

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filaís: 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, 193 - João Pessoa

E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 553 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Agosto de 1947

Vol. 24 — N.º 2

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

Alergoses hormonais em Ginecologia — DRA. CLARICE DO AMARAL 85

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Da endoscopia urinária em Ginecologia — PROF. DR. ALCINDO FIGUEIREDO BAENA 103

EDITORIAL

Novas diretrizes na pesquisa do câncer 123

NOTAS E COMENTÁRIOS

"III Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia" (A serem realizadas em Belo Horizonte de 17 a 21 de Setembro de 1947).. 128

Concurso de Livre-Docência de Clínica Ginecológica na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais 128

"Sétimas Jornadas Rioplatenses de Obstetrícia e Ginecologia" (29-31 Outubro 1947) 129

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Buenos Aires 129

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en Gynécologie — CLAUDE BÉCLÈRE 130

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da octogésima-sétima sessão ordinária 132

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA DE MINAS GERAIS

Ata da sessão ordinária realizada a 29 de Julho de 1946 134

Ata da sessão extraordinária realizada a 20 de Agosto de 1946 136

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Câncer do corpo do útero</i> — TAYLOR, H. e BECKER, W. F.	137
<i>Ação da irradiação sobre as células vaginais no câncer do colo</i> — GRAHAM, R. M.	138
<i>Ação da irradiação sobre as células vaginais no câncer do colo</i> — GRAHAM, R. M.	139
<i>Uma contribuição ao estudo da eclampsia</i> — WHITACRE, F. E.; LOEB, W. M. e CHIN, H.	139
<i>Aplicação de nosso conhecimento sobre o fator Rh</i> — COLE, J. T.	140
<i>Tumor masculinizante do ovário de tipo suprarrenalico</i> — DOUGLAS, M.	141
<i>Anestesia pelo pentotal sódico em cirurgia obstétrica e ginecológica</i> — MAZZOLA, V. P.	142
<i>Leucoplasia vulvar</i> — HYAMS, M. N. e O. H. BLOOM	142
<i>Uma artéria espiral no ovário da coelha</i> — REYNOLDS, S. R. M.	144
<i>Terceiro período do trabalho: I) Medida da perda sanguínea. II) Ergo-trate endovenoso.</i> — QUIGLEY, J. K.	145
<i>Uma avaliação do teste de gravidez baseado na hiperemia ovariana na rata imatura</i> — BUNDE, C. A.	145
<i>Salpingite crônica</i> — SHAW, H. N. e J. GASPAR	146
<i>A concentração de íons de hidrogênio (pH) em vaginas normais</i> — K. J. KARNAKY	147
<i>A irradiação pelos raios X para promover a ovulação</i> — HAMAN, J. O.	148
<i>Nova técnica e suas vantagens para a extração do ovóide cefálico na cesária segmentária</i> — RODRIGUEZ, M. U.	149
<i>Deve preferir-se a histerectomia subtotal à total nas indicações de histerectomia por lesões não malignas</i> — BELLO, E.	149
<i>Tumores virilizantes do ovário</i> — PEDERSEN, J.	150
<i>Mentalidade obstétrica ou consciência ginecológica</i> — TURENNE, A.	150
<i>Vacino-terapia autógena na tricomonose genital feminina</i> — ADEODATO FILHO, J.	151
<i>Febre sulfamídica</i> — SONTAG GÂNDARA, C. C. e BASSENHEIM, C. W.	151
<i>Interrelação entre as gonadotrofinas e os hormônios sexuais</i> — LA-QUEUR, E.	152

	Págs.
Aspectos endocrinológicos do câncer. Sobre seu diagnóstico e tratamento.	
BARLARO, P. M., BARAÑAO, A. C. e MILLAN, J. M.	153
Alguns aspectos da endocrinoterapia em Ginecologia — WEINSTEIN, B. B.	154
O diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino — GARCIA ALVAREZ, J.	154
Irrigação retrógrada das trompas, para provar sua permeabilidade, quando se abre a cavidade abdominal. — CHAVEZ CARRADA, R.	155
Bases biológicas para uma classificação de gestoses — TORRE BLANCO, J.	156
Hemoperitônios ginecológicos — ZUCKERMANN, C.	156
Distocia por cicatrização viciosa cérvico-vaginal — VAUTRIN, G. e SAN-CHEZ ROJAS, E.	157
Oclusão intestinal, hemorragia abdominal e gravidez — OLIVER MEDIA-CEJA, J. J.	158
Ensaio de prevenção das trombozes experimentais no coelho pelo Dicoumarol — VASSY, S.	158
Indicações comparadas da Cirurgia e da Radioterapia nos neoplasmas do colo pouco adiantados graus I e II. Resultados de um ano. — MULLER, J. N.	159
A propósito de uma teoria cervical aplicada ao parto — KREIS, J.	160
Esterilidade feminina de origem tubária sem lesão anatômica — KREIS, J.	160
Infarto hemorrágico do mesossalpinge por endoteliose vegetante trombo-poietica — COURTOIS, J., LELIÈVRE e ISIDOR, P.	161
Sobre a gênese da gravidez abdominal primitiva — GIORGI, L. DE	161
A tiroxina e a vitamina C em relação com as funções reprodutoras femininas — BRACALE, U.	162
Clinica da mola hidatídica — BEDOYA, J. M.	163
Ectopias renais e ginecopatias — SALA PONSATI, J. M.	163
Abdome agudo em ginecologia — CABRERA A. DE ZUMALAVA, S. ...	164
Gravidez tubárica bilateral — FIGUIER, B. e ROMERO-GIRÓN	164

LABORATORIOS IODOBISMAN S. A.

Iodeto de bismutila injetável

Iodobisman

Para adultos e para crianças

RESULTADOS SURPREENDENTES
NO TRATAMENTO DA SÍFILIS
EM TODAS AS SUAS MANIFESTAÇÕES
NÃO DOE, NÃO ENQUISTA
ÓTIMAMENTE TOLERADO

DOSE DUPLA
" SIMPLES
" INFANTIL

Medicação dos debilitados
e convalescentes

TROPHOLIPAN

Aplicado com grande sucesso na Osse, nos Lúes, Exat des e Comuñes

ORIENTAÇÃO TÉCNICA
E CIENTÍFICA
DOS
PROFESSORES:

DR. I. RAETA VIANNA
DR. AGGEO PIO SOBRINHO

ÉSTERES DOS ÁCIDOS
GRAXOS, DOS ÓLEOS DE
CHALMOOGRA E DE
FÍGADO DE BACALHAU
E LÍQUIDES IOTAIS
DO CÉREBRO EM
SUPERSATURAÇÃO.

CAIXA POSTAL 2523
TEL. 43-9025
" 23-4010

R. DO ROSÁRIO 158/158 A.
RIO DE JANEIRO

Não existe razão para suspeitar que esta artéria espiralada do ovário participa em qualquer função ovariana normal de forma comparável às artérias em espiral encontradas na basal do endométrio.

A cautela exige que isto seja guardado na mente como uma possibilidade nos estudos dos fenômenos cíclicos do ovário — A. A. S.

Terceiro período do trabalho: I) Medida da perda sanguínea. II) Ergotrate endovenoso. (*Third stage of labor: I. Measurement of blood loss. II. Intravenous ergotrate.*) — QUIGLEY, JAMES KNIGHT — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Fev. 1947, Vol. 52, N.º 2, pág. 271).

A perda normal de sangue depende em parte do tamanho e peso do indivíduo, sendo o valor médio de 348 cc., encontrado por várias autoridades. Esta perda é compensada pelo aumento médio de 500 cc. que se verifica durante a gravidez. A separação da placenta ocorre quase imediatamente depois do nascimento da criança e depende de contração uterina. A expulsão da placenta não é comum após o uso de anestesia ou analgesia, devendo ser sempre espremida, sendo que nada se ganha em retardar a manobra. A injeção de ergotrate endovenosa feita no momento em que a cabeça emerge no períneo e no tempo em que se dá o desprendimento dos ombros ocorre o descolamento da placenta, com o colo ainda mantido aberto pelo corpo da criança. A incidência de retenção de placenta foi de 6 em 430 casos. O processo não é usado em apresentações podálicas. — C. B. F.

Uma avaliação do teste de gravidez baseado na hiperemia ovariana na rata imatura (*An evaluation of the pregnancy test based on ovarian hyperemia in the immature rat*) — BUNDE, C. A. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Fev. 1947, Vol. 53, N.º 2, pág. 317).

Em 1942 SALMON, GEIST, SALMON, e FRANK observaram que a injeção subcutânea de gonadotrofina coriônica produzia uma hiperemia ovariana dentro de seis horas na rata imatura.

Eles sugeriram seu emprego como teste para a gravidez e experimentaram 110 urinas, 78 de mulheres grávidas e 32 de não-grávidas. Não houve reações positivas falsas, e uma percentagem de 99 % de segurança foi referida.

Em 1943 KUPPERMAN, GREENBLATT, e NOBACK empregaram uma variante deste teste para gravidez. A urina era injetada intraperitonealmente em ratas imaturas e os ovários examinados duas

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Nova técnica e suas vantagens para a extração do ovóide cefálico na cesária segmentária (*Nueva técnica y sus ventajas para la extracción del ovoide cefálico en la cesarea segmentaria*) — RODRIGUEZ, M. U. — (*The J. of the Int. College of Surgeons*, Jan.-Fev. 1947, Vol. X, N.º 1, pág. 126).

O A., após uma rápida explanação das condições operatórias da cesariana, passa a expor a técnica da sua extração, feita em 11 cesarianas realizadas no Hospital San Juan de Dios em Costa Rica, que consiste essencialmente em retirar a cabeça fetal em occípito anterior em lugar de posterior.

A seguir apresenta o A. as vantagens desta técnica:

1) Substitue os diâmetros sub-mentoneanos pelos sub-occipitais que são mais reduzidos.

2) Na maioria dos casos a cabeça pode ser extraída sem fórceps.

3) Quando este tem que ser usado, pode ser menor e tem as vantagens anteriormente mencionadas.

4) E' a técnica mais lógica porque imita a posição do parto fisiológico. — A. A.

Deve preferir-se a histerectomia subtotal à total nas indicações de histerectomia por lesões não malignas (*Debe preferirse la histerectoima subtotal a la total en indicaciones de histerectomia por lesiones no malignas*) — BELLO, E. — (*The J. of the Int. College of Surgeons*, Jan.-Fev. 1947, Vol. X, N.º 1, pág. 129).

Após considerações gerais sobre o histórico e a opinião de alguns autores a respeito de se se deve fazer uma histerectomia total ou subtotal como tratamento das lesões não malignas que indicam a extirpação do útero, o A. afirma ter preferência pela operação subtotal, apresentando dados de morbidade e mortalidade que o apoiam nessa resolução, terminando o trabalho com um resumo da técnica que emprega. — A. A.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

A propósito de uma teoria cervical aplicada ao parto (*A propos d'une théorie cervicale appliquée à l'accouchement*) — KREIS, J. — (*Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, Fev. 1947, Ano 42, N.º 2, pág. 45).

O A. estabelece, como premissa de seu estudo, que o colo uterino é organizado para se contrair e, ainda mais, organizado, segundo observações clínicas, para se contrair isoladamente ou com uma intensidade desproporcionada à do corpo. E argumenta: "Se o colo e o corpo são organizados para se contraírem, se a contração simultânea do colo e do corpo é incompatível com a função normal, deve-se admitir que o impulso contrátil ritmado atinge no caso normal sucessivamente a uma e outra parte do útero."

O A. pendee, segundo certas observações, da contração primária do colo e da contração secundária do corpo, para a hipótese que essa sucessão contrátil é geral, mas segundo um modo no qual a atividade muscular do colo seria fugaz ou apagada de maneira a não apresentar um obstáculo patológico ao trabalho do corpo.

Partindo desse ponto de vista o A. faz um estudo sobre as inter-relações funcionais do corpo e do colo. Baseia-se, para isso, nos conhecimentos adquiridos pelas experiências recentes da raquianestesia, da infiltração do simpático lombar e da anestesia epidural. Dessas experiências o A. conclue pela divergência de função ou dualidade funcional do colo e do corpo. — O. S. L.

Esterilidade feminina de origem tubária sem lesão anatômica (*Stérilité féminine d'origine tubaire sans lésion anatomique*) — KREIS, J. — (*Rev. Franç. de Gin. et d'Obst.*, Fev. 1947, Ano 42, N.º 2, pág. 55).

Baseado em numerosas observações de fecundação após histerossalpingografias, pertubações e mesmo simples exames ginecológicos, o A. imaginou que a posição da trompa era fortuitamente modificada e de algum modo regularizadas as suas relações com o ovário. Essa maneira de ver é apoiada pelos casos de retroflexão congênita, em que a trompa era encontrada apoiada sobre a articulação sacroilíaca, tendo o pavilhão voltado para cima. Essas pacientes tornaram-se grávidas após correção cirúrgica da posição uterina e implicitamente da posição tubária. A causa da esterilidade não está no desvio uterino, mas na posição tubária e no espaço livre entre ovário e pavilhão tubário. Mesmo fora de desvios uterinos há trompas que demasiado longas, mantêm o pavilhão afastado do ovário. A

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SÓB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dr. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

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.

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém
Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser end-reçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Setembro de 1947

Vol. 24 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS	Págs.
<i>Nati-mortalidade (Suas causas e profilaxia)</i> — PROF. DR. CLOVIS CORREA DA COSTA	165
<i>Carcinoma primitivo da trompa</i> — DR. HERMINIO FERREIRA PINTO	179
LIÇÕES E CONFERÊNCIAS	
<i>Influências psicossomáticas na lactação e aleitamento materno</i> — PROF. DR. JOSE MARTINHO DA ROCHA	190
EDITORIAL	
<i>A "zona X" da suprarrenal</i>	204
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>Homenagem ao Prof. Arnaldo de Moraes</i>	207
<i>"Curso de Extensão Universitária sobre Câncer Ginecológico"</i>	209
<i>A nomeação do Prof. Miguel V. Falsa para a cátedra de Clínica Obstétrica da Escola de Obstetrícia</i>	211
<i>Ginecologistas argentinos de passagem pelo Rio</i>	211
<i>"VII Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia"</i>	212
<i>Intercâmbio Argentino-Brasileiro</i>	212
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Die hormonalen Aspekte des Fortpflanzungs-Prozesses (Os aspectos hormonais do processo da procriação)</i> — SAMUEL S. I.	213
<i>The 1946 Year Book of Obstetrics and Gynecology</i> — J. P. GREENHILL	214
<i>Contribuição da Colposcopia ao Diagnóstico Ginecológico (Estudo de 1.300 casos)</i> — ALBERTO HENRIQUE ROCHA	215
<i>Histerosalpingografia y persuflación uterotubárica quimiográfica</i> — ALBERTO EDUARDO BETTINOTTI	216
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA	
<i>Octogésima-oitava sessão ordinária</i>	217
RESUMOS	
(Ver índice próprio).	

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

DIRETORES:

Alberto Peralta Ramos — Juan Carlos Ahumada
Manuel Luis Perez

Assinatura anual (Janeiro a Dezembro) 20 pesos argentinos
ou U. S. \$6.00

Publicação mensal

Direção, Redação e Administração

CALLE JOSE E. URIBURU 1578 — BUENOS AIRES
— REPÚBLICA ARGENTINA —

venção cirúrgica foi finalmente exigida devido ao desenvolvimento de qualquer ocorrência que teria sido prevenida se o tratamento tivesse sido uma histerectomia total, com ooforectomia bilateral.

3) Os 90 % de sucesso significam que em 470 pacientes fomos capazes de preencher a nossa finalidade com o tratamento pela irradiação e com o mínimo de riscos, o que não se conseguiria obter senão com uma grande intervenção abdominal.

4) Devemos também ter em mente que a irradiação não é necessariamente o ponto final no tratamento. Se o mioma do útero continua a dar perturbações, a histerectomia pode então ser praticada, com a certeza de que os riscos de uma operação são justificados. É fácil aconselhar a histerectomia, mas quando as coisas vão muito mal, não é fácil restituir a vida à paciente com a aplicação da irradiação, que poderia ter sido suficiente.

5) Outra vantagem do tratamento pela irradiação, nos casos indicados, é o de conduzir ao tratamento e à investigação na fase inicial da doença da paciente. A importância da ação precoce nesses casos é demonstrada pelo achado de câncer endometrial em 23 das pacientes portadoras de miomas na primeira investigação.

6) Certas medidas associadas são asseguradoras dos bons resultados obtidos. Essas medidas são: 1) palpação profunda das áreas ovarianas sob relaxamento anestésico, 2) curetagem para determinar se há alguma complicação intra-uterina, 3) conização quando há cervicite crônica e 4) registro cuidadoso do que foi encontrado no exame sob anestesia, para futura referência no caso da paciente voltar com novo sangramento ou massa anexial suspeita. — O. S. L.

Trabalho de parto prolongado, com especial referência à hemorragia pós-parto (*Prolonged labor, with special reference to post-partum hemorrhage*) — ODELL, L. D.; RANDALL, J. H. e SCOTT, G. W. — (*J. A. M. A.*, 15 Março 1947, Vol. 133, N.º 11, pág. 735).

O trabalho de parto prolongado além do comumente aceito como normal, o máximo de trinta horas, é, não só uma dolorosa experiência para a paciente e sua família (e para o obstetra também), como também envolve certos riscos materno e infantil. Na criança, recentes investigações evidenciaram a frequência de morte por bacteremia e pneumonia; na mãe, o curso dos acontecimentos pode conduzir à febre intra-parto, ao choque, à infecção séptica, e algumas vezes à morte.

Por definição, dizem os A.A., um trabalho de parto demorando trinta horas ou mais é designado "prolongado"; o que termina dentro de 3 horas é "precipitado" e o compreendido nesses limites é "normal", no que diz respeito à duração.

Em 15.824 partos consecutivos, de 1 de Julho de 1926 até 30 de Junho de 1942, estudados pelos A.A., houve 422 trabalhos de parto prolongados, numa incidência de 2,7 %. As primigrávidas constituíram uma maioria de 66,9 %, embora a média usual na clínica dos A.A. seja na proporção de 3 multíparas para 1 primípara. A incidência operatória e a febre pós-parto foram altas, respectivamente 29,3 e 25,5 %. Houve 3 mães e 44 crianças que não sobreviveram. As mortes infantis foram devidas principalmente à hemorragia intracraniana, motivada pelo parto operatório, à infecção e à prematuridade. Duas pacientes morreram de peritonite e uma de embolia no trigésimo-primeiro dia do puerpério.

Do estudo empreendido pelos A.A. ressalta que a inércia uterina é a principal causa de trabalho de parto prolongado; a desproporção céfalo-pélvica e as apresentações anormais entram com a incidência de 13,5 %. A contração e a retração uterina são vitais no que diz respeito à duração do trabalho de parto, ao desprendimento espontâneo da placenta e ao controle do sangramento do útero puerperal. A hemorragia pós-parto ocorre mais frequentemente no parto prolongado. Essa tendência ao aumento anormal da perda de sangue foi em grande parte devida à anestesia prolongada e ao trauma no parto operatório, mas nos partos não operatórios foi devida à atonia uterina.

Uma conduta cuidadosa na 3.^a fase do trabalho de parto, a massagem uterina precoce, o emprêgo de substâncias oxitócicas, e o uso liberal e precoce de líquidos e sangue total, são medidas recomendáveis para prevenir e controlar a hemorragia e o choque. — O. S. L.

Lesões granulomatosas infecciosas da cerviz (*Infectious granulomatous lesions of the cervix*) — GUERRIERO, WILLIAM F. e MANTOOTH, W. B. — (*J. A. M. A.*, 22 Março 1947, Vol. 133, N.º 12, pág. 832).

Num período de 2 anos, de 1 de Março de 1944 a 1946, foram admitidas 123 pacientes para biópsia do colo. O exame microscópico do material retirado revelou: carcinoma, 24 casos ou 19,4 %; cervicites, 79 casos ou 64 %; polipo cervical, 3 casos ou 2,5 %; adenoacantoma, 3 casos ou 2,5 %; leucoplasia, 2 casos ou 1,6 %; metaplasia escamosa, 2 casos ou 1,6 %; granuloma inguinal, 3 casos ou 2,5 %; tuberculose, 2 casos ou 1,6 %; sífilis terciária, 1 caso ou 0,8 % e canceróide, 1 caso ou 0,8 %.

Os A.A. discutem os detalhes do diagnóstico diferencial e fazem as seguintes conclusões:

1) As lesões de granuloma infeccioso do colo são mais comumente encontradas do que se pode previamente suspeitar.

sões superiores a 14 x 9. Estes casos compreendem apenas aqueles em que a) a hipertensão existia antes da gravidez ou b) a hipertensão foi verificada antes da 24.^a semana de gestação. Os casos com glomerulonefrite ou pielonefrite foram afastados desse grupo. Obedeceram os A.A., deste modo, ao critério do American Committee on Maternal Welfare.

Do estudo pormenorizado dos casos resulta que a mortalidade fetal bruta foi de 35 % em prenhez anteriores, de 38 % na primeira prenhez com hipertensão e de 40 % nas prenhez subsequentes. Das 47 irmãs destas doentes hipertensivas, 45 % pelo menos, tiveram alguma prenhez com toxemia. Aproximadamente 40 % destas doentes mostraram surtos de elevação na pressão sanguínea no período médio da gravidez, proteinúria de certa intensidade foi observada em 50 % e a função renal era normal em 93 % das prenhes. O descolamento prematuro da placenta ocorreu em 5,6 % dos partos.

As perdas fetais foram maiores quando era maior a pressão inicial, quando houve elevações da pressão no 2.^o semestre, quando a pressão era mais elevada no fim da gravidez, quando decrescia a função renal, havia proteinúria e toxemia associada.

Observaram-se 6 casos de morte imediata (2,0 %) e 7 tardios, mortalidade 20 vezes maior do que a do total de partos ocorridos no hospital. — C. B. F.

Morbidade associada à indução de trabalho de parto (*Morbidity associated with induction of labor*) — ROBLEE, MELVIN A. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1947, Vol. 53, N.^o 3, pág. 382).

Estuda o A., pormenorizadamente, a indução do parto em 500 casos acompanhados no Barnes Hospital e na St. Louis Maternity Hospital.

Da presente revisão conclue:

- 1.^o) A indução do trabalho pode se associar a alta morbidade.
- 2.^o) A morbidade é maior quando o trabalho é provocado antes da preparação do colo, do segmento inferior e do útero para o trabalho.
- 3.^o) As características e resultados com o trabalho induzido só se aproximam das do trabalho normal quando a indução precede de 48 horas ou menos o instante em que o trabalho ocorreria de qualquer modo. Isto significa que a indução do trabalho pode ter aplicação tocológica principalmente nas toxemias, inclusive a diabete. Também importa em que tenha emprêgo reduzido ou nulo em casos de desproporção feto-pélvica.

