

PROF. ALFONSO BOVERO

Não refeito ainda da rudeza do golpe doloroso e brusco, eis-me a dizer um pouco do muito que perdemos com o desaparecimento do PROF. ALFONSO BOVERO.

Pertencente a esta Casa, amigo sincero della como de todas as sociedades medicas ou scientificas bem intencionadas, neste mesmo recinto por muitas vezes se fez ouvir, relatando suas pesquisas ou prestando homenagem a uma collega de ideal, companheiro immediato ou Mestres outros, revestindo a sua palavra sempre austera e serena de toda a belleza da sua grande alma.

Hoje, aqui estamos reunidos, reverentes, em preito de sentida saudade pelo nosso Mestre querido.

Bem consciente estou das difficuldades da analyse da excepcional personalidade do PROF. BOVERO. Não fossem motivos imperiosos, não sahiria eu do recôlhimento a que minhas tendencias me conduzem a sentir em silencio a violencia, a crueza da dôr que, seja-me permittido dizer, me fére particular e intensamente. Que não se veja nesta minha modesta allocução, senão uma resenha summaria do labor fecundo e uma enumeração apenas dos traços caracteristicos da obra e da figura gigante do Mestre e Amigo, de quem não se sabe o que mais admirar: se a integridade de caracter e sensibilidade de sentimentos ou a capacidade de trabalho e robustez de intelligencia. E perdoar-me-eis se deixar transparecer aqui ou ali uma parcella da emoção que me domina.

Nasceu o PROF. BOVERO a 26 de novembro de 1871, em Pecetto Torinese. Termina com brilhantismo não commum o curso de Hu-

(*) Oração proferida na sessão solene promovida pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em memoria do PROF. ALFONSO BOVERO, a 13 de Maio de 1937.

Mais tarde, voltando a gestante em trabalho de parto, os AA. procederam á ligadura e secção da base do septo e, em seguida, a uma extração a forcipe, após episiotomia. Puerperio normal e alta após 14 dias, sem novidades.

Voltando a novo exame depois de alguns meses, firmaram os AA. o diagnostico de *uretus bicornis unicollis cum vagina septa*.

Proseguem os AA. fazendo um rapido estudo das malformações genitais, detendo-se na classificação de KERMAUNER e terminam apresentando os seguintes ensinamentos praticos que esses casos fornecem:

- 1) Podem existir malformações tão extensas como a que foi descrita, sem nenhum sintoma;
- 2) Ao encontrar-se vaginas septadas deve-se sempre pensar em malformações uterinas;
- 3) Não ha contra-indicação para uma gravidez.
- 4) Deve-se, quando possivel, praticar a secção do septo antes da gestação;
- 5) Se a doente estiver em trabalho de parto o septo deve ser seccionado antes do periodo expulsivo, pois a rutura do septo, no momento da passagem da cabeça fetal pode acarretar hemorragia mortal.

P. GORGA.

LEON, JUAN — Nova cesarea istmo extraperitoneal por artificio. (Com fixação de compressas impermeabilizadas ao peritoneo visceral). — *Arch. Urug. de Med. Cirurg. y Esp.* — Janeiro de 1936.

O principal objectivo do autor é expor sua modificação á tecnica da cesarea; consiste em isolar a cavidade abdominal por meio de compressas impermeabilizadas, constituídas por duas laminas de gaze de 10 x 20, tendo interposto uma substancia impermeavel — cofferdam; — refere o autor que o PROF. L. FRAENKEL usa como impermeabilizante o Mosetigbatist.

PROF. MAURITY SANTOS

Fui grande amigo e admirador do saudoso PROF. MAURITY SANTOS. Por isso, senti immensamente a sua morte, pela noção exacta de haver perdido simultaneamente um amigo dedicado e um incomparavel mestre.

Como gynecologista, o PROF. MAURITY SANTOS conseguiu aureolar o seu nome de invulgar prestigio, não só no Brasil, como no estrangeiro. E bem o mereceu, pois na sua pessoa se encontravam consorciados todos os predicados indispensaveis a um grande especialista.

Conhecedor profundo da gynecologia, para elle sem segredos, era dotado de larga visão clinica. Sabia, como ninguem, estudar a doente e a sua doença, traçando com segurança absoluta a orientação therapeutica mais consentanea com o caso.

