Anno II JUNHO DE 1937 Vol. III - N.º 6

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

UNIVERSIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Junho de 1937 | Vol. III — N.º 6

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Ureter "gynecologico" e seu radio-diagnostico — PROF. DR. ALCINDO DE FIGUEIREDO BAENA 479

Parto a forceps após operação de Halban — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES 504

SECÇÃO EDITORIAL

O ensino da Gynecologia 509

NOTAS E COMMENTARIOS

† John D. Rockefeller 514

Congresso Nacional de Obstetricia e Gynecologia nos Estados Unidos. 515

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Estudo semiologico do seio — JOÃO ALFREDO 516

Contribuição clinica e therapeutica ao estudo da trichomoniase genital feminina — J. ADEODATO FILHO 517

"Arquivos de cirurgia clinica e experimental" 517

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA
PELO
GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

PARTO A FORCEPS APÓS OPERAÇÃO DE HALBAN *

PROF. DR. ARNALDO DE MORAES

Professor Cathedratico de Clinica Gynecologica da Universidade do Brasil

Tive opportunidade de communicar na sessão de 15 de Outubro de 1934, ao Collegio Brasileiro de Cirurgiões, tres operações de HALBAN que havia praticado em 21 de Junho de 1932, 11 de Julho de 1934 e 7 de Agosto de 1934, respectivamente. Nessa occasião achei que se deveria associar o nome do illustre gynecologista viennense ao do notavel anatomista TANDLER, fundado em cujos conhecimentos anatomicos no terreno da anatomia da região, pôde HALBAN methodizar a sua magnifica technica da cura do prolapso e da retroflexão. Continuo a achar que é, até certo ponto, de todo justo, que se designe a "vesico-suspensão alta do utero", nome que KROPP suggere para a "vesico-fixação alta do utero", como operação de HALBAN-TANDLER.

Nos commentarios que fiz, nessa occasião, a essa associação scientifica, citei textualmente *(V. Boletim do C.B.C., N.º 7-8, Vol. V, pags. 70 a 72)*, do livro do Prof. HALBAN — "Gynaekologische Operationlehre", 1932, as seguintes phrases: "Os resultados duradouros são excellentes, não sendo obstadas a capacidade de ficar gravida e a de dar á luz" (pag. 139). E então dizia eu: "Evidentemente, isso não tem importancia no caso de mulheres na menopausa, mas accentua, ainda mais, ser o processo capaz de restaurar a posição dos orgãos, sem lhes perturbar a physiologia, attendendo á etiopathogenia do prolapso genital." Tambem me referi, citando HALBAN (pag. 138), ás difficuldades maiores da execução do processo quando se trata de retro-flexão e não de prolapso: "Emprego esse methodo com os melhores resultados como operação independente para a retro-flexão. E' nas mulheres multiparas facilmente exequivel, emquanto que nas nulliparas é difficil, e em geral melhor substituida pelos methodos abdominaes."

Posteriormente, em Janeiro de 1936, publiquei nos "Annaes Brasileiros de Gynecologia", N.º 1, Vol. I, um artigo

---

* Communicação á Sociedade Brasileira de Gynecologia em 21/5/1937.

"Sobre o tratamento cirurgico do prolapso genital", em que condensei, sob ponto de vista didactico, meus conhecimentos hauridos na litteratura extrangeira e nacional sobre o thema, bem como nos estudos anatomicos que realizei, documentando o meu trabalho com sete observações, em que havia executado essa technica cirurgica vaginal, quer em casos de prolapso, quer de retro-flexão do utero.

Depois dessa publicação, isto é, de 18 de Janeiro de 1936 até 4 de Fevereiro deste anno, pratiquei mais oito operações de HALBAN-TANDLER, 4 na minha clinica particular, 3 no serviço da Faculdade Fluminense de Medicina e 1 na Clinica Gynecologica da Universidade do Brasil, sob minha direcção.

Exactamente o primeiro destes oito ultimos casos, constitue o motivo desta communicação á Sociedade Brasileira de Gynecologia, que ora faço. Como se deprehende tenho uma casuistica ainda modesta, mas isso me permitte falar com mais autoridade do que o que nada ou quasi nada possue e que se limita a copiar e plagiar o trabalho alheio, imaginando, no seu pensamento de farçante, que o que se escreve fóra do Brasil em allemão não é aqui lido pelos outros, sendo necessario recorrer a livrecos confusos, mal copiados, para se ter noção sobre uma intervenção tão claramente explicada nos livros plagiados, inclusive nas gravuras dahi copiadas, sem referencia á origem.

Observação

Senhora B.P., branca, casada, brasileira, 30 annos, procurou-me, no consultorio, em 14 de Julho de 1934, matriculando-a sob numero 2346 de meu fichario.

Antecedentes hereditarios: Pai vivo, de saude. Mãi fallecida de parto.

Antecedentes pessoaes: Primeiras regras aos quinze annos, depois sempre irregulares, abundantes; amenorreica durante um anno no collegio. Casou-se ha nove annos. Teve tres filhos todos vivos.

Gestação actual: Ultimas regras de 20 a 27 de Novembro de 1933.

Exame: "Habitus hyposthenicus", longinea. Altura: 1,67. Peso: 60,900 (no setimo mez e meio). Bacia: SPE = 20,5 BE = 22 BC = 26. Fundo do utero cinco dedos acima da cicatriz umbilical, apres. cephalica, esquerda, feto vivo. Perineo frouxo, cystocele.

