/11/43 — Mejorada, sin temperatura, se da de alta.

CASO 14.^o — Historia 2425 (Sanatorio Alvear, 14/11/43).

M. F. de R., secundipara, el primer parto en Hospital Alvear, terminado en cesárea por feto de 5.500 grs. Op. Dr. LÓPEZ MONTI, con la misma técnica y obtenido feliz post-operatorio (Caso publicado por los Dres. MANUEL LUIS PÉREZ y RAMÓN ECHEVARRÍA). Vuelve, embarazada de término, habiéndose pasado 10 días del Pinard. Contracciones buenas, latidos bien timbrados, vulva y vagina de nulipara, elásticas, dilatación 3 cms., cuello grueso, presentación ceffálica en O.I.T. insinuada, la cabeza muy osificada de tamaño al parecer normal.

Después de 14 horas de trabajo de parto con buenas contracciones, en latidos bien timbrados, rotura espontánea de las membranas ovulares hace dos horas. La dilatación es de 8 cms. pero la presentación continúa insinuada y móvil. Teniendo en cuenta los antecedentes y el estado de la presentación se resuelve intervenir por histerotomía.

14/11/43 — Anestesia raquídea novocaina. Op. cesarea según técnica de OPITZ con las modificaciones señaladas. Nace feto vivo, 3.600 grs. Se desparraman 4 grs. de sulfanilamida en la cavidad abdominal. Cierre de la pared en cinco planos, aponeurosis con catgut cromado, piel con erin. Esa noche no hubo dolor post-operatorio por lo que no se usó analgésico alguno.

15/11/43 — Post-operatorio bueno, pulso 90, temperatura 38°, abdomen discretamente timpanizado, se indica prostigmina y enema hipertónico.

16/11/43 — Buen estado general, pulso 80, temperatura 37°, abdomen depresible, se indica enema hipertónico.

17 al 20/11/43 — Post-operatorio continúa satisfactorio con pulso alrededor de 80 y temperatura entre 37° y 37°,5. Se administra purgantes y se sacan los puntos, estando la herida bien cicatrizada, no habiendo serosidad, los loquios fueron siempre normales.

21/11/43 — Es dada de alta en buenas condiciones y continúa bien siendo examinada en mi consultorio a los 15 días.

CASO 15.^o — Historia 2508 (Sanatorio Alvear, 17/11/43).

Delia M. de M., primigesta, 21 años, embarazo de 9 meses en trabajo de parto con buenas contracciones. El examen genital nos permite comprobar una doble vagina, separadas por un grueso tabique que llega hasta el cuello y que se inserta ampliamente en pared vesical y recta de vagina. La vagina izquierda más estrecha permite el paso de un dedo pero se ensancha dando la impresión que por la misma tiene tendencia a hacerse el parto. El cuello parece estar en dilatación de 8 cms., bolsa rota, presentación en 2.^o plano de HODGE en O.I.D.A. Temiendo que un debridamiento del tabique durante el parto no fuera capaz de evitar desgarros peligrosos y basados en la inocuidad de la cesarea cuando se sigue la técnica descripta se resuelve intervenir.

17/11/43 — Anestesia raquídea, novocaina. Op. cesarea según técnica descripta dejando 4 grs. de sulfanilamida peritoneal, no se observa deformación uterina, ni los anexos. Niño vivo de 2.800 grs.

18/11/43 — Buen estado general, pulso 100, temperatura 37°, abdomen ligeramente meteorizado, muy poco doloroso, no se administró calmante.

19/11/43 — Buen estado general, afebril, pulso 95, ligera cianosis, abdomen depresible, se indican 4 grs. de sulfanilamida por día en comprimidos y enema evacuante.

20, 21, 22 y 23/11/43 — Continúa bien, sin temperatura, pulso 80, buen estado general, loquios normales, habiendo tomado sulfanilamida durante 3 días. Purgante oleoso.

24/11/43 — Se sacan los puntos, herida bien cicatrizada sin serosidad. Se levanta.

25/11/43 — En buenas condiciones es dada de alta.

A los 15 días la veo en el consultorio, herida bien cicatrizada con escasa serosidad que se extrae.

(Este caso será objeto de una publicación especial).

Agregaremos así otros cinco casos que hicieron un post-operatorio excelente sin complicaciones de ninguna índole, abandonando el lecho a los 7 u 8 días.

Resumiendo: en 15 casos tenemos una mortalidad de 0 y una morbilidad del 7 1/2 % pero debemos hacer notar que se trata de enfermas que se atendieron con bolsa rota recientemente y sin temperatura. Por esta circunstancia creemos que no se debe prolongar el parto de prueba, más de lo prudencial para que los resultados quirúrgicos sean satisfactorios.

Por último debo hacer recordar que debemos siempre tener presente las contraindicaciones de la sulfanilamida antes de su empleo (nefritis, insuficiencia hepática) y los trastornos de orden tóxico que pudieran haber actuado sobre los distintos órganos de la economía por la acción del embarazo o de otras afecciones sobre-agregadas.

A pesar de no haber tenido accidentes en las operadas de cesarea, nos ha sido dado observar insuficiencias hepáticas irredutibles que llevaron a las enfermas a la necropsia en dos casos de peritonitis, una de ellas gangrenosa y en un caso de histerectomía fatal por rotura uterina durante el parto.

En estos casos a la insuficiencia hepática originada por la enfermedad, se agregó la acción tóxica de la sulfanilamida ocasionando la muerte de los pacientes.

Contribution à l'étude de la sulfamidothérapie intraperitoneale dans l'opération césarienne du cas impur

Résumé

Ayant pris connaissance des 26 cas publiés par les Drs. Perez et Echevarria, l'A. décida recourir à l'emploi du même agent dans 15 cas personnels. Il a suivi la technique d'Opitz modifiée et a employé 4 gr. de sulfanilamide dans le péritoine.

Exception faite d'une patiente qui a eu *phlegmasia alba dolens*, toutes les autres se sont levées du 6ème au 7ème jour. La mortalité a été nulle; la morbidité a été égale à 7,5 %. Il s'agissait toutefois de patientes avec rupture récente de la poche des eaux et sans fièvre.

L'A. rappelle qu'on ne doit pas prolonger la preuve du travail et que l'on doit aussi prendre compte des contre-indications de la sulfanilamide (néphrite, insuffisance hépatique, toxémie). L'A. a eu deux cas de mort, en dehors de cette série, chez deux patientes avec périctonite gangreneuse et après hysterectomie fatale à la suite de rupture de l'utérus pendant le travail.

Further studies on the intraperitoneal sulfanilamide application in cesarean section for impure cases

Summary

The Author reports 15 personal cases in which sulfanilamide (4 gr) was used intraperitoneal after cesarean sections performed according Opitz' technic.

All patients but one who had "phlegmasia alba dolens", got up on the 6th or 7th day. Morbidity was 7.5 per cent.

The cases, however, were of recent rupture of bag of waters with no temperature.

The Author states that one should not overincrease the test of labor, reminds sulfanilamide contraindication (nephritis, liver insufficiency, toxemia). Outside this reported series the Author had two cases of death, with peritonitis (one gangrenous, and the other after hysterectomy for uterine rupture during labor).

