BAME

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVJ | Maio de 1951 | Vol. 31 - N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

As mortes e sofrimentos por câncer do colo uterino são evitáveis — Prof. Dr. HANS HINSELMANN 253

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Nutrição e reprodução — Dr. J. PROCÓPIO 263

EDITORIAL

A ação cerebral dos estrogênios 279

NOTAS E COMENTÁRIOS

VIII Conferência Anual da "American Society for the study of Sterility" 281
Segunda Semana da Defesa da Saúde do Homem 281
4.º Curso Anual de Cirurgia 282
Curso de Aperfeiçoamento Obstétrico-Ginecológico em Buenos Aires ... 282
Quartas Jornadas Chilenas de Obstetrícia e Ginecologia 282

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Textbook of Obstetrics — JOHN F. CUNNINGHAM 283
Die Kreuzschmerzen der Frau. Ihre Deutung und Behandblung. Gynaikologiche Orthopaidie — H. MARTIUS 284
Clinique Thérapeutique Ginecologique (Troubles fonctionels exceptés) — GASTON COTTE e JACQUES MATHIEU 284

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

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

Ano XVI MAIO DE 1951 Vol. 31 — N.º 5

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

RESUMOS

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

NOVEMBRO DE 1950

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Citologia no diagnóstico do carcinoma vulvar *(Smear preparations in the diagnosis of vulvar carcinoma)* — Carter, B; Kaufmann, L. A.; Cuyler, W. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, 91:600, Novembro, 1950).

Apresentam como inédito um trabalho feito sôbre 33.655 esfregaços genitais provenientes de 10.029 mulheres examinadas num período de 3 anos entre os anos de 1947-1949, inclusive, 343 pacientes (4.3%) tinham câncer e 18 (0,18%) carcinoma escamoso da vulva. Êstes carcinomas representam 4.1% das lesões malignas encontradas.

Das 18 pacientes portadoras desta afecção o exame citológico evidenciou 15 vêzes o carcinoma em primeiro exame e 16 vêzes em revisão de material.

De duas pacientes não foi possível evidenciar o câncer, dando um erro de 11.1%. 11 pacientes tinham mais de 60 anos de idade (61.1%). 14 pacientes estavam já em menopausa (77.8%), 24 negras (22.2%). 83% das pacientes eram ou tinham sido casadas.

Os AA. apresentam microfotografia das células além de um quadro descritivo das pacientes e terminam fazendo notar que o método não é sòmente interessante como meio de diagnóstico dêste câncer mas também, como método rápido na diferenciação de outras afecções venéreas. — *Alípio Augusto*

vel no entanto, é a penetração até os paramétrios que, tornou impossível a extirpação cirúrgica do útero e que se fôsse feita, muito ilusório seria o resultado".

Duas microfotografias ilustram o trabalho. — *A. Felicio dos Santos*

O fórceps com uma só mão guia, para todas as posições nas apresentações cefálicas altas *(El forceps con una sola mano guia para todas las posiciones de las presentaciones cefálicas elevadas)* — Schwarcz, Ricardo — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:233, Novembro, 1950).

O A. expõe com clareza o método que emprega, na utilização do fórceps nas apresentações cefálicas altas. Diz e com razão, num perfeito conhecimento do assunto, que: "um fórceps difícil é feito por quem sabe fazê-lo e conhece a fundo o problema obstétrico, enquanto que, a operação cesárea, a pratica quem tem hábito cirúrgico".

Mostra como é fácil e lógico, o emprêgo de uma só mão, como guia dos ramos do fórceps e cita a opinião de vários especialistas.

Termina reproduzindo o que disse o Professor Couton: "Quem aplicou o fórceps, seguindo as regras clássicas das duas mãos, e, depois o fez empregando uma só mão, ficará com certeza decidido a adotar êste último, porque é mais cômodo, porque é mais símples para o operador e tem tôdas as vantagens que se tem apontado para a mulher".

São apresentados dois desenhos esclarecedores da manobra com uma só mão guia. — *A. Felicio dos Santos*

REVISTA MÉDICA DO CHILE

Hipoplasia congênita do ovário *(Hipoplasia congenita del ovario)* — Hamblen, E. C.; Moss, J. M. e Zañartu, J. — (*Rev. Med. de Chile*, 78:716, Novembro, 1950).

Os AA. apresentam um estudo clínico de 27 pacientes com hipo-ovarismo, terminando o trabalho com as seguintes conclusões:

1) As doentes com atraso ou falta de maturação sexual podem excretar gonadotrofinas pela urina em quantidade aumentada, normal ou diminuida (hiper, eu, ou hipogonadotropúria).

Ano XVI JUNHO DE 1951 Vol. 31 — N.º 6

ANAIS BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVI | Junho de 1951 | Vol. 31 - N.º 6

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Considerações sôbre a célula vaginal cancerosa após irradiação — Dr. ADRIANO CRUZ FERREIRA 295
Fibromiomas e gravidez — Dr. WALTER ALBIERI 301

EDITORIAL

Anovulação 325

NOTAS E COMENTÁRIOS

Dispensário Preventivo de Câncer Ginecológico 329
Laboratoire d'Hormonologie et Cytologie Expérimentale (Paris) 330

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Uterusruptur — Prof. Dr. TASSILO ANTOINE 331
Quelques Aspects de la Gynécologie Actuelle — R. BOURG 332

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento o original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Diagnóstico do câncer incipiente do colo — DOUGLAS, G. W. e STUDDIFORD, W. E. 333

Melhor compreensão da contratilidade uterina pelo registo simultâneo com um método interno e outro externo — CALDEYRA, R.; ALVAREZ, H. e REYNOLDS, S. R. M. 334

Hipertireoidismo; gravidez e tiuracil — BELL, G. O. 335

Causas de mêdo entre pacientes obstétricas — BLOSS, J. R. 336

Câncer endometelial e estrogênios — PHILIPPE, G. e ISIDOR, P. ... 336

Um caso de esterilidade por hipovitaminose B_2 e distúrbios hepáticos — MARCHADIER, M. 337

Estudo comparativo de 3 produtos de contraste: "Lipiodol, Tenebril e Diodone" utilizados para histerografias — LABORDE, Mme. S.; MONTAGNON, I e BUTAS, N. 337

A importância do uso dos antibióticos em cirurgia obstétrica — PEREZ, M. L. 338

Fibroma do ovário, ascite e hidrotórax (síndrome de Meigs) e gravidez — MORALES, J. M. e GÓMEZ NÚÑEZ, O. 338

Capacidade de ação estrogênica do conteúdo dos cistos ovarianos na mulher com câncer da mama — BRACHETTO BRIAN, D.; KRAVETZ DE SRULIJES, L. e MOGUIEVSKY, L. 338

A gravidez e o câncer dos órgãos genitais e mama — FLOKSZTRUMFF, M. 339

Mioma e puerpério — BAZARA, J. 340

A patogenia suprarrenal da síndrome de Cushing em duas doentes — COELHO, E. e DA COSTA, J. F. 340

Semiologia laboratorial hipofisária — PINHEIRO HARGREABES, M. 341

Placenta acreta — VERNET, E. G.; PÉREZ SOLER, J. e CABALLERIA J. E. 341

A propósito de uma variação na prova de permeabilidade tubária segundo e Lorier. Exploração retrógrada — PEÑA REGIDOR, P. DE LA 342

A bolsa de águas no trabalho de parto — BARREIRA ANTUNES, T. 342

REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (Caracas)

A propósito de uma variação na prova de permeabilidade tubária segundo Le Lorier. Exploração retrógrada (*A proposito de una variante en la prueba de permeabilidad tubarica segun Le Lorier. Exploracion retrograda*) — Peña Regidor P. de la (*Rev. Obst. y Gin.*, 10:257, Dez., 1950).

O teste funcional que o A. empregou foi praticado pela primeira vez por Le Lorier, em França, em 1911. Foi usada a via retrógrada, através do Douglas. O teste consiste em injetar na cavidade peritoneal, determinada quantidade de suspensão oleosa de carmim e esperar vê-la aparecer, se existe a permeabilidade tubária, no orifício cervical externo.

O A. declara que tendo conhecimento do trabalho de R. Weis, publicado no Zeit. für Geburth. und Gynaec. (129:302, 1948) sôbre "Die retrograde Tuberspülum", o qual empregava o Prontosil Rubro, após plastias tubárias, imagina usá-lo para teste de permeabilidade.

Injeta, para isso, no Douglas, 6 a 8 cm^3 de uma mistura de Prontosil Rubro e Novocaina a 0,5%, em partes iguais. Em todos os casos ensaiados antes dos 30 minutos comprovou-se sua saída pelo orifício cervical, sem a menor perturbação. — *A. de Moraes*

GAZETA MÉDICA PORTUGUESA

A bolsa de águas no trabalho de parto — Barreira Antunes, T. — (*Gazeta Med. Portuguesa*, 3:873, 4.º trimestre, 1950).

O A. analiza as teorias que pretendem explicar a ação da bolsa dáguas, encarando-as sobretudo pelo que representam na prática obstétrica para esclarecimento da questão: deve-se ou não romper a bolsa dáguas? É discutido o papel representado por êste elemento da dinâmica da dilatação cervical, estudando-se as concepções mais recentes que tratam do trabalho das fibras uterinas no período de dilatação. Concluindo, afirma: "Em síntese: pode-se afirmar que a amniorrexis acelera o parto, na medida em que melhora a atividade contrátil do útero — em 50% dos casos e potencializa o conjunto de fôrças dinâmicas que realizam a dilatação. Pelo contrário, com a bolsa garante-se o desenvolvimento dos múltiplos fatores que concorrem para o aparecimento e manutenção da chamada fôrça biológica.

Desde que a maturação de todos os fenômenos não se efetue em sincronismo fisiológico com as fôrças dinâmicas, está comprometida a dilatação e, com esta, o parto". — *Ericsson Linhares*.

Ano XVI JULHO DE 1951 Vol. 32 - N.º 1

ANAIS BRASILEIROS

DE

GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento o original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs

Especificidade clínica da fluorescência vulvar — BENSON, RALPH C.; STRAIT, LOUIS A. e CHAPELL, CLIFFORD C. 41

A tendência para a histerectomia total — STEIN, J. F. 42

A primigrávida idosa — HAWKINS, R. J.; FALEY, W. E. e TIERNEY, T. M. 43

Analgesia caudal na prática obstétrica particular — DOWNING, G. C. 42

Envenenamento crônico de ovários e testículos de ratos albinos e camondongos por nicotina e fumaça de cigarro — ESSENBERG, J. M.; FAGAN, L. e MALERSTEIN, A. J. 44

Hematoma espontâneo do músculo reto-abdominal simulando cisto ovariano torcido — BROARD, H. 44

Hemorragia espontânea retroperitoneal complicando gravidez — KISTNER, R. W. e GARBER, S. T. 45

Cisto do canal de Gartner complicando gravidez — ROLAND, M. 45

Câncer do colo uterino. Diagnóstico precoce. Indicações terapêuticas — E. DOUAY 46

Síndrome de Meigs e struma ovarii — BASKIN, R. H. e COUNSELLER, V. S. 47

Valor da biópsia por aspiração em tumores da mama — WOLFFSON, SOL M. 48

Processos malignos secundários do ovário — KARSH, J. 49

Alterações morfológicas do colo durante a gravidez, incluindo o carcinoma intraepitelial — EPPERSON, J. W. W.; AELLMAN, L. M.; GALVIN, G. A. e BUSBY, T. 50

Papel da rotura do seio marginal na hemorragia pré-natal — FISH, J.; BARTHOLOMEW, R. A.; COLVIN, E. D. e GRIMES, W. H. . 51

Achados em radiografias torácicas pré-natais de rotina em mulheres pertencentes a uma população continuamente controlada — BICKERSTAFF, H. J.; COMSTOCK, G. W. e BURK, M. H. 51

Efeitos da anemia sôbre o parto — TAYLOR, J. B. e TORPIN, R. .. 52

Nova hipótese sôbre o significado do núcleo celular e sua vinculação com a etiopatogenia do câncer — PERRUSI, T. 53

A reação de Kapeller-Adler para o diagnóstico da gravidez — HERRERA, R. G. e KEHIDAI, G. 53

A pressão osmótica do muco cervical humano — BERGMAN, P. e LUND, C. G. 54

existindo antes da operação. Só depois desta época deveria falar-se em verdadeiro câncer do coto restante.

O cirurgião que deixar o colo por ocasião da histerectomia deve certificar-se antes que não ha lesão no mesmo e deve controlá-lo periòdicamente. — *J. P. Rieper*

A primigrávida idosa *(The elderly primigravida)* — Hawkins, R. J.; Faley, W. E. e Tierney, T. M. — (*West. J. Surg. Gyn.*, 59:13, Jan. 1950).

Os Autores consideram gravidez e parto em 383 pacientes com mais de 35 anos observados num período de 13 anos. Aumenta realmente o número de toxemias, trabalho de parto prolongado, intervenções obstétricas e hemorragias pos-partum com a idade. Particularmente aumenta o número de cesareanas proporcionalmente com a idade. Assim mesmo 66% das pacientes consideradas deram a luz por via vaginal sem maiores intervenções. É surpreendente o baixo número de mortes fetais, devido, principalmente, ao pequeno número de partos prematuros. Não deve ser feita a cesareana sem outra indicação senão a idade maior da paciente, porque o risco operatório não é pequeno como mostram 2 casos de morte materna na série observada pelos autores. Ao todo não representa a primípara idosa um risco obstétrico excessivo. — *J. P. Rieper*

Analgesia Caudal na prática obstétrica particular *(Caudal Analgesia in Private Obstetric Practice)* — Downing, G. C. (*West. J. Surg. Obst. Gyn.*, 59:19, Jan., 1951).

A analgesia caudal foi empregada no parto de 2.139 pacientes particulares, comparando-se o resultado obtido com aquêle de 1.252 partos anteriores que receberam anestesia geral. A analgesia caudal duplica o número de fórceps médio, triplica o fórceps para rotação e reduz o número de partos espontâneos à um têrço em relação ao outro grupo. Assim mesmo não houve morte materna na série e a mortalidade fetal, inclusive os prematuros é a metade daquela observada com outros tipos de anestesia. A analgesia foi satisfatória em 91,5% dos casos. — *J. P. Rieper*

---

neste centro de 100.000 habitantes que era simultaneamente submetido a um estudo global.

Quatro por cento de tôdas as pacientes apresentavam anomalias que justificaram o exame. Trinta casos de condições patológicas importantes não tuberculosas foram diagnosticadas, principalmente doenças cardiovasculares, o que dá uma proporção de 1 para 119 do total de casos.

Houve 37 mulheres, com 43 gestações, em que a tuberculose pulmonar foi diagnosticada pelo exame: 1 para cada 83 casos examinados.

O simples exame de rotina em microfilme revelou tuberculose não suspeitada em 14 mulheres ou seja 1 para cada 255.

Os demais casos encontrados ou eram suspeitos ou conhecidos.

Embora pequenos os números da presente estatística, os achados dos AA. indicam que uma simples radiografia, no inicio ou meio da gestação, é insuficiente para controlar clìnicamente a doença. Salientam êles a necessidade de pelo menos um exame suplementar de tôdas as pacientes na época da visita inicial do pos-parto. — *Cid Braune Filho*

Efeitos da anemia sôbre o parto *(The effects of anemia on labor)* — Traylor, J. Bottwell e Torpin, Richard — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, **61**:71, Jan., 1951).

Na literatura dos últimos 30 anos ha poucas e breves referências e conclusões contraditórias quanto à anemia como fator etiológico de distocia distrófica e parto prolongado.

Nas 1.019 doentes estudadas ha 321 primigrávidas e 698 multigrávidas. Tôdas as pacientes com hemoglobina inferior a 11 gr. por 100 cc. de sangue foram consideradas anêmicas.

Entre as primíparas a duração do parto foi de 15 h 15 m. nas normais (244) e de 18 h 16 m. nas anêmicas (77), diferença portanto de 20,3%.

Entre as multíparas o tempo de 10 h para as normais (441) e 12 h 17 m. para as anêmicas, diferença de 22,9%. — *Cid Braune Filho*

Ano XVI AGÔSTO DE 1951 Vol. 32 — N.º 2

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento do original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitadas. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs.

Gravidez abdominal a termo com parto de feto vivo — BROOMES, E.L.C. 87

Torsão axial de útero grávido a termo associada a hérnia abdominal pós-operatória — ARONSTAM, E. M. e HUGHES, R. L. 88

Alergia endógena aos hormônios esteróides — ARCKEL, G. P. 88

Antiproteases séricas na gestação normal — WEST, P. M.; HILLIARD, J. e MIETUS, A. C. 89

Gravidez complicada por poliomielite anterior — HORN, P. 90

Distocia grave por rigidez do colo post-eletrocoagulação — PEREA, J. J. 91

Amenorréia, único sintoma, desde 12 anos, de um tumor hipofisário — NETTER, A. e NAHON, S. 91

Amenorréias frequentes com síndrome de hiperestrogenismo — Êxito do tratamento pela testosterona — Mme. WATTEBLED 92

Câncer metastático da vagina, revelador de um câncer latente do rim — R. SENECHAL, RECH e BOUCHARD 93

RESUMOS

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

FEVEREIRO DE 1951

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Gravidez abdominal a termo com parto de feto vivo *(Full term abdominal pregnancy with delivery of a living child)* — Broomes, E. L. C. — (*J.A.M.A.*, 145:399, Fev., 1951).

O A. descreve a observação clínica de um caso de prenhez abdominal a termo, que foi verificado durante uma cesárea indicada por desproporção feto-pélvica. Assinala que na história da paciente havia uma intervenção por prenhez ectópica rôta (10 meses antes) e existência de crises dolorosas abdominais durante a gestação, elementos que deveriam ter sido levados em consideração para o diagnóstico. Em seguida passa em revista a literatura mundial, e em seus comentários destaca dois pontos: 1) a probabilidade de ser a gestação abdominal uma condição primária; 2) o melhor método de tratamento da placenta. Destaca a origem celomática do peritôneo e a possibilidade de metaplasia com formação de áreas celulares apropriadas à nidação, adiantando porém que nada se pode afirmar neste sentido. Quanto ao tratamento da placenta opina pela conduta particular em cada caso, removendo-a sempre que possível, pois do ponto de vista das complicações pós-operatórias ela nem sempre se comporta como um tecido inócuo. — *Ericsson Linhares*

Ano XVI SETEMBRO DE 1951 Vol. 32 - N.º 3

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

RESUMOS

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

MARÇO DE 1951

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Conduta na gravidez e parto em seqüência à operação cesariana *(Management of pregnancy and delivery following cesarean section)* — COSGROVE, R. R. — (*J. A. M. A.*, **145**:884, Março 1951).

