Ano XI JUNHO DE 1946 Vol. 21 - N.º 6

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Junho de 1946 | Vol. 21 — N.º 6


## SUMÁRIO


**TRABALHOS ORIGINAIS**

Págs.

*Um caso de cistocarcinoma papilar do ovário* — PROF. DR. CLOVIS SALGADO ..... 419

*Comedocarcinoma da mama* — DR. AURELIO MONTEIRO ..... 425

*La implantación "pellets" de progesterona (Métodos y resultados obtenidos)* — DR. A. POU DE SANTIAGO ..... 434

**EDITORIAL**

*Rubéola materna e malformações fetais* ..... 440

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

*1.º Congresso Inter-Americano de Medicina (Promovido e organizado pela Academia Nacional de Medicina, de 7 a 15 de Setembro de 1946)* ..... 443

*Intercâmbio Argentina-Brasil* ..... 444

*Mortalidade materna em S. Paulo* ..... 446

*"Sociedade Cubana de Obstetricia e Ginecologia"* ..... 446

*Dicionário Bio-bibliográfico Médico Brasileiro* ..... 447

*Novo Chefe da Maternidade do Hospital de São João Batista da Lagoa* 447

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*Manual Práctico de Obstetricia y Ginecologia* — O. JÜRGENS ..... 448

*Transactions of the Second American Congress on Obstetrics and Gynecology* — FRED L. ADAIR ..... 449

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA**

*Ata da sexagésima-sétima sessão ordinária* ..... 450

*Ata da sexagésima-oitava sessão ordinária* ..... 451

*Ata da sexagésima-nona sessão ordinária* ..... 453

*Ata da septuagésima sessão ordinária* ..... 455

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).



Sintest

HORMONIO TESTICULAR

LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

Anais Brasileiros de Ginecologia

# ÍNDICE DOS RESUMOS

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

Págs.

*Penicilinoterapia na cirurgia abdominal. Resultados do uso profilático e terapêutico em cinquenta casos.* — WOLLGAST, G. ..... 457
*Fístula juxta-cérvico-vesical* — DOUGLAS, M. ..... 458
*A patogenia da endometriose pós-salpingectomia em cicatrizes laparotômicas* — SAMPSON, J. A. ..... 458
*Aspectos terapêuticos da insuflação útero-tubárica na esterilidade* — RUBIN, I. C. ..... 460
*Tumores das glândulas sudoríparas da vulva, benignos (hidradenoma) e malignos (adenocarcinoma).* — NOVAK, E. e STEVENSON, R. R. 461
*O fator Rh em Obstetrícia* — TRAUT, H. F., McIVOR, B. C., HOWARD, J., LUCIA, S. PP. e CHARVET, L. ..... 462
*A função da operação de Porro na obstetrícia moderna* — WILSON, K. M. 463
*Gravidez ectópica. O valor diagnóstico da aspiração do fundo-de-saco.* — BURCH, L. E. e SEITCHIK, J. ..... 464
*Mortalidade pós-operatória* — SCHMIDT, E. R. e HILMA, O. V. ..... 465
*Mais observações sobre o valor da prova do pregnandiol para gravidez* — GUTERMAN, H. S. ..... 466
*O teste de Aschheim-Zondek na gravidez* — ENGELFRIED, J. J., HAWKINSON, G. E. e GALANDEY, V. F. ..... 466
*O chôro dos recém-nascidos. II. A fase individual.* — ALDRICH, C. A. e col. ..... 467
*Relatório sobre cirurgia gênito-urinária em 1944* — FERRIS, D. O. e COUSELLER, V. S. ..... 468
*Manobra para resolver a falta de rotação das apresentações de vértice, dorso-posteriores, nas pelves com diâmetro biciático reduzido.* — KUNZ, A. C. ..... 469
*Quisto do colo uterino* — BASSAN, D. ..... 469
*Gravidez ectópica de 7 meses* — PINEDA, R. ..... 469
*Endometrioma do septo reto-vaginal* — RONCORONI, E. J. ..... 469
*As circulares de cordão como indicação de cesária* — SCHAFFER, B. ... 470
*Prolapso da placenta* — KUNZ, A. C., MUSSI, F. e MUSCATELO, J. ... 470
*A flora vaginal durante a gravidez* — LEON, J. ..... 470
*Quisto de ovário com pedículo torcido, torção secundária de anexos restantes e fixação no fundo-de-saco vésico-uterino.* — BORRAS, P. E. e LOZA, G. ..... 471
*Fibroma do colo uterino* — BOVERI, J. L. e BELIZAN, L. A. ..... 471
*O parto de nádegas* — GOSENDE, J. C. ..... 472
*Anúria por compressão de um grande quisto do ovário* — BORRAS, P. E. e LOZA, A. G. ..... 472

Págs.

*Gravidez ectópica em côto restante de uma tubária anterior* — ARGONZ, E. ..... 472
*Estudo do fator Rh e sua importância na prática obstétrica* — THWAITES LASTRA, E. e KLAPPENBACH, M. ..... 473
*A mortinatalidade em relação com deficiências na aplicação da arte ou por causa direta* — GONZALEZ, J. B. e AYLLON, J. A. ..... 473
*Parto e morte súbita* — MONTAÑO, A. ..... 474
*Câncer do colo uterino e gravidez* — PELTIER DE QUEIROZ, A. ..... 475
*Os estados intersexuais* — DEL CASTILLO, E. B. ..... 475
*Perturbações menstruais no hipertireoidismo* — DI PAOLA, G., LINISCALEO, O. e CASANOVA, A. ..... 476
*Tratamento arsenical intensivo nas mulheres e especialmente nas grávidas* — ELKIN, B. ..... 476
*Sífilis primária do colo uterino* — ACHARD, A. ..... 477
*Uma encruzilhada no tratamento da infecção puerperal* — TURENNE, A. 477
*O mercúrio-cromo na profilaxia da infecção puerperal* — DUÉK, H. ..... 478
*Quarenta e cinco anos de esvaziamentos cervicais* — BENGOA, M. B. DE 478
*Período de expulsão nas diferentes apresentações* — VERCESI, R. S. ... 479
*Ergonovina por via venosa no pré-secundamento* — AGÜERO, O. ..... 479
*Fœtus compressus* — AGÜERO, O. ..... 480
*O que se pode esperar da anestesia caudal em obstetrícia* — RABAGO, J. 480
*Caso grave de síndrome diarréica durante a gravidez* — FEROS, J. M. 483
*Câncer da mama sob o ponto de vista anátomo-clínico* — DUANY, N. P. 483
*Tratamento da metropatia hemorrágica virginal* — BEDOYA GONZALEZ, J. M. e GARCÍA FUNCASTA, C. ..... 484
*Reflexões sobre o uso e abuso das irrigações vaginais e normas para a sua utilização* — COLOMER, L. A. ..... 484
*Ovário e protrombina sanguínea* — ALVAREZ OSSORIO, I. M. ..... 486

Antiphlogistine

**MANTÉM O "CALOR ÚMIDO"**

Aplicada confortavelmente quente sôbre a área afectada, ANTIPHLOGISTINE mantém o "calor úmido" por várias horas, sendo um auxiliar eficaz para aliviar a dor, inflamação e espasmos musculares devidos a torções, luxações e contusões.

No tratamento sintomático dos resfriados do peito e bronquites, o "calor úmido" de ANTIPHLOGISTINE é usado como coadjuvante para aliviar a tosse, dores musculares e opressões do peito.

ANTIPHLOGISTINE pode ser usada com quimioterapia.

Antiphlogistine

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK**

Amostras e literatura mediante pedido a

**SCHILLING, HILLIER & CIA., LTDA.**

Caixa Postal 1030 — RIO DE JANEIRO

**ANTIPHLOGISTINE é fabricada no Brasil**

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

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

**Manobra para resolver a falta de rotação das apresentações de vértice, dorso-posteriores, nas pelves com diâmetro biciático reduzido.** *(Una maniobra para solucionar la falta de rotación de las apresentaciones de vértice dorso-posteriores en las pelvis con diámetro biciático reducido.)* — KUNZ, A. C. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 451).

Usou o A. com sucesso em 4 casos, e por isto sugere para solucionar favoravelmente a distocia em questão, a tomada normal com o fórceps, empurramento da cabeça, com o auxílio do instrumento, acima do plano inter-espinhal, rotação até a posição OP e, se as espinhas oferecem distocia acentuada, encaixe profundo com ligeiros e suaves movimentos laterais, que visam obter a apresentação assinclítica dos parietais no diâmetro biciático. Mudança da pegada. — *C. B.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM não

---

**Quisto do colo uterino** *(Quiste del cuello uterino)* — BASSAN, DAVID — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 452).

Aproveitando a oportunidade em que apresenta a observação de uma doente em que foi extirpado um quisto do colo uterino com o tamanho de uma azeitona, tece o A. comentários em torno destes quistos, descritos pela primeira vez em 1672, como ovos de NABOTH. — *C. B.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Gravidez ectópica de 7 meses** *(Embarazo ectópico de siete meses)* — PINEDA, RAFAEL — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 461).

Trata-se do primeiro caso de gravidez ectópica que atingiu o 7.º mês, dos 180 já tratados nos últimos 20 anos no Serviço de Cirurgia Geral de Mulheres do Hospital Espanhol. A doente, ao entrar no hospital, apresentava dores no baixo ventre e nos lombos e os batimentos fetais haviam deixado de ser perceptíveis há dois dias. Na operação foi extraído um feto morto em um ovo que se havia desenvolvido principalmente na espessura do ligamento largo. — *C. B.*

---

**Endometrioma do septo reto-vaginal** *(Endometrioma del tabique rectovaginal)* — RONCORONI, ENRIQUE J. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 465).

Relata o A. suas 3 observações de endometriose exteriorizadas no septo reto-vaginal. O tratamento pelo rádio, estabelecido no

primeiro caso, acarretou uma retite intensa, razão pela qual a castração cirúrgica foi preferida nas outras duas, sendo as desordens menopáusicas juguladas com estrogênios administrados por via parenteral. — *C. B.*

---

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10.6.1950

**As circulares de cordão como indicação de cesária** *(Las circulares de cordon como indicación de cesarea)* — SCHAFFER, BERNARDO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 479).

Apresenta o A. vários casos em que a operação cesária foi indicada por comprimento insuficiente ou circulares do cordão. Acha que o diagnóstico é fácil, ao contrário da opinião generalizada. Considera como sinais mais importantes — o sofrimento fetal precoce, sem contrações uterinas que possam ser responsabilizadas pelo mesmo, a apresentação cefálica alta, sem progresso da dilatação, apesar de duração razoável do trabalho, canal pelvi-genital normal e ausência de desproporção pelvi-fetal. Diz que os livros correntes indicam para esses casos a via baixa (fórceps), embora, nas observações apresentadas, as cesarianas fossem indicadas, também, por falta de dilatação e grande altura da apresentação. — *C. B.*

---

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10.6.1950

**Prolapso da placenta** *(Prolapso de placenta)* — KUNZ, A. C., MUSSI, FERNANDO e MUSCATELO, JORGE — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 489).

Relata o A. um caso de prolapso da placenta em gravidez de 7.º mês, com feto morto, placenta prévia central. Em seguida à expulsão da placenta foi eliminado um feto envolvido pelas membranas ovulares. — *C. B.*

---

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10.6.1950

**A flora vaginal durante a gravidez** *(La flora vaginal durante la gravidez)* — LEON, JUAN — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 495).

Depois de rever os conceitos de infecção puerperal e as polêmicas desenvolvidas do ponto de vista bacteriológico, relembra os

FICHA BIBLIOGRÁFICA FEITA EM 10-6-1950

**O parto de nádegas** *(El parto de nalgas)* — GOSENDE, JULIO C. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 540).

Depois de tecer comentários sobre a frequência, diagnóstico, mecanismo, prognóstico e tratamento do parto de nádegas, julga o A. poder tirar as seguintes conclusões:

1) A apresentação de nádegas e o parto nestas condições, devem ser considerados distócicos;

2) A versão externa deve ser tentada sempre;

3) Deve-se deixar evoluir o parto sòzinho, sob estrita vigilância;

4) Deve-se controlar rigorosamente ao R. X, durante a gravidez e o parto;

5) Deve-se aconselhar a técnica de BRACHT, que se associa às manobras clássicas, no momento oportuno;

6) Será de exceção a indicação de operação cesária. — *C. B.*

---

**Anúria por compressão de um grande quisto do ovário** *(Anuria por compression de un gran quiste de ovario)* — BORRAS, PABLO E. e LOZA, A. GARCIA — (*Bol. de la Soc. de Obst y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 547).

Salientando as inter-relações, já tantas vezes assinaladas, entre as afecções ginecológicas e urológicas, traz o A. a observação de uma doente em que um volumoso quisto do ovário, além de produzir alteração da função genital, acarretou desordens urinárias, a princípio latentes, mais tarde graves, com anúria reflexa, sintomas gerais devidos à uremia, tornando-se mais graves as manifestações secundárias do que as primitivas. — *C. B.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA FEITA EM 10-6-1950

---

**Gravidez ectópica em côto restante de uma tubária anterior** *(Embarazo ectópico en el muñon restante de un tubario anterior)* — ARGONZ, EMILIO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, 1945, Tomo XXIV, N.º 11, pág. 556).

O presente caso relatado pelo A., além do valor de raridade, tem o interesse de pôr em relevo, mais uma vez, a dificuldade em conseguir-se uma obliteração definitiva absoluta das trompas pela simples secção e ligadura, sem outras minúcias de técnica que a torne mais eficiente. — *C. B.*

---

Neste artigo os A.A. só se ocupam do primeiro destes subgrupos, prometendo tratar o segundo mais tarde.

Definindo o que se deve entender por "deficiente aplicação da arte", os A.A. enumeram e analisam os casos sob o ponto de vista do diagnóstico, assim como da oportunidade, medida e técnica do tratamento aplicado, baseando-se na estatística bem documentada do Serviço que dirige um dos A.A. e que acompanha o trabalho, de maneira que as causas e a profilaxia da mortinatalidade surjam espontaneamente. — *Auto-resumo*.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10.6.1950

---

**Parto e morte súbita** *(Parto y muerte súbita)* — MONTAÑO, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Dez. 1945, Vol. III, N.º 12, pág. 945).

São numerosas as causas capazes de determinar a morte súbita durante o parto. Entre elas, a oclusão da artéria pulmonar por embolia ou por trombose parece ser a mais frequente. Quando o êmbolo é suficientemente grande como para ocluir a artéria pulmonar, interrompe-se a circulação do organismo inteiro, sobrevindo a morte quase instantaneamente, sem dar tempo para o desenvolvimento de alguma afecção nos pulmões. Pelo contrário, quando seu tamanho é menor e ele obstrue sòmente um dos ramos da artéria que irriga um dos lóbulos e maxime se se agrega outro fator, a estase venosa (congestão crônica por insuficiência cardíaca, etc.), aparece o infarto, sendo este a maioria das vezes de tipo hemorrágico e, evoluindo num termo de aproximação oito dias sem acarretar perturbações de importância à doente. Seu diagnóstico clínico, favorecido por algumas provas de laboratório, é geralmente fácil. Suas complicações mais frequentes são a infecção do infarto e sua recidiva, sem contar a embolia, quase sempre mortal.

O tratamento da embolia maciça é praticamente impossível. Na embolia de ramos, as indicações terapêuticas consistem em repouso absoluto, oxigenioterapia, injeções de morfina e papaverina, enemas evacuantes, etc. A sua profilaxia realiza-se facilitando a circulação sanguínea e ensinando a doente a respirar amplamente, antes e depois do parto, com o propósito de obter uma boa ventilação pulmonar.

Convém destacar que a medida mais importante para evitar a produção do infarto — não se encontrando por desgraça ao alcance do médico prático — é a modificação do processo de coagulação sanguínea mediante o emprego combinado de heparina e dicumarol, até fixar o tempo de protrombina em 25 ou 30 segundos. — *Auto-resumo*.

---

experiência publicada até hoje. Refere então a experiência pessoal, empregando a ergonovina em 2 grupos de parturientes: um, no qual usou Ergotrate ao sair a cabeça fetal (637 partos) e outro grupo de contrôle.

O Ergotrate foi injetado por via endovenosa, logo após o desprendimento do ombro anterior.

Do seu emprego e dos resultados obtidos, o A. concluiu que aquele pode ser utilizado sem riscos no final do período de expulsão sempre que se esteja em meio hospitalar. Em 80 % de seus casos a placenta foi expulsa antes de 5 minutos após nascido o feto. Do mesmo modo a incidência da hemorragia pós-parto foi reduzida de muito. Não houve aumento de frequência de extrações manuais da placenta, senão diminuição. Quanto à possibilidade de produzir retenções placentares, em sua série deu-se em 1 % dos casos.

Em um pequeno grupo em que por razões técnicas a ergonovina foi dada após expulsão total da criança, sòmente 50 % tiveram a placenta expulsa antes de 5 minutos e além disso houve maior incidência de hemorragia e 2 extrações manuais. — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Fœtus compressus** — AGÜERO, O. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, Dez. 1945, Tomo V, N.º 4, pág. 229).

O A. apresenta 2 casos de feto papiráceo: Um em primigesta de 32 anos, que deu à luz feto vivo de 3.100 gr. espontaneamente; junto com a placenta sai um feto papiráceo de 14 cm. de comprimento e poucos milímetros de espessura, distinguindo-se perfeitamente a cabeça, o tronco e as extremidades. A placenta apresenta-se dura.

O outro caso, em secundigesta de 25 anos, parto espontâneo de feto vivo pesando 2.650 gr. Atrás dos anexos ovulares expulsa-se pequena massa escura que foi verificado ser um feto papiráceo, de uns 13 cm. de comprimento.

Fotografias dos 2 casos ilustram o relato. — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

## *GACETA MÉDICA DE MÉXICO*

**O que se pode esperar da anestesia caudal em obstetrícia** (*Lo que puede esperarse de la anestesia caudal en obstetricia*) — RABAGO, José — *Gaceta Médica de México*, 31 Dez. 1945, Tomo LXXV, N.º 6, pág. 473).

O A., após assinalar as dificuldades de encontrar-se um meio anestésico ao mesmo tempo inócuo para mãe e feto, explana em linhas

gerais, a técnica da anestesia caudal por injeções epidurais repetidas de *Metycaine*, publicada em 1942 por HINGSON e EDWARDS, assinalando ainda a modificação de BLOCH e ROTHSTEIN instituindo a injeção contínua da solução anestésica que provém, pela gravidade, de um recipiente colocado 4 pés acima do nível da agulha epidural; acentuando a necessidade de verificar-se se a agulha está no tecido celular subcutâneo, tecido celular epidural ou dentro da duramater, no espaço sub-aracnoideu, para evitar acidentes, o que pode ser feito, controlando-se o escoamento por um conta-gotas, cujo débito será muito maior se a injeção for feita no espaço sub-aracnoideu do correspondente ao espaço epidural. O líquido usado neste teste é o sôro salino isotônico.

O A. assinala, ainda, que outros colaboradores, com o fim de evitar a punção posterior da duramater, pela agulha, como consequência de um movimento da paciente, substituem-na por um cateter que é introduzido por meio de uma agulha grossa n.º 13, depois retirada.

O relator em seguida notifica que estes conhecimentos foram dados ao público por meio de artigos pseudo-científicos, anunciando nova era para a parturiente, motivando que quase todas solicitassem o uso deste método a seus médicos.

Assinala o A. que em numerosos hospitais norte-americanos começou-se a experimentar o processo e os informes obtidos por HINGSON, até Março de 1944, faziam um total de 30.000 casos. No Serviço do A., no "Hospital General", o Dr. JORGE TERRAZAS MOLINAR iniciou sua aplicação, tendo-o usado 4 vezes em sua clínica privada.

Em seguida o A. assinala que, com o correr do tempo, começaram a aparecer objeções ao processo, umas feitas por parteiros que não chegaram a usá-lo, outras por diferentes autores que o submeteram a prova, citando a seguir as opiniões de MENGERT, da Universidade do estado de Iowa, FITZGERALD, THOMPSON e BROWN, do Cook County Hospital, os quais são mais ou menos acordes em que além dos perigos potenciais que o método apresenta, toma muito tempo e obriga a uma vigilância constante por parte do parteiro, havendo ainda o perigo de complicações respiratórias e circulatórias por introdução errônea do medicamento no espaço sub-aracnoideu, numa veia ou quando a anestesia peridural sobe demasiado. Mc CORMICK e seus colaboradores da Universidade do estado de Indiana, afirmam que embora cativante, é um método muito perigoso para ser usado, exceto em casos selecionados e por anestesistas parteiros, especialmente treinados. STUDIFORD afirma que a mortalidade por esse método (0,4) é superior a dos outros (0,18), em 16.000 casos. GREENHILL, depois de estudar o assunto, afirma que não crê que o método entre para o arsenal obstétrico geral. HINGSON, baseado em 3.000 casos, insiste nas contra-indicações e precauções do método, que não deve ser usado em domicílio nem em local em que o corpo

médico seja escasso. Conclue, finalmente, que menos de 1 % das mulheres americanas podem gozar os benefícios desta anestesia, nos próximos 5 anos. O A. a seguir dá a relação das contra-indicações apresentadas por HINGSON em seu trabalho, transcrevendo depois a opinião de LULL, professor de clínica obstétrica do Jefferson Medical College de Filadélfia, sobre o que não se deve fazer na anestesia caudal. Nas conclusões de seu trabalho diz que a crítica mais frequente ao processo é sua segurança duvidosa, estando convencido que se a paciente é rodeada de todos os cuidados, tanto anestésicos como obstétricos, em uma maternidade com pessoal suficiente, então há segurança tanto para a mãe como para o feto.

O A. refere depois uma série de ensaios de anestesia caudal feita pelo Dr. JORGE TERRAZAS em 38 pacientes, havendo obtido anestesia em 21 % dos casos, anestesia incompleta em 10 % e resultado satisfatório em 67 %. Acentua o A. que a percentagem alta de fracasso é comum em toda série inicial e que como acidentes imediatos se registrou lipotimia ligeira em 1 só caso. Várias pacientes apresentaram como sequela, dor lombar, que durou 2 ou 3 dias e desapareceu. Em uma outra houve vômito, vertigem e cefaléia ligeira nas 24 horas que se seguiram ao parto. Notifica o A. que no presente ano a Srta. NELVA MONDRAGON aplicou esta anestesia pelo método de BLOCH e ROTHSTEIN. Nos primeiros 32 casos usou-se a técnica clássica, não se tendo obtido bons resultados pois que o número de gotas por minuto não ultrapassava 20 a 30, sendo comumente 6 a 10. Por sugestão do A., combinou-se com o gotejo permanente, a injeção de solução anestésica, por seringa, todas as vezes que a dor aparecia. Com este método não se obteve anestesia completa em sòmente 10 % dos casos.

Refere o A. que o registro da pressão arterial de 15 em 15 minutos revelou o abaixamento da pressão máxima variando de 10 a 30 milímetros, sendo a variação maior principalmente nos hipertensos cujo estado geral não se alterou. Ao contrário, quando a queda da pressão se observou em pacientes normais e nos quais a máxima descia a 90 milímetros, apareciam vertigens, vômitos, cefaléia e lipotimia que cediam pela suspensão do anestésico e aplicação de Cardiazol-efedrina. O A. apresenta um caso que inspirou temores, cuja pressão desceu a 90 x 60 com taquicardia de 140 depois de 3 horas de anestesia, com cianose, dispnéia, suores profusos, zumbidos, extremidades frias. A enferma melhorou pela medicação acima descrita. Uma hora depois repetiu-se o quadro em menor intensidade, restabelecendo-se depois a paciente.

Termina o trabalho apresentando as razões do uso restrito deste processo, motivado, por um lado, pela dificuldade de material, pessoal treinado e tempo necessário para sua aplicação por parte do médico, e por outro, pela grande proporção de mulheres cujos partos se fazem em seus domicílios, contra-indicando o método.

Finalmente, afirma que os resultados por ele obtidos, em uma série de 50 anestesias, foram bastante semelhantes aos dos autores do método, e conclue: 1.º) A anestesia caudal deve ser administrada por pessoa habituada nesse método. 2.º) Necessidade de se assegurar que a agulha não penetrou a duramater. 3.º) Não pode ser aplicada em grande número e sim esporadicamente. — *A. A.*

---

FICHA BIBLIOGRÁFICA
FEITA EM 10 6 1950

## *REVISTA MÉDICA CUBANA*

**Caso grave de síndrome diarréica durante a gravidez** *(Sobre un caso grave de síndrome diarréico durante el embarazo)* — FEROS, J. MENENDEZ — (*Rev. Médica Cubana*, Dez. 1945, Tomo 56, N.º 12, pág. 888).

O A. apresenta a observação de uma doente em 5.º mês de gestação, acometida de um processos diarréico interno. Após tecer comentários acêrca da patogenia dessas síndromes, o A. encara o problema terapêutico, achando interessante comunicar o caso, dado o esplêndido resultado que obteve com o uso da aminoterapia. Administrou à sua doente o produto "Amigen", por via parenteral, 5 % em sôro glicosado e utilizando 500 cc. em venóclise. Usou o produto também por via oral, preparado pelo laboratório "Planas". O "Amigen" é uma base de um hidrolizado de caseína. Foram feitas 6 venóclises concomitante ao tratamento por via oral. O resultado foi ótimo, havendo as proteínas alcançado a 5,91 %, com desaparecimento da diarréia e melhoria do estado geral. — *J. C. C.*

---

**Câncer da mama sob o ponto de vista anátomo-clínico** *(El cancer de la mama considerado desde el punto de vista anátomo-clínico)* — DUANY, N. PUENTE — (*Rev. Médica Cubana*, Dez. 1945, Tomo 56, N.º 12, pág. 897).

O A. inicia seu trabalho tirando comentários de ordem clínica acêrca dos cânceres da mama, salientando as modificações de volume, forma e aspecto que a inspeção e a palpação podem colher.

Quanto às modificações clínicas impressas à mama, chama o A. atenção para o fato de serem condicionadas por processos de fixação e tração dos tecidos da mama, dado o poder infiltrativo do câncer. Elas são pois extensivas desta enfermidade. O A. refere-se à retração em massa do mamelão, após mamografias. Quanto à localização, em 927 casos encontrou afetadas 462 vezes à direita e 447 à esquerda. A bilateralidade de tumores é rara.

Ano XI JULHO DE 1946 Vol. 22 - N.º 1

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

**Anais Brasileiros de Ginecologia**

REVISTA MENSAL

Ano XI | Julho de 1946 | Vol. 22 — N.º 1

## SUMÁRIO

**TRABALHOS ORIGINAIS**

Págs.

*Disgerminoma do ovário* — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES, DR. ALVARO DE AQUINO SALLES e DR. JORGE RODRIGUES LIMA ..... 1

*Disgerminoma do ovário* — DR. AURELIO MONTEIRO e DRA. DULCE MONTEIRO ..... 13

*Patogenia das deformações congênitas* — DR. RINALDO DE LAMARE ..... 41

**EDITORIAL**

*Radioterapia estimuladora do ciclo sexual* ..... 55

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

*Congresso Internacional de Obstetrícia e Ginecologia comemorativo do bicentenário do Hospital Rotunda (Dublin)* ..... 59

*Sociedade Brasileira de Proctologia (Curso de Proctologia)* ..... 61

*"Sexto Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia"* ..... 63

*Eleição do Prof. Arnaldo de Moraes para o Conselho Universitário* ..... 64

*Prof. Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva* ..... 64

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*La hipertrofia funcional del ovario por retención de restos ovulares en el útero* — ARTURO ALBERTZ ..... 65

*Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo* ..... 66

*Síndromes hemorrágicos y gestosis* — DR. RAUL GARCIA VALENZUELA ..... 67

*Operação de Manchester na cura do prolapso genital* — ROSALDO C. CAVALCANTI ..... 68

*Gonadotrofina coriônica* — ROBERTO A. VOTTA ..... 69

*Aspectos da Profilaxia do Câncer Cérvico-Uterino* — ORLANDO BORDALLO ..... 70

**ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA**

*Ata da trigésima-sexta sessão ordinária* ..... 71

*Ata da trigésima-sétima sessão ordinária* ..... 72

*Ata da trigésima-oitava sessão ordinária* ..... 73

*Ata da trigésima-nona sessão ordinária* ..... 74

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMÔNIO FOLICULAR PURÍSSIMO

LABORATORIOS KRINOS S. A.

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.

*Um caso de endometrioma do ligamento redondo*—PAYER, H. e ISIDOR, P. 75

*A propósito de dois casos de obliteração tubária bilateral após histerografia* — GRASSET, J. ..... 75

*A carne na dieta de mulheres grávidas* — LEVERTON, R. M. e MAC MILLAN, T. J. ..... 76

*Efeito da penicilina na evolução da sífilis primária* — LEIFER, Major W. e MARTIN, Capitão S. P. ..... 77

*Carcinoma subsequente à menopausa radioterápica* — CORSCADEN, J. A., FERTIG, J. W. e GUSBERG, S. B. ..... 78

*O valor dos substratos fisiológicos na migração do esperma em casos selecionados de infertilidade humana* — SIÉGLER, S. L. ..... 79

*O endométrio pós-menopausa e sua relação com o adenocarcinoma do corpo do útero* — FAHLUND, G. T. R. e BRODERS, A. C. ..... 80

*Ciclo anovulatório e menstruação* — MEYER, R. ..... 82

*Tratamento seletivo da hemorragia ante-parto* — SCOTT, W. A. ..... 83

*Há formação de anti-hormônios durante a prenhez ?* — LEATHEM, J. H. e RAKOFF, A. E. ..... 83

*A ineficiência da Pirodoxina na náusea e no vômito gravídicos* — HESSELTINE, H. C. ..... 84

*O tratamento moderno do câncer* — FRICKE, R. E. ..... 85

*Mamas supranumerárias* — MORAES, A. ..... 86

Págs.

*Os riscos da indução do parto com o método de Aburel* — PEREZ, M. L. e BALDI, E. M. ..... 86

*Gravidez ectópica abdominal primitiva a termo* — ARMAND, M. F. e GUILLAUME SAM, F. ..... 87

*Tumores mistos do útero. Um caso de coexistência de adenocarcinoma e tumor misto do colo uterino.* — RIESCO, A., LOPEZ, E. e BRIEVA, I. 87

*Novas observações sobre a ação fibromatógena de quantidades infinitesimais de alfa-estradiol* — RIESCO, A. ..... 88

*Hérnia bilateral com "uterus bicornis rudimentarius solidus" e "aplasia vaginæ"* — GAPO, R. ..... 88

**Maternidade Arnaldo de Moraes**

**PARTOS — GYNECOLOGIA — CIRURGIA DE SENHORAS**

**RUA FREDERICO PAMPLONA, 32**

COPACABANA — TEL. 27-0110

Installações e apparelhagem modernissimas. Ar condicionado nas salas de partos, operações e apartamentos. Tratamento medico dos processos inflammatorios de mulher, pelo apparelho de Elliot (febre local). Diathermia. Ondas ultracurtas. Raios infra-vermelhos. Luz Violeta. Electricidade faradica e galvanica. Metabolismo basal. Electrocardiogrammas. Gabinete de radiologia. Laboratorio de exames clinicos. Radium e radiotherapia profunda. *Partos com internação por 7 dias e assistencia medica por Cr$ 2.000,00. Diarias desde Cr$ 130,00.*

Parto sem dôr (cyclopropano e protoxydo de azoto).

*Acceita doentes de medicos estranhos á Maternidade.*

dadas pelo Colégio Americano de Cirurgiões. Todos esses doentes estavam sem recidivas pelo menos havia 5 anos.

O A. conclue dizendo que "o uso da cirurgia, radium e raios Roentgen está realizando um sucesso que não é universalmente reconhecido. Inquestionavelmente, a pesquisa produzirá novas armas no futuro para combater os vários tipos de câncer. Até que isso ocorra, cirurgia, radium e raios Roentgen constituem as únicas medidas que têm provado ser curativas". — *A. M.*

---

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Mamas supranumerárias** — MORAES, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Janeiro 1946, Vol. IV, N.º 1, pág. 1).

O A. apresenta um caso de polimastia. A paciente apresentava duas massas tumorais simetricamente localizadas ao nível do segundo par superior do esquema da linha láctea de WILLIAMS. Operada, o diagnóstico anátomo-patológico das peças extirpadas foi de "mamas supernumerárias bilaterais", achando-se na direita pontos de hiperplasia glandular.

O A. passa em revista as diversas teorias sobre a frequência e etiologia desta malformação. Manifesta a necessidade de realizar um bom diagnóstico diferencial.

Em relação ao tratamento cita as opiniões de diversos autores, chegando à conclusão de que se justifica a terapêutica seguida no caso apresentado, considerando os fatores de ordem hereditária, a insuficiência ovariana e o sofrimento físico e moral que causava a afecção, chegando a produzir verdadeira fobia. — *Auto-resumo.*

---

**Os riscos da indução do parto com o método de Aburel** *(Los riesgos de la inducción del parto con el método de Aburel)* — PEREZ, M. L. e BALDI, E. M. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Janeiro 1946, Vol. IV, N.º 1, pág. 8).

Os A.A. se referem a 3 casos em que foi praticada indução do parto pelo método de ABUREL, e que tiveram evolução acidentada, numa série de 25 observações pertencentes à Clínica onde atuam. No primeiro caso, o feto apresentou, ao nascer, marcas de punção de agulha; no segundo, em consequência à injeção, produziu-se necrose da parede uterina acompanhada de quadro peritoneal com morte materna. No terceiro caso o feto sofreu necrose quase total do membro inferior direito, causa de sua morte.