4.º) Para o tratamento da pós-maturidade, a indução tem aplicação reduzida ou nula.

5.º) A indução após rotura espontânea da bolsa d'águas pode ser uma fonte de perigos. A morbidade decorrente da indução em três casos deve ser sempre levada em conta contra qualquer vantagem discutível.

6.º) A indução eletiva do trabalho, nos casos em que ele ocorreria, de qualquer modo, 24 a 48 horas mais tarde, dá pequena ou nula morbidade.

7.º) Tal indução eletiva é de pequena ou nenhuma vantagem obstétrica; é justificável mais por conveniência da doente ou do médico. — C. B. F.

O tratamento da tuberculose pelviana na mulher pela irradiação baseado em provas experimentais no animal e em resultados clínicos na mulher (*The treatment of pelvic tuberculosis in the female by radiation therapy based upon experimental evidence in the animal and clinical results in the human*) — CAMPBELL, R. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1947, Vol. 53, N.º 3, pág. 405).

O tratamento da tuberculose pelviana na mulher, que se presta a considerações médicas, cirúrgicas, ou radiológicas, tem sido objeto de consideráveis controvérsias. O fim deste trabalho é considerar os aspectos da terapêutica pela irradiação nesta moléstia, relativos aos estudos experimentais no animal e às investigações clínicas na mulher.

A roentgenterapia produzindo uma castração temporária ou permanente tende a conservar o sangue da paciente e indubitavelmente aumenta sua resistência. Isto é particularmente importante na paciente anêmica. Já tem sido assinalado por JAMESON que constitue uma observação clínica bem conhecida que mulheres tuberculosas são desfavoravelmente afetadas por suas menstruações. A tosse se torna mais pronunciada e incômoda, a expectoração pode ser aumentada, e a dispnéia mais acentuada. O exame dos pulmões neste período geralmente revela sinais físicos aumentados, podendo ocorrer alterações bruscas no progresso da moléstia. Por analogia parece lógico que devido à atividade aumentada e às alterações vasculares da pelve por ocasião das menstruações, se verifique um efeito deletério sobre a tuberculose peiviana idêntico ao observado nos pulmões.

A dose de irradiação, aplicada nesta série de casos, não foi tão grande que pudesse afetar profundamente os leucócitos, não podendo o A. concordar que interfira com a cicatrização. Entretanto, é fato bem conhecido que os raios X estimulam a produção de fibro-

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Director e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Doc. Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. Alipio Augusto Camelo	Dr. José de Castro Stiel Filho
Dr. Alkindar Soares	Doc. Dr. Mario N. Pardal
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Cid Braune Filho	Doc. Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Gustavo Rego	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Doc. 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.

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 55
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 à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Outubro de 1947

Vol. 24 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

- Diagnóstico biológico da gravidez utilizando o Bufo Marinus macho*
— PROF. DR. OCTAVIO RODRIGUES LIMA e DR. OSWALDO
GELLI PEREIRA 245
- Tratamento cirúrgico do retro-desvio e do prolapso do útero. Histero-
pexia neo-ligamentar. Processo pessoal.* — DR. P. BARATA RI-
BEIRO 253

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

- Sífilis da gestante* — DR. GLYNNE L. ROCHA 275

EDITORIAL

- Profilaxia das hemorragias intra-crânicas do recém-nascido* 283

NOTAS E COMENTÁRIOS

- "III Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia" (Realizadas em
Belo Horizonte de 17 a 21 de Setembro)* 288
- O Professor Houssay conquista o Prêmio Nobel de Medicina* 290
- Prof. Augusto Turenne* 291
- "Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais"* 291

LIBROS E PUBLICAÇÕES

- Clinica Pediátrica* — PROF. JOSE MARTINHO DA ROCHA 292
- Ginecologia operatória* — RICHARD W. TE LINDE 293
- Endocrinologia sexual feminina* — DRS. CALATRONI, RUIZ e DI
PAOLA 294

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA DE MINAS GERAIS

- Sessão ordinária realizada a 5 de Outubro de 1946* 295

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

A maioria ovulou nos dias 12, 13, 14 e 15, com o máximo no 14.º dia. Das 54 pacientes com ovulação, 36 ou mais da metade, ovularam durante este período de 4 dias. Cinco pacientes ovularam cedo (oitavo e nono dias). Seus ciclos menstruais não eram curtos, como se podia esperar mas variavam de 28 a 30 dias de duração. Quarênta e uma pacientes não haviam ovulado durante o ciclo estudado, pois haviam sido operadas, com exceção de quatro, entre o primeiro e o décimo quarto dia do ciclo. Muitas destas foram operadas tão cedo no ciclo que não se podia esperar que a ovulação já se tivesse processado.

Os A.A. após uma revisão dos mais recentes estudos sobre a determinação da época da ovulação e que demonstram que esta geralmente se dá durante a metade do ciclo, dentro de limites que vão do oitavo ao décimo-nono dia do ciclo em pacientes com ciclos de 26 a 30 dias, concluem demonstrando que seus estudos revelam um acure semelhante no meio do ciclo e limites comparáveis na época da ovulação, que ocorreu com mais frequência no 12.º, 13.º, 14.º e 15.º dias do ciclo. — A. A. S.

Metabolismo placentário da vitamina C — I. Conteúdo placentário normal. (*Placental metabolism of vitamin C — I. Normal Placental content.*) — BARNES, ALLAN C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1947, Vol. 53, N.º 4, pág. 645).

Confirma o A., para o sangue total, a observação previamente feita de que o nível de ácido ascórbico no plasma fetal é sempre mais elevado do que no plasma materno.

O nível de vitamina C na placenta é nitidamente maior do que no sangue materno ou fetal e superior também ao encontrado no músculo uterino ou no cordão umbilical.

Experiências "in vitro" não indicam que a placenta humana possa sintetizar ácido ascórbico. Verificações com o caroteno, a vitamina A e a tiamina mostram que os teores elevados em vitamina C da placenta não são representativos de um intenso metabolismo placentário para todas as vitaminas. — C. B.

Meningite em seguida à anestesia caudal contínua (*Meningitis following continuous caudal anesthesia*) — BROWN, WILLIAM W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1947, Vol. 53, N.º 4, pág. 682).

Relata o A. um caso em que sinais clínicos e sintomas de meningite aguda apareceram 24 horas após terminar uma anestesia

caudal contínua que durou 6 horas, em uma tercípara previamente normal em parto prematuro. Não pôde ser demonstrada a existência de focos de infecção em qualquer parte do corpo. O líquido espinhal de 3 pacientes normais, cada uma delas mantida por mais de 6 horas em anestesia caudal contínua mostrou-se macro e microscopicalmente normal. Isto sugere que nem a meticaïne nem o cateter plástico foram irritantes para as meninges dessas 3 pacientes. Este é um dos poucos casos, talvez segundo relatado, de meningite em seguida à anestesia caudal contínua. — C. B.

Disgerminoma e gravidez (*Dysgerminoma and pregnancy*) — SCHNEIDER, HARRY — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Abril 1947, Vol. 53, N.º 4, pág. 688).

Relatam os A.A. um caso em que foi retirado um disgerminoma durante uma cesária, sendo este tumor o responsável pelo bloqueio à descida da cabeça. Deste e outros casos relatados resulta não se poder manter o conceito de que o disgerminoma estivesse principalmente associado com o pseudo-hermafroditismo e a hipoplasia genital. As gravidezes ocorrem mais frequentemente do que se pensa, em casos de disgerminoma. Quando o disgerminoma é unilateral e bem encapsulado, a cirurgia conservadora dá bom resultado, o que é importante visto que estes tumores aparecem em mulheres comparativamente jovens. A malignidade do disgerminoma é menor do que se pensou antigamente e o diagnóstico é importante para que seja feita a operação adequada. — C. B.

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Conservação do assoalho pélvico superior e do suporte da bexiga na histerectomia total (*Preservation of the Upper Pelvic Floor and Bladder Support in Total Hysterectomy*) — JUDD, G. E. — (*West. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Vol. 55, N.º 4, pág. 209).

O A. passa em revista a anatomia das estruturas de suporte no assoalho pélvico superior, bem como a evolução dos procedimentos cirúrgicos na histerectomia. E' discutida a vantagem da histerectomia total sobre a subtotal na maioria dos casos e a vantagem de reparar simultaneamente uma cistocele moderada, tão frequentemente encontrada.

4.º) Os métodos indiretos ou coadjuvantes são de suma eficácia na correção das alterações associadas à obstrução, sendo algumas delas causa determinante do processo.

5.º) Os resultados obtidos mediante o tratamento incruento da obstrução tubária, permitem aconselhar seu emprêgo prolongado antes de decidir sua correção pelos processos cirúrgicos.

6.º) A cifra de gravidezes obtidas que corresponde a 29,70 % das pacientes tratadas pelo método incruento, é suficientemente eloquente para se insistir na necessidade de sua aplicação. — A. F. S.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Sofrimentos apendiculares e processos anexiais (*Sufrimientos apendiculares y procesos anexiales*) — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, Março-Abril 1947, Vol. V, N.º 3-4, pág. 63).

Trata, o A., do problema da concomitância de processos apendiculares em doentes com afecções anexiais. O diagnóstico diferencial entre os dois processos é muitas vezes difícil e diz o A. que, perante um caso de apendicite diagnosticada erradamente, diante do ventre aberto deve ser feita a apendicectomia, colocada sulfanilamida intraperitonal, seguindo-se o tratamento clínico do processo anexial.

Em outros capítulos trata dos "sofrimentos apendiculares", querendo dizer com essa expressão as apendicites crônicas, os processos tiflíticos e colibacilares, concomitantes com quadros anexiais.

Em geral ocorre, nesses casos, que a terapêutica do processo inflamatório anexial crônico provoque uma reativação do apêndice lesado, pelo que o A. aconselha, diante de todo processo anexial crônico com passado apendicular evidente e quadro radiológico atual positivo, efetuar a apendicectomia e depois tratar o processo genital crônico. — C. A.

A mortalidade de responsabilidade previsível em relação com deficiências na aplicação direta da arte obstétrica por parteiras em Maternidades (*La mortalidad de responsabilidad previsible en relación con deficiencias en la aplicación directa del arte obstétrico por parteras en Maternidades*) — GONZALES, J. B. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, Março-Abril 1947, Vol. V, N.º 3-4, pág. 69).

O A., em publicações anteriores (*Rev. "Nuestra Solidariedad"* de Bs. As., n.º 1 e "*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*", 1945, N.º 12) estudou

o problema da mortinatalidade por deficiências médico-sociais e por deficiências na aplicação da arte pelas parteiras, este último artigo relacionando-se às primíparas. Analisa agora a mesma questão nas múltiparas atendidas no seu Serviço por parteiras sob a direção imediata do médico obstetra. Reune-as em grupos homólogos segundo as diferentes circunstâncias clínicas em que foi aplicada a arte obstétrica, enumerando os fatores mortinatogênicos de causa direta (passivos ou ativos), em: 1) Orgânicos: anatômicos ou funcionais, normais ou patológicos da gestante, como apresentações ou acomodações atípicas, paridade sob determinadas circunstâncias, parto prolongado, prematuridade, doenças fetais como sífilis, monstrosidades, etc. 2) Fatores de ação direta propriamente ditos, referentes à maneira de aplicar a arte por parteiras exclusivamente. 3) Postergação inexplicável do auxílio que pode converter-se, em determinadas circunstâncias, em fator mortinatogênico ativo, de responsabilidade previsível e evidente, e, finalmente, 4) deficiências técnicas.

Tuberculose do colo uterino (*Tuberculosis del cuello de utero*)
— ARENAS, N.; BLANCHARD, O. e LASCANO GONZÁLEZ, J. C. — (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, Março-Abril 1947, Vol. V, N.º 3-4, pág. 94).

Os A.A., após uma síntese sobre a frequência, idade, modo de infecção, sintomatologia, diagnóstico diferencial e tratamento da tuberculose do colo, uma das menos frequentes localizações da tuberculose genital, descrevem uma observação deste tipo de lesão que tiveram a oportunidade de tratar com êxito.

Tratava-se de doente com escassa sintomatologia, que apresentava uma erosão em torno do orifício externo do colo, que a biópsia demonstrou ser de caráter bacilar. Feita a anexo-histerectomia total dessa doente, foi descoberto, histologicamente, que o endométrio estava indene, enquanto a trompa direita apresentava uma antiga lesão caseosa, já calcificada.

Concluindo os A.A., tratava-se de uma cervicite tuberculosa — as lesões da trompa e cavidade peritoneal correspondendo a um processo cicatricial — produzida, provavelmente, por via canalicular descendente. — C. A.

Teratoma embrionário — BARATA RIBEIRO, P. e BICA, J.
— (*Obst. y Gin. Lat.-Amer.*, Março-Abril 1947, Vol. V, N.º 3-4, pág. 103).

Os A.A. consideram a sinonímia, etiologia, evolução, diagnóstico, prognóstico e tratamento dos teratomas embrionários (Barzilai)

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Doc ntes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém
Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser end-reçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Novembro de 1947

Vol. 24 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Amecrécia das prisioneiras</i> — PROF. DR. HENRY VIGNES	Págs. 325
<i>Miase vulvar</i> — DR. JOÃO MARIO DA SILVA PEREIRA	331
<i>Histerectomia total abdominal pela técnica de Richardson</i> — DR. ALI- PIO AUGUSTO	341
<i>Mixoma gigante da vulva</i> — DR. AFFONSO A. BIANCO	345

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

<i>Medicina, Ciência e Democracia</i> — DR. ISIDOR C. RUBIN	351
---	-----

EDITORIAL

<i>Fibrose cística do pâncreas no recém-nascido</i>	359
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Prof. Dr. Ernst Laqueur</i>	362
<i>VII Jornadas Rioplatenses de Obstetrícia e Ginecologia (Buenos Aires, 29 a 31 de Outubro de 1947)</i>	364
<i>"II Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia" (S. Paulo, 6 a 12 de Setembro de 1948)</i>	364

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>La etiología y la profilaxis de la fiebre puerperal ante la verdad his- tórica</i> — JOSUE A. BERUTI	368
<i>Therapeutische Untersuchung über die Wirkung langdauernder Folli- kelhormonapplikation und die hormonale Tumorentstehung</i> — HUBERT VON WATTENWYL	369
<i>Notas sobre a Bioquímica do Leite</i> — O. BALLARIN	370

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Oitogésima-nona sessão ordinária</i>	371
<i>Nonagésima sessão ordinária</i>	373

ATENEU DA CLÍNICA GINECOLÓGICA

<i>Ata da quadragésima-quarta sessão ordinária</i>	377
<i>Ata da quadragésima-quinta sessão ordinária</i>	378

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA DE MINAS GERAIS

<i>Sessão ordinária, realizada a 15 de Novembro de 1946</i>	379
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Tratamento da vaginite por tricomonas vaginal</i> — REICH, W. J.; BUTTON, H. L. e NECHTOW, M. J.	383
<i>Menorragia associada a desabamento irregular do endométrio</i> — HOHNSTROM, E. G. e McLENNAN, E.	384
<i>Estudo da ação fisiológica do hormônio coriônico humano</i> — BROWN, W. E. e J. T. BRADBURY	385
<i>Analgesia pelo etilal e escopolamina combinada com anestesia pelo ciclopropano em obstetrícia</i> — ANDERSON, H. E.	387
<i>Ginecologia puerperal</i> — BUBIS, J. L. ...	387
<i>Distócia por anel de contração</i> — RUDOLPH, L. e FIELDS, C.	388
<i>Cálculo sanguíneo: curva normal durante a gravidez</i> . — NEWMAN, R. L.	389
<i>Avaliação dos critérios de diagnóstico e cura da gonorreia na mulher</i> — KING, A. G.	389
<i>Penicilina e mastite puerperal aguda</i> — HODGKINSON, C. P.	390
<i>Estudo da ação recíproca da gravidez e doença hipertensiva</i> — CHESLEY, L. C.; ANNITTO, J. E. e JARVIS, D. G.	391
<i>Metabolismo placentário da vitamina C. II) Análise histoquímica</i> — HOLZAEPPFEL, J. H. e BARNES, A. C.	391
<i>Malignidade primária do ovário</i> — CAMPBELL, J. V. e D. SINGMAN ...	392
<i>Temores degenerativos complicando gravidez. Micrometomia no período prenatal</i> . — ANDERSON, E. F.	392
<i>Os aspectos psiconeuróticos da esterilidade e seu tratamento. Notas preliminares sobre esterilidade alérgica</i> . — ROMMER, J. J.	393
<i>Terminação tardia da gravidez</i> — SMITH, G. VAN S. e SMITH, O. W.	394
<i>Comunicação de torção primária da trompa direita</i> — HOWARD, M. A.	394
<i>Teste de precipitação do pregnandiol. Aplicação clínica de um método rápido para o diagnóstico da gravidez</i> . — MACK, H. C. e PARKS, A. E.	395
<i>Mioma do colo uterino</i> — ALBERTELLI, J. F. e DI FONZO, N. O.	396
<i>O fator Rh e transfusões sanguíneas. Estudo de receptoras Rh-negativas que receberam sangue Rh-positivo</i> . — ETCHEVERRY, M. A.	396

	Página
Gônadas e tuberculose experimental — IZZO, R. A. e CICARDO, V. H.	397
Síndrome de Meigs — VALPI, A. V.	398
Dois novos casos de vôlvulo salpingeano — ZUCKERMANN, C.	398
Os cânceres pseudo-quísticos das glândulas mamárias — DUANY, N. P.	399
As entidades histológicas das hemorragias uterinas funcionais e seus tratamentos — WODON, J. L. e CORDIER, R.	400
Cuti-reação tuberculinica e estado grávido puerperal — RIVIERE, M.; CHASTRUSSE, L. e FOUTANAND	401
Os efeitos da castração nas metástases do câncer da mama — SICARD, A.	401
O reflexo gênito-hipofisário e a ovulação — SEGOND, R.	402
Considerações acerca do tratamento do aborto febril — CABESTANY, J. H. V. e Señor JUAN CARLOS	403

LABORATORIOS IODOBISMAN S. A.

Iodeto de bismutila injetável
Iodobisman
 Para adultos e para crianças

RESULTADOS SURPREENDENTES
 NO TRATAMENTO DA SÍRIS
 EM TODAS AS SUAS MANIFESTAÇÕES
 NÃO DOE NÃO ENQUISTA
 OTIMAMENTE TOLERADO

DÓSE DUPLA
 " SIMPLES
 " INFANTIL

ORIENTAÇÃO TÉCNICA
 E CENTRICA
 DOS
 PROFESSORES.

DE J. BAETA VIANNA
 DR. AGGEO DO SOBERBO

ÉSTERES DOS ÁCIDOS
 GRAXOS DOS ÓLEOS DE
 CHALAMMOGGA E DE
 FIGADO DE SACALMAN
 E LÍQUIDS TOTAIS
 DO CÉREBRO EM
 SUPERSATURACÃO

Medicação dos debilitados
 e convalescentes

TROPHOLIPAN

Adicionado com glicolol produzido na Orensa, em Londres. Esterilizado e Conservado.

CAIXA POSTAL 2523
 TEL. 43-9025
 " 23-4010

R. DO ROSARIO 158/158-A
 RIO DE JANEIRO

continua ainda hesitante em praticar este trabalho, e continuam a encarar esses processos como "demasiado radicais", e talvez perigosos. Uma vez que os benefícios trazidos por este tipo de cuidado obstétrico são tão grandes em termos de melhoria do estado geral, maior eficiência para o trabalho, economia e provável proteção contra o câncer mais tarde. Julga o A. importante salientar alguns pontos importantes neste trabalho e apresentar o resultado de sua experiência pessoal e de seus colegas do Hospital Mt. Sinai até esta data.

A sua experiência com milhares de operações realizadas imediatamente após o parto em uma série de mais de 20.000 casos obstétricos refuta todas as objeções possíveis a estes processos. Conquanto estas operações exijam treino especial, capacidade e, cuidado, elas têm tido sucesso em mãos de muitos cirurgiões diferentes. A importância da correção das lacerações cervicais é salientada, e os principais pontos de técnica cirúrgica são revistos.

Desde que os resultados em suas mãos têm sido tão eminentemente satisfatórios, e as vantagens tão óbvias, é realmente difícil compreender porque tantos médicos permanecem indiferentes a este tipo de cuidado puerperal, ou recusam adquirir a necessária experiência para praticá-lo. — A. A. S.

Distocia por anel de contração (*Constriction ring dystocia*) —

RUDOLPH, LOUIS e FIELDS, CHARLES — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1947, Vol. 53, N.º 5, pág. 796).

Estudam os A.A. 56 casos de parturientes com distocia devida a anel de contração, salientando a alta mortalidade materna, de 3.5 %, e fetal, de 32 %.

Condenam os A.A., com grande veemência, as operações como as incisões de DÜHRSEN e fórceps, a dilatação manual do colo e a versão e extração.