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Endometriose primitiva da cervix uterina</i> —LASH, A. F. e RAPPAPORT, H.	475
<i>Reimplantação de ureter na bexiga</i> —STEVENS, A. R. e MARSHALL, V. L.	475
<i>Apresentações de face e fronte persistente</i> — POSNER, A. C. e BUCH, I. M.	476
<i>Tratamento da dismenorréia essencial com o etinil estradiol</i> — LYON, R. A.	477
<i>O problema do pó de talco em cirurgia e sua solução</i> — SEELIG, M. G., VERDA, D. J. e KIDD, F. H.	478
<i>Novas observações na conduta e tratamento do carcinoma do corpo do útero,</i> <i>e dos resultados no fim de 5 anos, em 75 pacientes.</i> — SCHEFFEY, L. C., THUDIUM, W. J. e FARELL, D. M.	479
<i>Estudos sobre o fator Rh</i> — SCHWARTZ, H. A. e LEVINE, P.	480
<i>Uma avaliação da cesária cervical transversa</i> — GUSTAFSON, G. W.	481
<i>O efeito da diatermia médica sobre o ciclo menstrual da macaca (macacus</i> <i>Rhesus)</i> — STRAUSS, H. A., FISHER, L. e RUBENSTEIN, B. B.	482
<i>Conceitos variáveis na fisiologia de hormônios sexuais femininos</i> — FLUH- MANN, C. F.	483
<i>Cesariana extra-peritoneal</i> — STEARNS, H. C.	484
<i>Um método para o fechamento das feridas nas incisões abdominais trans- versas</i> — PETTIT, A. V.	484
<i>As taxas de excreção da histidina em mulheres grávidas e não grávidas</i> — PAGE, E. W.	485
<i>Um caso raro de gravidez abdominal</i> — SCHAUPP, K. W.	485
<i>Penicilina — Revista preliminária da literatura.</i> — SLADE, E. R.	486
<i>Avaliação da histerectomia vaginal</i> — REICH, W. J. e NECHTON, M. J.	487
<i>Dosagem fracionada na anestesia espinhal</i> — DELORME, J.	487
<i>Um método de histerectomia vaginal para sustar o sangue na inversão do</i> <i>útero</i> — SPRINGER, H. A.	488
<i>Hemorragia disfuncional uterina</i> — KARNAKY, K. J.	488
<i>Relações da obstetrícia com os outros ramos das ciências médicas</i> — LAS- CANO, J. C.	489

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Diagnóstico e tratamento dos miomas uterinos cervicais</i> — BOTTARO, L. P.	490
<i>Falhas da esterilização tubária pelo processo de Neuman-Rose</i> — GAL- LUCCI, J.	491
<i>Levantar precoce no puerpério</i> — ARMAND, M. F.	491
<i>A sífilis na mulher grávida</i> — DEL ROSAL, A.	492
<i>Valor endócrino da pineal</i> — COLOMBO, E.	493
<i>Contribuição ao estudo da rádio-pelvimetria</i> — CARDILLO, A. S.	493
<i>A dismenorréia membranosa como fator de esterilidade</i> — PERALTA RA- MOS, A.	494
<i>A dosagem das gonadotrofinas coriônicas no diagnóstico da gravidez ectópica</i> — PERALTA RAMOS (filho), A. e GRAMAJO, G.	495
<i>Reações histológicas e funcionais do ovário e da hipófise consecutivas a in- tervenções experimentais</i> — FELS, E.	495
<i>Inativação da gonadotropina sérica no organismo</i> — FELS, E. e DE EANDI, F. F.	496
<i>Figado e metabolismo das substâncias estrogénicas</i> — FELS, E. e DE EANDI, F. F.	497
<i>Torção aguda de útero fibromiomas</i> — DUJOVICH, A. e SHRAER, M.	497
<i>Observações e comentários anátomo-patológicos sobre os cânceres mais fre- quentes</i> — MATTEO, A. L.	498
<i>Novos resultados obtidos com nossa reação sorológica para o diagnóstico do câncer</i> — ESCULIES, J.	499
<i>Sífilis terciária do seio</i> — MAY, H. e ACHARD, A.	500
<i>Polípos uterinos</i> — SACCO FERRARO, L.	501
<i>Considerações sobre um caso de ovariectomia bilateral no primeiro trimestre da gravidez e evolução normal da mesma</i> — ACHARD, A.	501
<i>Noções de anestesia pelo ciclopropano</i> — ARAUDA, M. G.	501
<i>Caso de mola hidatiforme tratado por histerotomia abdominal</i> — SISCO, R. D., PEREZ, R. Z. e AGUERO, O.	502

eritrócitos maternos Rh — pelos fetais Rh +. A ação das aglutininas anti-Rh maternas sobre as hemácias fetais suscetíveis, constitue a fonte da hemólise no feto durante a vida intra-uterina.

Relacionando os achados clínicos e sorológicos, os estudos no Bellevue Hospital por um período de 16 meses, indicam que entre 162 natimortos e mortes fetais consecutivos, a incidência da eritroblastose fetal oscila entre 4,4 % e 8,2 %.

Os estudos sobre o fator Rh indicam que a incidência da eritroblastose nesta série corresponde a duas vezes aquela até aqui apresentada, baseada no diagnóstico clínico e patológico.

Em casos de morte intra-uterina ocorrendo durante o trabalho já adiantado, como se comprova pela maceração fetal, a incidência da eritroblastose oscila entre 16,6 % e 29,1 %. Esta série de 24 casos inclue apenas aqueles de morte intra-uterina do feto sem explicação.

Estudos de uma série de casos relativamente pequena indicam que o fator Rh é importante no que diz respeito aos abortos tardios mas não aos precoces, e que não é importante na etiologia da icterícia hemolítica, sickleemia, mola hidatiforme, e gravidezes ectópicas. Apesar dos infantes com eritroblastose fetal nascerem frequentemente, a maioria das causas da prematuridade parecem não estar relacionadas com o fator Rh.

Ainda está para ser encontrada a prova da possível relação da incompatibilidade sanguínea materna e fetal com a eclampsia e a toxemia específica. — A. A. S.

Uma avaliação da cesária cervical transversa (*An evaluation of the transverse cervical cesarean section*) — GUSTAFSON, G. W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1943, Vol. 46, N.º 6, pág. 841).

As cesárias cervicais baixas podem ser agrupadas em dois tipos, de acordo com a via de acesso ao segmento inferior, isto é, o primeiro, trans ou intra-peritoneal, e o segundo, o extra-peritoneal. As operações de exclusão peritoneal são em realidade do tipo intra-peritoneal. Além disso, em cada tipo, o segmento inferior pode ser abordado por uma incisão longitudinal ou transversa. Entre as numerosas operações extra-peritoneais, a de LATZKO utiliza a incisão longitudinal e a de WATERS a transversa. O entusiasmo pela última operação tem aumentado o interesse pela incisão transversa.

Este estudo é baseado em 208 cesárias cervicais transversas praticadas pelo A. Foram realizadas sob condições habituais em quatro hospitais diferentes, dois dos quais possuem salas de operação separadas para cesarianas na secção de maternidade.

Houve dois casos de morte materna nas 208 operações, ou seja uma incidência de 0,96 %. Nenhuma dessas mortes foi devida à infecção ou à peritonite. Cento e cinco dos casos foram eletivos, enquanto cento e três estavam em trabalho de 1 a 48 horas. A causa de uma das mortes foi hemorragia e da outra insuficiência cardíaca.

Duzentas e dez crianças nasceram e 7 não sobreviveram. Houve 2 nati-mortos e 5 mortes neo-natais.

Vinte e três pacientes tinham sofrido uma cesariana cervical transversa anteriormente, enquanto que 3 tinham sofrido duas cesárianas cervicais transversas anteriormente. Não foram observadas rupturas de cicatrizes.

A substituição da cesária cervical transversa pela operação extra-peritoneal não teria baixado a mortalidade materna nesta série.

A prova do trabalho pode ser realizada com segurança se foi empregada a cesária cervical transversa. — A. A. S.

O efeito da diatermia médica sobre o ciclo menstrual da macaca (*macacus Rhesus*) (The effect of medical diathermy on the menstrual cycle of the monkey [*macacus Rhesus*]) — STRAUSS, H. A., FISHER, L. e RUBENSTEIN, B. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1943, Vol. 46, N.º 6, pág. 861).

A repetida observação clínica de que vários métodos ginecológicos podiam ser seguidos da concepção e gravidez em mulheres que haviam sido julgadas estéreis, constituiu o estímulo para o início deste trabalho.

Por várias vezes este fato foi observado após dilatação cervical, electro-coagulação, provas de permeabilidade pelo lipiodol e diatermia médica sobre a pelve.

Duas mulheres, consideradas estéreis após prolongados períodos de observação, ficaram grávidas pouco depois dos intervalos de hiperpirexia que acompanhavam a febre escarlatina. Na mesma categoria pode-se considerar a incidência não pouco frequente da gravidez em mulheres até então estéreis, após a coagulação ou cauterização de uma simples erosão cervical.

Suspeitou-se que o fator comum a todos esses processos que afetavam a esterilidade era um estímulo físico não específico dos órgãos pélvicos.