Os A.A. analisam as reservas que são feitas ao método por outros autores que se ocuparam do processo. Sua opinião é que essa tera-

pêutica não está ao alcance do médico prático, porque apesar da via transparietal abdômino-uterina significar alguma vantagem para a indução do parto, é preciso ainda encontrar uma substância a injetar que, sem deixar de ser ativa, seja ao mesmo tempo inofensiva para os tecidos maternos e fetais, com os quais pode acidentalmente entrar em contacto, embora tendo seguido fielmente os preceitos da boa técnica. — *Auto-resumo*.

---

**Gravidez ectópica abdominal primitiva a termo** *(Grossesse ectópique abdominale primitive a terme)* — ARMAND, M. F. e GUILLAUME SAM, F. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Janeiro 1946, Vol. IV, N.º 1, pág. 20).

Os A.A. comunicam uma observação de gravidez abdominal primitiva evoluindo até o termo. A intervenção foi feita aos 9 meses e a paciente suportou bem a operação apesar de ter sofrido fortes hemorragias, tendo sido extraído um feto a termo, vivo.

O interêsse desta observação reside no fato de que a gravidez evoluiu sobre um útero cujo fundo evidenciava cicatriz antiga de rotura, atravessada pela placenta.

Perguntam os A.A. se esse orifício pré-formado não teria constituído a passagem por onde o ovo atravessou para inserir-se no abdome. — *Auto-resumo*.

---

## *REVISTA DE MEDICINA Y CANCEROLOGIA*

**Tumores mistos do útero. Um caso de coexistência de adenocarcinoma e tumor misto do colo uterino.** *(Tumores mixtos del útero. Con relación de un caso de coexistencia de adenocarcinoma y tumor mixto del cuello del útero.)*—RIESCO, A., LOPEZ, E. e BRIEVA, I. — (*Rev. de Med. y Cancerol.*, Ano XX, N.º 178, pág. 1).

Os A.A. descrevem um caso de tumor misto do colo uterino, que classificam como conjuntivo-epitelial seguindo ASCHOFF, ou tumor misto com tecidos heterólogos, seguindo os autores norte-americanos.

Esse tumor não apresentou, apesar de seu grande tamanho, aspecto polipóide, sendo semelhante aos epiteliomas vegetantes do colo uterino, quanto ao aspecto macroscópico.

Com o diagnóstico preliminar de adenocarcinoma cervical, por biópsia, foi a paciente tratada com rádio. Cicatrizada a lesão, algum tempo depois apresenta no colo uma tumoração dura cuja biópsia e respectivo exame histológico revela ser um fibrocondroma. A revisão de novos cortes da primeira biópsia em que havia sido diagnosticado adenocarcinoma, evidenciou também ilhotas de tecido cartilaginoso.

Ano XI AGOSTO DE 1946 Vol. 22 - N.º 2

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

**COLABORADORES**

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Agosto de 1946 | Vol. 22 — N.º 2


## SUMÁRIO


**TRABALHOS ORIGINAIS**

Págs.

*Tumores hipernefróides e pseudo-hipernefróides do ovário* — DR. AURELIO MONTEIRO ..... 89

*Sarcoma do côto restante* — DRA. HILDEGARD STOLTZ ..... 101

**LIÇÕES E CONFERÊNCIAS**

*A retinopatia hipertensiva das grávidas (Manifestações retinianas da toxemia gravídica. Pré-eclampsia e eclampsia.)* — DR. SYLVIO ABREU FIALHO ..... 106

**EDITORIAL**

*Ginecologia psico-somática* ..... 129

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

*1.º Congresso Inter-Americano de Medicina (De 7 a 15 de Setembro de 1946, Rio de Janeiro)* ..... 132

*3.º Congresso Inter-Americano de Cirurgia (Montevidéu, 1 a 6 de Outubro de 1946)* ..... 133

*Curso de Cirurgia da Litíase Biliar (Córdova, Rep. Argentina, 2 a 14 de Maio de 1947)* ..... 134

*Prêmio "Madame Durocher" da Academia Nacional de Medicina* .... 136

*Docência de Clínica Ginecológica* ..... 136

*"Câncer Ginecológico" (Curso de Extensão Universitária da Universidade do Brasil, Cátedra do Prof. Arnaldo de Moraes)* ..... 137

*Professores Drs. Manuel B. Rodriguez López e J. J. Crottogini* ..... 138

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*Les Troubles de l'Ovulation* ..... 139

*Nosso primeiro Puericultor* — JOSE' MARTINHO DA ROCHA ..... 141

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).



# Sintest

HORMONIO TESTICULAR

LABORATORIOS KRINOS S. A.

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.

*Carcinoma primitivo das trompas* — LOFGREN, K. A. e DOCKERTY, M. B. ..... 143

*Cistos dermóides do ovário: sua significação clínica e patológica.* — BLACKWELL, W. J., DOCKERTY, M. B., MASSON, J. C. e MUSSEY, R. D. ..... 144

*A Penicilina em obstetrícia* — POWER, H. A. e CAVOTTA, C. ..... 145

*A responsabilidade do obstetra nos insucessos dos primeiros dias de vida, com especial referência à anoxemia e prematuridade.* — BECK, A. C. 146

*Estudos sobre morbidade cirúrgica* — JONES, H. O. e DOYLE, L. W. ... 146

*Variações cíclicas na viscosidade do muco cervical e sua correlação com a quantidade de secreção e a temperatura basal* — VIERGIVER, E. e POMMERENKE, W. T. ..... 147

*Esterilização tubária* — KNIGHT, R. VAN DYCK ..... 148

*Levantar precoce controlado no puerpério* — GUERRIERO, WM. F. ..... 150

*Neoplasmas em ovários aparentemente normais* — CIANFRANI, T. ..... 150

*Cirurgia tubária e esterilidade* — AHUMADA, J. C. e CHEVALIER, R. M. 152

*Grandes cistos de ovário com torção do pedículo e gravidez* — JACOME MOSCOSO, C. ..... 152

*Valor do esfregaço vaginal para o diagnóstico da atividade ovariana na mulher* — BLANCHARD, O. ..... 152

*Valor semiológico da hiperplasia do endométrio* — MORAES, A. ..... 153

*Ação da insuficiência suprarrenal durante a gravidez, sobre a mãe e o filho.* — HOUSSAY, B. A. ..... 154

Págs.

*Fatores psicogenéticos em ginecologia e obstetrícia. O abôrto espontâneo emocional.* — SALERNO, E. V. ..... 155

*A podofilina no tratamento dos condilomas acuminados* — MONZO, O. R., KANTT, J. e COURETOT, M. F. ..... 155

*Inversão uterina crônica oncogenética* — RAHAUSEN, A. e RIESCO, A. 156

*O tratamento do câncer do seio* — PRADO, C. ..... 156

*Amenorréia, hipomenorréia e oligomenorréia.* — FOURNIER, M. M. .... 157

*O desprendimento prévio e sistemático do ombro anterior como profilático das roturas vulvo-vágino-perineais* — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B. .. 157

*Construção de uma vagina artificial* — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B. ..... 158

*As dermatoses nas grávidas* — VIGNALE, B. e FISCORNIA DENIS, J. M. 158

*Novas orientações ante a etiopatogenia e terapêutica das dermatoses durante o estado grávido-puerperal* — MORAGUES BERNAT, J. e GASCÓN, A. ..... 159

*Tuberculose do colo uterino* — DOMINGUEZ-ADAME, M. ..... 160

*O emprego local dos estrógenos sobre o útero* — VILLARREAL Y CASAS 160

**"CALOR ÚMIDO" NAS DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO**

**Resfriados — Bronquite**
**Pleurite — Pneumonia**

O calor úmido de um emplastro de ANTIPHLOGISTINE tem um valor decisivo para aliviar muitos dos sintomas desagradáveis que acompanham as doenças do aparelho respiratório.

Tosse — Pontadas e dôres musculares — Opressão retro-esternal — Dôres torácicas.

ANTIPHLOGISTINE é um emplastro pronto para o uso; mantém o calor úmido reconfortante durante muitas horas.

*Antiphlogistine*

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK
Amostras e literatura mediante pedido a
SCHILLING, HILLIER & CIA., LTDA.
Caixa Postal 1030 — RIO DE JANEIRO
ANTIPHLOGISTINE é fabricada no Brasil

Os derivados ectodérmicos existiam em 100 % dos tumores, as estruturas mesodérmicas em 93 %, e os derivados endodérmicos em 71 % destes cistos.

A alta percentagem de elementos mesodérmicos e endodérmicos foi devida ao fato de terem sido examinadas microscopicamente inúmeros cortes. Os cortes em série provavelmente teriam revelado ainda mais.

O têrmo "dermóide" é impreciso e deve ser substituído pela designação de "teratoma cístico". As hipóteses que têm sido sugeridas para explicar a histogênese destes neoplasmas não explicam convenientemente sua origem. Estes tumores ocorrem com igual frequência em ambos os ovários. Doze e quatro décimos por cento são bilaterais. O diâmetro médio foi de 8,2 cm. A incidência dos teratomas císticos foi de 5 % de todos os neoplasmas ováricos. Lesões malignas ocorreram em 3 % dos teratomas císticos. Os sintomas associados a estes cistos não tinham valor como diagnóstico diferencial. A extirpação cirúrgica foi o tratamento de escolha, mas, quando possível, a ressecção do tumor foi feita para conservar a função ovárica. — *A. A. S.*

---

**A Penicilina em obstetrícia** *(Penicillin in obstetrics)* — POWER, HOWARD A. e CAVOTTA, CHARLES — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1946, Vol. 51, N.º 2, pág. 173).

Os trabalhos sobre os resultados do emprego da Penicilina no imenso campo obstétrico, dia a dia mais aumentam a bibliografia do assunto. As opiniões não raro discutidas sobre as vantagens do uso do agente antibiótico em certas eventualidades clínicas justificam o interesse das pesquisas que a respeito vêm sendo realizadas. Assim, no trabalho os A.A. apresentam as conclusões a que chegaram após as observações pessoais da penicilinoterapia em vários casos de mastites simples ou supuradas, de pielites, de infecções gonocócicas, de pelvi-celulite, tromboflebites, no pós-operatório de cesarianas tardias, abortos infectados, etc.

Após a separação dos casos, apresentam as seguintes conclusões: Na mastite o resultado foi sempre imediato e satisfatório. Nas infecções intra-parto seguidas de intervenções também foram ótimos os efeitos. Nos casos de abortos infectados quando existe acentuada anemia secundária e leucopenia foi a Penicilina valioso agente terapêutico, salientando no entanto os A.A. que naqueles casos em que tais alterações sanguíneas estão ausentes, ainda a sulfamidoterapia apresenta os melhores resultados. Nas pielites em que o agente determinante é o estreptococo foram favoráveis os resultados.

Relativamente ao emprego da Penicilina nos casos de trombo-flebite, confessam que não puderam ainda chegar a um resultado que autorizasse conclusões definitivas. — *A. O. S.*

---

**A responsabilidade do obstetra nos insucessos dos primeiros dias de vida, com especial referência à anoxemia e prematuridade.** *(The obstetrician's responsability for the hazards of the first few days of life with special reference to anoxia and prematurity)* — BECK, ALFRED C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1946, Vol. 51, N.º 2, pág. 173).

Os problemas da anoxia e da prematuridade constituem interessantes capítulos da obstetrícia, e os estudos a respeito vêm nestes últimos anos passando por uma série de transformações de elevado cunho científico. O A., que se inclue entre os que vêm procurando esclarecer devidamente os assuntos em apreço, apresenta no seu trabalho as conclusões a que chegou da análise sobre a mortalidade materno-fetal verificada no Long Island College Hospital, no período de cinco anos compreendidos entre 1940 e 1944.

Trata-se realmente de um trabalho estatístico cuidadoso em que os dados numéricos são facilitados na sua interpretação pela série de gráficos aliás bastante elucidativa. A anoxemia e a prematuridade constituíram a principal causa da mortalidade neonatal. Os métodos preventivos são abordados pelo A. que os discute principalmente no que diz respeito à influência da ação exercida sobre a cabeça do prematuro no decurso do trabalho de parto, chegando a conclusões de enorme interesse prático.

Concluindo, salientam-se do trabalho como principais ensinamentos, os seguintes dados: as apresentações pélvicas forneceram os maiores números entre as causas de mortalidade neonatal. Nas apresentações cefálicas em que no parto espontâneo foi feita episiotomia com anestesia local, a incidência das complicações foi mínima. No tocante aos partos operatórios, diz o A. que o ato cirúrgico em si não constituiu motivo para o aumento da neo-mortalidade, mas apenas as próprias causas que justificaram o ato cirúrgico. — *A. O. S.*

---

**Estudos sobre morbidade cirúrgica** *(Studies of Surgical Morbidity)* — JONES, HAROLD O. e DOYLE, LEO W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Fev. 1946, Vol. 51, N.º 2, pág. 184).

Os A.A. acentuam que as infecções do trato urinário representam as complicações mais comuns consequentes à cirurgia ginecológica. Já o demonstraram num trabalho anterior em que 43 por

Ano XI SETEMBRO DE 1946 Vol. 22 - N.º 3

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**Dr. Sylvio d'Avila**

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 100,00; registrado, Cr$ 120,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 120,00 (U. S. $6)
Número avulso, Cr$ 10,00

**As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Setembro de 1946 | Vol. 22 — N.º 3


## SUMÁRIO


**TRABALHOS ORIGINAIS**

Págs.

*Carcinoma pagetóide dos ductos mamários* — DR. AURELIO MONTEIRO ..... 161

*Estado atual do problema do fórceps* — PROF. DR. JORGE DE REZENDE ..... 171

*O problema da anestesia na operação cesária* — DR. B. NEME e DR. JUTAHY ESTEVES ..... 174

*Um caso de Rh negativo (Considerações sobre a conduta cirúrgica)* — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO ..... 186

**LIÇÕES E CONFERÊNCIAS**

*Lição inaugural* — PROF. DR. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ .. 192

**EDITORIAL**

*Exame do esperma na esterilidade* ..... 200

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

*Conselho Universitário* ..... 203

*Almoço oferecido ao Professor Arnaldo de Moraes* ..... 204

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*Obstetrical and Gynecologycal Survey* — NICHOLSON J. EASTMAN e EMIL NOVAK ..... 205

**ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA**

*Ata da quinta sessão extraordinária* ..... 206

*Ata da quadragésima sessão ordinária* ..... 207

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).



# Estroglan

HORMÔNIO FOLICULAR PURÍSSIMO

LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

# ESTADO ATUAL DO PROBLEMA DO FÓRCEPS *

PROF. DR. JORGE DE REZENDE
Catedrático de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia.
Docente da Universidade do Brasil.

Seja-me permitido assinalar, inicialmente, a posição singular em que me encontro hoje, ao tomar a palavra diante das figuras exponenciais do ensino da Obstetrícia entre nós. Se todos somos antigos discípulos de FERNANDO MAGALHÃES, eu sou, e por sem dúvida, o único que pode chamar Mestres a RODRIGUES LIMA, OCTAVIO DE SOUZA e CLOVIS CORRÊA.

Quando, no remoto ano de 1929, eu transpunha os portões desta casa, bisonho quartoanista de medicina, foram de RODRIGUES LIMA e OCTAVIO DE SOUZA as lições primeiras recebidas da arte dos partos. Depois, CLOVIS CORRÊA, na Pró-Matre, deu-me muitas noções fundamentais, num curso para internos.

Ao recordar estes tempos idos e vividos, invoco, para mim, o privilégio de os ter tido a todos como professores, e hoje, não sem desvanecimento, encontrar-me ao lado deles nesta solenidade.

Se alguém há que aqui se encontre para ouvir alguma coisa de definitivo sobre o problema do fórceps, este será iludido em sua expectativa. O que torna o assunto "fórceps" sempre novo, é exatamente a sua perpétua evolução, a sua constante adaptação aos progressos e aperfeiçoamentos da medicina e da obstetrícia.

Nas limitações de uma quinzena de minutos, não me seria possível senão debuxar os pontos que reputo principais no estudo do fórceps. Significam o estado atual da questão, salvo melhor juízo.

## I — As indicações

Já foram muito largas. Era o fórceps o símbolo da especialidade. Depois, alinharam-se todas as restrições. A obstetrícia ameaçou tornar-se a *"lost art"* da apóstrofe de HOLMES. Abjurava-se o instrumento prestimoso, coagido pelo confronto com a operação

* Palavras pronunciadas na "Maternidade-Escola", a convite da S. A. M. E., quando, ao ensejo da inauguração do retrato do Prof. FERNANDO MAGALHÃES, foram reunidos os catedráticos de Clínica Obstétrica da Faculdade Nacional de Medicina, da Faculdade Fluminense de Medicina, da Faculdade de Ciências Médicas e da Escola de Medicina e Cirurgia.

universal. O parto, será natural ou cesário, profetizava MAGALHÃES, e a intervenção decrescia de frequência, porque pouco indicada. Hoje, o fórceps tem asseguradas as suas condições de praticabilidade (permeabilidade dura, permeabilidade mole, permeabilidade ovular), indicações cada vez mais nítidas, mòrmente o "fórceps profilático", que reduz o trauma e evita a hemorragia.

## II — A técnica

Só o destro deve empunhar o instrumento. A virtuosidade se exige. E' imperativa. O conhecimento exato da topografia pélvica e da morfologia cefálica são indispensáveis. Já aqui uma nova conquista. Depois de estatuídos por CALDWELL, MOLOY e D'ESOPO os quatro tipos fundamentais de bacias (ginecóide, andróide, antropóide e platipelóide), e de bem estudados por STEELE e JAVERT, com a estéreo-radiografia, os vários tempos do mecanismo de parto, dilataram-se as indicações de um instrumento até agora de exceção: o fórceps de KJELLAND. Se é verdadeiro que as aplicações no estreito superior constituem uma "operação de necessidade" e não uma "operação de escolha", na frase expressiva de LANTUÉJOUL, não é menos exato que, nas pegadas altas, a tração melhor se fará através os diâmetros transversos. Proscreve-se, por anacrônica, a pega invertida e flexora de LLAMES MASSINI, em que a cabeça transversa alta é apreendida em aplicação ântero-posterior, invertida, e orientada nos diâmetros oblíquos, para a insinuação.

MAGALHÃES cristalizara em conceitos lapidares, as leis que condensam a boa doutrina na técnica do fórceps:

*Lei da concordância das curvaturas* — A curvatura pelviana do instrumento, corresponde à direção curvilínea da bacia.

*Lei da correlação das superfícies* — A concavidade regular das colheres destina-se à convexidade regular do pólo.

*Lei da transposição dos paralelos* — O menor paralelo intracoclear passará o maior paralelo da apresentação.

*Lei das propulsões diretrizes* — A força atua orientando o pólo superior da apresentação e deixando livre o maior segmento da esfera. Esta orientação é obtida no estreito superior pelos deslocamentos sucessivos, na escavação pela rotação permanente, no estreito inferior pela tração imediata.

Ao primeiro destes postulados — Lei da concordância das curvaturas — é lícito fazer restrições, pois só verdadeiro no fórceps de escavação, em cabeça próxima e rodada. DEMELIN ironizava os parteiros que procuravam a concordância dos três eixos (do estreito

superior, do ovóide cefálico e das colheres), dizendo que mais valia buscar a quadratura do círculo...

Que fórceps empregar ? Sobejam os modelos, que beiram as quatro centenas. TARNIER imaginou e fez construir 32. DEMELIN só se deteve no nono. Há-os para todos os gostos: pequenos e grandes, paralelos e cruzados, convergentes e divergentes, com e sem tratores, tirantes ou cabrestos, e, até um dito "polimorfo" (o de BERUTI). A rigor, é mais importante o homem que está atrás do fórceps (*the man behind the forceps*, da frase de DE LEE), que o próprio tipo do instrumento.

Sobre a *tração*, muito se escreveu. Tração axial, tração no centro de figura, acima e abaixo do meridiano de pegada. Bizantinismos... Quase tudo derrogado . Uma episiotomia, uni ou bilateral, encurtando, corrigindo ou ampliando o canal do parto, torna os tratores uma complicação inútil, na maioria das vezes. FEHLING não escondia o seu espanto ao pensar como "o prurido de inovação pôde deitar a perder um instrumento tão simples como o fórceps".

## III — O que se deve temer no fórceps

Na prática do fórceps há que evitar o instrumento *redutor* e a *compressão pelvi-instrumental* representada pelas colheres, fazendo alavanca sobre as paredes ósseas da bacia, a força de tração podendo atingir, na compressão cefálica, até o décuplo do esfôrço dispendido pelo operador. Assim, 20 quilogramas de tração, que representam uma banalidade para o operador comum, submetem a cabeça fetal a 200 quilogramas de pressão (FARABOEUF e COQ).

O preceito do *non vi sed arte*, como outrora, domina a prática do fórceps atualmente, e não é sem propósito repetir-se a invocação de NICHOLS, que em 1751, redigindo a sua "Petition of the unborn babies", pedia que se livrassem os nasciturnos das "pinças enérgicas, dos instrumentos rudes e dos parteiros brutos".

## Le forceps et son problème à l'état actuel

**Résumé**

L'Auteur dans une petite causerie insiste sur ce qu'il y a actuelement d'important sur le forceps, son indication, sa technique et aussi sur ce que l'on doit redouter de son application.

## Present status of forceps problem

**Summary**

In a lecture delivered by the Author the present status indications and forceps technique were discussed, as well as harmful possibilities.

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(SERVIÇO DO PROF. RAUL BRIQUET)

# O PROBLEMA DA ANESTESIA NA OPERAÇÃO CESÁRIA *

DR. B. NEME
Assistente

DR. JUTAHY ESTEVES
Assistente

No progresso que a cirurgia tem alcançado, importa salientar o valor da anestesia que, garantindo perfeita abolição da dor dentro de risco mínimo ou nulo, possibilita e condiciona uma intervenção perfeita do ponto de vista técnico. Se isso é verdade no que toca à cirurgia geral, pode-se imaginar o que significa para o parteiro a anestesiologia aplicada à obstetrícia, especialidade em que, além da segurança materna, não se pode descurar da vitalidade fetal. Em nenhuma outra eventualidade, tem tanto valor a manutenção de elevado teor de oxigênio sanguíneo, a fim de se realizar com calma e segurança devidas o ato operatório (LULL e HINGSON) (16).

Por outro lado, a ação do anestésico sobre o órgão parturiente (BRIQUIET) (6) não deve ser esquecida a fim de se garantir boa retração uterina, dequitação segura e ideal, e assegurar condições locais que permitam a perfeita realização da intervenção obstétrica, particularmente em se tratando da cesária, quando é de primordial valor a preservação daquelas condições: elevado teor de oxigênio sanguíneo e boa retração uterina. Desta forma garante-se, de um lado, a vitalidade fetal e, de outro, a vida materna, numa coordenação de resultados perfeitos para a simbiose feto-materna (BRAGA, E.) (5).

Um dos temas oficiais destas Jornadas, "Estudo crítico da operação cesária", nos sugeriu estudar em material da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina (Serviço do Prof. RAUL BRIQUET), as anestesias em 559 operações cesárias praticadas entre 1932 e 1944.

---

* Trabalho apresentado às "I Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia" (1945).

No quadro abaixo vemos como se distribuiram as anestesias utilizadas:

*Cesária* — n.º total: 559.

| *Anestesia* | *N.º* | | *%* |
|---|---|---|---|
| Raquidiana ..... | 419 | — | 74,9 |
| Inhalação ..... | 94 | — | 16,8 |
| Peridural ..... | 26 | — | 4,6 |
| Local ..... | 16 | — | 2,9 |
| Epidural sacra ..... | 3 | — | 0,5 |
| Venosa ..... | 1 | — | 0,3 |
| Total ..... | 559 | | |

Verifica-se logo a preferência para a raquianestesia que alcançou 74,9 % de todas as anestesias praticadas. Seguem-se-lhe a narcose por inhalação e, finalmente, em número reduzido as anestesias peridural e local. Apesar da posição saliente do bloqueio subaracnoideu, devemos lembrar que embora a sua indicação esteja muito dilatada, existem condições clínicas que justificam a escolha da anestesia geral por inhalação ou a peridural e local na prática da cesária. As anestesias epidural sacra e geral, por via venosa, foram indicações de caráter restrito e de exceção, merecendo apenas citação neste trabalho.

No sentido de realizarmos um estudo crítico e comparativo destas diversas anestesias, focalizamos os seguintes dados: a) droga anestésica empregada; b) hemorragia operatória; c) condições de vitalidade do recém-nascido; d) acidentes; e) resultados; f) a raquianestesia em determinadas intercorrências.

a) Droga anestésica empregada — O quadro abaixo dá uma idéia das drogas anestésicas utilizadas:

| Raquidiana: 419 casos | Inhalação: 94 | Peridural 26 | Local: 16 | Epidural sacra: 3 | Venosa: 1 |
|---|---|---|---|---|---|
| Scurocaína: 95,7 % | Balsofórmio: 52,1 % | Novocaína sol. 2 % 40-45 cc. | Neotutocaína: 1:1000 120 cc. | Novocaína: 0,5 % 100 cc. | Thionembutal: 100 % |
| Percaína 3,4 % | Éter: 38,2 % | 100 % | 100 % | | |
| Neotutocaína: 0,2 % | Éter-Balsof.: 1,2 % | | | | |
| Indeterminada: 0,7 % | Ciclo-Éter: 6,0 % | | | | |
| | Ciclopropano: 2,5 % | | | | |

Verificamos assim que a Scurocaína em solução hiperbárica foi utilizada em 95,7 % das vezes, ou seja na quase totalidade dos casos. Preferíamos a Scurocaína cristal nas doses de 0,12 gr. (74,4 %) e de 0,10 gr. (22,5 %). Nos casos restantes, isto é, em apenas 3,1 % empregamos as doses mínima de 0,08 gr. e máxima de 0,15 gr. A punção sub-aracnoidéia se fez, sempre que possível, para não dizer na totalidade dos casos, entre $L_4$-$L_5$, sendo a posição sentada a preferida. Retirados 3-4 cc. de líquor dissolvia-se neles a Scurocaína cristal, que era injetada lentamente, com ou sem barbotagem. A posição operatória foi o decúbito dorsal, por vezes horizontal, mas de preferência acrescido de Trendelemburg de 10-20 graus. De algum tempo, tínhamos como norma, manter o decúbito dorsal horizontal por 5 minutos, seguido de ligeiro Trendelemburg, que era acentuado eventualmente aos quinze ou vinte minutos da anestesia, quando surgem náuseas, vômitos ou hipotensão sensível. Atualmente e sob a criteriosa orientação de Reynaldo Figueiredo, chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas, tem sido utilizada como droga de escolha a percaína em solução hiperbárica com gluconato de cálcio ou glicose a 10 % nas doses médias de 0,01 gr.

Faz-se a punção, de preferência, em decúbito lateral E. ou D. seguido de decúbito dorsal e céfalo-declive de início para, uma vez atingida a altura da anestesia desejada, substituí-lo pelo proclive de 10-20 graus. Deste modo e com o auxílio precioso de solução anestésica hiperpesada, facilita-se a delimitação da altura da anestesia evitando-se sua ascensão e consequentes inconvenientes: depressão respiratória, hipotensão e até o óbito.

Quando se utilizou a anestesia por inhalação, foram o Balsofórmio (52,1 %) e o éter (38,2 %) empregados num total de 90,3 % das vezes. Embora o Balsofórmio tenha sido utilizado com maior frequência, devemos salientar que de alguns anos para cá temos preferido o éter, que sendo menos tóxico condiciona ótima anestesia. A medicação pré-anestésica (atropina) reduz sua ação irritativa sobre o trato respiratório a um mínimo perfeitamente tolerável. Compreende-se esta preferência dentro da anestesia inhalatória porque, sendo de fácil administração e dispensando aparelhamento especial, são facilmente accessíveis a qualquer Serviço. Devemos lembrar que grande número destas anestesias foi realizado em período em que a anestesiologia não havia atingido, em nosso meio, o desenvolvimento atual. Felizmente, administrados em máscara de Ombredanne e por anestesistas experientes podem, ambos, oferecer boa anestesia a par de elevado teor de oxigênio sanguíneo, condição indispensável para a vitalidade do nascituro. Os trabalhos de Smith-Barker (18) e Lund (14) demonstram que para fins anestésicos não há variação digna de nota, de acôrdo com o modo de administração do éter.

Ultimamente, e coincidindo com as conclusões de Araujo-Nobrega (2) na "III Semana Carioca-Paulista de Obstetrícia e Gine-

cologia", 1944, empregamos sempre que se indica a anestesia inhalatória, a associação ciclo-éter; aquele para a indução e este para a manutenção anestésica. Deste modo prodigaliza-se indução pouco desagradável e manutenção segura e praticamente atóxica.

EASTMAN (12), em 1936, já havia concluído que o clorofórmio não tem efeitos demonstráveis sobre a oxigenação do sangue fetal; entretanto, sua ação tóxica não recomenda seu uso como anestésico. O éter determina apreciável redução da saturação em oxigênio do sangue fetal o que se deve em parte à irritação do trato respiratório e consequente secreção mucosa que determina. Contudo, esta redução não é suficiente para determinar alterações dignas de nota para o lado do feto, como ocorre com o protóxido de azoto quando empregado para fins anestésicos (90:10).

Quando a peridural foi a anestesia escolhida, utilizamos sempre a Novocaína em solução a 2 % na quantidade de 45-50 cc. A punção foi feita de preferência entre $L_1$-$L_2$. No Serviço, é LAURO BRAGA quem se ocupa da mesma. Com técnica apurada e nas mãos de anestesista experiente, ela condiciona todas as vantagens da Raquianestesia (bom relaxamento muscular, silêncio abdominal apreciável e boa retração uterina). Exige, entretanto, um tempo de latência (15-20 minutos) entre a introdução do anestésico e a intervenção e, nem sempre, deve ou pode o parteiro submeter o feto, em sofrimento, a esta expectativa obrigatória a fim de obter a abolição da sensibilidade dolorosa. A técnica relativamente delicada, seria também inconveniente em meio menos evoluído do ponto de vista cirúrgico, onde não se pode contar com Serviço de Anestesiologia Especializada.

Em 16 vezes (2,9 %) utilizámos a anestesia local, da qual um de nós (J. E.) tem-se ocupado especialmente. Empregamos a solução de neo-tutocaína a 1 ‰ em quantidade variável de 100-120 cc. Preconizada por DE LEE (8), o grande tocólogo americano, e defendida com frequência por seus colaboradores, como GREENHILL (8) e, entre nós, por MURILLO B. ARAUJO (16), tem sido ensaiada na Clínica Obstétrica nos casos em que o péssimo estado geral (afecções intercorrentes à gravidez e síndromes hemorrágicos) contra-indicava a Raquianestesia e a anestesia por inhalação.

Precedida de boa anestesia, ela pode ser útil e perfeitamente suportável até a abertura do peritônio parietal. Neste momento, a introdução das compressas de gaze de cada lado, nos flancos, e depois a extração fetal, são acompanhados de reação dolorosa que pode perturbar a continuidade operatória. Também as trações realizadas durante a sutura da ferida uterina podem ser acompanhadas de queixa mais ou menos frequente. Entretanto, não se deve esquecer o mérito indiscutível de sua inocuidade em relação ao feto e à mãe. E' condição indispensável operar com delicadeza sem realizar trações desnecessárias ou desmedidas, particularmente, nos tempos operatórios referidos. A anestesia de base se obtém pelos opiáceos ou barbitúricos, e, embora defendida por muitos (HEN-

DERSON e FOSTER [15], CLIFFORD e IRVING [8]), não deixa de ter ação definida sobre a incidência da asfixia neonatal (COLE, KIMBALL e DANIELS) (9).

b) HEMORRAGIA OPERATÓRIA — Sob essa rubrica incluímos os casos em que a perda sanguínea foi volumosa, repercutindo mais ou menos seriamente no estado geral e exigindo terapêutica eficaz para sua correção.

| *Anestesia* | *N.º casos* | *Hemorragia* | *%* |
|---|---|---|---|
| Raquidiana ..... | 419 | 10 | 2,4 |
| Inhalação: pura — 94; como A. complementar — 36 ..... | 130 | 16 | 12,3 |
| Peridural ..... | 26 | 2 | 7,7 |
| Local ..... | 16 | 0 | 0,0 |

A hemorragia na operação cesária é mais frequente nas pacientes hipertensas: por isso a fim de evitar interpretações menos corretas devemos salientar que nesses casos a Raquianestesia foi escolhida, embora não seja esta a orientação atual no Serviço, em 65,4 % das vezes. Ela foi também a anestesia de escolha nas síndromes hemorrágicas (particularmente a placenta prévia) e após as grandes provas de trabalho.

Salientando o valor da ação hemostática da Raquianestesia (MARSHALL) (18), devemos lembrar com GORDON DOUGLAS (11) que a hemorragia é, depois da infecção, a principal causa de óbito na operação cesária. Por isso é altamente louvável a anestesia que possa reduzir a sua incidência e agravamento ao mínimo.

Causas de óbito na cesária (GORDON DOUGLAS):

| | |
|---|---|
| Infecção ..... | 44,8 % |
| Hemorragia e choque ..... | 17,7 % |
| Afecções cardíacas ..... | 8,6 % |
| Pneumonia ..... | 6,8 % |
| Toxemia ..... | 6,8 % |
| Anestesia ..... | 5,1 % |
| Outras causas ..... | 8,6 % |

c) CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO (imediatas) — E' notória a ação depressiva dos anestésicos gasosos sobre a vitalidade fetal. Este fato é particularmente flagrante quando, sob qualquer pretesto, não se garante elevado teor de oxigênio sanguíneo. EASTMAN (12), em 1936, dosou o teor do oxigênio sanguíneo, arterial e venoso, materno e fetal, demonstrando que o materno é mais elevado que o fetal e de tal forma, que o sangue venoso materno apresenta maior teor que o sangue arterial do feto e numa proporção marcante de

71:50 (cc. de gás para 100 c. de sangue). Considerando-se que a saturação de oxigênio no sangue arterial da mãe atinge 95 %, pode-se afirmar que o feto, em sua vida intra-uterina se apresenta em estado de semi-asfixia. Verificou ainda EASTMAN (12) que a anestesia por inhalação reduz aquele número até 45 % quando se utiliza o éter, para atingir uma queda máxima de 25 % quando o Protóxido de azoto é empregado para fins anestésicos na relação de 90:10 (gás e oxigênio).