Acham que a conduta ultra-conservadora associada à operação cesária constituem as boas orientações quando convenientemente avaliadas. Acreditam indicado que, após 18 horas de trabalho em primeira fase, se façam toque vaginal e intra-uterino para estabelecer o diagnóstico de uma distocia por anel de contração e se observe cuidadosamente a existência de um anel de constrição externo, para que a orientação obstétrica seja tomada 10 horas depois, no sentido conservador ou da cesariana, conforme a evolução do caso. — C. B. F.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Nati e neo-mortalidade (Profilaxia através dos prematuros) — PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA</i>	405
<i>Pseudomixoma do peritônio — DR. WASHINGTON MALTEZ</i>	423
<i>Tecoma (Fibroma thecocellulare xanthomatodes ovarii de Loeffler e Priesel. Mesenquimoma do ovário de Novak.) — DR. CATUO WATANABE e DR. ANILOEL NAZARETH</i>	433

EDITORIAL

<i>Centenário da profilaxia da infecção puerperal</i>	449
---	-----

NOTAS E COMENTARIOS

<i>Os novos docentes de Clínica Obstétrica da Universidade do Brasil</i> ..	452
<i>Curso de Extensão Universitária sobre Câncer Ginecológico</i>	453

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Da eritroblastemia fetal — ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO</i>	454
<i>O tecido conectivo do "cavum pelvis sub-peritonealis" da mulher — JOÃO CARDOSO DE CASTRO</i>	455
<i>Compêndio de Ginecologia — ARTHUR HALE CURTIS</i>	456

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>A espermatogênese e a terapêutica da infertilidade</i> — TYLER, E. T. e PAYNE, S.	457
<i>Cesária-histerectomia</i> — REIS, R. A. e DE COSTA, E. J.	458
<i>Mortalidade fetal em operação cesária</i> — ACKEN, H. S.	459
<i>Histerectomia vaginal com fixação radical dos ligamentos útero-sacros no tratamento da hernioplastia do soalho pelviano em casos de prolapso uterino do 3.º grau</i> — VEENBOER, W. H. e H. P. KOOISTRA ...	460
<i>Carcinoma do colo</i> — GIVEN, W. P.	461
<i>O balão de Voorhees</i> — WEBSTER, A.	462
<i>Análise de casos de eclampsia</i> — BERNSTINE, J. B. e PRINCE, L. N. ...	463
<i>Escopolamina e apomorfina no parto</i> — HERSHENSON, B. B. e BRUBAKER, E.	463
<i>Hemorragia tardia do pós-parto: método de prevenir</i> — ERVING, H. W. e POWER, H. A.	464
<i>Anatomia e embriologia do ânus em relação do assoalho pelviano</i> — BARRETT, Cœ. W.	464
<i>Tratamento do câncer da mama humana com o propionato de testosterona. Relatório de cinco casos.</i> — SCHWANDER, H. e MARVIN, H. N. ...	466
<i>Síndrome de ovários rudimentares com insuficiência estrogênica e aumento das gonadotropinas</i> — CASTILLO, E. B.; BALZE, F. A. e ARGONZ, J.	467
<i>Eritroblastose fetal</i> — ABELSON, N.	467
<i>Endometriose sarcomatosa uterina</i> — AHUMADA, J. C.; ARRIGHI, L. A. e GUIXA', H. L.	469
<i>Câncer de colo uterino e gravidez</i> — ZUCKERMANN, C.	469
<i>Extração de um mioma submucoso pelas vias naturais durante o parto</i> — SONTAG GANDARA, C. C. e MUSOZ, M. A.	470
<i>Novo conceito da expressão uterina</i> — SCHVARCZ, R. e PINTO, R. M.	470
<i>Hipertrofia mamária juvenil unilateral</i> — NOGUES, A. E.	471
<i>A reação de Galli Mainini no diagnóstico precoce e diferencial da gravidez</i> — CASAS, P. F.; BELIZAN, L. e STAFFIERI, J. J.	472

Tratamento das metropatias hemorrágicas pela gonadotrofina sérica — COLOTAT, C. A.	473
Resultados da indução ao parto com cálcio associado à quinina — SALGUERO, G.	474
Câncer. Clínica de tumores nos hospitais gerais. Sugestões e métodos para a luta contra a enfermidade. — SEGERS, A. M.	475
Câncer cérvico-uterino e metástases linfáticas — ZUCKERMANN, C. ...	476
Dois casos de inversão do útero tratados por colpo-cérvico-histerotomia anterior abdominal (Técnica do Autor) — OCEJO, J.	478
Importância do fator Rh em cirurgia e obstetrícia — OLAECHEA REY, L.	477
Observações sobre o tratamento dos casos de fibromiomas do útero observados em 1945 e 1946 na Clínica de Obstetrícia e de Ginecologia de Strasbourg — KELLER, R. e PAQUET, PH.	478
Pode-se utilizar em nossos dias sem perigo a anestesia raquidiana em obstetrícia? — PAQUET, PH.	478
Oclusões intestinais pós-operatórias por aderências complicadas de contraturas localizadas — GINGLINGER, A. e RUSTERHOLTZ, A.	479
Suprarenais e sexo — BOTELLA LLUSIA', J.	480

LABORATORIOS IODOBISMAN S. A.

Iodeto de bismutila injetável
Iodobisman
Para adultos e para crianças

RESULTADOS SURPREENDENTES
NO TRATAMENTO DA SÍFILIS
EM TODAS AS SUAS MANIFESTAÇÕES
NÃO DOE NÃO INQUIETA
OTIMAMENTE TOLERADO

DOSE DUPLA
" SIMPLER
" INFANTIL

ORIENTAÇÃO TÉCNICA
E CLÍNICA
PÓS-
PROFESSORES

DR. J. PAULA VIANNA
DR. AGGEO PIO LOBENHO

ÉSTERES DOS ÁCIDOS
GRAXOS DOS ÓLEOS DE
CHAMADORA E DE
FIGADO DE SACARINHA
E PRODUTOS TOTAIS
DO CÉREBRO EM
SUPERNATURALIZAÇÃO

Medicação dos debilitados
e convalescentes

TROPHOLIPAN

CAIXA POSTAL 2523
TEL. 43-9023
" 23-4816

R. DO ROSARIO 158/158-A
RIO DE JANEIRO

é incompleta. O emprêgo de produtos gonadotróficos hipofisários é inconsistente e frequentemente desapontador. A maioria dos chamados produtos pituitários, são na realidade coriônicos e contêm apenas a fração luteinizante. Não se pode esperar deles qualquer ação sobre a produção de espermatozóide, mas apenas um estímulo do tecido intersticial do testículo e consequente produção do hormônio masculino. Este hormônio parece ser importante na manutenção da motilidade do espermatozóide. A administração de gonadotrofina sérica, diariamente, na dose total de 4 a 5 cc., com duas semanas de intervalo, tem dado resultados aparentes, estimulando a espermatogênese em alguns casos. O hormônio androgênico (5 mgr.) pode ser de valor na melhoria da motilidade do espermatozóide, sobretudo quando associado à terapêutica pela gonadotrofina.

A tireoideterapia deve ser instituída em todos os casos de metabolismo basal subnormal.

Desde que SHETTLES, ZITTLE e outros investigadores demonstraram que os amino-ácidos, principalmente a argenina, são elementos constitutivos importantes da cabeça do espermatozóide, o emprego dessas substâncias têm um valor adjuvante na terapêutica da espermatogênese. O complexo vitamínico B representa um papel importante no metabolismo do espermatozóide, donde a necessidade do seu emprego na terapêutica da infertilidade masculina.

MAC LEOD demonstrou que o espermatozóide metaboliza a dextrose para a sua motilidade; daí o emprego de duchas vaginais com "Ringer's-dextrose-douche" como método de rotina, por muitos investigadores.

Concluindo dizem os A.A.: "O problema da esterilidade não é necessariamente da alçada exclusiva do especialista. Na verdade, uma certa percentagem de pacientes apresentarão condições patológicas que exigirão o tratamento e a observação do ginecologista ou do urologista, mas há com efeito um grande número que pode ser tratado pelo médico geral que esteja disposto a dedicar seu tempo e atenção ao estudo indispensável.

O papel masculino foi propositadamente assinalado nesse estudo de infertilidade num esforço para pôr de manifesto que o marido é a causa provável em um número de vezes igual ao da mulher e merece por isso uma atenção maior do que a que se lhe dá habitual." — O. S. L.

Cesária-histerectomia (*Cesarean hysterectomy*) — REIS, RALPH A. e DE COSTA, EDWIN J. — (*J. A. M. A.*, 28 Junho 1947, Vol. 134, N.º 9, pág. 775).

Após um longo histórico da operação cesariana e da operação de PORRO (cesária-histerectomia), os A.A. fazem um estudo anali-

tico desta última operação em sua incidência sobre 731.690 partos registrados na literatura americana, no período compreendido entre 1931 e 1945.

Em 731.690 partos houve 25.027 operações, sejam 3,42 % e uma mortalidade materna de 2,14 %. Destas 25.027 operações cesarianas, 630 casos foram completados com histerectomia, o que dá uma incidência de 2,54 %, associada a uma mortalidade materna de 5,2 %.

No Departamento de Obstetrícia do Michael Reese Hospital houve 1.202 operações cesarianas (uma incidência de 5,18 %). Durante os anos de 1933 a 1945 a histerectomia foi praticada 54 vezes (uma incidência de 4,5 %). A mortalidade materna associada a operação cesariana foi de 0,25 % e à cesária-histerectomia foi de 0. A histerectomia-cesária não é tecnicamente difícil. Na histerectomia-cesária eletiva a morbidade e a mortalidade não devem exceder as de uma simples histerectomia.

As indicações mais frequentes são: gravidez associada a fibromiomas uterinos, hemorragias anteparto, hemorragias incontrolláveis durante a operação cesariana e infecção intra-parto. Dessas, a menos frequente na série dos A.A. foi a infecção intra-parto. — O. S. L.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Mortalidade fetal em operação cesária (*Fetal mortality in cesarean section*) — ACKEN, HENRY S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1947, Vol. 53, N.º 6, pág. 927“).

O presente trabalho é uma análise das mortes fetais em operações cesárias no Hospital Metodista, desde 1936 a 1946.

Dele se conclue que a mortalidade fetal é mais elevada nos partos cesários do que nos por via vaginal. Salienta o A. a necessidade do uso mais amplo da autópsia, como imperativo de grande interesse no diagnóstico.

Se a operação cesária tem sua indicação decorrente de apresentação anormal, ela deve ser feita cedo. A anestesia local deve ser mais empregada visto que previne a anoxia fetal. A anestesia raquidiana também devia ser mais usada.

A causa isolada mais importante da alta mortalidade fetal é a prematuridade, aparecendo em geral associada à placenta prévia. A conduta conservadora no tratamento da placenta prévia levaria maior número de crianças à proximidade do termo da gravidez, mas esta conduta vulgarizada poria em perigo a mortalidade materna, presentemente baixa. — C. B. F.

Análise de casos de eclampsia (*An analytical survey of eclampsia*) — BERNSTINE, J. BERNARD e PRINCE, LEON N. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1947, Vol. 53, N.º 6, pág. 972).

Analizam os A.A. os dados obtidos de 62 casos de eclampsia ocorridos no Jefferson Hospital, de Janeiro de 1927 a Dezembro de 1945. Neste mesmo período foram atendidos 14.374 partos, sendo a percentagem de eclâmticas, portanto, de 0,43 %. A análise de períodos separados mostra uma queda na frequência da eclampsia, para os últimos anos.

A distribuição das eclâmticas entre primíparas e múltíparas foi mais ou menos na razão de 2 para 1. A distribuição pelas estações do ano foi: verão 33,8 %, inverno 25,8 %, outono 22,5 % e primavera 17,7 %.

Todas as eclâmticas observadas tinham hipertensão, edema e albuminúria.

Antes do parto a eclampsia apareceu em 72,5 % dos casos; durante o parto em 17,7 % e depois do parto em 9,6 %.

A mortalidade fetal, incluindo 2 crianças que efaleceram com 11 horas e com 6 dias, respectivamente, foi de 44,2 %. Sem incluir aqueles, ela se reduz a 37,7 %. A mortalidade materna foi de 16,1 %. Saliente-se que a mortalidade materna foi 2 1/4 vezes maior nas doentes não acompanhadas durante a gravidez do que nas acompanhadas. — C. B. F.

Escopolamina e apomorfina no parto (*Scopolamine and apomorphine in labor*) — HERSHENSON, BERT B. e BRUBAKER, ELWOOD — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1947, Vol. 53, N.º 6, pág. 993).

Apresentam os A.A. os resultados do emprêgo de apomorfina, em doses sub-eméticas, e escopolamina para obter amnésia e analgesia em 500 partos no Boston Lying-in Hospital. Empregaram também o seconal em pequenas doses hipnóticas antes que a intensidade das contrações uterinas atingisse um grau que exigisse a medicação mais forte. Observam os efeitos desta combinação de medicamentos sobre as parturientes e os fetos.

O objetivo primeiro da medicação usada pelos A.A. em pacientes obstétricas era obter durante o trabalho uma amnésia completa e um grau de analgesia compatíveis com a segurança da mãe e da criança. Com o primeiro objetivo usaram sempre a escopolamina como droga amnésica de escolha no hospital. Esta droga foi associada a várias outras em diversas tentativas feitas até chegarem à associação com a apomorfina em doses sub-eméticas, notando-se que esta associação não exercia qualquer influência no progresso das forças naturais do trabalho.

A maneira de agir e o modo de administrar essas drogas são estudadas pelos A.A.

A duração média do trabalho foi de 11,3 horas, para as primíparas, e de 6,5 horas para as múltiparas. A perda sanguínea do 3.º período do trabalho não foi maior do que a normal.

Esta associação de drogas não exerceu influência desfavorável quer nos fetos a termo quer nos próximos ao termo. Foi a combinação que se mostrou melhor, para mãe e filho, de todas as empregadas até então no hospital. — C. B. F.

Hemorragia tardia do pós-parto: método de prevenir (*Late postpartum bleeding: a method of prevention*) — ERVING, H. W. e POWER, H. A. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Junho 1947, Vol. 53, N.º 6, pág. 1019).

Os frequentes socorros prestados a doentes com hemorragia no pós-parto, 13.º a 40.º dias, chamaram a atenção dos A.A. para os mesmos, passando a estudá-los meteticulosamente.

Acham que a conduta conservadora no 3.º período do parto e o meteticuloso exame da placenta não excluem inteiramente a possibilidade de retenção de um pequeno fragmento placentário, e que, também, a subinvolução do local de implantação placentária pode existir sem retenção de fragmentos e é causa de sangramento no pós-parto.

Os lóquios sanguinolentos persistindo além do 7.º dia, a subinvolução uterina e a temperatura discretamente elevada, habitualmente indicam tecido placentar ou decidual retidos e infectados.

O exame vaginal de pacientes com sinais característicos, no 8.º ou 9.º dia, que demonstre subinvolução nítida do local da placenta ou a presença de tecido retido, creem os A.A. constituir indicação para remoção do tecido e tamponamento sob anestesia. Tal conduta, procuram provar, com os casos estudados (134 casos), encurta o período de morbidade, elimina um perigo potencial, reduz a hospitalização e faz com que o útero retome seu estado normal para uma gravidez futura. — C. B. F.

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Anatomia e embriologia do ânus em relação ao assoalho pelviano (*Anatomy and embryology of the anus in relation to the pelvic floor*) — BARRETT, Cæ. W. — (*The J. of the Int. Coll. of Surg.*, Maio-Junho 1947, Vol. X, N.º 3, pág. 308).

A origem ectodérmica, a formação proctodérmica, a diferença de revestimento, a função de passagem e não de reservatório para

mento cirúrgico e radioterápico e procurar salvar as duas vidas só dando preferência à mãe quando esta tenha probabilidades de cura ou o produto a quase segurança de não atingir a viabilidade. — C. A.

Extração de um mioma submucoso pelas vias naturais durante o parto (*Extracción de un mioma submucoso por las vias naturales durante el parto*) — SONTAG GANDARA, C. C. e MUÑOZ, M. A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Junho 1947, Vol. 5, N.º 6, pág. 236).

Motiva a comunicação dos A.A. o achado de um mioma submucoso pediculado no ato de efetuar um secundamento artificial manual e a sua extração por torção do pedículo. Observam a falta de sintomatologia num mioma dessa natureza durante a gravidez, característica já mencionada por vários autores, não ocorrendo o mesmo durante o parto pelas distocias em relação ao sítio de implantação, assim como as complicações durante o puerpério.

Se a expulsão espontânea do mioma constitue um acidente feliz e excepcional, sua extração durante o parto pelas vias naturais é um episódio que, unido à raridade, resulta notável. — C. A.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Novo conceito da expressão uterina (*Nuevo concepto de la expresion uterina*) — SCHVARCZ, RICARDO e PINTO, ROBERTO MARTIN — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Junho 1947, Tomo XXVI, N.º 5, pág. 187).

Apresentam os A.A. um interessante trabalho sobre o método da expressão uterina, descrito por KRISTELLER, em 1867, modificado.

O método de KRISTELLER consiste na expressão contínua do útero, no momento em que este se contrae, devendo durar de 5 a 8 segundos.

A modificação da técnica proposta é a seguinte: Estando o colo uterino com dilatação completa, nas primíparas e apresentando ligeiro rebordo nas múltiparas, no momento da contração uterina, as mãos colocadas no fundo do útero, comprimindo o mesmo no sentido da pelve, inicia-se a expressão de sucessivos impulsos rítmicos, procedendo-se com certa energia, em forma de sacudidas, a razão de uma cada 2 ou 3 segundos, mantendo a força basal com as mãos que permanecem aplicadas ao útero.

série é suficiente para não só debelar a hemorragia, como também regular os ciclos fisiológico-ovarianos.

Com a terapêutica indicada diz o A. que obteve 95,8 % de cura dos casos estudados; se bem que escutou casos puros, nos quais inexplicavelmente o tratamento fracassou, talvez por um transtorno na receptividade ovárica ao estímulo gonadotrófico. Nestes casos outros tratamentos devem ser ensaiados podendo-se obter em algum relativo êxito, como androgenoterapia, radioterapia, curetagem etc., sendo este último o preferível. — R. S.

Resultados da indução ao parto com cálcio associado à quinina (*Resultados de la inducción al parto con calcio asociado a quinina*) — SALGUERO, GONZALO — (*La Semana Médica*, 19 Junho 1947, Ano LIV, N.º 25, pág. 859).

O A., após algumas considerações sobre a provocação do parto, cita as causas mais comuns que a determinam quer materna, quer ovular ou fetal.

O trabalho presente trata apenas de um método de indução, atualmente usado na Maternidade Ramon Sardá, que tem dado ótimos resultados, principalmente nas gravidezes de pouco tempo.

A técnica do A. é uma combinação da técnica de MATHIEU e a empregada no Serviço do Prof. PALACIOS COSTA. A propriedade oxitócica da quinina é bem conhecida e sua associação com o cálcio tem a vantagem: 1.º) o cálcio sensibiliza a parede uterina, tornando-a mais excitável à ação da quinina; 2.º) evita em grande parte a ação secundária desta sobre a mãe, produzindo zumbidos, cefaléias, etc.

A técnica do Prof. PALACIOS COSTA é a seguinte:

- 1) Administração de óleo de rícino (60 grs.).
- 2) Uma hora após, enema de sabão de 1 litro d'água, e ao mesmo tempo injeção de 2 cc. de cálcio e quinina na veia e 5 cc. intramuscular.
- 3) Duas horas após injeção de 2 cc. de cálcio-quinino endovenosos e repetida esta dose cada 2 horas até conseguir as contrações.
- 4) Não suspender o tratamento até a consecução do efeito desejado.

A técnica do A. é a seguinte:

- 1) Óleo de rícino (60 gr.).
- 2) Enema de sabão, 1 hora após.
- 3) Meia hora depois 2 cc. de cálcio e quinina endovenosamente e 2 cc. intramuscular, simultaneamente.
- 4) Continuar com 2 cc. por via intramuscular cada 30 a 40 minutos até conseguir contrações uterinas.

5) Continuar com pituitrina nas normotensas e Pitosín, nas hipertensas. Devem ser empregados com cautela estes preparados, e assim convém começar com $1\frac{1}{2}$ unidade, repetindo e aumentando as doses cada meia hora.

6) O emprêgo da medicação anti-espasmódica fica ao critério médico. — R. S.

Câncer. Clínica de tumores nos hospitais gerais. Sugestões e métodos para a luta contra a enfermidade. (*Cancer. Clínica de tumores en los hospitales. Sugestiones y métodos para la lucha contra la enfermedad.*) — SEGERS, A. M. — (*La Semana Médica*, Junho 1947, Ano LIV, N.º 26, pág. 899).

O A. expõe um plano para as chamadas "Clínicas de Tumores", existentes na América do Norte e que devem existir em todos os hospitais gerais com o fim de solucionar o problema do diagnóstico precoce e tratamento do câncer. A Clínica de Tumores pode funcionar como um departamento no Hospital atendendo uma ou duas vezes por semana os doentes vindos das várias clínicas com suspeita de lesão cancerosa. Dirigida por um cirurgião ou radioterapeuta, tem o concurso de vários especialistas e é vinculado às várias secções de outras especialidades. Uma sessão destinada ao estudo de esfregaços ou citologia está em íntima conexão, também.

De acôrdo com o que observou nos Hospitais de Massachussets, o A. expõe que o pessoal técnico dessas Clínicas tem o seguinte a fazer:

1) Nos casos de diagnóstico de câncer confirmado, indicar a terapêutica e enviar o enfêrmo para a secção correspondente.

2) Quando é feito o diagnóstico de lesão precancerosa, esta pode ser extirpada ou o enfermo é citado periodicamente para controle.

3) Todos os pacientes tratados por câncer no hospital, em qualquer secção, continuam concorrendo periodicamente à Clínica de Tumores durante o resto da sua vida.

O A. refere ainda às instalações necessárias e o pessoal que funciona nessas Clínicas, lembrando ainda sua função educativa e científica, com reuniões do corpo médico para discussões práticas.

Termina dizendo que no Instituto de Clínica Cirúrgica de Buenos Aires funciona uma clínica desse tipo com todo êxito. — C. A.

REVUE FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Observações sobre o tratamento dos casos de fibromiomas do útero observados em 1945 e 1946 na Clínica de Obstetrícia e de Ginecologia de Strasbourg (*Remarques sur le traitement des cas de fibromyomes de l'utérus observés en 1945 et 1946 à la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg*) — KELLER, R. e PAQUET, PH. — (*Rev. Fr. de Gyn., et d'Obst.*, Junho 1947, Ano 42, N.º 6, pág. 193).

De Maio de 1945 a Julho de 1946 foram observados na Clínica, sob a direção do Prof. R. KELLER, 251 doentes portadoras de fibromiomas do útero. Entre esses fibromas, 22 apresentaram *uma evolução silenciosa*; foram descobertos no decurso da gestação, de exames ginecológicos praticados por médicos ou em mulheres queixando-se de esterilidade.

O tratamento em 100 das pacientes foi médico e consistiu no emprêgo do *acetosterandryl* na dose de 150 a 400 mgr. por mês, com 6 insucessos dos quais 3 operados ulteriormente ou tratados pelo radium, 40 % de tratamento médico.

Foram praticadas 17 curetagens nas quais foi verificada mucosa normal 7 vezes, hiperplasia normal 9 vezes e uma vez Ca. do corpo. Fizeram algumas histerossalpingografias com *Lipiodol*. Os A.A. são de opinião que a curetagem basta para diagnosticar o Ca. do corpo. Das 251 doentes foram operadas 147 ou seja 57 % de tratamento cirúrgico. Foram praticadas 28 miomectomias (19 %), 94 histerectomias subtotais, 18 histerectomias com ablação dos anexos, 5 histerectomias totais por via abdominal e 2 histerectomias por via vaginal.

Considerando a miomectomia como operação de escolha, os A.A. a contra-indicam depois dos 45 anos, em tumor excessivamente volumoso, associação com lesões inflamatórias anexiais e com neo do corpo ou do colo.

A mortalidade operatória (2 doentes) foi igual a 1,4 %. A morbidade foi leve, tendo sido observados alguns casos raros de flebite e alguns incidentes pulmonares ligeiros. — A. M.