Por causa do perigo de uma rotura uterina e tendo em vista o alto grau de segurança da operação cesariana, há quem advogue o dito "uma vez cesária, sempre cesária".

O A. não compartilha desta opinião, primeiro porque não acha que a cesariana seja um procedimento inteiramente inócuo, segundo porque a via vaginal não limita tanto a futura fertilidade da paciente, e terceiro porque os mesmos fatôres que contribuem para a apresentação de estatísticas tão boas para a cesariana, entre êles a melhoria de técnica, também contribuem para prevenir os resultados calamitosos de uma rotura uterina.

Apresenta então 5 quadros estatísticos com texto explicativo, em que, de 500 pacientes anteriormente submetidas à operação cesariana, 179, ou seja 35,8 %, tiveram parto por via vaginal, por uma ou mais vêzes.

Comenta as várias indicações da cesariana e, como conduta adotada, refere permitir que a paciente prossiga normalmente na gravidez até o início natural do trabalho de parto, quando procede a exame cuidadoso que lhe dará a indicação intervencionista ou expectante. — *C. A. Zanotta*

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A episiotomia mediana *(The Median Episiotomy)* — SMITH, S. H. — *W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **59**:102, Março 1951).

Vantagem da episiotomia mediana é a sua reconstituição perfeita. A técnica empregada pelo A. em 1.500 casos é de cortar o períneo antes que as estruturas sejam prejudicadas pela pressão da cabeça. A parte da mucosa deve ser incisada 1 a 2 cm. mais que a parte da pele. E' melhor esperar a placenta antes de começar a sutura. Para expor bem a ferida usa o retrator de GELPE. Usa catgut cromado 00. A sutura vaginal deve incluir a fascia reto-vaginal. Aproxima os músculos levantadores e os perineais transversos com partos separados. Segue então uma técnica de fechamento do tecido subcutâneo e da pele segundo uma técnica descrita por GOFF em 1928.

Em casos de roturas do 3.º grau, que são muito raras, não há necessidade de suturar o esfíncter, sendo suficiente unir a cápsula do músculo com pontos separados.

O A. advoga o uso sistemático da episiotomia mediana — *J. P. Rieper*

O uso de Benzocaína como analgesia tópica na parturiente *(The use of Benzocaine as Topical Analgesia in the Parturient)* — SCHMIT, H. E.; SMITH, C. J. e CARBERRY, G. A. — (*W. J. Surg., Gyn. and Obst.*, **59**:117, Março 1951).

O tratamento das feridas do períneo, de hemorróidas e de fissuras dos mamilos é um problema que ainda não foi resolvido. Três grupos de 100 pacientes foram tratados com pomadas contendo respectivamente 0,5, 1 e 20 % de Benzocaína. O efeito anestésico foi imediato. O manejo do medicamento é simples, seguro e pouco tóxico. O preparado a 20 % mostrou-se superior aos de menor concentração. — *J. P. Rieper*

Doença de Hodgkin e gravidez *(Hodgkin's Disease and Pregnancy)* — TENENBLATT, W. e C. HORTON — (*W. J. Surg., Obst. and Gyn.*, **59**:120, Março 1951).

Ao lado de 32 casos de doença de HODGKIN complicada por gravidez, coligidos da literatura mundial, descrevem os A.A. um outro de observação própria. A doença raras vêzes se transmite ao feto (3 casos). A gravidez não influi sôbre a doença de

vação pessoal. Reúnem 69 casos, a partir da primeira descrição conhecida (JUDD, 1921), que assim distribuem: A) Endometriose vesical primitiva sem outro processo no aparelho genital — 10 casos. B) Endometriose vesical secundária: 1) 11 casos secundários a endometriose do ovário; 2) 9 casos secundários a endometriose uterina peritoneal; 3) 10 casos com endometriose uterina sub-peritoneal; 4) 3 casos secundários a endometriose do ângulo tubário e da trompa; 5) 2 casos secundários a endometriose de fundo-de-saco vaginal perfurante; 6) 4 casos secundários do fundo-de-saco peritoneal anterior; 7) 5 casos por invasão direta da parede da bexiga, através do côto de histerectomia peritonizada com a bexiga, ou depois de histerotomia anterior; 8) 11 casos de endometriose secundária por enxertos depois de operações pelvianas. Existem 4 casos nos quais o diagnóstico foi duvidoso. — *Ericsson Linhares*

Tratamento do câncer da vulva *(Tratamiento del cáncer de la vulva)* — SCHAFFNER, E. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:99, Março-Abril 1951).

O A. recolheu 96 observações de câncer da vulva, no Instituto de Radiologia de Montevidéu, no período de 25 anos (1924-1949). De seus estudos apresenta as seguintes conclusões: 1) O câncer vulvar se inicia quase sempre de lesões leucoplásicas pré-existentes. 2) A profilaxia do câncer vulvar repousa no tratamento correto da leucoplasia vulvar. 3) O tratamento curativo do câncer da vulva é cirúrgico. 4) O tratamento actinoterápico ùnicamente deve ser aconselhado como paliativo nos casos inoperáveis ou nas recidivas. 5) A única operação que se deve praticar é sempre a vulvectomia total ampla e a linfadenectomia ínguino-retro-crural bilateral. — *Ericsson Linhares*

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Uso de ocitócicos pós-hipofisários por via venosa na indução do parto e na inércia uterina *(El uso de Ocitócicos Post-Hipofisiarios por via intravenosa en la inducción del parto y en la inercia uterina)*—ALVAREZ BRAVO, A.; GUTIERREZ MURILO, E. e ROVALO JIMENEZ, J. — (*Ginec. y Obst. de México*, **6**:91, Março-Abril 1951).

Os A.A. fazem um histórico do emprêgo da Pituitrina no combate à inércia uterina e, modernamente, no desencadeamento do

parto, descrevendo a seguir o método por êles utilizado. O método consta ,em essência, do seguinte: 0 hs. — 2 comprimidos de seconal de 0,1 gr.; 15 minutos — 100 mgr. de demerol + 0,00065 gr. de escopolamina, intramuscular; 1 h. — inicia-se administração venosa de *Pitocin* na proporção de 1:500 de solução glicosada a 5 %, controlando-se o trabalho uterino mediante um tocoergógrafo de CLEVER e OLIVÉ modificado pelos A.A. O método foi utilizado em 72 casos (16 de inércia uterina e 56 induções), analisando-se detalhadamente as indicações. Houve 100 % de êxito nos casos de inércia e 96,4 % nos de indução. Não houve rotura uterina e apenas em 4 pacientes pequenas lacerações cervicais. A mortalidade fetal não corrigida foi de 1,4 %, correspondente a um feto eritroblastósico que morreu com 6 horas de nascido. O exame pós-natal não revelou uma incidência de lesões cervicais residuais maior que a observada em partos espontâneos. — *Ericsson Linhares*

Eclampsia: tratamento com Veratrum viride, Procaína, Sulfato de magnésio e Dextrose *(Eclampsia: Tratamiento con Veratrum Viride, Procaína, Sulfato de Magnesia y Dextrosa)* — DE LA VEGA, A.; JUAREZ, M. L. e INCLAN, S. — (*Ginec. y Obst. de México,* **6**:106, Março-Abril 1951).

Os A.A. passam em revista os primeiros trabalhos mundiais sôbre o emprêgo na eclampsia do Veratrum viride e da Procaína. Em seguida apresentam seu método, que consta da associação dêstes dois medicamentos ao sulfato de magnésio e à dextrose. Foram tratadas 21 doentes, 13 pré-eclâmpticas e 8 eclâmpticas convulsivas, com os seguintes resultados: 20 curas do quadro gestósico; 3 tiveram seqüelas: hipertensão essencial e de caráter irreversível, moderada, em duas, e uma com psicose pós-eclâmptica, recuperando-se ao término de 3 meses. O parto foi espontâneo em 17 casos; em 4 terminou com aplicação baixa de fórceps. Obtiveram-se 22 produtos, dos quais 1 prematuro e 2 mortos. A enfêrma que faleceu foi internada no período comatoso, ignorando-se a hora de iniciação do ataque. Faleceu com 10 hs. de internação, sem qualquer resposta ao tratamento. A necrópsia revelou as lesões anatômicas e histológicas características do quadro. São considerados longamente os mecanismos possíveis de ação do Veratrum viride e da Procaína. — *Ericsson Linhares*

Ano XVI OUTUBRO DE 1951 Vol. 32 - N.º 4

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento no original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitados. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs.

Aspectos sociológicos e psicológicos da inseminação artificial heteróloga — LAMSON, H. D.; PINARD, W. J. e MEAKER, S. R. 211

Escolha da anestesia para o parto normal — CARTURIGHT, E. W. ... 212

Escolha dos analgésicos na primeira fase do trabalho de parto — LUND, C. J. 212

Escolha da anestesia para o parto operatório vaginal e abdominal — WHITACRE, R. J. e CRESSMAN, P. G. 213

Biópsia com esponja, um novo método de diagnóstico do câncer — GLADSTONE, S. A. 213

Pseudociese: um estudo psicossomático em Ginecologia. — FRIED, P. H.; RAKOFF, A. E.; SCHOPBACH, R. R. e KAPLAN, A. J. 214

Relaxamento da sínfise pubiana em mulheres grávidas pela Prostigmina — — EMERY, F. E.; W. C. YOUNG; M. R. Mc CASKILL e E. DODGE 215

Reação decidual do colo uterino — BOWLES, H. E. e J. L. TILDEN ... 215

Diagnóstico do sexo na gestação — VARGAS, C. A. 215

Carcinoma da mama — DI FONZO, N. O. e JASSIN, A. 216

Fatôres responsáveis na esterilidade — HERRERA, R. G.; MEZZADRA, J. M. E. e BEARZI, V. L 217

Oftalmótono em Obstetrícia e Ginecologia (Novo sinal para diagnóstico da gestação) — DOMINGUEZ, W. N. 218

A prova de Speck. Valor comparativo com o salpingoquimograma e a histerossalpingografia — HERRERA, R. G.; MEZZADRA, J. M. e BEARZI, V. L. 218

O levantamento e mobilização precoce no pós-operatório ginecotocológico — STAJANO, C. 219

Uso da estreptomicina no tratamento da tuberculose genital feminina — ZAMORANO, L. B. 220

Histerectomia vaginal de segurança no prolapso genital — OCEJO, J. ... 220

Considerações acêrca de 2 casos de menopausa cirúrgica tratados pelos estrogênios em suspensão cristalina — J. D. ROMAN 221

Indicações precisas da diatermo-coagulação do colo uterino no tratamento das anexites crônicas — MARCEL PARIENTE e ADRIEN BARBOT 222

meio indeciso, que às vêzes aceita a situação impelido pelos motivos mais diversos.

Entretanto, como vem aumentando o número de médicos interessados no assunto, e de leigos que pedem a inseminação, e como êste procedimento, que pode trazer a felicidade a um sem número de casais, também pode trazer danos irreparáveis, torna-se imperioso um estudo cuidadoso da psicologia do casal em questão, com rejeição dos casos em que se julga desaconselhável. — *C. A. Zanotta*

Escolha da anestesia para o parto normal *(Choice of Anesthesia for Normal Delivery)*—CARTURIGHT, E. W. — (*J. A. M. A.*, **145**:1111, Abril 1951).

O A. passa em revista a literatura recente sôbre a anestesia no parto normal, focalizando os vários métodos, especialmente o intravenoso, regional e caudal, mas dando seu maior interêsse à anestesia raquiana.

Acha que a anestesia raquiana baixa, com soluções hiperbáricas e em mãos experimentadas, é um procedimento sem maiores perigos, sendo feita com doses bem menores que as anteriormente usadas.

A técnica compreende a posição semi-sentada no intuito de restringir o efeito anestésico a áreas determinadas e a escolha adequada da hora da injeção.

Às vêzes há efeitos contra-laterais desagradáveis, notàvelmente hipotensão arterial, que pode ser combatida pelo uso de analéticos circulatórios, e cefaléia, que diminuirá em número com o uso de agulhas de menor calibre e uso de cintas abdominais.

O A. apresenta uma série de 3.236 partos vaginais sob anestesia espinhal sem morte materna nem mobilidade materna ou fetal atribuível à técnica, concluindo que o sucesso depende tanto de uma indicação judiciosa, como da perfeição técnica. — *C. A. Zanotta*

Escolha dos analgésicos na primeira fase do trabalho de parto *(Choices of analgesics during the first stage of labor)* — LUND, C. J. — (*J. A. M. A.*, **145**:1114, Abril 1951).

Não houve ùltimamente nenhum desenvolvimento básico na analgesia obstétrica, mas várias orientações novas são evidentes: foge-se da terapêutica maciça, e aumenta-se a atenção aos fatôres emocionais no parto doloroso. Procura-se adaptar a anestesia à paciente e não o inverso.

A apreensão e a tensão nervosa, tornam o parto mais doloroso; portanto, a analgesia começa com a primeira visita pré-natal.

O valor de treinamentos e exercícios especiais, ainda não está claro.

Devem ser bem avaliados os riscos anestésicos das pacientes antes da administração de medicamentos, requerendo especial atenção as complicações da gravidez.

O A. passa em revista a preparação pré-natal física e psicológica, a avaliação do risco analgésico individual e, na escolha do método, refere-se aos valores comparativos dos vários métodos de analgesia, concluindo que a sua escolha depende da capacidade e cooperação do obstetra e do anestesista, da qualidade da enfermagem, e que especial cuidado deve ser dado à questão da dose e tempo de administração. — *C. A. Zanotta*

Escolha da anestesia para o parto operatório vaginal e abdominal *(Choices of anesthesia for operative vaginal and abdominal delivery)* — WHITACRE, R. J. e CRESSMAN, P. G. — (*J. A. M. A.*, **145**:1118, Abril 1951).

No parto operatório, deve ser dado muito cuidado à seleção do tipo de anestesia mais adequado ao caso individual.

Especial atenção deve ser dada também ao seu modo de administração, e por ser uma anestesia especìficamente cercada de inconvenientes, deverá ser sempre confiada a mãos experimentadas.

Para o parto operatório vaginal, dividem as operações em 2 grupos: as que requerem relaxamento uterino, e as que dêle não necessitam.

Para o 1.º grupo, advogam o uso do éter, e no 2.º caso, admitem uma maior amplitude na escolha do anestésico, geral ou regional, costumando usar, de maneira geral, o éter em circuito aberto, reservando a raquianestesia para casos especiais.

Na operação cesariana o método comumente empregado pelos A.A. é o do ciclopropano-curare-éter, respeitando as indicações da anestesia raquiana.

Concluem que na maioria das pacientes, a melhor anestesia resulta quando se usa uma combinação de agentes e técnicas, diminuindo a dose de cada um dêles e aumentando a margem de segurança. — *C. A. Zanotta*

Biópsia com esponja, um novo método de diagnóstico do câncer *(Sponge biopsy in office practice. A new method in the diagnosis of cancer)* — GLADSTONE, S. A.—(*J. A. M. A.*, **145**:1238, Abril 1951).

O A. descreve um novo método de biópsia, que consiste em atritar contra a lesão suspeita uma esponja de gelatina ou de celu-

Ano XVI NOVEMBRO DE 1951 Vol. 32 - N.º 5

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

TRABALHOS ORIGINAIS

CLÍNICA OBSTÉTRICA E PUERICULTURA NÉO-NATAL DA FAC. DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
PROF. DR. RAUL BRIQUET

A RAQUIANESTESIA NA CLÍNICA OBSTÉTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO *

DR. B. NEME — Livre Docente
DR. J. ONOFRE ARAUJO — Livre Docente
DR. B. HORO — Assistente

Como colaboração ao tema oficial destas Quintas Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia "Anestesia Regional em Obstetrícia", resolvemos trazer os dados referentes ao emprêgo do bloqueio subaracnóide na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de São Paulo (Serviço do Prof. RAUL BRIQUET).

Apresentamos 487 observações de anestesias realizadas no Serviço preocupando-nos em apresentar os dados colhidos e criticar outros aparentemente em desacôrdo com a atual orientação do Serviço.

E' de interêsse ressaltar que estas observações representam as primeiras 487 intervenções praticadas nas novas instalações da Clínica Obstétrica no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

As anestesias foram praticadas pelo Serviço de Anestesiologia dêste Hospital e nem sempre o método anestésico de escolha coincidia com a experiência que a Cadeira de há muito vinha aconselhando nas diversas intervenções praticáveis em Clínica Obstétrica.

---

* Trabalho apresentado nas Quintas Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia. Recife, 1950.

De então para cá o Serviço de Anetesiologia e o da Clínica Obstétrica foram se ajustando de modo que salientaremos, finalmente, qual a orientação que ora vigora na escolha da anestesia nas diversas intervenções obstétricas.

O exame do quadro que se segue indica que o bloqueio subaracnóide foi o método anestésico mais empregado no Serviço, atingindo 50 % do total de anestesias praticadas. Esta tendência tem-se intensificado de modo progressivo à vista dos resultados vantajosos da Raqui em relação aos organismos materno e fetal.

QUADRO GERAL

Intervenções	*Fórceps*	*Cesária*	*P. ectópica*	*Cranioclasia*	*Rot. uterina*	*Total*
Raquianestesia.	79 - 36 %	146 - 70 %	21 - 77,8 %	1 - 7 %	—	247 - 50 %
A. inalatória .	84 - 37 %	52 - 24,2 %	4 - 14,8 %	10 - 72,0 %	11 - 100 %	161 - 33 %
A. local	54 - 24.3 %	2 - 1,7 %	2 - 7,4 %	2 - 14 %	—	58 - 12 %
A. mixta	5 - 2,7 %	8 - 3,9 %	—	1 - 7 %	—	16 - 5 %

Em relação às diversas intervenções, o quadro permite verificar que a predileção pelo bloqueio subaracnóide foi máxima na prenhez ectópica (77,8 %) seguindo-se-lhe em freqüência a operação cesária (70 %). Cumpre ressaltar, entretanto, que esta preferência vai se fazendo sentir ùltimamente também em relação à cranioclasia e, particularmente, na aplicação de fórceps, e de tal modo, que salvo contra-indicação de ordem geral, a Raquianestesia só não tem sido empregada nos casos de apresentação muito baixa.

No que toca às intervenções de urgência como nos casos de prenhez ectópica, o emprêgo da Raquianestesia vai se limitando para aqueles de gestação ectópica íntegra ou quando o estado geral não foi prejudicado pelas conseqüências da rotura do saco ovular.

Hipotensão sistólica média

Sendo a hipotensão arterial um dos efeitos mais temidos no decurso do bloqueio subaracnóide, salientamos no quadro que se segue o comportamento desta alteração circulatória em face das diversas operações realizadas, tomando como ponto de reparo comparativo os resultados obtidos durante as intervenções realizadas sob anestesia geral inalatória.