Marcha da gestação e parto (resumo): A' paciente muito anemiada prescrevi Figadex, Arrheno-ferrol, Glucalbet, Anemotrat, durante toda a gestação. Deu á luz em 25 de Agosto de 1934, a um feto vivo, pesando 3400 grs., após 1 cc. de Orastina fraca. Depois do secundamento 1 cc. de Gynergène. Puerperio normal.

Exame post-partum: Em 7 de Nov. de 1934: Informa que fora regrada em pequena quantidade em 30 de Set. Utero em retro-flexão,

collo hypertrophiado, perineo rôto e frouxo (Esse diagnostico já havia sido feito pelo Prof. Hugo Werneck, em 1932, que lhe havia proposto uma operação plastica).

Preparo pre-operatorio: Exame de urina feito pelo Dr. Lindenberg em 10-1-1936 nada revelou de anormal. Tempo de coagulação 3 minutos e 40 (Sabrazès), retenção do coagulo: bôa. Reserva alcalina, 67 % (Van Slyke). Uréa 0,20. Hematias 4.200.000, leucocytos 5.900. Hemoglobina 65 % (Lindenberg). Prescrevi figado e ferro para o tratamento pre-operatorio.

Operação: Em 18 de Janeiro de 1936. Operação de Halban. Anesthesia geral pelo balsoformio. Não fiz a perineorraphia, porque a vagina parecia ter ficado bastante estreitada, talvez devido a resecção demasiada da mucosa vaginal. Além disso a intervenção foi demorada, pois é sempre mais difficil nos casos de retro-flexão, sem prolapso (V. Halban, livro citado). A doente previamente consultada, porque havia indicação para a esterilização tubaria (IVpara com anemia que se vem aggravando nas prenhezes successivas), recusou essa intervenção complementar por principios religiosos que foram respeitados.

Auxiliares: Mario Pardal e Alvaro Salles. Anesthesista: Mario Almeida.

Em 7 de Fevereiro de 1936 resolvi fazer a perineorraphia, com anesthesia local. As sequencias operatorias foram normaes das duas vezes.

Exame: em 10 de Março de 1936 verifiquei utero em ante-flexão, perineo optimo, o que revelava excellente resultado operatorio.

Gestação posterior: Em 23 de Outubro de 1936 fui procurado pela doente, em meu consultorio, informando-me que tivera as ultimas regras em 7 de Junho de 1936.

Exame: Utero com o fundo ao nivel da cicatriz umbilical, ausculta do coração fetal positiva. Peso 60k,600. Apresentava um vergão avermelhado no trajecto da veia saphena esquerda. Prescrevi vaccina antipyogena Bruschettini, antiphlogestina e, em 4 de Nov., Prontosil com excellente resultado.

Em 27 de Outubro o exame de urina revelou traços de albumina, acidos e pigmentos biliares presentes, alguns pyocytos e muitas cellulas epitheliaes (Lindenberg). Em 31 do mesmo mez: hematias 3.100.000, hemoglobina 45 %, valor globular 0,72, leucocytos 6.200, sendo basophilos 0, eosinophilos 3,1, neutrophilos 66,0 (formas jovens 0, nucleo em bastão 3,8, nucleo segmentado 62,2), monocytos 3,9, lymphocytos 17,0. Presença de anisocytose e poikilocytose e anisochromia. Não foram encontrados megalocytos, ausencia de pleocaryocytos (Lindenberg).

Durante a gestação a paciente fez intensivo tratamento contra a anemia: Campolon (10), Anemotrat, Paraganglina (hypotensão e adynamia accentuada), Inhepton, Hemostyl, Concentrat, foram "larga manu" prescriptos. Em Janeiro a paciente foi forçada a ir a Bello-Horizonte, de onde voltou nas vesperas do parto.

Em 4 de Janeiro de 1937 a formula hemo-leucocytaria (Lindenberg) era a seguinte: Hematias 3.688.000, hemoglobina 55 %, valor globular 0,74, leucocytos 10.100, sendo basophilos 0, eosinophilos 3,0, neutrophilos 74,7 (jovens 1, nucleo em bastão 7,0, nucleo segmentado 67,7), monocytos 5,3 e lymphocytos 17,0. Presença de anisocytose e poikilocytose em pequeno grão. Presença de rarissimos macrocytos. Ausencia de anisochromia. Ausencia de pleocaryocytos.

Parto: Em 16 de Fevereiro de 1937. Internou-se ás 16 horas. A's 18 e meia fui chamado de urgencia. A doente apresentava dôres expulsivas, mas a cabeça estava retida pelo collo, com accentuado edema no labio anterior. Esperei até 20 e meia, resolvendo fazer um forceps em direita anterior com anesthesia pelo balsoformio (Victor Rodrigues), após episiotomia á direita e depois de terminar a dilatação do collo manualmente. A intervenção foi feita cuidadosamente, sem maiores difficuldades. Feto vivo, 3200, masculino. Secundamento por expressão, após descollamento placentario. Feita a revisão do collo, o que realizo systematicamente depois de qualquer intervenção obstetrica, dei dous pontos no collo esgarçado á esquerda. Pontos a crina no perineo. Gynergène 1 cc. Sôro glycosado 500 cc. Puerperio normal.

Exame post-partum: O exame do apparelho genital em 24 de Abril de 1937 revela utero em ante-flexão moderada, mas que não desce pelo esforço; perineo alto, vulva de multipara. Tem continuado até agora o uso do Campolon.