Tendo em vista a possibilidade da aplicação do processo na clínica, era desejável escolher um método que não prejudicasse se não trouxesse resultado, e que pudesse ser aplicado com o mínimo de inconvenientes para a paciente e para o médico.

A diatermia médica pareceu corresponder a esses requisitos. A literatura continha poucas referências sobre os efeitos fisiológicos

eos e há francos abusos no emprego terapêutico, só justificado por intenções humanitárias.

Já não estamos mais na escuridão do desconhecido, porém ainda muito no início do progresso, nada podendo ser profetizado para o futuro. — *J. P. R.*

Cesariana extra-peritoneal (*Extraperitoneal Cesarean Section*)

— STEARNS, H. C. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 51, N.º 12, pág. 468).

O A. recapitula o histórico da cesariana extra-peritoneal com seus resultados desfavoráveis à princípio. Os fatores anatômicos essenciais para a intervenção são as relações da fascia transversal principalmente com a bexiga e a grande mobilidade do peritônio sobre o segmento inferior do útero.

A técnica seguida pelo A. é a de WATERS que é descrita e demonstrada com várias figuras. Foi empregada pelo A. em 16 pacientes.

Conclue o A. que a cesariana extra-peritoneal é uma operação lógica, aplicável a casos que não podem ser resolvidos por via baixa e que são certa ou potencialmente infectados. A operação de PORRO é praticamente dispensável, salvo algumas exceções. A técnica operatória é difícil e deve ser treinada.

Nas 16 pacientes operadas, das quais 15 eram primíparas, não houve morte materna e só 2 mortes fetais, sendo uma por hemorragia intra-cranial em consequência de tentativa de fórceps antes da cesariana e outra devido a hidrocefalia três dias depois do parto. Treze dos casos estavam francamente infectados e somente 3 potencialmente. Doze casos apresentaram franca desproporção céfalo-pélvica, 3 casos de distocia cervical e uma posição transversa negligenciada. — *J. P. R.*

Um método para o fechamento das feridas nas incisões abdominais transversas (*A Method of Wound Closure in Transverse Abdominal Incisions*) — PETTIT, A. V. — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 51, N.º 12, pág. 479).

Os métodos usuais de fechamento de feridas abdominais têm uma série de inconvenientes. Já a incisão transversa é melhor porque permite movimentos pós-operatórios com mais facilidade e com menos dor. A anestesia local e caudal é mais fácil.

O A. preferiu a incisão transversa de BARDENHEUER. A sutura é feita da seguinte maneira: Após fechamento do peritônio, aproxi-

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. A. Felicio dos Santos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Orlando Baiocchi

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

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 começaráo sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano IX

Julho de 1944

Vol. 18 — N.º 1

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Contribuição ao estudo da mola vesicular</i> — PROF. OCTAVIO RODRIGUES LIMA	1
<i>Mortinatalidade no Instituto Nacional de Puericultura</i> — PROF. DR. CLOVIS CORRÉA DA COSTA	25
<i>Hemossedimentação pelo método de Cutler (Considerações em torno de 100 exames)</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL	30

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

<i>Síndromes neuro-vegetativas do aparelho genital feminino</i> — PROF. DR. DEOLINDO COUTO	35
--	----

EDITORIAL

<i>Tensão premenstrual</i>	47
----------------------------------	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>O 115.º aniversário da fundação da Academia Nacional de Medicina..</i>	50
<i>O "Prêmio Madame Durocher" (1944) foi conquistado pela Dra. Clarice do Amaral</i>	50
<i>Liga Bahiana Contra o Câncer</i>	53

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Boletim del Instituto de Maternidad</i> — PROF. DR. ALBERTO PERALTA RAMOS (Diretor)	54
<i>Contribuição ao estudo da inversão uterina</i> — ALICIO PELTIER DE QUEIROZ	55
<i>Horas festivas, Saudades e Profissões de Fé</i> — ALFREDO MONTEIRO	56

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da quinquagésima-séptima sessão ordinária</i>	57
<i>Ata da quinquagésima-oitava sessão ordinária</i>	59

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da décima-quarta sessão ordinária</i>	66
<i>Ata da décima-quinta sessão ordinária</i>	68

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.

Págs.

A importância da infecção focal em obstetrícia — SOLIS-COHEN, M.	69
Deficiência da nutrição na etiologia da menorrhagia, metrorragia, mastite cística e tensão premenstrual — BISKIND, M. S., BISKIND, G. R. e BISKIND, L. H.	69
Hermafroditismo — BETTINGER, H. F.	70
Cesária sob analgesia caudal contínua — LUDI, C. B. e ULLERY, J. C.	71
Mortalidade fetal e neo-natal nas gravidezes complicadas pelo diabete mel-litus — MILLER, H. C., HURWITZ, D. e KUDER, K.	72
Pelve de Naegele ou oblíqua ovalada — THOMS, H.	73
Modificação das influências maléficas da gravidez sobre a tuberculose avançada por meio da colapsoterapia — CUTLER, J. W.	74
Puberdade precoce feminina de tipo constitucional com uma comunicação de 9 casos — NOVAK, E.	74
O valor comparativo das biópsias de endométrio e dos esfregaços vaginais — NEUSTAEDTER, T. e MACKENZIE, L. L.	78
Demerol (S-140) e escopclamina no trabalho de parto — SCHUMANN.	79
Câncer do colo uterino — MORTON, D. G.	80
Mulheres em trabalho pesado de guerra — SCHAUFFLER, G. C.	81
Incidência, tratamento e profilaxia da mola hidatiforme e do corioepite- lioma — JEFFREYS, E. M. e GRAFFAGNINO, P.	81
O tratamento, por via oral, da insuficiência ovariana com estrogênios equinos conjugados. — HARFLOYD, E.	82
Ação do hormônio estrogênico sobre o hipertireoidismo — FARBMAN, A. A.	83
Infecções por vírus da vulva, vagina e colo uterino — COUTTS, W. S., BRIEVA, I., LERNER, J. e SAID, A.	84
As indicações dinâmicas da operação cesária — DUBROVSKY, R.	84
Parametrite e pelvicelulite linfogranulomatósicas — CORRÉA DA COSTA, C.	85
Deciduoma maligno — PAREDES P., S.	86
Distocia por estenose de colo secundária à eletrocoagulação — PIERRIS, C. A.	86

2 dedos em todo seu comprimento, graças a dilatação por meio de velas. Foram então possíveis relações sexuais. — J. R. L.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Cesária sob analgesia caudal contínua (*Cesarean section under continuous caudal analgesia*) — LUDI, CLEFFORD B. e ULLERY, JOHN C. — (J. A. M. A., Janeiro 1944, Vol. 124, N.º 2, pág. 90).

Os A.A. apresentam neste trabalho os resultados de suas observações em 50 casos de operação cesariana sob analgesia caudal contínua. Após uma apreciação geral sobre os vários métodos anestésicos usados nas operações cesárias, os A.A. apontam as contra-indicações ao emprego da analgesia caudal contínua na cesária e que são as seguintes: 1) Grandes deformações da coluna vertebral, principalmente do sacro. 2) Tumores que causam estenose do canal espinhal. 3) Infecção local em torno do hiato sacro. 4) Infecções da pele tais como furúnculos em qualquer parte do corpo. 5) História de sensibilidade a agente analgésico. 6) Anemia profunda, exceto quando com inhalações de oxigênio suplementares.

Além disso os A.A. hesitam em utilizar essa analgesia nos casos de placenta prévia por causa do relaxamento do colo e a possibilidade de hemorragia, principalmente quando já houve alguma contração uterina.

A técnica é esquematicamente a seguinte: 1) Dá-se à paciente 0,1 gr. de um barbitúrico uma hora antes da operação, tendo-se dado um sedativo na noite anterior. 2) 1,5 % de meticaine em 125 cm.³ de solução isotônica de cloreto de sódio é preparada e 50 mg. de efedrina são aplicadas intramuscularmente no momento da primeira injeção. 3) A agulha da anestesia caudal aplicada e o aparelho ajustado como para a analgesia obstétrica. 4) A dose inicial de prova de 8 cm.³ é administrada com prévia aspiração para verificar se a agulha não está no interior do espaço sub-aracnoidéu ou de um vaso sanguíneo. 5) Uma dose suplementar de 40 a 60 cm.³, dependendo do tamanho da paciente, é então administrada. A paciente é então colocada em decúbito dorsal e o nível da anestesia verificado aos vinte minutos. 6) Se o nível de analgesia não ultrapassou o umbigo de ambos os lados, uma terceira injeção suplementar de 20 a 40 cm.³, de acordo com as necessidades da paciente, é administrada. 7) Quando o nível de analgesia é completo de ambos os lados até a altura do oitavo segmento dorsal a operação pode ter início. Este nível analgésico é habitualmente obtido trinta minutos após a injeção.