HIPOTENSÃO SISTÓLICA MÉDIA

Anestesia	*Fórceps*	*Cesária*	*Cranioclasia*	*P. ectópica*
Inalatória ...	31 mm Hg	46 mm Hg	36 mm Hg	17 mm Hg
Raqui	29 mm Hg	39 mm Hg	30 mm Hg	20 mm Hg

Como se vê, o efeito da Raquianestesia não foi, nesse particular, mais intenso que aquêle que se verificou com a anestesia geral inalatória. Além disso, no bloqueio subaracnóide a hipotensão arterial se relaciona, particularmente, a efeito anestésico indireto e é de caráter transitório, enquanto que na anestesia por inalação, via-de-regra, o fator determinante da queda tensional é a maior perda sanguínea na dequitação.

Altura da anestesia

O quadro abaixo dá idéia do limite do bloqueio subaracnóide obtido nas diversas operações estudadas.

ALTURA DA ANESTESIA

	Mínima	*Máxima*	*Média*
Fórceps	S_2	D_4	D_{12}
Cesária	D_{12}	C_4	D_6
P. ectópica	D_8	D_4	D_7
Cranioclasia	—	—	D_{10}

De modo geral as alturas médias representam realmente o limite ideal para a realização das diversas operações citadas, entretanto, devemos salientar que os limites mínimo S_2 e máximo C_4, obtidos em aplicação de fórceps e operação cesária pecam respectivamente por deficiente e excessivo, exigindo no primeiro caso anestesia complementar e no segundo terapêutica intensiva dos efeitos do bloqueio subaracnóide.

Em geral, existe relação entre a altura da anestesia e a hipotensão arterial sistólica máxima verificada. Os quadros que se seguem exemplificam esta afirmação. Na fração o nominador representa a hipotensão sistólica média em centímetros de água e o denominador a altura do bloqueio subaracnóide.

SALPINGECTOMIA

3,5	3	0	2	2	4	4	2	1
D_6	D_6	D_8	D_{10}	D_6	D_8	D_8	D_6	D_8
5	2	3	1	1	0,5	2	2,5	
D_6	D_8	D_8	D_5	D_4	D_8	D_8	D_8	

CRANIOCLASIA

$$\frac{2}{D_{10}}$$

FÓRCEPS

$\frac{0,5}{D_8}$	$\frac{7}{D_7}$	$\frac{2}{D_8}$	$\frac{3}{D_8}$	$\frac{3}{D_8}$	$\frac{4}{D_{10}}$	$\frac{5}{S_1}$	$\frac{0}{S_1}$	$\frac{0}{S_1}$
$\frac{1}{S_1}$	$\frac{11}{S_1}$	$\frac{2}{D_8}$	$\frac{2}{D_6}$	$\frac{5}{D_{10}}$	$\frac{2}{S_2}$	$\frac{0}{D_{12}}$	$\frac{2}{S_1}$	$\frac{4}{D_{10}}$
$\frac{0}{D_{12}}$	$\frac{5}{D_4}$	$\frac{2}{D_{11}}$	$\frac{0}{S_1}$	$\frac{2}{D_{12}}$	$\frac{0}{D_{10}}$	$\frac{3}{D_8}$	$\frac{0}{S_2}$	$\frac{0}{S_1}$
$\frac{1}{L_1}$	$\frac{5}{D_8}$	$\frac{1}{D_{12}}$	$\frac{1}{D_9}$	$\frac{10}{D_8}$	$\frac{0}{D_{12}}$	$\frac{3}{D_{12}}$	$\frac{8}{D_8}$	$\frac{5}{D_8}$
$\frac{3}{D_{10}}$	$\frac{0}{D_{10}}$	$\frac{4}{D_{11}}$	$\frac{1}{D_{10}}$	$\frac{0}{D_{12}}$	$\frac{3}{D_{10}}$	$\frac{1}{D_{11}}$	$\frac{0}{D_{12}}$	$\frac{0}{D_{12}}$
$\frac{2}{L_4}$	$\frac{4}{D_4}$	$\frac{1}{D_8}$	$\frac{6}{D_{10}}$	$\frac{8}{D_5}$	$\frac{2}{D_{10}}$	$\frac{1}{D_{12}}$	$\frac{5}{D_{10}}$	

CESÁRIA

$\frac{5}{D_4}$	$\frac{4}{D_7}$	$\frac{3}{D_4}$	$\frac{3}{D_8}$	$\frac{4}{D_8}$	$\frac{3}{D_4}$	$\frac{4}{D_{12}}$	$\frac{2}{D_7}$	$\frac{2}{D_6}$
$\frac{4}{D_6}$	$\frac{1}{D_4}$	$\frac{3}{D_7}$	$\frac{6}{D_8}$	$\frac{4}{D_6}$	$\frac{2}{D_6}$	$\frac{3,5}{D_8}$	$\frac{4}{D_4}$	$\frac{5}{D_2}$
$\frac{2}{D_6}$	$\frac{3}{D_8}$	$\frac{0}{D_6}$	$\frac{5}{D_4}$	$\frac{2}{D_8}$	$\frac{4}{D_6}$	$\frac{3}{D_6}$	$\frac{4}{D_2}$	$\frac{5}{D_2}$
$\frac{5}{D_4}$	$\frac{4}{D_8}$	$\frac{2}{D_8}$	$\frac{5,5}{D_7}$	$\frac{7}{D_4}$	$\frac{4,5}{D_6}$	$\frac{3}{D_{10}}$	$\frac{3}{D_4}$	$\frac{5}{D_6}$

6 / D_4	12 / D_6	0 / D_6	6 / D_8	5 / D_4	0 / D_7	4 / D_6	4 / D_{10}	3 / D_5
4 / D_2	7 / D_4	10 / D_3	4 / D_{10}	1 / D_8	7 / D_8	0 / D_6	4 / D_6	5 / D_7
2 / D_8	3 / D_8	6 / D_6	4 / D_6	5 / D_6	1 / D_8	1 / D_6	4 / D_6	0 / D_8
0 / D_8	7 / D_8	0 / D_6	5 / D_8	0 / D_6	3 / D_7	1 / D_8	1 / D_6	1 / D_3
0 / D_5	6 / D_7	8 / D_6	8 / D_4	0 / D_8	2 / D_4	1 / D_8	5 / D_3	3 / D_4
5 / D_3	5 / D_4	4 / D_{10}	2 / D_8	4 / D_3	4 / D_6	6 / D_4	1 / D_6	3 / D_2
1 / D_2	5 / D_3	1 / D_8	3 / D_4	3 / D_4	3 / D_3	2 / D_4	3 / D_6	4 / D_2
5 / D_4	0 / D_4	7 / D_{10}	3 / D_7	5 / D_3	6 / D_6	5 / D_{10}	7 / D_8	7 / D_8
4 / D_6	4 / D_8	6 / D_4	5 / D_6	4 / D_6	4 / D_6	5 / D_8	5 / D_{10}	3 / D_7
5 / D_8	2 / D_{10}	3 / D_{10}	3 / D_8	8 / D_5	1 / D_6	4 / D_5	5 / D_6	5 / D_8
7 / D_8	1 / D_6	3 / D_5						

Transfusão

Um dos maiores méritos da raquianestesia em obstetrícia decorre de ser o método anestésico que melhor se aplica à fisiologia do parto; daí ser considerada por nós aquela que mais se aproxima da anestesia obstétrica ideal. Na verdade, mantendo a contração uterina quando aplicada para a via baixa (altura máxima até D_{10})

e reforçando a retração uterina normal quando se a executa para fins de cesária (altura máxima D_8), compreende-se que a hemorragia de dequitação será sensìvelmente reduzida.

No sentido de demonstrar êste fato, atente-se para o quadro abaixo, em que se considera a necessidade de transfusão sanguínea em diversas operações e em face das duas anestesias mais empregadas. a raqui e a inalatória.

TRANSFUSÃO

Anestesia.	*Fórceps*	*Cesária*	*P. ectópica*
Inalatória	10,7 %	40,4 %	50 %
Raqui	6,3 %	10,9 %	43 %

Complicações

Neste particular consideramos os seguintes itens: anestesia insuficiente, hipotensão arterial grave, hemorragia de dequitação e infecção pós-parto.

Anestesia	*A. complementar*	*Hipotensão grave*	*Hemorragia dequitação*	*Infecção pós-parto*
Raqui	4,4 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Inalatória .	—	—	6 %	7,0 %
Local	—	—	3,9 %	5,5 %

No que diz respeito à incidência da hemorragia de dequitação notamos o efeito benéfico da raqui, que reforçando a retratibilidade uterina fisiológica, reduz a perda hemorrágica desta fase do parto.

Condição clínica e método anestésico

Pareceu-nos de interêsse relacionar a escolha do método anestésico a determinadas intercorrências clínicas. Vejamos os números encontrados no quadro abaixo:

Intercorrências clínicas	*N.º casos total*	*A. geral.*	*Raqui*	*A. local*	*A. mixta*
Placenta prévia	49	17	29	3	—
Desc. prem. placenta	7	3	3	1	—
Pré-eclampsia	35	18	12	5	—
Eclampsia	12	6	0	6	—
Infecção intraparto	21	8	9	4	—
Anemia grave	26	6	17	3	—
Cardiopatia	8	3	3	2	—
Obesidade	4	0	4	0	—
Parto moroso	183	47	108	20	8

De sua análise se infere da preferência pela Raquianestesia na vigência de parto moroso, obesidade, placenta prévia e anemia. Atualmente esta preferência é absoluta nos casos de infecção intraparto e, de certo modo, nas cardiopatias.

No que diz respeito a êste item "Condição clínica e Método anestésico", vejamos como se distribuiram as operações realizadas:

RAQUIANESTESIA

Intercorrências clínicas	*Fórceps*	*Cesária*
Parto moroso	47 %	76 %
Placenta prévia	—	64 %
Pré-eclampsia	30 %	50 %
Infecção intraparto ..	43,7 %	100 %
Anemia grave	40 %	66,6 %
Eclampsia	—	—
Cardiopatias	16,6 %	100 %
Desc. prem. placenta ..	—	50 %
Obesidade	100 %	—

Asfixia néo-natal

A incidência de asfixia néo-natal, segundo os diversos métodos anestésicos, foi a seguinte:

Raquianestesia	6,9 %
A. inalatória	11,8 %
A. local	6,9 %
A. mixta (regional - geral)	12,5 %

A distribuição da asfixia néo-natal em face dos métodos anestésicos e intervenção realizada foi a seguinte:

ASFIXIA NÉO-NATAL

Intervenção	*Raqui*	*A. inalatória*	*A. local*
Fórceps ...	18,9 %	17,8 %	7,4 %
Cesária ...	1,3 %	7,7 %	—

A incidência relativamente elevada de asfixia néo-natal nos casos de aplicação de fórceps sob R. A. se relacionou a condições clínicas associadas, tais como apresentação alta, parto moroso, obesidade, anemia e infecção intraparto. Vê-se que na operação cesária a incidência de anoxemia fetal foi muito menor para o bloqueio subaracnóide, apesar das condições clínicas associadas não serem favoráveis, como se pode ver no quadro visto atrás.

Êstes números são mais interessantes quando relacionados aos casos de partos demorados.

ASFIXIA NÉO-NATAL NO PARTO MOROSO

Intervenção	*Raqui*	*A. inalatória*	*A. local*
Fórceps ...	13,7 %	27,3 %	15 %
Cesária ...	1,8 %	21,4 %	—

Anestesia complementar

Foi necessária em 4,4 % das intervenções realizadas sob Raquianestesia e se a empregou em aplicações de fórceps, nas quais, a altura anestésica se limitou ao segmento sacro. Os casos ocorreram nos primeiros ensaios de "Saddle block" tendo-se corrigido posteriormente a altura anestésica necessária para a realização desta intervenção cujo limite mínimo deve atingir D_{12}.

Fórceps e raquianestesia

Considerando a altura de aplicação de fórceps, vejamos quais as anestesias empregadas:

ALTURA DE FÓRCEPS E ANESTESIA (N.º de casos)

Altura	*Raqui*	*A. inalatória*	*A. local*
Alto	23	22	1
Médio	24	15	5
Baixo	30	37	44

Promovendo relaxamento do segmento inferior e das fibras esfinctéricas do colo e do assoalho perineal além de manter pràticamente intacta a contração uterina, o bloqueio subaraenóide constitui o método anestésico ideal para a aplicação do fórceps. Nos casos de apresentação baixa pode-se substituí-lo pela infiltração anestésica local cuja ação embora se restringindo à parede póstero-lateral da vagina, permite de modo satisfatório a locação das colheres em pega direta, a realização da episiotomia e seu reparo cirúrgico.

La raquianesthésie à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Medicine de l'Université de S. Paulo (Brésil)

Résumé

Les A.A. ont fait une révision de 487 anesthésies réalisées à la Clinique Obstétricale de l'Université de São Paulo.

La moitié de ces anesthésies furent rachidiennes et leurs usage pour les opérations ont été: 36 % pour le forceps; 70 % pour la césarienne; 77,8 % pour la gestation extrautérine et 7 % pour la cranioclasie.

Ils ont fait un étude comparatif entre l'anesthésie rachidienne, l'anesthésie générale par inhalation et l'anesthésie locale par infiltration du périné et ils ont observé les relations de ces variables types d'anesthésie avec la préssion artérielle, la necessité de transfusion de sang et l'asphyxie néo-natale.

Dans cette série ils n'ont pas eu un seul cas de mort due à l'anesthésie.

Ils ont conclu par les advantages de l'anesthésie rachidienne, spécialement le "saddle block" pour les accouchements vaginaux, remarquant que le niveau idéal de l'anesthésie obstétricale est de D_{11}-D_{12} pour la voie vaginale et de D_8-D_6 pour la chirurgie abdominale. Ils soulignent encore qu'il existe un parallélisme entre l'hauteur de l'anesthésie obtenue et le degré de l'hipotension artérielle.

C'est très important dans l'anesthésie rachidienne en obstétrique choisir une juste dosage des drogues, de façon à obtenir les meilleurs résultats avec les moindres perturbations de la préssion artérielle.

Spinal Anesthesia at the Obstetrical Clinic of the Medical School of the University of São Paulo (Brazil)

Summary

The A.A. surveyed 487 obstetric anesthesias performed at the Obstetrical Clinic of the São Paulo University and found that 50 % of them were spinal anesthesia. The use of this anesthesia for various operations was as follow: 36 % for forceps, 70 % for cesarian section, 77,8 % for ectopic pregnancy and 7 % for cranioclasia.

They made a comparative study of the spinal anesthesia, inhalation anesthesia and local infiltration of the perineum and observed the relationship of the various types of anesthesia to the blood pressure, to the necessity of blood transfusion, and to neonatal asphyxia.

In this series there was no death related to anesthesia. They conclude by the advantages of the spinal anesthesia, specially the saddle block for vaginal deliveries, and emphazise that the ideal level of anesthesia for obstetric purposes, is D_{11}-D_{12} for vaginal routes, and D_8-D_6 for abdominal obstetric

surgery, claiming that a parallelism exists between the height of the anesthesia obtained and the grade of blood hypotension.

It is important in obstetric spinal anesthesia to select adequate dosage of the drugs in order to obtain the best results with minor disturbances of the blood pressure.

Lumbalanaesthesie in der Geburtshilflichen Klinik der Mediziner Fakultät der Universität São Paulo (Brasilien)

Zusammenfassung

Die A.A. zitieren 487 Operationen die in der Geburtshilflichen Klinik der Universität São Paulo — Abteilung Prof. Raul Briquet — ausgeführt wurden. Sie stellten fest, dass in 50 % der Fälle die Lumbalanaesthesie angewandt wurde und in folgender Weise sich verteilte: 36 % Zangengeburt; 70 % Kaiserschnitt; 77,8 % Ectopische Schwangerschaft und 7 % "Kranioclasie".

Sie heben hervor, dass heutzutage sie die meist angewandte Anaesthesie für Zangengeburt ist.

Die A.A. analisieren vergleichend die Lumbal, Einatmungs und Lokalanaesthesie in Bezug auf die verschiedenen Operationen und auf die Faktoren "Hipotênsio sistódica média", Notwendigkeit einer Blutûbertragung, Komplicationen, klinische Bedingungen, néonatale Asphyxie und komplementäre Anaesthesie.

Die erhaltenen Ziffern veranschaulichen die Vorzûge der subarachnoiden Sperre wegen der minderen "Hipotênsio sistólica média", nicht so häufige Blutübertragung, kleinere Incidenz, der Komplicationen, wegen Ihrer ausgezeichneten Indikation in Fällen von verzogerter Geburt, Placenta praevia, Infection intra partu, Anaemie, Herzleiden, Fettleitigkeit und kleinere Inzidenz der neonatalen Asphyxie.

Endlich erwähnen sie, dass das ideale Anaesthesie-Niveau in obstetrischer Chirurgie D_{11}-D_{12} und D_8-D_6 beziehungsweise für das vaginale und abdominale Eingreiffen ist, und legen klar, dass ein absoluter Parallelismus swischen der Höhe der subarachnoiden Sperre und der festgestellten arteriellen Hypotension vorliegt.

RESUMOS

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

MAIO DE 1951

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Histerectomia supra-cervical e carcinoma do colo *(Supracervical hysterectomy and carcinoma of the cervix)* — HENDRICKS, C. N. — (*J. A. M. A.*, **146**:100, Maio 1951).

O câncer do côto cervical é semelhante em sintomatologia, diagnóstico histológico e comportamento clínico ao câncer do colo com presença do fundo do útero.

Milhares de casos já foram relatados, sendo a incidência nas estatísticas, de 0,1 a 6 % das histerectomias subtotais.

O A. comenta 28 casos vistos no Ohio State University Hospital num período de 10 anos, nenhum dos quais inicialmente visto ou tratado aí.

Dêstes, 22 tiveram início da sintomatologia mais de 5 anos depois da operação, apresentando o A. os 6 restantes, nos quais o carcinoma já estava presente por ocasião da histerectomia subtotal.

Em sòmente 1 paciente foi feita biópsia pré-operatória, tendo sido operada, no entanto, antes da resposta do patologista. Em 3 casos, não se fêz biópsia apesar da hemorragia persistir no pós-operatório por vários meses.

Em pelo menos 2 casos, o diagnóstico foi feito pelo exame anátomo-patológico da peça operatória, tendo o carcinoma sido seccionado no curso da intervenção.

A indicação para a operação foi, ou hemorragia uterina, ou mioma, tendo êste figurado em 5 dos 6 casos.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Carcinosarcoma uterino *(Carcinosarcoma uterino)* — AHUMADA, J. C.; SAMMARTINO, R. e ARRIGHI, L. A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:131, Maio 1951).

Os A.A. recordam os tumores hétero-morfogenéticos: quando por localização fortuita um sarcoma e um carcinoma crescem no mesmo órgão sem perder sua individualidade biológica; o têrmo carcinosarcoma aqui está fora de lugar.