Creio que esta observação é um documento positivo, em apoio das affirmações autorizadas de HALBAN, e por isso, merecedora de apresentação a esta Sociedade. Nem se diga que a cura do prolapso não merece discussão, pois agora mesmo acabei de receber um trabalho do Chile sobre a operação de HALBAN, o anno passado assisti em Buenos Aires á exhibição do filme do Prof. ROJAS sobre a operação de HALBAN (portanto não é cousa velha), por occasião das Jornadas Rioplatinenses de Obstetricia e Gynecologia, além disso as revistas allemães andam cheias de artigos sobre o assumpto (PORGES e ZIMMER, KROPP, etc.) e agora é thema do proximo Congresso de Gynecologia allemão o tratamento cirurgico do prolapso. Esse o motivo pelo qual aqui exponho o fructo da minha modesta, mas verdadeira, real, honesta contribuição cirurgica no tratamento do prolapso e da retro-flexão pela operação de HALBAN-TANDLER, com este caso de conservação dos resultados orthopedicos cirurgicos, após um parto a forceps.

Concluirei dizendo que as palavras de HALBAN: "Tambem permanecem os resultados orthopedicos inalteradamente bem, de regra, depois de um parto", tiveram, assim, no meu caso, plena confirmação.

Accouchement par forceps après opération de Halban

Résumé

L'A. a rapporté ses prémiers 3 cas d'opération de Halban au Collége Brésilien de Chirurgiens, le 15 octobre 1934.

Il a desormais atteint le nombre de 15 cas. Dans un d'entre eux il a eu tout dernièrement l'occasion de suivre un accouchement.

L'opération a été practiquée en janv. 1936. La paciente devint enceinte et accoucha le 16 fév. 1937. Comme il y avait un obstacle du

col qui deumerant gros et tumefié empéchait l'expulsion, l'A. dilata manuellement le col sous anésthésie et practiqua une extraction au forceps. Les suites ont été les meilleures et à l'examen posterieurement fait l'A. a eu la satisfaction de constater que l'utérus démeurait en bonne position et la malade gardait donc les bons résultats obtenus par l'opération plastique.

Il est ainsi entièrement d'accord avec Halban quand celui-ci soutient que "les résultats orthopédiques démeurent bons d'une façon inalterée après l'accouchement".

Forceps delivery after Halban's operation

Summary

The A. reported his first three cases of Halban's operation at the Brazilian College of Surgeons, October the 15th 1934.

Up to the present time he has performed 15 operations one of which in a pacient whom he has recently assisted in her confinement.

Being operated, january 1936 that pacient became pregnant and delivered february the 16th 1937.

To overcome cervix obstruction, which made expulsion difficult, the operator performed manual dilatation under anesthesia and delivered the pacient by forceps. Puerperium was normal.

At later examination the uterus was found in good position; the pacient kept all the results from operation.

That case is a confirmation to Halban's assertion when he says: "Orthopedic results remain durably good though the action of labor."

Zangengeburt nach Halban-Plastik

Zusammenfassung

Der Verf. hatte am 15. Oktober 1933 vor dem brasilianischen Kollegium fuer Chirurgie ueber die ersten drei von ihm nach der Methode von Halban operierten Faelle berichtet. Seitdem hat er insgesamt 15 Faelle operiert, von denen sieben im Januarheft des ersten Jahrgangs (1936) der "Annaes Brasileiros de Gynecologia" veroeffentlicht wurden.

Vor kurzem hatte er nun Gelegenheit, bei einer der operierten eine Geburt zu leiten. Die Operation war im Januar 1936 ausgefuehrt worden. Einige Monate danach wurde die Patientin schwanger und gebar am 16. Februar 1937. Bei der Geburt trat ein Hindernis seitens der Cervix ein, die geschwollen und derb blieb und die Austreibung erschwerte. Verf. dilatierte in Narkose und machte eine Zange. Das Wochenbett verlief normal. Bei der Nachuntersuchung hatte Verf. die Genugtuung, den Uterus weiterhin in guter Stellung zu finden unter Erhaltung des guten Resultats, das bei der Plastik erzielt worden war. Er kann somit vollauf bestaetigen, was Halban versicherte, wenn er sagte, dass die Resultate seiner Plastik auch nach Geburten unveraendert bleiben.