O feto habituado a este estado de semi-asfixia e graças à elevada taxa de hemoglobina, resiste a reduções que atingem até 25 %. Os casos graves de asfixia se relacionam a números inferiores a 10 %.

A fim de apurarmos, do ponto de vista clínico as condições imediatas da vitalidade fetal, distinguimos entre os recém-nascidos os que respiraram de modo quase imediato, os que exigiram reanimação e, finalmente, os nati-mortos apesar da positividade da escuta fetal ao se fazer a indicação operatória. Consideramos, neste particular, apenas as anestesias raquídea e gasosa, porquanto o número exíguo das demais não permitiu considerações ou juízo estatístico apreciável. Devemos, entretanto, afirmar que em todos os casos operados sob anestesia local, peridural e venosa — Thionembutal — a vitalidade fetal imediata foi excelente.

VITALIDADE IMEDIATA DO RECÉM-NASCIDO

| *Anestesia* | *Resp. espontânea* | *Reanimação* | *Nati-mortos* |
|---|---|---|---|
| Raquidiana .... | 91,3 % | 6,0 % | 2,7 % |
| Inhalação ..... | 80,7 % | 15,7 % | 3,6 % |

Está claro que a vitalidade fetal mais ou menos precária depende, necessariamente, das condições pré-operatórias do recém-nascido e por isso, convinha ressaltar este fato, a fim de se poder aquilatar até onde a anestesia pode ser responsável por ela.

| *Anestesia* | *Reanimados* | *n.º casos* | *Natimortos* | *n.º casos* |
|---|---|---|---|---|
| Raquidiana | 6 % | Sofr. fetal ..... 12<br>Plac. prévia .... 8<br>Desc. Prem. plac.. 1 | 2,7 % | Sofr. fetal ..... 2<br>Síncope respiratória materna ... 2 |
| Inhalação | 15,7 % | Sofr. fetal ..... 8<br>Plac. prévia .... 3<br>Outras causas ... 6 | 3,6 % | Sofr. fetal ..... 2<br>Desc. prem. plac.. 1<br>Inviabilidade ... 1 |

Considerando as causas da Asfixia neonatorum, COLE, KIMBALL e DANIELS (7), como também BECK (4) salientaram o valor da prematuridade que seria a principal causa da asfixia grave do recém-

nascido. Por isso não se deve esquecer que nos casos de placentação baixa a hemorragia incide no decurso do último trimestre da gestação e portanto à prematuridade como causa de asfixia se acresce a anoxia anêmica consequente do dessangramento. A Raquianestesia foi utilizada em 66,6 % destes casos.

d) Acidentes — Consideraremos apenas os acidentes imediatos e diretamente relacionados com a anestesia, a saber, o óbito e a hipotensão grave.

1) *Óbito* — Por síncope ou depressão respiratória ocorreu três vezes em Raquianestesia, dando um obituário geral de 0,71 %. Este número é justamente o que foi encontrado por Herman Franken (13), que em 1934 reuniu os casos de anestesia lombar em operações cesárias, publicados até então, num total de 20 Serviços. Encontrou em 2.068 cesárias sob Raquianestesia, uma mortalidade materna de 0,71 % ou seja 15 óbitos. Este mesmo autor, estudando os resultados da Raquianestesia na cirurgia geral, encontrou um índice de mortalidade muito menor, que atingiu 0,029 % para Ryghebesessen em 215.815 casos; 0,031 para Angelesco-Tzovaru e Forgue-Basset em, respectivamente, 120.037 e 222.467 casos e, afinal, de 0,015 % para Kcarnicki, em 110.764 casos.

Daí chamar a atenção para o maior risco da Anestesia lombar nas grávidas, como também afirma Sebrechts (19).

No material que analisámos, os 3 casos fatais podem ser resumidos assim:

1) 1931 — Obs. 112. M. V., 44 anos. P. 90'. T. 36,8 C. P. art. 15 x 10. Sofrimento fetal; distocia cervical. A. raquidiana sol. isobárica de neocaína. Injeção lenta com barbotagem. Síncope respiratória após 5 minutos. Digaleno e Lobelina endovenosos. M. de Silvester. Balão de oxigênio. Adrenalina intracardíaca. Cafeína intrarraquídea. Óbito.

2) 1931 — Obs. 292. I. J., 30 anos. P. 90'. T. 36,8 C. P. art. 12 x 8. Distocia cervical, rotura precoce da bolsa dágua, procidência do cordão. A. raquidiana com sol. hiperbárica de Scurocaína 0,15 gr. Punção entre $L_4$-$L_5$ em decúbito lat. E. Aos 10 minutos, síncope respiratória. Lobelina e Digaleno endovenosos, Adrenalina intracavitária. M. de Silvester. Balão de oxigênio. Óbito.

3) 1934 — Obs. 4.415. M. S., 33 anos. P. 90'. T. 36,4 C. P. art. 13,5 x 9. Bacia achatada. Sofrimento fetal. Raquianestesia com sol. Scurocaína hiperbárica, 0,15 gr. em $L_4$-$L_5$ em posição sentada. Síncope respiratória. Lobelina venosa e M. de Silvester. Óbito.

Tais óbitos ocorreram entre 1931-1934. Desde então, num total de 315 anestesias raquídeas, nunca mais tivemos que lamentar um desenlace fatal. Até aquela época, os fundamentos fisiopatológicos que norteiam a prática da Raquianestesia não estavam bem estabelecidos e divulgados e isso talvez explique o porque desses acidentes fatais. Acreditamos que o contrôle da altura da anestesia, a aplicação oportuna dos vasoconstritores, assim como o adequado emprego da oxigenoterapia, poderão reduzir de muito aquele número de 0,71 %.

Sabemos hoje que a principal causa de óbito na raquianestesia se relaciona à anestesia dos músculos respiratórios até a sua completa paralisia.

Ora, se este fato ocorre por uma difusão mais ou menos alta do anestésico no líquor (BRIQUET) (7), compreende-se que o simples desconhecimento da densidade da solução empregada e da conveniente posição da paciente no momento e imediata à anestesia, podem levar àquele acidente letal. O conhecimento destes fatos firmou também o seu tratamento eficiente.

2) *Hipotensão grave* — Ocorreu em 10 vezes ou seja, 2,3 % das Raquianestesias. Esta queda tensional se relaciona de modo direto com a elevação da anestesia; é particularmente perigosa em parturientes de certa idade (40-45 anos) e hipertensas, nas quais os desequilíbrios circulatórios são mais frequentes e perigosos. Em apenas 3 destes 10 casos a pressão arterial prévia ultrapassava 150-100 mgHg. e em nenhuma a idade excedia 40 anos.

Sòmente uma vez ocorreu hipotensão grave em inhalação por ciclo-éter.

Estes dados deixam claro que os acidentes dominaram na Raquianestesia; não se deve esquecer, entretanto, que ela foi a indicada em 74,9 % das vezes. Por outro lado, aqueles acidentes imediatos (hemorragia e choque consequente) e mediatos (complicações respiratórias, hepáticas e morbidade), reconhecidamente frequentes na anestesia por inhalação, não foram apurados neste estudo.

e) RESULTADOS — No que diz respeito à obtenção de anestesia operatória e à necessidade de anestesia complementar constatamos o seguinte:

ANESTESIA COMPLEMENTAR

| *Anestesia* | *N.º total* | % |
|---|---|---|
| Raquidiana ..... | 419 | 6,9 % |
| Peridural ..... | 26 | 15,3 % |
| Local ..... | 16 | 31,2 % |
| Venosa-Thionembutal ... | 1 | 100,0 % |

As maiores incidências de anestesia complementar na peridural, local e venosa-Thionembutal decorrem, respectivamente, da técnica mais delicada, da emotividade e dor às trações e da ação tóxica mais ou menos intensa com doses que excedam certa quantidade, em particular, no estado puerperal.

Mesmo nos casos de raquianestesia importa insistir no preparo psíquico prévio, porque estando presente a sensibilidade táctil, podem algumas doentes exigir a anestesia complementar.

f) Raquianestesia e determinadas intercorrências — Justificando o receio exagerado desta anestesia, sem deixar de admitir restrições nas suas indicações, lembraremos que ela foi utilizada, por vezes, nas seguintes eventualidades clínicas:

| | *N.º total* | *R. A.* | *%* |
|---|---|---|---|
| Síndrome hipertensiva ..... | 107 | 70 | 65,4 |
| Placentação baixa ..... | 111 | 74 | 66,6 |
| Desc. prem. da Placenta ..... | 21 | 10 | 47,6 |
| Cardiopatias ..... | 21 | 9 | 42,8 |

Devemos insistir em que a contra-indicação a outra anestesia não deve ser reconhecida como indicação para a raquianestesia. Atualmente não a empregamos nos casos de hipertensão, descolamento prematuro da placenta de origem tóxica e nas cardiopatias, em virtude da maior susceptibilidade vascular destas pacientes, e porque, uma vez instalado o desequilíbrio circulatório, o seu combate é de grande delicadeza clínica. Por outro lado, nas hemorragias de certo vulto, com repercussão sobre o estado geral, a sua prática apesar de vantajosa por condicionar melhor retração uterina, deve ser evitada. Entretanto, aqueles números demonstram claramente que, na proscrição a priori da anestesia, reside receio exagerado e sem justificativa.

## Conclusões

Dos números citados ressalta a predileção da raquianestesia para a operação cesária. Apesar dos incidentes imediatos mais frequentes, sempre que não existam contra-indicações, temos feito uso da mesma, e isto se justifica porque em condições técnicas razoáveis, do ponto de vista material e pessoal, ela proporciona boa retração uterina, ótimo silêncio abdominal, atoxicidade quase absoluta e inocuidade materno-fetal ponderável. Daí derivam vantagens indiscutíveis, como sejam, a discreta hemorragia, a boa eversão da ferida uterina (Araujo, J. Onofre) (1), a boa e fácil sutura do miométrio, reduzida morbidade geral e maior garantia à vitalidade fetal.

Este é o motivo porque, nas intervenções demonstrativas ou de anfiteatro, se faz da raquianestesia uma escolha praticamente unânime.

Acresce que o progressivo conhecimento de sua fisiopatologia tem condicionado e permitido não só redução em número e intensidade daqueles acidentes, como o seu mais seguro e efetivo tratamento.

Com efeito, o contrôle consciente da altura da anestesia, facilitado pelo uso das soluções hiperpesadas, local de punção e a posição da paciente durante e após a anestesia, associado ao tratamento

seguro dos acidentes, pela administração de analéticos cárdio-vasculares e oxigenoterapia sob pressão, justificam o ponto de vista do Serviço que desse modo pode cumprir sua finalidade única e máxima, que é a de *servir à mãe sem prejuízo fetal e preservar a vitalidade do recém-nascdio sem acarretar risco materno maior*.

## Sumário

Como colaboração ao tema oficial "Estudo crítico da Cesária", das "I Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia", 1945, os A.A. estudam 559 anestesias em cesárias realizadas na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo (Serviço do Prof. Raul Briquet), e lembram o valor do progresso da anestesiologia aplicada à Obstetrícia no sentido de salvaguardar os interesses materno-fetais. Encontram uma incidência anestésica de raqui: 74,9 %; gases: 16,8 %; peridural: 2,9 %; epidural-sacra: 0,5 % e venosa: 0,3 %.

Consideram, num estudo crítico, a droga anestésica empregada, hemorragia operatória, condições de vitalidade do recém-nascido, acidentes, resultados e a raquianestesia em determinadas intercorrências.

A Scurocaína em solução hiperbárica foi preferida em 95,7 % dos bloqueios sub-aracnoideus. O Balsofórmio e o éter empregaram-se em 90,3 % das anestesias gasosas. Lembram que atualmente é preferida a associação ciclo-éter em circuito fechado.

Chamam a atenção para a importância da hemorragia, como causa de óbito na operação cesária, e afirmam que sua incidência foi maior na anestesia por inhalação, menor na peridural e mínima na local e raqui.

Insistem na ação depressiva dos analgésicos e anestésicos gasosos sobre o feto e salientam que a reanimação obrigatória foi mais frequente após a anestesia por inhalação numa proporção de 15:6 em relação à raquianestesia apesar de as condições fetais serem, frequentemente, mais graves quando se utilizou a última.

Lembram a importância do conhecimento da fisiopatologia da R. A. e da presença de anestesista especializado, a fim de reduzir-se ao mínimo seus acidentes imediatos: o óbito e a hipotensão grave; os quais incidiram em 0,71 % e 2,3 % respectivamente. Salientam que os 3 casos de óbito ocorreram entre 1931-34 e desde então, em 315 R. A. não ocorreram desenlaces fatais.

A anestesia complementar foi utilizada em raqui: 6,9 %; epidural: 15,3 %; a. local: 31,2 % e venosa: 100 %.

Chamam a atenção para o receio exagerado à R. A. e lembram que ela foi utilizada em síndrome hipertensiva: 65,4 %; placenta prévia: 66,6 %; desc. prem. da placenta: 47,6 % e cardiopatias: 42,8 %. Atualmente não se utiliza nas hipertensas e no descolamento prematuro da placenta. Em relação às cardíacas o seu em-

prego é eventual e, na placenta prévia, depende do grau de hipotensão pós-hemorrágica.

No Serviço prefere-se a R. A. dentro da indicação e técnica precisas, porque ela condiciona boa retração uterina, ótimo silêncio abdominal, atoxicidade quase absoluta e inocuidade materno-fetal ponderável.

## Bibliografia

1) Araujo, J. O. — "An. Bras. de Gin.", 16:3:1943. 2) Araujo, J. O. e Nobrega, M. — "An. Bras. de Gin.", 19:345:1945. 3) Araujo, M. B. — "An. Bras. de Gin.", 14:407:1942. 4) Beck, A. C. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 51:173:1946. 5) Braga, E. — Semana de Cirurgia (Julho-Agosto de 1939) — Graphicars, 1946, São Paulo. 6) Briquet, R. — Obstetrícia operatória. 7) Briquet, R. — Lições de Anestesiologia — Ed. Atlas, São Paulo, 1944. 8) Clifford, H. S. and Irving, C. F. — "Surg., Gyn. and Obst.", 65:23:1937. 9) Cole, W. C. C., Kimball, D. C. and Daniels, L. E. — "J. A. M. A., 113:2.038:1939. 10) De Lee - Greenhill — Principles and Practice of Obstetrics — 8th edition, 1943. 11) Douglas, R. G. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 41:429:1941. 12) Eastman, J. N. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 31:563:1936. 13) Franken, H. — "Zentr. f. Gyn.", 58:2.191:1934. 14) Greenhill, J. — "Bull. Soc. Gyn. et Obst. Paris". 15) Henderson, H., Foster, B. E. and Eno, S. L. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 41:596:1941. 16) Lull, B. C. and Hingson, A. R. — Control of Pain in Childbirth — sec. edition, 1945. 17) Lund, C. J. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 43:365:1942. 18) Marshall C. McIntosh — Cesarean Section, 1939. 19) Sebrechts, D. "Brux. Med.", 20:567:1940. 20) Smith, C. A. and Barker, R. H. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 43:763:1942.

## Le problème de l'anésthésie dans l'opération césarienne

### Résumé

Les A.A. étudient (1945) 559 anésthésies pour césariennes à la clinique obstétricale de la Faculté de Médicine de S. Paulo (Prof. R. Briquet) et soulignent les résultats apportés par les progrés de l'anésthesiologie dans ses applications à l'Obstétrique dans le sens de sauvegardes tant la mére que le fils. Les plusieurs procédés ont été employés dans les pourcentages suivantes: rachianésthésie, 74,9 %; a. par les gas, 16,8 %; a. péridurale, 2,9 %; épidurale-sacrale, 0,5 %; a. endoveineuse, 0,3 %.

La Scurocaïne en solution hyperborique a été préferée dans 95,7 % des blocages sous-arachnoïdiénnes. Le balsoforme et l'éther ont été employés dans 90,3 % des anésthésies gaseuses. Dernièrement la préférence est donnée à l'association éther-cyclopropane en circuit clos.

Ils rappellent l'importance de l'hémorrhagie comme cause de mort dans l'opération césarienne; l'anésthésie inhalatoire semble la favoriser; elle est moindre avec l'épidurale et minime avec la rachidienne.

Ils insistent sur l'action dépréssive des analgésiques et des anesthésiques gaseux sur le fœtus ce qui augmente la nécessité de la réanimation après les procédés inhalatoires dans une proportion de 15:6 en rapport avec la rachidienne; néanmoins les conditions fœtales sont pires avec la dérnière.

Il y a besoin d'une pleine connaissance de la physio-pathologie de la part de l'anésthésiste spécialisé, afin de pouvoir réduire au minimum les accidents immediats tels que la mort et l'hypotension grave dont l'incidence respective a été 0,71 % et 2,3 %. Dans les 315 dérniers cas il n'ya pas eu des décès.

On a recouru à l'anésthésie complementaire dans 6,9 % des cas de rachi; 15,3 %des épidurales; 31,2 % des locales et 100 % des endoveineuses.

Selon leur jugement il y a un excés de crainte vis-a-vis de la rachi-anésthésies. Ils rappellent qu'elle a été employée dans: syndrome hypértensive, 65,4 %; placenta previa, 66,6 %; décollement prématuré, 47,6 %; cardiopathies, 42,8 %. On ne l'utilise plus, maintenant, dans l'hypertension et dans le décollement prématuré du placenta.

Chez les cardiaques son emploi est exceptionel et dans les cas de placenta prævia il reste sous la dépendence du degré d'hypotension post-hémorrhagique.

La préférence accordée à l'anésthésie rachidienne, au Service, respectées les indications et la téchnique rigoureuses se fonde dans la bonne rétraction utérine, l'excellent silence abdominal, l'absence de toxicité presque absolue et une grande innocuité materno-fœtale.

## Anesthesia in cesarean section, a problem.


### Summary

A review of 559 cases of anesthesia in cesarean sections performed at the Obstetrical Ward of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo, is made by the authors, as a contribution to the First Brazilian Journey of Gynecology and Obstetrics, in 1945.

Progress in anesthetic field as applied to Obstetrics and regarding both mother and child is emphasized. The incidence of the various types of anesthesia was: spinal 74.9 per cent; inhalation 16.8 per cent; peridural 2.9 per cent; sacral 0.5 per cent and intravenous 0.3 per cent.

The choice of anesthetic agents, hemorrhage, vital conditions of the newborn, accidents and results are discussed, particular reference being made to spinal anesthesia under certain conditions. For subarachnoid block hypertonic scurocaine solution was used in 95.7 per cent of cases. Ether and balsoform were used in 90.3 per cent of inhalation anesthesias. Cyclopropane gas ether anesthesia carried out by the closed method is favored at present. The importance of hemorrhage as a cause of deaths in cesarean sections is stressed, its incidence being higher in inhalation anesthesia. Peridural, local and spinal anesthesia show a lower incidence of hemorrhage.

Pointing out the depressive action of analgesic drugs and anesthetic gases the authors state that a higher incidence of resuscitation is encountered after inhalation anesthesia than after spinal block, 15:6, in spite of a larger number of serious cases included in this group.

To reduce immediate accidents and complications, the death rate (0.71 per cent) and hypotensive states, (2.3 per cent), spinal anesthesia should be administered only by the trained anesthetist.

Complementary anesthesia was necessary in 6.9 per cent of spinal, 15.3 per cent of epidural, 31.2 per cent of local, and 100 per cent of venous anesthesia.

According to the authors opinion, the dangers of spinal block is highly over-rated as it was used in hypertensive syndrome (65.4 per cent), placenta previa (66.6 per cent), abruptio placenta (47.6 per cent) and in heart trouble (42.8 per cent). However, spinal block is no langer used in hypertensive conditions or in abruptio-placentæ-toxie.

In the Obstetrical clinic where these figures were obtained spinal block is favored, providing good uterine retraction, excellent abdominal relaxation, almost complete atoxicity and maternal and fetal innocuity.

## 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.

*Estudo clínico da deambulação pós-operatória precoce em ginecologia* — STEINHART, P. F. ..... 209

*A rubeola na gravidez como causa de malformações no recém-nascido* — FOX, M. J. e BORTIN, M. M. ..... 210

*O tratamento da mulher grávida sifilítica pela penicilina* — INGRAHAM, N. R., STOKES, J. H., BEERMAN, H., LENTZ, J. W. e WAMMOCK, V. S. ..... 211

*A penicilina na prevenção da sífilis pré-natal* — GOODWIN, M. S. e MOORE, J. E. ..... 212

*Avaliação dos métodos de tratamento da incontinência urinária* — ALDRIDGE, A. H. ..... 214

*Apreciação geral do esfregaço vaginal e seu uso na pesquisa e diagnóstico* — PAPANICOLAOU, G. N. ..... 215

*Parto prematuro; causas e resultados.* — DANA, E. S. ..... 217

*Prenhez ectópica — Seleções de 110 casos, inclusive observações de dois casos fora do comum.* — MacFARLANE, K. T. e SPARLING, D. W. 219

*Infecção puerperal — Considerações etiológicas, profiláticas e terapêuticas.* — DOUGLAS, R. G. e DAVIS, I. F. ..... 220

*Análise das atividades obstétricas nos Hospitais de Cook County, em 1944.* NEWBERGER, C. ..... 220

*A excreção de pregnanediol ao iniciar-se o trabalho de parto* — LYON, R. 221

## ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs

*Excreção aumentada de pregnanediol na gravidez pelo dietilestilbestrol com referência especial à prevenção dos acidentes tardios da gravidez* — SMITH, O. W. ..... 222

*Adiantamentos recentes na luta contra o câncer* — PACK, G. T. ..... 223

*Alguns aspectos do câncer do endométrio. Sua associação com a prenhez.* — NESTAREZ, O. B. e ASSALI, N. S. ..... 226

*Considerações sobre a reação de Soskin-Wachtel-Hechter* — GORI, R. M., BETTINOTTI, A. E. e BAYONA, E. ..... 226

*Esterilidade* — QUERRERO, C. D. ..... 227

*Oclusão intestinal aguda por estrangulamento do intestino delgado como complicação de uma ligamentopexia a Doleris-Caballero. Contribuição à casuística.* — M. A. ORLANDO, D. ..... 228

*O tratamento das metropatias hemorrágicas pelas gonadotropinas séricas* — MOLFINO, A. H., DEL TOGNO, A. e ARANDA, A. B. ..... 228

*Por que é sempre o ovário esquerdo o primeiro a atrofiar-se na anexite tuberculosa atrófica juvenil? (A. T. A. J.)* — ROCA, M. G. ..... 229

*A penicilina em obstetrícia (Comentários sobre um caso de pielite gravídica)* — CASAS, J. U. ..... 229

*O carcinoma do colo uterino em mulheres jovens* — ROMERO, C. G. ..... 230

*A peritonização alta em cirurgia ginecológica* — MAYO, S. ..... 230

*O cistoma pseudo-mucinoso do ovário* — NAVEIRO, R. ..... 231

*O catgut e suas ligações com a produção de aderências* — FERRACONE, S. R. ..... 232

*Sobre o tratamento da tricomoniase vaginal* — BAGNATI, E. P. ..... 232

*A dupla prova diagnóstica no câncer* — ESCULIES J. e B. A. SANABRIA 233

*Tratamento das úlceras gástricas e duodenais com os hormônios sexuais femininos* — FRIEDLÄNDER, W. ..... 234

*Neurite puerperal traumática em parto espontâneo* — ROCA, F. M. ..... 234

*Cirurgia na litíase reno-ureteral* ..... 236

vaginal como rotina. Os resultados foram publicados em 1943 por PAPANICOLAOU e TRAUT em uma excelente monografia. Num total de 3.014 mulheres adultas, das quais 127 com carcinoma do colo e 53 do corpo do útero, os A.A. do monografia tiveram falhas de 3,2 por cento no grupo cervical e 9,3 por cento no grupo endometrial, pelo emprego exclusivo dos esfregaços vaginais.

O A. salienta que os resultados falsos positivos são indubitavelmente os mais sérios e nossos esforços devem se aperfeiçoar na redução dos mesmos. A negatividade nos casos positivos já representa erro menor. Diz que, embora a preparação e coloração dos esfregaços sejam relativamente fáceis, sua interpretação é bastante difícil. E' baseada esta no critério citológico e requer treino e estudo especiais. As alterações nucleares parecem ser as mais características e marcantes. O núcleo tende a se tornar maior e desproporcionado ao tamanho da célula. Muitos núcleos são hipercromáticos ou podem apresentar fragmentações. A cromatina tem frequentemente aspecto granular e arranjo que sugere uma pró-fase. Mitoses verdadeiras são raras. Anisonucleose e anisocitose são frequentemente acentuadas. O citoplasma tende a se tornar denso e basófilo, vacuolizado e com inclusões. Há também aspectos característicos no câncer cervical. Refere-se também ao valor diagnóstico dos esfregaços em urologia.

Conclue o A. acentuando ser o método morfologicamente notável e de valia na investigação e no diagnóstico em endocrinologia e em ginecologia. — *A. M.*

---

**Parto prematuro; causas e resultados.** *(Premature delivery, causes and results.)* — DANA, ETHEL S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1946, Vol. 51, N.º 3, pág. 329).

Estuda o A. 941 casos consecutivos de partos prematuros ocorridos durante 11 anos na "Woman's Clinic do New York Hospital". E' considerada prematura a criança com peso entre 1.500 e 2.499 gr. ou comprimento entre 35 e 44,9 cm. A incidência de partos prematuros foi de 2,95 %. Não consegue o A. estabelecer, nos presentes casos, correlação alguma entre prematuridade, idade, raça, excesso de trabalho, fertilidade e passado obstétrico.

As causas da prematuridade são classificadas em maternas, fetais ou placentárias, salientando-se a frequência das toxemias, cuja incidência no total dos partos da Clínica foi de 7,29 %, sendo de 21,7 % entre os 941 prematuros. Essas toxemias são, todavia, em grande número de casos indiretamente responsáveis pela prematuridade, por acarretarem partos artificiais ou induzidos antes do termo, morte intra-uterina do feto, separação prematura da pla-

centa, hidrâmnio etc. Elas são diretamente responsáveis sòmente por 8,5 % dos partos prematuros aqui relacionados.

A sífilis representou fator de menor importância nesta série (1,7 %), visto que o tratamento anti-sifilítico foi sempre administrado precoce e eficientemente.

As complicações pulmonares contribuiram com 1,4 %, sendo justo atribuir o parto prematuro nestes casos às grandes elevações de temperatura.

Entre as afecções pelvianas, encontradas em 4,4 % dos casos, o mioma uterino constituiu o achado mais frequente, três vezes mais frequente, do que em clínica em geral.

A grandes operações anteriores sobre os órgãos pelvianos se tinham submetido 7,7 % das parturientes em estudo. Outras causas menos importantes são referidas.

As causas fetais são classificadas em morte intra-uterina do feto, prenhez múltipla, anormalidade congênita e hidrâmnios, todas elas muito mais frequentes na série do que nas parturientes em geral.

A prenhez múltipla existiu em 7,7 % dos casos de prematuridade, estando associada a uma alta incidência de toxemia.

Em todos os casos da presente série a placenta foi estudada macro e microscopicamente. As incidências de placenta prévia e descolamento prematuro de placenta foram, respectivamente, de 3,8 e 4,3 %, valores altos comparados com os de 0,48 e 0,36 %, encontrados no total dos partos. Os partos, em 72 % dos casos de placenta prévia e 50 % dos de descolamento prematuro, foi induzido ou cesário, de modo que a prematuridade nestes casos é resultante da atuação forçada do parteiro e não diretamente da lesão. O exame microscópico nada acusou de interessante.

Comparando a incidência das apresentações nesta série com a observada no total dos partos, verifica o A. uma frequência muito maior das apresentações anormais e, como era de esperar, os partos tiveram duração média menor do que a verificada nos a termo. O parto espontâneo, com grande episiotomia é o preferido pelo A., especialmente nos últimos anos.

A mortalidade fetal, tanto bruta como líquida, tem decrescido cada ano entre os partos prematuros que constituem a presente série. Este decréscimo atribue o A. à supressão da morfina e uso comedido de outros agentes analgésicos, ao uso sempre que possível, da episiotomia e aos cuidados dispensados imediatamente ao feto, como sejam, encubadora, oxigenoterapia, vitamina K.

Estudando o efeito de alguns fatores ante-natais sobre a mortalidade fetal, verifica-se que a mortalidade bruta está aumentada em todas as complicações maternas que podem ser consideradas fatores precipitantes do parto prematuro.

Estuda ainda o A., a influência de outros fatores sobre a mortalidade, como sejam: o tipo de parto, duração do mesmo etc. — *C. B. F.*

como indução mecânica do parto em 0,3 %, remoção manual da placenta em 0,5 %, tamponamento uterino em 0,4 %, transfusão em 2,5 %. Deixando de lado o pequeno número de mulheres que possam ter tido mais de um processo operatório, verifica-se que 1/3 de todas as mães sofreram algum tipo de intervenção durante o nascimento dos filhos.

Das mães que tiveram a gravidez levada a termo ou prematura, 9,5 % apresentaram alguma espécie de complicação: 4,4 %, infecção; 2,9 %, toxemia; 2,2 %, hemorragia. Ainda 0,1 % das parturientes tiveram complicações não obstétricas de diversos órgãos. Além destas, houve 2.298 outras mulheres apresentaram abortos e prenhezes ectópicas.

Das 69.823 crianças, 98 % nasceram vivas, 3,9 % sendo prematuras, e 0,3 foram lesadas durante o nascimento. Assinalando a mortalidade à base de cada 1.000 nascimentos, houve 20,4 nascimentos mortos, 20,1 mortes neo-natais e 1,7 mortes maternas. Das 119 mortes maternas em 1944, a infecção puerperal foi responsável por 23,5 %, as toxemias por 17,6 % e as hemorragias por 12,6 %; os abortos, de um modo global, por 21,9 % de todas as mortes, a gestação ectópica por 7,6 % e uma variedade de outras afecções por 16,8 %. — *C. B. F.*

---

**A excreção de pregnanediol ao iniciar-se o trabalho de parto** *(Pregnanediol excretion at the onset of labor)* — LYON, ROBERT — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1946, Vol. 51, N.º 3, pág. 403).

Visto que

1) no estudo da iniciação do trabalho de parto tem sido chamada a atenção para os hormônios e suas alterações;
2) aos hormônios tem sido atribuída responsabilidade na manutenção da gravidez;
3) entre esses hormônios os esteróides ocupam lugar de destaque;
4) o esteróide mais em relevo durante a gravidez é a progesterona;
5) a progesterona foi reduzida a pregnanediol e este oxidado em progesterona;
6) o pregnanediol isolado por MARRIAN em 1929, da urina de mulheres grávidas, parece ser o produto final de uma série de intermediários do metabolismo da progesterona;
7) o pregnanediol está conjugado no organismo com o ácido glucurônico, sendo excretado pela urina como glucuronidato de pregnandiol (NaPG);

o objetivo do A., no presente estudo, é medir a excreção desta substância na urina de grávidas nos dias que precederam imediatamente o estabelecimento do parto, durante o parto, e durante os primeiros dias do puerpério.

Um dos achados mais importantes foi a queda no NaPG que precedeu o estabelecimento do trabalho do parto tanto a termo como prematura ou pós-termo, sendo todas aproximadamente da mesma grandeza. Esse fato favorece a existência de uma nítida correlação entre a queda acentuada do pregnanediol conjugado e o início do parto. Além disso, a relativa similaridade entre os valores do NaPG de mais de uma centena de doentes no período anteparto, quando o método de titulagem do ácido glucurônico é empregado, sugere nitidamente que deva haver uma queda acentuada na progesterona disponível, precedendo o estabelecimento do parto normal. Visto que isto não ficou provado em observações anteriores e que todas as técnicas até então usadas podem incluir na medida substâncias outras, é possível que as diferenças sejam inerentes ao método. — *C. B. F.*

---

**Excreção aumentada de pregnanediol na gravidez pelo dietilestilbestrol com referência especial à prevenção dos acidentes tardios da gravidez** *(Increased excretion of pregnanediol in pregnancy from diethylstilbestrol with special reference to the prevention of late pregnancy accidents)* — SMITH, O. W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1946, Vol. 51, N.º 3, pág. 411).

Revê o A. a literatura existente que indica a hipótese de que uma deficiência prematura na produção do estrogênio e progesterona, característica dos acidentes do fim da gravidez, pudesse ser evitada pela administração de dietilestilbestrol.

O efeito deste composto sobre a secreção urinária de pregnanediol por uma mulher grávida diabética com má história obstétrica, foi investigada. Os resultados indicam que este estrogênio sintético estimula a secreção de progesterona na gravidez humana.

Propõe o A. um regime de administração oral de estilbestrol a ser tentada em casos em que exista uma história clínica de acidentes repetidos na gravidez que possam ser atribuídos à deficiência de progesterona, por ex., abortos, partos prematuros, pré-eclampsia ou morte intra-uterina. — *C. B. F.*

---

misticamente, pela possibilidade da dissensibilização destas pessoas e dos próprios cancerosos o que significaria profilaxia e cura do câncer.

Os estudos foram feitos em 15 doentes cancerosas. — *J. P. R.*

---

**Tratamento das úlceras gástricas e duodenais com os hormônios sexuais femininos** *(Tratamiento de las úlceras gástricas e duodenales con las hormonas sexuales femininas)* — FRIEDLÄNDER, W. — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Espec.*, Março 1946, Tomo 28, N.º 3, pág. 231).