Depois de vários esclarecimentos e detalhes sobre os itens acima estabelecidos os A.A. resumem o seu trabalho da forma seguinte: De 50 pacientes operadas sob analgesia caudal contínua, 48 obtiveram perfeito sucesso e 2 fracassaram por inhabilidade na introdução do agente analgésico. Todas as mães se restabeleceram. Houve 2 casos de morbidade não atribuiveis ao uso desse método. 49 crianças tiveram alta do hospital. Uma criança nascida no quinto mês e meio de gestação morreu. Duas pacientes tiveram uma elevação da pressão arterial atingindo em média 22 milímetros. — O. S. L.

Mortalidade fetal e neo-natal nas gravidezes complicadas pelo diabete mellitus (*Fetal and neonatal mortality in pregnancies complicated by diabetes mellitus*) — MILLER, HERBERT C., HURWITZ, DAVID e KUDER, KATHERINE — (*J. A. M. A.*, Janeiro 1944, Vol. 124, N.^o 5, pág. 271).

Os A.A. estudaram 123 mulheres diabéticas, nas quais ocorreram 143 gravidezes e 146 partos. A mortalidade fetal e neo-natal desse grupo foi comparado ao de 3.079 partos consecutivos ocorridos no New Haven Hospital, de 1928 a 1932 inclusive. A mortalidade total no grupo de 3.079 partos foi de 5,4 % e entre os 146 partos de mães diabéticas foi de 29,4 % ou cerca de 5 vezes mais elevada do que no grupo não diabético. A mortalidade fetal foi seis vezes e a neo-natal quatro vezes mais elevada no grupo diabético. Vinte e dois, dos trinta fetos mortos eram macerados.

Os A.A. entendem que a causa dessa alta mortalidade fetal e neo-natal é ainda obscura. Estudam, sob esse ponto de vista, as várias causas apontadas por numerosos autores, tais como: glicosúria, tamanho espesso excessivo do feto, hipertrofia das ilhotas de LANGHANS, hipertrofia cardíaca, eritropoiese excessiva com numerosos glóbulos vermelhos nucleados no sangue periférico, excesso de hormônio gonadotrópico, etc. e acham que todas essas alterações são na sua maioria resultado de fatores ainda desconhecidos e que agem muito antes mesmo que os sinais e sintomas da síndrome diabética tenham surgido.

Do seu longo estudo os A.A. chegam às conclusões seguintes:

- 1) Nas prenhezes complicadas pelo diabete mellitus a mortalidade fetal e neo-natal é cerca de cinco vezes mais elevada do que nas não diabéticas. A mortalidade fetal e neo-natal é tão alta durante os cinco anos que antecedem imediatamente o início dos sintomas do diabete, como depois de estabelecida a síndrome. Um aumento na mortalidade fetal e neo-natal pode ser observada de 15 a 20 anos antes que os sinais e sintomas do diabete possam ser clinicamente reconhecidos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Infecções por virus da vulva, vagina e colo uterino (*Infecciones por virus de la vulva, vagina y cuello uterino*) — COUTTS, W. S., BRIEVA, I., LERNER, J. e SAID, A. — (*Obst. y Gin. Latino-Americanas*, Janeiro 1944, Vol. II, N.^o 1, pág. 9).

Os A.A. salientam a importância das infecções pelos vírus do trato genital e, baseados no estudo minucioso de um material abundante, proveniente de mulheres que exercem a prostituição, notam alguns fatos de verdadeiro valor prático. Este aspecto da infecção genital pode reconhecer como agente patogênico vários tipos de vírus: o do herpes, o de HALBERSTAEDTER-THYESON, o buco-nasal-faríngeo de BROADHURST, o do linfogranuloma venéreo e outros vírus que ainda não estão muito bem diferenciados.

O contágio habitualmente é sexual. Nas infecções graves, geralmente desempenha um papel importante a infecção secundária a espiroquetas, cocos, etc. A vulva, a vagina e o colo uterino são os lugares de predileção para os vírus mencionados. A sua localização cervical, que pode parecer estranha a muitos ginecólogos, é real, e quando é recordada, serve com frequência para aclarar a etiologia de processos rebeldes aos tratamentos usuais.

A maioria das enfermidades produzidas pelos vírus se caracteriza pela presença de estruturas estranhas, às quais se denomina inclusões, que se alojam no citoplasma, no núcleo, ou nas duas partes ao mesmo tempo.

Também se acham livres no muco das secreções ou nos espaços celulares dos tecidos extraídos para a biópsia. O seu diagnóstico pode-se estabelecer, portanto, por meio da investigação das supramencionadas inclusões nos esfregaços de secreção ou nos cortes histológicos de fragmentos de tecidos, empregando métodos especiais que permitem a sua coloração e que tornam possível o estudo da sua composição química. — C. A.

As indicações dinâmicas da operação cesária (*Las indicaciones dinámicas de la operación cesárea*) — DUBROVSKY, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Janeiro 1944, Vol. II, N.^o 1, pág. 22).

Estudam-se aqueles casos nos quais a indicação da operação cesariana brota pura e exclusivamente por anomalias irredutíveis da dinâmica uterina. São 34 observações, cifra tão exígua que se atribue aos benefícios que se derivam do parto médico, que se aplica

sistematicamente no Instituto de Maternidade da Sociedade de Beneficiência. Estuda o A. as vantagens do governo e direção do parto e considera o momento oportuno em que o tocólogo deve abandonar o tratamento médico do caso anômalo para optar pelo tratamento cirúrgico. Depois de 10 horas de iniciado o parto médico (prova da dinâmica) se não se modificam as condições do colo, estar-se-á autorizado a intervir conforme a via que corresponda. Ao optar pela via alta não só se levam em conta os caracteres do colo, como também o grau de formação do segmento inferior, a altura da apresentação, a paridade e a idade da parturiente, o tamanho do feto, o tonismo uterino, etc., mesmo nos casos com pelve normal e apresentação cefálica de vérteice. 34,11 % das observações se referem a primíparas, 5,89 % a multíparas. Das primíparas, 56,25 % eram idosas, 2 eram obesas (6 %), 1 hipoplásica (3 %) e 1 com útero cordiforme.

A operação cesariana foi feita na maioria em parturientes com mais de 20 horas de trabalho e com mais de 40 horas de bolsa rôta. Em 44,11 % a indicação foi espasmo do colo acompanhado de hiper-tonia, em 23 % a hipertonia foi primitiva, em 14 % as formas mixtas e em menor percentagem as demais anomalias. As técnicas empregadas foram: OPITZ, 55,88 %; MICHON 26,48 %; MICHON com drenagem 5,88 %; PUGA 5,88 %; OPITZ com drenagem 2,94 %.

A mortalidade materna foi de 5,88 % e a fetal de 0 %. — C. A.

Parametrite e pelvicelulite linfogranulomatósicas — CORRÊA DA COSTA, CLOVIS — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Janeiro 1944, Vol. II, N.^o 1, pág. 37).

A linfogranulomatose constitue sério problema ginecológico, sua disseminação é enorme, principalmente nas classes sociais inferiores, a ponto de assumir caráter de enfermidade social.

Assim o revelam as estatísticas, entre elas a de ALFREDO CORRÊA DA COSTA e HENRIQUE DUÉK; sobre 1.279 prostitutas, a reação de FREI deu resultado positivo em 41 %.

No que se refere ao tratamento pelas sulfamidas, pensa o A. que a infecção será mais docil no começo de seu desenvolvimento, já que no edema crônico, ulcerações extensas, estenoses ano-retais, etc., a terapêutica tem que ser meramente paliativa.