Os verdadeiros carcinosarcomas formam um simples nódulo, parte epitelial e parte conjuntivo. São reconhecidos 2 tipos nesse grupo: 1) Carcinosarcoma por colisão: predominam elementos epiteliais numa zona e conjuntivos noutra com invasão mútua nos pontos de contacto, como se originados de núcleos isolados. 2) Carcinosarcomas por composição: ambos os tecidos tumorais se misturam de modo a parecer provindos de um só núcleo complexo.

No 1.º tipo cada tumor pode ter características próprias; os mais comuns são o carcinoma difuso e o sarcoma polipóide. Microscòpicamente predominam, no colo: o carcinoma pavimentoso e o sarcoma poliposo ou nodular fibroblastro; no corpo: o carcinoma cilíndrico e indiferenciado.

Nos carcinosarcomas por composição faltam caracteres macroscópicos nítidos: polipóide, nodular, endofítico, etc. e qualquer um pode predominar histològicamente.

O material da curetagem biópsica deve receber cuidado especial no estudo histológico. Os sintomas são os de qualquer tumor no mesmo local.

O diagnóstico é geralmente histológico e o mais das vêzes pós-operatório. Dão origem a metástases que podem ser sarcomas, carcinomas ou carcinosarcomas.

O tratamento é cirúrgico; os A.A. aconselham para as localizações corporais o mesmo tratamento que para o câncer do endométrio e para os cervicais a operação de WERTHEIM com roentgenterapia pós-operatória em todos os casos. — *Clarice do Amaral Ferreira*

O futuro obstétrico das operadas de cesária *(El futuro obstétrico de las operadas de cesárea)* — AVILÉS B., U. M. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:148, Maio 1951).

O A. analisa o material clínico de sua Maternidade no Salvador (Chile) durante 10 anos, com 42.214 partos, sendo 1.016

operações cesarianas, das quais 450 iterativas. E' favorável à cesária segmentar, eliminando artifícios de técnica e drenagem abdominal. Suprimiu o uso local de sulfa desde 1947, considerando que os novos antibióticos parenterais salvaguardam o peritônio. Em geral o A. encontrou, repetindo as operações, que as cicatrizes estavam perfeitas com algumas aderências frouxas apenas; mas em alguns casos (incisão corporal ou extra-peritoneal, má técnica) as aderências eram densas e fibrosas, provocando complicações obstétricas tais como abôrto, parto prematuro, apresentações anômalas, facilitando rotura na cicatriz.

O A. apresenta a experiência de 546 partos pós-cesária, a maioria dos quais foi espontânea (306), 99 operações cesárias baixas e 141 iterativas.

O A. mantém a opinião de que uma pelve ampla e dinâmica normal, a prova de trabalho normal é indicada e na maioria é a solução, com cuidados especiais a fim de evitar a rotura (apresentada em 4,65 %).

Publica também 39 casos de retenção da placenta devida a adesão à cicatriz.

De 315 doentes, 74,17 % tiveram partos vaginais; o que prova não ser necessário abandonar a via baixa simplesmente porque uma paciente sofreu cesariana, se bem que por vêzes uma má cicatrização uterina pode ocasionar apresentações viciosas, rotura e aderências anormais da placenta. — *Clarice do Amaral Ferreira*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Gravidez abdominal a termo *(Embarazo abdominal de término)* — YURAC, Marinov Pedro — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, **16**:43, Maio 1951).

O A. relata em seu trabalho a história clínica de uma gravidez abdominal a termo que se desenvolveu com sintomas dolorosos abdominais que se apresentam com freqüência nessas gestações ectópicas devido às aderência com os órgãos vizinhos. Êsses sinais foram tão acentuados que a paciente várias vêzes foi hospitalizada com diagnóstico de cólica hepática e de oclusão intestinal. Em sua última crise dolorosa localizada no hipocôndrio direito foi praticada a intervenção abdominal como solução obstétrica. Os sintomas dolorosos repetidos associados à palpação de partes fetais superficiais podem induzir a pensar em uma provável gravidez abdominal de diagnóstico clínico sempre difícil. O A. acrescenta em seu tra-

balho o diagnóstico histopatológico da zona de implantação da placenta bem como da criança, que faleceu 20 minutos após o ato operatório. — *Aurélio Ribeiro Dias*

REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Quisto gigante do ovário esquerdo complicando uma gestação a termo *(Quiste gigante del ovario izquierdo complicando una gestación a término)* — VARONA, R. Justo — (*Rev. Cubana de Obst. y Ginec.*, **13**:127, Maio-Junho 1951).

O A., em seu trabalho, chegou às seguintes conclusões: E' evidente a influência que certos tumores podem exercer na determinação de uma esterilidade ou interromper uma gravidez devido à sua localização. A evolução do tumor e a lentidão com que êste se desenvolve permite uma adaptação com o útero e o feto, podendo chegar à gestação a termo. A conduta terapêutica a seguir, cirúrgica ou não, dependerá dos dados obtidos do exame atencioso de cada paciente. O exame anátomo-patológico dêstes tumores sobretudo naqueles de rápido desensolvimento, é muito importante, a fim de excluir um processo maligno. As pacientes necessitam de permanecer sob vigilância durante vários anos mesmo que o exame anátomo-patológico forneça um resultado negativo, quanto à malignidade. — *Aurélio Ribeiro Dias*

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Parto sem dor *(Zur Schmerzbekaempfung unter der Geburt)* — FOELLMER, W. — (*Dtsch. med. Wschr.*, **76**:611, Maio 1951).

Após estudos históricos e de anatomia comparada, o A. analisa as dôres do parto, distinguindo 4 tipos: 1) a dor pròpriamente dita, proveniente da contração do miométrio e da dilatação do colo do útero; 2) a dor da dilatação, que resulta da distensão e dilatação do do colo do útero; 3) a dor das partes moles, provocada pela compressão da musculatura e pela distensão de musculatura e nervos exercida pelo feto; 4) a dor do soalho pélvico, devido à trasformação dêste em canal do parto que permite a penetração da cabeça.

O A. pensa que exista uma correlação entre a dor de contração e a dor da dilatação, sendo a dor mais intensa no caso de dilatação

difícil, tornando-se também a contração mais intensa e dolorosa para vencer o obstáculo do colo. Chama atenção para o estado funcional do colo que influe na origem da dor. Pensa também que a sensibilidade maior das mulheres de hoje às dôres do parto deve ser atribuída à crescente tensão do sistema neuro-vegetativo no ambiente de adiantada civilização, e que o desejo para ter alívio no sofrimento do parto é justificado. Menciona os seguintes métodos de anestesia do parto: 1) Anestesia regional (anestesia local completa); 2a) O sono crepuscular, obtido pelos anestésicos de base (amnésia completa retrógrada para dor); 2b) Indução e manutenção do estado de analgesia por anestésico de inalação (alívio geral); 3) Emprêgo de espasmolíticos (alívio pela maior facilidade de dilatação); 4) Hipnose (exclusão da noção da dor).

Analisa em seguida detalhadamente o valor dos vários métodos, concluindo que o desejável é de facilitar o parto podendo se conseguir isto sem dano para mãe ou feto. Considera como o espasmolítico recomendável o Dolantin e a analgesia por inalação do Trichloran, sendo indispensável a vigilância médica no parto se os dois métodos são empregados simultâneamente, porém também o emprêgo de apenas um dêstes recursos pode garantir um parto msis fácil. — *H. Stoltz*

MINERVA GINECOLOGICA (Itália)

Contribuição ao estudo da situação hormonal sexual nas pacientes portadoras de câncer do útero *(Contributo allo studio della situazione ormonale sesuale delle portatrici di carcinoma dell'utero)* — BALASSI, Gian Piero e RICCA, Clodoveo — (*Minerva Ginecologica,* **6**:269, Maio 1951).

Depois de ter exposto uma síntese das posições doutrinais sôbre a interferência dos hormônios sexuais na gênese, na evolução e na terapêutica das formas neoplásicas malignas do aparelho genital feminino, os A.A. comunicam suas pesquisas feitas por via urinária pelo método bioquímico, sôbre 22 pacientes portadoras de câncer do corpo uterino, do colo uterino e, em um caso, da vagina. Resulta dessas pesquisas: uma hiperestrogenúria senão constante, pelo menos variável quantitativamente; um estado de disfunção metabólica freqüente, manifestando-se por uma hiperestrogenúria qualitativa; uma insuficiente situação progestacional; enfim uma hipoandrogenúria. — *M. Péano*

Ano XVI DEZEMBRO DE 1951 Vol. 32 - N.º 6

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $8,00)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

RESUMOS

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

JUNHO DE 1951

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Ovulação após ooforectomia unilateral, determinada por biópsia do endométrio e temperatura basal. *(Ovulation after unilateral oophorectomy, as determined by endometrial biopsy and basal body temperature)* — WHITELAW, M. JAMES — (*Surg., Gyn. and Obst.*, **92**:747, Junho 1951).

Foram feitas 168 biópsias, no primeiro dia da menstruação, em 41 pacientes que sofreram ooforectomia unilateral. Essas biópsias foram feitas em 4 ciclos consecutivos e 164 revelaram endométrio do tipo mixto e 1 com fase proliferativa.

Numa paciente unilateralmente ooforectomizada verificou-se que um ovário de aparência normal pode ser fisiològicamente insuficiente para manter o equilíbrio cíclico hormonal.

Em 182 biópsias do endométrio procedidas na mesma época do ciclo, num grupo testemunha de 42 mulheres que menstruavam normalmente, 172 revelaram endométrio em fase secretora avançada, 8 de tipo mixto e 2 de tipo anovulatório.

A temperatura basal concordou bem com o aspecto endometrial.

E' possível verificar uma curva monofásica com endométrio secretor, assim como com endométrio mixto.

Podem observar-se também gráficos de temperatura basal incomuns, quando o aspecto endometrial nada revela de anormal. — *A. Vespasiano Ramos*

existe uma corrente que favorece a conduta chamada conservadora, como se pode ver pela literatura mundial. A conduta conservadora abrange os seguintes pontos: 1) A observação periódica duas vêzes por ano, das portadoras de mioma uterino. 2) O emprêgo de um tratamento médico paliativo (testosterona na maioria). 3) As indicações do tratamento cirúrgico que será: a) ultra-conservador ou ideal (miomectomia); b) conservador (histerectomia parcial que pode respeitar a menstruação); c) mutilador ou indesejável (histerectomia total); d) inaceitável (histerectomia subtotal), porque deixa o colo uterino. 4) Roentgen e/ou radiumterapia, por aplicar sòmente aos casos inoperáveis. Cada grupo tem suas indicações, de acôrdo com o aspecto clínico do caso.

Êsses pontos de vista orientaram sempre o trabalho do A., tanto em sua clínica particular como no Hospital Espanhol do México. De 1944 a 1948 observou 640 casos de mioma, dos quais 293 (45,7 %) foram operados com miomectomia em 233 (79 %); uma só morte devida a embolia pulmonar.

O A. apresenta alguns aspectos da técnica que usa. Estuda as estatísticas não conservadoras nos grupos tratados por outros cirurgiões, demonstrando a diferença em resultados favoráveis quanto ao "restitutio ad integrum". — *Clarice do Amaral Ferreira*

O uso do curare nas anestesias da cirurgia ginecológica e obstétrica *(El uso del curare en las anestesias de la cirugía ginecológica y obstétrica)* — BARZADÓN, J. e STILMANN, A. — (*Obst. y Ginec. Latino-Americanas*, **9**:226, Junho 1951).

Os A.A., após terem usado o curare combinado com diversos anestésicos em 340 casos, dos quais 80 ginecológicos ou obstétricos, chegam às seguintes conclusões: a) Seu emprêgo em cirurgia ginecológica e obstétrica é benfazeja porque produz um relaxamento muscular intenso com silêncio abdominal tanto ou mais marcado que a raquidiana, sem suas complicações; b) Relaxando os músculos do períneo, permite exteriorização mais fácil das vísceras, tanto por via abdominal como pela vaginal; c) Elimina os reflexos de contratura muscular que se desencadeiam desde o campo operatório; d) Facilita a intubação traqueal; e) Permite diminuir as doses de anestésico necessárias para o mantenimento; f) Empregado sábia e corretamente, não significa aumento algum do risco nem do choque operatório; 8) Essa droga deve ser manipulada pelos anestesistas que conhecem os recursos para debelar as complicações comuns que possam aparecer. — *Clarice do Amaral Ferreira*

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVI | Janeiro de 1951 | Vol. 31 - N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Anestesia loco-regional em Obstetricia — Doc. DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA 1

Traqueloplastia de Sturmdorf — DR. ERICSSON S. LINHARES 15

EDITORIAL

Colpomicroscopia 31

NOTAS E COMENTÁRIOS

"V Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia" 34

"Sociedade Brasileira de Ginecologia" 37

LIVROS E PUBLICAÇÕES

The 1950 Year Book of Obstetrics and Ginecology — J. P. GREENHILL 38

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da 113.ª sessão ordinária 40

Ata da 114.ª sessão ordinária 41

Ata da 115.ª sessão ordinária 42

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

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

Ano XVI JANEIRO DE 1951 Vol. 31 - N.º 1

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

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

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — Jcão Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Prof. Monteiro de Moraes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação, Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

SAME

TRABALHOS ORIGINAIS

ANESTESIA LOCO-REGIONAL EM OBSTETRÍCIA (*)

DOC. DR. LUIZ ALFREDO CORRÊA DA COSTA

Introdução

Comemorou-se, em 1947, o centenário da anestesia obstétrica, feito atribuido a Sir James Young Simpson.

Êste, ao mitigar, pela primeira vez, a dôr do parto, com clorofórmio, derrogou, a maldição bíblica: *paries in dolores*.

Foi um século de luta, ainda não encerrada, contra dogmas, preconceitos, dificuldades técnicas e comodismo. Desmoralizaram-se aqueles que pretenderam erigir a dôr do parto em necessidade de trascendência fisiológica, educativa ou psicológica. Não mais se acredita que a parturição deva ser obrigatòriamente acompanhada de "suores, lágrimas e sangue". Ao contrário, colima-se o ideal do "parto leve", expressão de Beruti, para designar a função, com o mínimo de traumatismo, dôres e prejuízo.

Forçoso, entretanto, confessar: ainda não foi descoberto o processo ideal de anestesia obstétrica.

A dificuldade reside na consecução de método capaz de suprimir as dôres do parto, sem aduzir-lhe perigos maternos e fetais, maiores dos que lhe são próprios.

Os perigos maternos tornaram-se pequena monta, graças ao progresso da técnica; o mesmo não ocorreu, entretanto, em igual escala, relativamente ao féto.

A maior vulnerabilidade fetal aos diversos métodos anestésicos explica-se pela especial sensibilidade de seus neurônios centrais à anoxia. Esta ocorre, frequentemente com os anestésicos de ação central, mas não constitue seu apanágio, pois observa-se, também, em certos tipos de anestesia periférica,

(*) Relatório ao tema oficial das V Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia, reunidas em Recife (Dezembro de 1950).

quando há hipotensão acentuada. Aqui a anoxia é do tipo estagnante.

Os malefícios da anoxia podem passar despercebidos, na ocasião do parto; o féto nasce em condições razoáveis de vitalidade, mas com o mecanismo de relojaria cerebral "desarranjado". Sòmente mais tarde, na ocasião do desabrochar das funções intelectuais, será reconhecido que os neurônios centrais foram afetados. O problema vai-se, pois, complicando e enraizando-se em outras disciplinas, como a pediatría e neuro-psiquiatría.

Nessas condições, de nada vale o alívio momentâneo da dôr física, no parto, se, a custa de anos e anos de sofrimento, com filho estropiado ou neuropata.

Eis, sem dúvida, o principal motivo por que desconceituam-se, cada vez mais, em obstetrícia, os agentes anestésicos de ação central, e renomeiam-se os de ação periférica.

Só êstes interrompem o arco reflexo da dôr, sem que altas concentrações anestésicas atinjam o sangue fetal.

As anoxias estagnantes observadas em algumas anestesias periféricas são de fácil prevenção e terapêutica.

A anestesia periférica, ou de condução, teve início na infiltração local, progrediu no sentido centrípeto, passando pela troncular, pré-sacra, epidural sacra, epidural alta ou segmentar e, finalmente, sub-aracnoidiana.

Cada passo na direção central marcou aumento de eficiência e estensão da anestesia, significou, porém, diminuição progressiva da segurança e aumento de complicações, no parto. O equilíbrio entre extensão anestésica e segurança para mãe e filho, ainda não foi encontrado; oscila ao sabor de cada aperfeiçoamento técnico ou de cada nova descoberta química.

Paralelo ao bloqueio das vias sensitivas do útero e períneo, cêdo observaram-se importantes alterações motoras, capazes de influenciar grandemente a dinâmica do parto, aqui como ali, afirmando-se com mais intensidade, a medida que se caminha na direção central.

Referimo-nos ao relaxamento do assoalho pélvico, paralisía da cérvix, embotamento ou abolição do reflexo da prensa abdominal e irritabilidade corporal acrescida.

Acontecimentos, de modo geral, propícios, atuam como faca de dois gumes.

A flacidez do assoalho pélvico afrouxa-lhe a resistência e, de certo modo resguarda-lhe a integridade, assim como a do crânio fetal; mas favorece as posições posteriores, sempre menos eutócicas.

A ausência do reflexo pressor abdominal é benéfica à fragilidade craniana do prematuro, como demonstrou Masters, mas aumenta, consideràvelmente, as intervenções extrativas.

A irritabilidade ou hipertonia corporal garante bôa hemostasia mas embaraça as manobras intra-uterinas, e talvez não seja extranha à formação de anéis de constrição.

Só o relaxamento do cólo é benefício incondicional.

Finalmente, o bloqueio anestésico das fibras organo-vegetativas, diretamente, ou em seu percurso nos nervos raquianos, permite atuar sôbre a inervação do útero, rins, supra-renais e todo leito vascular dos membros inferiores, o que trouxe valioso contingente à terapêutica dos vômitos graves da gestação, da eclâmpsia, pré-eclâmpsia e flebo-tromboses puerperais.

Anestesia loco-regional

Parece ter sido Wernitz, de Odessa, quem, em 1909, praticou, pela primeira vez, a infiltração local do períneo, com cocaína a 1 e 2%, para eliminar as dôres do desprendimento.

Êsse autor chamou logo a atenção para o grande relaxamento e fácil distensão perineal, assim como menor incidência de roturas, que observou.

No ano seguinte, Illmer estabeleceu a técnica da anestesia regional, do períneo, pelo bloqueio do nervo pudendo, ao nível da pequena chanfradura ciática.