Relembrando uma comunicação anterior sobre o mesmo assunto, vem o A. apresentar mais 5 casos de úlceras gastro-duodenais, tratados eficientemente pelos hormônios sexuais femininos. Parece tratar-se de doentes do sexa masculino. Como grande vantagem do tratamento é mencionado o fato de que recidivas são menos frequentes e que é possível empregar um regime menos restrito durante a época de tratamento. Este consiste na aplicação parenteral de 2,5 mgr. de dietilestilbestrol ou de 5 mg. de hormônio estrogênico 2 vezes por semana, por um espaço de 3 semanas, em outras 4 semanas aplica-se uma injeção por semana. Observa-se uma influência notável sobre a dor depois da 5.ª ou 6.ª injeção. Sòmente se não houver melhora depois da 10.ª injeção, considera-se o tratamento inadequado. Em alguns casos sente o paciente turgescência da glândula mamária e algumas vezes impotência sexual passageira.

O alívio da dor proporcionado pela hormonioterapia é também observado nos casos de câncer do estômago. A hormonioterapia das úlceras gastro-duodenais estaria em grande progresso. — *J. P. R.*

---

## *REVISTA MÉDICA CUBANA*

**Neurite puerperal traumática em parto espontâneo** *(Neuritis puerperal traumática en un parto espontaneo)* — ROCA, F. MAGRANS — (*Rev. Méd. Cubana*, Março 1946, N.º 3, pág. 183).

O A., após considerações etiológicas da neurite puerperal, realça a importância do caso apresentado com o fato de sua observação pessoal haver recaído sobre um acidente remoto ocorrido em um parto normal, tendo como único fator predisponente o tempo de duração prolongado.

Relata que após 22 dias do parto normal, a sua observada queixou-se de dores na perna e pé esquerdo, acompanhado de impotência

funcional de toda a perna esquerda, estado este que se agravava gradativamente. A sua paciente era portadora da 5.ª gestação normal, o parto realizado por parteira em domicílio, o feto vivo com 9 e 3/4 libras de peso e em apresentação cefláica.

Como sinal interessante relata o fato da paciente durante o parto haver se queixado de dor súbita nos dedos do pé esquerdo, dores estas que se intensificaram dias após. O puerpério desta paciente decorreu sem mais interesse a não ser a sintomatologia ora em questão. O exame físico revelou tratar-se de uma paciente que marchava em franca "Steppage" por ter o pé esquerdo flácido e caído e impossibilitada de flexão do pé. O pé realiza francos movimentos de polichinelo. Além da paralisia notava-se a dor ao menor apoio da perna e a marcha. O sinal de LASEGUE era positivo bem como dolorosa era a palpação dos músculos da região ântero-externa da perna e do pé.

Os pontos de VALEX são dolorosos em todo o trajeto do ciático e cada vez mais intenso quanto mais se aproxima do côncavo poplíteo ao nível da cabeça do perônio e um pouco mais abaixo. As dores, além disso, se revestem de uma característica de exacerbação noturna. Os dados clínicos e exames biológicos nada revelam de anormal. O diagnóstico tendo ficado firmado de neurite traumática do ciático esquerdo (poplíteo externo e do tibial posterior). O tratamento instituído foi pelas correntes galvânicas e vitamina B1 em doses diárias de 100 mg. combinada à estricnina. Com 9 semanas foi dada alta melhorada à paciente, encontrando-se a mesma caminhando quase perfeitamente. Aos 11 meses depois, ainda persistem as sequelas parecendo serem definitivas.

Apresenta o A. considerações referentes às neurites puerperais muito bem estudadas por MOBIUS, KAST, SAEGER e outros, e apresenta uma classificação universalmente aceita de neurites traumáticas obstétricas, toxi-gravídicas, infecciosas puerperais e puerperais por contiguidade (propagação de processos inflamatórios vizinhos).

Tece em seguida considerações de ordem anatômica referente à musculatura e ao plexo sacro, expondo a teoria de HUNNERMAN e SKUBISZEWSKI qual seja da compressão da cabeça fetal sobre a raiz lombo-sacra, ao cruzar a linha inominada.

Chama a atenção para o triângulo ou zona triangular perigosa da escavação estudada por este último autor e que é o seguinte: Em cima pela linha inominada, em baixo pelo bordo superior do piramidal, e internamente por uma linha que passa pelo primeiro buraco sacro. Nesta zona em que por causas diversas se exercem as compressões da cabeça fetal, passam raízes nervosas que quando lesadas seriam responsáveis pelas neurites puerperais dos diversos tipos.

Continuando, ainda o A. se refere ao fato de que O'CONNELL, autor americano de real renome, explica tais neurites por uma pro-

Ano XI OUTUBRO DE 1946 Vol. 22 - N.º 4

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

**COLABORADORES**

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**Dr. Sylvio d'Avila**

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 100,00; registrado, Cr$ 120,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 120,00 (U. S. $6)
Número avulso, Cr$ 10,00

**As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Outubro de 1946 | Vol. 22 — N.º 4


## SUMÁRIO


**TRABALHOS ORIGINAIS** — Págs.

*A roentgenterapia nas ginecopatias não malignas* — PROF. ARNALDO DE MORAES e DOC. DR. JOÃO BRUNO LOBO ..... 237

*Para a casuística da tuberculose genital feminina* — PROF. ARNALDO DE MORAES e DRA. CLARICE DO AMARAL ..... 255

*Uretero-êntero-anastomose bilateral simultânea pela técnica de Davalos, no tratamento das fístulas vésico-vaginais incuráveis.* — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES e DR. ADIB ANTONIO COURI ... 263

*Histerectomia vaginal nos processos não malignos do útero* — DR. OSWALDO DA SILVA LOUREIRO ..... 276

*Limites da colposcopia* — DR. JOÃO PAULO RIEPER ..... 282

*Sobre um caso de hidradenoma da vulva* — DR. JORGE RODRIGUES LIMA ..... 289

*A secção de anestesia da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil* — DR. JOSE' WAINSTOCK 299

**EDITORIAL**

*Histerectomia seletiva* ..... 302

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

*"Segundas Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia" (Realizadas no Rio de Janeiro de 3 a 6 de Setembro de 1946)* ..... 306

*"VI Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia" (Presidente: Dr. Arturo J. Risolia)* ..... 318

*Conselho Universitário (Homenagem ao Poder Legislativo)* ..... 320

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*Semiologia Obstétrica* — JUAN LEON ..... 321

*Boletin de la Clinica Ginecotocológica* — PROF. MANUEL B. RODRIGUEZ LOPEZ ..... 322

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).



# Sintest

HORMONIO TESTICULAR

LABORATORIOS KRINOS S. A.

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.

*Observações sobre o tratamento do adenocarcinoma do útero* — GRAY, L. A., FRIEDMAN, M. e RANDALL, W. S. ..... 323
*Levantar pós-operatório precoce* — BLODGETT, J. B. e BEATTIE, E. J. 324
*Incontinência urinária na mulher consequente a orifícios ureterais ectópicos* CRISTOL, D. S. e GREENE, L. F. ..... 325
*Manifestação tardia da sensibilidade à penicilina, semelhante à doença do sôro.* — STRAZZA JR., J. A. ..... 326
*Os aspectos psicossomáticos da esterilidade* — KAMMAN, G. R. ..... 326
*Alterações sanguíneas associadas à gravidez. Valor da biópsia da medula esternal.* — WOLFF, J. R. e LIMARZI, L. R. ..... 327
*Estudos sobre a terapêutica da amenorréia pela progesterona em dose elevada* — RAKOFF, A. E. ..... 329
*Análise da mortalidade materna na Maternidade de Chicago, de 1931 a 1945.* — DAVIS, M. E. e GREADY, T. G. ..... 331
*Evolução do conceito biológico da etiologia das toxemias tardias* — HOFBAUER, J. ..... 333
*Uma técnica de cesária extra-peritoneal paravesical. Com análise de 160 cesarianas extra-peritoneais paravesicais.* — NORTON, J. F. ..... 335
*Histerectomia vaginal. Registo dos resultados baseados na técnica de Weir.* — RHOADS, E. E. e ZEIT, P. R. ..... 336
*Mensuração dos diâmetros do estreito inferior* — NICHOLSON, W. R. e TAUBER, R. ..... 336
*O tratamento psicossomático da hiperemese gravídica pela hipnose* — KROGER, W. S. e DE LEE, S. T. ..... 337
*Mecanismo da histidinúria da gravidez* — PAGE, E. W. ..... 337
*Diagnóstico clínico e roentgenológico precoce da anencefalia* — BLUMBERG, C. W. e TEPLICK, G. ..... 338
*Placenta prévia recurrente e valor da placentografia no seu diagnóstico* — AABERG, M. E. ..... 338
*Opistótono fetal* — KOBAK, A. J. ..... 339
*Ânus vestibular anormal em mulher grávida* — JOHNSTON, H. W. ..... 339
*Reconstrução plástica do seio com transplantação livre do mamilo* — THOREK, M. ..... 340
*Tratamento e profilaxia da trombose com Dicoumarol* — PINARD, H. ..... 341
*Fatores humorais na carcinogênese experimental* — GARDNER, W. U. ..... 342
*Tumor virilizante do ovário, tipo arrenoma.* — VILLASEÑOR, C. ..... 343

Págs.

*Experiência maior no tratamento com sulfamida na cesária extra-peritoneal do caso impuro* — RAMOS, A. P. e COLLAZO, A. O. G. ..... 344
*Disgerminoma do ovário* — ROJAS, D. A. ..... 345
*Aplicação do fórceps nas apresentações de face* — MARTINS PASSOS, E. 345
*O ciclo vaginal na amenorréia da lactação* — LIVIO MARTINI, J. ..... 346
*Sobre fisiopatologia do colo e uma modalidade da dilatação completa em certas distocias do pólo inferior do ovo* — VALENZUELA SAEZ, E. .. 346
*Aniridia congênita* — LIJO PAVIA, J. e LACHMAN, R. ..... 347
*Anúria por compressão de grande cisto de ovário. Quadro de uremia aguda.* — BORRAS, P. E. e GARCIA LOZA, A. ..... 347
*Gravidez ectópica de sete meses* — PINEDA, R. ..... 348
*Cinco casos de enfermidade de Paget do mamilo* — SAMMARTINO, R. e NOGUES, A. E. ..... 348
*A conservação dos ovários na histerectomia* — MARTINEZ ESTEVE, P. .. 349
*As glândulas endócrinas e a constituição* — RIDDLE, O. ..... 349
*Endometriose cervical em prolapso genital recidivado* — FREIRE, M. A. 350
*Considerações a propósito de 127 casos de tuberculose genital* — GUIXA', H. L. ..... 350
*Períneo e parto. Modificações anátomo-fisiopatológicas e sua prevenção.* — SCHAFFER, B. ..... 351
*Retenção do ovo morto* — GUIXA', H. L. ..... 351
*Técnicas de laboratório para o estudo do fator Rh* — ETCHEVERRY, M. A. 352
*Um caso de eritroblastose ou enfermidade hemolítica do recém-nascido, com mãe Rh positiva sensibilizada pelo fator Rh.* — ETCHEVERRY, M. A. 353
*Fibromas puros do ovário* — BESSONE, M. e BIBILONI, P. ..... 353
*Metrorragias não neoplásicas e curieterapia* — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B. 354
*Curieterapia em afecções não neoplásicas malignas* — REY VERCESI, S. e STEIGMAN, M. ..... 354
*Curieterapia das afecções não malignas da mulher* — MARTINEZ OLASCOAGA, A., PISANO BLANCO e CAPURRO, I. ..... 355
*A propósito de sete observações de infecções ginecológicas, tratadas pela Penicilina* — WECHSLER, R. ..... 355
*A propósito do emprego da Dicoumarina como preventivo em certos acidentes pós-operatórios* — GUILLAUMIN, CH. ..... 356
*Observação e importância do significado funcional da bolsa âmnio-corial* — MORACCI, E. ..... 357
*Sobre as modificações da mucosa cervical e corporal nos fibromiomas de séde cervical* — MICALE, G. ..... 358
*O adenoma sudoríparo dos genitais externos femininos* — GIORGI, L. ... 359
*Anemias e gravidez* — BONILLA, F. e PAISÁN, J. ..... 359
*A ação clínica útero-espasmolítica do betaglicerofosfato sódico*—CARDÚS, J. 360
*A sub-fertilidade do homem como causa da esterilidade conjugal* — CLAVERO NUÑEZ, A. ..... 360
*Uma localização rara de equinococose genital feminina: quistos hidatídicos múltiplos na espessura do músculo uterino.* — BECERRO BENITO, M. e FERREIRA GOMES, A. ..... 361
*Ciclo reprodutor do "papis ursinus", com especial referência aos problemas das perturbações menstruais.*" — GILLMAN, J. e GILBERT, C. ..... 361
*Papel da célula da teca nas irregularidades do ciclo menstrual do baboon* — CULINER, A. ..... 363
*Corpo amarelo do elefante durante a gravidez; sua forma e função.* — HORST, C. J. VAN DER e GILLMAN, J. ..... 364

tram que há na pré-eclampsia acentuado grau de hiper-sensividade à injeção da vasopressina. Haveria um fator inibidor na gestação normal (KUSTNER, OBATA, BYROM, DE VALERA, KELLER). Foi demonstrado experimentalmente (1941) que a acetilcolina tem ação farmacodinâmica antagônica do mecanismo vasopressor do princípio vasopressor pituitário.

O desequilíbrio resultante na toxemia pela destruição insuficiente da petressina no fígado funcionalmente deficiente e a deficiência de colina na placenta e no sangue, com a resultante ação inadequada oponente aos efeitos dos princípios vasopressores pituitários, pode ser olhada como a chave na interpretação das diversas manifestações da toxemia tardia, certo grau mórbido de espasmo vascular generalizado, anoxemia dos tecidos, distúrbios metabólicos da água e dos hidrocarbonados como sequela essencial. À placenta, atribue o A., meramente o papel de fator determinante no iniciar e manter a atividade aumentada das suprarrenais, tireóide e pituitária. — *A. M.*

---

**Uma técnica de cesária extra-peritoneal paravesical. Com análise de 160 cesarianas extra-peritoneais paravesicais.** *(A paravesical extraperitoneal cesarean section technique. With an analysis of 160 paravesical extraperitoneal cesarean sections.)* — NORTON, JAMES FRANCIS — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1946, Vol. 51, N.º 4, pág. 519).

Apresenta o A. uma nova técnica de acesso à área infra-peritoneal retro-vesical do segmento inferior do útero, discutindo os resultados obtidos em 160 cesárias paravesicais extra-peritoneais. Nesses 160 casos 1) verificaram-se 3 mortes maternas (por infecção ou hemorragia), 2) quarenta e quatro aberturas da cavidade peritoneal, 3) nove aberturas da bexiga, 4) noventa e oito casos tiveram morbidade pós-operatória, 5) um, lesão do ureter.

Salientando as vantagens da técnica empregada, põe em relêvo o A. 1) o relativo fácil acesso em atingir a área retrovesical do segmento uterino inferior, 2) a relativa facilidade com que esta área pode ser ampliada, sob o contrôle da vista, retroperitonealmente, 4) a luz relativa, ampla, que ela fornece para uma criança de tamanho normal ou acima dele. — *C. B. F.*

---

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

**Experiência maior no tratamento com sulfamida na cesária extra-peritoneal do caso impuro** *(Major experiencia en el tratamiento con sulfamida en la cesarea extraperitoneal del caso impuro)* — RAMOS, ALBERTO PERALTA e COLLAZO, ALFREDO O. GONZÁLEZ — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Abril 1946, Tomo XXV, N.º 1, pág. 22).

Apresentam os A.A., em interessante trabalho, no qual estudam o emprego das sulfamidas na cavidade abdominal após a operação cesária extra-peritoneal. Fazem comentários esclarecedores da ação das sulfamidas, mostrando a sua ação nos casos impuros e nos suspeitos.

Apresentam uma estatística de 188 casos com bons resultados, pois ocorreu a mortalidade de 2,13 %. Esta estatística está baseada na classificação de WINTER-SUREAU, segundo o grau de pureza, que é a seguinte: Grupo II, Grupo III e Grupo IV.

Os A.A. mostram que é grande o progresso obtido com o emprego da sulfa, a mortalidade tende a diminuir, o que é evidenciado pela estatística apresentada.

Empregaram a dose de 4 a 5 gramas nos casos operatórios normais e de 8 gramas quando necessitavam drenar.

Fazendo várias e esclarecedoras considerações sobre o assunto, terminam, baseados nos resultados obtidos, com as conclusões seguintes:

1) No entanto, não se pode formar juízo sobre o grave e gravidade da infecção, potencial ou manifesta, da mulher em trabalho de parto, a quem tenha de se praticar operação cesária, é aventuroso e perigoso fechar o ventre com a única precaução de colocar sulfamida sobre as suturas do útero ou na cavidade peritoneal, sobre a peritonização.

2) E' necessário que nos demonstre com uma estatística equivalente e resultados mais favoráveis, que nosso critério não tem razão de ser.

3) No estado atual dos nossos conhecimentos e recursos, a sulfamida deve ser considerada como um auxiliar poderoso, porém, complementar das técnicas postas a contribuir para resolver os casos cesários, infectados ou suspeitos de sê-los.

4) Ante a indicação da operação cesária, devemos respeitar o princípio da conservação do útero infectado, tanto quanto possível e compatível com a saúde e a vida da mãe e na condição de proceder ao esvaziamento do ventre, depois de ter recorrido à técnica extraperitoneal mais adequada e empregado a dose mais conveniente de sulfamida. — *A. F. S.*

**Disgerminoma do ovário** (*Disgerminoma del ovario*) — ROJAS, DANIEL A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Abril 1946, Tomo XXV, N.º 1, pág. 33).

O A. não estuda o disgerminoma de um modo geral, fazendo apenas considerações sobre os casos, em número de 4, da sua comunicação.

Na sua opinião, os tumores do ovário, originados de células embrionárias, ainda estão em estudo, não se podendo chegar a conclusões sobre as características e evolução clínica destes tumores.

Na opinião de autores, o disgerminoma faz sua evolução em idade prematura, no segundo decênio da vida, o que o A. discorda porque revendo a literatura nacional, não encontrou dados concludentes; e quanto ao desenvolvimento do aparelho genital, o A. diz que, nem todas apresentam deficiência genital como também alteração menstrual.

Os casos do A. eram de moças de menos de vinte anos e um só de vinte e seis, de aparelho genital normal e menstruada sem perturbação, quer quanto à época, periodicidade e abundância, sendo que em um dos casos a menstruação foi precoce, dos 9 anos de idade.

Esta doente ficou grávida duas vezes, sendo a primeira de 7 meses, parto com feto vivo, tendo morrido com 19 dias.

Os outros três casos eram de moças virgens. Todos os tumores eram grandes, do volume da cabeça de feto a termo, sendo que um de maiores proporções, pois, ocupava quase todo o abdome.

Faz ainda interessantes considerações sobre os casos que teve ocasião de observar, e diz não ter feito em nenhum deles aplicações de roentgenterapia, e que os casos apresentados já decorriam em três mais de quatro anos, sòmente um com menos de um ano.

O trabalho é ilustrado com microfotografias de todos os quatro casos. — *A. F. S.*

---

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**Aplicação do fórceps nas apresentações de face** — MARTINS PASSOS, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Abril 1946, Vol. IV, N.º 4, pág. 259).

O A. justifica o trabalho fazendo alguns comentários sobre o emprego do fórceps, suas vantagens e seus resultados em relação com a nova orientação da terapêutica obstétrica no momento atual.

Estuda a apresentação de face sob seus diversos aspectos, tanto do ponto de vista propedêutico como terapêutico. Descreve uma

técnica de aplicação de fórceps para mento transversas e posteriores, seguida de observações demonstrativas. Termina manifestando que unicamente a experiência adquirida com o tempo é capaz de formar obstetras perfeitos que por sua vez colocarão a especialidade dentro de sua esfera de ação como ramo da medicina especializada, resolvendo seus problemas com o auxílio de seus próprios recursos. — *Auto-resumo*.

---

**O ciclo vaginal na amenorréia da lactação** *(El ciclo vaginal en la amenorrea de la lactancia)* — LIVIO MARTINI, J. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Abril 1946, Vol. IV, N.º 4, pág. 273).

Investiga o A. a atividade funcional do ovário durante a amenorréia da lactação pelo método dos esfregaços vaginais, chegando às seguintes conclusões: se bem os poucos casos estudados não permitam chegar a uma conclusão definitiva, sugerem o conceito da existência de uma insuficiência na função ovariana durante a amenorréia da lactação. — *Auto-resumo*.

---

**Sobre fisiopatologia do colo e uma modalidade da dilatação completa em certas distocias do pólo inferior do ovo** *(Sobre fisiopatologia del cuello y una modalidad de la dilatación completa en ciertas distocias del polo inferior del huevo)* — VALENZUELA SAEZ, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Abril 1946, Vol. IV, N.º 4, pág. 280).

Acredita o A. que, para uma interpretação objetiva e fiel do trabalho de parto, presta-se melhor a dilatação cervical que a percepção dolorosa das contrações uterinas. Analisa os diversos fatores que atuam sucessivamente na correta preparação do canal cérvico-segmentário como tempo prévio ao próprio trabalho e considera logo as contrações uterinas, a tensão intra-ovular, a musculatura cervical, o desprendimento do pólo inferior do ovo, a bolsa das águas e o descenso da apresentação; estuda a seguir, as perturbações funcionais e orgânicas derivadas da insuficiência de cada um destes fatores.

Insiste sobre a modalidade especial adotada pela dilatação no curso de certas distocias do pólo inferior do ovo com insuficiente bolsa das águas sem descenso da apresentação. A rotura precoce das membranas, sua aderência anormal ou excessiva flacidez, faltando a insinuação, produziriam com frequência um estado de dilatação aparentemente incompleta, porém equivalente, desde o ponto de vista funcional, à dilatação completa. Tratar-se-ia de um colo mole, totalmente frouxo e permeável, muito parecido ao colo que reaparece depois

A marcha da moléstia é crônica, com início lento, às vezes com surtos agudos ou sub-agudos. Como sintomas, a dor, os distúrbios da menstruação, as metrorragias, o aumento de volume do abdome, a impregnação bacilar e os distúrbios urinários. Classifica as formas anátomo-clínicas, de acôrdo com o exame histopatológico, em: tuberculose úlcero-caseosa do ovário, tuberculose anexial úlcero-caseosa, endossalpingite tuberculosa, piossalpinge tuberculosa, tuberculose útero-anexial, endometrite tuberculosa miliar, tuberculose do colo e do útero, tuberculose anexo-peritoneal úlcero-caseosa, pelvi-peritonite tuberculosa supurada, peritonite tuberculosa enquistada perimétrio-anexial, às quais acrescenta o cisto-adenoma do ovário com tuberculose.

Quanto ao tratamento foram utilizados: O cirúrgico em 99 casos e o médico em 28, sendo este distribuído da seguinte forma: tônico geral, raios ultra-violeta, cálcio e de preferência a roentgenterapia. Crê que é impossível estabelecer regras sobre qualquer um dos tratamentos; o necessário é que o emprego de um ou de outro método seja feito inteligentemente para obter bons resultados.

Concluindo, dá como frequência da tuberculose genital 89 % sobre as ginecopatias; 96,62 % a anexial; 53,33 % a uterina, incluindo a cervical; e 30,70 % a vaginal. — *E. L.*

---

**Períneo e parto. Modificações anátomo-fisiopatológicas e sua prevenção.** *(Periné y parto. Modificaciones anatomofisiopatológicas y su prevención.)* — SCHAFFER, B. — (*La Semana Médica*, Abril 1946, Ano LIII, N.º 16, pág. 701).

O A. descreve os diversos elementos que formam o assoalho perineal e sua situação topográfica. Considera o períneo dividido em 3 regiões de acôrdo com seu conceito anatômico, sua intervenção no mecanismo do parto e suas modificações no mesmo. Faz o estudo da fisiopatologia do períneo, sua importância sobre a uretra, reto e ânus, vagina e vulva. Chama a atenção sobre a conduta a seguir durante o parto, indicando a episiotomia como medida profilática. — *E. L.*

---

**Retenção do ovo morto** *(Retención del huevo muerto)* — GUIXA', H. L. — (*La Semana Médica*, Abril 1946, Ano LIII, N.º 17, pág. 761).

O A. faz um estudo completo e atualizado sobre a retenção do ovo morto. Deve-se aplicar o termo "missed abortion" se a morte do ovo se dá antes da 28.ª semana, "missed labor" quando é a termo

Ano XI NOVEMBRO DE 1946 Vol. 22 - N.º 5

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — 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

**COLABORADORES**

Dr. A. Antonio Couri
Dr. Alcides Marinho Rego
Dr. Alkindar Soares
Dr. Armindo de Oliveira Sarmento
Dr. Cid Braune Filho
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Gustavo Rego
Dra. Hildegard Stoltz
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Raymundo Santos
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Sylvio d'Avila

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 100,00; registrado, Cr$ 120,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 120,00 (U. S. $6)
Número avulso, Cr$ 10,00

**As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Novembro de 1946 | Vol. 22 — N.º 5


## SUMÁRIO


**TRABALHOS ORIGINAIS** — Págs.

*Consideraciones sobre tuberculosis genital femenina* — DR. NORMANDO ARENAS ..... 365

*Estudo crítico da cesária* — DRS. BENEDITO P. M. TOLOSA e J. ONOFRE ARAUJO ..... 370

*Disgerminoma do ovário* — DR. WASHINGTON MALTEZ ..... 384

*Prenhez e parto com feto de volume excessivo* — DR. JOÃO AMORIM, DR. O. LACRETA e Ddo. L. ENDRIZZI ..... 393

**EDITORIAL**

*Pasteur e a Infecção Puerperal* ..... 402

**NOTAS E COMENTÁRIOS**

† *Professor Paul Bar* ..... 405

† *Sir Comyns Berkeley* ..... 405

*"Bolsa de Estudos" Prof. Dr. Henrique Pouey* ..... 406

**LIVROS E PUBLICAÇÕES**

*Memoria del Instituto de Medicina Experimental (1940-1943)* — PROF. ANGEL H. ROFFO ..... 407

*Endometriose* — JAMES ROBERT GOODALL (Trad. A. VESPASIANO RAMOS) ..... 408

*Leciones de Cirugia* — MANUEL RIVEROS M. ..... 409

*"Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social" "Prof. U. Fernandez"* — Diretor: PROF. MANUEL LUIS PEREZ ..... 409

*Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo* — Redator: PROF. DR. CUNHA MOTTA ..... 410

**RESUMOS**

(Ver índice próprio).



# Estroglan

**HORMÔNIO FOLICULAR PURÍSSIMO**

LABORATORIOS KRINOS S. A.

SECÇÃO DE HORMOTERAPIA

Rua Senador Alencar, 109 — Rio de Janeiro

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO
CLINICA OBSTETRICA E PUERICULTURA NEO-NATAL
Prof. DR. RAUL BRIQUET

# ESTUDO CRITICO DA CESARIA *

DRS. BENEDITO P. M. TOLOSA e J. ONOFRE ARAUJO
Livre-Docentes e Assistentes

## I PARTE

### Técnica e indicações (B. P. M. T.)

A intervenção cesária, praticada no XV século, segundo os historiadores, por gente de nula ou mínima educação científica, bem por certo deve ter sido executada em datas anteriores como solução obrigatória de dramáticas situações obstétricas.

Longo período decorria no qual a assistência a parturientes se entregava a mulheres apenas habilitadas na arte tocológica pelos sofrimentos experimentados na própria carne.

Época em que a distocia agia inexoravelmente como fator de seleção natural, fazendo desaparecer, desta ou daquela forma, as desajeitadas ao serviço da procriação. Tempo em que a guerra, levada ao extermínio completo das populações vencidas, permitia à *piedade* dos guerreiros desentranhar das recém-mortas, ou das agonizantes, a golpes de sabre, o nascituro julgado vivo, como que apontando à posteridade novos rumos para solução dos casos anormais.

Era em que a cirurgia se professava entre gentalha, bufarinheiros ignorantes e ousados, mas admiráveis, pois que arrostando severas penas ante os insucessos, não se esquivavam ao *baixo emprego* de cuidar das *podridões humanas*.

Tempos em que a prática operatória estava entregue a barbeiros, a castradores, a charlatães vagamundos e em que aos cirurgiões não se atribuía consideração maior que aos empregados domésticos (GARRISON — Hist. de la Med. — Ed. Calpe Medic. 1921, 133 e 237).

---

* Relatório do tema das "Primeiras Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia", Agosto de 1945.

Natural, portanto, que a *rainha das operações obstétricas* tenha visto a luz em tempos idos e impenetráveis aos nossos conhecimentos, feita aqui e ali, a medo, como imposição de condições de outra forma irremovíveis, mal amanhada e pouco produtiva por fôrça das trevas que envolviam e encobriam as ciências médicas.

Faltando-lhe o amparo dos meios de combate à infecção e à dor, só poderia ter, como teve, progresso micrométrico até que a melhora daqueles fatores essenciais ao extraordinário adiantamento da moderna cirurgia veio permitir-lhe acelerado avanço na conquista da posição ideal de operação fácil, pronta, completa e independente ao dizer do seu patrono no Brasil (A operação cesariana conservadora — "An. I Congr. Méd. Paul.", 1916, Vol. IV, 540).

Aproveitando-se da experiência adquirida na operação *post-mortem*, por muito tempo, até ontem e em certas regiões ainda agora, a cesária vinha e vem sendo feita retirando-se o feto por incisão alta, corporal.

Mas, para chegar aos resultados admiráveis hoje conseguidos, não pôde a intervenção restringir-se à apregoada simplicidade presumível ante a afirmativa daqueles que procuram resumir a sua técnica à mera sequência de duas incisões e seu reparo.

Paulatinamente, de lado as possibilidades derivadas da assepsia e da anestesia, vêm os parteiros aprimorando o conjunto dos tempos operatórios, estudando minúcias, selecionando as vias de penetração uterina, julgando o valor dos vários meios de apreensão fetal, sobrepesando as resistências regionais do miométrio, avaliando vantagens desta ou daquela forma de sutura, do emprego deste ou daquele material, perquirindo as possibilidades dos vários artifícios de proteção do peritônio, num esfôrço incansável para obtenção de técnica exemplar, boa para todos os casos e para todas as circunstâncias obstétricas dela necessitadas.

Passemos em revista os vários tempos operatórios.

Já na topografia da incisão cutânea surgem controvérsias. Numerosas foram as indicadas, desde a *longitudinal extra-mediana*, que segundo PIERO GALL, é a mais antiga (Il taglio cesareo abdominale — Ed. L. Capelli, Bologna, 1922, 38), a *transversa baixa supra-púbica*, conhecida como incisão de PFANNENSTIEL, a *paralela à arcada de Poupart*, de RITGEN chamada ou *inguinal*, a *sobreposta à linha branca*, lembrada por DELEURYE desde 1779 e outras mais, dispensáveis por inúteis e improdutivas, assim a de STEIN, que atravessa obliquamente o abdome de baixo para cima e da direita para a esquerda passando a meia distância entre o umbigo e a sínfise, a de OSIANDER, feita ao largo e paralelamente à borda externa do músculo piramidal esquerdo e a *transversa alta* riscada por debaixo do hipocôndrio direito.

A *incisão infra-umbilical mediana* é, segundo nos parece, a de uso mais frequente nas intra-peritoneais segmentares como a de KRÖNIG, a de OPITZ e nas variantes dessas modalidades operatórias.

A histerotomia clássica está obrigada a incisão bem mais extensa para aproveitamento das vantagens decorrentes da exteriorização uterina.

A incisão infra-umbilical mediana compromete menos as ramificações nervosas e permite, de chofre, atingir-se o peritônio uma vez transposta a aponevrose, resultando menor superfície infectável. Assim se justifica sua escolha em casos de pureza duvidosa e mesmo ausente, como ensinam as técnicas extra-peritoneais de FRAIPONT (1909), de FRANZ, de SCHICKÉLÉ, de POLANO, a *IV de* SELLHEIM, a *III de* DÖDERLEIN, a de LATZKO, a de MICHON, a de LEON, a de WATERS e outras.

Sua mais forte concorrente é a de PFANNENSTIEL, pela ótima consolidação produzida. Desvantajosa, no entanto, ante a larga exposição das superfícies musculares quando houver temor de infecção. E, em sendo o feto volumoso, não há negar-se o acréscimo de dificuldades extrativas, por efeito da delimitação da fenda operatória.

FRANK tentou sobrepassar este obstáculo fazendo incisão transversa supra-púbica de toda a espessura da parede abdominal. Não tivesse tal prática recebido de DÖDERLEIN a oposição merecida pelos possíveis, senão inevitáveis prejuízos para os músculos retos, mesmo assim, acreditamos que não encontraria muitos partidários fora do ambiente do seu autor, apesar de aceita, de começo, nas técnicas de FROMME (1908), de BAUMM e de VEIT.

O corte de PFANNENSTIEL condiciona as operações de SELLHEIM, de FREUND, a I de DÖDERLEIN e outras executadas segundo condições especialíssimas do caso em resolução.

A incisão de RITGEN, paralela à arcada de POUPART, também chamada de Falópio, ressurgida na cesária de DÜHRSSEN-SOLMS foi aproveitada com reclamo na inguinal-Kaiserschnitt, III técnica de DÖDERLEIN.

Com segurança poderemos referir-nos sobre as vantagens e desvantagens desta classe de incisão, pois que tivemos a oportunidade de, em 1920, como doutorando-interno da cadeira de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de São Paulo, auxiliar o Prof. RAUL BRIQUET na execução das *primeiras cesárias segmentárias feitas no Brasil*. JORGE REZENDE, à página 81 do seu trabalho, tão bem posto entre os galadoardos com o prêmio "Madame Durocher" — *Contribuição ao estudo da operação cesariana abdominal*, 1941, afirmando que a primeira cesária segmentária feita entre nós fôra praticada em 1924 por CLOVIS CORRÊA e OCTAVIO DE SOUSA quis, certamente, referir-se à vez primeira em que se executava operação segmentária *intra-peritoneal*.