Profundamente bom e modesto, receava provocar melindres e despertar resentimentos. Procurava expôr os seus pontos de vista, sempre transbordantes de ensinamentos, com extraordinario tacto, collocando-se na discussão antes como collega do que como o mestre consumado que era.

Entretanto, a força dos argumentos adduzidos, de solida base scientifica, pois eram inspirados pela sua longa e honesta observação, fazia sentir logo a sua esmagadora superioridade.

Quantas e quantas vezes, quando me preparava para o concurso de 1935 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, não

pequeno grupo de casos, entretanto, a cirurgia frequentemente combinada com a radioterapia post operatoria é ainda um procedimento racional e neste grupo devem se colocar os casos de tipos precocemente radio resistente, nos quais a paciente está em boa situação operatoria e o cirurgião bem treinado na tecnica da operação radical.

JOSÉ GALLUCCI

GUSTAFSON, GERALDO W. (*Indiana*) — Estudo critico das cesareas feitas durante oito anos no Hospital William H. Coleman — *Surg. Gyn. and Obst.* Vol. 64, n.º 6, Junho, 1937.

O A. termina o seu trabalho com um resumo e as seguintes conclusões: Todas as cesareas praticadas desde o inicio do Hospital (1927) até esta data (1936), foram revistas. A media anual não tem aumentado de maneira sensivel. A menor foi em 1929 (3,%), e a maior em 1932 (5,%), o que dá uma media total de 4,8%. Durante este periodo atuou a mesma equipe e as indicações não foram ampliadas. Variou a tecnica até então praticada com grande frequencia, adoptou-se a cesarea cervical baixa, com a incisão de Pfannenstiel. Um fato notavel recomendou a pratica desta tecnica: foi a baixa consideravel da mortalidade materna. Assim, sendo de 11,1% até 1931, baixou para 3,7% nos anos de 1932, 33,34 e 35. A mortalidade para todas as operações classicas foi de 8,4%; para a tecnica baixa, com incisão transversal ou longitudinal, foi de 3,7%.

A indicação mais frequente foi por vicio de bacia, muitas das mulheres já estavam em trabalho de parto. A indicação seguinte foi tambem para vicios de bacia, mas em casos electivos (cesarea electiva).

Emquanto a cesarea classica dá para estes casos 9,1%, a baixa cervical dá 4,2%. Nos casos electivos, a classica dá 2 mortes em 79 casos (3,7%) e a cervical baixa 0 em vinte casos.

Para placenta previa ha 18 classicas com 3 mortes e 11 baixas com 0 mortes. Para toxemias, excepto a convulsiva, ha 35 casos com 1 morte, enquanto que na eclampsia ha 17 casos com 5 mortes.

Em 5 casos de "abruptio placentae" todas curadas. Em 3 casos de rutura de utero tambem todos curados. A causa mais frequente de morbidade e foi a pielite e de mortalidade foi a peritonite e infecção. A mortalidade fetal foi de 4,8%.

Conclusões: 1.º) O maior fator de redução da mortalidade após cesareas foi o uso da incisão cervical baixa.

2.) A cesarea cervical baixa é mais segura que a classica quer nos casos que entraram em trabalho de parto quer nos casos electivos. Nestes casos e naqueles, em que o segmento inferior ainda não se formou, a incisão transversa com a tecnica de Pfannenstiel é um processo satisfatorio.

3.º) Pelo estudo destas estatisticas, verifica-se, que, substituindo a cesarea classica pela cervical baixa poder-se-ia reduzir a mortalidade pelo menos de 50% como já predisse de LEE em 1933, nos "Anaes de Obstetricia e Ginecologia".

JOSÉ GALLUCCI

INDICE

	Pag.
TRABALHOS ORIGINAES	
CLOVIS CORRÊA DA COSTA — Mioma do ligamento largo	1
ERICH FELS — O valor prático das determinações hormonais quantitativas do organismo da mulher	9
BENEDITO TOLOSA — Enfermeira instrumentadôra e cirurgia sincronizada	21
J. ONOFRE DE ARAUJO — Distúrbios do metabolismo dos glícidios na prenhez	33
BIBLIOGRAFIA	
TALES MATINS — Tratado de endocrinologia (glandulas sexuais e hipófise anterior)	49
Congresso Internacional de Obstetrícia e Ginecologia	51
REVISTA DAS REVISTAS	
OXEL OLSEN — Maternidade precoce	52
KAERN, T. — Sôbre o parto dos fetos hipermegáticos	53
ESSEN-MOLLER — A rotura prematura das membranas tem influencia na evolução do trabalho?	54