Pode-se utilizar em nossos dias sem perigo a anestesia raquidiana em obstetrícia? (*Peut-on utiliser de nos jours sans danger l'anesthésie rachidienne en obstétrique?*) — PAQUET, PH. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Junho 1947, Ano 42, N.º 6, pág. 198).

O A. diz que responde a esta pergunta pela afirmativa e fundamenta seu ponto de vista numa experiência de mais de dez anos.

O A. limita-se, neste trabalho, aos casos de raqui-percaninização em obstetrícia, baseado em 202 observações. Dessas 70 correspondem a intervenções cirúrgicas na mulher grávida e 132 foram cesáreas.

A técnica que empregou e que deve ser respeitada rigorosamente, consiste: 1.º) Sedol, meia hora antes da intervenção; 2.º) Efedrina antes da raquianestesia; 3.º) Introdução da agulha entre L³ e L⁴; 4.º) Decúbito lateral (mais confortável nestes casos do que o ventral); 5.º) Trendelenburg leve; 6.º) Injeção de 3 cc. de percaína + efedrina intramuscularmente; 7.º) Esperar 10 minutos e injetar 2 cc. As doses seguintes, se necessárias, serão de novo de 2 cc. depois de 10 minutos de espera. Este longo intervalo deve ser respeitado rigorosamente. São necessários, às vezes, 30 a 40 minutos para obter a analgesia, a qual é obtida pelo emprego de 4 a 10 cc.

Nos 132 casos ocorreram 7 insucessos, dos quais 5 parciais e 2 completos.

Nos casos felizes, a analgesia, o silêncio abdominal, a tonicidade uterina, a ausência de choque, constituem, no dizer do A., um conjunto de fatos muito apreciáveis para o cirurgião o qual pode exercer sua atividade durante 3 horas se for preciso. O A. acha que o método de SEBRECHTS que consiste na injeção fracionada é o melhor adaptado à raquissensibilidade da mulher grávida. Por isso, o A. o emprega, de forma corrente e sem apreensão, na mulher grávida. — A. M.

Oclusões intestinais pós-operatórias por aderências complicadas de contraturas localizadas (*Oclusions intestinales postopératoires par adhérences compliquées de contractures localisées*) — GINGLINGER, A. e RUSTERHOLTZ, A. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Junho 1947, Ano 42, N.º 6, pág. 203).

O estudo das oclusões intestinais pós-operatórias sobrevindas no serviço de Ginecologia, revelaram aos A.A. por duas vezes, durante o ano de 1946, a existência de contraturas intestinais localizadas, vindas secundariamente complicar as dificuldades de trânsito devidas ao obstáculo mecânico.

Os A.A. inicialmente relatam os 4 casos de oclusão observados em 400 laparotomias. Um dos casos curou-se medicamente, os 3 outros foram tratados cirurgicamente. Trata-se de oclusões pós-operatórias precoces, sobrevindas nas 3 semanas após o ato cirúrgico.

O que impressionou mais os A.A. foi a existência verificada de uma contratura em virola de 1 a 2 cm. de extensão e localizada

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Doc. Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. Alipio Augusto Camelo	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares	Doc. Dr. Mario N. Pardal
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Cid Braune Filho	Doc. Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Gustavo Rego	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Doc. 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 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 53
1.º and. - Recife

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

Janeiro de 1947

Vol. 23 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Prophylaxie de la syphilis congénitale</i> — PROFESSEUR HENRI VIGNES	1
<i>Nuestra experiencia en la inclusión de estrógenos</i> — DR. ARTURO ACHARD	4
<i>Endometriose (Casuística e etiologia)</i> — DR. LUCAS MACHADO e DR. JAYME F. WERNECK	16
<i>Reconstrução da uretra feminina</i> — PROF. DR. AURELIO MONTEIRO	20
<i>Apresentação de frente. Artificio de técnica.</i> — DR. LEO R. L. DE GOUVEA	36
<i>Nova técnica na via de acesso ao apêndice e órgãos genitais internos femininos</i> — DR. ALIPIO AUGUSTO	40

EDITORIAL

<i>O levantar precoce em Ginecologia</i>	48
--	----

NOTAS E COMENTARIOS

† <i>Prof. Dr. Arthur E. Hertzler</i>	52
<i>Criação do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil</i>	53
<i>"II Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia" (Promovido pela Secção de Ginecologia e Obstetricia da Associação Paulista de Medicina)</i>	55
<i>O Prof. Dr. Aloysio de Castro é designado Professor "Honoris Causa" da Universidade da Rep. do Uruguai</i>	56
<i>Primeiro Congresso Peruano de Cirurgia (Lima, Perú, 20 a 26 Abril 1947)</i>	56

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Prolapso e procidência do reto</i> — SILVIO D'AVILA	57
<i>Câncer genital e gravidez</i> — PROF. DR. JORGE DE REZENDE ...	58
<i>Propedêutica Obstétrica</i> — PROF. ARNALDO DE MORAES	59
<i>La Semana Médica</i>	60
<i>The Problem of Fertility</i> — EARL T. ENGLE (Editor)	61

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Câncer do endométrio e estrogénoterapia prolongada</i> — FREMONT-SMITH, M., GRAHAM, R. e GILBERT, H. H.	63
<i>A menopausa artificial e o câncer da mama</i> — HALBERSTAEDTER, L. e HOCHMAN, A.	64
<i>Sangramento do colo após histerectomia subtotal</i> — DAVIS, J. E. e CHEEK, D. B.	65
<i>Um novo método de tratamento para as vaginites e cervicites</i> — SIEGLER, S. L.	65
<i>Teste para determinação do momento da ovulação e da concepção nas mulheres</i> — FARRIS, E. J.	67
<i>Ovulação retardada, fator importante na variabilidade do ciclo menstrual</i> — ROSSMAN, I. e BARTELMEZ, G. W.	68
<i>O diagnóstico clínico dos vários graus dos anéis de contração uterina</i> — JOHNSON, H.	70
<i>Febre intraparto: estudo preliminar.</i> — ODELL, L. e PLASS, E. D.	70
<i>Analgesia espinal contínua na operação cesária</i> — ULLERY, J. C.	71
<i>O fator Rh em obstetrícia</i> — BELSON, M. O.	71
<i>Hidroadenoma da vulva</i> — BREA, C. A. e DUNI, R. P.	71
<i>A pneumorradiografia peritoneal em ginecologia</i> — RAMOS, A. G. P., GUILLARTE, A. S. e BIANCHI, A. A.	72
<i>Tumor de células da granulosa e gestação consecutiva</i> — RAMOS, A. P. e RAMOS, A. G. P.	73

	Página
A sulfanilamida intraperitoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro — PEREZ, M. L. (Colaboração de ECHEVARRIA, R.)	74
A sulfanilamida intra-peritoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro — PEREZ, M. L. e ECHEVARRIA, R.	75
Alterações placentares da coelha no aborto provocado pelos estrógenos — SAMMARTINO, R. e BLANCHARD, O.	76
A palpação dos batimentos funiculares através da parede abdominal — SALA, S. L.	76
Inversão uterina — ESQUIVEL, D. E. V.	77
O sexo à ventade — ASCORTI, R. A.	77
A versão interna na Maternidade "Ángel Custodio Sanhueza" — HERMAN MUJICA, L.	78
Sobre o trabalho de parto prolongado. Inércia primitiva e dilatação estacionária com integridade ovular. — VALENZUELA SAEZ, E.	79
Considerações e observações pessoais acerca do tratamento relâmpago da gonococia. Estado atual do tratamento da lues pela penicilina. — NOGUES-MORE, S.	80

Prof. Arnaldo de Moraes

PROPEDÊUTICA OBSTÉTRICA

6.^a EDIÇÃO — 1946

Revista e atualizada pelo Autor

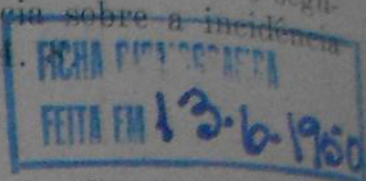
Com 512 páginas e 168 gravuras, das quais
duas tricromias

PREÇO: CR\$ 150,00

LIVRARIA FRANCISCO ALVES

Rua do Ouvidor N.º 166

RIO DE JANEIRO

resposta apropriada ainda que ela tenha mantido um calendário menstrual por muitos anos. Muitos "fracassos do período de segurança" podem ser atribuídos à nossa ignorância sobre a incidência da ovulação retardada nas mulheres. — A. A. 

X **O diagnóstico clínico dos vários graus dos anéis de contração uterina** (*The clinical diagnosis of varying degrees of uterine contraction rings*) — JOHNSON, HERMAN — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1946, Vol. 52, N.º 1, pág. 80).

Lamenta, inicialmente, o A., a confusão existente na nomenclatura e origem dos anéis de contração. Acredita que os anéis de contração em geral, referidos pelos autores, são os de natureza grave, que aparecem nos partos em que existe obstrução. Apresenta, então, no presente trabalho, razões que levam à convicção da existência de um grande grupo de intensidade média, ocorrendo em partos independente da existência de obstrução. Compara, a seguir, a mortalidade materna, incidência operatória e mortalidade fetal em um grupo de casos relatados na literatura com os que constituem as formas sub-clínicas tratadas nesse trabalho. Acredita que a ruptura precoce das membranas seja um fator predisponente no desenvolvimento de anéis de contração. Analisa, finalmente, os métodos a empregar no tratamento da distocia em estudo. — C. B. F. 

X **Febre intraparto: estudo preliminar.** (*Intrapartum fever: a preliminary study.*) — ODELL, LESTER e PLASS, E. D. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Julho 1946, Vol. 52, N.º 1, pág. 89).

A febre durante o parto é atribuída, pelos A.A., à desidratação, doenças extra-genitais ou infecção do canal da parturição. A última causa é admitida por exclusão das duas outras, ou pelo descarga genital característica. A lesão primária nas infecções do trato genital é uma amnionite (placentite) que acarreta sequelas graves à mãe e ao filho. Na mãe, a infecção puerperal frequentemente progride, podendo vir a ser mortal, enquanto, no filho, os principais riscos são os da pneumonia por aspiração e septicemia por extensão direta de infecção aos vasos placentários. Na presente série de 187 partos febris, 129 apresentaram indicações de infecção do canal da parturição, isolada ou associada a outra, extra-genital. Deste último número, 8 mães e 61 crianças morreram, mortalidades, portanto, de 6,2 e 46,9 %, respectivamente. A febre de desidratação não acarretou mortes maternas ou fetais, mas a de origem extra-genital acarretou 1 morte materna (36,8 %) e uma percentagem de 42,2 % de mortes fetais.

Revê o tratamento das várias causas de febre intra-parto. — C. B. F.

Analgesia espinhal contínua na operação cesária (*Continuous spinal analgesia in cesarean section*) — ULLERY, JOHN C. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1946, Vol. 52, N.º 1, pág. 100).

Da experiência de 300 partos cesários sob analgesia espinhal contínua, sem mortes maternas, conclue o A. que tal analgesia é boa para mãe e filho. As crianças (com exceção de uma nati-morte) não apresentaram anoxemia, gritaram logo e tinham boa côr, não sendo necessárias manobras para ressuscitar.

A morbidade pós-operatória das mães foi baixa e as complicações não mais numerosos do que com os anestésicos de inalação.

Salienta as vantagens desse tipo de analgesia, sua garantia pela baixa dosagem e controlabilidade.

A técnica descrita é simples, requerendo apenas os cuidados comuns a qualquer administração de anestesia. — C. B. F.

O fator Rh em obstetrícia (*The Rh factor in obstetrics*) — BELSON, MAURICE O. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Julho 1946, Vol. 52, N.º 1, pág. 106).

Relatando seu estudo do fator Rh em 300 casos obstétricos, concorda o A. que o fator Rh deve ser determinado em toda paciente durante o período pré-natal e que a existência de aglutininas anti-Rh indica a indução do parto antes do termo. A transfusão imediata é o tratamento para as crianças eritroblastóticas com anemia hemolítica e com esse tratamento a mortalidade é bastante reduzida. Dois foram os casos de mulheres com aglutininas anti-Rh estudados pelo A. nessa série; os partos foram induzidos prematuramente, sendo que uma das crianças tinha eritroblastose fetal, sendo curada com 5 transfusões de sangue. A incidência nesta série foi então de 1 caso de eritroblastose para 300 gestantes. — C. B. F.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Hidroadenoma da vulva (*Hidroadenoma de la vulva*) — BREÁ, CESAR A. e DUNL RAMIRO PICO — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Julho 1946, Tomo XXV, N.º 6, pág. 188).

A comunicação dos A.A. é de um caso de tumor da vulva, em mulher de 33 anos, nulípara, que se queixava de dores e um

pela hiperfoliculinúria. A realidade das gestações e a evolução favorável ulterior, justifica a tendência cirúrgica conservadora nas mulheres jovens." — A. F. S.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

FEITA EM 13-8-1960

X **A sulfanilamida intraperitoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro** (*La sulfanilamida intraperitoneal profiláctica en la cirugía obstétrica del caso impuro*) — PEREZ, MANUEL LUIS (Colaboração de ECHEVARRIA, RAMON) — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Julho 1946, Tomo XXV, N.º 7, pág. 232).

Trabalho longo, minucioso, em que o A. faz o estudo da sulfanilamidoterapia intraperitoneal, de modo claro e seguro, demonstrando perfeito conhecimento do assunto, o que aliás era desnecessário dizer, dado o valor cultural e científico do A.

São apresentadas 102 observações, cujos resultados foram ótimos.

O A. termina o seu excelente trabalho com os seguintes conselhos:

a) Cesária segmentária transperitoneal com o mínimo de traumatismo possível, o mínimo de desprendimento do peritônio e a absorção mecânica dos líquidos que se derramam do útero.

b) Depósito de 4 gramas de sulfanilamida em pó, distribuídas na sutura do útero, da serosa e da parede, porém a maior parte nos fundos-de-saco da pequena pelve.

c) Sulfanilamidoterapia paraenteral até 72 horas após a operação, vigiando cuidadosamente o nível sanguíneo duas vezes ao dia, a fim de mantê-lo em torno de 6 mgrs. % no sangue circulante.

d) Penicilinoterapia parenteral a partir da operação ou antes da mesma (segundo os sinais de infecção ovular), de modo a injetar 200.000 unidades, distribuídas em 48 horas.

Conclusões do A.:

1) A solução do problema da cesária impura pela operação cesária segmentar transperitoneal associada a quimioterapia peritônio-paraenteral, é uma realidade.

2) Tal realidade se afirma mais ainda com o emprego último da penicilinoterapia pré ou pós-operatória, segundo as circunstâncias, ou ambas em conjunto.

3) A prática sistematizada dessa conduta influe também poderosamente na evolução do pós-operatório, baixando de forma muito apreciável a morbidade séptica.

4) As novas aquisições químico e penicilinoterapêuticas nos dirão ou não, com o tempo, da necessidade de modificar a conduta que hoje seguimos.

Acompanha o trabalho, longa bibliografia. — A. F. S.

OBSTETRICA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

2 **A sulfanilamida intra-peritoneal profilática na cirurgia obstétrica do caso impuro** (*La sulfanilamida intraperitoneal profiláctica en la cirugía obstétrica del caso impuro*) — PEREZ, M. L. e ECHEVARRIA, R. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Julho 1946, Vol. IV, N.º 7, pág. 477).

Apresentam os A.A. as observações pessoais e as publicadas na literatura médica por tocólogos argentinos e estrangeiros, que reúnem mais de 700 operações cesarianas transperitoneais e extra-peritoneais por artifício, com e sem drenagem, nas quais foi aplicada sulfamido-terapia peritoneal profilática. O índice de mortalidade por peritonite, de 0,81 % foi muito inferior ao de 4,3 % correspondente às operações cesarianas praticadas nos últimos anos, nas quais não se empregou essa substância.

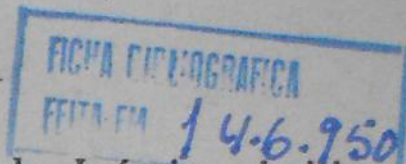
Os A.A. notaram também que entre 613 operadas que receberam sulfamida peritoneal, as operações transperitoneais (segmentar, segmento-corporal e corporal, com drenagem num reduzido número de casos), a cifra de mortalidade foi de 0,32 %, em oposição ao de 3,33 % das cesárias extra-peritoneais por artifício (muitas delas com drenagem).

O material apresentado pelos A.A. compreende 102 cesárias: 6 do 1.º grau de SUREAU, 68 do 2.º grau, 21 do 3.º grau e 7 do 4.º grau. A operação de eleição foi a cesária segmentar transperitoneal (OPITZ) e só por necessidade se utilizou a segmento-corporal (19 vezes) ou a corporal (2 vezes).

Praticaram 4 vezes drenagem no início da experimentação. Não foi registrada morte por peritonite. Devido a alta percentagem de morbilidade global nas primeiras séries (58 %) e com a finalidade de diminuí-la empregaram em algumas operadas quantidade igual de sulfamida intra-uterina a intervalos de 4 h. após operação, obtendo assim um descenso da morbilidade a 25 %, porém abandonando mais tarde este sistema pelo perigo que significava para a doente a alta concentração sanguínea. Numa última série de 28 observações pertencentes aos graus 2.º, 3.º e 4.º de pureza ovular, associaram à quimioterapia peritônio-parenteral a penicilinoterapia parenteral pós-operatória — em alguns casos pré e pós-operatória — obtendo mediante isto uma descida da morbilidade a 14,2 % o que conduz à conclusão de que o problema da cesária impura pelo método transperitoneal associado à quimioterapia peritônio-parenteral e à penicilinoterapia parenteral, foi solucionado. — C. A.

Notamos ainda neste quadro que no correr do tempo a aplicação de fórceps tem tendência a aumentar enquanto que a cesariana se mantém e a versão tende a diminuir.

O A. apresenta depois uma série de quadros estatísticos onde são analisados vários assuntos tais como: Indicações, intervenções prévias, complicações imediatas, mediatas e tardias, intervenções imediatas, anestesia, mortalidade materna e fetal, etc. — A. A.



✓ **Sobre o trabalho de parto prolongado. Inércia primitiva e dilatação estacionária com integridade ovular.** (*Sobre el trabajo de parto prolongado. Inercia primitiva y dilatación estacionaria con integridad ovular.*) — VALENZUELA SAEZ, EDUARDO — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Julho 1946, pág. 73).

O A. inicia o trabalho chamando a atenção para esses casos de inércia primitiva do útero em que o trabalho de parto é muito prolongado, onde podem surgir complicações graves. Acentua outrossim que devido a serem estes casos pobres de sintomatologia subjetiva podem muitas vezes ser amudados favorecendo assim as complicações.

A sintomatologia do sofrimento fetal nestes casos é falha: por vezes modificações nos batimentos fetais, outras mecônio que sai através a vulva e outras apenas modificação na intensidade dos batimentos fetais.

Tratamento — Partindo de que a prolongação do trabalho de parto é devido de um lado à formação imperfeita da bolsa d'água e de outro, à falta de capacidade motora do útero, resolveu o A. instituir um tratamento que atendesse a esses dois itens, dando à paciente como ocitócico a quinina-cálcio em injeção intramuscular na dose inicial de 10 a 15 cc. e rompendo amplamente, ao mesmo tempo, a bolsa d'água.

Passada 1/2 a 1 hora se julgasse ter sido a dose insuficiente, ele a repetia.

Houve alguns casos de hipercinesia uterina que foram combatidos pela morfina endovenosa ou atropina subcutânea.

A seguir o A. apresenta uma série grande de observações (61), terminando pelos comentários e resultados seguidos de resumo e conclusões. — A. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Doc. Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. Alipio Augusto Camelo	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares	Doc. Dr. Mario N. Pardal
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Cid Braune Filho	Doc. Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Gustavo Rego	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
	Doc. 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 - Porto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Médica Hispano-Brasileira - Rua da Imperatriz, 58
1.º and. - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 193 - 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 XII

Fevereiro de 1947

Vol. 23 — N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Asfria do recém-nascido</i> — PROF. DR. RAUL BRIQUET	81
<i>Reto-sigmoidite estenosante perfurada simulando apendicite aguda supurada</i> — DR. OSWALDO DA SILVA LOUREIRO	102
<i>Tumor cerebral e gravidez</i> — DR. DOMINGOS GUILHERME DA COSTA	103
<i>Auto-intoxicação e coma em quisto de ovário com pedículo torcido</i> — DR. G. MAURITY SANTOS e DR. F. A. BRAGA LOPES	119

EDITORIAL

<i>Ação do hormônio tireoideo sobre a gestação e o feto</i>	125
---	-----

NOTAS E COMENTARIOS

† Prof. Dr. Carlos Werneck	128
"XI Congresso Francês de Ginecologia" (Châtel-Guyon, 31 de Maio a 4 de Junho de 1947)	133
"Société Française de Gynécologie" (O Prof. Arnaldo de Moraes "membre d'honneur" dessa Sociedade)	134
Sociedade Brasileira de Cancerologia	135
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói	135

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Primeras Jornadas Chilenas de Obstetricia y Ginecologia</i> — HECTOR CRUZ M.	136
<i>VI Jornadas Rioplatenses de Obstetricia y Ginecologia (Actos y Trabajos)</i> — DRS. MIGUEL BECERRO DE BENGUA e ALEJANDRO POU DE SANTIAGO	137
<i>La Interposición del Útero en el Tratamiento del Prolapso genital (Operación de Schauta-Wertheim)</i> — O. JÜRGENS	139
<i>Fisiologia da adolescência</i> — DR. GUILLERMO DI PAOLA	139

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Lipossarcoma da mama</i> — STOUT, A. P. e BERNANKE, M.	141
<i>A respiração intra-uterina do feto humano</i> — DAVIS, M. E. e PORTER, E. L.	142
<i>Endometriose na juventude</i> — FALLON, J.	142
<i>Hipertireoidismo na gravidez tratado pelo Thiouracil</i> — STROUSE, S. e DRABKIN, C.	143
<i>Prevenção e tratamento do carcinoma da vulva</i> — WATSON, B. P. e GUSBERG, S. B.	143
<i>O músculo da micção</i> — KENNEDY, W. T.	145
<i>Histerectomia total abdominal</i> — DANFORTH, W. C.	146
<i>A operação de Manchester, com especial referência à parturição e prolapso total.</i> — GORDON, C. A.	147
<i>Valor e limitações da pelviografia na verificação de distocia, com referência especial à capacidade de pelve média</i> — WEINBERG, A., ROCKAWAY, F. e SCADRON, S. J.	149
<i>O tratamento pela arsenoterapia maciça da sífilis recente complicada por gravidez</i> — CURTIZ, A. C. e MORROW, G.	150
<i>Eficiente tratamento do hidrânio com cloreto de amônio</i> — ABRAMS, A. A. e ABRAMS, S. B.	151
<i>Rotura espontânea do fígado em eclampsia com hemoperitônio fatal</i> — SANES, S. e RAMINSKI, C. A.	151
<i>Carcinoma do útero</i> — FERRIS, D. O.	152
<i>A escolha de tratamento para o carcinoma do colo uterino</i> — GENTIL, F.	152
<i>Nossa experiência sobre cardiopatias na gravidez</i> — AVILÉS, V. M.	155
<i>A luz de Wood em cancerologia</i> — RADICE, J. C.	155
<i>Radiologia do abdome agudo</i> — PAVLOWSKY, A. J.	156

	Página
Administração de gonadotrofina sérica em ratas com pedículos ováricos ligados — DI FONZO, N. O.	156
A biópsia do endométrio na gravidez ectópica — BOGNATI, E. P. e BUR, G. E.	157
Novos conceitos na gênese e tratamento das algias neoplásicas — FLOKS-ZTRUMPF, M. e PEXENNA, D. R.	157
Arrhenoblastoma desenvolvido em um blastoma muco-epitelial do ovário — AHUMADA, J. L. e SAMMARTINO, R.	158
Eventração pós-operatória — PERALTA RAMOS, A. G. e GUITARTE, A. I.	158
Fístula vésico-vaginal cirúrgica. Cura não operatória. — FUENZALIDA, T. S.	159
Algumas considerações sobre mola hidatiforme — CABRERA, H. S.	159
As infiltrações coriais — GIORGI, L. DE	160
Estudos sobre o ovário, o endométrio e as anomalias menstruais — HER-RERA, P. A. G. e GONZALEZ, J. M. B.	160

LISOGENINA-COLI

— VIA BUCCAL —

BACTERIOFAGOS

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

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

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

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

LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO
RUA REPUBLICA DO PERÚ, 75 — RIO DE JANEIRO

70 casos as condições do colo provocaram uma nota chamando a atenção ou do patólogo ou do operador. Casos de erosão simples de grau moderado estão excluídos deste número.