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Inversão uterina chronica de origem obstetrica — LEROUX, M. 519
Septicemia post-abortum tratada por injecção intra-venosa continua de sôro glycosado-alcoolizado. Cura. — CONTAMIN, R. e MOREL, A. 520
Protecção da cavidade peritoneal durante a cesareana segmentar por meio de compressas impermeabilizadas, fixadas ao peritoneo visceral. — LEON, J. 520
Estudo radiologico da estáse urinaria gravidica pela uretero-pyelographia ascendente — CONTIADES, X. J. 522
A proposito de certas modificações das trompas uterinas como factor pathogenico da gravidez tubaria — ISIDOR, P. 523
Collapsotherapia na gravidez — PRALORAN, L. 524
Abortividade e constituição — GIUDICI, E. 525
Considerações clinicas sobre 289 casos de apresentação de espadua — BERUTI, E. 526
Acção das ondas Marconianas e da diathermia sobre o ovario de coelha — ZOCCHI, S. e BERUTI, E. 527
A histologia e a anatomo-pathologia do endometrio como as revela a biopsia — CAMPBELL, R. E., LENDRUM, F. C. e SEVERINGHAUS, E. L. 528
Tratamento do appendice perfurado — DE COURCY, J. L. 529
As complicações vesicaes do carcinoma do collo — GRAVES, R. C., KICKHAM, C. J. E. e NATHANSON, I. T. 530
Aspecto gynecologico da esterilidade humana — MEAKER, S. R. 532
Factores endocrinos da esterilidade — CHUTE, R. 533
Pyelite nas toxemias da gravidez — PETERS, J. P., LAVIETES, P. H. e ZIMMERMANN, H. M. 535
Variações do volume do sangue e do plasma na eclampsia — DIECKMANN, W. J. 535
Lipidios sanguineos na pre-eclampsia — BOYD, E. M. 536
Aborto therapeutico pelos raios X — MAYER, M. D., HARRIS, W. e WIMPFHEIMER, S. 537
Teste biologico para o diagnostico da morte do fêto "in utero" — REZEK 538
Carcinoma do corpo do utero — NORRIS, C. C. e DUNNE, F. S. 538
Sobre o tratamento da peritonite estreptococcica puerperal — ENGELMANN, F. 539
Uma theoria da menstruação e os seus fundamentos — ARAYA, R. 540
Parto de uma criança a termo depois de prenhez tubaria operada bilateralmente — NEUMANN, G. 542
Tentativas de uma therapeutica por vaccinação nas infecções das vias urinarias da mulher — SCHÄFER, G. 543
A importancia da menarcha para o apparecimento de complicações obstetricas — RISOPOULOS, D. 544
Chorio-epithelioma como causa de uma hemorragia interna, ameaçando a vida. — BURMESTER, O. 545

Pags.

Sobre a pathogenia do descollamento prematuro da placenta — HEIM, K. 546
Sobre prenhezes extrauterinas — PÜTZ, T. 547
Resultados do exame e do tratamento da esterilidade da mulher — FREYSCHMIDT, H. I. 549
Relatorio sobre a litteratura da secreção endocrina. De Novembro de 1935 até Outubro de 1936. — DÖRR, H. 551
Exames biometricos de recemnascidos maturos — WEHEFRITZ, E. e GIERHAKE, E. 554
Sobre decidua ectopica nos ovarios de mulheres velhas e as relações entre ovario, glandula mammaria e hypophyse no climacterio. — WALLART 555
Pesquisas sobre as substancias anti-thyreotropicas no sangue de mulheres eclampticas — WIEGANDT, M. 556
A irradiação mitogenetica do sangue e sua importancia no diagnostico precoce do carcinoma do utero — NUDOLSKAYA, O. E. 557
Exames histologicos posteriores de leucoplasias — EMMERICH, I. P. ... 559
Contribuições para a etiologia da ruptura do figado do recemnascido — SCHMITT, F. I. 560
Aspecto clinico dos fibromas uterinos em estado de necrobiose — DANIEL, C. e GOLDBERGER-BAYLER, S. 561
Cancer do côto do collo após hysterectomia sub-total por fibroma. Extirpação. Cura após 5 annos. — CURELEANU, T. 562
Ruptura uterina expontanea no trabalho. Hysterectomia e cura. — PAVELESCU, P., SEGALL, I. e CARAMZULESCU, D. 562

NO PRÉLO:

Prof. Arnaldo de Moraes

PROPEDEUTICA OBSTETRICA

5.ª EDIÇÃO

Correcta e augmentada pelo autor

PEDIDOS A'

LIVRARIA FRANCISCO ALVES

Rua do Ouvidor N.º 166

RIO DE JANEIRO

Septicemia post-abortum tratada por injecção intra-venosa continua de sôro glycosado-alcoolizado. Cura. *(Septicémie post-abortum traitée par injection intra-veineuse continue de sérum glucosé alcoolisé. Guérison.)* — CONTAMIN, ROBERT e MOREL, ANDRÉ — (*Gynéc. et Obst.*, Dez. 1936, Tomo 34, N.º 6, pag. 425).

Os AA. tiveram em um caso grave de infecção post-abortum, occasião de experimentar o methodo preconisado por MATAS (de Nova-Orléans) e que consiste em injectar continuamente na veia alcool ethylico diluido a 2 % em sôro glycosado.

O caso era grave; hemocultura positiva; dois abcessos de fixação já tinham sido praticados sem resultado. Um mez e meio depois do inicio da molestia os AA. tentaram o novo methodo do autor americano e tambem preconisado por STOEKEL, ZONDEK e GRUNSFELD, BUMM e FROMMELT.

Durante cinco dias, tendo desnudado a veia basilica e collocado uma canula, deixaram correr 8.500 cc. de sôro glycosado com 2 % de alcool.

Desde o terceiro dia a doente melhorou sensivelmente. A temperatura cahiu em *lysis* e 15 dias depois a hemocultura era negativa.

Os AA. julgam muito promissor o tratamento das septicemias puerperaes ou post- abortivas pelo alcool.

Protecção da cavidade peritoneal durante a cesareana segmentar por meio de compressas impermeabilizadas, fixadas ao peritoneo visceral. *(Protection de la cavité péritonéale au cours de la césarienne segmentaire au moyen de compresses imperméabilisées fixées au péritoine viscéral. Avec douze observations.)* — LEON, J. — (*Gynéc. et Obst.*, Dez. 1936, Tomo 34, N.º 6, pag. 428).