Em 23 de Junho de 1920, na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo foi operada, pela técnica da cesária inguinal

de DÖDERLEIN, com bons resultados, a paciente registada sob o n.º 197. A seguir, pela mesma técnica, foram cesariadas as parturientes n.º 218, em 4 de Setembro de 1920; n.º 308, em 14 de Fevereiro de 1921; n.º 314, em 26 do mesmo mês e ano; n.º 456, em 8 de Novembro de 1921; mais as de ns. 517, 532 e 662, respectivamente, em 27 de Fevereiro, 27 de Março e 19 de Dezembro de 1922.

Tais casos foram por nós, de perto, acompanhados. Daí podermos afirmar, pelo observado, que se a brecha de FRANK mereceu de DÖDERLEIN crítica demolidora, também a incisão inguinal por este preconizada se desmerece pelas intranquilidades do processo cicatricial que lhe corresponde.

De fato, traçada no rumo da arcada de Falópio, além de extensa, pois da linha média alcança a *espinha ilíaca anterior e superior*, tem sua extremidade alta muito longe do plano de abertura segmentária, criando-se, dessa forma, larga brecha anfractuosa, profunda e irregular, séde de processos supurativos demorados, com secreção fétida e asquerosa, que torna desagradabilíssimo o pós-operatório. Justificável ao tempo em que a cesária clássica, embora feita desta ou daquela maneira, com esta ou aquela minúcia, não produzia, nos casos impuros, resultados satisfatórios, teve a incisão inguinal, dados os inconvenientes acima apontados, de ceder passo a vias de melhor acesso ao segmento inferior.

Dispensamo-nos de comentar as incisões de OSIANDER, de STEIN e a *transversa alta de* LAUVERJAT, pois parece terem sido imaginadas para complicar a sequência dos demais tempos operatórios.

A *incisão para-mediana longitudinal* teve sua época na história das cesárias e ainda hoje, tais sejam as circunstâncias, poderá ter uso proveitoso. Foi utilizada por KÜSTNER para fugir à possibilidade de abrir-se inesperadamente o peritônio, o que pode ocorrer de modo fácil em se agindo pela linha alba.

O *corte para-mediano* descobre sucessivamente a parede anterior da bainha do reto, este músculo, a face posterior da sua bainha e tecidos subjacentes, de onde completa identificação de planos — o que é de suma importância quando se faz mister terminar a intervenção sem comprometimento da serosa. E muito se aproveita WATERS dessa idéia na sua técnica extra-peritoneal.

Bem nosso conhecido é este tipo de incisão, pois desde 1923, e por vários anos, operámos imitando KÜSTNER, quer na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, quer na Maternidade, ambas de S. Paulo, todos os casos infectados, ou possivelmente infectados. A cura da ferida operatória, drenada como aconselha o autor da técnica, sempre se fez em prazo curto com exsudato escasso, permitindo a retirada do dreno, por completo, em poucos dias.

Tais casos não foram ainda publicados e jazem nos arquivos da Clínica Obstétrica e nos da Maternidade de S. Paulo; desculpável, portanto, o serem ignorados. Mas as quatro primeiras observações das parturientes submetidas à *cesária inguinal de* DÖDERLEIN apare-

ceram em nossa tese de formatura, impressa em 1921, e cuja existência está devidamente legalizada por FERNANDO DE MAGALHÃES à página 388 do seu livro "A Obstetrícia no Brasil" (1922).

Os tempos 2.º e 3.º cuidam, respectivamente, da *proteção ao peritônio* e da *exposição do segmento inferior*. Merecem estudo em conjunto, pois variam um em função do outro, conforme o aspecto *intra-* ou *extra-peritoneal* da técnica a ser executada.

Em se tratando de cesária clássica, hoje apenas admissível nos casos de pureza incontestável, a exteriorização uterina idealizada por MÜLLER em 1878 continua sendo a manobra protetora que se impõe pelos benefícios apresentados.

Nas técnicas *verdadeiramente* extra-peritoneais toda a proteção se resume em não lesar-se o peritônio e, quando isto aconteça, em restabelecer-se, imediatamente, a sua continuidade. Nas extra-peritoneais *por artifício*, protege-se a cavidade pela coaptação recíproca das lâminas conseguidas após incisões transversais ou longitudinais das serosas parietal e visceral. Para esse efeito, usar-se-ão suturas provisórias ou definitivas, ou ainda pinças de PEAN ou similares. JUAN LEON, o ilustrado tocólogo argentino, tão estimado em nosso meio, poupa a vitalidade da serosa, descolando-a apenas em curto trecho; compensa a exiguidade dos retalhos, anexando-lhes lâminas impermeáveis suficientemente extensas para recobrirem o campo operatório.

Bem relativa é a proteção necessária nas laparotraquelotomias intra-peritoneais, quando oportuna foi a sua indicação. Neste caso, a ausência de germes, pelo menos daqueles de virulência temerosa, permite confiar-se na capacidade da defesa peritoneal. Consistirá em reduzir-se ao mínimo a massa contagiante, removendo-a, o quanto possível, pela *aspiração contínua* e impedindo a sua disseminação com roletes de gaze convenientemente apostos aos flancos uterinos.

O 4.º tempo operatório corresponde à abertura segmentária. Dois são os tipos preconizados: a *longitudinal mediana* e a *transversal*, podendo esta ser reta ou arciforme.

As incisões transversais vêm tendo emprego mais frequente não só por serem vantajosas mas, também, por melhor se acomodarem à imposição dimensória de segmentos inferiores pouco distendidos.

E' que o parto abdominal se não chegou ainda a ser, entre nós, produto da "fúria cesariana" que, segundo AUGUSTO TURENE, de Montevidéu (La cirugia obstétrica en el caso impuro — "III Cong. Arg. de Obst. y Ginec.", 1937, 312), tantos males produziu na Europa e na América do Norte, vem, no entanto, tendo ampliada desmesuradamente as suas indicações. Daí, frequentemente não encontrar o operador a extensão segmentária capaz de suportar a incisão longitudinal sem perigo de propagações indesejáveis.

Forçoso ainda é reconhecer que, embora pareça a incisão transversa trazer maiores riscos, por levar seus extremos ao pé dos troncos vasculares que margeiam o útero, na realidade é a menos prejudicial por se conter inteiramente na zona segmentária, como, também, por sobrepor-se à direção da maior parte dos feixes miometrais, comprometendo-lhes assim muito menos a integridade.

Chegámos à extração fetal, 5.º tempo operatório, de todos o que mais exige, nas segmentárias, da calma e da perícia do parteiro. A liberação do feto não reanimável, ou traumatizado pelas manobras intempestivas e ilógicas, decorrentes da falsa apreciação das condições obstétricas, deslustra numerosas estatísticas.

Nesta ou naquela circunstância, terá preferência este ou aquele método de extração fetal, cuja determinação não está ao arbítrio do operador, mas é imposta pelo conjunto de dificuldades, ou de facilidades extrativas.

Numa dada situação, várias maneiras existem de liberar-se o feto, mas, seguramente, a uma delas caberá a primazia pelos resultados que possa oferecer.

Diversos são os meios aconselhados: a compressão uterina, a versão, a apreensão podal, o fórceps, a alavanca e a mão como alavanca.

A *compressão uterina* só excepcionalmente resolve o caso. No geral é mero agente subsidiário do fórceps, ou da alavanca. A *versão* poderá ser feita nas cefálicas móveis com bolsa íntegra e anestesia geral. A *apreensão podal* se impõe nas pélvicas completas e como primeiro tempo da versão. A *aplicação do fórceps* é bom meio para liberar-se o feto, mòrmente quando a apresentação não se tenha acolado, de rijo, ao estreito superior. Nas apresentações móveis, conseguem-se bons resultados com o emprêgo da mão como meio extrator.

Eficiência, rapidez e facilidade obtêm-se com o uso da alavanca, desde que não haja descuido na técnica do seu manejo.

Vãs serão as tentativas de insinuação direta do instrumento entre a cabeça e o plano retro-sinfisário, visto a oposição apresentada pela saliência do abdome.

Para sua correta aplicação, deverá a alavanca ser deitada transversalmente sobre o campo operatório, manúbrio do lado do operador, colher entre a cabeça e a parede muscular uterina. Agora, impulso suave elevando o cabo, imitando-se o movimento em espiral de La Chapelle obrigará a colher, insinuada já entre a cabeça fetal e a musculatura uterina, a penetrar na escava e a alcançar a apresentação junto à face posterior da sínfise. Sincronicamente, o auxiliar, com os dedos em gancho, tracionando no rebordo da fenda segmentária, contribuirá para menor ajustamento entre cabeça e pube (Benedito P. M. Tolosa — Da liberação do feto na cesária baixa — "Rev. da Assoc. Paulista de Med.", Junho 1934, 6:264). Assim tangido, o pólo cefálico se orienta, força a brecha segmentária e se desprende.

E, quando o sangue, aos borbotões, inundar o campo operatório, estando a brecha ainda insuficiente, a alavanca introduzida segundo a arte, comprimindo de dentro para fora a apresentação de encontro ao rebordo da abertura muscular, consegue hemostase imediata e visibilidade bastante para, com tesoura, prolongar-se a incisão até o necessário.

Nas pélvicas agripinas, notável é também o resultado conseguido com o seu emprego.

O uso da mão, segundo as recomendações de SCHWARCZ, de Buenos Aires, consegue bom efeito quando a apresentação se encontra francamente móvel. Caso contrário, não se equipara com o da alavanca.

6.º tempo: extração dos anexos fetais.

Pouco há a referir. Extração manual imediata ou após minutos da liberação do feto, caso não se apegue o operador à idéia de conseguir, nesta altura, delivramento copiado do espontâneo. Frágil é a argumentação daqueles que, depois de traumatizarem as paredes do abdome e a uterina, se revestem com pele de cordeiros para ultimar a cesária, deixando à natureza o encargo da dequitação.

Liberado o feto e seus anexos, atendida a falta de algum estímulo para correção de provável inércia das *ligaduras vivas* de PINARD, cabe ao parteiro restabelecer a continuidade dos planos anatômicos. Hemostasia, limpeza, suturas e cuidados pós-operatórios serão feitos de acôrdo com os ensinamentos recebidos nos cursos de cirurgia, pois a retração muscular obtida após o esvaziamento uterino ultima a fase obstétrica da operação cesária.

Referências fizemos já sobre a "fúria cesariana", resultante do aperfeiçoamento técnico da intervenção e da eficiência dos atuais meios de combate às complicações infecciosas.

De começo, a desproporção feto-pélvica era a maior contribuinte da via alta. Para tanto, a distocia se comprovava pelos numerosos artifícios de pelvifetometria e, mais ainda, muitas vezes, pela chamada *prova do trabalho*. Absoluta seria a indicação. Com a melhora do prognóstico, passaram ao seu domínio os casos em que, embora possível o parto pelas vias naturais, maior risco ameaçasse o nascituro.

Tais são as *indicações relativas*, situações cujo aspecto distócico tem avaliação diversa, conforme o preparo do tocólogo.

Daí o havermos dito, quando para esta mesma Sociedade trouxemos o trabalho "Cesária e sinfisiotomia", que, no exercício de tal faculdade de escolha, não é difícil, principalmente para os comodistas, o uso e até o abuso da via alta.

Foi o que nos veio à mente ao apreciarmos o movimento da Maternidade de S. Paulo, muito próprio para estudo comparativo, visto abrigar pensionistas e indigentes.

No quatriênio de 41 a 44, para um total de 16.380 *indigentes* admitidas, foram feitas 102 cesárias, ao passo que nas 14.088 *pensionistas* internadas nesse mesmo espaço de tempo, houve 353 intervenções dessa natureza. Não é difícil concluir.

Duas tendências se esboçam no terreno do parto abdominal: *evolutiva* uma, *restritiva* a outra.

A *evolutiva* representa o anseio da Obstetrícia ainda insatisfeita com os resultados produzidos pelo emprêgo da via alta na liberação fetal, principalmente quando existem bolsa rôta, colo dilatado e maior ou menor bossa sero-sanguínea, denunciando trabalho prolongado.

Tal tendência se evidencia pela atenção que as cesárias extra-peritoneais vêm tendo ultimamente. Velhas técnicas foram retomadas, retocadas e atualizadas.

Na mesma trilha evolutiva, projetando-se na direção de técnicas melhores, revivendo idéias aparentemente abandonadas, vem EDGARD WATERS, o ilustre obstetra de Jersey City, procurando melhorar as possibilidades anatômicas de execução da extra-peritoneal verdadeira.

E' que, se nos casos puros, a barreira de gaze desempenha, a contento, o papel de protetor da grande cavidade, o mesmo não se dá ante a infecção, tornando-se imprescindíveis meios defensivos mais capazes.

Daí o reflorescimento das cesárias extra-peritoneais por artifício.

E se o progresso fôr maior ainda mais melhorarmos nossa técnica, as cesárias extra-peritoneais verdadeiras se alçarão de novo ao plano que merecem. Rigorosamente executadas, consubstanciam a máxima proteção mecânica frente ao germe e livram a operada das sequelas que acolitam as intervenções peritoneais.

A *tendência restritiva* evidencia a sujeição da arte tocológica aos ditames do entendimento.

Comprova-se essa propensão pelos numerosos casos afastados da via alta e solucionados *racionalmente* pela anulação, talvez definitiva, do motivo da distocia. E' que a "Zarate", paradigma da moderna concepção das sinfisiotomias e a "Zarate simplificada", ainda mais vizinha dos *processos naturais* representados pelos vários graus de disjunção do pube, vêm, de novo, reativando a memorável luta entre cesárias e operações ampliadoras da bacia.

*Experiência, saber e bom-senso* condicionarão o emprêgo do parto abdominal, apreciando o parteiro, à luz dos riscos e dos benefícios da intervenção, as suas indicações, para melhor proveito das parturientes e maior prestígio da tocologia.

## II PARTE

### Resultados (J. O. A.)

Além da técnica e das indicações da operação cesária, convém, num relato sucinto, dizer duas palavras sobre os resultados desta intervenção, para que assim se possa ajuizar do acêrto da indicação e da escolha da técnica operatória.

As vantagens e desvantagens da intervenção decorrem dos resultados que ela pode oferecer ao clínico que saberá, numa escolha meditada, orientar a terapêutica da distocia tendo em vista o menor risco para a paciente.

Podemos, sob esse aspecto, encarar os *resultados imediatos* e os tardios, sendo que entre os primeiros, alguns ocorrem nos primeiros dias do puerpério e terão repercussão imediata ou tardia, como é o caso das *aderências* que se formando no início da fase puerperal já nesse período podem trazer complicações resultantes do estrangulamento da alça intestinal ou dificuldades técnicas em posterior ato cirúrgico abdominal.

São inúmeras as dificuldades para se afirmar, com certa margem de acêrto, a quanto somam as aderências epiplóicas ou intestinais após a prática da cesária. E' fato, no entanto, de fácil observação que essa reação defensiva do organismo seja menos frequente na cesária segmentária; no entanto, com a ampliação das indicações, hoje permitida e talvez abusada, e com o recurso do combate ao caso impuro com a medicação em uso, é possível que, de futuro, uma estatística nesse sentido venha demonstrar que mesmo com a incisão do segmento inferior não se fica a coberto desta complicação do ato cirúrgico.

Outro aspecto a ser estudado nos resultados imediatos da intervenção é o referente à morbidade, e principalmente à *mortalidade*, e neste particular as estatísticas é que nos informarão a respeito, e, assim sendo, várias observações devem ser feitas para o cálculo da percentagem que traduza a realidade. Em primeiro lugar o número das observações, e, para isso foi de grande valia o trabalho de DONNO, em 1938, que coligindo dados de trinta autores e mais os seus, entre os anos de 1920 e 1927, pôde reunir 10.619 cesárias com 945 óbitos, correspondente ao obituário médio de 4,259 %.

Para a cesária segmentária transperitoneal a mortalidade materna é de 2,2 %.

Esses números foram obtidos independente da análise de caso clínico (casos impuros, acidentes de anestesia, síndromes hemorrágicas ou toxêmicas) ao contrário de estatísticas americanas em que se vê percentual de 1 %, fazendo os autores que as coligiram a afirmativa de que só os casos eletivos para a intervenção devam ser computados, pois os óbitos decorrentes de síndromes hemorrágicas cujo choque, pela sua gravidade, não pôde ser combatido ou a toxemia

de êxito letal, mesmo que tratados com a operação cesária, não devem ser enquadrados na mortalidade de intervenção, daí decorrendo a mortalidade global e a mortalidade depurada.

Vários fatores intervém na mortalidade global da intervenção, devendo ser assinalados como mais influentes a pureza do caso e a técnica empregada, seja na escolha da incisão uterina, corporal ou segmentária, seja na minúcia da sutura que permitirá boa cicatrização em tempo útil de evitar propagação séptica do órgão cavitário à serosa peritoneal, causa mais encontradiça do óbito materno.

A pureza do caso é fator essencial no índice de mortalidade e correlato à precocidade da intervenção. Nesse particular, é elucidativa a estatística de ANDERODIAS e PERY, também de 1939, baseado na cesária segmentária quando informam que praticada com bolsa rôta há menos de 12 horas a mortalidade foi de 6,1 %, elevando-se a 9 % quando a rotura datava de mais horas, para atingir 16,6 % na bolsa rôta há mais de 24 horas.

Como aconselha KOLLER deve-se atentar aos seguintes dados nos casos suspeitos de infecção, indicadores de limiar de perigo: hipertermia de 38°, taquisfigmia de 100, leucocitose superior a 20.000 e hemossedimentação de 85 mm. por hora.

Hoje, com a penicilinoterapia como cuidado pré-operatório e a sulfanilamidoterapia intra-abdominal, o índice de mortalidade tem diminuído, como atestam, entre nós, os resultados de CUOCO, em 1942, na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina.

E' válida ainda hoje a afirmação de R. HOLMES de que o fator fundamental na mortalidade é a indicação operatória, e, atualmente, com a ampliação das indicações há certa tendência para se prestar mais atenção a estas, descuidando-se das contra-indicações.

Ainda em relação aos resultados imediatos da operação, devemos nos referir ao *obituário do recém-nascido*. Via-de-regra este independe da intervenção e se subordina principalmente à prematuridade, nos casos em que a intervenção foi praticada antes do termo da gestação, à anemia consequente ao desangramento nas indicações operatórias por síndromes hemorrágicas, e à anestesia empregada. SEDLIS, coligindo dados de quatro clínicas alemãs, encontrou mortalidade fetal variando de 8,5 a 16,8 %, com as causas-mortis assim discriminadas: prematuridade 42 %, toxemias 24,5 %, placenta prévia 19,7 %, vício pélvico 3,8 %.

Na estatística de JUTAHY e NEME, apresentada a esta Jornada, em 438 cesárias a mortalidade natal e neo-natal foi de 5,7 %, predominando também a prematuridade com causa mais direta do óbito do recém-nascido; e na de LUCAS MACHADO a mortalidade fetal absoluta de 7,4 % também foi independente da intervenção.

Interessante notar na estatística de JUTAHY e NEME que a mortalidade fetal nos casos infectados foi dupla da encontrada nos casos puros.

Estudando o futuro dos recém-nascidos de cesárias, ARANYI pôde obter informações de 114 crianças cujo desenvolvimento psico-somático não foi diverso das demais observadas.

Em relação aos *resultados tardios*, vários aspectos podem ser encarados, tais como a rotura uterina em prenhez ou parto subsequente, a deiscência da ferida abdominal e consequente eventração, a possibilidade da via transvaginal em parto posterior, a cesária iterativa e também a questão da fecundidade, ou melhor, o número de prenhezes futuras nas mulheres que se submeteram à intervenção.

Analisaremos, de relance, alguns desses aspectos para que o obstetra ao fazer a indicação operatória esteja realmente capacitado da necessidade da intervenção, e no seu julgamento entrem em jogo todos esses fatores que poderemos chamá-los de consequências tardias da intervenção.

A *rotura uterina* em prenhez ou parto subsequente é sempre objeto de meditação nos estudos das cesárias, e um dos argumentos que falam pela preferência da incisão segmentária sobre a corporal é que com aquela técnica o acidente é menos frequente que nesta; realmente, pois se é aceita a média percentual de 4 % de roturas uterinas após cesárias corporais, esses números contrastam com a percentagem de 0,28 % encontrados por WETHERWALD e GELLÉ, ambos baseados em mais de 3.500 gestações em mulheres que anteriormente tinham sido cesariadas.

E' de HOLLAND a seguinte informação: nas roturas uterinas após cesárias corporais, em 43 % das vezes o acidente se verifica durante a prenhez e em 57 % durante o ato de parturição.

E' fácil ajuizar-se da maior frequência da rotura uterina na cesária corporal quando se considera a deficiente cicatrização em zona de atividade contrátil, e estudos feitos em que se procurou apurar os fatores determinantes ou predisponentes ao acidente, tanto na cesária corporal como na segmentária, revelaram que os mais encontradiços foram a infecção local manifestada pela fetidez da loquiação, a evolução febril pós-operatória, o fechamento apressado da incisão uterina, motivado pelas condições da operanda, e, como mais importante de todos e achado mais frequente, a implantação da placenta sobre a cicatriz da cesária anteriormente praticada, de maneira semelhante ao caso estudado por MACHADO HORTA.

Merece lembrado o caráter silencioso da rotura uterina em cicatriz de cesária que contrasta com a síndrome de BONDL-FROMMEL da rotura por hiper-distensão segmentária.

A *cesária iterativa* mereceu de KOCH, em 1938, atencioso estudo baseado em 63 intervenções repetidas, no período de 1930 a 1937, com a percentagem de frequência de 21,8 % para os seus casos e 18,1 % para os 547 que reuniu na literatura.

DONNO, nas 4.346 cesárias estudadas, obteve 15,117 % de intervenções iterativas, percentagem idêntica à de 14,9 % encontrada por JUTAHY e NEME no material da Clínica Obstétrica.

Estudando o futuro dos recém-nascidos de cesárias, ARANYI pôde obter informações de 114 crianças cujo desenvolvimento psico-somático não foi diverso das demais observadas.

Em relação aos *resultados tardios*, vários aspectos podem ser encarados, tais como a rotura uterina em prenhez ou parto subsequente, a deiscência da ferida abdominal e consequente eventração, a possibilidade da via transvaginal em parto posterior, a cesária iterativa e também a questão da fecundidade, ou melhor, o número de prenhezes futuras nas mulheres que se submeteram à intervenção.

Analisaremos, de relance, alguns desses aspectos para que o obstetra ao fazer a indicação operatória esteja realmente capacitado da necessidade da intervenção, e no seu julgamento entrem em jogo todos esses fatores que poderemos chamá-los de consequências tardias da intervenção.

A *rotura uterina* em prenhez ou parto subsequente é sempre objeto de meditação nos estudos das cesárias, e um dos argumentos que falam pela preferência da incisão segmentária sobre a corporal é que com aquela técnica o acidente é menos frequente que nesta; realmente, pois se é aceita a média percentual de 4 % de roturas uterinas após cesárias corporais, esses números contrastam com a percentagem de 0,28 % encontrados por WETHERWALD e GELLÉ, ambos baseados em mais de 3.500 gestações em mulheres que anteriormente tinham sido cesariadas.

E' de HOLLAND a seguinte informação: nas roturas uterinas após cesárias corporais, em 43 % das vezes o acidente se verifica durante a prenhez e em 57 % durante o ato de parturição.

E' fácil ajuizar-se da maior frequência da rotura uterina na cesária corporal quando se considera a deficiente cicatrização em zona de atividade contrátil, e estudos feitos em que se procurou apurar os fatores determinantes ou predisponentes ao acidente, tanto na cesária corporal como na segmentária, revelaram que os mais encontradiços foram a infecção local manifestada pela fetidez da loquiação, a evolução febril pós-operatória, o fechamento apressado da incisão uterina, motivado pelas condições da operanda, e, como mais importante de todos e achado mais frequente, a implantação da placenta sobre a cicatriz da cesária anteriormente praticada, de maneira semelhante ao caso estudado por MACHADO HORTA.

Merece lembrado o caráter silencioso da rotura uterina em cicatriz de cesária que contrasta com a síndrome de BONDL-FROMMEL da rotura por hiper-distensão segmentária.

A *cesária iterativa* mereceu de KOCH, em 1938, atencioso estudo baseado em 63 intervenções repetidas, no período de 1930 a 1937, com a percentagem de frequência de 21,8 % para os seus casos e 18,1 % para os 547 que reuniu na literatura.

DONNO, nas 4.346 cesárias estudadas, obteve 15,117 % de intervenções iterativas, percentagem idêntica à de 14,9 % encontrada por JUTAHY e NEME no material da Clínica Obstétrica.

A mortalidade na cesária iterativa foi de 0,37 % na estatística de DONNO, 1,1 % na de JUTAHY e NEME e 2,6 % na de KOCH somadas aos casos que coligiu, permitindo a esses autores concluirem pelo prognóstico mais favorável da intervenção assim reclamada, o que se explica pelas melhores condições obstétricas da paciente que se submete à intervenção pela segunda vez, pois a doente, temerosa, procura centros de recurso mais cedo, e o médico, via-de-regra, decide mais rapidamente a solução operatória do caso clínico.

Aspecto que merece meditado num estudo crítico das cesárias é o da possibilidade de futuro parto transvaginal, e isso ocorre ao próprio leigo, que, à vista da indicação oepratória, consulta logo sobre as consequências da intervenção em parto futuro.

PEREZ e ECHEVARRIA, em 1938, analisaram o futuro obstétrico das cesariadas no seu Serviço, aconselhando, à vista de suas observações, restrições a otimismo excessivo, e condenando a demasiada espera de parto normal após cesarias.

Há tempos, BENEDITO TOLOSA, falando dos "prejuízos anátomo-fisiológicos, psíquicos e demográficos" da ampliação das indicações da cesária, fez referência ao "*complexo de inferioridade*, nascido e mantido pela presença de amigas que pareçam mais perfeitas por se haverem liberado dentro das regras da parturição natural ou simplesmente corrigida e o *temor de nova gestação*, medo bem forte para compelir as cesariadas, inclusive as mais felizes no ato operatório e no pós-operatório, à prática de toda sorte de meios anti-concepcionais e até à sujeição à violência interruptora."

Afora esse aspecto psíquico da cesariada, anteriormente nada mais entrava a possibilidade de futuro parto transvaginal, e observações numerosas como as de LANGEN, baseadas no estudo de 289 partos posteriores de 221 cesariadas atestam essa afirmativa, desde que não estejam presentes as indicações determinantes da intervenção anterior.

A questão do número de prenhez subsequente à operação cesária foi, neste último decênio, assunto de pesquisas, principalmente por parte dos alemães como consequência político-social do problema demográfico, e tais estudos levaram os autores à conclusão de que 50 % das mulheres que foram cesariadas recorrem a métodos anti-concepcionais pelo receio de nova gestação.

Finalmente, o problema da *anestesia* na cesária.

Neste ponto, nada mais temos a acrescentar a trabalhos que um de nós (J. O. A.) já teve ocasião de apresentar em conclaves semelhantes. Ainda hoje, se dermos uma busca na literatura, encontraremos que todos os métodos de anestesia são empregados, preferindo alguns centros a anestesia geral pelos gases, noutros a regional pela raqui, enquanto noutros a anestesia local é preferida, traduzindo isso mais uma preferência pessoal pelo tipo de anestesia com o qual se está mais familiarizado.

O trabalho de JUTAHY ESTEVE e B. NEME, hoje apresentado, resume a anestesia empregada em 582 cesárias na Clínica Obstétrica, onde se vê a preferência para o bloqueio sub-aracnoideu, empregado em 72 % das vezes. Os acidentes fatais com a raquianestesia foram, nessa estatística, de 0,71 %, percentagem idêntica para a depressão respiratória e 1,6 % de hipotensões graves. Em Minas Gerais, LUCAS MACHADO não se mostra partidário da raqui, à vista de acidentes ocorrido não só na cesária como em portadoras de volumosos tumores abdominais.

No entanto, ainda hoje a raquianestesia é muito empregada na cirurgia obstétrica por via alta, à vista das vantagens que apresenta de silêncio abdominal, hemostase boa e pós-operatório menos acidentado.

Fato, porém, que todos os cirurgiões assinalam é que os acidentes se reduziram e os resultados melhoraram desde que a administração da anestesia passou a ser feita por especialistas, e mesmo no caso de raqui feita pelo cirurgião, o anestesista deve estar presente, para surpreender o acidente na fase inicial, e, com aparelhamento adequado, estar em condições de evitar sua continuação e êxito letal.

## Referências

1) ARANYI, S. — Über das Schlickval der Kaiserschmittkinder — "Zent. f. Gyn.", *62*:1835, 1938. 2) ARAUJO, J. ONOFRE e NOBREGA, MARIO — Estado atual da anestesia em clínica obstétrica — "An. Bras. de Gin.", *19*:345, 1945. 3) ARAUJO, J. ONOFRE — Particularidades da anestesia em clínica obstétrica — "An. Bras. de Gin.", *16*:428, 1943. 4) ANDERODIAS, J. e PERY, G. — Les indications de la cesarienne basse dans l'infection amniotique — "Rev. Franç. Gyn. Obst.", *34*:1, 1939. 5) COSTA, CLOVIS CORRÊA — Operação cesariana e seus efeitos sobre a fecundidade — "An. Bras. de Gin.", *20*:485, 1945. 6) CUOCO, L. O. — Aplicação intra-peritoneal de sulfanilamida em cesária impura — Trabalho apresentado à Fac. de Med. de S. Paulo, 1943. 7) DONNO, E. — Il taglio cesareo nella Clinica di Bari — "An. Obst. Gin.", *60*:1361, 1938. 8) COURTOIS, J. e BOUCHACOURT, C. — À propos de 158 cas de césarienne basse. Indications et résultats, considération sur leur opportunité. — "Rev. Franç. Gyn.", *33*:790, 1938. 9) ESTEVES, J. e NEME, B. — Considerações em torno de 87 casos de cesária iterativa — Com. à "1.ª Jornada Bras. de Gin. e Obst.", Nov. 1945. 10) GOSSELIN, O. — L'invasion microbienne de l'œuf au cours du travail — "Gyn. et Obst.", *37*:268, 1938. 11) HORTA, H. MACHADO — Rotura intra-parto da cicatriz de cesária — "Rev. Gin. Obst.", *32*(1):242, 1938. 12) KOCH, R. — Der wiederholte abdominale Kaiserschnitt — "Zeist. f. Gyn.", *118*:177, 1939. 13) LANGEN, P. — Geburten nach abdomineller Schnittenbeidung — "Arch. f. Gyn.", *162*:331, 1936. 14) MACHADO, LUCAS M. — Em torno de 54 cesárias segmentárias — "Rev. Gin. Obst.", *32*(1):672, 1938. 15) NEME, B. e ESTEVES, J. — A anestesia na operação cesária — Com. à "1.ª Jornada Bras. de Gin. e Obst.", Nov. 1945. 16) NEME, B. e ESTEVES, J.

— A cesária segmentária transperitoneal no caso infectado. 17) PEREZ, MANUEL L. e ECHEVARRIA, R. — El porvenir obstétrico de la mujer sometida a la operación cesarea — "Rev. Med. Lat.-Amer.", *24*:150, 1938. 18) SEDLIS, F. — Resumo em "Gyn. et Obst.", *33*:68, 1936. 19) TOLOSA, B. — Cesária e sinfisiotomia — "Matern. e Inf.", *1*:15, 1945.

## Études critiques de la césarienne

### Résumé

Des considérations générales, historiques et de priorité sur la césarienne et la variété de ses téchniques nous sont presentées par les Auteurs. Les divers types d'incision, les téchniques intra et extra-péritoniales, les temps qui furent établis dans celles-ci, sont analysés et critiqués avec soin. Dans la seconde partie du travail les Auteurs se rapportent aux résultats immédiats de cette opération, étudiant les adhérences, la mortalité maternelle et fétale, et les résultats tardifs: la rupture utérine dans l'accouchement suivant, l'éventration, la césarienne (iterative), etc.

Finalement ils abordent le problème de l'anesthésie dans la césarienne trouvant être une question de préférence personelle.

## Critical study of cesarean section

### Summary

General historical considerations, priorities and variations on technic of cesarean section are presented by the authors.

The different types on incision, intraperitoneal and extraperitoneal approuches and standard steps of various technics are reviewed and criticized.

Immediate results of cesarean section, as adhesions, maternal and fetal mortality, as well as late results, uterine rupture in following delivery, postoperative abdominal hernia, repeated cesarean section, etc., are studied.

The problem of anesthesia in cesarean section is discussed. The authors stating that presently it stands as a matter of personal preference.

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA
CASA MATERNAL E DA INFÂNCIA "LEONOR MENDES DE BARROS"
SERVIÇO DO DR. JOÃO AMORIM
S. PAULO, BRASIL.

# PRENHEZ E PARTO COM FETO DE VOLUME EXCESSIVO *

**DR. JOÃO AMORIM**
Diretor Clínico

**DR. O. LACRETA**
Chefe de Clínica

**Ddo. L. ENDRIZZI**
Ddo. Interno

Para a confecção deste trabalho consideramos como feto de volume excessivo aquele cujo peso é no mínimo de 4.000 gramas.

Analisando 3.175 observações do arquivo da Casa Maternal e da Infância, catalogamos 120 nascituros com aquela cifra ponderal.

Focalizaremos os seguintes pontos: idade, nacionalidade, côr, paridade, antecedentes patológicos, acidentes e complicações, duração da prenhez, rotura das membranas, dilatação, expulsão, apresentação, distocia, marcha do parto, acidentes maternos, dequitação, acidentes fetais, puerpério.