METRICIDINA

VACCINA ORIGINAL POLYVALENTE, ESPECIFICA DAS METRITES, SALPINGITES, OVARITES, etc. preparada por processo especial pelo PROF. DR. ALEIXO DE VASCONCELLOS, membro da Academia Brasileira de Medicina e Docente de Microbiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

NÃO DÁ REAÇÃO

AMOSTRAS: — Com o Distribuidor para S. Paulo

FRANCISCO SANTOS

TEL.: 2-6634

CAIXA POSTAL, 418

S. PAULO

Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL

DIRETORES

RAUL BRIQUET
Prof. de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina

N. DE MORAES BARROS
Prof. de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina

ATHAYDE PEREIRA
Cirurgião Urólogo em São Paulo

A. GUIMARÃES FILHO
Assistente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina

JOSE MEDINA
Assistente de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina

BENEDITO TOLOSA
Assistente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina

J. ONOFRE DE ARAUJO
Assistente de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina

CONSELHO DE REDAÇÃO

ARTHUR WOLFF NETTO
EDGARD BRAGA
EDWIN FRED. ZINK
ERICH MÜLLER-CARIOBA
FELIX V. DE QUEIROZ
JOSÉ BARBOSA DE BARROS
JOSÉ DE PAULA DIAS
JOSE ORIA

LEITE BASTOS
OLIVEIRA PIRAJÁ
PAULO DE GODOY
PAULO C. DE CASTRO
RENÉ MENDES DE OLIVEIRA
SYLLA ORLANDINI MATTOS
WALDEMAR H. CARDIM
WALDEMAR DE SOUZA RUDGE



EDITOR

MARCIAL RIBEIRO DE SOUZA

Redação e Administração

Rua Barão de Itapetininga, 18 - 1.º andar - Fone 4-3822

SÃO PAULO :—: BRASIL

MIOMA DO LIGAMENTO LARGO

CLOVIS CORRÊA DA COSTA

Docente de Clínica Ginecológica e Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina. Chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle — Rio de Janeiro

Os miomas dos ligamentos do útero, em contraposição aos do miométrio, são tumores raros. Os ligamentos redondos são passíveis de formações adenomiomatosas, mais que qualquer outro ligamento; os adenomiosas porém, constituem tumores de natureza especial, cuja etiologia se afasta inteiramente dos miomas propriamente ditos. Como achado operatório, temos um caso de mioma do ligamento útero-ovariano inteiramente silencioso, sem a menor representação clínica.

Na ocorrência que hoje trazemos a lume, trata-se de tumor volumoso, desenvolvido em pleno ligamento, cujas folhas foram desdobradas, insinuando-se a neoformação na direção do sacro, sob o peritônio. Êsses tumores primitivos do ligamento largo são raros, não obstante ter STROHECKER, em sua tese, reunido 50 casos.

Na literatura nacional que compulsámos, encontrámos um único caso, o dos DRS WILKEN e PERES, de S. Paulo. O meu mestre e amigo DR. QUEIROZ BARROS relatou-me verbalmente duas observações semelhantes de mioma do ligamento largo.

Os recém-nascidos eram normais, com peso inferior a 3.000 grs. em 202 casos, tendo suas mães demonstrado serem boas nutrizas, exceção feita para as de 13 anos que não criaram seus filhos.

Estudando a idade do pai dessas crianças verificou o A. que via de regra, eram pais idosos e parentes.

Terminou afirmando que a maternidade precoce por si só não justifica a interrupção da prenhez.

Submetido o trabalho à discussão no 2.º Congresso da Associação Nórdica de Obstetrícia e Ginecologia, em Compenhague, ESSEN MOLLER afirmou que as conclusões do A. eram contrárias às suas quando estudou a idade ótima para o 1.º parto na Clínica Ginecológica de Lund, tendo assinalado que encontrou 22 anos como a melhor idade, e que abaixo dessa as dificuldades eram inversamente proporcionais à idade.

HAUCH discutindo o trabalho de OLSEN fez comentários sobre os fatores psíquicos que poderiam ter influido durante a fase da concepção, deixando entrever a possibilidade da interrupção da prenhez como medida eugênica.