JUAN LEON de Buenos-Ayres, ideou um artificio para isolar a cavidade peritoneal na cesareana, em casos impuros ou suspeitos de infecção. Esse processo foi communicado pela primeira vez em junho de 1935 á Sociedade de Obstetricia e de Gynecologia de B. Aires (Vide Ann. Bras. Gyn. Anno I, vol. I, pag. 84). Agora o A. expõe mais longamente o seu processo e junta a essa exposição uma serie de doze observações a respeito.

O methodo é engenhoso e supera todos os artificios até agora imaginados com o mesmo fito.

Só RUIZ CONTRERAS (Barcelona) se approxima bastante do que propõe LEON havendo no entanto differenças essenciaes entre os procedimentos de um e outro.

A technica de LEON consiste essencialmente em isolar a ferida uterina e a cavidade ovular da grande cavidade peritoneal por meio

de compressas de gaze contendo entre si uma lamina de substancia impermeavel "o *cofferdam*". Essas compressas são presas por uma das bordas ás folhas da incisão do peritoneo "visceral" descollavel do segmento inferior. Para esse fim existem umas pinças proprias (modificação da pinça de DOYEN por ANDRÉS BARBET). A outra extremidade das compressas é rebatida sobre os campos exteriores.

A technica da cesareana segmentar processa-se como de ordinario. Apenas é indispensavel incisar só na extensão da zona descollavel do peritoneo para poder prender com facilidade as compressas. A incisão preferivel é a transversal, arciforme, de concavidade para cima. Antes de collocar as compressas impermeaveis enchem-se os espaços dos lados do utero com gaze commum.

Feita a retirada do féto e da placenta o liquido escôa-se para fóra por sobre as compressas.

Suturado o utero, ao retirar as compressas encontra-se secca e limpa a grande loja peritoneal.

Nos casos muito impuros, aconselha, no momento de retirar as compressas especiaes, suturar a folha visceral descollada á folha parietal do peritoneo e drenar extra-peritonealmente.

Das suas doze operadas, onze eram primiparas; eram casos impuros excepto dous; o trabalho durára longamente, muitos toques vaginaes haviam sido praticados e algumas (7) tinham já temperatura.

O isolamento peritoneal foi excellente em 4 casos, satisfactorio nos restantes. Onze doentes passaram bem; uma morreu de congestão pulmonar e peritonite; era justamente um caso puro (infecção exogena ?).

Todos os fétos foram extrahidos vivos.

As principaes vantagens allegadas pelo A. em favor do processo são: offerece mais garantias do que os methodos intra-peritoneaes; é mais rapido do que os extra-peritoneaes puros alem de offerecer uma menor incisão do tec. conjunctivo; sobre os outros methodos extra-peritoneaes taes como os de JEANIN e MICHON, o processo do A. tem, diz elle, a vantagem de proteger melhor o resto do abdomen por evitar dilacerações das folhas peritoneaes suturadas.

Alem disso seu methodo não exclue a possibilidade de collocar outras compressas communs ao redor do utero. Proteje tambem o tecido cellular subcutaneo assim como o do espaço de RETZIUS. Evita o dilaceramento do peritoneo visceral. Facilita a peritonização da incisão uterina. A sutura que se faz dos dois retalhos peritoneaes (visceral e parietal) nos casos muito impuros para applicar um MIKULICZ directamente sobre o musculo uterino tem a vantagem de se realizar em um utero já retrahido ao contrario do que se dá na sutura preventiva (MICHON) que se faz com o utero cheio, podendo romper-se (a sutura) no esvasiamento.

glandulas em caso da excrése do ovario antes ou durante a puberdade.

A influencia das outras glandulas endocrinas sobre o apparelho genital é conhecida. Todas ellas tomam parte nos processos da menstruação.

Não existem relações funccionaes entre o desenvolvimento do folliculo, expulsão do ovulo e formação do corpo luteo de um lado e a menstruação do outro. A menstruação não depende de um certo periodo de alteração da mucosa, mas pode sobrevir em qualquer momento. Não se pode determinar o momento da ovulação pelo periodo da menstruação. Em casos de falta da menstruação a gravidez pode sobrevir.

As observações mencionadas permittem as conclusões seguintes: 1.º) Existe um certo estado de humores, desenvolvendo-se periodicamente sob participação de todos os orgãos. 2.º) Este, estado, provocando alterações da mucosa, facilita hemorragias. 3.º) Existem relações mutuas entre os ovarios e as outras glandulas endocrinas. Tambem existem relações entre as ultimas. 4..º) O ovario tem funcções vegetativas, somaticas e geradoras separadas. 5.º) Faltam relações periodicas entre ovulação e menstruação. 6..º) Faltam relações periodicas entre a menstruação e as alterações periodicas da mucosa. 7.º) A alteração da mucosa uterina tem caracter cyclico. 8.º) O corpo luteo não influe no utero com referencia á capacidade de nidificação.

O A. declara finalmente que a sua theoria pode explicar os phenomenos diversos que acompanham a menstruação, como a theoria de KNAUS e a secreção clara e mucosa do utero, descripta por DEVRAIGNE e VIMEUR.

Parto de uma criança a termo depois de prenhez tubaria operada bilateralmente *(Geburt eines ausgetragenen Kindes nach beidseitig operierter Eileiterschwangerschaft)* — NEUMANN, GUSTAV — (*Z. f. Gynäk.*, Dez. 5, 1936, Anno 60, Fasc. 49, pag. 2911).