## IDADE

| | |
|---|---|
| Menos de 35 anos | 34 — 28,30 % |
| De 25 a 35 anos | 64 — 53,33 % |
| Mais de 35 anos | 22 — 18,33 % |

## CÔR

| | |
|---|---|
| Branca | 95 — 79,16 % |
| Preta | 7 — 5,83 % |
| Parda | 18 — 15,00 % |

* Trabalho apresentado à Secção de Obstetrícia e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina, em 28 de Outubro de 1945.

## NACIONALIDADE

| | | |
|---|---|---|
| Brasileira | 102 | 85,00 % |
| Espanhola | 4 | 3,33 % |
| Yugoslava | 3 | 2,50 % |
| Italiana | 2 | 1,66 % |
| Húngara | 2 | 1,66 % |
| Lituana | 2 | 1,66 % |
| Portuguesa | 2 | 1,66 % |
| Argentina | 2 | 1,66 % |
| Paraguaia | 1 | 0,83 % |

## PARIDADE

| | | |
|---|---|---|
| Nulípara | 20 | 16,66 % |
| Primípara | 30 | 25,00 % |
| Secundípara | 13 | 10,83 % |
| Tercípara | 14 | 11,66 % |
| Quartípara | 9 | 7,50 % |
| Quintípara | 11 | 9,16 % |
| Sextípara | 8 | 6,66 % |
| Octípara | 5 | 4,16 % |
| Nonípara | 4 | 3,33 % |
| Decípara | 1 | 0,83 % |
| Primodecípara | 2 | 1,66 % |
| Decisextípara | 1 | 0,83 % |
| Septípara | 2 | 1,66 % |

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

| | | |
|---|---|---|
| Ausência de antecedentes de importância | 102 | 82,31 % |
| Malária | 10 | 12,00 % |
| Lues | 6 | 5,00 % |
| Cardiopatia | 1 | 0,83 % |
| Hipertireoidismo | 1 | 0,83 % |

## ACIDENTES E COMPLICAÇÕES

| | | |
|---|---|---|
| Sem importância | 59 | 40,16 % |
| Hipertensão | 24 | 20,00 % |
| Edema do membro inferior | 16 | 13,33 % |
| Varizes do membro inferior | 14 | 11,66 % |
| Vômitos | 2 | 1,66 % |
| Ataques | 2 | 1,66 % |
| Eclampsia gravídica | 1 | 0,83 % |
| Hemorragia vaginal | 1 | 0,83 % |

## DURAÇÃO DA PRENHEZ

| | |
|---|---|
| Menos de 280 dias | 35 — 29,16 % |
| De 280 a 300 dias | 39 — 32,50 % |
| Mais de 300 dias | 22 — 18,33 % |
| Ignorada | 24 — 20,00 % |

## APRESENTAÇÃO

| | |
|---|---|
| Cefálica flectida | 112 — 93,34 % |
| Face | 3 — 2,50 % |
| Pélvica | 4 — 3,33 % |
| Situação transversa | 1 — 0,83 % |

## ROTURA DAS MEMBRANAS

| | |
|---|---|
| Espontânea | 92 — 76,68 % |
| Artificial | 26 — 21,66 % |
| Prematura | 2 — 1,66 % |

## PERÍODO DE DILATAÇÃO

| | |
|---|---|
| De 12 a 20 horas | 50 — 41,66 % |
| Menos de 12 horas | 45 — 37,50 % |
| Mais de 20 horas | 15 — 12,50 % |
| Ignorados | 10 — 8,33 % |

## PERÍODO EXPULSIVO

| | |
|---|---|
| Menos de 2 horas | 90 — 75,01 % |
| Mais de 2 horas | 17 — 14,16 % |
| Artificial | 9 — 7,50 % |
| Ignorado | 4 — 3,33 % |

## ACIDENTES FETAIS

| | |
|---|---|
| Asfixia | 13 — 10,83 % |
| Bossa sero-sanguínea | 12 — 10,00 % |
| Nati-morto | 6 — 5,00 % |
| Circulares | 5 — 4,16 % |
| Vício de conformação | 3 — 2,50 % |
| Céfalo-hematoma | 2 — 1,66 % |
| Hemorragia intra-craniana | 1 — 0,83 % |
| Fratura de clavícula | 1 — 0,83 % |
| Rotura da tenda | 1 — 0,83 % |
| Rotura do cordão | 1 — 0,83 % |
| Nó do cordão | 1 — 0,83 % |

## DEQUITAÇÃO

| | | |
|---|---|---|
| Normal | 107 | 89,17 % |
| Com hemorragia | 12 | 10,00 % |
| Artificial | 1 | 0,83 % |

## PUERPÉRIO

| | | |
|---|---|---|
| Normal | 90 | 75,01 % |
| Febril | 15 | 12,50 % |
| Sub-febril | 10 | 8,33 % |
| Endometrite | 4 | 3,33 % |
| Eclampsia | 1 | 0,83 % |

## DISTOCIAS

| | | |
|---|---|---|
| Ausência de distocias | 109 | 90,85 % |
| Encravamento do bis-acromial | 6 | 5,00 % |
| Prolapso de cordão | 2 | 1,66 % |
| Látero-incid. de membro | 1 | 0,83 % |
| Vício pélvico | 1 | 0,83 % |
| Inércia secundária | 1 | 0,83 % |

## EVOLUÇÃO

| | | |
|---|---|---|
| Parto espontâneo | 99 | 82,53 % |
| Fórceps | 10 | 8,33 % |
| Episiotomia | 3 | 2,50 % |
| Embriotomia | 2 | 1,66 % |
| Mauriceau | 2 | 1,66 % |
| Versão externa | 1 | 0,83 % |
| Cesária | 1 | 0,83 % |
| Zarate | 1 | 0,83 % |
| Bracht | 1 | 0,83 % |

## ACIDENTES MATERNOS

| | | |
|---|---|---|
| Sem acidentes | 88 | 73,34 % |
| Rotura do períneo (1.º) | 12 | 10,00 % |
| Rotura do períneo (2.º) | 3 | 2,50 % |
| Rotura do períneo (3.º) | 3 | 2,50 % |
| Rotura da vagina | 9 | 7,50 % |
| Rotura do colo | 4 | 3,33 % |
| Pré-choque | 1 | 0,83 % |

E' difícil estabelecer cotejo entre as diversas estatísticas apresentadas sobre a frequência do feto de volume excessivo, pois o cri-

tério adotado difere segundo os autores. DELMAS, para o feto de 4 ks. apresenta 4,6 %, ao passo que LEVY dá 5 %. BRINDEAU assinala 1 para 90. NAKAGAVA, de Kyoto, tem 1,09 %; KIMURA, de Tokio, em 20.058 partos, reuniu 190 fetos com mais de 4 ks. ou seja 0,79 %. A frequência por nós apurada foi de 3,7 %.

Numerosas são as causas apontadas, possíveis de aumentar o volume do feto. Averba PINARD, que o peso do nascituro aumenta progressivamente com a idade da mãe, até aos 35 anos. Em nossas observações 81 % das gestantes não foram além dos 35 anos, concordando com PINARD. ROSENVASSER também observou maior frequência entre 25 e 35 anos. COATZ não dá valor ao fator idade. Segundo KIMURA, a idade mais frequente foi de 26-35 anos.

E' clássico considerar as multíparas como geradoras de feto volumoso e, as publicações concordam nesse sentido. Entretanto, para nós, as primíparas e as nulíparas contribuiram em 41,66 % dos casos e os restantes distribuiram-se pelas diferentes paridades, incidência relativamente grande, pois ROSENVASSER relata maior predomínio das secundíparas e tercíparas. NAKAGAVA observou incidência nas quartíparas e KIMURA nas tercíparas. Nós apuramos cifra máxima nas primíparas. O autor PAPE assinalou maior incidência entre o 2.º e 5.º parto.

A estatura dos pais tem valor na gênese do feto volumoso, mas de tal elemento não cogitamos neste trabalho, e se atentarmos para as cifras apresentadas pelos dois autores japoneses, povo de baixa estatura, veremos escassa percentagem de fetos com mais de 4 ks., naquela raça.

Invocou-se também a sífilis e o diabete, mas os estudos não têm registrado relação entre causa e efeito. ROSENVASSER encontrou cifras mínimas para tais doenças e nós anotamos apenas 5 % de passado luético e nenhum caso de diabete. E' interessante a cifra de 12 % de gestantes maleitosas o que se deve provavelmente à grande incidência da malária em nosso meio.

Na Bolívia, cuja população maleitosa atinge em certas regiões 90 %, têm-se observado antes debilidade do que hipermaturidade. A idéia de incluir o diabete na etiologia do feto volumoso, nasceu da grande frequência, nas diabéticas graves, de fetos volumosos, mas de modo algum a recíproca é verdadeira.

Elemento interessante, vem a ser a duração da gravidez. A dificuldade se inicia quando os autores definem a prenhez prolongada, apoiando-se em diferentes critérios e daí as controvérsias. Considerando mais de 300 dias como gestação além do termo, ela contribuiu em nossos casos, em apenas 18,33 %, cifra pequena. ROSENVASSER e KIMURA, dentro do mesmo ponto de vista, registram 19 e 18,6 %, números bem próximos do nosso. Por conseguinte, mesmo considerando 300 dias como gestação prolongada, sua influência é pequena, mesmo porque fala COATZ, uma gestação que ultrapassa de 8 a 10 dias os limites fisiológicos, não pode explicar o feto volumoso.

Entre as ocorrências da gestação, sobreleva a hipertensão em 20 %, mas nada autoriza relacioná-la com o feto volumoso e deve ser explicada pelo fato de se tratar de gestantes na maioria multíparas. As demais ocorrências são destituídas de importância.

Nas apresentações predominaram as cefálicas, mas é notável o aumento das de face: 2,5 % contra 1 por 200 no recém-nascido normal. Há autores que também assinalam maior incidência desta apresentação, sendo aliás clássico atribuir ao feto volumoso causa de apresentação de face. Tal particularidade representa prognóstico mais reservado tanto para a mãe como para o feto. Quanto ao parto, também é mais demorado, mòrmente o período de dilatação, cuja idéia se pode obter analisando o quadro correspondente. Na dequitação sobressai maior tendência à hemorragia, acidente universalmente admitido nos casos de feto volumoso.

Assinalamos apenas um descolamento manual de placenta, em oposição aos Argentinos, que anotam incidência maior, o que atribuimos à diferença de orientação no tratamento da 3.ª fase do parto.

O capítulo das distocias foi pobre. Em 90,85 % não houve distocia, esta representada em primeiro plano pelo encravamento do bis-acromial, comum na criança volumosa.

Houve 2 casos de prolapso de cordão ou 1,66 %, incidência maior do que no nascituro de peso normal.

Entre os acidentes de origem materna, figuram: as roturas do períneo, que totalizaram 15; as da vagina e do colo, 10,83 %, nada portanto oferecendo de particular.

Para o lado do produto da concepção, registramos 10,83 % de asfixia, número relativamente grande; ROSENVASSER refere 4,82 %. Assinalamos 6 nati-mortos ou 5 %. O estudo da nati-mortalidade no feto volumoso, será objeto de um trabalho à parte, e, por isto não teceremos comentários a respeito.

No puerpério, pela análise do quadro correspondente, fácil é concluir que na maioria foram processos localizados, benignos. Merece registro 1 caso de eclampsia puerperal.

Finalmente passaremos a discutir os casos de parto operatório.

Em 82,53 % o parto terminou espontaneamente. A intervenção mais empregada foi o fórceps, em 8,33 %. Qual a razão do emprego do instrumento de CHAMBERLEN ? Das parturientes 3 eram nulíparas, 2 primíparas, as restantes multíparas. A indicação foi sofrimento fetal, devido, julgamos, ao parto prolongado. O volume excessivo da cabeça fetal encontra dificuldade à insinuação e progressão, o útero trabalha mal, o parto torna-se moroso, repercutindo sobre o feto. Não deixa de ser interessante lembrar que nas nulíparas a aplicação do fórceps se faz com a cabeça geralmente no plano zero ou mais 1 e nas multíparas o pólo cefálico está apenas ajustado. Existe tal diferença, porque nas primeiras, o útero tem poder suficiente para dilatar o colo e propulsar o feto, de sorte que, ao se instalar a anaerose, o "caput" encontra-se na escavação. Nas multi-

paras, o órgão parturiente trabalha debilmente, não há boa concordância dos eixos, a dilatação torna-se lenta e a asfixia surpreende o feto em início da insinuação. Felizmente o obstetra não deve temer aplicar o fórceps alto, pois sendo multípara consegue-se extrair o feto com relativa facilidade, maxime se o parteiro resolver aplicar o Kielland, consoante fazemos. Praticou-se 1 cesária em um caso que evoluiu da seguinte maneira: tratava-se de uma apresentação de face em M E A, cabeça bem ajustada, dilatação completa, por isso aplicou-se o Kielland, mas sem resultado, tentou-se a versão, mas a grande deflexão do feto, obrigou-nos a desistir, resolvendo-se o caso pela cesária, conseguindo-se o feto vivo. O fato de registrarmos apenas um caso solucionado por via alta, demonstra que é possível nos casos de feto volumoso, tratar as distocias decorrentes por via vaginal, a nosso ver devido ao predomínio das multíparas.

Praticou-se duas embriotomias, dentro da indicação clássica.

A única versão externa, procedeu-se em uma multípara, antes das contrações, cujo feto ocupava a situação transversa, seguido de parto espontâneo cefálico.

Finalmente tivemos um ZARATE em nulípara, parto prolongado de 108 horas, sofrimento fetal, cabeça no plano zero. O feto nasceu vivo.

As demais intervenções, carecem de importância. A incidência operatória na Casa Maternal, para o recém-nascido normal foi: 1,1 % para cesária. Fórceps 3,1 %. ZARATE 0,11 %. Embriotomia 0,28 %, que comparado com a incidência observada no feto volumoso, demonstra claramente que este realmente exige maior intervenção predominando o fórceps, e cuja razão discutimos mais acima.

Os acidentes maternos assinalados foram escassos, fazendo com que o prognóstico não seja grave, mas para o lado do feto a anomalia de certas apresentações e a maior frequência do fórceps, emprestam prognóstico mais reservado, fato comprovado por inúmeras estatísticas.

## Sumário e conclusões

Analisando os quadros respectivos de cada um dos itens focalizados, poderemos concluir:

1.º) Sobre o total de 3.173 partos, encontramos 120 fetos com mais de 4 ks., ou seja 3,7 %. O maior recém-nascido pesou 5.375 gramas.

2.º) 53,33 % das gestantes situavam-se entre os limites de 25-35 anos de idade.

3.º) Em 79,16 % as gestantes pertenciam à raça branca.

4.º) Das 120 gestantes 102 eram brasileiras, ou 85 %.

5.º) A maior percentagem de crianças volumosas encontramos entre as nulíparas e primíparas, totalizando 41 %. As demais são multíparas.

6.º) Entre os acidentes que pudemos assinalar, citamos: Malária 12 %, Lues 5 %, Cardiopatia 0,83 %, Hipertireoidismo 0,83 %.

7.º) Em 74 casos, 61,6 %, a gestação decorreu sem transtornos. Registrou-se um caso de gestose grave representada por eclampsia. Em 20 % tivemos hipertensão.

8.º) Em 19 % dos casos a gestação durou mais de 300 dias, o que deve ser considerado como prenhez prolongada.

9.º) A rotura das membranas se fez espontânea em 76 % dos casos. Houve 2 roturas prematuras ou seja 1,66 %. Em 21,66 % praticou-se rotura artificial.

10.º) A dilatação durou mais de 12 horas em 41 %, considerando o predomínio das multíparas, por isso este período do parto deve ser considerado como prolongado.

11.º) Em 75 % dos casos a expulsão levou menos de 2 horas.

12.º) Nas apresentações é notável o aumento das de face, cuja cifra alcançou a 2,5 %. Demais nada de particular.

13.º) A distocia mais comum foi o encravamento dos ombros no anel vulvar em 5 %. Em 90,05 % não houve distocia.

14.º) O parto decorreu normalmente em 82,50 % das vezes. Em 8,53 % aplicou-se fórceps. Houve 1 cesária (0,83 %), 1 Zarate (0,83 %), 1 versão externa (0,83 %), 2 embriotomias (1,66 %). Totalizando 12 % de partos operatórios, maior do que no recém-nascido normal.

15.º) Entre os acidentes maternos, houve apenas um caso de pré-choque. Houve 15 % de roturas do períneo. Rotura da vagina 7,5 %. Rotura do colo do útero 3,33 %.

16.º) Apurou-se 12 casos (10 %) de hemorragias na dequitação. Houve um descolamento manual da placenta (0,83 %).

17.º) Houve 10,83 % de asfixia fetal, número relativamente grande. Notou-se 5 nati-mortos ou 4,16 %. Um caso de hemorragia meningéia pela rotura da tenda do cerebelo.

mesma antes da operação. Mas, em 1/3 das pacientes em que a cesária foi feita por suspeita de lesão na parede uterina, nada foi encontrado na operação. Rotura da cicatriz ocorreu em 1,3 % das doentes desta série; não houve, entre estas, mortes maternas, o que o A. atribue à vigilância cuidadosa e ação pronta. A mortalidade fetal foi de 6,9 % e a materna de 0,67 % no total dos casos. — *C. B. F.*

---

**Análise comparativa do diagnóstico e tratamento da endometriose, incluindo a comunicação de 53 casos de endometriose intestinal.** *(A comparative analysis of the diagnosis and treatment of endometriosis, including a report of 53 cases of intestinal endometriosis.)* — THIERSTEIN, S. T. e EDWARD ALLEN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1946, Vol. 51, N.º 5, pág. 635).

Em um estudo comparativo das observações de 569 pacientes operadas por endometriose (já relatados) com um grupo mais recente de 317 pacientes operadas pelos mesmos cirurgiões durante os últimos quatro anos, foram observadas certas modificações gerais no diagnóstico e tratamento.

No diagnóstico, uma história clínica tomada cuidadosamente, pode revelar os seguintes sintomas: 1) Dispareunia; 2) Dor retal provocada pela passagem de fezes ou gás; geralmente esta dor só se observa durante o período menstrual; 3) Diarréia recidivante coincidindo com o período menstrual; 4) Sintomas de obstrução intestinal de pequena intensidade durante o período menstrual; 5) Esterilidade de causa desconhecida; 6) Extensão das dores lombares menstruais para a coxa e às vezes para a perna; 7) Irritabilidade vesical anormalmente aumentada durante a fase menstrual; 8) Sensação desagradável baixa e profunda na pelve provocada pela flexão do tronco; 9) História de dismenorréia adquirida em uma multípara ou uma modificação no tipo da dor da dismenorréia funcional em uma nulípara; 10) Aparecimento de um complexo sintomático assemelhando-se àquele de infecção pélvica em uma paciente de mais de 35 anos de idade, uma vez que a infecção pélvica se torna gradativamente mais rara durante esta década; 11) O achado de sangue nas fezes no período menstrual, o qual não pode encontrar explicação nas formas comuns de patologia retal.

O emprego sistemático do exame pélvico combinado reto-vaginal tem sido indubitavelmente grandemente responsável por um diagnóstico mais apurado. Este deve ser feito na paciente não anestesiada, uma vez que uma sensibilidade exquisita em certos pontos pode chamar a atenção do examinador para nódulos pequeníssimos.

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

**Rotura espontânea de útero grávido, de cinco meses de evolução, em uma cicatriz de histerectomia subtotal conservadora.** *(Ruptura espontanea de útero grávido, de cinco meses de evolução en una cicatriz de histerectomia subtotal conservadora.)* — MAZZA, HORACIO L. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Maio 1946, Tomo XXV, N.º 3, pág. 82).

Comunica o A. o caso de uma mulher de 39 anos, multípara, que teve ocasião de acompanhar e internar de urgência, por ter sido vítima de rotura de útero, no 5.º mês de gestação.

A paciente apresentava cicatriz uterina consequente a uma intervenção sofrida há 5 anos: histerectomia fundida — fibromioma uterino.

Fazendo comentários sobre as roturas de útero grávido e baseado em opiniões de autores, mostra que estes acidentes são mais frequentes em mulheres em que se praticou a operação cesária, ao passo que, são mais raras as ocorrências desta natureza, quanto a outras intervenções uterinas.

Cita vários casos e autores, para terminar dizendo, "que o conhecimento destas complicações que embora sejam raras, não invalida em nada o são critério conservador imposto à cirurgia ginecológica, tendente à conservação da função genital e ao equilíbrio hormonal, regido por um ponderável critério circunstancial". — *A. F. S.*

---

## *OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS*

**O fórceps Demelin 8. Dez anos de experiência na Maternidade "Pedro A. Pardo".** *(El forceps Demelin 8. Diez años de experiencia en la Maternidad "Pedro A. Pardo".)* — MARTINI, J. L. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Maio 1946, Vol. IV, N.º 5, pág. 329).

Após descrever o instrumento, as suas vantagens e técnica, o A. analisa os resultados de 533 aplicações na Maternidade "Pedro A. Pardo" durante a década 1935-45, concluindo que: a) a mortalidade materna é nula; b) a morbidade materna traumática é baixa, sendo representada, na maioria dos casos, por lesões benignas do períneo; c) a morbidade infecciosa materna também é baixa; d) a mortalidade fetal é de 6,75 %; e) a morbidade fetal é praticamente nula. — *Auto-resumo*.

Ano XI DEZEMBRO DE 1946 Vol. 22 - N.º 6

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dr. Gustavo Rego**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. Jorge Rodrigues Lima**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**Dr. Sylvio d'Avila**

ASSINATURAS:
Brasil, ano, Cr$ 100,00; registrado, Cr$ 120,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 120,00 (U. S. $6)
Número avulso, Cr$ 10,00

**As reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XI | Dezembro de 1946 | Vol. 22 — N.º 6


## SUMÁRIO


TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

*Revisão de 540 casos de prolapso genital observados na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Bahia desde a sua criação até hoje (1911-1946)* — PROF. DR. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ 435

*Radiodiagnose mamária* — DR. ALBERTO COUTINHO ..... 453

*Prevenção do câncer genital feminino* — DR. ALBERTO HENRIQUE ROCHA ..... 467

EDITORIAL

*A ilegitimidade mestiça de apos-guerra na Inglaterra* ..... 474

NOTAS E COMENTÁRIOS

*Concurso para internos de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina* ..... 477

*"Sociedade Brasileira de Ginecologia" (Rio de Janeiro)* ..... 478

*"II Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia" (A realizar-se de 6 a 12 de Setembro de 1948 em São Paulo, Brasil)* ..... 479

LIVROS E PUBLICAÇÕES

*Tratamento Cirúrgico da Tuberculose Pulmonar na grávida* — ARESKY AMORIM ..... 480

*Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo* — ABEL CHIFFLET (Diretor) ..... 481

*Manual práctico de Obstetricia y Ginecologia* — O. JÜRGENS ..... 482

*Da conservação dos ovários nas histerectomias* — ANGELO DE ABREU E LIMA ..... 483

*Ata da quadragésima-primeira sessão ordinária* ..... 485

*Ata da quadragésima-segunda sessão ordinária* ..... 486

*Ata da quadragésima-terceira sessão ordinária* ..... 487

RESUMOS

(Ver índice próprio).



Sintest

HORMONIO TESTICULAR

LABORATORIOS KRINOS S. A.

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.

*O fator Rh e sua aplicação clínica* — BOUTON, Jr., S. M. ..... 489
*A citologia vaginal e cervical no diagnóstico do câncer uterino*—AYRE, J. E. 490
*Carcinoma do colo após histerectomia subtotal* — COSBIE, W. G. ..... 491
*Neuronite gestacional* — AGNEW, A. M. ..... 492
*Anestesia espinhal em parto vaginal — Estudo de 1.547 casos.*—WEAVER, R. T., ADAMSON, D. L. e JOHNSON, F. L. ..... 493
*A histerectomia: uma necessidade terapêutica ou um meio de vida cirúrgico?* — MILLER, N. F. ..... 493
*O mioma uterino na gravidez* — DUCKERING, F. A. ..... 495
*Luteoma do ovário* — TWOMBLY, G. H. ..... 496
*Fibroma linfangiocístico do útero* — PLAUT, A. ..... 498
*A indução do parto com metergina* — FARBER, E. ..... 499
*Transplantação heteróloga de um tumor maligno ovárico humano* — JONES, E. G., C. W. HALE e B. DAMBACH ..... 501
*Conduta industrial e câncer ocupacional* — HUEPER, W. C. ..... 502
*Efeito da Heparina sobre o tempo da protrombina* — LONG, M., HURN, M. e BARKER, N. W. ..... 503
*Alguns problemas obstétricos e ginecológicos* — DOUGLAS, G. F. ..... 503
*A responsabilidade do cirurgião na preservação da fertilidade humana* — SEYMOUR, F. J. e KOEMER, A. ..... 504
*A cesária clássica* — ROMÁN, D. A. ..... 505
*Diagnóstico da tuberculose genital feminina* — BRAVO, A. A. ..... 505
*Valor da citologia de descamação vaginal no diagnóstico da fisiologia ovariana e do câncer uterino* — ARZAC, J. P. ..... 506
*Terapêutica médica e cirúrgica do mioma uterino* — GUERRERO, C. D. 506
*Câncer do útero — Resultado do tratamento do câncer do colo do útero durante os anos de 1940 e 1941 no Instituto "Juan Bruno Zaya" de Havana, Cuba.* — ABREU E. FONTS ..... 507
*Tratamento do fluxo genital* — HERRERA, R. G. ..... 508
*A microbiologia do fluxo vaginal* — NOGUÉS, A. E. e GUIXA', H. L. ... 510
*A importância da laparoscopia como meio de diagnóstico na gravidez extra-uterina* — SALA, S., SIMONETTI, E. e POMARES, R. ..... 511

Págs.

*O tratamento cirúrgico das anomalias graves do ciclo genital* — SALABER, J. A., NOGUÉS, A. E. e MEZZADRA, J. M. E. ..... 512
*Endometriose de localização extra-genital* — CORRÊA DA COSTA, C. ... 513
*Tratamento exclusivo da eclampsia pelo sulfato de magnésio por via intravenosa* — ARMAND, M. ..... 514
*O valor da reação de Soskin, Wachtel e Hechter na prática ginecológica* — BALDI, E. M. ..... 514
*A reação de Friedman no liquor e sua importância no diagnóstico da mola* — MARCIAL GARCIA, H. e LEONARDOS PAREDES ..... 515
*Osteocondrite não sifilítica. Sua importância em obstetrícia.* — PEDRO ARAYA CHIAPPA ..... 515
*Sulfamidoterapia peritoneal na operação cesariana. Experiência da Maternidade de S. Borja.* — JORGE AQUINO, G. ..... 516
*A flora vaginal durante a gravidez* — LEON, J. ..... 516
*O problema médico-social na profilaxia da esterilidade matrimonial* — STABILE, A. ..... 517
*Os estados inter-sexuais na espécie humana e sua classificação* — MORACCI, E. ..... 517
*Indicações e emprego das ondas-curtas em medicina* — GUIX, J. R. e CARALT, M. ..... 518

**Prof. Arnaldo de Moraes**

**PROPEDÊUTICA OBSTÉTRICA**

6.ª EDIÇÃO — 1946

*Revista e atualizada pelo Autor*

Com 512 páginas e 168 gravuras, das quais duas tricromias

**PREÇO: CR$ 150,00**

**LIVRARIA FRANCISCO ALVES**
**Rua do Ouvidor N.º 166**
RIO DE JANEIRO

do tratamento e nos casos agudos fulminantes, como os dois presentemente relatados, crê o A., em face dos conhecimentos atuais, dever interromper-se a gravidez. — *C. B. F.*

---

**Anestesia espinhal em parto vaginal — Estudo de 1.547 casos.** *(Spinal anesthesia in vaginal delivery — A report of 1.547 cases)* WEAVER, R. T., ADAMSON, D. L. e JOHNSON, F. L. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1946, Vol. 51, N.º 6, pág. 765).

Analisando os A.A. 1.547 casos de parto por via baixa sob anestesia espinhal, de 18.963 partos ocorridos no Mount Hamilton Hospital, podem concluir que a anestesia espinhal com pequenas doses não oferece perigos, que a mortalidade fetal é menor do que com o emprego de anestesia geral, especialmente dos prematuros; que um rápido alívio das dores ocorre em 95 % das pacientes; que a presença de um anestesista não é necessária; que o sangramento no 3.º período é menor do que o começo e que a aceitação é boa por parte das mulheres. — *C. B. F.*

---

**A histerectomia: uma necessidade terapêutica ou um meio de vida cirúrgico ?** *(Hysterectomy: therapeutic necessity or surgical racket ?)* — MILLER, N. F. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1946, Vol. 51, N.º 6, pág. 804).

Constituindo outrora um feito raro e espetacular, realizada sòmente por cirurgiões experimentados e corajosos, tornou-se a histerectomia bastante vulgar, e as indicações, antes muito restritas, foram tão ampliadas que merecem revistas e apuradas. O progresso médico está alterando a prática da cirurgia; a quimioterapia e a terapêutica hormonal podem tornar necessário rever as indicações da cirurgia pélvica.

Para poder saber alguma coisa da atitude que prevalece relativamente à histerectomia tanto nas grandes quanto nas pequenas comunidades, o A. promoveu este estudo baseado em 246 histerectomias. Estas foram realizadas durante os primeiros 4 meses de 1945, em 10 diferentes hospitais.

Este trabalho procura relacionar os sintomas e achados de exames com os processos histopatológicos realmente observados.

As 246 histerectomias estavam distribuídas entre diversos grupos de idade como segue: abaixo de 20 anos, 1 caso; 20-29 anos, 30 casos; 30-39 anos, 78 casos; 40-49 anos, 108 casos; 50-59 anos, 22 casos; 60-69 anos, 6 casos; 70-79 anos, 1 caso.

Na maior parte não se encontrava camada forradora, e em alguns pontos uma única camada de células chatas forrava a cavidade.

Fragmentos macroscópicos de capilares sanguíneos faziam protrusão nas superfícies internas não forradas, entretanto nenhuma hemorragia podia ser observada em qualquer parte do tumor. Pequenas áreas de liquefação eram numerosas, particularmente em volta dos vasos sanguíneos e linfáticos. Os vasos eram muito numerosos, sendo a maior parte deles capilares sinusoidais ou vênulas. Havia vasos sanguíneos, linfáticos e espaços forrados de endotélio cuja natureza era duvidosa.

Uma rêde uniforme de feixes colagenos ocupava o tumor. Um gânglio linfático estava em início de formação. Não foram encontradas fibras elásticas, nem fibras musculares. As células estavam uniformemente distribuídas; não havia conglomerados, feixes ou redemoinhos. Não puderam ser reconhecidos quaisquer limitantes celulares. Os núcleos eram mais ou menos ovais, em média de 6 a 9 micra de comprimento, e a distância média entre eles era de 8 a 16 micra. Um único nucleolo de tamanho médio foi observado em muitas células. Ocasionalmente, 3 a 5 núcleos estavam juntos, sem haver, entretanto, células gigantes. Não foi encontrada divisão celular. Núcleos isolados pequenos, redondos, compactos, provavelmente linfocíticos estavam espalhados esparsos. Nas áreas de liquefação, núcleos escuros ligeiramente maiores foram encontrados em grupos, e em volta de alguns uma estreita zona de citoplasma podia ser identificada. Uma única célula apresentava pequenas granulações eosinófilas indistintas. Numerosas eram as "mastzellen".

O diagnóstico anátomo-patológico foi hiperplasia do miométrio, pequeno fibroma linfangiocístico, e cervicite.

Parece que o fibroma linfangiocístico típico é benigno, entretanto, faltam dados suficientes sobre os "follow-up".

O A. discute o diagnóstico e indicações, ilustrando o trabalho com 9 figuras. — *A. A. S.*

---

**A indução do parto com metergina** *(The induction of labor with msthergine)* — FARBER, EMANUEL — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1946, Vol. 51, N.º 6, pág. 859).

Usa o A. um novo preparado de ergotina, a metergina, para a indução do parto em 30 casos consecutivos, com resultado satisfatório em 27. O parto é induzido por esta substância estejam ou não as membranas íntegras, e a duração do parto induzido é menor do que a do parto natural. Não foram observadas complicações maternas ou fetais.

Não advoga o A. o emprego do método como rotina, achando que deve ser reservado para os casos em que existe indicação da indução.

Na inércia uterina a metergina tem emprego valioso. — *C. B. F.*

---

**Síndrome de Chiari-Frommel** *(Chiari-Frommel syndrome)* — MENDEL, E. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1946, Vol. 51, N.º 6, pág. 889).

Pouco frequentes têm sido as comunicações de casos da rara síndrome de atrofia do útero e ovários associada a lactação persistente. FROMMEL, em 1882, observou que a incidência de atrofia uterina em 3.000 puérperas não era senão de 1 %. De acôrdo com a literatura, a principal queixa das pacientes não é a amenorréia, apesar da amamentação ao seio ter cessado há muitos meses, mas sim as dores abdominais, sensações de movimentos ativos no abdome, dores nas costas e manifestações histéricas. Geralmente não existem alterações inflamatórias, mas sempre se encontra atrofia do útero e do colo. Na maioria dos casos os ovários são pequenos e atróficos.

FROMMEL recomendou a profilaxia contra numerosas gravidezes sucessivas, diagnóstico precoce da involução anormal no puerpério, seguido de desmame imediato da criança. Relativamente à terapêutica, ele sugere melhor nutrição, semicúpios quentes, inserção de pessários para irritar o útero e a correção de anemias.

O A. apresenta o caso de uma paciente de 28 anos vista pela primeira vez em Março de 1944, queixando-se de amenorréia com lactação persistente desde o nascimento de seu único filho em Dezembro de 1942. Acusa ainda mal-estar geral e dores vagas no baixo ventre.