No exame das pacientes, dois sintomas interessantes chamaram a atenção do A.; um deles é o relaxamento do conduto anal e o outro as manifestações de parametrite e pelvicelulite granulomatosas.

O relaxamento do conduto anal se verifica em caso de lesões locais constituídas por fissuras, ulcerações, estenoses retais, etc., onde o dedo explorador pode recorrer todo o canal sem encontrar a menor

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. Antonio Couri

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Alkindar Soares

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. 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.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 226 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

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 IX

Agosto de 1944

Vol. 18 — N.º 2

SUMÁRIO

	Págs.
TRABALHOS ORIGINAIS	
<i>Em torno de um caso de pseudo-hermafroditismo feminino com hipopadia glandar (Anomalia por impedimento evolutivo) — PROF. DR. CARMO LORDY</i>	87
<i>Mola hidatiforme do ovário — DRS. E. MAC-CLURE, JOSE' OLAVO e CANDIDO OLIVEIRA</i>	94
<i>Citologia vaginal na puberdade precoce — DR. ANTONIO A. QUINET</i>	102
<i>Inércia uterina e seu tratamento — DR. LÉO RODRIGUES LIMA DE GOUVÉA</i>	112
<i>Um caso de localização de "ascaris" na parede do ventre — DR. FERREYRA DOS SANTOS</i>	123
EDITORIAL	
<i>Considerações sobre a tireóide e o aparelho genital</i>	125
NOTAS E COMENTARIOS	
<i>† Dr. Manoel Francisco de Azevedo Junior (1865-1944)</i>	129
<i>"Colégio Brasileiro de Cirurgiões" (Discurso do Prof. Arnaldo de Moraes, na sessão extraordinária, comemorativa do XV aniversário dessa instituição, em 30 de Julho de 1944)</i>	130
<i>Academia Nacional de Medicina (Prêmios para 1945)</i>	132
<i>Homenagem à Dra. Clarice do Amaral pela obtenção do "Prêmio Mme. Durocher"</i>	134
LIVROS E PÚBLICAÇÕES	
<i>Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre</i>	135
<i>Anales del Ateneo — PROF. DR. NICANOR PALACIOS COSTA (Diretor)</i>	137
<i>Lições de Clínica Obstétrica — CLOVIS CORRÉA DA COSTA</i>	138
<i>Pediatria — MARTAGÃO GESTEIRA</i>	138
ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA	
<i>Ata da décima-sexta sessão ordinária</i>	140
<i>Ata da décima-sétima sessão ordinária</i>	142
RESUMOS	
(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.

	Págs.
Carcinoma do colo — Operação de Wertheim — MEIGS, J. V.	143
Contrações uterinas associadas a trabalhos de parto prolongados; observações da motilidade uterina feitas com o tocógrafo de Lorand. — MURPHY, D. P.	145
Tratamento conservador da inversão aguda do útero — BURWIG, H.	145
Cuidados à parturiente em relação com a mortalidade neo-natal — SAGE, E. C.	146
Cuidados ao feto durante o trabalho de parto — TORPIN, R.	148
Cuidado imediato ao recém-nascido em relação com a mortalidade neo-natal — TYSON, R. M.	150
Amenorréia de guerra — WHITACRE, F. E. e BARREIRA, B.	150
Influência da analgesia caudal continua e da anestesia sobre a perda de sangue durante a terceira fase do trabalho — VAUX, N. W. e MITCHELL, R. M.	151
Os vasos sanguíneos do útero miomatoso — FAULKNER, R. L.	152
Problemas cirúrgicos ocorrendo durante a prenhez — CHILD, C. G. e DOUGLAS, R. G.	153
Carcinoma do colo coincidente com a gravidez — MAINO, C. R. e MUSSEY, R. D.	154
Processos inflamatórios pélvicos de origem específica — MILLER, H. E.	156
Técnica para coloração dos esfregaços vaginais pelos vapores de iodo versus fucsina carbólica — SIDDALL, R. S.	157
Vôlvulo do ceco como complicação do puerpério — SHELDON	158
Cura de um caso de gonorréia pela penicilina, em grávida do 6.º mês, após insucesso da sulfamidoterapia. — STRAUSS, H. e BROOKLYN	159
Edema vulvar complicando o parto — BLOCK, N.	159
Histerectomia vaginal — KENNEDY, J. W. e CAMPBELL, A. D.	160
Obtenção de ovos e embriões de primatas — HARTMAN, C. G.	161

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Sangramento inter-menstrual fisiológico — macro ou microscópico — como possível recurso diagnóstico em estudos sobre dores abdominais</i> — RUTHERFORD, R. N.	162
<i>Tratamento do acne vulgaris</i> — BIRNBERG, C. H. e REIN, C. R.	163
<i>O tratamento cirúrgico conservador dos tumores císticos do ovário</i> — DIONISI, H. e SAMMARTINO, P.	164
<i>Sobre profilaxia da complicaçāo peritoneal por artifícios de técnica na operação cesariana</i> — SANHUEZA, H. D. e VALENZUELA, E. S.	164
<i>Struma do ovário</i> — MORAES BARROS, N., GODOY, P. e DELASCIO, D.	165
<i>Síndrome abdominal agudo por oclusão intestinal em consequência de uma ligamentopexia a Doleris</i> — BORRÁS, P. E.	166
<i>Um caso interessante de "aigrette" do recém-nascido</i> — MARTINS C. PASSOS, E.	166
<i>Tuberculose caseosa do útero. Meningite terminal tuberculosa.</i> — STEINBERG, I. R. e CRIVELLARI, C. A.	166
<i>Cisto hidático genital feminino</i> — BLANCO ACEVEDO, E. e AGUERRE, J. A.	167
<i>Doença de Simmonds</i> — CARAFFA, C. B.	168
<i>Abôrto com intoxicação e infecção. Anúria prolongada, uremia e anemia graves e polineurite. Restituição funcional.</i> — CASTRO, J. A.	168
<i>Classificação dos cânceres do colo uterino</i> — BECERRO DE BENGOA, M.	168
<i>O sinal de Cullen</i> — ALVAREZ, H.	169
<i>Gravidez em útero didelfo. Operação cesária — histerectomia</i> — CROTTOGINI, J. J.	169
<i>Alguns aspectos clínicos da gravidez ectópica</i> — VERCESI, S. R.	170

Contrações uterinas associadas a trabalhos de parto prolongados; observações da motilidade uterina feitas com o tocógrafo de Lorand. (*The uterine contractions associated with prolonged labors; observations of uterine motility made with the Lorand tocograph.*) — MURPHY, DOUGLAS P. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1944, Vol. 78, N.^o 2, pág. 207).

O A. conseguiu registrar as contrações uterinas de 105 pacientes com intervalos de 1 1/2 e 2 horas, durante todo o trabalho de parto, com o tocógrafo de LORAND. São reproduzidos neste artigo os gráficos das contrações de 3 pacientes que tiveram seus partos prolongados. A uniformidade do caráter dos traçados de um dado indivíduo demonstra a possibilidade de se obterem traçados das contrações uterinas a intervalos frequentes durante o trabalho. O aspecto da contração é estabelecido no início do parto, persistindo com pequenas modificações durante todo o trabalho. As contrações variam de indivíduo a indivíduo e esta variação é bastante evidente.

Um parto prolongado pode apresentar tanto contrações normais quanto anormais.

A persistência de uma contração normal durante um trabalho prolongado sugere que toda demora no parto é devida mais à desproporção do que à inércia.

A contração característica da inércia uterina primária é estabelecida no início do parto.

O tocógrafo não sómente registra a existência de uma inércia primária, como indica também o seu grau. Além disso, os traçados tocográficos regulares registram o primeiro aparecimento da inércia secundária.

O A. consegue, destas observações, que o traçado sistemático da motilidade uterina, durante o trabalho, por meio do tocógrafo de LORAND, pode auxiliar o obstetra durante o trabalho de parto. — A. V. R.

Tratamento conservador da inversão aguda do útero (*Conservative treatment of acute inversion of the uterus*) — BURWIG, HERBERT — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1944, Vol. 78, N.^o 2, pág. 211).

Como o A. tivesse observado 4 casos deste tipo e como estes casos são relativamente raros, acha que isto justifica a presente publicação.