A paciente foi operada em 1931, na edade de 25 annos, por uma prenhez tubaria esquerda. A operação consistiu na extirpação da trompa esquerda e excisão do côto. No anno de 1933 deu á luz uma criança sã. No anno de 1934, soffreu um aborto tubario do lado direito. Desejando mais crianças, foi submettida á operação conservadora. A trompa foi fendida longitudinalmente, a placenta e os coagulos de sangue foram retirados. Depois de hemostasia cuidadosa, a ferida da trompa foi fechada por sutura interrompida. Em 1936, a paciente deu á luz uma menina de 3500 gr.

de peso. A gravidez, o parto e o puerperio decorreram normalmente.

Com relação á etiologia, o comprimento das trompas foi notavel. A trompa extirpada na primeira operação teve o comprimento de 17 cms. Não se encontraram signaes de alterações inflammatorias.

Tentativas de uma therapeutica por vaccinação nas infecções das vias urinarias da mulher *(Versuche einer Vaccinetherapie bei Infektionen der weiblichen Harnwege)* — SCHÄFER. GÜNTHER — (*Z. f. Gynäk.*, Dez. 12, 1936, Anno 60, Fasc. 50, pag. 2961).

O A. relata as suas experiencias no tratamento ,por vaccinação, da infecção urologica.

Para a vaccinação, foi usada a urina da bexiga e em casos de pyelite a urina do uretér. Se se acharam estreptococcos na urina, a chimiotherapia do HILGERMANN foi applicada simultaneamente com a vaccinotherapia. A vaccina, correspondente ao achado bacteriologico foi injectada uma vez por semana, primeiro em doses de 0,5 cc., depois em doses de 1 cc.

Em geral, nas cystites chronicas, não causadas por pyelite, tuberculosa e lues, uma vaccinotherapia não é necessaria, curando-se a doença por tratamento hydrotherapico, dietetico, medicamentoso ou local. Em 5 casos, em que estes tratamentos não melhoraram o estado, a vaccinotherapia foi applicada. O resultado mostra que em casos de cystite chronica, cuja causa não seja especifica, nem seja uma pyelite a vaccinação sómente dá resultados em casos de processos localizados na bexiga e situados mais profundamente no tecido lymphatico.

A vaccinotherapia se applica com os melhores resultados nos casos de pyelite gravidica, puerperal e post-operatoria. Na pyelite gravidica aguda, o tratamento pelo catheterismo do uretér será sufficiente para trazer a melhora, sendo necessaria a vaccinotherapia somente em casos de recidivas. Num caso do A. porém a toxicose gravidica foi tão grave que a vaccinotherapia não pôde salvar a paciente. Na pyelite puerperal somente algumas vezes se trata de recidivas de uma pyelite gravidica. Mais frequentemente, a doença é consequencia da propagação de uma infecção lymphogena, partindo dos orgãos genitaes e invadindo os parametrios e os tecidos lymphaticos da bexiga, dos ureteres e do rim. Nestes casos, a sonda de demora e remedios desinfectantes da urina, não são sufficientes, emquanto a vaccinotherapia dá bons resultados. Quatro casos foram curados por uma combinação de chimiotherapia e vaccinação.

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anno II JULHO DE 1937 Vol. IV - N.º 1

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Julho de 1937 | Vol. IV — N.º 1

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Poliflebitis puerperal. Flegmasia alba dolens de los miembros inferiores y superiores, flebitis de la yugular. Curación. — PROF. ALBERTO PERALTA RAMOS e DRA. P. P. DE BIONDINI 1

Endometriose — DR. ALVARO DE AQUINO SALLES 10

SECÇÃO EDITORIAL

"Parto medico" 48

NOTAS E COMMENTARIOS

Universidade do Brasil 53

"Jornadas Medicas Sul-Americanas" 53

Curso de Endocrinologia Clinica 54

Cruzeiro medico á Grecia sob os auspicios da U.M.F.I.A. ou União Medica Latina 56

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Anais do 1.º Congresso Brasileiro e Americano de Urologia 57

Vaccinotherapia segmentaria intra-arterial e immunidade focal e segmentaria — DR. ARMENIO A. BORELLI 58

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Acta da primeira sessão ordinaria 59

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

PELO

GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

SECÇÃO EDITORIAL

"PARTO MEDICO"

Uma das questões que mais teem occupado o mundo obstetrico na ultima decada é, sem duvida, a procura de meios que suavizem o parto, tornem-no mais rapido e lhe diminuam os incommodos e transtornos.

Isso tem levado até a certos exaggeros fugazes taes como o parto "a hora certa", quer pelo abuso do processo de DELMAS *quer pela inducção do parto sem anesthesia ao fim da gestação, meio ainda estimado por alguns americanos.*

Outras manifestações da mesma tendencia são a "dieta sem sal" e o grande esforço em busca de uma toco-anelgesia perfeita.

Seria isso um esforço inconsciente para diminuir o horror crescente que a mulher moderna mostra pela parturição, ou seria uma manifestação a mais do anceio moderno de tudo regular e tudo dirigir nos phenomenos naturaes, biologicos e sociaes ?

O que é certo é que motivos que cremos de base psychologica teem orientado as tentativas nesse sentido, sentido que poderemos chamar de "néo-intervencionista", pois que é intervir, não deixar agir a natureza a sós, mas que ao mesmo tempo não deve ser confundido com o que se costuma entender por intervencionismo, isto é, o recurso a manobras operatorias e cirurgicas talvez dispensaveis.