O exame revelou mulher preta desnutrida de pequena estatura, de cujas papilas podia ser facilmente observada a saída de leite pela expressão. O colo estava na posição normal, de consistência firme, e com redução pronunciada de tamanho. O útero também se apresentava muito reduzido em tamanho e suas paredes pareciam anormalmente delgadas. A cavidade uterina media 4,5 cm. de profundidade. Ambos os ovários estavam palpáveis e relativamente pequenos. A biópsia do endométrio, revelou um endométrio atrófico. A paciente foi medicada com 5 mg. de estilbestrol duas vezes por dia durante 5 dias.

A 29 de Junho a paciente informou que a menstruação havia reaparecido a 12 de Junho em quantidade muito reduzida. O exame revelou útero e colo de tamanho e consistência normais. A lactação ainda persistia em quantidade apreciável. O estilbestrol foi administrado da mesma forma, conjuntamente com sulfato de ferro, três vezes ao dia.

Não advoga o A. o emprego do método como rotina, achando que deve ser reservado para os casos em que existe indicação da indução.

Na inércia uterina a metergina tem emprego valioso. — *C. B. F.*

---

**Síndrome de Chiari-Frommel** *(Chiari-Frommel syndrome)* — MENDEL, E. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1946, Vol. 51, N.º 6, pág. 889).

Pouco frequentes têm sido as comunicações de casos da rara síndrome de atrofia do útero e ovários associada a lactação persistente. FROMMEL, em 1882, observou que a incidência de atrofia uterina em 3.000 puérperas não era senão de 1 %. De acôrdo com a literatura, a principal queixa das pacientes não é a amenorréia, apesar da amamentação ao seio ter cessado há muitos meses, mas sim as dores abdominais, sensações de movimentos ativos no abdome, dores nas costas e manifestações histéricas. Geralmente não existem alterações inflamatórias, mas sempre se encontra atrofia do útero e do colo. Na maioria dos casos os ovários são pequenos e atróficos.

FROMMEL recomendou a profilaxia contra numerosas gravidezes sucessivas, diagnóstico precoce da involução anormal no puerpério, seguido de desmame imediato da criança. Relativamente à terapêutica, ele sugere melhor nutrição, semicúpios quentes, inserção de pessários para irritar o útero e a correção de anemias.

O A. apresenta o caso de uma paciente de 28 anos vista pela primeira vez em Março de 1944, queixando-se de amenorréia com lactação persistente desde o nascimento de seu único filho em Dezembro de 1942. Acusa ainda mal-estar geral e dores vagas no baixo ventre.

O exame revelou mulher preta desnutrida de pequena estatura, de cujas papilas podia ser facilmente observada a saída de leite pela expressão. O colo estava na posição normal, de consistência firme, e com redução pronunciada de tamanho. O útero também se apresentava muito reduzido em tamanho e suas paredes pareciam anormalmente delgadas. A cavidade uterina media 4,5 cm. de profundidade . Ambos os ovários estavam palpáveis e relativamente pequenos. A biópsia do endométrio, revelou um endométrio atrófico. A paciente foi medicada com 5 mg. de estilbestrol duas vezes por dia durante 5 dias.

A 29 de Junho a paciente informou que a menstruação havia reaparecido a 12 de Junho em quantidade muito reduzida. O exame revelou útero e colo de tamanho e consistência normais. A lactação ainda persistia em quantidade apreciável. O estilbestrol foi administrado da mesma forma, conjuntamente com sulfato de ferro, três vezes ao dia.

A medicina moderna não pode, hoje em dia, ocupar-se exclusivamente com problemas individuais de saúde, devendo, também, considerar os nacionais que afetam o país ou até o mundo todo. — *J. P. R.*

---

**A cesária clássica** *(The Classic Cesarean Section)* — ROMÁN, D. A. — (*The J. of the Int. Coll. of Surg.*, Vol. IX, N.º 3, pág. 400).

A cesária clássica caiu em desuso porque as estatísticas acusavam alta mortalidade em consequência desta operação. O A. executou a cesária clássica 53 vezes num período de 4 anos, sem um caso de morte consequente à operação. Nem outros transtornos mórbidos puderam ser verificados, sendo a média do tempo de hospitalização de 12 dias. Afirma o A. que os cuidados pré-natais e os exames gerais e de laboratório competentes reduzem a incidência de infecção a tal ponto que a intervenção pode ser executada sem perigo.

A cesária deveria ser executada o mais precocemente possível no início do trabalho de parto e se a intervenção tem indicação absoluta, já deveria ser feita alguns dias antes do prazo calculado do parto. Se o feto é muito grande, deve exigir-se uma radiografia, para excluir uma malformação do feto, o que excluiria também a cesária.

A pelve estreitada é encontrada mais frequentemente em mulheres que nasceram fora dos Estados Unidos do que nas americanas. O tipo raquítico da pelve foi mais frequente nas mulheres negras. A modificação mais frequente encontrada no material do A. foi a pelve proporcionalmente estreitada, seguindo as pelves deformadas por adoecimento da coluna vertebral. — *J. P. R.*

---

## *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO*

**Diagnóstico da tuberculose genital feminina** *(Diagnóstico de la tuberculosis genital femenina)* — BRAVO, A. A. — (*Ginec. y Obst. de México*, Abril-Junho 1946, N.º 2, pág. 103).

O A. faz um estudo de revisão sobre a tuberculose genital feminina. Está acorde com que o quadro clínico é pouco característico, dando sintomas e sinais locais: de inflamação pelviana, esterilidade e às vezes metrorragia; e sintomas gerais: febrícula, extenuação progressiva, emagrecimento e palidez.

A existência de tuberculose extra-genital, frequentemente pulmonar, determinada pela radiografia do tórax rotineira e outros exa-

fico e histológico da osteocondrite, que até então se considera patognomônico da sífilis congênita."

O A. deseja chamar a atenção para o fato, por ele também observado, de que nem todos os casos de osteocondrite sejam sifilíticos. — *J. C. C.*

---

**Sulfamidoterapia peritoneal na operação cesariana. Experiência da Maternidade de S. Borja.** *(Sulfamidoterapia peritoneal en la operación cesarea. Experiencia de la Maternidad de San Borja.)* — JORGE AQUINO, G. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Junho 1946, Vol. XI, N.º 3, pág. 39).

O A. inicia seu trabalho tecendo breves comentários sobre a sulfamidoterapia peritoneal em cirurgia geral. A seguir passa em revista algumas estatísticas nacionais e estrangeiras sobre a sulfa peritoneal em cesárias efetuadas em pacientes com suspeita de infecção, e francamente infectadas.

A maioria das estatísticas descreve não só as sulfas como também as técnicas efetuadas, de acôrdo com o caso em aprêço. Após tecer comentários sobre a ação das sulfas apresenta o A. uma casuística de 100 casos de operações cesárias (de Dezembro de 1944 — data que se iniciou como rotina a sulfa peritoneal — a Janeiro de 1946). Os resultados nos 100 casos foram os seguintes (A classificação adotada é a de pureza de SUREAU): Grau I — 40 casos; grau II — 56 casos; grau III — 5 casos; grau IV — 1 caso.

A técnica usada na quase totalidade dos casos foi a histerotomia transperitoneal segmentária arciforme. Em 2 casos a técnica foi segmento corporal e em 6 foram usadas técnicas extra-peritoneais. A dose de sulfatiazol utilizada foi de 4 gramas. Em alguns casos de 8 gramas. Em um caso colocaram-se 13 gramas. Dos 100 casos faleceram 6 doentes (mortalidade global 6 %). Causa-mortis: 3 de choque e anemia aguda (placenta prévia); 1 de embolia; 1 de toxemia e descolamento normo-placentário; e 1 de peritonite.

Termina o A. seu trabalho apresentando um resumo das suas 100 observações. — *J. C. C.*

---

## *LA REVISTA DE MEDICINA Y CIENCIAS AFINES*

**A flora vaginal durante a gravidez** *(La flora vaginal durante la gravidez)* — LEON, J. — (*Rev. Med. y Cienc. Afines*, Junho 1946, Ano VIII, N.º 86, pág. 370).

O A. ocupa-se da flora vaginal durante a gravidez e das controvérsias sobre os estreptococos incriminados como responsáveis na

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — 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

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri
Dr. Alcides Marinho Rego
Dr. Alkindar Soares
Dr. Armindo de Oliveira Sarmento
Dr. Cid Braune Filho
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Gustavo Rego
Dra. Hildegard Stoltz
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Raymundo Santos
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Sylvio d'Avila

ANO XI - 1946

VOLUME 21

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

## 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.

*Tratamento pelo Dicumarol na tromboflebite e trombose venosa pós-operatórias* — PARSONS, W. H. ..... 65

*Ação do dihidrotaquisterol sobre determinadas toxemias do final da gestação* — SHUTE, W. e SHUTE, E. ..... 66

*Levantar precoce após grandes operações cirúrgicas* — SCHAFER, P. W. e DRAGSTEDT, L. R. ..... 66

*A ação hiperêmica das gonadotropinas sobre o ovário e seu emprego como teste rápido da gravidez* — ZONDEK, B., SULMAN, F. e BLACK, R. 67

*A profilaxia da iso-imunização inconsciente da população feminina Rh negativa* — LEVINE, P. ..... 68

*Um tumor transplantavel do rato* — WATTS, R. M. e ADAIR, F. L. ..... 69

*A mortalidade na operação cesariana* — DIECKMANN, W. J. ..... 70

*As proteínas do sôro na prenhez normal e nas toxemias gravídicas* — RINEHART, R. E. ..... 71

*Experiência com a analgesia caudal continua em obstetricia na Universidade do Hospital Michigan* — ANDROS, G. J. e HENDERSON, C. W. 71

*Vitamina E na menopausa* — CHRISTY, C. J. ..... 72

*A terapêutica pela sulfanilamida e estilbestrol na vulvo-vaginite gonocócica* — HAC, L. R., HESSELTINE, H. C., FRED, L. A. e MYRTLE B., C. ..... 73

*Infantilismo sexual na mulher* — GREENBLATT, R. G. ..... 74

*Gravidez cervical* — BOWLES, H. E. ..... 75

*Os problemas médicos e sociais da mãe solteira e do seu filho* — KAVINOKY, N. R. ..... 75

*O uso possivel do traçado quimiográfico em lugar da biópsia do endométrio, para a determinação da ovulação.* — KARNAKY, K. J. ..... 76

# ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

*Modo de ação do estradiol sobre os úteros de coelhas, cobaias e ratas castradas.* — SAMMARTINO, R. e NOGUES, A. E. ..... 76

*Pós-operatório nas cesárias abdominais. Profilaxia e terapêutica das complicações.* — FOURNIER, M. M. ..... 77

*Ponderações sobre a prática da operatória obstétrica* — SOUZA, O. ..... 78

*Grande edema vulvar em grávida* — PALACIOS COSTA, N. e CHAVANNE, F. C. ..... 78

*O problema social da mãe solteira* — PIERRIS, C. A. ..... 78

*Histeropexia (Processo de Malfanti)* — ROSSI, A. A. ..... 79

*Diagnóstico clínico de anencefalia antes do parto* — SALA, S. L. e DIRADOURIAN, J. ..... 79

*Sobre onze casos de cesárias do caso impuro tratados profilaticamente com sulfamida intraperitoneal* — MONSERRAT, M. R., MARTINEZ SOSA, P. e ROMER, I. ..... 80

*Quisto folicular simulando um cisto do corpo lúteo* — BUÑO, W. ..... 80

*Disjunção traumática da sínfise púbica por ação muscular* — CINELI, A. P. 81

*A varicocele pélvica feminina* — AGUERRE, J. A. ..... 81

*Problemas da menopausa* — VARGAS FERNANDES, L. ..... 83

*Os acárdios e suas modalidades* — WILL, G. ..... 84

*Trabalho prolongado* — AGÜERO, O. e AURRECOECHEA, J. U. ..... 85

*A amputação radical da mama com o emprego exclusivo do bisturi elétrico* — MÁRMOL DONATO, G. ..... 85

*Mecanismo da menstruação* — CABRAL, S. F. ..... 87

*Tumor de Brenner incluído em um arrenoblastoma* — CÓNILL-SERRA, V. 88

*Fibromioma da trompa* — MUÑOZ FERRER, F. e CAMBRELENG, R. U. 88

e tecidos adjacentes 171, gordura genital 156, implantes 198, mesentério 149, diafragma 91, subcutâneo 53, trato intestinal 23, rim e tecidos adjacentes 14, baço 4, cavidade torácica 3 e estômago 1.

Outros sítios de formação tumoral observados foram o ovário, testículo, vesícula seminal, timo, gânglios linfáticos, coração e pulmão. Líquido ascítico acompanhava os tumores avançados. O maior número de pontos de formação tumoral em um hospedeiro foi de dez. Quarenta e sete dos 179 hospedeiros (26,3 %) revelaram tumores em sete pontos. Cento e cinquenta e seis hospedeiros (87,1 %) apresentavam tumores em 4 a 8 sítios. Foram transferidas quantidades de tecidos tumorais de 0,5 a 100 mg. O grupo de hospedeiros recebendo 40 mg. ou menos revelou uma percentagem ligeiramente mais baixa de "pegas" do que aqueles recebendo 50 ou 100 mg. de tecido. A transplantabilidade do tumor aumentou com repetidas transferências. Três grupos cronológicos de hospedeiros compostos de 31 grupos de 3 hospedeiros cada um receberam transferências de 92 tumores. O grupo inicial revelou 72 % de transplantes com êxito; o segundo grupo 79,6 %, e o último 90,3 %.

Três experiências foram feitas para determinar o modo de transmissão e proporção de desenvolvimento dos transplantes. Um grande grupo foi inoculado e pequenos grupos foram sacrificados com intervalos semanais. Descrevem o desenvolvimento tumoral nos vários intervalos. Foram observados tumores no fim de sete dias. Foi investigado o efeito do crescimento tumoral sobre o ciclo estral e sobre os ovários.

Numerosas experiências foram realizadas para determinar o efeito do tumor sobre a fertilidade e o curso da gravidez, e desta sobre o desenvolvimento tumoral. — *A. A. S.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA
FEITA EM 9-6-1950

---

**A mortalidade na operação cesariana** *(Cesarean section mortality)* — DIECKMANN, WILLIAM J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1945, Vol. 50, N.º 1, pág. 28).

Os progressos da cirurgia trouxeram como resultante direta os melhores benefícios para a obstetrícia, e a operação cesariana com os seus ótimos resultados é bem o mais eloquente exemplo do quanto a respeito se pode dizer e demonstrar.

A preocupação já agora é a da constante melhoria dos ótimos índices percentuais já conseguidos, pois a constante modificação de processos técnicos permite a esperança de que melhores estatísticas sejam obtidas.

O trabalho apresentado pelos A.A. refere a uma estatística a respeito, e onde as conclusões apresentadas informam que:

1.º) A laparotraquelotomia indicada por casos de desproporção feto-pélvica pode dar no máximo uma mortalidade materna de

0,2 % quando executada precocemente e 0,4 % quando após decorrida a chamada "prova do trabalho".

2.º) A mortalidade total pode ser conservada abaixo de 1 % quando devidamente considerados os fatores, estado geral da parturiente e oportunidade operatória (casos puros e impuros).

3.º) Finalmente, os A.A. indagam: será que a mortalidade materna de qualquer outra intervenção cirúrgica (craniotomia, etc.) é menor? — *A. O. S.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA FEITA EM 9.6.1950

---

**As proteínas do sôro na prenhez normal e nas toxemias gravídicas** *(Serum protein in normal and toxemic pregnancy)* — RINEHART, ROBERT E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1945, Vol. 50, N.º 1, pág. 48).

Cada vez mais aumentam os trabalhos sobre as modificações sanguíneas determinadas pela gestação e paralelamente os estudos a propósito das alterações devidas aos estados toxêmicos.

No trabalho estudam os A.A. a determinação das proteínas sanguíneas em 79 grávidas normais e em cinco pré-eclâmpticas nas quais puderam efetuar 39 determinações. A média dos valores para a globulina do plasma é aproximadamente igual. Durante a gestação em evolução normal, a proteína total tende a cair até o 8.º e 9.º meses voltando ao seu primitivo valor logo após o parto. A diminuição da albumina nas mulheres consideradas "tipo-padrão" variava entre 4,9 e 4 gr. por cc. Nas toxêmicas (pré-eclâmpticas) havia uma redução de mais 14 %, em comparação com as gestantes e de 33 % para com as não grávidas.

O conteúdo em albumina do sôro materno e do cordão umbilical apresentavam valores praticamente idênticos, havendo apenas pequena diferença na fração globulina. — *A. O. S.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA FEITA EM 9.6.1950

---

**Experiência com a analgesia caudal contínua em obstetrícia na Universidade do Hospital Michigan** *(Experience with continuous caudal analgesia in obstetrics at the University of Michigan Hospital)* — ANDROS, GEORGE J. e HENDERSON, CHARLES W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1945, Vol. 50, N.º 1, pág. 68).

Continuam na ordem do dia o emprego e as experiências da analgesia caudal contínua em Obstetrícia. Num espaço de tempo relativamente curto, a bibliografia a respeito é das maiores entre os assuntos em estudo na Obstetrícia atual. A constante preocupação de reduzir ou mesmo abolir a dor do parto, serve de estímulo aos estudiosos da questão, que por isso mesmo encontram na analgesia caudal contínua um excelente motivo para as suas observações cada

entre 3-4 % e os resultados — se se excetuam 5 mortes por eclampsia e uma por síncope cardíaco — em 52 observações de cesarianas segmentárias, segundo a técnica de KRÖNIG-BECK, foram seguros na totalidade dos casos, apesar de tratar-se muitas vezes de casos impuros, com rotura do bolso das águas durante várias horas e ainda temperaturas subfebris. — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 9.6.1950

---

**Ponderações sobre a prática da operatória obstétrica** — SOUZA, O. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Julho 1945, Vol. III, N.º 7, pág. 525).

O A. afirma que o princípio de que ser bom parteiro não é usar com frequência as operações obstétricas. Faz considerações históricas sustentando esta tese. Em seguida realiza a análise imparcial dos atos operatórios obstétricos para reforçar seu ponto de vista mostrando não sòmente o que significa a dilatação artificial do colo como tambem as operações extrativas, fórceps, versão, etc. Alude ao perigo maior da operação consecutiva.

Refere, a seguir, que a cesária deve estar condicionada à justa medida de suas indicações. Invoca a favor do que afirmam as opiniões de médicos consagrados e as estatísticas de vários serviços, inclusive o próprio: em 1.000 observações tem 4,3 % de cesárias.

Termina com um apelo aos práticos para que se orientem dentro do princípio de expectação consciente e da intervenção oportuna. — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 9.6.1950

---

**Grande edema vulvar em grávida** *(Gran edema de vulva en una embarazada)* — PALACIOS COSTA, N. e CHAVANNE, F. C. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Julho 1945, Vol. III, N.º 7, pág. 533).

A observação de um colossal edema vulvar que requereu redução por punção, numa gestante de apenas 5 meses e meio, presta lugar a considerações de ordem médico-legal (trabalhadora de uma fábrica de pintura) assim como etiopatogênicas; estabelecendo-se o provavel diagnóstico — depois da investigação clínica e do êxito terapêutico — de nefropatia gravídica desenvolvida num terreno disendocrínico de predomínio hipotireoideu. — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 9.6.1950

---

**O problema social da mãe solteira** *(El problema social de la madre soltera)* — PIERRIS, C. A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Julho 1945, Vol. III, N.º 7, pág. 540).

O A. emite considerações médico-sociais em torno do problema sempre palpitante da mãe solteira: a civilmente solteira, ainda que

apontam os A.A. os casos em que se deve a ela recorrer com maior assiduidade e defendem o critério da sistematização antes de toda operação cesária, quando as circunstâncias de urgência materna o permitam. — *C. A.*

---

**Sobre onze casos de cesárias do caso impuro tratados profilaticamente com sulfamida intraperitoneal** *(Sobre once casos de cesareas del caso impuro tratados profilácticamente con sulfamida intraperitoneal)* — MONSERRAT, M. R., MARTINEZ SOSA, P. e ROMER, I. — (*La Semana Médica,* Julho 1945, Ano LII, N.º 30, pág. 136).

Os A.A. apresentam 11 casos, com suas observações, de cesárias em casos impuros nos quais usaram sulfamida intraperitoneal, com pleno êxito. Consideram o problema da formação de granulomas e aderências pelos cristais, inclinando-se pelo emprego da sulfanilamida simples pela melhor tolerância. Não houve complicações em seus casos, todos com pós-operatório normal. Em todos empregaram 4 gr. de sulfamida. — *C. A.*

---

## *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA*

**Quisto folicular simulando um cisto do corpo lúteo** *(Quiste folicular simulando un quiste de cuerpo luteo)* — BUÑO, W. — (*Rev. de la As. Méd. Argentina,* Julho 1945, Tomo LIX, N.º 561, pág. 784).

O caso em aprêço é o de um cisto folicular que à princípio pareceu ser cisto do corpo lúteo, pela adaptação de um corpo lúteo sobre um cisto folicular. Em determinadas circunstâncias o corpo lúteo se apresenta rodeando um folículo cístico, de modo que simula um cisto luteínico. A luz do pseudo-cisto assim formado acha-se forrada por um epitélio, como todo cisto folicular, epitélio que pode secundariamente desprender-se total ou parcialmente.

O A. sugere a possibilidade de que uma disposição tal haja sido a que, incorretamente interpretada, originou os grupos denominados III e IV (com revestimento epitelial) dos cistos luteínicos, já que não foi dada, até agora, uma explicação satisfatória da origem de tal estrutura. — *C. A.*

---

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 9.6.1950

**Trabalho prolongado** *(Trabajo prolongado)* — AGÜERO, O. e AURRECOECHEA, J. U. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, 1945, Ano 5, N.º 2, pág. 105).

Os A.A. apresentam um estudo de 1.116 partos prolongados, isto é, partos cuja duração foi de 30 ou mais horas. A cifra de 1.116 partos prolongados representa uma incidência de 4.9 % sobre o total de 22.338 partos ocorridos na Maternidade Concepción Palacios, de 1939 a 1943.

As consequências do parto prolongado foram analisadas através dos seguintes dados: morbidade e mortalidade maternas, frequência de intervenções, mortalidade fetal e neonatal. Em todos estes pontos foi encontrada diferença notavel quando comparados com as cifras globais da mesma Maternidade, diferença que revela em todos os aspectos um aumento a miúdo consideravel, especialmente no que se refere à morbilidade materna e mortalidade infantil. A análise parcial desses mesmos resultados em grupos nos quais a duração do parto foi cada vez maior, revela aumento paralelo de resultados desfavoraveis.

Os A.A. fazem considerações sobre o tratamento a empregar na prolongação do trabalho, expondo a frequência ineficaz dos meios empregados e sugerem que talvez o "parto médico" de KREIS possa diminuir a incidência de partos prolongados. — *C. A.*

---

## *VIDA NUEVA (Cuba)*

**A amputação radical da mama com o emprego exclusivo do bisturi elétrico** *(La amputación radical de la mama con el uso exclusivo del bisturi elétrico)* — MÁRMOL DONATO, GONZALEZ — (*Vida Nueva*, Julho 1945, Tomo LVI, N.º 1, pág. 1).

O A. já é veterano nos estudos da cirurgia pelo bisturi elétrico no tratamento dos tumores da mama. Apresenta como fundamento biológico do método electro-térmico o fato de que o processo canceroso nasce e cresce em um ponto, como uma característica estática local. Posteriormente a um dado momento de sua evolução passa a colonizar a distância para chegar finalmente à sua fase generalizada incontrolavel e mortal.

As vias de propagação dos focos metastáticos sendo sem dúvida alguma as malhas do tecido vizinho, por intermédio dos capilares e dos linfáticos, nos espaços intersticiais enxertando-se por contacto. Apresenta como fato a teoria firmada por HANLEY, da migração cancerosa dos processos através das paredes dos vasos, "por permeabilidade linfática".

## 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.

*Reação decidual de endométrio ectópico num gânglio linfático abdominal* — RUSSELL, H. B. ..... 147

*Envenenamento por substâncias corantes no berçário. Revista de 17 casos.* — GRANBARTH, J., BLOOM, C. J., COLEMAN, F. C. e SOLOMON, H. N. ..... 148

*Novas experiências com o emprego do fascia abdominal transplantado no tratamento da incontinência ao esforço* — STUDDIFORD, W. E. ..... 149

*O tratamento do hipo-ovarismo pela administração cíclica e alternada de gonadotropinas equina e coriônica — a chamada terapêutica gonadotrópica cíclica um-dois.* — HAMBLEN, E. C. e DAVIS, C. D. ..... 150

*O efeito dos estimulantes respiratórios no recém-nascido* — TI LIM, K. e SNYDER, F. F. ..... 151

*Terapêutica do abôrto habitual* — INGRAM Jr., C. H. ..... 152

*Patogenia da peritonite pós-abôrto* — FALK, H. C. e BLINICK, G. ..... 153

*Estudos relativos à morbidade e mortalidade após histerectomia* — PHILLIPS, J. H. ..... 154

*Câncer do colo uterino* — MARTZLOFF, K. H. ..... 155

*O emprego dum oxitócico semelhante à Ergonovina (Methergine)* — BROUGHER, J. C. ..... 156

*Pólipos do colo e do útero* — NEWGARD, K. e MORTON, D. G. ..... 157

*Prolongada administração de dietilestilbestrol* — KARNAKY, K. J. ..... 157

*Fibrolipoma pediculado descomunal* — KERSHNER, D. e SHAPIRO, A. L. 158

*Modo de ação da progesterona sobre o útero da coelha castrada* — SAMMARTINO, R. e NOGUÉS, A. E. ..... 158

*Apendicite aguda e gravidez* — MARTINS C. PASSOS, E. ..... 159

*Ação local das sulfamidas sobre a flora microbiana loqu'a'* — GAMARRA, N. e GOULD, O. ..... 159

*Síndrome de Laurence-Moon-Biedl* — BALDI, E. M. ..... 160

Págs.

*Experimentação clínica com sulfamidas durante a gravidez e o parto* — PEREZ, M. L., BLANCHARD, O. e BARRANTES, G. ..... 160
*Carcinoma primitivo da trompa* — BREA, C. A. ..... 161
*Extração prévia da placenta em um caso de inserção baixa centro-total* — KUNZ, A. C. ..... 161
*Ação combinada da acetilcolina e hipofisina sobre os músculos lisos* — BALANGUER, M. ..... 162
*Tratamento da gonococia feminina com sulfatiazol* — BOVERI, J. L. ..... 162
*Anestesia perineal no período expulsivo* — BOTTIROLI, E. ..... 164
*Os estados intersexuais* — CASTILLO, E. B. DEL ..... 164
*Gravidez intramural* — ROJAS, D. A. ..... 165
*Doença de Simmonds* — JÁZREGUI, G. R. ..... 166
*A dor intermenstrual* — RAFFO DEL CAMPO, M. ..... 166
*A capilaroscopia nas toxemias da gravidez (Com especial referência ao diagnóstico diferencial)* — GIMENO, A. M. e DEL CASTILLO, F. O. D. 167
*Tumores do ligamento redondo* — USANDIZAGA, M. ..... 168

**"CALOR ÚMIDO" NO TRATAMENTO DE TUMORES E CARBÚNCULOS**

O "calor úmido" de uma compressa de ANTIPHLOGISTINE, mais a sua ação osmótica e higroscópica, são de valor positivo no tratamento dos tumores e furúnculos.

Aplicada confortavelmente quente, o "calor úmido" de ANTIPHLOGISTINE mantem-se por muitas horas, diminuindo a dor e o latêjo, e ativando o processo da cura.

ANTIPHLOGISTINE pode ser usada com quimioterapia.

**ANTIPHLOGISTINE**

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK**

Amostras e literatura mediante pedido a

**SCHILLING, HILLIER & CIA., LTDA.**

Caixa Postal 1030 — RIO DE JANEIRO

**ANTIPHLOGISTINE é fabricada no Brasil**

**Síndrome de Laurence-Moon-Biedl** — BALDI, E. M. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas,* Agosto 1945, Vol. III, N.º 8, pág. 619).

O A. expõe a observação clínica de uma paciente de 26 anos apresentando os sintomas que condicionam a síndrome chamada de LAURENCE-MOON-BIEDL, síndrome observada igualmente em duas irmãs da paciente e que, pelo seu caráter familiar, permitiu estabelecer o diagnóstico. A paciente em questão pôde ser seguida durante a gravidez, parto e puerpério, que evoluiram sem incidentes, a conformação do recém-nato não oferecendo nada de particular.

O interesse desta observação decorre do fato que, de acôrdo com a bibliografia consultada, seria o primeiro caso observado de gravidez coincidente com a doença de LAURENCE-MOON-BIEDL.

A conformação normal do aparelho genital leva a classificar este caso entre as formas incompletas da síndrome em questão.

O A. termina com uma resenha das diversas teorias e conceitos destinados a esclarecer a etiopatogenia dessa rara e interessante afecção. — *C. A.*

---

FICHA BIBLIOGRÁFICA
REGISTO 96/1950

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

**Experimentação clínica com sulfamidas durante a gravidez e o parto** *(Experimentación clínica con sulfamidas durante el embarazo y el parto)* — PEREZ, MIGUEL LUIS, BLANCHARD, OSCAR e BARRANTES, GUILLERMO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires,* Agosto 1945, Tomo XXIV, N.º8, pág. 328).

Provado está que as sulfanilamidas, levadas pela corrente sanguínea, difundem-se em todo o organismo, concentrando-se nos diversos órgãos, iniciam os A.A. em sua interessante comunicação.

Falam nos derivados sulfamídicos, no seu emprego por via bucal e parenteral e baseados em vários autores e estatísticas, mostram o seu valor quando empregadas na gravidez e no parto.

Estudam com cuidado e de modo claro o seu emprego durante o parto e gravidez, demonstrando a existência da sulfa, quer no sangue materno quer a sua presença no líquido amniótico e respectiva concentração; e daí concluindo que, as doses terapêuticas empregadas não têm ação tóxica para o feto.

Depois de fazerem considerações sobre os vários derivados de sulfanilamida (soluseptazine, sulfanilamida, sulfapiridina e sulfamerazina), concluem que:

1.º) As sulfamidas, administradas oralmente durante o último período da gravidez, encontram-se no sangue circulante materno e no líquido amniótico em quantidade aproximadamente igual.

2.º) A infecção transparietal de sulfanilamida no líquido amniótico da grávida permite comprovar tambem sua presença, quatro horas depois, no sangue circulante materno.

3.º) As sulfanilamidas, sulfapiridina e sulfamerazina, administradas durante o trabalho de parto, difundem-se no sangue materno e fetal (cordão umbilical, placenta e no recém-nascido) em quantidades variaveis, de acôrdo com cada derivado sulfanilamídico. — *A. F. S.*

---

**Carcinoma primitivo da trompa** *(Carcinoma primitivo de la trompa* — BREA, CESAR A. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Agosto 1945, Tomo XXIV, N.º 8, pág. 340).

O A., baseado em estatísticas, mostra a raridade do carcinoma da trompa e apresenat a observação de uma mulher, solteira, de 61 anos, na qual clinicamente foi diagnosticado carcinoma do endométrio, diante dos sintomas que apresentava.

Foi praticada na doente histerectomia total, operação de escolha do A. em qualquer idade, porque uma simples salpingectomia tem poucas probabilidades de cura.

O exame histopatológico do material retirado revelou epitelioma de células cilíndricas de tipo sólido e pseudo-papilar.

O A., em 11 casos da literatura argentina, verificou que, quatro apresentavam aspectos histológicos diversos, como: epitelioma celómico, adenocarcinoma, endossalpingeoma maligno e carcinoma sólido.

Diante destes resultados, o A. vem demonstrar que a trompa, como qualquer órgão, pode ser invadida por divtrsos tumores, dependendo da célula matriz que os produz. — *A. F. S.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA
FEITA EM 9-6-1950

---

**Extração prévia da placenta em um caso de inserção baixa centro-total** *(Extracción previa de la placenta en un caso de inserción baja centro-total)* — KUNZ, ARTURO CARLOS — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Buenos Aires*, Agosto 1945, Tomo XXIV, N.º 8, pág. 347).

Fala o A. da placenta prévia, sua localização e o procedimento do parteiro ante esta anomalia e cita vários autores, entre eles RADFORT que, em 1832, preconizava a extração prévia da placenta, se bem que este autor partisse de falso conceito, acreditando que a hemorragia era da placenta. SIMPSON, em 1871, praticou o que aconselhava RADFORT, em 106 casos, com sobrevida de 33 fetos.

O caso do A. era de uma multípara, de 21 anos, com profunda anemia pela grande hemorragia e em estado de choque.

FICHA BIBLIOGRÁFICA
FEITA EM 9.6.1950

**Anestesia perineal no período expulsivo** *(Anestesia perineal en el período expulsivo)* — BOTTIROLI, ERNESTO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Agosto 1945, Tomo XXIV, N.º 8, pág. 369).

O A. apresenta o resumo do trabalho original e os 101 casos em que teve ocasião de empregar e observar o efeito da anestesia perineal.

Faz ligeiras considerações, como comporta o resumo do trabalho e as suas conclusões são as seguintes:

A anestesia perineal tem sido objeto de experimentação de nossa parte, com os melhores resultados, por ser inócua, de técnica facil e de eficácia segura, e oferecer junto com a supressão da dor, a grande vantagem consequente ao relaxamento muscular que determina, diminue a resistência das partes moles, que são vencidas, assim, com maior facilidade.

Diminue notavelmente a percentagem de roturas, e quando ocorrem facilita a sua imediata reparação.

Aceitado que sua ação se reduz ao período expulsivo, destacaremos que este é precisamente o momento em que a pressão da apresentação contra os tecidos do assoalho pelviano provoca uma dor permanente que alcança sua máxima intensidade ao ser transposto o anel vulvar.