No mesmo ano, Sellheim fazia a primeira anestesía loco-regional, no parto, bloqueando o nervo pudendo em plena fossa isquio-retal, assim como em seu ponto de sub-divisão, para dentro do isquio.

Sellheim louvou o bom êxito que alcançou, com êsse tipo de anestesia, em partos espontâneos, episiorrafias e aplicações de fórceps, mesmo em primíparas.

Em 1912, Thaler, da Clínica de Shauta, passou a empregar a novocaína. Com êste novo agente anestésico, em menor concentração e maior volume, até então usados, retomou as anestesías prametriais, iniciadas por Wernitz, e poude realizar curetagens e diversas cesarianas vaginais.

As primeiras séries substanciais de anestesia loco-regional, no período expulsivo do parto, com o caráter de analgesia, devem-se a Bollag e a Benzel, os quais, em 1915 e 1916, coligiram, respectivamente, 225 e 70 casos.

A série de Benzel compreendia sòmente primíparas; mesmo assim, êle conduziu, sem dôr, o período expulsivo e poude fazer várias aplicações de fórceps na vulva.

A anestesia local, no parto, vulgarizou-se, ràpidamente, nos Estados Unidos, graças, em parte, aos esforços continuados de dois entusiastas: Gelhorn e Greenhill, o primeiro, desde 1914.

Polgar, Walter Schmidt e Sheldon procuraram aperfeiçoar a técnica da anestesia perineal, interceptando, isoladamente o nervo pequeno ciático.

Contribuição interessante foi a de Pribram, da Clínica de von Jascke, de se fazer a infiltração do plexo coccigeano, sôbre a face anterior do coccix, única maneira de se evitar dôres agudas nas partes moles retro-anais, no momento do desprendimento.

Temos notado que a anestesia do plexo coccigeano contribue, apreciàvelmente, no relaxamento do músculo elevador do ânus.

A mais notável contribuição, entretanto, à técnica do bloqueio anestésico do períneo, depois de Illmer, e, inexplicàvelmente esquecida, mesmo nos Estados Unidos, foi a de King, em 1916.

Êste autor, considera de grande importância a anestesia da aponevrose superficial do períneo, ou faixa de Colles, tida como continuação do tecido conjuntivo do himen, extremamente sensível e que sofre distensões e dilacerações, sobretudo, em primíparas.

Esta aponevrose forma, salvo em suas porções anteriores, onde se continúa com a faixa de Scarpa, do abdome, compartimento estanque, fundindo-se, posteriormente, com a base dos folhetos do diafrágma uro-genital e, lateralmente, com os ramos isquio-pubianos.

A faixa de Colles forma, pois, o assoalho do espaço denominado loja superficial do períneo, a qual tem o privilégio de ser atravessada por todos os nervos do períneo, salvo os do plexo coccigeano.

A inundação anestésica da loja superficial constitue o ponto I da técnica de King; dispensaria outras picadas, em primíparas, porque estas têm a faixa de Colles íntegra.

Quando a apresentação distende o períneo, o anestésico se espalha e é forçado para cima, até alcançar os nervos abdomino-genital e genito-crural, nas porções mais altas da loja (decúbito dorsal).

O ponto II, da técnica de King, é um refôrço, ao nível da emergência do pudendo, do canal de Alcock, e na região de sua sub-divisão, para dentro do isquio.

Walker empregou a técnica de King, com sucesso, em 27 fórceps baixos, 2 fórceps médios, 5 rotações manuais, 2 Scanzoni e uma extração pélvica.

Tucker e Benaron, do Chicago Medical Center, fazem anestesia do pudendo, na borda posterior da espinha ciática, completam-na, em seu ponto de sub-divisão e acrescentam o ponto I, de KinKg, como refôrço. A experiência dos autores acima deve ultrapassar, de muito, 2.323 partos, em domicílio, incluindo muitos fórceps baixos.

Tucker e Benaron preferem, para as posições posteriores, a anestesia para-sacra, a qual proporciona notável relaxamen-

to do assoalho perineal e do cólo, mas é de execução difícil e trabalhosa, o que não tem ajudado sua maior divulgação.

Teria sido Bar o precursor da anestesia local, na operação cesareana, como processo de exceção, quando a narcose parecesse demasiado perigosa.

Traugott, em 1914, publicou a primeira série de 14 casos, com infiltração plano por plano, para cesareana segmentar.

Em 1925, De Lee apresentou 330 casos, como anestesia de escolha.

Em 1928, Frey, de Zurich, apresentou 280 casos, colecionados desde 1920, ou seja 91% das cesareanas da Clínica de Walthard, fazendo ressaltar as grandes vantagens do método, para o féto.

Daels, em 1929, e Feldweg, em 1936, apresentam séries numerosas e recomendam infiltração generosa da baínha dos músculos rétos, com solução diluída. Daels recomenda a infiltração, com agulha longa, das inserções dos músculos rétos, na reborda costal, alcançando, eventualmente uma parte do diafrágma, para conseguir-se silêncio satisfatório.

Feldweg acnselha infiltrar o periósteo do pube, para maior facilidade de colocar-se a valva supra-pubiana.

Greenhill, Marshall, Daily e outros apresentaram grande número de observações e mostraram-se entusiastas do método.

Em 1942, Beck descreveu técnica bem regrada, a qual tem dado os melhores resultados.

Entre nós, a primeira cesareana sob anestesia local parece ter sido executada por Maurity Santos, em 1930.

Bloqueios simpáticos

O bloqueio de nervos cérebro-espinhais, dada sua íntima relação com os correspondentes da vida vegetativa, não evita certo gráu de anestesia simpática.

É por êste motivo que Bunim obteve bons resultados com infiltração dos pudendos, ao nível da espinha ciática, em casos de espasmos cervicais, ocorridos, tardiamente, no período de dilatação.

O próprio relaxamento do músculo elevador do ânus talvez seja fenômeno vegetativo, dadas as formações ganglionares simpáticas nêle descritas por Jayle, embora, segundo Gabrielle, não receba aquele músculo filetes dissecáveis, do flexo pelviperineal sotopôsto.

A idéia, entretanto, de bloquear as vias simpáticas condutoras da sensibilidade dolorosa do útero é quasi tão antiga, quanto a própria anestesia local.

Segundo Pribram, teriam sido Kelly, Polak, Auvard, Doléris e von Winckel, os primeiros a injetar soluções anestésicas no cólo e "paredes vaginais", com o fim de diminuir as dôres do parto.

Gellert, em 1925, despertou grande entusiasmo com seu "parto sem dôr com hiperpressão" (Die Schmerzlose Geburt mit Überdruck), fazendo anestesia parametrial, no período de dilatação e dos pudendos, no período expulsivo.

Para contrabalançar a fugacidade do efeito anestésico e a inércia uterina temporária, que observa, o autor fazia uso de doses avantajadas de ocitócicos.

O trabalho de Gellert foi rudemente condenado, na Alemanha, por Schrnid, Hoeland e Baum, como pouco eficiente e perigoso; encontrou, entretanto, seguidores, na Itália, em Dellepiano e Badino (1927) e nos Estados Unidos, com Rosenfeld (1945).

Em 1938, Henriet imaginou nova técnica de anestesia dos plexos pelvi-perineais, a para-vaginal, visando menos a dôr no parto do que o relaxamento do períneo, preservação de sua musculatura, rapidez do trânsito perineal, menor incidência de roturas e abolição de espasmos do cólo.

Cleland, em 1933, deu um grande passo, no estudo da inervação uterina.

Verificou êsse autor, por meio de observações clínicas e experimentais, em animais, que as fibras simpáticas sensitivas uterinas abandonam a cadeia ganglionar e ganham a medula, na altura dos metameros D11 e D12.

Trabalhos posteriores vieram demonstrar que as fibras motoras abandonam a medula e ganham a coluna ganglionar, na altura D5.

Isto serviu de base às infiltrações da cadeia simpática ganglionar, visando eliminar a dôr do período de dilatação, empreendidas por Schumacker, Mahan e Hellman, em 1943, e Jarvis, em 1944.

Os autores citados empregaram a técnica de Labat, entre D11 e L3, com diferentes anestésicos, conseguindo abolir as dôres durante quatro horas, embora com injeções repetidas.

Ainda no terreno dos bloqueios simpáticos, o autor dêsse relatório creou, em 1948, novo método de tratamento dos vômitos graves da gestação, baseado na infiltração anestésica dos plexos pelvi-perineais.

A interrupção do arco reflexo útero-gástrico veio pôr em relevo fator emético, até então, pouco valorizado.

O efeito duradouro, como acontece nas infiltrações de Leriche, permite alimentação oral imediata, o que constitue apreciável contribuição ao problema em questão.

Anestesia extra-dural

O ano de 1909 marca importante etapa da analgotocia, época em que Stoeckel utilizou, pela primeira vez, em obstetrícia, a anestesia epidural sacra, instituida, desde 1901, por Sicard e Cathelin.

Anestesia ideal para a região do períneo, porque com uma só picada, no hiato sacro, determina anestesia de todos os nervos do plexo homônimo.

Os nervos sacros apresentam, dentro do espaço epidural, percurso longo, distal ao gânglio da raiz dorsal, justamente o segmento nervoso em que o anestésico atúa, sabido que não atravessa as meninges, nem seus prolongamentos peri-neurais.

A medida que caminhamos, da região sacra para a dorsal, os gânglios radiculares vão-se aproximando dos buracos de conjugação, até permanecerem dentro dêles.

Mesmo assim, consegue-se anestesiar os nervos dorsais altos, a partir do espaço peri-dural sacro, porque a solução anestésica ascende pelo espaço peri-dural até aquela região, extravasa-se pelos respectivos buracos de conjugação e alcança, finalmente, o nervo em seu segmento post-ganglionar.

A ascenção do anestésico é função de três fatores: volume injetado, rapidez da injeção e ação da gravidade.

O limite teórico, de ascenção, é o contorno do buraco occipital, porque ali a dura-mater adere à reborda óssea — não há espaço peri-dural.

Entre os adeptos da anestesia epidural sacra, em obstetrícia, de 1910 até pelo menos 1942, citam-se Schlimpert, Laewen, von Gaza, Zweifel, na Alemanha; Meeker e Bonnar, Oldham, Lundy, Henry e Paul, Rucker, Campbell, Johnson, Baptisti e Lehmann e Mietus, na América.

A anestesia epidural segmentar ou alta, de Pagés (1921) e Dogliotti, não teve grande sucesso na especialidade embora, por vezes, a ela recorram para operações, obstetras de formação cirúrgica.

Recentemente, Hingson conduziu diversas parturientes tuberculosas graves, sob anestesia peri-dural segmentar contínua, em catéter e agulha de Tuoby, técnica empregada, pela primeira vez em cirurgía, por Curbello, de Havana, em 1947.

Quantidade mínima de anestésico (5 cc. de meticaína e 1,5%, de hora em hora) é suficiente para manter faixa abdominal de anestesia, por todo o período de dilatação, sem afetar os membros inferiores.

Robert Hingson, já familiarizadocom a anestesia requiana contínua, de Lemmon e Paschal, passou a fazer a anestesia epidural ou caudal contínua, primeiro em cirurgía, em 1941, depois em obstetrícia com Edwards, em janeiro de 1942.

A faculdade de poder manter-se, por longo tempo, anestesia ao nivel de D10 e D11, sem alcançar níveis mais altos, como D5, significava, de acôrdo com Cleland e os trabalhos de Hingson, a possibilidade de se abolir a dôr das contrações uterinas, sem, contudo, diminuir-lhes a eficiência; isto ao lado de anestesia perineal e relaxamento cervical perfeitos.

A excelência do método de Hingson e Edwards, teve infelizmente, repercussão prematura e exagerada, na imprensa leiga, embora, contra a vontade dos autores.

O considerável número de pacientes que procurou o novo método analgotócico, encontrou a profissão médica despreparada.

A consequência disso foi a improvisação de muitos médicos, carentes dos conhecimentos básicos e treino suficiente para conduzir partos sob anestesia caudal contínua.

Daí alguns acidentes verificados e certa decepção que causou, inicialmente, o método.

Hingson trabalhou, infatigàvelmente, instruindo os médicos americanos, viajando pelos diversos centros médicos do país.

Só em sua cidade, Philadelphia, entre 1943 e 1946, deu cursos intensivos, sôbre sua técnica, a 600 médicos.

Atualmente, encontra-se Hingson comissionado pela Saúde Pública dos Estados Unidos, para estudar anestesia obstétrica.

Até 1946, havia noticia de 600.000 partos conduzidos sob caudal contínua; havia 58 comunicações, de diversas clínicas, analizando, mais de 1.000 casos e em 7 clínicas, já se havia administrado, em cada, mais de 3.000 anestesias caudais. Em 1949, a experiência de Hingson, alcançava 12.000 casos.

A técnica inicial, de Hingson e Edwards, preconisava o uso de agulha especial, calíbre n.º 10, maleável para evitar sua quebra, a qual permanecia no canal sacro, durante todo o parto, enquanto se injetava meticaina a 1,5%, com sistema injetor fechado.

Logo em seguida, Adams, Lundy e Seldon, aperfeiçoaram a técnica: substituição da agulha maleável por catéter permanente n.º 5 (escala francêsa), introduzido com agulha n.º 15.

Esta modificação, entre outras, trouxe as vantagens de eliminarem-se as quebras de agulha e traumatismo do canal sacro, durante o parto, e ao mesmo tempo, permite à paciente, assumir, confortàvelmente, qualquer posição.

Brown, Thomson e Fitzgerald, em 1946, passaram a usar catéter n.º 4 e agulha n.º 16, empregando, porém, como anestésico, a pontocaína (neo-tutocaína) a 0,15%.

Block e colaboradores, em 1943, crearam a técnica de "gôta-a-gôta" continuo, com agulha maleável. A simplicidade da aparelhagem, principal vantagem do método "gôta-a-gôta"

é contrabalançada pela dificuldade de controlar-se as dóses e por êste motivo, não teve grande aceitação.

Atualmente, a técnica mais usada, segundo consta-nos, não publicada, é a que consiste no uso de catéter de matéria plástica (polietileno), não irritante para os tecidos e usado com agulha n.º 17. Êste material foi-nos trazido da América, por colegas que lá estiveram.

Hingson, em um caso de eclâmpsia, deixou o catéter plástico, no canal sacro, e depois no espaço sub-aracnoideu, durante 8 dias.

As vantagens da caudal contínua são aquelas de uma anestesia de condução muito eficiente, ao lado de duração, clìnicamente, prolongável à vontade.

Vejamos, porém, algumas de suas desvantagens, segundo re-avaliação do método, em 1946, por Vaux, Lull e Hingson: "há certos perigos peculiares a êste método, que se tornaram manifestos. Êles são de tão grave significado, que sentimos que a analgesia caudal nunca deveria ser usada em nenhuma clínica, onde os princípios da técnica, e os processos anatômicos e fisiológicos a ela ligados, não sejam completamente compreendidos".

Os autores, em questão, citam os maiores perigos: hipotensão, injeção massiça no espaço sub-aracnoideu e sequelas como, dôr lombar, cólicas uterinas, hiperestesias, atonia de esfincter e enfraquecimento motor, nos membros inferiores.

Vaux, Lull e Hingson acham, entretanto, que a caudal contínua permanece como parte da bôa obstetrícia, pela proteção que oferece à mãe e ao féto, desde que sejam respeitadas as contra-indicações, e se conserve apegado, rìgidamente, à técnica, com todos seus pormenores.

Os acidentes mencionados são, quasi sempre resultado de erro de técnica e a sua incidência pode ser reduzida à insignificância, tomando-se as precauções adequadas.

Anestesia sub-aracnoidiana

A anestesia sub-aracnoidiana, descoberta por Corning, em 1888, teve sua primeira aplicação em obstetrícia, pelas mãos de Kreis, em 1900.

Até 1928, era usada, apenas, no parto operatório. Foi nessa época que Pitkin introduziu, em obstetrícia, a "controllable spinal anestésia", inaugurada em cirurgia, por Silverton, da Austrália.

Baseava Pitkin sua anestesia, no emprêgo de solução hypérbara, contendo dextrose, para produzir anestesia em sela (*saddle-block*). Recomendava êsse autor o seu método, para o parto de pacientes debilitadas, portadoras de afecções orgâni-

cas como: descompensação cardíaca, eclâmpsia, hipertensão, diabetes, anemias, bócio, etc..

O método de Pitkin, não teve, na ocasião, a divulgação merecida, em obstetrícia, talvez porque usasse aquele autor a novocaína, de efeito pouco durável, em comparação com outros agentes.

Ainda 1928, foi o ano em que Delmas lançou seu "parto a hora certa", em que à raqui-anestesia seguiam-se a dilatação forçada do cólo e parto operatório, conduta, hoje, obsoleta.

Enquanto a raqui-anestesia recebia grande acolhida em cirurgía geral, em obstetrícia as opiniões se dividiam.

De Lee e Greenhill combateram-na, intensamente; Cosgrove foi seu maior defensor.

A estatística de Franken confirmou a impressão por muitos nutrida, de que a prenhez adiantada aumenta os riscos da raqui-anestesia.

Êsse autor colecionou 2.088 operações cesareanas sob raqui-anestesia, encontrando 15 óbitos (7,18%) atribuíveis a anestesia; em 3.600 operações, em indivíduos não grávidos, só encontrou 1 óbito (0,27%).

Em 1943 e 1945, respectivamente Burton e Resnick, na Inglaterra, reviveram o método de Pitkin, empregando, desta vez ,a nupercaína, com o que lograram bons resultados.

Em 1945, Adriani e Roman Vega modificaram a técnica de anestesia "em sela", com nupercaína para uso em cirurgía, fazendo variar o nível anestésico, de acôrdo com a dóse e, sobretudo, com o tempo em que o paciente se conserva sentado.

Parmley e Adriani adaptaram esta técnica à analgesia obstétrica, mantendo o nível anestésico, como a de Schmitz e Baba, Andros e colaboradores, etc..

Ahearn e Huston modificaram a técnica, substituindo a nupercaína pela pontocaína.

Haugen e Benson consideram a solução de metycaína a 1,5%, como levemente hipérbara e usaram apenas 2,5 cc. da mesma (22,5 mgrs.), instituindo o que chamam de "minimal spinal anestesia", em 1.008 partos, com um mínimo de comprometimento motor.

Um dos inconvenientes, das anestesias raquianas, seria sua duração limitada, atingindo a média de 2 horas e 18 minutos, para a nupercaína pesada, segundo Andros e colaboradores, o que só permite empregá-las nas fases finais do parto.

Para contornar êsse obstáculo, Üllery, Hingson, Hinebaugh e Lang, Ebner e Lull adaptaram, independentemente, à cirurgía obstétrica, e depois ao parto, o método da raqui-anestesia contínua com agulha, creado em 1939, por Lemmon.

MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Em 1945, Tuoby instituiu a raqui-anestesia contínua, com catéter. Coube, novamente, á Hingson o aproveitamento da nova descoberta, no terreno da obstetrícia normal e operatória.

Shane, finalmente, passou a usar, no parto, a técnica de Tuoby, empregando, porém, solução muito diluída de ponto-caína, de maneira a aproveitar a afinidade seletiva dos neurônios sensitivos ao agente anestésico, o que permite analgesia suficiente, sem comprometimento motor.

Recentemente, Lewis e Austin apresentaram notável estudo comparativo, entre "saddle-block" e caudal contínua, compreendendo 1.032 casos de uma e 1.011, de outra, em grupos o mais possível homogêneos.

Transcreveremos algumas conclusões dos citados autores, as quais coincidem, de modo geral, com as da maioria dos que estudaram o assunto:

Caudal contínua

1 — Contra-indicações mais numerosas.
2 — Pode ser administrada precòcemente, prolongada por longo tempo, com anestesia completa.
3 — Mais dificil de administrar.
4 — Maior quantidade de anestésico.
5 — Queda de pressão arterial menos frequente.
6 — Náuseas e vômitos menos frequentes.
7 — Maior traumatismo de parte moles.
8 — Infecção pode ser mais comum.
9 — Menos sequelas neurológicas.

"Saddle-block"

1 — Contra-indicações menos numerosas.
2 — Usada nas fases finais do parto.
3 — Administração rápida e fácil, de êxito mais seguro, podendo ser permutada com a caudal.
4 — Pequena quanidade de anestésico necessária.
5 — Queda de pressão arterial mais frequente.
6 — Náuseas e vômitos mais frequentes.
7 — Menor traumatismo de partes moles.
8 — Infecção pode ser menos comum.
9 — Cefálea post-raquiana mais comum.

Nos dois grupos, o parto parece ter sido acelerado, a perda sanguínea menor, convalescênciam sai suave. Não houve mortalidade materna, a mortalidade fetal foi equilibrada (16 p.mil, para caudal e 15 p.mil, para "saddle-block").

Merece atenção o modo pelo qual se processaram os partos nos dois grupos:

MÉTODO DE PARTO (Austin e Lewis)

	Espontâneo	*Fórceps baixo*	*Extra. pélvica*	*Fórceps médio*	*Occip. posterior*	*Post. persistente*	*Rotação manual*	*Rotação a fórceps*
Caudal	21.9%	72.5%	4.1%	1.3%	23.6%	93.5%	95%	5%
Saddle-block	24.5%	73.5%	1.9%	0.2%	16.7%	86.5%	97%	3%

A maior incidência de posições posteriores persistentes deve-se ao relaxamento do assoalho pélvico e menor intensidade das contrações uterinas.

Segundo Austin e Lewis, isto não tem maiores consequências, pela facilidade encontrada, na rotação do occipit.

A pequena diferença, para mais, observada na caudal, de posições posteriores, fórceps médio e extrações pélvicas, deve-se ao fato de a anestesia ser mais precòcemente administrada.

A nossa experiência

Pode ser considerada grande para a anestesia loco-regional.

Sôbre anestesia caudal contínua, a nossa experiência limita-se a uns poucos casos, mas tivemos o previlégio de ser insruidos na sua técnica por discípulo de Hingson, o Dr. Luiz Seixas, que laborou alguns anos ao lado daquele pioneiro.

Nossa experiência sôbre "saddle-block" é também, muito limitada.

O Dr. Ary Novis, encarregado dêsse tipo de anestesia, no Instituto Fernandes Figueira do Departamento Nacional da Criança, vem de completar sua 17.ª observação.

Conclusões

Tomando por base nossa experiência de anestesia loco-regional e o estudo da bibliografia disponivel, sôbre outros tipos de anestesía de condução, procuramos tirar as seguintes conclusões:

1 — A anestesia de condução é de escôlha, em obstetrícia, para analgotócia, como para o parto operatório, ressalvadas as contra-indicações gerais, locais e obstétricas.

2 — A anestesia loco-regional do períneo, no período expulsivo é a única anestesia recomendável, como rotina, graças a sua inocuidade e simplicidade, ao alcance de qualquer médico prático.

3 — As anestesias caudal contínua e "saddle-block" apresentam suficiente segurança para serem usadas em ambientes hospitalares, mas exigem estrita adesão às indicações e contra-

indicações, conhecimentos especializados, técnica rigosa, aparelhagem e enfermagem eficiente, sem o que, maior mortalidade e morbidade serão observadas.

4 — O "saddle-block" parece determinar maior número de acidentes imediatos e tardios, mas isto, ainda não está perfeitamente provado.

5 — Aplicações de fórceps baixo e médio podem fazer-se sob anestesia loco-regional, caudal e "saddle-block".

Para o fórceps médio, entretanto, são preferíveis os dois últimos tipos de anestesia, sobretudo, nas posições posteriores e transversas.

6 — As apresentações pélvicas podem conduzir-se sob anestesia loco-regional, caudal e "saddle-block".

Alguns, entretanto preferem a anestesia loco-regional, no último momento, porque não dispensam o esfôrço total da prensa abdminal, sobretudo nas pélvicas simples.

7 — Durante qualquer intervenção extrativa, sob anestesia de condução, podem surgir anéis de constricção, os quais, faz mistér reconhecer, em tempo, para instituição de tratamento apropriado.

8 — A anestesia caudal continua deve substituir a anestesia local para a operação cesareana, em ambiente adequado, dados os resultados mais satisfatórios da primeira, quando não contra-indicada.

9 — As anestesias epidural segmentar e sub-aracnoideana contínuas são poderosas armas terapêuticas, nas mãos de indivíduos especialmente treinados e aparelhados. Não penetraram, ainda, na prática corrente.

10 — As anestesias caudal e sub-aracnoideana contínuas são preciosos recursos terapêuticos na eclâmpsia, pré-eclâmpsia, descompensação cardíaca e flebo-tromboses puerperais.

O bloqueio anestécico dos plexos pelvi-perineais constitue tratamento valioso dos vômitos graves da gestação.

Anésthésie loco-regionale en obstétrique.

Résumé

L'A. croit à la necessité de proportioner à la femme un accouchement sans douleur pourvu qu'on épargne le fœtus des effets nuisibles. Il étudie en detail les plusieurs types d'anésthésie tant péripherique que de condution (a. loco-régionale, blocage sympathiques, a. extra-durale et sous-arachnïdiéune). Il présente à la fin son expérience et ses propes conclusions.

Loco-regional anesthesia in Obstetrics.

Summary

The different methods of peripherical or conduction anesthesia in obstetrics are studied: after a brief discussion of the advantages of painless labor without resorting to anesthetics of central action.

Loco-regional anesthesia, sympathetic blockade, extra-dural and sub-archnoidal anesthesia are studied. After reporting his experience on the subject the author offers his conclusions.

örtlich-regionale Anästhesie in der Geburtshilfe

Zusammenfassung

Nach kurzer Einleitung mit Besprechung der Notwendiekeit der schmerzlosen Entbindung unter Vermeidung der für das Kind schädlichen Methoden mit zentraler Wirkung, betrachtet der Verf eingehend die verschiedenen Typen der peripheren oder Leitungs-Anästhesie. Es werden so die örtlich-regionalen, Sympaticus-blockierungen, extradurale und subarachnädale Formen der Anästhesie abgehandelt. Zum Schluss gibt Verf .seine Erfahrungen und Schlussfolgerungen bekannt.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento do original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitadas. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs.

Lesões do tracto urinário como uma complicação da cirurgia ginecológica — HOLLOWAY, H. J. 47

Estudo do efeito antidiurético das drogas depressoras usadas na eclâmpsia — BROWN, W.; HODGES, R. e BRADBURY, J. T. 48

Fetos excessivamente grandes como problema obstétrico — NATHANSON, J. N. 48

Função reprodutora em mulheres com disfunção ovariana — DAY, L. A. e SMITH, P. L. 49

Miomectomia abdominal: referência especial a prenhezes subsequentes e ao reaparecimento de fibromiomas do útero — FINN, W. F. e MULLER, P. F. 50

Contratilidade do útero humano registrada por novos métodos — ALVAREZ, H e CALDEYRO, R. 50

Esfregaço vaginal como método diagnóstico e prognóstico no abôrto — BENSON, R. C. e TRANT, H. F. 51

A significação e os métodos de educação prénatal — OVERSTREET, E. W. 52

Equilíbrio de líquidos e estudos eletrolíticos em toxemias da gravidez — STERN, B. D. 52

Adenocarcinoma do corpo uterino — HENRIKSEN, E. e MURRIETA, T. 53

É necessária maior liberalidade nas indicações do abôrto terapêutico e da esterilização — CAMPBELL, I. V. 54

Aspectos clínicos da endometriose — FALLON, J.; BROSNAN, J. T.; MEYERS, J. e MANNING, J. J. 54

Abôrto criminoso provocado por pastas intra-uterinas — DUTRA, F. R.; CLEVELAND, F. P. e LYLE, H. P. 55

Sôbre o tratamento do abdomen agudo por inflamação purulenta no estado puerperal — VALLE, G. 56

Sôbre um caso de hermafroditismo alternante ou verdadeiro ginandromorfo — RABADAN, M.; NOGALES ORTIZ, F.; DE LA PENA, A. e BOTELLA LLUISIA, J. 56

Págs.

Amnesia, analgesia e anestesia obstétrica: o Analgerol — NARCIA RUIZ, A. 57

Bowen ou Paget vulvar — AHUMADA, J. C. 57

Pseudo hermafrodita masculino, com adenoma testicular — SAMMARTINO, R. e TRAVERSO, J. P. 58

Estrutura da placenta de gravidezes prolongadas — SANMARTINO, R. e PINTO, R M. 58

O parto em apresentação de face no Instituto de Maternidade do Hospital Alvear — BALDI, E. M. e MONTI, V. V. 59

Carcinoma da trompa de Falópio. Considerações acerca de um caso com metástases uterinas — ARRIGHI, L. A. e CALANDRA, D. 60

Usos e abusos do tratamento com hormônio sexual masculino (testosterona) na mulher. Considerações sôbre seu uso no câncer — ZANARTUR O., J. 61

Útero duplo incompleto com anomalia renal coincidente — PAVLOVSKY, A. 62

Hemorragias ovarianas não gravídicas simulando apendicite aguda — PENA REGIDOR, P. DE LA 63

Algumas modalidades de tratamento cirúrgico do câncer do cólo uterino — ZUCKERMAN, C. 63

Cesárea com feto morto — CABRERA S., H. 63

Tumor virilizante do ovário — VIEIRA, A. e DONOSO, S. 64

A exploração radiológica em Obstetrícia — JIMINEZ DE ANTA, J. e JUAN CARLOS SR. 64

O proglema da dor no parto normal — ORTIZ 65

A tiamina no tratamento da menometrarrogia disfuncional — VECCHIETTI, G. 66

Amnesia, analgesia e anestesia obstétrica: o Analgerol *(Amnesia, analgesia y anestesia obstetrica: el Analgerol)* — NARCIA RUIZ, A. — (8:303, Julho 1950).

O A. apresenta sua experiência com o Analgerol, medicamento que possúe propriedades analgésicas, amnésicas e espasmolíticas e ainda ocitótico em pequenas doses. O produto é injetado quando a dilatação alcança 3 a 4 cm. (3cm³ por via endovenosa), repetindo-se 2cm³ cada 40 a 60' segundo as necessidades do caso, sem passar de 10cm³ no total, dando-se a última dose no período expulsivo. Administra-se oxigênio durante o transcurso do parto.

No final da dilatação é feita anestesia perineo-vulvo-vaginal com meticaína ou procaína a 1% + 100.000 u. de penicilina.

Êsse processo não deve ser usado nas desproporções cefalopélvicas, nos cólos com estenoses cicatriciais, nas hipertensas com mais de 200 mm Hg. de Mx. com alterações renais e nas afetadas de glaucoma. O A. refere 270 casos, bons sob o ponto de vista da analgesia e aceleração do parto e sem mortalidade materno-fetal. — *Clarice Amaral*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AYRES

Bowen ou Paget vulvar *(Bowen o Paget vulvar)* — AHUMADA, JUAN CARLOS — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:116, Julho 1950).

O A. inicia o seu trabalho dizendo que, fazer diagnóstico dos carcinomas superficiais da vulva, não é fácil, devido a sua grande raridade e ao poliformismo das lesões.

Mostra a variedade de aspectos com que se apresentam a moléstia de Bowen, assim como o Paget-carcinoma da vulva, tornando-se difícil o diagnóstico.

Estuda histologicamente ambas as enfermidades, para finalizar; a observação clínica do caso apresentado, foi classificado no primeiro momento, levando em conta o aspecto semiológico da lesão, como uma moléstia de Bowen da vulva, porém, o exame histológico da peça operatória, demonstrou que, na realidade, se tratava de uma lesão epitelial com os atributos da moléstia de Paget, no período preinvasor, demonstrando-se assim mais uma vez que, o diagnóstico definitivo dêste tipo de carcinoma, deve ser baseado principalmente no estudo microscópio da lesão. Duas microfotografias ilustram o trabalho. — *A. Felicio dos Santos*

O trabalho dos A. A. é bem feito e minucioso, em que falam das "modificações das vilosidades coriais nos últimos meses" e dos "sinais de involução da placenta", desenvolvendo comentários esclarecedores, citando autores, chegam às seguintes conclusões:

1) É possível pelo estudo histológico da placenta diferenciar o processo de involução normal e de envelhecimento prolongado (placenta postmadura).

2) As vilosidades da placenta prematuramente envelhecida são grossas, com estroma frouxo histiocitariofibroblástico, com revestimento alto que possue numerosos núcleos, em geral, em grupos ou em mamelões salientes com fenômenos de intensa picnóse.

3) A placenta postmadura possue vilosidades delgadas com estroma mais fibroso que a madura a termo; o revestimento é mais delgado, as vezes com setores grandes nucleados. Nos casos de parto espontâneo mostra intensa picnóse e podendo desaparecer por segmentos, fenômenos que faltam na placenta de parto por indução medicamentosa. Apresentam 9 microfotografias. — *A. Felício dos Santos*

O parto em apresentação de face no Instituto de Maternidade do Hospital Alvear *(El parto en presentacion de cara en el Instituto de Maternidad del Hospital Alvear)* — BALDI, Eduardo *M.* — MONTI, Virgilio V. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:110, Julho 1950).

O estudo dos A. A. está baseado, em 172 casos de apresentação de face num total de 60.613 partos, no período de 1913 a 1948, o que dá uma frequência de 1/352 ou sejam 0,28%.

Mostram estatísticas de outros autores num estudo comparativo, como também nas variedades de posições, e as prováveis causas etiológicas.

Depois de uma série de comentários, em que falam na duração do trabalho nas primíparas e multiparas, nos partos espontâneos e nos em que houve necessidade de intervir, assim concluem:

1) No Instituto de Maternidade e Assistência Social, "U. Fernandez", do Hospital Alvear, a frequência do parto em apresentação de face em 35 anos de atividade (1913-1948) foi de 1/352/172 casos em 60.613 observações ou seja de 0,28%.

2) Fez-se presente com maior frequência nas multíparas (70,8%) que nas primíparas (29,2%).

3) Em 6,9% coincidiu com a existência de um estreitamento pélvico.

4) A terminação espontânea se conseguiu em 54% das primíparas e em 74,4% nas multíparas, com uma percentagem para o total de 69,1%.

5) A necessidade de intervir se apresentou em 13,8% das variedades anteriores, em 32% das transversas e me 43,5% das posteriores.

6) Em 6 casos se efetuaram manobras corretoras no parto, sem maiores resultados; as operações que foram praticadas para o término do parto: fórceps (18 vezes), versão interna (17 vezes), operações cesariana (12 vezes), basiotripia (5 vezes), sinfisiotomia (1 vez); a versão interna concorreu com o maior índice de mortalidade fetal (24,1%).

7) Não houve mortalidade materna e a morbilidade por infecção foi de 5,2%.

8) A morbilidade fetal foi mínima, quanto à mortalidade alcançou 6,9%, correspondendo a 1,6% dos partos de evolução espontânea e elevando-se a 18,8% nos partos operatórios.

9) A alta percentagem de partos espontâneos, quasi 70%, justifica, que se mantenha uma atitude expectante inteligente, apoiada nos modernos conceitos do govêrno e direção do parto e diante á necessidade de abandonar essa conduta pela terapêutica operatória (sofrimento materno ou fetal, distocia completa, etc.), os recursos antibióticos, ampliando as indicações da via alta permitem contornar os riscos que levam certas intervenções pela via baixa, preconizadas até há pouco, como de absoluta indicação para êstes casos. — *A. Felício dos Santos*

LA SEMANA MEDICA (Buenos Aires)

Carcinoma da trompa de Falópio. Considerações acêrca de um caso com metástases uterinas *(Carcinoma de la trompa de Falopio. Consideraciones acerca de un caso con metastasis uterina)* ARRIGHI, L. A. e CALANDRA, D. — (*La Semana Medica*, 57:195, Julho 1950).

Os A. A. apresentam um caso por êles operado de carcinoma da trompa de Falópio com metástases uterinas, paciente de 57 anos, já em menopausa, cujo diagnóstico pré-operatorio havia sido de carcinoma do endométrio. Como tratamento foi realizada uma histerectomía total com salpingooforectomía bilateral e roentgenterapia profunda.

Em seguida fazem o estudo etiopatogênico e acentuam as normas que regem o diagnóstico diferencial. Chamam principalmente a atenção para a determinação da localização do tumor

REVISTA MEXICANA DE CIRURGIA, GINECOLOGIA Y CÁNCER

Hemorragías ovarianas não gravídicas, simulando apendicite aguda *(Hemorragias ováricas no gravídicas, simulando apendicitis agudas)* — PEÑA REGIDOR, P DE LA — *(Rev. Mexicana de Cir., Gin. y Cáncer,* 18:205, Julho 1950).

De inicio o A. revê a bibliografía mundial sôbre o tema hemoperitôneos ginecológicos de origem ovariana, citando a classificação de Baumen que, excetuando a gestação ectópica, aponta as seguintes causas: A) Hemorragía folicular; B) Hemorragía de cisto folicular; C) Hemorragía de corpo amarelo; D) Hemorragía de corpo amarelo gravídico; e E) Apoplexia ovariana. O A. em seguida apresenta as histórias clínicas de dois casos que teve a oportunidade de acompanhar, o 1.º de hemorragía folicular e o 2.º de apoplexia ovariana, em que realizou laparatomias de urgência sob o diagnóstico de apendicite aguda. Em seguida tece comentários sôbre os casos. O trabalho é acompanhado de fotografias da peça cirúrgica do caso n.º 2. — *Ericsson Linhares*

Algumas modalidades de tratamento cirúrgico do câncer do cólo uterino *(Algunas modalidades en el tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello uterino)* — ZUCKERMANN, C. — *(Rev. Mexicana de Cirurgia, Ginecologia y Cáncer,* 18:195, Julho 1950).