*Partindo dos estudos sobre a physiologia da fibra uterina (*KEUFFER *e a escola de Kiel) sobre a innervação uterina e seu jogo na parturição, sobre a observação clinica já antiga dos estados espasticos do collo, sobre as observações do parto sob rachi-anesthesia, porém sobretudo, baseando-se nas investigações physio-clinicas de* SCHICKÉLÉ, *formou-se uma corrente que se consubstanciou nas idéas de seu discipulo* KREIS, *lançadas em 1929 e por elle corporificadas em sua communicação á Sociedade de Obstetricia e Gynecologia de Paris em 1931: "Technique d'accouchement médical".*

Os estudos da escola de Strasburgo sobre o synergismo funccional entre o collo e o corpo tiveram grande repercussão entre os argentinos tanto que foram discutidos no 1.º Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia (1931), repetidos, comprovados e esposados por PERALTA RAMOS *e seus discipulos. Este eminente tocologo portenho tão convencido se mostra da exactidão das interpretações physiopathologicas do professor alsaciano que chegou até a chamar "syndrome de* SCHICKÉLÉ*" ao disturbio representado pela quebra de synergia entre o corpo e o collo, isto é, pela perturbação ou melhor, a inversão do sentido da contracção do utero em trabalho.*

Assim diz: "A escola de Strasburgo caracterizou com precisão clinica, em numerosas observações, a dissociação funccional entre o corpo e o collo e, os resultados estão em concordancia com os conhecimentos actuaes de anatomia, ennervação, physiologia, physiopathologia e effeitos da rachianesthesia do utero durante o trabalho de parto."

Os estados espasticos do collo que SCHICKÉLÉ *interpretou como quebra da synergia funccional corpo-collo, synergia que se exprime no estado physiologico pelo facto de que a "acção dos nervos motores do corpo deve condicionar uma acção dos inhibidores do collo" muitas vezes attingem um gráo tão avançado que a relação se inverte; o collo entra em contracção e o corpo ou conserva apenas a sua tonicidade perdendo a contractilidade rythmica, ou se relaxa inteiramente inhibido por um reflexo inverso, ou ainda se tetaniza e perde a efficiencia.*

São formas da dystocia cervical funccional para a qual o velho mestre achou um remedio precioso na "Espasmalgina". E' esta uma combinação de papaverina e atropina que ás propriedades geraes dos opiaceos somma a vantagem de não influenciar nefastamente o féto.

Das observações sobre a acção desse medicamento e da velha observação empirica de que a ruptura precoce das membranas tinha uma acção acceleradora sobre a marcha do parto, nasceu o chamado "parto medico" de KREIS.

A principio applicadas nos casos de "dissociação da synergia funccional" (expressão de PERALTA RAMOS*) essas medidas foram sendo empregadas cada vez mais até que* KREIS *passou a empregal-as systematicamente a titulo prophylactico em todos os partos normaes, isto é, em todos aquelles em que não houvesse uma dystocia pelvica ou fetal.*

O seu methodo consiste na ruptura deliberada e precoce da bolsa d'aguas desde que o trabalho esteja iniciado (sem preoccupação do gráo de dilatação) seguida da injecção de

uma empôla de Espasmalgina que se repete por duas vezes com intervallos de 20 minutos. Uma hora depois, caso se esboce qualquer contractura do collo ou dôres espasticas (as dôres lombares e suprapubicas frequentes e sub-intrantes são tidas como sempre de origem espasmodica), podem novas injecções ser praticadas.

O creador do parto medico tem publicado cada anno novos trabalhos quer casuisticos ou estatisticos quer experimentaes ou criticos pelos quaes affirma que não só o parto se encurta consideravelmente em virtude de contracções mais rythmadas, mais regulares e mais efficientes, como decorre menos doloroso, ao mesmo tempo que a necessidade do forceps e de outras manobras se torna muito mais rara e a morbidade materna e mortalidade fetal não são affectadas.

Em 1934 VORON *e* PIGEAUD *tendo adoptado as vistas de* KREIS *propuzeram com a denominação de "parto dirigido" um conjuncto mais complexo de medidas que, em poucas palavras, vem a ser o emprego da ruptura artificial das membranas, porém sempre depois de haver um certo gráo de dilatação (4 cms.), injecções de espasmalgina e em certos casos (para estimular o rythmo contractil) a injecção de hypophysina em empôlas dosadas a 2 unidades internacionaes por empôla.*

Nessa dose, affirmam, não se tem que temer os effeitos perigosos da pituitaria, só se obtem um estimulo util das contracções.

Tambem completam o programma do "parto dirigido" o quinino e o chloral por via gastrica.

O methodo não differe essencialmente, como se vê, do de KREIS. *A pequena discrepancia é que* VORON *e* PIGEAUD *sempre esperam que o trabalho já esteja francamente installado: "et pour en être surs nous serons obligé d'attendre que le col ait atteint déjà spontanément un dégré de dilatation appréciable" (4 cms.). Seus autores propõem-no para todos os casos previstos como eutocicos e até naquelles em que por leve diminuição pelvica a prova do trabalho deva ser tentada. "Cependant lorsqu'il s'agit d'un bassin rétréci pour lequel il a été décidé à l'avance de tenter une épreuve du travail, il y a un moment au cours de cette épreuve du travail, où si l'on veut qu'elle soit probante il dévient nécessaire de rompre artificiellement les membranes."*