Faz uma descrição dos 4 casos e cataloga em 8 itens a conduta a ser mantida, que é a seguinte: correção por manipulação quando não há choque; tratamento prévio do choque quando este está pre-

sente; controle da hemorragia por meio de tamponamento vaginal, transfusões etc.; cateterismo de bexiga quando a paciente não urina espontaneamente; compostos de ergotina para apressar a involução; sulfonamida qualquer para evitar infecção; correção da inversão por taxe, uma semana após o parto; o tamponamento da cavidade uterina pós-correção da inversão, pode deixar de ser feito.

As conclusões do A. são as seguintes:

- 1) A inversão uterina pode ser o resultado de uma atonia do útero, pressão sobre o fundo do órgão, tração para baixo pelo cordão. Pode ser também de todo espontânea.
- 2) Na ausência de choque, a inversão pode ser logo corrigida.
- 3) Na presença de choque, toda manipulação deverá ser adiada até que a paciente saia do estado de choque.
- 4) A inversão é corrigida por taxe, sob anestesia, preferentemente raquianestesia.
- 5) Este tratamento conservador permitiu que 2 destas 4 pacientes pudessem ter nova gestação bem sucedida, seguida de parto e puerpério perfeitamente normais. — A. V. R.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Cuidados à parturiente em relação com a mortalidade neonatal (*The care of the parturient woman in relation to neonatal mortality*) — SAGE, EARL C. — (J. A. M. A., 5 Fev. 1944, Vol. 124, N.º 6, pág. 330).

O A. passa em revista a asfixia, a prematuridade, o traumatismo do parto e as complicações maternas como causas de mortalidade neo-natal. Resume e conclue o seu estudo da forma seguinte:

- 1) Há círculo de 70.000 mortes neo-natais (primeiro mês de vida) anualmente, nos Estados Unidos. O total de mortes neo-natais e fetais atingiu em 1941 a soma de 144.092.
- 2) Desde 1937 que a média de mortalidade neo-natal e infantil tem diminuído, embora o número atual de mortes neo-natais e de nati-mortos tenha aumentado por causa do aumento de nascimentos.
- 3) A média de mortalidade infantil durante o primeiro ano de vida em 1941 (U. S. Bureau of Census Statistics) foi de 45,3 por mil nascidos vivos, havendo uma redução em relação com 1930 que foi de 64,6. Houve, portanto, uma redução de 19,3 por mil.
- 4) Em contraste a mortalidade neo-natal foi 27,7 por mil nascidos vivos em 1941 e de 35,7 em 1930, havendo, portanto, sómente

11) O reconhecimento da responsabilidade conjunta do obstetra e do pediatra levará a uma compreensão mais clara das ocorrências ligadas à vida extra-uterina da criança prematura. Especial atenção deve ser dada na manutenção do aquecimento, na prevenção da cianose, na prevenção de infecções e na alimentação apropriada. — *O. S. L.*

Cuidados ao feto durante o trabalho de parto (*The care of the fetus during labor*) — TORPIN, RICHARD — (J. A. M. A., 5 Fev. 1944, Vol. 124, N.º 6, pág. 343).

Baseado na conduta empregada em 6.000 partos, o A. analisa e estabelece normas para serem adotadas nas várias modalidades clínicas do trabalho de parto e mesmo do transcurso da gravidez. Começa sua análise pela prova do trabalho de parto que deve incluir, diz o A., contrações uterinas de quarenta segundos de duração, repetidas de 2 em 2 ou 5 em 5 minutos, por um período de vinte a vinte e quatro horas, com progressão apreciável, sendo a parturiente mantida com água, dextrose, vitaminas, oxigênio quando necessário e sedativo apropriado. Ao fim desse período, o parto já terá ocorrido na maioria das vezes ou, pelo menos, a cabeça estará em situação de permitir uma extração a fórceps e ainda mesmo que a cabeça permaneça flutuante, uma cesariana baixa ou extra-peritoneal poderá ser praticada inocuamente.

Adotando essa conduta o parto operatório pode ser reduzido a cérea de 3 %; o fórceps a 2,5 % e a cesariana a 1 para 200.

Em virtude da possibilidade sempre presente de ser necessária uma operação cesariana, nenhum exame vaginal foi praticado, diz o A., e uma solução aquosa antisséptica era instilada na vagina, de 4 em 4 horas, durante o trabalho.

Qualquer pessoa pode aprender e ser exercitada, com a mesma eficiência, tanto com toque retal como com o vaginal.

Durante o transcurso do trabalho há dois pontos importantes a considerar: 1) o grau de progressão e 2) os sinais de fadiga tanto materna como fetal. A progressão pode ser determinada pelo exame retal e é expressa pela dilatação e apagamento do colo e descida da apresentação. A fadiga materna torna-se evidente pela desidratação, pulso rápido, inquietação, alteração nas contrações uterinas e, muito raramente, formação de um anel de contração no segmento inferior do útero. Para o feto, alterações do batimento cardíaco, especialmente lentidão ou irregularidade, que indicam hipoxia. Todos os tipos de fadiga em qualquer paciente são melhor combatidos pela hidratação, dextrose, vitaminas, oxigênio e sedativos, do que pelo parto a fórceps como são habitualmente tratados. Nenhuma mulher em trabalho (6.000) mostrou-se incapaz de tolerar essa

prova, desde que as medidas terapêuticas mencionadas fossem corretamente executadas. Essas mesmas medidas são empregadas no tratamento da fadiga fetal.

A prova de trabalho deve ser aplicada a todas as parturientes com diâmetro ântero-posterior de 9 cm. ou mais, no estreito superior. Até mesmo parturientes com um diâmetro ântero-posterior de 8 cm., principalmente nas bacias *platypelloides*, podem parir espontaneamente.

O A. passa em seguida a estudar a questão da analgesia e anestesia no parto, dando preferência à analgesia caudal contínua devido à inocuidade absoluta para o feto.

Estuda ainda o A. as seguintes complicações obstétricas em relação ao feto: eclampsia, hemorragia do 3.^º trimestre, apresentações viciosas, feto gigante e prenhez além do termo, diabete, doenças cardíacas e tuberculose e gravidez.

A técnica atual do período de expulsão para proteção do feto consiste em: ouvir com frequência (meia em meia hora), registrando-os, os batimentos cardíacos do feto. A variação frequente no número de batimentos e especialmente a lentidão é indicativa de hipoxia e melhor tratamento, como regra, é o oxigênio dado à mãe e não uma extração rápida e mutiladora como é frequente. Pode ser feito o diagnóstico precoce de pinçamento do cordão auscultando-se os batimentos cardíacos durante uma contração uterina ou entre as contrações. Se os batimentos diminuem em número e não voltam rapidamente ao normal após a contração o cordão deve estar pinçado e o melhor tratamento é ainda o oxigênio. BOURBAND aconselha a posição de TRENDLEENBURG para o prolapsus oculto do cordão. O coração fetal deve ser auscultado durante todo o transcurso do período de expulsão. No desprendimento da cabeça, as circulares do cordão no pescoço devem ser desfeitas deslizando-as suavemente pelos ombros do feto. Raramente há necessidade de cortá-las entre duas pinças. O desprendimento dos ombros, que às vezes é demorado, deve ser feito, rodando-se o corpo do feto de modo a colocar o ombro na concavidade sacra e em seguida extraí-lo.

Para evitar a aspiração de mucosidades e secreções vaginais com a primeira inspiração é de bom aviso aspirar essas do faringe, com seringa de borracha, mesmo antes do desprendimento do corpo.

Os cuidados com o feto prematuro são resumidos nas seguintes regras do A.: 1) A indução ao trabalho deve ser eliminada, exceto nos casos de indicações absolutas. 2) A versão externa profilática deve ser praticada toda vez que a cabeça não constituir a apresentação. 3) O que auxilia a mãe, em geral auxilia o feto; em três palavras: água, açúcar e oxigênio. 4) A sedação do trabalho é preferível ao estímulo. 5) Quando o colo se encontra completamente dilatado há 2 horas é útil após profunda episiotomia praticar ou a manobra de KRISTELLER ou um fórceps baixo. 6) O parto cesário

não é a resposta à redução da mortalidade do feto prematuro.
7) A vitamina K deve ser empregada. — O. S. L.