Após citar suas publicações anteriores, sôbre o mesmo assunto, em número de 10, o A. passa a considerar a conduta que segue com relação à bexiga e ureteres, em face da propagação carcinomatosa, ao realizar a operação de Wertheim. O grau de invasão pode levar até à cistectomia total e às ureterectomias parciais; tais aspectos são considerados sob o ponto de vista da tática operatória. — *Ericsson Linhares*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Cesárea com feto morto *(Operacion cesarea con feto muerto)* — CABRERA S., H. — *(Bol. de la Soc. Chilena de Obstetricia y Ginecologia,* 15:122, Julho 1950).

Tendo realizado uma cesárea em uma primípara jovem, no 7.º mês de gestação, por desprendimento prematuro de pla-

centa normalmente inserida, com o feto já morto, o A. resolve estudar as indicações e a frequência em que existe esta ocorrência obstétrica. E assim coleta no período 1945-9149 (Maternidade de San Borja) 21 casos semelhantes para um total de 30.733 partos (0,068%), tendo sido realizadas 909 cesáreas (2,95%). Após apresentar um resumo das 21 observações, relaciona as indicações: distócias funcionais (7), desprendimento normo-placentar (7), placenta prévia (4), apoplexia uterina (1), eclâmpsia (1) e desproporção feto-pélvica (1). Faleceram 2 destas mulheres, uma por anemia aguda e outra por eclâmpsia. — *Ericsson Linhares*

Tumor virilizante do ovário *(Tumor virilizante del ovário)* — VIEIRA, A. *e* DONOSO, S. — (*Bol. de la Soc. Chilena de Obs. y Ginecologia*, 15:125, Julho 1950).

Os A. A. apresentam a observação de uma paciente com 17 anos, em amenorréia há 4 anos, tendo sido menstruada apenas 8 meses após a menarca aos 13 anos. Há discreta virilização; ao exâme físico, além de hirsutismo, nota-se hipertrofia do clitoris e escasso desenvolvimento de grandes e pequenos lábios; os demais órgãos são normais; sob anestesia palpa-se o ovário direito aumentado de volume. Biópsia do endométrio revela atrofía da mucosa; esfregaço vaginal hipoestrogênico. Com o diagnóstico de arrenoblastoma é a doente operada, e o exame histológico confirma tal diagnóstico. 28 dias após a intervenção a paciente reinicia suas menstruações, de caracteristicas normais. Comentam detalhadamente a fisiopatogenia dos arrenoblastomas. O trabalho é acompanhado de fotografias da doente, da peça cirúrgica e do material histológico. — *Ericsson Linhares*

ACTA ENDOCRINOLOLICA ET GYNAECOLOGICA HISPANO-LUSITANA

A exploração radiológica em Obstetrícia *(La exploracion radiologica en Obstetricia)* — JIMENEZ DE ANTA, J. *e* JUAN-CARLOS SR. — (*Acta Endocrinologica et Gynaecologica Hispano-Lusitana*, 3:398, Julho 1950).

Após considerações históricas os A. A. passam a descrever as diversas modalidades de emprêgo da radiologia em Obstetrícia, demorando-se de início no problema da radiopelvimetria. Recordam então as técnicas utilizadas para medida dos

diâmetros dos estreitos superior, médio e inferior. Para medida dos diâmetros do estreito superior há a dificuldade inherente ao desnível dos vários pontos do estreito, pela impossibilidade de conseguir-se um perfeito paralelismo entre o plano do estreito e a chapa, e pelo afastamento da lâmpada emitente, o que resulta em uma deformação apreciável da imagem. Em face desta dificuldade, dois são os caminhos a seguir, segundo Blanche: 1.º) processos baseados em uma só chapa (teòricamente inexatos) e 2.º) processos baseados no princípio das intersecções cônicas (teòricamente exatos). São descritas várias técnicas dos 2 tipos, terminando por considerarem o "exame direto da intersecção dos cones por meio da visão estereoscópica", que teve um grande impulso com os trabalhos de Caldwell, Molloy e D'Esopo, cujos resultados são conhecidos. A seguir, em outros tópicos, os A. A. estudam aplicações radiológicas para: determinação das relações feto-pélvicas; diagnóstico precoce da gravidez (sem interesse); diagnóstico da gravidez gemelar; diagnóstico da morte fetal; diagnóstico da idade fetal intra-útero; determinação da atitude fetal; diagnóstico do sexo fetal; diagnóstico de deformidades fetais; placentografía e amniografia (condenáveis); cistografía (a ar ou mediante contraste) utilizando os raios moles, os quais permitem ainda o estudo de partes moles fetais e maternas, podendo mesmo fazer diagnóstico de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (imagens do hematoma retro-placentar). — *Ericsson Linhares*

VIDA NUEVA (Cuba)

O problema da dor no parto normal *(El problema del dolor en el parto normal)* — ORTIZ PÉREZ, J. *e cols.* — (*Vida Nueva,* 66:1, Julho 1950).

O A. faz o histórico dos estudos sôbre analgesia obstétrica realizados em Cuba, e tece comentários quanto à obrigatoriedade nos dias atuais de se proporcionar às mulheres o parto sem dor. Em seguida estuda a dor no parto normal, dividindo-a em três aspectos sucessivos: a) dor no final da gestação (pré-parto, falsas dores, etc.); b) dor no período de dilatação (imputável segundo Kreis à resistência cervical em dilatar-se); c) dor no período expulsivo (dor menos incômoda e que de certo modo traz alívio, pela sensação de terminação próxima do parto, atuando favoràvelmente no psiquismo). Considera então os processos que dispomos na luta contra a dôr no parto, distribuindo-os igualmente em três grupos. No ante-parto faz o que denomina Profilaxia da dor do parto, com: regime acloretado;

exercícios de Read; papaverina por via oral (4 a 10 centigramos diàriamente); barbitúricos à noite (2 a 4 centigramos). Quando a gestante atinge o período de dilatação, utiliza Demerol, Spasmalgina ou semelhantes; se não suficiente faz a anestesia pelo bloqueio em sela. No período expulsivo emprega protóxido de azoto e éter pela anestesia de técnica ordinária, se o bloqueio em sela não é suficiente. Mostra-se grande entusiasta do bloqueio em sela, e termina apresentando suas conclusões. — *Ericsson Linhares*

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVJ | Fevereiro de 1951 | Vol. 31 - N.º 2

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Hipertensão arterial e menopausa — Dr. JOSÉ LEITE 67
Aplicação intravaginal de estrogênios no tratamento do fluxo vaginal inespecífico — Dr. ANTONIO UCRÓS CUELLAR 82
Um caso de tubrculose tubaria — Dr. CAMARA MOREIRA 87

EDITORIAL

Radium e Roentzenteropia concomitantes no carcinoma cervical 93

NOTAS E COMENTÁRIOS

Encerramento do "Curso de extensão universitária sôbre câncer ginecológico" no Inst. de Ginecologia da Univ. do Brasil 97
XXVIII Congresso da Sociedade Alemã de Ginecologia 102

LIVROS E PUBLICAÇÕES

La Sterilité Involontaire 103
Lehrbuch der Gynaekologie 104
Understanding Natural Childbirth 105
Le col utérin 106
British Medical Buletin 107
Radiatian therapy in the management of cancer of the uterine cervix 107

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da 116.ª sessão ordinária 108
Ata da 117.ª sessão ordinária 109
Ata da sessão extraordinária de 22.XII.1950 109

ATENEU DO INSTITUTO DE GINECOLOGIA

Ata da 70.ª sessão ordinária 113
Ata da sessão extraordinária de 14.XII.1950 113

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

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

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento do original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitadas. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs.

Enterocele — WEED, J. C. e TYRONE, C. 115

Avaliação clínica da pelvimetria radiológica — DYER, I. 116

Tumores sólidos do ovário complicando a gravidez — DOUGHERTY, C. H. e LUND, C. J. 117

Estudos sôbre a prematuridade — POMERANCE, W. 117

Estudos relacionados com a toxemia gravídica — GARBER, S. T.; ASSALI, N. S.; KISTNER, R. W. e PRYSTOWSKY, H. 117

Estudos sôbre o veratrum viride: estandartização da técnica endovenosa e sua aplicação clínica no tratamento da toxemia gravídica — ASSALI, N. S. 119

Carcinoma sub-clínico do colo do útero — PUND, E. R. e ECHOLC, J. M. 119

Carcinoma intraepitelial cervical — KAUFMANN, L. A.; CUYLER W. K. e ROSS, R. A. 120

Histerografia e histerossalpingografia — MARSHAK, R. P.; POOLE C. S., e GOLDBERGER, M. A. 120

Prolapso do útero complicando gravidez e parto — ISRAEL, L. S. e WEBER, L. L. 121

Gravidez intraligamentar avançada — REDOWICK, J. P.; RUMBOCK, W. L. e NACE, F. M. 121

Gêmeos com câncer do colo — COBB, S. K. e BROWN, W. W. 121

A válvula de pressão. Novo dispositivo de segurança para uso na insuflação tubária — WEISMAN, A. J. e MARCO, J. L. 121

Eficiência fisiológica da progesterona por via oral — GREENBLATT, R. B.; BARFIELD, W. E.; CLARK, S. e BROW, N. 122

Págs.

A propósito de uma série de 90 casos de neoplasma do corpo uterino — KELLER, R. e LARTIGAUD, E. 122

Sífilis do colo uterino — MORALES, J. M. 123

Mioma uterino e vida sexual da mulher — FOIX, A. 123

É necessária a anestesia em Obstetrícia? — RODRIGUEZ, E. U. 124

Menstruação e epilepsia; suas correlações psicodinâmicas — MACEDO, G. 124

Prova original para comprovar a integridade placentar — GÓMEZ PEÑA, J. 125

A síndrome intermenstrual — DIEZ, A. 125

WESTERN JOURNAL OF SURGERY, OBST. AND GYNECOLOGY

Prolapso do útero complicando gravidez e parto *(Prolapse of the Uterus Complicating Pregnancy and Labor)* — ISRAEL L. S., *e* WEBET L. L. — (*West. J. Surg. Obst. Gyn.*, 58:421, 1950).

Os autores consideram a associação de útero prolabado e gravidez, ocurrência relativamente rara. É frequente o abôrto ou o parto prematuro. A incidência de intervenções no parto é grande. É importante o uso de pessários durante a gravidez o que reduz o edema do colo e facilita o parto espontâneo. Cinco casos dêste gênero são descritos. — *J. P. Rieper*

Gravidez intraligamentar avançada *(Advanced intraligamentary Pregnancy)* — REDGWICK, J. P.; RUMBOK, W. L., *e* NACE, F. M. — (*West. J. Surg. Obst. Gyn.*, 58:424, 1950).

Os autores coligiram ao todo 82 casos de gravidez intraligamentar com mais de 28 semanas de evolução, incluindo um caso de observação própria. Esta foi em mulher de 32 anos com um feto macerado de sete meses. Na laparotomia houve forte hemorragia, obrigando à histerectomia subtotal. — *J. P. Rieper.*

Gêmeos com câncer do colo *(Twins with Carcinoma of the Cervix)* — COBB, St. W. *e* Brown, W. W. — (*West. J. Surg. Obst. Gyn.*, 58:427, 1950).

Os autores descrevem um caso de câncer do colo em mulheres gêmeas. Não pôde ser apurado com certeza se eram uni ou bi-vitelinos. Todo caso de tumores em gêmeas deveria ser publicado para contribuir ao estudo da hereditariedade de tumores. — *J. P. Rieper*

A válvula de pressão. Novo dispositivo de segurança para uso na insuflação tubária *(The Pressure Trol. A New Safety Device for Use in Uterotubal Insufflation)* — WEISMAN A. J. *e* MARCO J. L. — (*West. J. Surg. Obst. Gyn.*, 58:428, 1950).

Os autores imaginaram uma válvula, idêntica às usadas nas máquinas à vapor, para limitar a pressão máxima no sistema do aparelho de insuflação tubária. Esta pressão máxima

É necessária a anestesia em Obstetrícia? *(Es necesaria la anestesia en Obstetrícia?)* — RODRIGUEZ, E. U. — (*Obst. y Gin. Lat. Amer.*, 8:346, Agosto 1950).

A anestesia obstétrica, diz o A., indispensável para tôda intervenção, é geralmente inecessária. O A. comparte a opinião do Prof. Beruti que assim diz: "certas mulheres modernas, por um "snobismo" mórbido, exigem o parto indolor; mas é impossível suprimir a dor do parto sem suprimir ao mesmo tempo as contrações uterinas indispensáveis para sua realização". As estatísticas revelam que a anestesia sistemática traz consigo um aumento nas aplicações do fórceps que, em certas clínicas, alcança a rotina. Considera perigosa a anestesia caudal contínua e a chamada "saddle block" — ambas derivadas da "raquidiana" — observando que aquelas só aliviam o período expulsivo e não o de dilatação, que é o pior. O A. prefere os recursos médicos tais como o clássico hidrato de cloral, os barbitúricos ou as injeções sedativas e afirma ter obtido bons resultados com a vitamina B_1 e a psicoterapia. Conclue afirmando que a anestesia sistemática no parto normal só terá valor quando se tenha descoberto um método que não impeça nem retarde a terminação espontânea do trabalho e não tenha consequências prejudiciais ou desagradáveis, imediatas ou tardias, para a mãe ou para a criança. — *Clarice Amaral*

Menstruação e epilepsia; suas correlações psicodinâmicas — MACEDO, GILBERTO — (*Obst. y Gin. Lat. Amer.*, 8:360, Agosto 1950).

O A. estuda as correlações entre epilépsia e menstruação, em material composto de 60 pacientes. Conclue que o acesso epiléptico tem um significado erótico de descarga sexual, opinião já assinalada por vários autores.

Nos períodos inter e pré-menstruais, há um aumento do desejo sexual nessas mulheres. Dado o tipo de nossa civilização (brasileira), o desejo sexual é considerado pecado e por isso reprimido para o inconsciente, vindo a causar distúrbios psicossomáticos da esfera genital. Outras causas no entanto, outros desejos reprimidos, podem também condicionar distúrbios semelhantes. Considera possível admitir, lícitamente, que o desejo sexual aumentando, sendo reprimido para o inconsciente, manifesta-se sob a forma de acesso epiléptico que tem um "significado simbólico de descarga erótica". — *Clarice Amaral*

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVJ | Março de 1951 | VOL. 31 - N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Tumor hipernefróide do ovário — Drs. CARMEN ESCOBAR PIRES, ALTINO ANTUNES e CARLOS RIBEIRO MACEDO 125

Divertículos da uretra feminina — Dr. GERALDO V. DE AZEVEDO 141

EDITORIAL

A Ginecologia há cincoenta anos 169

NOTAS E COMENTÁRIOS

Número em homenagem ao Prof. Ayres Netto e à Clínica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa de São Paulo 173

Associação Inter-americana de Post-Graduados 173

Sociedad Ginecotocologica del Uruguay 174

III Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia 174

Prêmio "Armando Fajardo" (1950) 176

Prof. Dr. Espedito Moracci 176

Prof. Dr. P. Funck Brentanc 176

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Medicina Psicossomática em Ginecologia — A. C. PACHECO E SILVA 177

Medicina Psicossomática em Ginecologia e Obstetrícia — JOSÉ NEMIROVSKY 177

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

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

Ano XVI MARÇO DE 1951 Vol. 31 — N.º 3

SAME

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Prof. Monteiro de Moraes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento do original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitadas. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

Págs.

Perda sanguínea do pósparto: análise de 6.000 casos — VANT, J. R. . 179

Conduta nas occiput posteriores — CANNELL, D. E. 179

Mortalidade obstétrica em Edmonton em 10 anos — MAC LENNAN, A. H. 180

Situação da versão podálica interna em obstetrícia — TROWBRIDGE, E. G. 180

Medida da intensidade da dor no parto e seus aspectos fisiológico, neurológico e farmacológico — JAVERT, C. T. e HARDY, J. D. 181

Tentativa de dessensibilização da mulher imunizada pelo fator Rh — Uso do dissulfonato de etileno — MOLONE, W. C. 182

Um caso de prenhez intersticial consequente à remoção homolateral da trompa por meio da ressecção de Wedge — WIST, A. 182

A etiologia da prenhez tubária — WIST, A. 183

Sôbre os resultados obtidos no tratamento do carcinoma do cólo do útero na Clínica de Mulheres em Helsinki nos anos de 1931 a 1940 — TURTOLA, V. 183

Carcinoma do ovário desenvolvido em endometriose do ovário — RAURAMO, M. 184

Eletro-encefalografia e gestose — ROUBILLARD, G. J. e VILLACENCIO, C. 184

Endometrite tuberculosa e alterações menstruais — DI PAOLA, G. e SOLÁ, E. R. 185

Hipernefroma vaginal metastático — AHUMADA, J. C. e ARRIGHI, L. A. 185

Tentativa de tratamento dos prolapsos genitais pelo método esclerosante — BENNOUN, M. J. R. 186

Págs.

O hormônio folicular e suas aplicações intra-uterinas — TIBOR-KAROLYI, M. 186

Resultados da utilização das infiltrações locais de penicilina em Ginecologia — SÉRAFINO, M. X. 187

Reflexões sôbre certos aspectos da fertilidade — SAMUEL, M. e SIEGLER, L. 188

Decidualização e hemorragia massiça do epiplon no último mês de gestação — MELODY, G. F. 189

A Fisiologia dos Hormônios Estrogênicos — FLUHMANN, C. F. .. 189

Química e Metabolismo dos Estrogêneos — GRAHAM, H. K. e STIMMEL, B. F. 190

A utilidade clínica dos estrogêneos — PAGE, E. W. 191

Desequilíbrio estrogênico e câncer uterino — EUGE, L. A. 191

Intersexo — CASAS, P. F. F.; FORT, A. e CID, J. M. 192

Nossa manobra de impulsão uterina aplicada ao parto — SCHWARTZ, R. e PINTO, R. M. 192

Carcinomas simultâneos no ovário e útero — SARDI, J. L. e ARRIGHI, L. A. 193

Megacárdio congênito — DONATO, V. M. e CASARINO, S. J. 194

Rotura uterina e tratamento conservador — SCHWARTZ, R. e CURCÉ, A. O. 195

Esvaziamento pelviano no cancer genital avançado — ALBERTELLI, J. e MÓNACO, H. 196

Observações clínicas sôbre a vernix caseosa nos recem-nascidos prematuros — BIERNARZ, J. 196

Hipetrofia difusa dos seios — GAWINSKI, S. 197

A importância do excesso de estrogênios na evolução do cancer do colo — TETER, J. 197

Hérnia diafragmática estrangulada complicando o parto — PEARSON, S. C.; PILSBURY, S. G. e Mc CALLUM, M. W. 198

A não interferência no primeiro período se impõe, exceto quanto à rotura artificial das membranas, uso adequado de sedativos e manutenção do equilíbrio hídrico.