Nesta série houve 2 mortes, ou seja uma incidência de 0,4 %. Em outra série de 744 histerectomias subtotais, houve uma mortalidade de 0,66 %.

Em condições adequadas o perigo não aumenta, é claro. Entretanto, sem uma perfeita familiaridade com a anatomia pelviana e a técnica, existe positivamente maior perigo com a operação total. De acordo com as regras do American College of Surgeons, 141 pacientes, ou 28,2 %, apresentaram morbidez na convalescença, mas morbidez grave foi excepcional. A tromboflebite ocorreu 3 vezes e lesão ureteral 2 vezes. Ambos estes casos curaram, conquanto tenha sido necessária a nefrectomia. A bexiga foi aberta 4 vezes, tendo todas estas pacientes curado sem complicações. Uma das mortes foi causada por septicemia, tendo sido também encontrada na autópsia tráqueo-bronquite. A outra morte foi por uremia com falta de secreção urinária foi provada a ausência de obstrução ureteral.

Em 239 casos os anexos não foram atingidos, ao passo que em 136 casos o ovário ou a trompa, ou pelo menos o ovário, foi deixado de um lado. O conservantismo neste particular é vantajoso, entretanto, é melhor extirpar um ovário doente. A técnica operatória é discutida, sendo assinalado que se a secção da parede vaginal for feita junto ao colo, não ficará encurtada.

E' importante, tanto na histerectomia total quanto na subtotal, que os ovários fiquem livremente móveis e com bom suprimento sanguíneo. Segundo a experiência do A., em mãos treinadas, a histerectomia total abdominal pode ser usada frequentemente ou até quase rotineiramente. As vantagens são suficientes para justificar seu emprêgo tão frequente. — A. A. S.

A operação de Manchester, com especial referência à parturição e prolapso total. (*The Manchester operation with special reference to parturition and complete prolapse*) — GORDON, C. A. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1946, Vol. 52, N.º 2, pág. 228).

Durante o período de 10 anos (de 1934 a 1943), 236 mulheres foram operadas por prolapso do útero no hospital do A.

Foram os seguintes os tipos de operação: MANCHESTER 206 casos; LE FORT, 2 casos; histerectomia vaginal, 21 casos; e interposição, 7 casos. Os resultados finais em muitos destes casos foram estudados a fim de verificar se a operação de MANCHESTER pode ser empregada no tratamento do prolapso do útero durante o período reprodutivo, e se é ou não eficaz na correção do prolapso total.

Nesta série de 206 operações de MANCHESTER havia 36 mulheres com menos de 40 anos de idade, 16 das quais tinham menos de 35 anos. A parturição se verificou em 10 casos subsequentemente. Em 5 destes nenhum detalhe sobre o trabalho ou sobre os resultados finais pôde ser obtido, exceto em um caso em que houve reincidência do prolapso. Os dados clínicos principais verificados nos outros 5 casos podem ser assim resumidos:

Caso I (26 anos) — Colo não amputado. Cinco anos mais tarde, trabalho de 10 horas com criança de 4,080 k.; fórceps baixo e episiotomia.

Caso II (34 anos) — Colo não amputado. Quatro anos mais tarde, 5 horas de trabalho com criança de 1.814 k.; episiotomia.

Caso III (32 anos) — Colo amputado. Três anos mais tarde, 15 horas de trabalho com criança de 4.610 k.; rotação manual de occípito-posterior direito, fórceps baixo e episiotomia.

Caso IV (34 anos) — Colo amputado. Um ano mais tarde, 3 horas de trabalho com criança de 4,733 k.; fórceps baixo e episiotomia.

Caso V (32 anos) — Colo amputado. Três anos mais tarde, 12 horas de trabalho com criança de 2.406 k.; cesária segmentar baixa por colo rígido.

ROWLS e HUNTER demonstraram que existe um risco real na gravidez e trabalho em seguida à amputação do colo. Se o abôrto se der, como frequentemente se observa, existe a tendência aumentada para a retenção de tecido placentar e infecção. No decurso do trabalho, a falta completa ou parcial de dilatação do colo pode ocorrer, e até a rotura uterina. A amputação cervical, quer como parte da operação combinada quer como da de MANCHESTER, não é uma boa operação para mulheres no período reprodutivo.

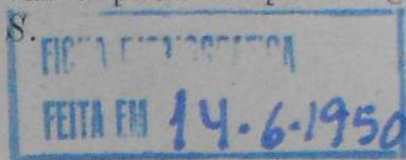
O A. discute os méritos relativos do processo da operação combinada e da operação de MANCHESTER para a correção do prolapso uterino durante o período reprodutivo da vida. A operação de MANCHESTER é recomendada. Todos os casos de parturição subsequente à operação de MANCHESTER que o A. conseguiu reunir, estão descritos em um quadro comparativo. A operação de HALBAN está incluída por diferir pouco do processo de MANCHESTER. Constitue uma questão importante saber se a operação de MANCHESTER é conveniente para mulheres no período reprodutivo desde que a alternativa, a operação combinada, não é satisfatória.

As operações para a correção do prolapso uterino são geralmente realizadas após a menopausa, e comparativamente poucos casos de gravidez têm sido relatados.

Alguns ginecólogos não se convenceram de que as mulheres podem passar com segurança pela parturição sem distocia grave ou sem danificar seriamente os resultados plásticos finais. No entanto, muitos que praticaram esta operação em mulheres jovens, não relataram distocia grave ou qualquer processo patológico puerperal.

A incidência de extração a fórceps pode ser descontada, porquanto o parto instrumental através de uma episiotomia larga está indicado após qualquer processo plástico vaginal. A possibilidade de uma cesária, ainda que remota, deve ser considerada, particularmente se o colo for amputado. Até o prolapso total do útero pode ser corrigido sem este perigoso processo.

A operação de MANCHESTER deu excelentes resultados em 62 casos de prolapso total em que foi possível observar a paciente por longo e continuado período de tempo. — A. A. S.



Valor e limitações da pelviografia na verificação de distocia, com referência especial à capacidade de pelve média
(*The value and limitations of pelvioradiography in the management of dystocia, with special reference to midpelvic capacity*)
— WEINBERG, ARTHUR, ROCKAWAY, FAR e SCADRON, SAMUEL J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1946, Vol. 52, N.º 2, pág. 255).

Estudaram os A.A., minuciosamente, 500 casos suspeitos de distocia com o auxílio dos raios X e estabeleceram o prognóstico baseados na pelvimetria, arquitetura pélvica, relações feto-pélvicas e apresentação.

Verificaram que, empregando-se técnica radiológica adequada de pelvimetria roentgenográfica, há pouca diferença na mensuração roentgenográfica. Notaram que em qualquer plano pelviano tem maior importância como indicadora da capacidade pélvica a soma dos diâmetros ântero-posterior e transversal do que um dos diâmetros isoladamente. A cefalometria e a fetometria são imprecisos de mais para serem consideradas de valor na pelvirradiografia.

A relação feto-pélvica foi arbitrariamente calculada usando-se o estereoscópio de precisão, tendo-se deixado de lado as comparações volumétricas pelas imprecisões que oferecem.

A arquitetura pélvica influenciou sobre o prognóstico; ele foi considerado progressivamente mais desfavorável na seguinte ordem: ginecóide, antropóide, platipelóide e andróide.

As más posições são consideradas fatores desfavoráveis ao prognóstico.

O prognóstico nas apresentações pélvicas baseia-se quase inteiramente na arquitetura e mensurações pélvicas e não é aconselhável tentativa de parto nesta apresentação. Em caso algum em que o parto vaginal de uma apresentação pélvica foi aconselhado verificou-se morte fetal.

Um prognóstico certo foi dado pelos A.A. em 97.8 % dos casos da presente série. 65 % dessas suspeitas de distocia tiveram prognóstico favorável com o auxílio do R. X.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Doc. ntes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser end. reçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Março de 1947

Vol. 23 — N.º 3

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Aspectos ginecológicos da retenção de ovo morto</i> — DR. ALMEIDA GOUVEIA	161
<i>Sobre alguns casos de cistos da vagina</i> — DRA. CLARICE DO AMARAL	184

EDITORIAL

<i>Insuficiência da suprarrenal no recém-nascido</i>	190
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>O novo catedrático de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná</i>	193
<i>O ensino médico dentro do espírito universitário</i>	194
<i>Relatório das atividades da Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina durante o ano de 1946</i>	199

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Citologia vaginal</i> — PROF. DR. COELHO DE ALMEIDA	222
<i>O parto indolor pela analgesia caudal contínua</i> — DRS. FRANCISCO CERRUTI e MENOTTI LAUDISIO	223
<i>Revista Clínica do Instituto Maternal</i>	224

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

nesse sentido. Praticou também esfregaços de mucosa bucal, encontrando certa relação também entre o aspecto celular e a ação estrógena.

Finalmente evidenciou, em cortes obtidos de biópsias vaginais de mulheres normais, a presença de formações vasculares na camada germinativa do epitélio vaginal.

Minuciosa sem ser cansativa, ilustrada por várias fotomicrografias e esquemas, a tese com que tão merecidamente Coelho de Almeida conquistou a cátedra, deve ser lida e considerada por todos os ginecologistas, e principalmente por aqueles que vão sempre buscar ao microscópio respostas auxiliares para muitas de suas dúvidas clínicas.

Os parabens de "Anais Brasileiros de Ginecologia" e o agradecimento pela remessa da tese.

C. AMARAL

O parto indolor pela analgesia caudal contínua — Drs. FRANCISCO CERRUTI e MENOTTI LAUDISIO — "Rev. Paulista de Medicina", Julho de 1946.

Trabalho de 100 páginas, cuidadoso na organização dos esquemas de observação, ilustrado por vários desenhos e fotos, apresentado à "3.^a Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetrícia" (1944), constitui por si só o número dessa revista e foi, no dizer dos A.A., o primeiro publicado no Brasil sobre o assunto.

Nele foi feito um estudo bibliográfico sobre o tema, recordando, outrossim, a técnica da analgesia caudal contínua, os resultados, acidentes e complicações, baseando-se sobretudo nos trabalhos de Hingson e Edwards.

A contribuição pessoal inclui 20 pacientes, entre as quais foi feita em 17 a analgesia pelo método de gotejamento segundo a técnica de Block-Rochberg-Rotstein.

Das inúmeras conclusões a que chegaram os A.A., observamos que o parto indolor foi conseguido em 70 a 80 % dos casos, recorrendo à analgesia caudal contínua. Devido a anestesia da parede abdominal, a paciente não pode exercer força voluntária, daí a parada do pólo cefálico no períneo e a necessidade quase sempre da manobra de Kristeller ou do fórceps baixo.

A vigilância da parturiente deve ser rigorosa, não só para controlar a anestesia como para combater qualquer acidente.

"Considerando-se um processo perigoso, quando utilizado por médicos inexperientes ou sem os recursos necessários, deve-se divulgar na imprensa médica seu real valor e reagir contra a imprensa leiga que faz do método um recurso destituído de acidentes, ao

alcance de qualquer médico ou enfermeira, destinado a abolir facilmente as dores do parto."

A luta contra a dor do parto, finalizam os A.A., não se restringe a um só, mas a vários tipos de anestesia, usados de acôrdo com o caso; no entanto, a analgesia caudal contínua é um assunto que deve ser incentivado e provocar estudo.

Com os agradecimentos pela remessa de tão interessante trabalho, os parabens de "Anais Brasileiros de Ginecologia".

C. AMARAL

Revista Clínica do Instituto Maternal — Lisboa, 1946.

Acaba de aparecer esta Revista, com características nitidamente especializadas e como órgão do Instituto Maternal, de Lisboa. Succede à publicação denominada "Arquivo de Obstetrícia e Ginecologia" que os Professores Augusto Monjardino e Costa Sacadura fundaram no propósito de divulgar trabalhos científicos da "Maternidade Dr. Alfredo da Costa".

O sumário do Vol. I, N.º 1, 1946, é o seguinte:

Duas palavras, Instituto Maternal — Corpo clínico, Action locale des hormones génitales de la femme, pelo Prof. Hans Runge, *Cesarianas abdominais — Duas indicações e principais técnicas*, pelo Prof. D. Pedro da Cunha, *Terapêutica de urgência do recém-nascido*, por Silva Nunes, *Terapêutica da infecção puerperal*, por Elisio de Melo Montargil, *A velocidade de sedimentação na gravidez*, por Tiberio Barreiro Antunes, *Bibliografia — Livros e Revistas, Notícias e Informações — Um ano do Instituto Maternal*.

A excelente apresentação do volume, sua colaboração e elevação de propósitos que visa colimar, levam-nos ao registar o seu aparecimento, desejar à nova publicação vida longa e progressista.

A. 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.
<i>Cura de fístula vésico-vaginal produzida pela irradiação</i> — TWOMBLY, G. H. e MARSHALL, V. F.	225
<i>Mortalidade fetal no parto de nádegas</i> — DIECKMANN, W. J.	226
<i>O risco fetal no parto de nádegas</i> — GUYER, H. B. e C. E. HEATON ...	227
<i>Dieta rica em proteínas de baixo valor calórico para a prevenção da toxemia gravídica</i> — LUIKART, R.	229
<i>Uma revista de cem casos de câncer ovariano</i> — HELSEL E. V.	230
<i>Algumas observações sobre o fator Rh na gravidez</i> — INGRAM JR., C. H.	231
<i>O aparecimento da ovulação durante o puerpério</i> — LYON, R. A. e STAMM, M. J.	233
<i>A endometriose fornical perfurante</i> — AHUMADA, J. C. e NOGUES, A. E.	234
<i>Uma encruzilhada no tratamento da infecção puerperal</i> — TURENNE, A.	235
<i>A analgesia caudal em obstetrícia</i> — CADI, J. F.	235
<i>Tratamento radioterápico do câncer do colo uterino</i> — PONS, L. M. ...	236
<i>Valor estrogênico do ovário restante. Estudo experimental pelo método da implantação.</i> — CIRIO, M. A., Relator GAVIOLI, R. L.	236
<i>Gravidez intra e extra-uterina. Valor diagnóstico da histerossa pingografia.</i> — CABALLERO, A., SORDELLI, J. J. e TAMBORINI, R. L.	237
<i>Carioepitelioma perfurante. Hemoperitônio. Caso clínico.</i> — ALLAMAND, J. e LUCCHINI, A.	238
<i>Teratoma cístico do ovário infectado por bacilos de Eberth</i> — DURAN BUENDIA, A. e FUENZALIDA T., S.	238

<i>Inseminação artificial. Requisitos para que está indicada.</i> — GUERRERO, C. D.	239
<i>Comentário ao trabalho sobre inseminação artificial</i> — MATEOS FOURNIER, M.	239
<i>Alguns problemas de ginecologia pediátrica</i> — WEINSTEIN, B. B.	240
<i>Tuberculose anexial tendo evoluído como uma salpingo-ovarite banal</i> — GODLEWSKI, M. E. (Avignon)	240
<i>Um caso de epitélio-sarcoma do seio sobrevivendo após um tratamento intensivo pela foliculina</i> — SERAFINO, M. X.	241
<i>A propósito de dilatação das vias urinárias superiores do curso de prolapso genital</i> — MARCEL GÉRARD	241
<i>A distocia no período expulsivo (Um sinal demonstrativo)</i> — P. NUBIOLA ESPINÓS	242

LISOGENINA-COLI

— VIA BUCCAL —

BACTERIOFAGOS

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

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

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

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

LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO
RUA REPUBLICA DO PERU, 75 — RIO DE JANEIRO

Os A.A. relatam apenas 3 casos, mas o êxito obtido em todos eles, apesar das condições pré-operatórias desfavoráveis, parece revelar o valor do método. — A. V. R.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

FEITA EM 14-6-950

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Mortalidade fetal no parto de nádegas (*Fetal mortality in breech delivery*) — DIECKMANN, W. J. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Set. 1946, Vol. 52, N.º 3, pág. 349).

O parto de nádegas, segundo as estatísticas, ainda é acompanhado de uma mortalidade entre 3,8 e 52 por cento. A média da mortalidade, sem correção, é de 7,7 %, corrigida para 4,2 %, em fetos a termo, em 5 serviços de maternidade. A versão cefálica externa em todos os casos, e a cesária eletiva em primíparas a termo, quando falha a versão, têm sido os processos sugeridos para diminuir a mortalidade.

Um estudo das comunicações sobre o parto de nádegas nos últimos 15 anos indica que os obstetras mantêm ainda idéias diferentes acerca da conduta do trabalho. O que é mais importante é que pouco tem sido feito para conciliar pontos de vista antagônicos, para avaliar as causas desta alta mortalidade fetal, e para instituir medidas para fazê-la baixar. Algumas clínicas conseguiram baixar a mortalidade fetal pela avaliação precoce de cada caso em trabalho, baseadas em um tratamento sistemático para todas as apresentações de nádegas.

O A. estuda a seguir minuciosamente as estatísticas e os pontos de vista das principais clínicas norte-americanas, relativamente a conduta a seguir nas apresentações pélvicas, referindo-se ao método utilizado e aos resultados alcançados no Chicago Lying-in Hospital, nos últimos 4 anos.

Refere-se ainda à versão externa e à colocação dos dilatadores de borracha. Na sua clínica a incidência de nádegas foi de 6,7 % para fetos pesando mais de 400 gr., e 4,6 % para aqueles pesando mais de 1.000 gr. Gêmeos pesando 2.500 gr. ou mais estão incluídos.

Os partos de nádegas (1.500 + gr.) compreenderam 4,4 % dos partos, mas a mortalidade daqueles foi de 10 % de todas as mortes fetais e neonatais; 13 % dos prematuros e 6 % daqueles a termo. As causas de morte no hospital do A., associadas ao parto de nádegas foram a prematuridade, lesão intra-craniana e asfixia em virtude da dificuldade de desprender a cabeça (raramente em virtude de desproporção e geralmente em virtude de um colo com dilatação incompleta). Vinte e três por cento dos prematuros não apresentavam causa demonstrável para a morte na autópsia. A mortalidade fetal.

ainda após a correção, é maior nos prematuros e fetos anormalmente grandes. A supressão de sedativos, o emprego da anestesia local, e a capacidade de reconhecer um colo dilatável completamente resultarão numa diminuição sensível da mortalidade dos prematuros. A alta mortalidade de fetos pesando 4.000 gr. ou mais, especialmente em primíparas, é difícil baixar, ainda mesmo quando o obstetra é experimentado. A incidência de anomalias congênitas de monta nos fetos em partos de nádega foi de 1,8 %. Houve 13 fraturas de humero, clavícula, fêmur, ou ossos do crânio; uma rotura do fígado, mais de sete lesões intra-cranianas e 5 craniotomias. A incidência de lesões fetais foi de 2,1 %. Foram feitas 67 cesarianas (10,5 % para fetos de 1.000 gr.), com duas mortes neonatais; um feto de 1.550 gr. de mãe com placenta prévia e um de 1.240 gr. numa paciente toxêmica. Em pacientes com pelve normal foi realizada 13 vezes em virtude da idade materna, tamanho do feto pós-maturidade ou nati-mortos anteriores.

Termina seu trabalho com as seguintes conclusões: Nos serviços de maternidade o parto de nádegas apresenta uma mortalidade de 7,7 %, corrigida para 4,2 % para fetos a termo. A mortalidade em prematuros vai além de 25 %. As mortes nessa apresentação são devidas a prematuridade, lesões intra-cranianas, asfixia e um pequeno número de lesões viscerais. A versão cefálica externa deve ser repetidamente tentada, não devendo ser empregadas força exagerada e anestesia.

O A. descreve uma conduta sistematizada para o parto de nádegas, mas cada caso deve ser apreciado individualmente.

Os pontos importantes no parto de nádegas são: 1) reconhecimento pronto do trabalho anormal; 2) intervir se não houver desceida durante uma hora e o colo estiver completamente dilatado; 3) anestesia cirúrgica profunda; 4) deliberação no parto; 5) episiotomia larga; 6) técnica de POTTER para desprendimento dos ombros; 7) manobra de DE CELSUS-WIEGAND-MARTIN para desprendimento da cabeça ou combinação com fórceps.

A cesariana deve ser usada mais frequentemente em primíparas a termo com fetos grandes com apresentação de nádegas. — A. A. S.

O risco fetal no parto de nádegas (*The fetal risk in breech delivery*) — GUYER, H. B. e C. E. HEATON — (*Am. J. obst. and Gynec.*, Set. 1946, Vol. 52, N.º 3, pág. 362).