Cuidado imediato ao recém-nascido em relação com a mortalidade neo-natal (*Immediate care of the newborn in relation to neonatal mortality*) — TYSON, RALPH M. — (J. A. M. A., 5 Fev. 1944, Vol. 124, N.º 6, pág. 351).

O A. estuda os fatores que estão em relação imediata com mortalidade neo-natal. Desse estudo conclui-se que os principais problemas com os quais o médico se defronta no período pós-natal são: asfixia, hemorragia, infecção, alimentação e prematuridade.

Entende o A., como muitos outros que têm estudado o assunto, que a cooperação entre pediatra e obstetra trará considerável progresso na criação de medidas capazes de prevenir a ocorrência de vários ou melhor da maioria dos fatores, que contribuem para a alta percentagem da mortalidade neo-natal. Cuidados pré-natais competentes, proficiente conduta no trabalho de parto e no desprendimento mitigarão, por certo, os precalcões da asfixia, da hemorragia e da prematuridade, ao mesmo tempo que um tratamento desses recém-nascidos, consistindo em meticulosa limpeza das vias respiratórias superiores e da pele, manutenção do aquecimento e alimentação adequada aumentarão as possibilidades de sobrevida na maioria dos casos.

Os erros na avaliação clínica do caso ou as falhas da técnica, diz o A., não são facilmente reparados nos recém-nascidos e todos os esforços devem ser feitos para dar a essas crianças os benefícios dos conhecimentos conjugados de cada especialista. — O. S. L.

Amenorréia de guerra (*War amenorrhea*) — WHITACRE, FRANK E. e BARRERA, BENJAMIN — (J. A. M. A., 12 Fev. 1944, Vol. 124, N.º 7, pág. 399).

Os A.A. tiveram oportunidade de estudar 125 casos de amenorréia de guerra ocorridos entre 1.042 mulheres internadas em Santo Tomas Internment Camp in Manila, desde o explodir da guerra nipo-americana.

Passam em revista a literatura médica do assunto e resultante da observação da 1.ª grande guerra, pondo em relevo sobretudo as várias causas apontadas como responsáveis pela chamada amenorréia de guerra. As observações e as pesquisas empreendidas pelos A.A. levaram-os às conclusões seguintes: 1) Como resultado da

guerra 14,8 % das mulheres no Santo Tomas Internment Camp em Manila, Philippinas, sofreram de amenorréia. Outros distúrbios menstruais foram menos frequentes. 2) Embora fatores de ordem nutritiva possam resultar no aparecimento ulterior da amenorréia, eles não tiveram nenhuma interferência no aparecimento dessa condição mórbida tão difundida. 3) Em 2 pacientes selecionadas, o hormônio estrogênico encontrava-se ausente na urina e a gonadotropina pituito-símile achava-se presente, provavelmente aumentada em quantidade. 4) A amenorréia de guerra observada em Manila, foi provavelmente devida a um grave choque psíquico, ao pânico e ao medo, que agindo através do sistema nervoso autônomo causou a supressão completa da função ovariana. 5) Devolver confiança a essas pacientes é uma parte do tratamento. O tratamento ativo, necessário a esse grupo de pacientes, deve ser feito pela administração de substâncias estrogênicas de preferência a qualquer material gonadotrópico.

Na auséncia de substância estrogênica, a vitamina E sob a forma de óleo de semente de trigo foi usada. Os bons resultados obtidos foram provavelmente de natureza psíquica. — O. S. L.

Influência da analgesia caudal contínua e da anestesia sobre a perda de sangue durante a terceira fase do trabalho
(Influence of continuous caudal analgesia and anesthesia on the blood loss during the third stage of labor) — VAUX, NORRIS W. e MITCHELL, ROBERT M. — (*J. A. M. A.*, 26 Fev. 1944, Vol. 124, N.º 9, pág. 549).

Os A.A. empreenderam o estudo da perda de sangue durante a terceira fase do trabalho de parto de pacientes sob analgesia caudal contínua em comparação com pacientes sob outras anestesias.

Os A.A. resumem e concluem os seus estudos da forma seguinte: As determinações da perda de sangue foram feitas pela medida do sangue perdido desde a terminação da segunda fase em diante até a primeira hora do pós-parto inclusive.

A perda de sangue durante a terceira fase do trabalho tem diminuído manifestamente desde a adoção da anestesia ou analgesia caudal contínua. Nenhuma paciente sob anestesia caudal teve uma perda de sangue de 501 cm.³ ou mais em comparação com 28 pacientes que tiveram uma perda de sangue de 501 cm.³ ou mais sob anestesia por inalação. Das pacientes que pariram sob analgesia caudal contínua 97,4 % estão incluídas no grupo de perda de sangue 0-250 cm.³ em comparação com 79,1 % apenas das pacientes que deram à luz sob anestesia por inalação.

A duração da terceira fase do trabalho nas pacientes sob analgesia ou anestesia caudal contínua diminuiu de modo evidente em

comparação com a terceira fase do trabalho nas pacientes submetidas à anestesia por inalação. Houve apenas 2 vezes em que a terceira fase do trabalho prolongou-se além de trinta e um minutos sob analgesia caudal contínua em comparação com 17 sob anestesia por inalação.

A incidência de placenta retida nos 1.000 casos de analgesia caudal contínua foi de 0,1 %. Houve 6 casos em que a extração manual da placenta tornou-se necessária no grupo submetido à anestesia por inalação.

A observação é de que o sangramento miometrial uterino na secção cesária mostra-se manifestamente diminuído.

Acredita-se que a analgesia e a anestesia caudal contínua em Obstetrícia permitem ao útero manter-se mais estreitamente aproximado do seu mecanismo normal. — O. S. L.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Os vasos sanguíneos do útero miomatoso (*The blood vessels of the myomatous uterus*) — FAULKNER, R. L. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1944, Vol. 47, N.º 2, pág. 185).

Em 1912 J. A. SAMPSON publicou um artigo sobre o suprimento sanguíneo dos miomas uterinos. Não existe outro estudo semelhante sobre o assunto em língua inglesa. Este fato, se não houvesse outros seria suficiente para justificar uma revista do assunto.

O suprimento sanguíneo dos miomas está relacionado a algumas de suas degenerações; as razões pelas quais alguns úteros miomatosos sangram enquanto que outros não; e finalmente existem questões importantes a serem resolvidas, por quem esteja familiarizado com o trabalho de SAMPSON, sobre a natureza da circulação do tumor individualmente.

Por exemplo, em geral, ele observou em cada mioma uma massa de artérias proliferantes e na maioria dos casos só pode encontrar raras veias, quando encontrava, dentro da substância tumoral. SAMPSON nunca acreditou que isto fosse devido a um defeito de técnica, e aparentemente sua opinião está certa.

Portanto, há ainda muitos pontos a serem esclarecidos no mecanismo das trocas artério-venosas nos miomas. Em uma carta particular ao A., SAMPSON lembrou um outro problema a ser verificado: isto é, se em suas injeções — uma vez que não media a pressão —, ele podia ter injetado em excesso as artérias e talvez tivesse enchido os linfáticos — isto sendo uma possibilidade neste tipo de trabalho anatômico.

Este trabalho não se propõe a responder a todas estas inda-

dando cuidadosamente a evolução do caso, opina o A. que a obstrução deva se ter instalado de modo parcial pouco depois do parto, tendo o acidente se completado no 3.^º dia do puerpério. Admite que o diagnóstico pudesse ter sido mais exatamente feito antes da intervenção, o que a teria permitido ser executada mais precocemente.

— A. O. S.

Cura de um caso de gonorréia pela penicilina, em grávida do 6.^º mês, após insucesso da sulfamidoterpapia (*Cure by penicillin following repeatedly unsuccessful sulfonamide therapy in a pregnant woman with gonorrhea*) — STRAUSS, HYMAN e BROOKLYN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1944, Vol. 47, N.^º 2, pág. 271).

Referindo os estudos e as recentes investigações sobre a penicilina bem como as publicações de KEEFER, MAHONEY e VAN SLYKE que apresentam um total de 380 casos de gonorréia tratados pela penicilina, os A.A. relatam um caso observado numa multípara de 21 anos de idade no 6.^º mês da gestação portadora de infecção gono-cócica. Após haverem recorrido à sulfamidoterpapia tendo empregado sem o menor resultado o sulfatiazol, a sulfadiazine e a sulfapiridina, resolveram usar a penicilina tendo a cura sido obtida após a administração de 88.000 U. Oxford.