Com a anestesia perineal se torna quase desnecessária a episiotomia e quando precisa, sua execução é feita em tempo mínimo e com absoluta tolerância, facilitando, em seguida, a sutura.

A anestesia perineal está portanto indicada em obstetrícia, em todos os casos em que se trate de transpor sem dor, o obstáculo oferecido pelo plano perineal ou se trate de operar sobre os genitais externos, por lesões produzidas no parto.

O anestésico de eleição é a novocaína, por sua menor toxicidade e por não produzir fenômenos irritativos locais, são tolerados sem inconvenientes grandes quantidades de anestésico.

Não se produzem alterações das contrações uterinas e o parto é sempre normal. — *A. F. S.*

---

**Os estados intersexuais** *(Los estados intersexuales)* — CASTILLO, E. B. DEL — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Agosto 1945, Tomo XXIV, N.º 9, pág. 379).

O A., no interessante estudo que faz dos estados intersexuais, procura trazer esclarecimentos sobre um assunto dificil e ainda um tanto obscuro. Divide seu trabalho em vários capítulos, em que mostra a sua capacidade de investigador estudioso, interessado em desvendar os mistérios da embriologia.

Ano XI MARÇO DE 1946 Vol. 21 - N.º 3

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Nilo C. de Abreu**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**Dr. Salomão Zagury**
**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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

POSTA CITOGRAFICA
FEITA EM 9-6-1950

**Morte por embolia gasosa após insuflação durante a gravidez** *(Death from air embolism following insuflation during pregnancy)* — BREYFOGLE, HERBERT S. — (*J. A. M. A.*, 29 Set. 1945, Vol. 129, N.º 5, pág. 342).

A insuflação vaginal com picrato de prata para tratamento de tricomoniase vaginal foi introduzido na terapêutica médica em 1936. Desde então, diz o A., já foram publicados 3 casos de morte em consequência desse método terapêutico (1 no Canadá e 2 na Inglaterra).

O A. relata mais um caso ocorrido em paciente em estado de gestação (4.º mês). Essa paciente consultara um "osteopata" por apresentar corrimento vaginal irritante. Foi então submetida pelo "osteopata" à insuflação vaginal com picrato de prata. Na 3.ª aplicação a paciente faleceu subitamente. A autópsia revelou embolia gasosa do ventrículo e aurícula direitos, edema e congestão dos pulmões. Faz o A. um estudo do mecanismo dessa embolia e conclue que a morte resulta de uma obstrução mecânica da artéria pulmonar.

O A. termina o seu estudo do modo seguinte: Os fatos relatados neste estudo põem em evidência que a insuflação vaginal durante a gravidez pode constituir um método extremamente perigoso, especialmente na 2.ª metade da gravidez. Em 3 casos, inclusive o relatado pelo A., os fatos ocorrem próximo da parturição e 2 eram multíparas. A 4.ª morte, embora tenha ocorrido no 4.º mês de gravidez, tambem foi de uma multípara. Parece, pois, que tanto a multiparidade como a fase terminal da gestação são fatores que aumentam o risco da insuflação. Em virtude do fato de que outros são igualmente eficientes no tratamento da tricomoniase vaginal parece que a insuflação da vagina deve ser abandonada. — *O. S. L.*

---

POSTA CITOGRAFICA
FEITA EM 9-6-1950

## *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*

**O efeito sobre a mortalidade infantil da vitamina K ministrada durante o trabalho de parto** *(The Effect on Infant Mortality of Vitamin K administered during labor)* — POTTER, EDITH L. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Set. 1945, Vol. 50, N.º 3, pág. 235).

O A. salienta o interesse que a descoberta da vitamina K trouxe para a explicação possível da hemorragia do recém-nascido. Refere-se aos trabalhos de RODDA, em 1920 e de CLIFFORD, em 1939, bem como de SANFORD e LESLIE, em 1938, sobre a necessidade de haver um prolongamento no tempo de coagulação para poderem ser considerados tais casos. A descoberta dessa vitamina, a possibi-

COPIA FOTOGRAFICA FEITA EM 9-6-1950

## ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

**Uma indicação complexa e pouco frequente de operação cesariana** *(Una indicación compleja y poco frecuente de sección cesárea)* — TURENNE, A. — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Set. 1945, Tomo XXVII, N.º 3, pág. 237).

O A. apresenta um caso raro de intervenção cesariana (abôrto habitual). Trata-se de uma paciente de 30 anos, multigesta (8.ª gestação) mas nulípara e extremamente desejosa de ter um filho vivo. A gestação foi acompanhada pelo A. e as crises dolorosas, seguidas de contrações uterinas, foram tratadas por vitamina E e anti-espasmódicos combinados com repouso absoluto e prolongado na cama. O A. conseguiu, assim, levar a termo a gestação.

Inopinadamente e sem contrações, às 18 horas de 4-9-44 rompem-se as membranas. Nos dias 5 e 6 houve contrações uterinas espaçadas e ineficazes. Às 14 horas do dia 7, continuando a inércia uterina, prolongando-se o período de rotura das membranas (68 hs.) que aumentava, cada vez mais, o risco de infecção ovular, entrando o feto em sofrimento, sobrevindo desequilíbrio psíquico da paciente e sendo esta uma primípara com o colo ainda não dilatado, o segmento inferior espesso e sem ampliação e a cabeça fetal alta, o único meio de conseguir um feto vivo com o mínimo possível para a mãe e o filho era a intervenção cesariana. Foi feita, então, a cesária segmentar, com aspiração imediata e contínua e proteção do campo operatório. Bexiga muito baixa e anormalmente aderente ao segmento inferior; aderências parieto-ligamentares e à esquerda, que obrigaram o A. a incisar verticalmente o segmento inferior. Extração manual difícil da cabeça. Evolução pós-operatória normal. Feto vivo. — *C. C.*

---

**Tratamento da síndrome de Cushing. A propósito de um caso que regrediu com tratamento estrogênico e radioterápico** *(Tratamiento del síndrome de Cushing. A propósito de un caso que retrocedió con tratamiento estrogénico y radioterápico.)* — CERVIÑO, G. M., MANARO, G. M. e BAZZANO, H. — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Set. 1945, Tomo XXVII, N.º 3, pág. 247).

Depois dos A.A. fazerem considerações sobre a síndrome de CUSHING, passam em revista os meios terapêuticos — cirúrgicos, roentgenológicos e hormonais (estrogênios e androgênios) — empregados, até o momento atual, no tratamento da referida síndrome.

Ano XI ABRIL DE 1946 Vol. 21 - N.º 4

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

**Diretor e proprietário — 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**

## COLABORADORES

**Dr. A. Antonio Couri**
**Dr. Alcides Marinho Rego**
**Dr. Alkindar Soares**
**Dr. Armindo de Oliveira Sarmento**
**Dr. Cid Braune Filho**
**Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho**
**Dra. Hildegard Stoltz**
**Dr. João Cardoso de Castro**
**Dr. José de Castro Sthel Filho**
**Dr. Mario N. Pardal**
**Dr. Nelson de Castro Barbosa**
**Dr. Nelson Garcia Nogueira**
**Dr. Nilo C. de Abreu**
**Dr. Orlando Baiocchi**
**Dr. Raymundo Santos**
**Dr. Rodolpho Marques da Cunha**
**Dr. Salomão Zagury**
**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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

# 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.

*Valor do esfregaço vaginal no diagnóstico do câncer uterino: estudo de 1.015 casos.* —, MEIGS, J. V., GRAHAM, R. M., FREMONT-SMITH, M., JANZERO, L. T. e NELSON, C. B. ..... 313

*Administração de penicilina pela boca com resultados no tratamento da gonorréia* — CUTTING, W. C., HALPERN, R. M., SULTAN, E. H., ARMSTRONG, C. D. e COLLINS, C. L. ..... 314

*O controle da sífilis nas mulheres grávidas sob assistência médica do clínico geral* — SOLOWAY, H. M. ..... 316

*O abuso da terapêutica endócrina em ginecologia* — STODDARD, Tte. F. J. 317

*Abôrto espontâneo* — HUDSON, O. S. e RUCKER, M. P. ..... 318

*Terapêutica estrogênico-progesterônica: um novo meio de acesso ao tratamento do abôrto habitual.* — VAUX, N. W. e RAKOFF, A. E. ..... 318

*Função glomerular e tubular renal em relação com a hiper-uricemia na pré-eclampsia e na eclampsia* — CHESLEY, L. C. e WILLIAMS, L. .... 320

*A histerectomia vaginal no tratamento do descenso do útero* — DANFORTH, W. C. ..... 320

*Ovários policísticos bilateralmente. Sua significação na esterilidade.* — STEIN, I. F. ..... 321

*Tratamento da placenta prévia* — WILLIAMSON, H. C. e GREELEY, A. V. 322

*Dietilestilbestrol no tratamento dos distúrbios ovarianos funcionais* — PATTON, G. D. ..... 323

*Revisão de sete anos de tratamento da eclampsia com especial referência ao veratrum viride* — GREENE, G. G. ..... 324

*Causas de sangramento vaginal na mulher acima da idade de quarenta anos* — NOYES, R. W. ..... 325

*Soluções oleosas na anestesia local* — TRUMAN, S. R. ..... 325

*Tumores sólidos do ovário* — HESSERT, E. C. e BIANCO, J. ..... 326

*Histerectomias supravaginal e total* — MOHLER, R. W. e BISHOP, E. H. 326

*Miometrectomia* — CIRIO, C. R. ..... 327

*Um artifício na técnica da operação cesariana segmentária tipo Munro Kerr* — MONIZ DE ARAGÃO, J. M. ..... 328

*Natureza das reações estral e progestacional no útero dos roedores* — SAMMARTINO, R. e NOGUES, A. E. ..... 328

*Estruma ovariano com hipertireoidismo* — DIONISI, H. e FERRARIS, L. V. 329

Págs.

*O extrato de endométrio no tratamento da dismenorréia membranosa e esterilidade* — RISOLIA, A. J. e TRIACA, J. A. ..... 330
*A histerossalpingografia no diagnóstico da gravidez ectópica* — PARADELO, C. A. ..... 330
*Gravidez ectópica da porção intramural da trompa* — ARENAS, N., DENISELLE, J. e SAMMARTINO, R. ..... 331
*Histerografia cavitária* — PALAZZO, O. R. ..... 331
*Reação de Friedman com o líquido céfalo-raquídeo* — YABER, M. ..... 332
*Diabetes insípido na gravidez e no puerpério* — BALDI, E. M. e DIXON, J. 332
*Comentários sobre a luta anticancerosa. As clínicas de tumores.* — BECERRO DE BENGOA, M. ..... 333
*O tartrato de ergobasina no pré-secundamento* — ROJAS GONZÁLEZ, J. A. 334
*Extração de estrona a partir da urina de mulher grávida* — VALENZUELA, L. T. ..... 334
*A infecção focal em Obstetrícia* — DIAZ ESTRADA, M. ..... 335
*Os centros médicos preventivos* — PUENTE DUANY, N. ..... 335
*Tumores endócrino-sexuais do ovário* — ARMSTRONG, T. ..... 336
*A transfusão sanguínea na febre puerperal* — MONTOYA GOMEZ, M. ... 336
*Gravidez ectópica e sinal de Cullen* — GUECUTY, A. L. ..... 337
*As afecções do panículo adiposo como causa de lombo-sacralgias na mulher* — CLAVERO NUÑEZ, A. ..... 337
*As infiltrações anestésicas locais e regionais com solução oleosa de novocaína* — RODRIGUEZ ARIAS, A. e MONTAGUT CUADRAD, R. ..... 337

**ANTIPHLOGISTINE**

**MANTÉM O "CALOR ÚMIDO"**

Aplicada confortavelmente quente sôbre a área afectada, ANTIPHLOGISTINE mantém o "calor úmido" por várias horas, sendo um auxiliar eficaz para aliviar a dor, inflamação e espasmos musculares devidos a torções, luxações e contusões.

No tratamento sintomático dos resfriados do peito e bronquites, o "calor úmido" de ANTIPHLOGISTINE é usado como coadjuvante para aliviar a tosse, dores musculares e opressões do peito.

ANTIPHLOGISTINE pode ser usada com quimioterapia.

**ANTIPHLOGISTINE**

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK**

Amostras e literatura mediante pedido a

**SCHILLING, HILLIER & CIA., LTDA.**

Caixa Postal 1030 — RIO DE JANEIRO

**ANTIPHLOGISTINE é fabricada no Brasil**

cifra a favor da miometrectomia, isto se deve exclusivamente ao acatamento do princípio por nós enunciado: de não executar miomectomias depois dos 40 anos e, muito menos ainda sendo multípara a doente.

Não é supérfluo recordar que, se a maioria das estatísticas acusam uma mortalidade por miomectomia oscilando entre 1,50 e 3,60 %, a que corresponde à miometrectomia, como se depreende de nossa estatística que é a mais importante até o dia de hoje, tão sòmente chega a 1,41 %.

Apesar dos comentários favoráveis e ainda elogiosos em tôrno da miometrectomia, esta operação fica ainda à espera de novas críticas e opiniões com todos os direitos de quase 9 anos de existência. — *Auto-resumo traduzido* — *C. A.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Um artifício na técnica da operação cesariana segmentária tipo Munro Kerr** — MONIZ DE ARAGÃO, J. M. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Out. 1945, Vol. III, N.º 10, pág. 779).

O A. apresenta um artifício destinado a facilitar o encontro, a aproximação e a sutura dos bordos da incisão transversal feita no segmento inferior do útero nas operações cesárias que obedecem à técnica de MUNRO KERR e suas variantes.

Um fio de catgut n.º 2 de aproximadamente 30 cm. de comprimento, provido de uma agulha curva em cada extremidade fixa aos bordos da incisão transversal do segmento inferior uterino logo após iniciado o ato operatório, antes da extração fetal, servirá logo para facilitar a aproximação dos bordos seccionados e a realização da primeira sutura do músculo uterino. — *Auto-resumo.*

---

**Natureza das reações estral e progestacional no útero dos roedores** *(Naturaleza de las reacciones estral y progestacional en el útero de los roedores)* — SAMMARTINO, R. e NOGUES, A. E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Out. 1945, Vol. III, N.º 10, pág. 783).

A reação estral específica caracteriza-se nos roedores pela proliferação do miométrio, enquanto a congestão e o edema devem ser considerados como uma reação vascular inespecífica. Ambas reações aparecem concomitantemente, sendo a dose mínima de 6 U. I. na coelha, 2 na rata e 10 na camondonga, de estradiol em injeção subcutânea única. A reação vascular só se obtém com 2-4 U. I. na coelha, 1 na rata e 6 na camondonga. A reação estral específica

MAIO DE 1946 Vol. 21 - N.º 5

Ano XI

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — 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

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri
Dr. Alcides Marinho Rego
Dr. Alkindar Soares
Dr. Armindo de Oliveira Sarmento
Dr. Cid Brame Filho
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Hildegard Stoltz
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Raymundo Santos
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Salomão Zagury
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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.

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

Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.

Ano XI MAIO DE 1946 Vol. 21 - N.º 5

# ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — 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

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri
Dr. Alcides Marinho Rego
Dr. Alkindar Soares
Dr. Armindo de Oliveira Sarmento
Dr. Cid Braune Filho
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dra. Hildegard Stoltz
Dr. João Cardoso de Castro
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Mario N. Pardal
Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Nilo C. de Abreu
Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Raymundo Santos
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Salomão Zagury
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 reclamações sobre falta de recebimento de qualquer número só serão atendidas até 3 meses depois da publicação do número, passando então a ser pagos como número atrasado.**

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

**Rua Buenos Aires, 66A - 5.º andar - Tel. 23-4699 - 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. PARÁ: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

**Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada a seu Diretor, Prof. Arnaldo de Moraes.**

## 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.

*Teratoma do ovário* — CURTIS, A. H. ..... 397

*Avaliação do método "Coffey I", para anastomose uretero-intestinal.* — MARSHALL, V. F. e GARDNER, J. S. ..... 398

*Anomalias congênitas após rubeola materna nas primeiras semanas de gravidez, com especial menção sobre a catarata congênita* — ALBAUGH, C. H. ..... 399

*Transfusão pelo cordão umbilical no tratamento de uma criança nascida prematuramente com eritroblastose fetal* — HARVILLE, C. H. ..... 399

*O levantar precoce no puerpério* — ROSENBLUM, G., MELINKOFF, E. e FIST, H. ..... 400

*Senescência placentária e o iniciar do parto* — MANDEL, H. S., GRAFE, S. e GRAFF, A. ..... 401

*Tratamento do carcinoma do colo pelas agulhas de radium empregadas intersticialmente no "Rhode Island Hospital"* — WATERMAN, G. W. e DI LEONE, R. ..... 402

*Histerectomia abdominal total* — MOHLER, R. W. e BISHOP, E. H. ..... 403

*O tratamento dos sintomas menopáusicos pelos androgênios, em pacientes cancerosas* — GUSBERG, S. B. ..... 404

*A terapêutica pelo lactobacilo na vaginite devida a tricomonas* — BRADY, L. e REID, R. D. ..... 406

*Tratamento das náuseas na gravidez, pela hidratação forçada.* — ELLER, W. C. e RANDALL, J. H. ..... 407

*Anestesia paracervical na redução da dor do trabalho de parto* — ROSENFELD, S. S. ..... 407

*Diverticulite aguda da sigmóide na prenhez* — SCHNALL, L. E. P. e CONWAY, J. F. ..... 408

*Vômitos incoercíveis da gravidez devido à sensibilidade ao esperma* — JAMES, D. W. ..... 409

*Qual é o pH mais favorável para o crescimento da Monilia Albicans patogênica?* — KARNAKY, K. J. ..... 410

Págs.

*Identificação do recém-nascido* — PERALTA RAMOS, A. ..... 410
*Prolapso de uretra feminina* — SILVA PEREIRA, J. M. ..... 411
*Prolapso uterino: histeropexia parieto-abdominal.*—URIBURU, J. V. (filho) 411
*Gravidez em útero pseudo-didelfo* — SOSA y SÁNCHEZ, A. I. ..... 412
*Experiência clínica com sulfanilamidas durante a gestação e o parto* — PEREZ, M. L., BLANCHARD, O. e BANANTES, G. ..... 412
*O tratamento das metropatias hemorrágicas pelas gonadotrofinas séricas* — MOLFINO, A. H., DEL TONGO, J. e ARAUDA, A. B. ..... 413
*A incisão de Pfannenstiel em ginecologia* — BELLOMO, U. J. e QUIRNO, J. N. ..... 413
*Fibrosarcoma da vulva* — MONSERRAT, M. B., MARTINEZ SOSA, P. e ROMER, I. ..... 414
*Sobre a histologia da zona sexual na cortex suprarrenal* — MONASTENO, A. C. ..... 414
*Tumores prévios* — OLIVA, J. L. ..... 415
*Cisto da parede uterina* — PEÑA REY ..... 417
*Eclampsia espúria. Apoplexia serosa pós-neosalvarsânica mortal em uma gestante.* — LUIZ GONZALEZ BARCIA ..... 417

de Graafina

BENZOATO DE DIHIDROFOLICULINA

1.000 (0.1 mg.) em caixa de 7 emp.

10.000 (1 mg.) em caixa de 1 e 3 emp.

50.000 (5 mg.) em caixa de 1 e 3 emp.

Unidades benzoicas internacionaes

RIGOROSAMENTE TITULADA

Rua Francisco Muratori, 57
Tel. 42-6641

Inst. Therap. "SCIL" Ltd.

distribuição de doentes: 1) Levantar precoce: levantar no 1.º ou 2.º dia de puerpério; 2) Levantar intermediário: levantar no 3.º ou 4.º dia de de puerpério; 3) Levantar tardio: levantar após o 4.º dia de puerpério. A 1.ª série é constituída de um grupo de 247 pacientes, a segunda de 106 pacientes e a 3.ª de 229 pacientes, num total de 582 pacientes.

As conclusões dos A.A. são as seguintes:

Nossa documentação indica que as puérperas podem levantar-se precocemente, sem prejuízo e vantajosamente, não resultando disso nenhum malefício.

A função intestinal principalmente é melhorada como resultado do levantar precoce no puerpério.

O levantar precoce reduz a quantidade de cuidados de enfermagem.

A maioria das pacientes tratadas desse modo referem-se favoravelmente ao método.

As estatísticas não mostram particular vantagem das puérperas que se levantaram no 3.º ou 4.º dia sobre as que se levantaram no 1.º ou 2.º dia.

E' nossa opinião que o levantar precoce resulta em mais rápida e confortável convalescença com menos astenia e menos depressão pós-operatória e pós-parto.

E' nossa esperança que este estudo encorajará observações e interesse ulteriores sobre a questão do levantar precoce no puerpério, o que pode eventualmente esclarecer este problema ainda em equação. — *O. S. L.*

FICHA BIBLIOGRÁFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

## *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*

**Senescência placentária e o iniciar do parto** *(Placental senescence and the onset of Labor)* — MANDEL, HOWARD STEPHEN, GRAFE, SAMUEL e GRAFF, ADAM — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1945 Vol. 50, N.º 5, pág. 471).

O iniciar do parto tem sido atribuído a numerosos fatores, hormonais e outros, entre os quais, a senescência placentária. Tem sido provado histologicamente que, a termo, a placenta é um órgão senil (GROSSER, YOUNG, BARTHOLOMEW e COLONI, EDEN, FRASER, WILLIAMS, TENNEY e PARKER, etc.). Por outro lado, a quantidade de estrogênio e progesterona produzidas pela placenta atinge seu maior nível a termo (SMITH e SMITH, COHEN, MARRIAN e WATSON, PROBSTER, etc.).

Empregando métodos químicos, investigadores haviam possibilitado a correlação entre o quadro morfológico e a atividade fisioló-

gica de qualquer tecido vivo com sua idade cronológica (COWDRY). Por outro lado, ROBERTSON, estudando os problemas gerais de crescimento e idade, observou que a relação nucleocitoplásmica é alterada com a idade e velocidade de crescimento de vários tecidos.

Os A.A. propuseram-se a investigar a hipotética correlação entre a idade cronológica da placenta e a R. N. C. durante sua existência de 9 meses; em segundo lugar a relação possível entre a idade "funcional" da placenta expressada em seu R. N. C. e o iniciar do parto; e, terceiro, procurar determinar os fatores que podem acelerar ou retardar quer a atuação quer o iniciar do parto.

O material estudado consiste em placentas humanas reunidas das salas de parto e de operação do "Sloane Hospital for Women". O R. N. C. foi medido quimicamente pelo método de GRAFF e MACULLA. O trofoblasto original é um tecido grandemente ativo, invasor, de crescimento rápido, com tecido muitíssimo nucleado, obviamente com R. N. C. teoricamente de valor máximo. As placentas abaixo de 3 meses de idade se aproximam de 7 por cento; de 3 a 6 meses o R. N. C. é em média 4,5 por cento; e de 6 meses ao termo o valor é de cêrca de 3,6 por cento.

No momento atual predominam as opiniões que explicam o iniciar do parto por causas hormonais (MARSHALL, SNYDER, REYNOLDS, etc.). Assim os A.A. voltam sua atenção para esse terreno. SMITH e SMITH descrevem súbita queda da excreção estrogênica e progesterônica de 2 ou mais dias antes do termo. ADAIR e THELANDER apontam alta correlação entre o peso placentário e o da criança. Os estudos dos A.A. mostraram que não há correlação entre o peso da placenta e o R. N. C. As toxemias gravídicas não têm ação sobre a idade placentária. A morte fetal *in utero* abaixa o R. N. C., possivelmente por processo autolítico. Concluem que não há correlação entre a senescência placentária e o iniciar do parto. — *A. M.*

---

**Tratamento do carcinoma do colo pelas agulhas de radium empregadas intersticialmente no "Rhode Island Hospital"**

*(Treatment of Carcinoma of de cervix by interstitial Radium needles at the Rhode Island Hospital)* — WATERMAN, GEORGE W. e DI LEONE, RALPH — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1945, Vol. 50, N.º 5, pág. 482).

Desde a primeira publicação dos A.A. em 1937, dois trabalhos àpareceram relativos ao uso da radiação intersticial do carcinoma do colo do útero, trabalhos de ARNESON e de NOLAN e QUIMBY.

E' propósito dos A.A. neste trabalho, primeiro, relatar os índices de sobrevida de 10 anos em 309 casos, de 1926 a 1933, previamente relatados em relação à sobrevida de 5 anos; segundo, acres-

2 tabletes de bacilos lácticos bem profundamente na vagina todas as noites. Só deve tomar lavagens se verificar que há alguma irritação da vagina provocada por partículas não absorvidas, sendo neste caso recomendada a usar água com vinagre branco (5 % de ácido acético). Este tratamento em casa é continuado de 2 a 4 semanas e mais, se necessário.

Julgam os A.A. que dois fatores explicam a maioria dos insucessos: primeiro, os médicos recomendavam lavagens vaginais diárias, que prejudicam a finalidade do método de tratamento, e, segundo, não insistirem que o tratamento fosse continuado durante o período menstrual.

Conquanto não atribuam a este método 100 % de curas, os A.A. julgam que seus resultados foram muito satisfatórios. — A. A. S.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-50

---

**Tratamento das náuseas na gravidez, pela hidratação forçada.** *(Nausea of pregnancy treated by forced hydration)* — ELLER, WILLIAM C. e RANDALL, JOHN H. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1945, Vol. 50, N.º 5, pág. 518).

A divergência de opiniões sobre a "doença das teorias" continua, não obstante o progresso científico dos últimos anos. A respeito muito se tem dito, escrito e a multiplicidade de tratamentos propostos é bem uma prova de que ainda não foi conseguido um capaz de atender inteiramente ao quadro clínico.

Considerando a náusea na gravidez, como o resultado da elevada concentração de gonadotrofina coriônica (cionin) existente durante o primeiro trimestre, os A.A. apontam no seu trabalho os resultados obtidos com o tratamento da chamada "hidratação forçada". Para melhor compreensão e interpretação, os resultados foram distribuídos em vários grupos, sendo que 47 % considerados "muito satisfatórios" e 14,7 % "satisfatórios".

Resumindo, dizem os A.A. que o método, que é descrito no trabalho, pode ser usado no tratamento das náuseas acompanhadas ou não de vômitos; que o seu resultado é perfeitamente explicado pela redução da concentração hormonal, e que é um método terapêutico caracterizado pela simplicidade, eficiência e economia. — A. O. S.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Anestesia paracervical na redução da dor do trabalho de parto** *(Paracervical anesthesia for the relief of labor pains)* — ROSENFELD, SAMUEL S. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.* Nov. 1945, Vol. 50, N.º 5, pág. 526).

O problema da abolição da dor no parto continua despertando o interesse dos estudiosos da questão. Os resultados obtidos com

o emprego da infiltração anestésica em ginecologia, permitindo que com absoluta tranquilidade pudessem ser efetuadas operações sobre o colo, as de interposição, histerectomias por via vaginal e outras, trouxeram grande esperança na sua aplicação em obstetrícia. Os trabalhos foram sendo efetuados, principalmente após os ensinamentos de HENRIET, que reviveu na França as experiências de antigos autores, com ótimos resultados. E desde então, as opiniões foram se fazendo conhecer através a prática mais continuada da anestesia por infiltração no trabalho de parto. A anestesia do períneo e a infiltração do pudendo tomaram desde logo destacado valor pelos resultados oferecidos, o que no entanto não impediu que alguns autores se manifestassem contrários à sua prática.

Prosseguindo no estudo de tão importante questão, o A. dá a conhecer os índices numéricos dos resultados obtidos com o emprego da anestesia paracervical na redução da dor do trabalho de parto. Há no trabalho uma ilustração que demonstra a técnica do método, que foi empregado em 100 casos dos quais 45 eram nulíparas e 55 multíparas. Para mais perfeito contrôle das drogas usadas, dividiu os casos de conformidade com a substância anestésica empregada (novocaína com ou sem adrenalina, nopercaína, Eucupin Standard e Eucupin com procaíne a 1 % e 2 %).

Na opinião do A. a injeção paracervical de soluções anestésicas, determina imediata redução da dor determinada pelas contrações uterinas.

A procaína, a nopercaíne e o Eucupin com ou sem adrenalina oferecem ótimo resultado. Não existem alterações da dinâmica uterina, nem complicações na evolução normal do parto. Não foram observados casos de choque nem sintomas particularmente dignos de registro. — *A. O. S.*

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Diverticulite aguda da sigmóide na prenhez** *(Acute diverticulitis of the sigmoid in pregnancy)* — SCHNALL, L. E. PHANEUF e CONWAY, J. F. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1945, Vol. 50, N.º 5, pág. 558).

Os A.A. dão a conhecer no seu trabalho um caso de excepcional raridade, ocorrendo durante a gestação. A pesquisa bibliográfica a respeito do assunto, nada informa nestes últimos anos. E' possível que a justificativa da ausência da citação de casos semelhantes ao dos A.A. seja dada pelo fato de que o diagnóstico não tenha sido feito.

No caso que serviu para a apresentação do trabalho, é relatada a ocorrência verificada em uma primigesta de 31 anos internada no Hospital Carney, no dia 22 de Maio de 1944. Na história clínica, dominava a informação a respeito de uma dor intensa, localizada

operação nova, senão de um aperfeiçoamento das técnicas clássicas empregando cordões pediculados procedentes da linha branca infra-umbilical. Não pretende discutir as indicações, vantagens e resultados da histeropexia parieto-abdominal, a respeito da qual cirurgiões e ginecólogos de reconhecida experiência já deram opiniões definitivas. Chama a atenção, apenas, para os benefícios que resultam do emprego de cordões do fascia nessa operação; sua experiência, com esse material, é grande no seu Serviço, do mesmo modo em outras operações como hérnias, eventrações, reconstrução de ligamentos, etc. — *Auto-resumo*.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10-6-1950

---

**Gravidez em útero pseudo-didelfo** *(Embarazo en útero pseudo-didelfo)* — SOSA y SÁNCHEZ, A. I. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Nov. 1945, Vol. III, N.º 11, pág. 877).

O A. apresenta o caso de uma doente que chega à consulta depois de 4 gestações terminadas por abôrto espontâneo em distintas épocas da gravidez. A histerossalpingografia revela a existência de um colo único com dois corpos uterinos completamente separados, estreitos e alongados. A observação detalhada dos antecedentes sugere a possibilidade de levar uma gestação à termo, já que os abortos se produziam em época cada vez mais adiantada da prenhez. Em vista disso foi aconselhada a paciente internar-se para ser submetida a repouso e atenção especial; mas pouco depois perde uma 5.ª gestação, no 6.º mês. Novamente grávida de 5 meses é internada, conseguindo prolongar a gestação dois meses mais e obtendo finalmente uma criança viva de 2.950 gr. de peso.

Este êxito deve-se, em parte, à ginástica a que foi submetida a musculatura uterina, mas não afasta a necessidade da intervenção sugerida pelo ginecologista. — *Auto-resumo*.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 10.6.1950

---

## *LA SEMANA MEDICA (Buenos Aires)*

**Experiência clínica com sulfanilamidas durante a gestação e o parto** *(Experimentación clínica con sulfanilamidas durante el embarazo y el parto)* — PEREZ, M. L., BLANCHARD, O. e BANANTES, G. — (*La Semana Médica*, Nov. 1945, Ano LII, N.º 46, pág. 757).

As sulfanilamidas têm sido empregadas durante a gravidez e o puerpério sem inconvenientes para a gestante ou para o feto. O trabalho experimental dos A.A. consta, em linhas gerais, da comprovação da concentração das sulfanilamidas no líquido amniótico e

sua relação com o sangue materno; da difusão das sulfas administradas durante o trabalho de parto. Concluiram que as sulfas administradas oralmente durante a última parte da gravidez, encontram-se no sangue circulante materno e no líquido amniótico em quantidades aproximadamente similares. A injeção transparietal de sulfanilamidas no líquido amniótico da grávida permitiu comprovar também sua presença 4 horas após no sangue circulante materno.

As sulfanilamidas, sulfapiridina e sulfamerazina, administradas durante o trabalho de parto, difundem-se pelo sangue materno e fetal (cordão umbilical, placenta, recém-nascido) em quantidades variáveis de acôrdo com cada derivado sulfanilamídico. — *C. A.*

---

**O tratamento das metropatias hemorrágicas pelas gonadotrofinas séricas** *(El tratamiento de las metropatias hemorrágicas pr las gonadotrofinas séricas)* — MOLFINO, A. H., DEL TONGO, J. e ARAUDA, A. B. — (*La Semana Médica*, Nov. 1945, Ano LII, N.º 46, pág. 762).

Os A.A. recordam as principais experiências que deram a conhecer a existência dos hormônios gonadotróficos hipofisários e seu papel sobre os ovários; a descoberta da gonadotrofina coriônica e da sérica e suas diferenças nas reações ovarianas e secundárias nos animais de experiência. Passam depois a considerar a metropatia hemorrágica, de tratamento delicado nas pacientes jovens, exaltando a gonadotrofina sérica na sua terapêutica. Apresentam 5 casos, sendo 4 na adolescência e um aos 43 anos, de menometrorragias, diagnosticados como metropatia hemorrágica (uns clínica outros anátomo-patologicamente), em que a injeção de gonadotrofina sérica demonstrou êxito surpreendente. — *C. A.*

---

## *REVISTA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE PATOLOGIA FEMININA*

**A incisão de Pfannenstiel em ginecologia** *(La incisión de Pfannenstiel en ginecologia)* — BELLOMO, U. J. e QUIRNO, J. N. — (*Rev. Méd.-Quir. de Patol. Fem.*, Novembro 1945, Tomo XXIV, N.º 9, pág. 596).

Os A.A. apresentam os resultados e as impressões pessoais sobre a incisão de PFANNENSTIEL, baseados na apreciação de 1.689 feitas durante 10 anos. Seu emprego é amplo, em mulheres de todas as idades e tipos constitucionais, delgadas ou gordas, em pelves pro-