As estatísticas de muitas clínicas durante um longo período têm demonstrado uma alta mortalidade fetal no parto de nádegas comparativamente ao de vértice. Apesar dos apuros de técnica, não houve progresso sensível desde que HOLLAND, em 1922, demonstrou que 75 % das mortes fetais a termo nos partos de nádegas são devidas a laceração da tenda do cerebello com hemorragia subdural. Não

existe, além disso, acôrdo relativamente à percentagem de risco fetal correspondente ao parto de nádegas em si. A grande variedade de resultados relatados pelas várias clínicas são devidas principalmente ao desacôrdo sobre o que constitue um parto de nádegas normal, sem complicações. Num esforço para verificar o risco fetal no parto de nádegas, os A.A. analisaram 708 casos de parto de nádegas ocorridos no Serviço de Obstetrícia do Bellevue Hospital durante dez anos (1934-1944). As versões podálicas internas seguidas de extração de nádegas não foram incluídas, e as cesárias foram consideradas separadamente. Durante este período houve um total de 15.398 partos, dando uma incidência de 4,6 % para a apresentação de nádegas.

Desde que 8 de cada 11 casos de lesão do parto revelam ligeira ou moderada desproporção pelviana, segue-se que qualquer tentativa para baixar a mortalidade fetal deve tomar em consideração primeiramente este grupo. Conquanto outros fatores, tais como as contrações uterinas, a dilatação cervical, o estado das partes moles, e o grau de extensão do feto sejam importantes, o denominador comum nestes casos parece ser um pequeno grau de desproporção pelviana. Uma tal condição nas apresentações de vértice seria, provavelmente, de pouco efeito, pois a cabeça se amoldaria à pelve. Desde que a cabeça derradeira não tem tempo para se amoldar, não pode haver prova de trabalho no parto de nádegas. A escolha do processo tem que ser feita antes da chegada da cabeça à pelve. O problema então é determinar o grau de desproporção além do qual deve ser praticada a cesariana. A comparação radiológica do tamanho da cabeça e a pelve é menos satisfatória na pelviana do que na apresentação de vértice. A determinação da desproporção pelviana nas apresentações de nádegas ainda tem que consistir no cálculo inteligente baseado numa apreciação clínica da pelve, o tamanho estimativo do feto, e estudos radiológicos cuidadosos da pelve. Nos casos lindeiros, deve ser levado em conta o risco materno na cesária eletiva comparado ao risco fetal em parto vaginal. Em mãos competentes e com as vantagens da penicilina, das sulfas e da anestesia moderna, a proporção da mortalidade materna, na cesária eletiva, pode ser reduzida a cifra muito baixa.

Nesta série houve 220 nati-mortos e mortes neonatais, ou seja uma mortalidade fetal de 31,0 %. Após dedução dos casos com várias complicações, restaram 352 partos de nádegas com 16 mortes fetais, dando uma mortalidade fetal corrigida de 4,5 %. Destes fetos mortos 11, ou 69 %, revelaram lesões do parto na autópsia. Destes 11 casos, oito, ou 73 %, revelaram graus ligeiros ou moderados de desproporção entre o feto e a pelve.

O principal meio pelo qual a mortalidade fetal devida ao parto de nádegas pode ser diminuída é o reconhecimento de casos revelando graus ligeiros ou moderados de desproporção pelviana, e o seu tratamento pela cesariana eletiva precoce. — A. A. S.

Uma encruzilhada no tratamento da infecção puerperal
(*Una encrucijada en el tratamiento de la infección puerperal*)
— TURENNE, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Set. 1946, Vol. IV, N.º 9, pág. 666).

Após breve resenha dos métodos terapêuticos na luta contra a infecção puerperal, plantea o A. o problema básico de um tratamento direito e racional dessa doença. Assimilando a infecção puerperal aos demais processos patológicos infecciosos, verifica o A. os bons resultados obtidos pela terapêutica biológica (difteria, carbúnculo, tifo, tétano, etc.) em oposição à quimioterapia de outras infecções.

Reconhece o progresso real obtido no tratamento da infecção puerperal com as diversas sulfamidas e a penicilina, mas entende que a ação dessas substâncias não é diretamente bactericida ou anti-tóxica, senão unicamente bacteriostática.

Faz referências às dificuldades atuais para obter os antígenos correspondentes aos distintos tipos bacterianos da infecção puerperal, mas afirma que o tratamento deverá ser "biológico" e acessoriamente "quimioterápico"; o que significa que não dispomos ainda duma terapêutica direta e racional da infecção puerperal.
— C. A.

A analgesia caudal em obstetrícia (*La analgesia caudal en obstetricia*) — CADI, J. F. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Set. 1946, Vol. IV, N.º 9, pág. 672).

O A. relata sua experiência em 100 casos de analgesia caudal obstétrica realizada até agora na Maternidade do Salvador, de Santiago de Chile, em 81 partos e 19 intervenções das quais 7 foram cesarianas.

As soluções anestésicas empregadas foram: meticaína Lilly a 1,5 % em 23 % dos casos e novocaína a 1,5 % nos 77 % dos casos restantes, a ação analgésica desta última sendo muito superior.

Os resultados mostram um 68 % de analgesias felizes e um 32 % de insuficientes ou parciais, estas últimas devidas, na sua maioria, a faltas de técnica inevitáveis quando faz pouco que se pratica o método.

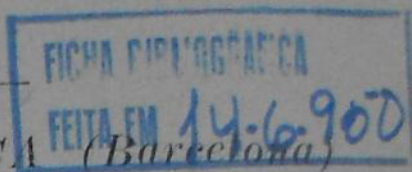
As crianças nascem em melhores condições que sob qualquer outro método analgésico. É a anestesia de eleição nas aplicações de fórceps. Tem indicação especial nos partos prematuros, nas eclâmpticas, cardiopatas e tuberculosas.

Acha o A. que este é o processo analgésico melhor de todos os que experimentou no parto, porque não tem perigo materno nem fetal quando se conhecem perfeitamente as contra-indicações e se vigia pessoalmente o curso da anestesia. — C. A.

dosagem da azotemia, pressão arterial e radiografia contrastada das vias urinárias.

Aconselha nos casos de lesões adiantadas, com incapacidade funcional acentuada, o prévio tratamento médico seguido da correção cirúrgica da causa — o prolapso genital — o que por certo melhora o estado das pacientes. — A. A. C.

MEDICINA CLÍNICA (Barcelona)



A distocia no período expulsivo (Um sinal demonstrativo)

(*La distocia en período expulsivo [Un signo demonstrativo]*)

— P. NUBIOLA ESPINÓS — (*Medicina Clínica*, Set. 1946, N.º 3, pág. 189).

O A. inicia o artigo fazendo uma análise rápida dos fatores capazes de prolongar o tempo do período expulsivo. A seguir lembra que as cifras médias normais são de 12 a 15 horas de trabalho para as primíparas e 6 a 8 horas para as múltiparas, considerando que este é um meio muito falho de se avaliar a situação do parto uma vez que é muito difícil saber-se exatamente quanto tempo tem uma determinada paciente de trabalho, variando ainda os efeitos, de uma para outra paciente.

A seguir, lembra que é corrente a opinião que todo período expulsivo que ultrapasse 3 ou 4 horas é capaz de pôr em perigo os tecidos maternos.

VARNIER objeta que tem tido períodos expulsivos mais demorados sem prejuízos e o A. lembra que quando o feto progride, embora lentamente, o perigo de lesões maternas é muito menor, em um mesmo período de tempo.

Lembra depois o A. que para que o período expulsivo seja proveitoso é necessário que tenha havido uma dilatação completa ou pelo menos suficiente sem o que o feto, ao progredir, leva consigo o anel do colo uterino que o fixará em certo ponto do canal vaginal.

O A. acentua que é essencial verificar sempre se a falta de progressão é devida à dinâmica uterina ou não.

Termina o A. apresentando um sinal que julga de grande valor na orientação que se deve dar ao período expulsivo.

Consiste em fazer-se o toque vaginal antes que sobrevenha a contração uterina, localizando-se o diafragma pélvico e verificando-se no momento álgido desta, o pólo fetal inferior atinge esse diafragma, auxiliado por pressão sobre a parede abdominal. Caso não se dê isto, é sinal de que o período de expulsão ainda levará tempo e conforme as condições fetais, neste momento, será orientado o parto. — A. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

Dr. A. Antonio Couri	Doc. Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Alcides Marinho Rego	Dr. Jorge Rodrigues Lima
Dr. Alipio Augusto Camelo	Dr. José de Castro Stel Filho
Dr. Alkindar Soares	Doc. Dr. Mario N. Parda
Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento	Dr. Nelson de Castro Barbosa
Dr. Cid Braune Filho	Doc. Dr. Nelson Garcia Nogueira
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Orlando Baiocchi
Dr. Gustavo Rego	Dr. Raymundo Santos
Dra. Hildegard Stoltz	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Doc. 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.

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém
Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Abril de 1947

Vol. 23 — N.º 4

SUMÁRIO

EDITORIAL

Homenagem ao Professor Manuel Luis Perez 243

TRABALHOS ORIGINAIS

- Sobre las anastomosis circulatorias de las placentas dizigóticas* —
PROF. DR. MANUEL LUIS PÉREZ, DR. JORGE R. FIRPO e
DR. EDUARDO M. BALDI 247
- El valor del etinil-estradiol como inhibidor de la secreción láctea* —
DR. ROBERTO M. GORI e DR. ERNESTO BAYONA 266
- Operación obstétrica y sepsis puerperal (Contribución de los antibióticos
a la profilaxis de la infección post-operatoria)* — DR. EDUARDO
M. BALDI 279
- Las úlceras de estómago y duodeno en el estado puerperal* — DR. JORGE
ROBERTO FIRPO 317

NOTAS E COMENTARIOS

- Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil (Posse do Prof. Ar-
naldo de Meraes como Diretor do Instituto)* 328
- Representação da Faculdade Nacional de Medicina no Conselho Uni-
versitário* 332

LIVROS E PUBLICAÇÕES

- Boletín del Instituto de Maternidad* — PROF. DR. ALBERTO PE-
RALTA RAMOS (Diretor) 333
- Anales de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de
Asunción* — PROF. ROBERTO F. OLMEDO 334

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Apresentação transversa</i> — COLE, J. T. e DELANY FORBES	335
<i>Granuloma produzido por talco</i> — LICHTMAN, A. L., McDONALD, J. R., DIXON, C. F. e MANN, F. C.	336
<i>Tecido endometrial ectópico na coxa</i> — SCHLICKE, C. P.	336
<i>Fatores controvertidos no tratamento do carcinoma do corpo</i> — SCHEFF- FEY, L. C., W. J. THUDIUM, D. M. FARELL e G. A. HAHN	337
<i>Relação entre o ganho de peso materno e o peso do recém-nato</i> — KLEIN, J.	338
<i>Complicações e mortalidade fetal em 136 casos de prenhez múltiplas</i> — MUNNELL, E. W. e TAYLOR, H. C.	339
<i>Uma comunicação sobre 2.798 histerectomias vaginais</i> — CAMPBELL, Z. B.	340
<i>Um estudo de 509 histerectomias vaginais</i> — FALK, H. C. e I. A. BUNKIN	341
<i>A respiração durante a primeira hora de vida</i> — GOTTSCHALK, R. H.	342
<i>Levantar precoce no puerpério</i> — KING, A.	343
<i>Relação entre levantar precoce e morbidade após cesariana</i> — HEADINGS, D. M.	343
<i>Carcinoma da mama</i> — ACUFF, H.	344
<i>A interdependência da órbita psíquica e somática em ginecologia. Ovário tóxico e psiquismo.</i> — STAJANO, C.	344
<i>Epitelioma tubário primitivo</i> — MURRAY, E. G. e CIRIO, M. A.	346
<i>A moderna orientação médico-cirúrgica na terapêutica das peritonites agudas</i> — BAZAN, J. e SCHIAVO, C. D.	347
<i>A drenagem abdominal na operação cesariana do caso impuro</i> — PERALTA RAMOS, A.	348
<i>Leucoplasia do colo uterino</i> — OSCAR BLANCHARD	349

	Página
<i>Tratamento da incontinência da urina por suspensão da uretra com uma cinta de fascia lata</i> — EDUARDO A. FOX e MARIO BESSONE	350
<i>Varizes e estrógenos</i> — AGÜERO, O.	350
<i>Inversão uterina crônica</i> — HECTOR CARRERA, S.	351
<i>Estudo sobre alguns aspectos funcionais da ginecologia conservadora</i> — WALTER KOCK, S.	351
<i>Câncer do colo uterino e gravidez</i> — ZUCKERMANN, C.	352
<i>Valor comparativo entre o estudo citológico no conteúdo vaginal e a biópsia</i> — AMOR E., R.	352
<i>Tratamento da endometriose do septo reto-vaginal pelo implante de comprimidos de testosterona</i> — MASSE, T. e DAX	353
<i>A penicilina intra-uterina no tratamento das infecções graves do pós-parto e do pós-aborto</i> — DAMADE, M., DAX e DULONG DE ROSNAY	354
<i>Forma pseudo-tífica e nova classificação das formas de tuberculose gênito-peritoneal</i> — MONTORBIO, V. C.	354
<i>Estudos sobre o ovário, endométrio e anomalias menstruais</i> — GOMEZ HERRERA, P. A. e BEDOYA GONZALEZ, J. M.	355
<i>O comportamento do ferro sérico em Obstetrícia e Ginecologia</i> — CUSTO, E. L. e MUZIARELLI, A.	356

LISOGENINA-COLI

— VIA BUCCAL —

BACTERIOFAGOS

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

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

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

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

LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO
RUA REPUBLICA DO PERU, 75 — RIO DE JANEIRO

cular intermitentes e precedidas de uma dose de ataque de 100 a 200.000 unidades administrada por via endovenosa ou intramuscular, segundo a gravidade.

4.º) No caso de auxiliar o tratamento com as aplicações locais, usar-se-á uma dose de 5 a 10.000 unidades de penicilina que se misturará com 1 grama de sulfamida solúvel e se aplicará por instilação através de uma sonda deixada no extremo inferior da incisão. Neste caso deve-se ter presente a repercussão que este tratamento exercerá sobre as concentrações sanguíneas respectivas, por cujo motivo se poderá reduzir as doses utilizadas em aplicação geral.

5.º) Uma vez conseguida a desapareição das manifestações clínicas se manterá o tratamento por uns dias para evitar a reagração originada pela existência de germes persistentes. Neste sentido seria útil ensaiar o tratamento descontínuo com o fito de poder tirar conclusões definitivas, para o qual se intercalarão alguns dias de repouso no tratamento penicilínico.

Acompanha o trabalho dos A.A. boa bibliografia. — A. F. S.

PRIMEIRA BIBLIOTECA
FEITA EM 14.6.1950

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

A drenagem abdominal na operação cesariana do caso impuro

(*El drenaje abdominal en la operación cesárea del caso impuro*)

— PERALTA RAMOS, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, Out. 1946, Vol. V, N.º 10, pág. 715).

A operação cesariana no caso impuro, diz o A., não é um problema solucionado definitivamente. A mortalidade materna continua sendo uma séria preocupação. As várias modificações da técnica da cesária baixa, assim como a drenagem e os métodos extra-peritoneais por artifício, não são inúteis nem prejudiciais. Se na cesária clássica corporal a drenagem de MIKULICZ não presta em realidade utilidade alguma, na técnica baixa, especialmente na extra-peritoneal por artifício, não só é efetiva como isolante e hemostática.

O A. é de opinião que a drenagem deve ser conservada, seja sob forma simples ou combinada com gazes, tubos, etc. Apesar das esperanças que os antibióticos têm trazido, o problema não está ainda solucionado e não permite ainda a exclusão da drenagem como recurso de técnica cirúrgica, as operações extra-peritoneais por artifício e a extirpação do foco séptico por histerectomia. Na opinião do A., na operação cesariana do caso impuro, é aplicável o "na dúvida, drenar", mesmo após as sulfas e a penicilina. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Parotidite e menstruação — PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA	357
Hérnias do diafragma pelviano na mulher (Hérnias perineais) — DR. SALOMÃO KAISER	362
Enterocoele vaginal posterior — DR. AURÉLIO MONTEIRO	386
Cirurgia de guerra e prática obstétrica — DR. SAMUEL SOICHET	398

EDITORIAL

Alergoses hormonais	406
---------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Prof. Arnaldo de Moraes	409
"Prêmio Roussel" de Ginecologia da "Sociedade de Medicina e Cirurgia"	410
III Congresso Americano de Obstetrícia e Ginecologia (8 a 12 de Setembro de 1947)	410
Sociedade Médica de Carangola (Minas)	411

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Guia para Criar o Bebê — PROF. JOSE' MARTINHO DA ROCHA	412
Varicocoele — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO	413
Anais da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife — PROF. OSCAR COUTINHO (Diretor)	414
Arquivos da Faculdade Nacional de Medicina	414

RESUMOS

(Ver índice próprio).

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE NACIONAL DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DO BRASIL
CÁTEDRA DO PROF. OTAVIO RODRIGUES LIMA

CIRURGIA DE GUERRA E PRÁTICA OBSTÉTRICA *

DR. SAMUEL SOICHET

Assistente voluntário. Tenente Médico da F. E. B.

Quem analisa os resultados médicos proporcionados pelas duas grandes guerras, de 1918 e de 1945, sem dificuldade evidencia a grande diferença entre ambas e os estupendos êxitos da medicina e da cirurgia na última conflagração que pode ser considerada uma guerra plástica, sem pus e com o problema do choque resolvido.

A responsabilidade por este brilhante êxito da cirurgia de guerra cabe à "profilaxia". O ato operatório em si pouco valor teria se o choque e a infecção não tivessem merecido o cuidado que se lhes concedeu profilaticamente, desde o atender o ferido na extrema frente até nos hospitais da retaguarda.

Por necessitar de um preparo para bem tolerar os traumas da parturição, por cumprir um dever para com a natureza e para com a pátria, por terminar sempre como uma ferida cirúrgica, correndo os riscos da própria vida num parto patológico, a mulher grávida e a parturiente que procuram as nossas maternidades não podem deixar de merecer os mesmos cuidados morais e físicos, profilaticamente instituídos, que mereceu o mais simples dos soldados na última guerra, desde o seu treinamento até o seu encontro com a linha de frente.

As infecções intraparto ou puerperais, os sofrimentos materno e fetal antes de merecerem um tratamento devem ser dignos de profilaxia.

A cirurgia de guerra visava, em resumo, atender o ferido logo após o ferimento, aplicar-lhe os devidos cuidados profiláticos e curativos e devolvê-lo às suas ocupações de guerra, tudo no menor espaço

* Comunicação oral às "Segundas Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia", 3 a 6 Setembro de 1946.

de tempo possível. E isto foi realizado com perfeição porque feito sistematicamente. Também a parturiente e o feto devem ser assistidos o mais prontamente após o desencadeamento do trabalho de parto, merecer os devidos cuidados profiláticos e curativos sistêmicos e a mulher ser devolvida às suas funções dentro do menor espaço de tempo possível.

Um serviço de ambulâncias autônomo nas maternidades, incumbido de atender e remover a gestante tão logo entre em trabalho de parto, com transporte o mais cuidadoso por eixos de comunicação dos mais curtos, deve recolhê-la a ambiente hospitalar. As ambulâncias, como aquelas da guerra, devem possuir o material indispensável, podendo a prevenção dos acidentes ser iniciada no próprio local do socorro, se necessário, e continuada durante o transporte. Da mesma forma que são requisitados os serviços das ambulâncias de postos de Pronto Socorro para os casos médicos e cirúrgicos de urgência, acreditamos que o uso das ambulâncias das maternidades, pela sua utilidade, facilmente se imporia. Com a vulgarização desse sistema temos a crença de que em 10 anos, aproximadamente, ele contribuiria eficazmente para a solução do problema da "curiosa" em nosso meio.

Na secção de "Recepção e de Triagem" da maternidade, são realizados exames obstétrico e clínico minuciosos e a mulher é finalmente rotulada num dos grupos de urgência da classificação que se segue, a qual leva em conta a subnutrição e a fome crônicas da parturiente brasileira que procura as maternidades públicas, os fatores de choque e de infecção:

Grupo I de urgência — de estado geral mau

Grupo II de urgência — de estado geral bom,

aos quais se acrescentam as letras A e B correspondentes aos dados seguintes:

A) ausentes manipulações genitais, bolsa d'água íntegra ou rôta com menos de 6 horas, não há sintomatologia de infecção, estado de nutrição bom ou mau. Temperatura normal ou sub-febril;

B) houve manipulação genital, bolsa d'água rôta com mais de 6 horas, há sintomatologia infecciosa, estado de nutrição bom ou mau. Temperatura acima de 38° C.

O caso que apresenta o feto em sofrimento toma o grupo I de urgência, bem como os casos de hemorragia e de convulsões.

De acôrdo com o grupo de urgência que tomou é a parturiente encaminhada às outras secções para exames e tratamentos sistêmicos: secção de radiologia, de choque, de sangue, de laboratório, de anestesia, de operações, as quais funcionam 24 horas consecutivas, sem referir a de anátomo-patologia.

O grupo I de urgência, quando transporte e mobilização são prejudiciais, merece a convergência de todas as seções exceto a de radiologia, pois que um aparelho de R. X transportável não é eficiente em Obstetrícia.

A seção de sangue fará a verificação sistemática do grupo sanguíneo e do Rh. As mulheres matriculadas em serviço de assistência pré-natal devem possuir assinalados na ficha de matrícula além do resultado da reação de WASSERMANN, o grupo sanguíneo e o Rh. O laboratório realizará, sistematicamente, os exames do hemograma completo, com séries branca e vermelha, hemoglobina, reserva alcalina, glicose, uréia e creatinina e exame da urina nos seus elementos anormais e do sedimento, ou quaisquer outros necessários.

A profilaxia da infecção é logo iniciada.

Em todos os casos da classificação de urgência o toque vaginal será abolido e substituído pelo retal. Assepsia vaginal e vulvar com mercúrio-cromo com intervalos de 6 horas e após cada toque retal realizado. Nunca se fará tamponamento vaginal, procurando, antes, anular os motivos que levam ao seu emprêgo. A episiotomia no tempo oportuno, antes que a vitalidade do rígido períneo seja afetada pelo traumatismo da cabeça fetal, pelo edema e pela demorada infiltração de sangue decorrente, é procedimento mais científico e um grande passo na profilaxia da infecção puerperal. Poder-se-ia permitir um toque vaginal para informar sobre anomalias do trato genital, acrescentando-se que, assim como no tratamento da ferida de guerra, qualquer procedimento manipulatório da área da lesão ou adjacências deve fazer sentir a obrigatoriedade da utilização dos métodos de assepsia e antissepsia.