Concluem o artigo salientando as vantagens do emprego da penicilina principalmente nos indivíduos que oferecem resistência ao tratamento pela sulfamida. — A. O. S.

Edema vulvar complicando o parto (*Vulvar edema complicating delivery*) — BLOCK, NATHAN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1944, Vol. 47, N.^º 2, pág. 273).

De intensidade e gravidade variaveis o edema da vulva pode ser verificado durante qualquer tempo da gestação e mesmo durante o trabalho de parto, como no caso relatado pelo A.

Quasi sempre associado à anasarea, o edema vulvar acompanha as doenças cardíacas e renais e as hepáticas perturbando a circulação porta e consequente dificuldade à circulação de retorno. Casos de gangrena já têm sido registrados. No seu trabalho, o A., após rápido estudo sobre o assunto, relata um caso observado no Hospital Sinai, em Março de 1943.

Trata-se de uma multípara de 24 anos de idade que em gravidez anterior apresentara um quadro toxêmico que determinou a indução do trabalho e aplicação de fórceps. Decorridos dois anos, novamente grávida é internada com acentuado edema dos membros

inferiores e da vulva. Não refere céfaléia, perturbações visuais, náuseas nem a clássica dor epigástrica. A pressão arterial era de 150/180. O exame clínico nada mais revela além de insuficiência aórtica. É feita a restrição de líquidos e iniciado o tratamento clínico pela administração de soluto glicosado hipertônico a 25 % e sulfato de magnésio além de duas transfusões de 500 cm.³ de plasma. Não obstante, o edema progrediu e diante da iminência de gangrena é decidida, por inevitável, a interrupção da prenhez, o que é feito pela cesariana segmentar sob narcose pelo ciclopropano. Foi constatado então tratar-se de prenhez gemelar que não fôra diagnosticada. Pós-operatório normal. No terceiro dia a anasarea havia regredido e o edema vulvar, já bastante melhorado, desapareceu depois inteiramente. Mãe e filhos tiveram alta em boas condições.

— A. O. S.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Histerectomia vaginal (Vaginal Hysterectomy) — KENNEDY, J. W. e CAMPBELL, A. D. — Editora: Davis Company (Philadelphia) — Ref. em *W. J. Surg., Gyn. and Obst.*, Vol. 52, N.^o 2, pág. VII.

KENNEDY dá um prefácio histórico dramático da histerectomia vaginal, ao passo que CAMPBELL descreve a anatomia, fisiologia e os mecanismos que interessam no assunto, tendo utilizado largamente o livro de PEHAM e AMREICH. Descreve, depois, detalhadamente o método da histerectomia vaginal pelo método da sutura empregado em prolapsos. Ilustrações úteis acompanham esta descrição. É interessante que os dois pedículos não são aproximados por uma sutura independente. Mesmo fibromas dum tamanho que corresponde a uma gravidez do 5.^o mês podem ser retirados por via vaginal. Também o útero eronicamente infectado e principalmente as diversas formas de prolapo representam boas indicações para a intervenção. Deve esta ser preferida mesmo à biópsia do colo e à curetagem, se há suspeita séria de câncer do útero (!).

O material de KENNEDY abrange 6.000 casos de histerectomia vaginal. Acentua repetidamente o valor desta operação como profilaxia do câncer, que aliás é suspeitado em grande número de casos muito duvidosos. É lamentável que se encontrem uns tantos exageros na apresentação dum método que tem tantos méritos reais. As vantagens são a técnica fácil pelo emprego dos clampes, a retração dos suportes laterais que age favoravelmente sobre os prolapsos, a

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

O tratamento cirúrgico conservador dos tumores císticos do ovário (*El tratamiento quirúrgico conservador de los tumores del ovario*) — DIONISI, H. e SAMMARTINO, P. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Fev. 1944, Vol. II, N.^o 2, pág. 89).

Como dizem os A.A., os tumores císticos benignos do ovário, se bem queiram como tratamento a exérese cirúrgica, não justificam a castração.

A conservação do ovário é imprescindível nos cistos bilaterais das mulheres jovens, porém está também indicada e traz grandes vantagens quando o processo é unilateral.

Excluindo os casos de certos tumores papilíferos, os processos malignos, os cistos supurados e os muito aderidos, pode-se conservar o tecido glandular na operação de todos os tumores do ovário, qualquer que seja seu tipo anátomo-patológico.

Dada a noção de que o cisto não infiltra nem destrói o parênquima ovariano, porém apenas o empurra, é possível isolar uma corteça ovariana que basta para conservar o funcionalismo, como o comprovam o exame histológico e a evolução das operadas.

Na técnica empregada pelos A.A., todo o tumor é extirpado sem deixar nenhuma porção do mesmo. Mencionam os numerosos casos com lesão unilateral operados com esse método; transcrevem a história clínica de 5 pacientes operadas de tumores bilaterais. Todas conservaram sua função glandular e as duas pacientes casadas engravidaram após a operação. — C. A.

Sobre profilaxia da complicaçāo peritoneal por artifícios de técnica na operação cesariana — SANHUEZA, H. D. e VALENZUELA, E. S. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Fev. 1944, Vol. II, N.^o 2, pág. 102).

Os A.A. apresentam a experiência do Serviço desde o ano 1937 sobre operações cesarianas com artifícios de técnica. Referem-se especialmente ao método proposto pelos Drs. H. SANHUEZA e J. PUGA. Tem praticado o processo em 103 doentes, entre elas 52 casos impuros e 19 infectadas. Recorreram 52 vezes à anestesia etérea, 37 vezes à raqui-novocaína e 14 à infiltração local com novocaína. Morbilidade: endometrite 35 casos; supuração da ferida operatória 37 casos; acesso pré-uterino 15, septicemia 1 e pneumonia 1 caso.

Mortalidade: anestesia raquídea 1, anemia aguda por placenta pré-via 3, eclampsia 1, nefrite crônica 1 e infecção (abcesso pré-uterino) 3. Mortalidade total: 8,7 %; mortalidade derivada da operação: 2,9 %. Observe-se que não se apresentou nenhum caso de peritonite pós-operatória, apesar do elevado número de casos impuros e infectados. Em 9 casos foi praticada a operação iterativa, conseguindo 5 vezes abordar o segmento inferior sem abrir a cavidade peritoneal, graças à dissecação entre a bexiga e o fundo-de-saco peritoneal criado pela primeira operação.

Mencionam também outros dois artifícios de técnica destinados a isolar a cavidade peritoneal da zona histerotomizada por septamento depois de suturado o útero.

Em 12 pacientes foi praticado o septamento por meio de uma ventro-fixação e cruzamento pré-uterino dos ligamentos redondos, e em 3 casos por meio de uma sutura vésico-uterina de pontos seguidos, drenando o fundo-de-saco vésico-uterino separado da cavidade peritoneal, ao fundo-de-saco vaginal anterior. Nos casos de operação iterativa com aderência firme entre a bexiga e o fundo-de-saco, peritoneal, recomendam estas histerotomias septadas em lugar de recorrer a uma cesariana intra-peritoneal.

São de opinião que as cesarianas intra-peritoneais devem ser substituídas por processos nos quais a cavidade peritoneal fica isolada por um artifício de técnica. Isto, não sómente para os casos impuros ou infectados, senão também como meio para melhorar o prognóstico da cirurgia obstétrica em geral. — C. A.

Struma do ovário — MORAES BARROS, N., GODOY, P. e DELASCIO, D. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Vol. II, N.º 2, pág. 114).

Os A.A. tiveram a oportunidade de observar um caso de tumor tireoideano do ovário. Tecem considerações sobre tão interessante blastoma, insistindo particularmente sobre o verdadeiro conceito de struma do ovário.

Discutem a histogênese e defendem o ponto de vista de natureza teratomatosa do struma. Estudam com detalhes o quadro anátomo-patológico e aceitam a classificação de WEGELIN.

Fazem, ainda, considerações sobre a sintomatologia, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento deste raro blastoma. — C. A.