O emprego mais frequente da manobra de Scanzoni modificada por Bill é recomendado sempre que persiste uma posterior já insinuada.

A interferência precoce, no segundo período se justifica por ser vantajosa para mãe e filho. — *Cid Braune F.º*

Morialidade obstétrica em Edmonton em 10 anos (1939-1948) *(Obstetrical mortality in Edmonton for ten years (1939-1948)* — MAC LENNAN, A. H. — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:505, Setembro, 1950).

São revistas 38 mortes obstétricas ocorridas em 42.559 partos na cidade de Edmonton. 21 são consideradas como evitáveis.

A hemorragia e o choque foram as causas mais frequentes, abrangendo 24% do total.

Aumentou a frequência de cesáreas mas nelas não houve mortes nos últimos 9 anos (600 cesáreas); e nos últimos 2 anos, em que a incidência de cesáreas se elevou a 2% não houve mortes por hemorragia ou choque, ou por "toxemias".

Doenças cardíacas concomitantes foram responsáveis por 16% do total de mortes, sendo a terceira causa isolada.

Não houve mortes por infecção puerperal desde 1944. — *Cid Braune F.º*

Situação da versão podálica interna em obstetrícia *(The status of internal podalic version in obstetrics)* — TROWBRIDGE, E. G. — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:528, Setembro, 1950).

Acha o A. que a versão podálica interna com grande extração são métodos bastante úteis em obstetrícia que teem indicações perfeitamente definidas de emprego.

O éter é o anestésico ideal. A episiotomia feita antes de começar a versão, em se tratando de nuliparas facilita o parto da cabeça derradeira.

Acha que o parto por versão podálica interna leva consigo menor risco de lesão intracraniana do que o parto em apresentação pélvica. — *Cid Braune F.º*

Medida da intensidade da dor no parto e seus aspetos fisiológico, neurológico e farmacológico (*Measurement of pain intensity in labor and it physiologica, neurologic and pharmacologic implications*) JAVERT, CARL T. e HARDY, JAMES D. — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:552, Setembro, 1950).

A medida da dor do parto pode ser feita com o dolorimetro de Hardy Wollff Goodell. A dor viceral concomitante à contração uterina pode perfeitamente ser comparada à dor "test" da pele.

Ao que parece, o útero tem uma dupla inervação através o gânglio de Frankenhäuser e os nervos ovarianos dos dois lados. Evidentemente o simpático fornece nervos motores e sensitivos às fibres musculares circulares do útero e colo e as fibres musculares longitudinais teem sua inervação sensitiva e motora do parassimpático ou porção craniossacra do sistema nervoso autônomo.

A dor no primeiro período varia de 0 a 10 dols e depende sobretudo do forçamento e dilatação do colo. Os impulsos sensitivos podem ser abrandados por drogas e técnicas que tornem mais lentas as contrações uterinas. A heroina, morfina e Demerol, e morfina e escopolamina são de grande valor para conseguir êsse objetivo. Êles teem ação sôbre o sistema nervoso autônomo central.

A dor no segundo período do parto tem uma intensidade de 10½ dols e é grandemente devida ao forçamento e dilatação da vulva e períneo, inervados por nervos sensitivos somáticos. Pode ser controlada pelo bloqueio podendo, anestesia caldal e sacra, ou por anestésicos gerais.

O regime conhecido por "parto natural" não tem qualquer ou somente pouco efeito sôbre a intensidade da dor do parto. Entretanto, êle produz uma reação satisfatória na paciente, comparável à que se obtem com doses moderadas de heroina, morfina ou Demerol, e morfina e escopolamina, em contraste com as pacientes não preparadas e não medicadas.

Êste método de controle psicológico do parto orienta o tipo de reação mas não diminui a dor que a paciente sofre.

Em virtude do complexo de aspectos fisiológicos, neurológico e farmacológico do primeiro e segundo períodos do parto, uma combinação de drogas analgésicos e anestésicos e de diferentes técnicas parece dar melhores resultados do que o emprego de agentes únicos. Êstes analgésicos obstétricos agem central e perifericamente. — *Cid Braune F.º*

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES

Intersexo *(Intersexo)* — CASAS, PEDRO FREDERICO FIGUEROA; *FORT*, ADOLFO; CID, JOSÉ M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:176, Setembro, 1950).

Os AA. apresentam um caso de intersexo do tipo pseudo-hermafrodita masculino completo de Klebs; a idade era de 16 anos, tendo sido retirado um testículo aos 10 anos e outro aos 16 anos.

Fazem um estudo do caso, com a apresentação da observação que é minuciosamente descrita, inclusive das peças extirpadas, e exame anátomo-patológico.

Assim concluem a interessante comunicação:

1.º) A secreção de gonadotrofinas era normal e não se modificou depois da extirpação do testículo.

2.º) A secreção de estrogênios não era apreciável pela citologia vaginal. Clinicamente não era sôbre a constituição somática geral e em especial sôbre as mamas. Nula sôbre os órgãos genitais externos. Os testículos, deficientes de células de Sertoli, não eram a fontes dêstes estrogênios, porque a extirpação não modificou as características descritas. Fica como origem provável dêles, as córtico-suprarrenais. Os 17-cetoesterois, normais antes da operação, caíram depois da mesma.

3.º) A ação de grandes doses de estrogênios depois da operação, só acentuou os caractéres femininos pré-existentes, porém, não desenvolveu os genitais hipoplásicos nem o félo sexual. Trata-se de uma provável refratariedade dêstes órgãos ezetivamente.

Fotografias e microfotografias ilustram o trabalho. — *A. F. Santos*

Nossa manobra de impulsão uterina aplicada ao parto *(Nuestra maniobra de impulsion uterina aplicada al alumbramiento)* — SCHWARTZ, RICARDO; PINTO, ROBERTO M. — (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:193, Setembro, 1950).

No período expulsivo do parto, os AA. empregam uma técnica pessoal que julgam superior à clássica de Kristeller.

Fazem o estudo do processo, mostrando que o parto normal se processa em três tempos e para a boa compreensão do método usado, vários gráficos são apresentados.

A técnica é simples e também a manobra que praticam, dá melhores resultados que a de Credé.

As conclusões a que chegam os AA. são longas, porém, merecem ser transcritas para conhecimentos dos especialistas:

1) Nossa manobra impulsiva no parto, difere da simples expressão e da de Credé, pelo tipo e a forma da aplicação da fôrça.

2) Suprime a simples expressão na placenta desprendida e substitui a de Credé no parto patológico com vantagens, ajustando-se às mesmas indicações.

3) Dentro dos principais métodos mecânicos de expressão, é o que menos expõe aos desprendimentos parciais ou a rara, porém, temível inversão uterina, porque a superfície sôbre a qual se aplica a fôrça, é muito maior e a pressão é uniforme. Por esta mesma razão, é também menos dolorosa que, a manobra Credé, quando é praticada sem anestesia.

4) O rendimento mecânico, é superior ao dos outros métodos.

5) Nas mulheres obésas, de paredes abdominais distendidas, nas que, os outros métodos as vêzes são impraticáveis, nossa manobra dá excelentes resultados.

6) Aconselhamos utilizá-la em tôdas as distocias do parto, antes de recorrer a métodos mais complicados e perigosos.

Os AA. praticaram as manobras impulsivas na operação cesárea-adominal.

Para saída da cabeça, exercemos a manobra sôbre o fundo do útero, através as paredes abdominais, cobertas pelas compressas.

E quanto à placenta utilizamos a manobra uma vez que, o útero se contrae sob o efeito de pitocin endovenoso, usado sistemàticamente.

Nas versões e extrações podálicas, quando havia dificuldades no desprendimento da cabeça derradeira, esta manobra nos tem prestado muito bons serviços. — *A. F. Santos*

Carcinomas simultâneos no ovário e útero *(Carcinomas simultaneos en el ovario y utero)* — SARDI, Juan Luis; ARRIGHI, Leoncio A. (*Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires*, 29:198, Setembro, 1950).

Apresentam os AA. a observação de uma mulher de 55 anos, solteira, portadora de carcinoma do endométrio e de um tumor poliposo papilífero do ovário esquerdo.

cocitos e sangue. Concluindo, o A. afirma que os hormônios sexuais, especialmente os estrogênicos endógenos interferem na concerização do colo. — *H. Stoltz*

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Hernia diafragmática estrangulada complicando o parto *(Strangulated diaphragmatic hernia complicating delivery)* — PEARSON, SUBERT C.; PILLSBURY, STIRLING G. e Mc CALLUM, MAC WINSTON — (J. A. M. A., 144:22, Setembro, 1950).

Os AA. apresentam um caso que pensam ser o segundo na literatura médica tratado com sucesso. Refere-se a mulher, branca, com 31 anos de idade, primípara que depois de ter dado a luz a uma criança normalmente, foi presa de dores, vômitos e mal-estar. As dores se localizavam no abdome e hemitórax esquerdo.

O diagnóstico de hernia diafragmática estrangulada foi feito com o auxílio dos raios X e a doente preparada para a operação.

Durante o ato operatório verificou-se que sòmente o colo descendente se encontrava na cavidade peritoneal, estando o resto do tubo gastro-intestinal na cavidade pleural esquerda. Havia um niatus de cerca de 7 cm. de extensão na cúpula diafragmática esquerda. Procederam os AA. à manobra de fazer voltar êsses órgãos à cavidade peritoneal o que foi relativamente fácil devido a paciente ter estado grávida, fechando em seguida o orifício de passagem com pontos separados de algodão n.º 20.

Fazem a seguir comentários em torno do caso e chamam atenção para a importância do roentgenograma das pacientes grávidas logo após sua entrada no hospital.

Numerosas radiografias do caso acompanham o artigo. — *Alipio Augusto*

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano XVI | Abril de 1951 | Vol. 31 - N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Tratamento das fístulas uro-genitais complicadas — Dr. LICINIO H. DUTRA 199

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Câncer do Endométrio — Dr. Pedro Ayres Netto 209

EDITORIAL

Verificação da ovulação pelo "Teste de Farris" 237

NOTAS E COMENTÁRIOS

I Curso Brasileiro de Fertilidade e Esteribilidade da Sociedade Brasileira de Esterilidade 240

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Les douleurs de l'accouchement, analgésie et anesthesie — HENRI VIGNES 241

Factos about the menopause — MAXIME DAVIS 242

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTERILIDADE

Ata da sessão dedicada à eleição da nova diretoria 243

RESUMOS

(Ver índice próprio)

SAM

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

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

Ano XVI ABRIL DE 1951 Vol. 31 — N.º 4

ANAIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA

Diretor e proprietário — Prof. ARNALDO DE MORAES
Redator-chefe — Prof. FRANCISCO VICTOR RODRIGUES
Redator-secretário — Doc. Dra. CLARICE DO AMARAL
Secretário de Redação — Dr. ERICSSON S. LINHARES

REDATORES

Docentes Drs. Alvaro de Aquino Salles — Antonio Vespasiano Ramos — Alderico Felicio dos Santos — João Paulo Rieper — Mario Pardal — Nelson G. Nogueira — Drs. Antonio A. Couri — Alipio Augusto Camello — Cid Braune Filho — J. C. Sthel Filho — Nelson de Castro Barboza — Orlando Baiocchi — Raymundo Santos — Rodolpho Marques da Cunha.

COLABORADORES

Rio de Janeiro: Profs. O. Rodrigues Lima, Clovis Corrêa da Costa, Jorge de Rezende — S. Paulo: Profs. Raul Briquet, José Medina, Ayres Netto, Alvaro Guimarães F.º — Minas Gerais: Profs. Clovis Salgado, Otto Cirne, Lucas Machado — Bahia: Prof. Alicio Peltier de Queiroz — Pernambuco: Profs. Monteiro de Moraes, Martiniano Fernandes.

ASSINATURAS:

Brasil, ano, Cr$ 120,00; registrado, Cr$ 150,00
Estrangeiro, ano, Cr$ 150,00 (U. S. $7,50)
Número avulso, Cr$ 15,00

Publicidade: M. MONTEIRO DE BARROS

As reclamações sôbre 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.

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.

A correspondência deverá ser endereçada ao Secretário de Redação,
Dr. ERICSSON S. LINHARES

Os pedidos referentes a assinaturas e seu pagamento deverão ser dirigidos diretamente a M. MONTEIRO DE BARROS, Caixa Postal 1289, Rio de Janeiro.

ÍNDICE DOS RESUMOS

Com o intuito de facilitar o conhecimento do original dos artigos resumidos, forneceremos aos colegas que desejarem, a reprodução fotográfica dos trabalhos solicitadas. Pedidos a esta Redação para envio de orçamento.

. *Págs.*

A síndrome de Laurence-Moon-Biedl: um complexo sintomático confuso — KEIFER, W. S.; WORTHAM, J. T.; ZANARTU, J. e HAMBLEN, C. 247

A garantia atual da operação cesareana. Revisão de 1.192 casos com mortalidade materna nula — McLEAN, L.; McDOWELL, H.; NICHOLS, D. e WILDACK, R. H. 248

Os resultados do tratamento com hapteno Rh — HAMILTON, E. G. e BROCKLAND, M. 249

Estudo comparativo dos testes químicos para o diagnóstico precoce da gravidez, incluindo uma nova determinação colorimétrica — MERKEL, R. 249

Operação cesareana. 10 anos de observação em um hospital pequeno — CONTI, E. A. 249

Histerossalpingografia no estudo da esterilidade — HOLMAN, A. W. 250

Uma comparação de Primíparas moças e idosas — ARNOT, P. H. e NELSON, D. R. 250

Motilidade da cintura pélvica durante a menstrução — COBB, St. W. MENGERT, W. F. 251

Inseminação artificial — RUSSEL, M. 251

Câncer da mama: classificação, critério de incurabilidade e tratamento — PORTMANN, U. V. 251

Patogenia e tratamento do hiperestrogenismo — JAYLE, M. F. e VALLIN, Mme. Y 252

Contribuição ao estudo anátomo-histopatológico da eclâmpsia e eclampsismo — CRIADO ALONSO, M. S. 254

Valor da reação de Black no diagnóstico humoral das neoplasias genitais — DI FONZO, N. O. e VEGA, J. A. 255

Topografia do apêndice na gravidez — IRAETA, D. e MIRANDA, J. V. R. 255

O câncer intraepitelial. Colpografias em côres de A. Wespi — JAKOB, A.; BENAVENIA, M. e ESCALANTE, D. 256

Detalhe técnico relativo à hemostasia em cirurgia vaginal — WEBER, E. 257

O fator tubário na esterilidade. Seu diagnóstico pela insuflação quimográfica — PUIGMACIA, L. P. 257

ladas nessa síndrome, e que inclue pacientes relatadas na literatura, indica que mulheres com as características da síndrome, como originalmente descritas, são muito raras. Em nenhuma delas foi o hipogonadismo consignado como o de aplasia congênita ou hipoplasia dos ovários com hipergonadotropinia ou como aquela devida a estímulo hipofisário deficiente, como se manifesta pela hipogonadotropina. Como uma digressão, dados de pacientes homens rotulados com a síndrome de LAURENCE-MOON-BIEDL foram discutidos e as mesmas conclusões foram alcançadas relativamente ao hipogonadismo que aqueles observados na mulher. Julgam os autores que no futuro, a síndrome de LAURENCE-MOON-BIEDL só deve ser diagnosticada quando o pintado clássico de característicos, originalmente descrito, está presente.

O hipogonadismo dêstes pacientes deve ser real e não presuntivo ou prognosticado. Além disso, insistem em que o hipogonadismo seja confirmado pelas dosagens de gonadotropinas urinárias, das 17-cetosteróis urinários, biópsias de testículo, e outros métodos apropriados.

Isto feito, sugerem que a síndrome seja subdividida, de acôrdo com os achados, em subgrupos de aplasia congênita e hipoplasia ovariana ou aplasia congênita, hipoplasia ou degeneração dos testículos. — *A. A. Salles*

A garantia atual da operação cesareana. Revisão de 1.192 casos com mortalidade materna nula *(The present day safety of cesarean section. A Review of 1.192 cases with no maternal mortality)* — McLEAN, LEWIS, McDOWELL, HUGH, NICHOLS, DAVID e WILDHACK, ROBERT H. — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:860, Outubro, 1950).

A operação cesárea é, hoje em dia, um processo altamente garantido para mãe e filho.

Dada esta alta segurança pode haver um alargamento das indicações em benefício da criança e também da mãe.

A intervenção mais precoce resultará em menores mortalidades materna e fetal.

O emprêgo liberal de sangue e antibióticos contribuirá apreciàvelmente a baixar a mortalidade materna. — *Cid Braune F.º*

Os resultados do tratamento com hapteno Rh *(The results of treatment with Rh hapten)* — HAMILTON, EUGENNE G. BROCKLAND, MARY — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:?, Outubro, 1950).

Dizem os AA. que na dosagem em que foi empregado nos casos apresentados, o hapteno Rh não produziu anticorpos Rh negativos em mulheres Rh negativos sensibilizadas grávidas ou não. O hapteno não pareceu influir favoràvelmente sôbre a sobrevida fetal.

Certas restrições a esta interpretação poderão ser feitas se levarmos em conta os títulos dos anticorpos. — *Cid Braune F.º*

Estudo comparativo dos testes químicos para o diagnóstico precoce da gravidez, incluindo uma nova determina colorimétrica *(A comparative study of chimical tests for the early diagnosis of pregnancy, includind a new colorimetric determination)* — MERKEL, RICHARD — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:827, Outubro, 1950).

Apresenta o A. um estudo comparativo de 4 testes químicos de gravidez feitos em 597 mulheres.

Descreve ainda minuciosamente um processo de determinação colorimétrica de estrona livre na mama de mulheres grávidas que é novo, simples, rápido, precioso e barato.

É demonstrado também o valor do teste de precipitação do pregnandiol nos casos de abôrto em evolução.

São mostrados os erros d oteste de histidinúria que o tornam pouco exato para ser usado na clínica. — *Cid Braune F.º*

Operação cesareana. 10 anos de observação em um hospital pequeno *(Cesarean section. A ten year survey in smaller-hospital)* — CONTI, EUGENE A. — (*Am. J. Obst. & Gyn.*, 60:851, Outubro, 1950).

A incidência em 10.999 partos fo ide 1.09% de cesáreas. A mortalidade materna foi nula e a fetal de 13.5%.

A mortalidade materna global não corrigida foi de 0.11%; a fetal não corrigida foi de 4.39%; a fetal corrigida foi de 2.05%. — *Cid Braune F.º*