Episiotomias, perineorrafias pelas roturas nos diversos graus, suturas perineais das incisões para aplicação de forceps, suturas vaginais ou cervicais seguidas a perdas de continuidade, talvez mereçam o emprêgo profilático da sulfa em pó ou da penicilina em pó no local.

Com exceção do grau A, bom estado de nutrição, sugerir-se-ia o emprêgo da penicilina iniciada logo após ser a mulher classificada.

O médico do interior poderia aplicar 3-4 gramas de sulfatiazol, mesmo durante o parto no grau B, em ambos os grupos de urgência. O recém-ferido ingeria 4 gramas de sulfa que, permanentemente, trazia o seu curativo individual. Em cirurgia de guerra é preferível tratar uma intolerância medicamentosa a uma gangrena.

A penicilina será continuada no puerpério, orientada pelos exames de laboratório.

Seria aconselhável a aplicação profilática da penicilina, via intramuscular, nos casos que se resolvam operatoricamente e na 1.^a hora de puerpério do grau de pureza A, porque a patologia da infecção puerperal é a mesma que a das feridas cirúrgicas em geral e CRUVEILHIER já referia (1831) que a puérpera é uma pessoa ferida e MAURICEAU ensinava de há muito (1668) que os lóquios não são

mais que uma secreção de ferida comparando-os à de uma amputação.

As laparotomias merecem a sulfa ou penicilina, ou ambas, em pó, no local, a penicilina geral sendo iniciada ou continuada conforme o caso.

Com os meios laboratoriais e radiológicos sistematicamente empregados, com a instituição do toque retal e da assepsia vaginal concomitante, chegará o dia em que o obstetra acompanhará a progressão do trabalho de parto mais com a inteligência e menos com o dedo condutor de infecção concorrendo para a profilaxia de infecção de apenas uma e inevitável ferida — a ferida placentar.

Secção de choque

Na secção de choque ficam incluídos a profilaxia e o tratamento do choque obstétrico. Quando nos lembramos dos soldados chocados sem ferimento algum, evidenciamos a dificuldade na compreensão do jogo dos traumas que levam ao choque e, em obstetrícia, desde a causa nervosa, a emotiva, até a que deriva do próprio trauma da parturição, verificamos as diferentes incidências terapêuticas a efetuar, profiláticas ou de cura.

Achamos desnecessário enumerar os benefícios do plasma normal e concentrado, do sangue total e concentrado, do oxigênio, dos ambientes quietos e aquecidos, das bebidas quentes e reconfortantes proporcionados aos soldados em plena última guerra.

O plasma contém electrólitos (cloreto de sódio, açúcar, etc.) e proteínas (albumina, globulina e fibrinogênio) essenciais à vida e assegura o volume sanguíneo sem o qual não há oxigenação. Faz subir a onda osmótica do tecido líquido para a corrente sanguínea e o volume se eleva concomitantemente.

Deve-se referir que foi verificado na última grande guerra que o acréscimo de electrólitos no sangue pela aplicação de soluções salinas endovenosas é apenas temporário. Particularmente as soluções contínuas endovenosas, no tratamento do choque por hemorragia, podem ser comparadas ao último sôpro para apagar uma débil chama; os anátomo-patologistas dos hospitais de sangue estão convencidos de que essas soluções salinas endovenosas contínuas foram um agente de morte porque, no seu dizer "o paciente é literalmente "afogado" por elas". Recomenda-se a aplicação em clister na técnica de MURPHY.

Previne-se o choque pela aplicação de plasma quando a pressão arterial desce a 90 mm.Hg.; ele deve ser continuado até uma pressão sistólica de 110 mm.Hg. Os casos de urgência I, com desproporção céfalo-pélvica, feto em boas condições, merecem um tratamento profilático para que sejam bem suportados o ato operatório e a anestesia.

Os casos que denotam claramente padecerem de choque, mas cuja pressão está em torno da normal, merecem o plasma desde o início porque será prevenida a queda da pressão que, nesses casos, é repentina e severa.

A hipoproteïnemia merece o plasma considerando-se este estado quando a taxa é menor que 6,5 %. Para a grávida brasileira, em estado de fome quase permanente e de hipoproteïnemia mórbida, o plasma está indicado seja na profilaxia do choque, seja na da infecção pelo incremento das resistências do organismo materno já bastante sobrecarregado com o peso da gestação.

O plasma está indicado nos estados infecciosos e nas infecções prolongadas, seja porque interfere na cura da ferida pela formação fibroblasta, seja porque se sabe que 4 a 6 gramas de proteínas do plasma entram na constituição de 100 cm.³ de pus.

Não resta dúvida que a toxemia atua na produção do quadro clínico do choque. A retirada de um garrote de um membro pode fazer coincidir o estabelecimento do choque. Não há provas de que seja a histamina a responsável e cirurgiões, em campanha, preferiram, nos casos de amputação, incluir o garrote na parte removida.

A excitação e o choque psíquico, embora reais, são de difícil apreciação. A idéia foi desenvolvida por CRILE e explica os chocados sem ferimento algum na linha de frente. O medo, a emoção da parturiente, em particular da primigesta, são reconhecidos e requerem ambientes calmos e que inspirem confiança.

Durante o ato operatório o plasma é continuado em gota-a-gota lento, aumentado se há hemorragia e permanecendo até que a pressão se estabilize por si mesma.

O tratamento empírico do choque pelo plasma não é científico nem satisfatório. A pressão e o pulso são as melhores referências. A fórmula de BUSBY, KEKWICK e WHITBY orienta na avaliação do volume sanguíneo e da diluição já estabelecida pelo plasma empregado. E' a seguinte a fórmula:

$$\text{Volume sanguíneo} = \frac{P \cdot y}{X - y} =$$

$$= \frac{\text{vol. de plasma empr.} \times \text{Hb de após transf.}}{\text{Hb de antes da transf.} - \text{Hb de após transf.}}$$

Os dados laboratoriais sistematicamente fornecidos facilmente orientarão as aplicações de sangue e de plasma.

Nas hemorragias a perda das hemátias é menos séria que a correspondente de proteínas e electrólitos do plasma e 70 % de eritrócitos são suficientes para manter a vida. O plasma deve ser

substituído pelo sangue total quando, na eminência ou num quadro de choque, a hemoglobina está abaixo de 50 %.

Poder-se-ia sugerir a aplicação de plasma concentrado no tratamento do choque.

O sangue total está indicado nas perdas consideráveis. Pode ser aplicado concomitantemente com soluções salinas em gota-a-gota venoso. Constitue um erro a transfusão de sangue total quando não houve perda substancial por hemorragia. As parturientes anemiadas merecem uma transfusão profilática de sangue total ou de suspensão concentrada de hematias, usada na guerra para tratamento da anemia. Esta transfusão profilática fará também a profilaxia da sofrimento fetal por hipoxemia anêmica ou hipóxica.

A oxigêniooterapia pode salvar casos desesperadores de hipoxemia e hipóxia, particularmente a hipóxica. Nas outras origens de hipoxemia ela realiza milagres quando em alta concentração.

Nascidas de observações da última guerra durante nossa participação como médico da F. E. B., trouxemos as idéias sobre o efeito sedativo do oxigênio para o terreno da prática obstétrica. Merecem ser assinalados os resultados favoráveis da aplicação do oxigênio puro, em circuito fechado e em alta concentração, nos partos prolongados, no tratamento das distócias da própria fibra uterina como nos casos de hipertonia e de espasmos uterinos que levam ao sofrimento fetal pela confinação da circulação placentar e, consequentemente, pelo estado asfíxico que determinam no feto, muitos desses casos que evoluem para a solução cirúrgica pela cesariana podendo ser reencaminhados à progressão normal. Esta terapêutica constitui uma evidente forma de profilaxia do sofrimento fetal, seja pela sedação da fibra uterina, o que evita a hipoxemia pelo estrangulamento nas trocas materno-fetais, seja porque, como ensina WINDLE, a capacidade do sangue materno de carrear oxigênio no fim da gestação é menor em comparação com mulheres normais não grávidas. Todos os casos até agora observados tiveram resultados benéficos com esta terapêutica, acrescentando-se que a indicação deve ser feita para os casos rotulados com precisão, sendo que parecem não reagir ao tratamento pelo oxigênio aqueles casos que durante sua evolução, por qualquer circunstância, tenham sofrido narcose. A casuística sendo pequena não permite mencionar maiores detalhes e esses fatos observados são aqui referidos como nota prévia; o assunto está sendo por nós estudado e as conclusões serão posteriormente apresentadas bem como a técnica, concentração, velocidade e duração do oxigênio empregadas.

Pode-se aplicar oxigênio com cateter nasal ou intubação traqueal, se necessária (a cateterização pode ser feita em recém-natos, apresentando perigos).

A aplicação de oxigênio, em circuito fechado, na parturiente, estando o feto em sofrimento, beneficia evidentemente o feto em poucos minutos.

Pode ser aplicado o oxigênio também na eclampsia.

Descompensações cardíacas, crises de asma, edema agudo dos pulmões, inserção placentar viciosa, anemia aguda da parturiente têm no oxigênio o melhor amigo. Também no íleo paralítico, que na guerra de 1918 teve tratamento cirúrgico, o oxigênio é benéfico bem como nas distensões intestinais, coadjuvado, muitas vezes, pelo plasma, pelas soluções salinas e vitamina B.

Cardiotônicos e analéticos, no dizer dos clínicos, se não adiantam, mal não fazem. Com a vida da paciente oscilando, o menor erro pode conduzir à morte. BAILEY acha que é melhor afastar todos os cárdio-estimulantes no tratamento do choque. Sòmente líquido circulante dará benefícios no emaranhado da insuficiência circulatória periférica aguda.

Nas laparotomias deverão ser cobertas as alças intestinais com compressas embebidas em solução fisiológica morna, evitando o resfriamento das mesmas.

A anestesia geral por gases é menos chocante e tem a vantagem do oxigênio no próprio aparelho. Recomenda-se a intubação traqueal e ducha de oxigênio após a anestesia (até o despertar). A narcose sem oxigênio, em Obstetrícia, quando é pequeno ou nulo o pré-operatório, não passa de mais uma causa de choque e de morte e deve ser evitada. A glicose hipertônica pós-anestésica provou ser profilática do choque.

Se tivermos em mente o nome "profilaxia", por certo vidas serão poupadas à morte, como o foram na última guerra e teremos conseguido, no nosso meio, reduzir o clássico "índice irremovível" da Obstetrícia como ainda teremos atingido o ideal desejado por todos quantos procuram amparar sempre mais a mulher que cumpre com o dever da maternidade.

La chirurgie de guerre et l'obstétrique pratique

Résumé

L'Auteur étudie les facteurs employés dans la prophylaxie de l'infection au "choe", comme aux souffrances maternelles et fœtales, en nous donnant un aperçu sur l'emploi de l'oxygène pur comme moyen prophylactique dans les complications des accouchements prolongés, et dans le traitement des distorsions de la fibre utérine elle même, qui nous conduit à l'hypertonie et aux spasmes utérins. Il se base sur les observations faites lorsqu'il fut médecin des Forces Expéditionnaires Brésiliennes, sur l'action sédative de l'oxygène, et termine promettant très prochainement des conclusions sur ce sujet.

Obstetrical practice and war surgery

Summary

The author points out that the great success of war medicine and surgery in world war II, was due to organization aiming "prophylaxis".

The different prophylactic factors in infection, shock, foetal and maternal dangers, are studied. A preliminary report is made on the use of plain oxygen in prophylaxis of complications of difficult labor, in the treatment of dystocia of uterine muscle as hypertonia and uterine spasms, based on sedative action of oxygen as observed by the author in war cases during his campaign in Italy as a doctor on the F.E.B. These studies are in course and definite conclusions will be offered in due time.

Kriegs-Chirurgie und geburtshilfliche Praxis

Zusammenfassung

Der Verf. beleuchtet die grossen Erfolge der Medizin und der Kriegs-Chirurgie im letzten Weltkriege als Folge der Arbeits-Organisation die in erster Linie die Vorbeugung berücksichtigt. Im Einzelnen werden die Faktoren der Vorbeugung bei Infektion, Schock und mütterlicher wie kindlicher Leiden betrachtet und eine vorläufige Mitteilung über die Anwendung des reinen Sauerstoffes als Vorbeugungsmittel der Komplikationen der verzögerten Geburt gemacht. Derselbe günstige Einfluss konnte bei Anomalien der Spannung der Gebärmutter-Muskelfaser, wie Hypertonie und Spasmen beobachtet werden, gelegentlich der Teilnahme des Verf. als Arzt bei der F.E.B. Immer wieder wurde die sedative Wirkung des Sauerstoffs festgestellt. Der Verf. stellt die Fortsetzung dieser Studien in Aussicht um weitere Schlussfolgerungen mitteilen zu können.

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.
Alimentação na gravidez — VILTER, C. F., MORGAN, D. e SPIES, T. D.	415
O bem-estar materno e o negro — WILLIAMS, P. F.	416
Cirurgia conservadora na endometriose — BEECHAM, C. T.	416
O tratamento do parto prolongado com extrato pituitário posterior — REID, D. E.	417
Os potenciais elétricos do útero humano em trabalho — DILL, L. V., MAIDEN e ROBERT, M.	418
Achados patológicos no sangramento genital de dois anos ou mais após a cessação espontânea da menstruação — CHEEK, D. B. e DAVIS, J. E.	418
Eclampsia pós-parto tardia — STANDER, H. J., BONSNES, R. W. e STROMME, W. B.	419
Seleção do fórceps em parada do vertex na pelve média — LANGMAN, L. e TAYLOR, H. C.	420
Problemas menorrêicos em moças universitárias — WINTHER, N.	420
Análise de 402 casos de câncer do seio — SIRIS, E. e DOBSON, L.	421
A protidemia na gravidez normal e patológica — LEON, J. e BRAIER, B.	422
Farmacologia do β -glicerofosfato sódico. Ação útero-espasmolítica. Ação analéptica respiratória. — VELASQUEZ, B. L., GARCIA DE JALON, P. e CARNICERO, R. P.	423
Tumores calcáreos uterinos — ST. LOUP B., E.	424
Placenta prévia — ADAIR, S. F.	424
Perfuração uterina por abêrto crininoso — Pelvipéritonite. Fístula reto-uterina. Cura espontânea. — LASTRA, E. T. e MACLEAN, J.	425

	Página
Tratamento da endometrite puerperal — BAZAN, J., NORMANDO, O., DI FONZO e SCHIAVO, D. C.	426
Tríplice anomalia placentária (Placenta duplex, prévia e acreta) — QUIROGA, P. e BALDI, M. E.	426
Rotura espontânea do útero na gravidez complicada com rotura do intestino — BALDI, E. M. e OTERO, F. DE B.	427
Aderências pós-operatórias. Estudo clínico-experimental-terapêutico. — YÓDICE, A.	428
A ligadura das artérias hipógástricas nas pan-histerectomias abdominais ampliadas — BRAGA, M. S. (Relator: ADOLFO DUZOVICH)	429
Importância do exame ginecológico na medicina industrial — MEZZADRA, J. M. E.	429
Ciclo citológico do segmento urinário e seu paralelismo com o ciclo vaginal CASTILLO, E. B., ARGONS, J. e MAININI, C. G.	430
Eclampsia. Experiência do Instituto de Maternidade. — BAZAN, J. e URANGA IMAZ, F. A.	430
Hormonologia e tratamento da hemorragia uterina funcional — HAMBLÉN, E. C., em col. com ZAÑARTRE, J. O.	431
O laboratório de histologia e de anatomia patológica da Fundação Médica Rainha Elisabeth de 1930 a 1946 — DESCLIN, L. e GRÉGOIRE, CH.	432
A prova de Schiller no diagnóstico precoce e profilaxia do câncer do ectocérvice — MENÉNDEZ, C. A.	433
Estudos sobre o ovário, o endométrio e as anomalias menstruais — GÓMEZ HERRERA, P. A. e BEDOYA GONZÁLEZ, J. M.	434
Estudos sobre o ovário anexítico — SOPEÑA IBÁÑEZ, A.	435
Tratamento cirúrgico do câncer da bexiga urinária — VERNET, G.	435
Nova substância de contraste para urografia por eliminação: o dióxido-oxibenzol-sulfonato sódico (Nefropac) — PURGVERT, A., TABAH, J. e COLSBAQUES, A.	436

reoperadas, e uma paciente operada noutra lugar apresentava sintomas de recidiva que puderam ser controlados sem operação. O problema em equação é, então: Será possível na endometriose conservar uma pelve assintomática, com função normal?

Nesta série de 80 casos observou o A. uma alta incidência de retrodesvios (42,5 %). E' bem sabido que a retroversão merece pouca atenção em muitas escolas. Certamente uma incidência de 42,5 % indica uma relação mais do que casual. Que existe uma relação entre estes dois processos não pode ser negado. O A. indaga se não podem ser os ligamentos uterossacros um ponto de partida em muitos desses casos uma vez que as lesões mínimas estavam sempre presentes ali. E' de opinião que o retrodesvio com sua interferência mecânica com o suprimento sanguíneo provocando varicose pelviana, ovários císticos prolabados, e congestão passiva no útero, constitui um fator acelerador na metaplasia. Por esse motivo julga que todas as mulheres com retrodesvios uterinos devem ser observadas com intervalos regulares de seis meses. Se aparecerem sintomas ou se o útero deixar de se apresentar livre e móvel deve ser encarada a sua suspensão.

Dezenove pacientes, ou 23,75 %, em toda a série tinham 45 anos ou mais. O tratamento foi radical nesses casos, tendo sido poupados os ovários em três oportunidades. Todas estas pacientes têm passado bem e o A. não se arrependeu por deixar os ovários em 3 mulheres com mais de 45 anos. Sessenta e uma, ou 76,25 %, das pacientes nesta série tinham menos de 45 anos. Constituíam o principal problema. A cirurgia conservadora foi impossível em qualquer grau em 15 oportunidades (24 %). Foi possível conservar tecido ovariano no todo ou em parte (por ressecção) em 14 pacientes (23 %). Em 32 casos foi conservada a capacidade de procriação (52,5 %). Os exames no "follow-up" revelaram que por um período de um a seis anos, com exceção de dois, todos estes 61 estavam livres de queixas. Um, pelo menos, está temporariamente assintomático com sua gravidez. Uma grande proporção deste tratamento conservador foi possível pela correção de um útero em retroversão com seus anexos prolabados.

O A. conclue afirmando merecer a cirurgia conservadora ser empregada, devendo constituir a maior preocupação ao se operar um caso de endometriose. — A. A. S.

FICHA BIBLIOGRAFICA
FEITA EM 14.6.1950

O tratamento do parto prolongado com extrato pituitário posterior (*The treatment of prolonged labor with posterior pituitary extract*) — REID, DUNCAN E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Nov. 1946, Vol. 52, N.º 5, pág. 719).

Esta comunicação se relaciona com 1.609 pacientes cuidadosamente estudadas, às quais foi administrado extrato de pituitária

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES
Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém
Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Junho de 1947

Vol. 23 — N.º 6

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Diagnóstico radiológico da morte intra-uterina do feto</i> — DR. JOÃO AMORIM, DR. OSWALDO LACRETA, DR. EDUARDO COTRIM e DR. ANTONIO CLEMENTE FILHO	437
<i>Asfixia do recém-nascido</i> — PROF. DR. CLOVIS CORRÊA DA COSTA	449

EDITORIAL

<i>Sobre o ensino médico</i>	469
------------------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Convitação a Prof. Arnaldo de Moraes para presidente de honra do XIII Congresso Francês de Ginecologia</i>	473
<i>"Sociedad Nacional de Cirugía" (Cuba)</i>	474
<i>Distínguendos quatro professores brasileiros pela Sociedad de Obstetricia e Ginecologia de Buenos Aires</i>	475
<i>Retira-se da cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires o Prof. Alberto Peralta Ramos</i>	475
<i>Curso de Aperfeiçoamento Obstétrico-Ginecológico</i>	476

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Uterotubal Insufflation</i> — I. C. RUBIN	478
<i>Arquivos da Clínica Ginecológica</i> — PROF. ALICIO PELTIER DE QUEIROZ	479
<i>Clássicos da Medicina</i> — RENATO CLARK BACELLAR	480
<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — DR. ABEL CHIFFLET	480

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Oitogésima-quinta sessão ordinária</i>	481
---	-----

RESUMOS

Ver índice próprio

LABORATÓRIO DE ANALISES CLÍNICAS

DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA

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

DR. J. L. GUIMARÃES FERREIRA

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

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Tratamento do prolapso uterino e das hérnias dos fundos-de-saco vaginais pelo processo da "composição" — AUSTIN, R. C.</i>	485
<i>Duzentos e cinco casos de câncer da mama tratados pela mastectomia radical — PUTSKI, P. S. e J. H. SCULLY</i>	486
<i>Anticoncepção mascarando a esterilidade e a infertilidade. Fatores tubários e seminais em 1.000 casos. — RUBIN, I. C. com a assistência de ZAKIN, D.</i>	487
<i>Amnésia durante a parturição. Uso de pentabarbital sódico e hidrobrometo cecopolamina. — VOLPITTO, P. P.</i>	487
<i>Carcinoma do corpo — MILLER, N. F. e HENDERSON, C. W.</i>	488
<i>Aspectos clínicos e patológicos do sarcoma primitivo da trompa — LEWIS C. SCHEFFEY, LANG, W. R. e NUGENT, F. B.</i>	490
<i>Alguns aspectos clínicos do fator Rh em obstetrícia — KING, E. L. e DAVENPORT, J. W.</i>	491
<i>Revisão dos casos de iso-imunização Rh durante os últimos cinco anos no "Royal Victoria Montreal Maternity Hospital" — PHILPOTT, N. W., LATOM, J. P. A. e VAN DORSSER, G. J. E.</i>	492
<i>Distocia por anel de contração — RUCKER, M. P.</i>	492
<i>Valor das determinações da pifocinase plasmática em obstetrícia — PAGE, E. W.</i>	493
<i>Endometriose e adenomiose — JIN, J. C.</i>	493
<i>Valor estrogênico do ovário restante — CIRIO MALBRAN, M. A.</i>	494
<i>Esterilidade por bloqueio pelviano — MURRAY, E. G. e MARTINI, J. L.</i>	494
<i>Maior experiência com a manobra de Bracht — COLLAZO, A. G. e FONZO, N. O. DI</i>	496

	Págs.
<i>Fibroma bilateral do ovário</i> — MONZO, O. R. e COUVETOT, M. F.	496
<i>Tuberculose da glândula mamária</i> — ALEJANDRO POU DE SANTIAGO	497
<i>Conceitos patogênicos de utilidade prática nos prolapso</i> — AMERICO STABILE	498
<i>Sífilis e gravidez</i> — MORENO, C.	498
<i>Análise de 305 cesárias segmentárias com incisão transversa</i> — PONTE, L. e AGÜERO, O.	499
<i>Hematocolpometrio por ausência congênita da porção externo da vagina</i> — DIAZ INFANTE, A.	500
<i>Terapêutica cirúrgica conservadora na gravidez tubária</i> — GRAHAM, F. J. C.	500
<i>Vôlvulo salpingeano</i> — ZUCKERMANN, C.	500
<i>O fator Rh e suas provas de sensibilização</i> — ORBIZ REYES, U.	501
<i>Prolactina</i> — CALATRONI, C. J., RUIZ, V. e DI PAOLA, G.	502
<i>Gravidez ectópica repetida</i> — PUTIGNANO, C.	502
<i>Ginatresia de origem traumática com formação de cálculo urinário na vagina</i> — DEXEUS, S. e DALMAN, M.	503
<i>Identificação de recém-nascidos</i> — PEREZ SOLER, J.	504
<i>Ceróide no ovário humano, com especial referência ao seu modo de formação</i> — BRENNER, S.	504

LABORATORIOS IODOBISMAN S. A.