J. ONOFRE ARAUJO.

KAERN, T. — Sobre o parto de fetos hipermegáticos. *Acta, Abst. e Gin. Scandinava*, vol. XVI. fas. 2, 1936.

O A. faz o estudo da evolução clínica do parto de 228 casos em que os fetos tinham peso superior a 4.500 grs, tendo considerado este peso como o limite, acima do qual as dificuldades mecânicas começam a se tornar mais contraditórias. A frequência de recém-nascidos com peso superior àquella foi de 0,92% i. é, 228 fetos em 24.644 nascimentos no hospital de Riga, em Copenhague, onde foram colhidos estes dados, no período de 1920 a 1934.

Demonstrou, como já houvera feito WINKEL em 1901, o fator da prenhez prolongada como causa do gigantismo fetal, baseando a duração da prenhez na data da última menstruação, verificada em anamneses repetidas. No entanto outros fatores foram encon-

trados como: raça, constituição, hereditariedade, idade e multiparidade.

Alude à afirmação de PINARD de que o repouso durante a prenhez favorece o crescimento fetal; e certas moléstias, como o diabete não tratado pela insulina, que, via de regra, concorre para o gigantismo fetal.

A evolução clínica do parto encontra dificuldades reclamando intervenção obstétrica em 19,3% dos casos quando segundo ZAN. GEMEISTER a média das intervenções é de 9,4%.

Distócia muito frequentemente observada (13,6%) foi a da expulsão do cinto escapular; depois de se referir aos processos empregados pelos diversos autores para solucionar tais casos, descreve o método usado no serviço do PROF. HAUCH: expressão e tração para trás sôbre a cabeça, seguida de abaixamento do braço posterior tendo às vezes que recorrer a cleidotomia.

As hemorragias da dequitação foram freqüentes, (24,1%) assim consideradas as perdas sanguíneas superiores a 500cc.

A morbidade puerperal é maior, pois a freqüência das intervenções, os partos mais demorados e as hemorragias da dequitação, são fatores que intervêm na anormalidade do puerpério.

A mortalidade infantil é alta (14,9%), comparada com a mortalidade global do serviço, orçada em 3,2%.

Termina aconselhando que na suspeita de feto gigante, para cujo diagnóstico o Raio X é subsídio precioso, se promova o início do trabalho quando o feto atinge o pêso normal.

J. ONOFRE ARAUJO.

ESSEN-MOLLER — A rotura prematura das membranas tem influência na evolução do trabalho? *Acta Obst. e Gin. Scandinava*, vol. XVI, fas. I, 1936.

O A. se propôs estudar a evolução do parto nos casos de rotura prematura da bolsa, baseado em 1.000 observações de rotura espontânea e 300 de rotura artificial, antes do início das contra-

MÉTODOS OPERATÓRIOS ABDOMINAL E VAGINAL EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (*)

PROF. L. FRAENKEL — Breslau

A. MARTIN - DÜHRSEN (Berlim), SCHAUTA-WERTHEIM (Viena), PEAN-DOYEN (Paris), V. OTT. (S. Petersburgo), demonstraram os métodos operatórios vaginais a gerações de médicos, entre os quais eu me incluo, e desde então êstes métodos foram absolutamente aceitos em ginecologia. Como resultado, durante muitos anos as vantagens e desvantagens das operações pelas vias abdominal e vaginal, foram àrduamente discutidas. Sòmente nestes últimos 10 anos terminou a discussão, porque todos os argumentos foram exgotados e porque cada ginecologista usou o método que serviu para sua técnica em casos individuais; mas mesmo assim não há dúvida que a via vaginal continua a perder o apoio, exceptuando-se sòmente para o *carcinoma uterino*. Muito recentemente alguns autores desejaram excluir inteiramente os métodos vaginais mesmo em obstetrícia, com excepção das aplicações de *fórcipe*. Uma discussão do problema parece de grande valor até o presente momento.

I — GINECOLOGIA

Vamos iniciar com as operações ginecológicas.

Um excelente exemplo do fato de que a indicação da operação vaginal é muito raramente considerado é o — 1) *Mioma*. Sem

(*) Conferencia realizada na Secção de Obstetrícia e Ginecologia da Ass. Paul. de Medicina.