Iodeto de bismutíla injetável

Iodobisman

Para adultos e para crianças

RESULTADOS SURPREENDENTES
NO TRATAMENTO DA SÍFILIS
EM TODAS AS SUAS MANIFESTAÇÕES
NÃO DOE NÃO ENDOURTA
ÓTIMAMENTE TOLERADO

DÓSE DUPLA
" SIMPLES
" INFANTIL

ORIENTAÇÃO TÉCNICA
E CIENTÍFICA
DOS
PROFESSORES.

DR. J. BAETA VIANNA
DR. AGGEO DO SOBRINHO

ÉSTERES DOS ÁCIDOS
GRAXOS DOS ÓLEOS DE
CHALMOOGFA E DE
HIGADO DE BACALHAU
E LÍQUIDOS TOTAIS
DO CÉREBRO EM
SUPERNATACÃO.

Medicação dos debilitados
e convalescentes

TROPHOLIPAN

Anticóculo com glândula produzida no Ovario, nos Testes, Estômago e Coração.

CAIXA POSTAL 2523
TEL. 43-9025
" 23-4810

R. DO ROSARIO 158/158-A
RIO DE JANEIRO

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Anticoncepção mascarando a esterilidade e a infertilidade.

Fatores tubários e seminais em 1.000 casos. (*Contraception masking sterility and infertility. Tubal and seminal factors in 1.000 cases.*) — RUBIN, I. C. com a assistência de ZAKIN, D. — (*J. A. M. A.*, 28 Dez. 1946, Vol. 132, N.º 17, pág. 1047).

Os A.A. destacam o fato de numerosos casais praticarem a anticoncepção desnecessariamente por serem portadores de causas de esterilidade ou infertilidade, com grande prejuízo daqueles que aspiram ter filhos numa data futura.

Os A.A. passam em revista uma série de 1.000 casos de esterilidade, chegando às seguintes conclusões:

1) Um grande número de casais estéreis que pratica a anticoncepção faz isso na crença enganosa de que eles podem conceber futuramente.

2) Os registos dos A.A. mostram que 70 a 80 % de casais estéreis apresentam fatores desfavoráveis à fertilidade.

3) O fator tubário era o mais importante no impedimento à concepção em 47 a 51 % das mulheres empregando a anticoncepção.

4) A insuficiência seminal foi estabelecida em 50 a 54 % dos que usavam a anticoncepção.

5) E' manifestamente desejável para os casais que desejam ter filhos em uma época futura serem examinados quanto à sua fertilidade potencial antes que resolvam usar a anticoncepção. Eles podem assim pôr-se ao abrigo de muitos dissabores e terão uma melhor oportunidade de terem filhos quando o desejarem.

6) A anticoncepção frequentemente age como uma máscara para uma infertilidade oculta ou insuspeita de homens e mulheres. O reconhecimento desse fato pode levar à correção precoce de fatores que militam contra a fertilidade naqueles que desejam filhos. — O. S. L.

Amnésia durante a parturição. Uso de pentabarbital sódico e hidrobrometo escopolamina. (*Amnesia during parturition. Use of pentabarbital sodium and Scopolamine hydrobromide.*)

— VOLPITTO, PERRY P. — (*J. A. M. A.*, 28 Dez. 1946, Vol. 132, N.º 17, pág. 1059).

O A. põe de manifesto o valor do emprêgo do pentabarbital sódico associado à escopolamina na produção da amnésia durante a parturição. Expõe longamente o seu método e os resultados obtidos.

As conclusões do A. são as seguintes:

O uso intravenoso de pentabarbital sódico e escopolamina tem provado ser, em nossa experiência, um método eficiente e inócuo para obter uma amnésia satisfatória durante a parturição.

A inocuidade e sucesso do método descrito dependerá da experiência e capacidade da pessoa que o emprega.

A técnica descrita é oferecida como um outro método a ser judiciosamente empregado no armamentário para alívio da dor durante o trabalho. Não há intenção de substituir ou deslocar qualquer método inócuo agora em uso. — O. S. L.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Carcinoma do corpo (*Corpus carcinoma*) — MILLER, NORMAN F. e HENDERSON, C. W. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1946, Vol. 52, N.º 6, pág. 894).

Durante quase meio século a histerectomia tem sido aceita como o tratamento de escolha para o carcinoma do corpo. Os resultados da operação eram encarados geralmente com otimismo, sendo a impressão — e era apenas uma impressão — que a histerectomia oferecia um prognóstico extremamente favorável. Com o advento dos estudos do "follow-up" este otimismo desvaneceu gradualmente. A histerectomia incompleta tem provado insatisfatória e a total não constitui uma cura radical em todos os casos.

Conquanto a irradiação não tenha curado muitos cânceres avançados do corpo uterino, o fato de ter prolongado a vida e curado alguns era importante. Tem sido demonstrado atualmente que o carcinoma do corpo pode ser seriamente afetado e ocasionalmente destruído pelo emprêgo do radium, dos raios X, ou de ambos. Destas primeiras experiências vieram as sementes das quais cresceram os métodos de terapêutica combinada em uso atualmente. O problema do tratamento foi completamente revisto em 1931, quando foi organizada a "Gynecology Tumor Conference", em 1931, da qual resultou o esquema do programa de tratamento preferencial, baseado no seguinte:

- 1) A eliminação do neoplasma primário pode ser melhor alcançada provavelmente pela extirpação cirúrgica completa de todo o útero, trompas e ovários.

- 2) Teoricamente, a irradiação complementar deve ser mais benéfica quando ministrada antes da operação. Agindo dessa forma esperavam: a) atingir largamente as células cancerosas; b) diminuir a disseminação pela manipulação operatória; c) obliterar os linfá-

Revisão dos casos de iso-imunização Rh durante os últimos cinco anos no "Royal Victoria Montreal Maternity Hospital" (*Review of cases of Rh iso-immunization during the past five years with the Royal Victoria Montreal Maternity Hospital*) — PHILPOTT, N. W., LATOM, J. P. A. e VAN DORSSER, G. J. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1946, Vol. 52, N.º 6, pág. 926).

Em 12.114 partos estudados pelos A.A. no hospital em que trabalham, observaram-se 37 casos de doença hemolítica do recém-nato, diagnosticadas clinicamente, dos quais 30 considerados convenientemente provados, o que corresponde a uma incidência de 1 em cada 404 casos.

Dos 30 casos referidos, 19 nasceram vivos; 13 ainda vivem, 8 normais, 3 nitidamente subnormais e 2 tiveram destino desconhecido.

Anticorpos Rh foram demonstráveis na maioria das mães no pós-parto.

A doença hemolítica ocorreu mais frequentemente na segunda ou na 3.ª gravidez.

Maus sucessos fetais apareceram com grande incidência no total de gestações destas mães. Nenhuma outra complicação gravídica pôde ser correlacionada à iso-imunização Rh.

A interrupção da gravidez na 36.ª semana não deu bons resultados e as transfusões repetidas de sangue são sempre recomendáveis no tratamento das crianças. — C. B. F.

Distocia por anel de contração (*Constriction ring dystocia*) — RUCKER, M. P. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1946, Vol. 52, N.º 6, pág. 984).

Estudando o assunto verificou o A. que a frequência dos anéis de contração pode ser considerada de 1,67 %; havendo, entretanto, uma impressão geral de que esta incidência fôsse menor, por passarem despercebidos muitos casos. Cita o A. casos em que fórceps difíceis podem ser tornados fáceis conseguindo-se relaxar o anel de contração com o auxílio da epinefrina. Esta droga foi usada com esse objetivo em 150 casos, tendo fracassado 8 vezes. Nos 20 casos que ocorrera anteriormente ao uso da epinefrina perdeu-se uma parturiente e 9 crianças. Nos 182 casos aparecidos depois do emprêgo da epinefrina não houve mortes maternas e a mortalidade fetal foi de 17,5 %, sendo que 11 destas mortes fetais ocorreram nos primeiros 23 casos, o que mostra que o progresso no emprêgo da droga melhora os resultados obtidos com a mesma. — C. B. F.

Maior experiência com a manobra de Bracht (*Mayor experiencia con la maniobra de Bracht*) — COLLAZO, ALFREDO GONZÁLEZ e FONZO, NORMANDO OSCAR DI — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Ginec. de B. Aires*, Dez. 1946, Tomo XXV, N.º 13, pág. 634).

Os A.A. iniciam a sua comunicação dizendo que, “depois de haver desprendido o tronco fetal, no parto pelviano, seu peso, que por gravidade se faz cair, perturba o mecanismo de descenso e desprendimento do pólo cefálico, todavia no canal pelvigenital.”

“A manobra de MAURICEAU corrige a inadequada atitude da cabeça, flexionando-a para facilitar o parto, porém a técnica aconselha sustentar o corpo do feto no eixo do canal e elevá-lo logo quando está para se desprender o extremo cefálico.”

A experiência dos A.A. sobre a manobra de BRACHT, está baseada em 117 casos, com êxito absoluto em 88, relativo em 12 e fracasso em 17.

Comparam com estatísticas de outros autores, mostrando os bons resultados que obtiveram com a manobra de BRACHT, em múltiparas e primíparas, de acôrdo com a modalidade das apresentações fetais.

Consideram a técnica fácil, inócua, facilitando a passagem dos ombros através da pelve e prevenindo em geral as distocias.

Acham que o emprêgo da anestesia dos nervos pudendos, nas primíparas, traz facilidades ao parto, pelo relaxamento vágino-perineal que ocasiona, evitando por vezes as lesões espontâneas ou cirúrgicas. — A. F. S.

LA SEMANA MÉDICA (*Bucnos Aires*)

Fibroma bilateral do ovário (*Fibroma bilateral del ovario*) — MONZO, OSCAR R. e COUVETOT, MAXIMO F. — (*La Semana Médica*, 26 Dez. 1946, Ano LIII, N.º 52, pág. 1115).

Os A.A., após salientarem a escassez dos casos de bilateralidade dos fibromas ovarianos, citam várias estatísticas estrangeiras e nacionais, e após referirem-se à bibliografia nacional citam a classificação de ETCHEVERRY e MARTINEZ DE HOZ, de 1935, que é a seguinte:

Tumores fibromatosos do ovário	Fibromas c/ inclusões epiteliais	Fibromas puros
	Fibromas s/ inclusões epiteliais	Fibromas serosos Fib. pseudo-mucinosos Tumores de BRENNER

observando as seguintes regras: para a primigesta, exame clínico minucioso, exame do colo uterino, exame do marido; para a múltípara, exame geral dos pais e antecedentes dos filhos anteriores, reações sorológicas, repetidas 2 ou 3 vezes durante a evolução da gestação.

No tratamento, o A. recorda a terapêutica pelo arsênio-bismuto, dando esquemas de tratamento e controle dos resultados; modernamente o método quimioterápico maciço ou de 5 dias, por gôta a gôta intravenoso, foi abandonado devido seu alto grau de toxidez e acidentes graves. A penicilinoterapia na sífilis está ainda em evolução, e o A. considera as observações que têm sido feitas na mãe e no feto.

Finalmente chama a atenção que um diagnóstico e tratamento eficientes, somente podem ser feitos com segurança numa Maternidade. — C. A.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

FEITA EM 15.6.1950

Análise de 305 cesárias segmentárias com incisão transversa

(*Análisis de 305 cesareas segmentarias con incisión transversa*)

— PONTE, L. e AGÜERO, O. — (*Rev. de Obst. y Ginec. de Caracas*, Dez. 1946, Tomo VI, N.º 4, pág. 201).

Os A.A. consideram 305 cesárias segmentárias com incisão transversal realizadas em 3 anos; analisam a paridade, indicações, momento da intervenção, etc., concluindo que: a cesária com incisão transversal do segmento inferior, cirúrgica, anatômica e obstetricamente é superior à longitudinal; 85 % de casos impuros representam uma elevada percentagem que deve ser intentado reduzir se se quiser obter cifras inferiores de morbidade e mortalidade maternas. As distocias de dilatação são as que mais contribuem à impureza dos casos e representam um sério problema por seu elevado número.

O estudo desses casos, dizem os A.A., deve ser encarado de modo mais rígido, especialmente no que respeita à busca da causa e sobretudo no aspecto — pelve óssea. Quanto ao tratamento cirúrgico, não sendo possível diminuir a frequência desses casos, deve ser focalizado tendo, antes de tudo, presente a precocidade da intervenção. No aspecto cirúrgico da série que os A.A. analisam, acharam que a proteção peritoneal por artifícios de técnica não dá os resultados a eles atribuídos. A sulfamidoterapia intraperitoneal mostrou-se em seus casos bastante eficaz, como o demonstra 0 % de peritonite no grupo em que foi ela empregada. O uso da combinação ergonovina endovenosa e pós-hipófise intramuscular uterina, mostrou-se também muito útil no desprendimento e expulsão da placenta.

A cifra de mortalidade materna (2.6 %) é indubitavelmente baixa, se for levada em conta a percentagem de casos impuros operados. — C. A.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES

Redator-chefe — Prof. F. VICTOR RODRIGUES

Secretário de Redação — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos
— Alderico Felício dos Santos — João Paulo Rieper —
Oswaldo da Silva Loureiro

COLABORADORES

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

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

Toda a correspondência dos "Anais Brasileiros de Ginecologia" deverá ser endereçada à Secretária de Redação, DRA. C. AMARAL.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XII

Julho de 1947

Vol. 24 — N.º 1

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Hemorragia uterina funcional</i> — PROF. DR. CLOVIS SALGADO ..	1
<i>Métodos de proteção e abscção do fluxo menstrual</i> — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES	37
<i>Cremo-peritoneoscopia (Visualização da permeabilidade tubária)</i> — DR. LICINIO H. DUTRA	52

EDITORIAL

<i>Novamente a "torina" menstrual</i>	56
---	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Prof. Arnaldo de Meraes</i>	59
<i>III. as Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetricia (Belo Horizonte, Setembro de 1947)</i>	59
<i>O Centenário de A. M. A.</i>	60
<i>Prof. F. Victor Rodrigues</i>	62
<i>Sócio Honorário da Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais</i>	62

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Colpocitologia</i> — CLARICE DO AMARAL	63
<i>Anales del Ateneo del Instituto de Maternidad y Asistencia Social "Dr. Samuel Gache"</i> — PROF. NICANOR PALACIOS COSTA (Diretor)	64
<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i> — PROF. DR. ABEL CHIFFLET (Diretor)	64

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Octagésima-sesta sessão ordinária</i>	65
--	----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

OBSTETRICA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

DIRETORES:

**Alberto Peralta Ramos — Juan Carlos Áhumada
Manuel Luis Perez**

Assinatura anual (Janeiro a Dezembro) 20 pesos argentinos
ou U. S. \$6.00

Publicação mensal

Direção, Redação e Administração

CALLE JOSE' E. URIBURU' 1578 — BUENOS AIRES

— REPÚBLICA ARGENTINA —

ÍNDICE DOS RESUMOS

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

	Págs.
<i>Carcinoma da vulva</i> — SMITH, F. R. e POLLACK, R. S.	67
<i>O esfregaço vaginal. Aplicação prática no diagnóstico do câncer do útero.</i> — MEIGS, J. V.	68
<i>Mola hidatiforme. Uma correlação clínico-patológica de 200 casos</i> — HERTIG, A. e W. H. SHELDON	69
<i>Malformações congênitas associadas a defeitos de desenvolvimento dos órgãos reprodutores na mulher</i> — WHARTON, L.	71
<i>O estudo da esterilidade em consultório</i> — PROCTER, I. M. e K. DICKINSON	73
<i>Hemorragias tardias pós-parto</i> — WOLFF, S. A. e PEDOWITZ, P.	74
<i>Tratamento cirúrgico da flebotrombose em pacientes obstétricas e ginecológicas</i> — BANCROFT, F.	75
<i>O aspecto psicossomático da dismenorréia</i> — HUNTER, W. E. e B. B. ROLF	75
<i>Intensificação da atividade do parto com glicose e sódio pelo método dos A.A.</i> — KHMELEVSKI, V. N.	77
<i>Rotura espontânea do útero sem causa aparente: comunicação de um caso</i> — MOTSAI, D. S. e PENN, R. L.	78
<i>Relações endócrinas do câncer mamário experimental e clínico</i> — RIESCO, A.	79
<i>Estudo radiológico da glândula mamária</i> — LEBORGNE, R.	80
<i>A forma tóxica das pielonefrites grávidas</i> — DIAS CASTRO, H.	81
<i>O problema etiológico, experimental e clínico do adenocarcinoma do endométrio.</i> — RIESCO UNDURRAGA, A.	82
<i>Estudo clínico do câncer da mama</i> — FERNÁNDEZ, J. M.	83
<i>A radioterapia de contacto no câncer do colo uterino</i> — BRÉTACHE' e PARESSANT	83
<i>Abcesso actinomicótico do seio</i> — TORLET, J.	84

estar pelviano, irritabilidade vesical, perturbações intestinais, cefaléia, fadiga, dores lombares, e crises emotivas que são conhecidos como sintomas urohimenais.

A maioria das dismenorréias tendo um baixo limiar para a dor são mais susceptíveis aos estímulos sensitivos do que aquelas com limiar normal.

Por um processo sensorial condicionado estes sintomas são exagerados e os predominantes podem ser expressos como cefaléia, mialgia, ou mais frequentemente dor pelviana, uma vez que o sangramento menstrual focaliza a atenção sobre a pelve.

Os A.A. têm curado casos por meios clínicos e cirúrgicos. Curaram um igual número com panacéias e também pela sugestão sob hipnotismo.

Acreditam que um método é tão bom quanto o outro, exceto quando exista um processo patológico real.

Diz-se que a dor é uma sensação estética que atinge a consciência na corteza cerebral onde sua intensidade é registrada.

Acreditam que a sugestão, consciente ou inconscientemente, tem lugar no tratamento da maioria dos casos de dismenorréia, uma vez que a percentagem de curas conforme relatórios de fontes científicas e não científicas se equivalem, exceto pela castração ou neurectomia pressacra. — A. A. S.

QUARTERLY REVIEW OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Intensificação da atividade do parto com glicose e sódio pelo método dos A.A. (*Intensification of birth activity with glucose and calcium by the author's method*) — KHMELEVSKI, V. N. — (*Quart. Rev. of Obst. and Gynec.*, Janeiro 1947, Vol. 5, N.º 1, pág. 5).

A glicose é a principal substância usada no metabolismo da musculatura uterina em trabalho. Autores russos têm determinado uma estreita relação entre a concentração da glicose no sangue e a intensidade do trabalho de parto. Outro elemento que tem forte influência sobre as contrações do útero é o ion cálcio. Ele aumenta a ação dos hormônios que causam a contração da musculatura uterina.

Estudos de laboratório *in situ* sobre os cornos uterinos de 81 coelhas mostraram que: a) a glicose aumenta o tono e produz contrações rítmicas dos cornos, tanto em animais grávidos como não

grávidos; b) o cálcio aumenta as contrações já existentes ou causa seu aparecimento quando ausentes; c) o tratamento simultâneo com glicose e cálcio produz um efeito mais forte do que quando cada uma dessas substâncias é injetada separadamente; d) o cálcio aumenta a ação contratora da pituitrina.

Foi verificado que uma hipoglicemia e uma hipocalcemia estavam sempre presentes na insuficiência primária das contrações no trabalho de parto. Este decréscimo em glicose e cálcio era mesmo mais acentuado na atonia uterina secundária. Nas pessoas normais a média de concentração de açúcar no sangue é de 135 mg. por cento, na atonia primária é de 93 mg. por cento e na secundária de 87 mg. por cento. A concentração de cálcio no sangue, nesses três grupos, foi respectivamente de 13,5; 10,1 e 10,2 mg. por cento.

O A. recomenda a seguinte mistura para ser dada logo que a insuficiência das contrações uterinas é observada: glicose 50 cc., cálcio 2,0; ácido muriático diluído 8 a 10 gotas dissolvidas em um copo d'água quente. As pacientes devem beber um copo dessa solução cada meia hora. Na segunda fase do trabalho, quando as contrações da musculatura diminuem de intensidade, são dadas injeções intravenosas de 30 a 40 cc. de glicose de 40 %, seguidas de 10 cc. de cloreto de cálcio a 10 %.

O A. aplicou esse método em 104 pacientes com hipotonia uterina primária e em 152 pacientes com hipotonia secundária. Os resultados obtidos foram: no primeiro grupo, 74 pacientes (71,2 %) com bons resultados com a ingestão da mistura ou a injeção; 20 pacientes (19,2 %) com fraco efeito do tratamento; nas pacientes restantes (9,6 %) nenhum efeito foi obtido com a terapêutica. No segundo grupo 140 mulheres (92,1 %) mostraram bons resultados com as ingestões, 10 pacientes (6,6 %) fracos efeitos, 2 pacientes (1,3 %) não melhoraram com a ingestão de glicose e cálcio. Foi verificado também que este tratamento tem um efeito depressor sobre a dor das contrações, como foi observado em 118 mulheres estudadas. Um acentuado efeito analgésico foi obtido em 26 pacientes, um decréscimo moderado da dor em 63 pacientes e nenhum efeito nas 7 restantes. — O. S. L.

Rotura espontânea do útero sem causa aparente: comunicação de um caso (*Spontaneous rupture of the uterus without apparent cause: a case report*) — MOTSAÏ, DOMINIC S. e PENN, RHESA L. — (*Quart. Rev. of Obst. and Gynec.*, Janeiro 1947, Vol. 5, N.º 1, pág. 31).

Uma mulher de 42 anos de idade, grávida VIII, para V, no sexto mês de gravidez, foi admitida no Hospital devido a um san-