Nascido e experimentado na França o methodo foi logo submettido a prova em outros paizes, principalmente nos Estados Unidos onde a ruptura artificial das membranas é usada como meio de provocação do trabalho, e na Argentina onde PERALTA RAMOS *e sua escola lhe reaffirmaram o valor*

embora não o empregando como processo para todos os casos, mas sim attendo-se ás indicações, isto é, como solução para a dystocia contractil, "syndrome de SCHICKÉLÉ*".*

Não tardaram, como era de esperar a apparecer os oppositores ao methodo, pelo menos como practica systematica. Já quando KREIS *fez a sua communicação inicial a voz de* COUVELAIRE *se levantou para dizer: "Dirigir artificialmente todos os partos privando o féto da protecção do seu sacco amniotico e injectando á mãe venenos-medicamentos, choca com a velha tradição dos* **parteiros modestos entre os quaes me conto,** *que temem contrariar o mecanismo natural do parto inutilmente."*

A grande e veneranda autoridade do prof. DE LEE *ergue-se vigorosamente contra o "parto medico" no sentido que lhe quer dar o seu autor, isto é, de contraposição com o parto deixado á natureza.*

Admitte como innegavel a diminuição da dôr e a acceleração do trabalho; diz, no entanto, que a pressa e o allivio da dôr são no parto causas de menor importancia e affirma que a alta mortalidade materna e fetal, que ainda se mantem nos EE. UU., deve-se a essas tentativas.

Em um pequeno commentario recente, após ter revelado que a pratica de romper o sacco amniotico no intuito de despertar ou apressar o parto é um expediente mais que centenario (data de DENMAN, *1796, e tem sido desde então alternativamente gabada e abandonada), faz judiciosas criticas a esse procedimento.*

Não nega o grande professor de Chicago o papel da ruptura para tornar rapidos os partos; isso é hoje materia assente e pacifica. Nega que haja vantagem em apressar systematicamente os partos normaes allegando que uma dilatação apressada do collo, a custa da cabeça, muito mais dura, lesa microscopica e macroscopicamente o collo.

Outro ponto que o mestre americano procura salientar é o descaso ou o esquecimento que todos os propugnadores do intervencionismo "directivo" no parto normal teem tido pelo féto. Nesse particular, relembra as modificações circulatorias sobre o coração e sobre o cerebro que a contracção uterina provoca sempre e que se accentuam no parto secco, onde já não ha a acção repartidora das forças, attribuida á camada liquida. A esse respeito diz que muitas consequencias sobre as crianças (irritação cerebral, crescimento lento, stupor, convulsões, pneumonia congenita) e algumas de manifestação tardia que se demonstram por alterações psychicas, cerebraes e endocrinas são decorrentes de violencia no parto. Prova dessa asserção é que as creanças cesareas são muito mais sadias que as outras.

Porisso não encoraja a ruptura systematica das membranas quer para provocar quer para abreviar o trabalho.

No entanto affirma que a R. A. M. é uma pequena intervenção que deve ser praticada com frequencia maior do que tem sido, porque presta serviços innegaveis quando ha uma indicação perfeita: "Sometimes, we are too slow in dispensing with the bag of waters."

Traz o argumento da morbidade nas cesáreas tardias para provar o papel protector da bolsa d'aguas, frente á infecção.

Continua a acreditar que embora ás fibras musculares caiba o principal da acção dilatadora, não se póde negar certa importancia á apresentação e á cunha liquida.

Quanto á pressa em acabar o parto accelerando-o, depois de lembrar o delicado cerebro infantil, diz: "Has the modern disease "festination" invaded the sacred precincts of preservative obstetrics ?"

Tambem BURGER *e* BOERO *teem-se mostrado avessos ao methodo, este aliás por differença de concepção pathogenica pois nega "o syndrome de* SCHICKÉLÉ*".*

No entanto é forçoso admittir com A. G. KING *de Cincinatti e* E. M. BLAIR *do Canadá em trabalhos recentes, sendo que o primeiro apresenta copioso material muito bem analysado e comprovado, que:*

1.º a bolsa d'aguas tão indispensavel para a gestação não é essencial para a bôa marcha do trabalho;

2.º a ausencia de liquido não impede a marcha do trabalho;

3.º a bolsa d'aguas não desempenha papel protector de tão grande importancia como se vinha admittindo;

4.º KREIS *e outros fizeram investigações macro e microcopicas que provam inoffensivo para o collo o contacto directo da apresentação com sua mucosa;*

5.º a influencia sobre o féto não é damnosa; pelo contrario diminue a necessidade do parto instrumental.

Permanece, no entanto, aberta a questão da vantagem de adoptar o "parto medico" ou "dirigido" como processo systematico.

Mais judicioso parece o pensar de PERALTA RAMOS *e de* DE LEE *que considerando-o arma valiosa para o obstetra, limitam, no entanto, seu emprego aos casos de indicação precisa.*

Além disso deve ser accentuado o perigo que constitue o uso do "parto medico" fóra dos meios hospitalares adequados, porque muitos casos em que uma cesárea posterior tenha que vir a ser praticada, lèvam ao sacrificio tanto da mãe como do féto por complicações infecciosas.

dias. Examinando-se a doente, verifica-se acima da cicatriz uma hernia sub-umbilical constituida por uma tumefacção do tamanho de uma nóz, cheia de pequenas massas kysticas. O tumor é irreductivel e doloroso á palpação. A anamnese permitte firmar sem difficuldade o diagnostico de endometrioma na hernia cicatricial. Este diagnostico foi confirmado pelo exame da doente durante a menstruação. A doente foi operada. O exame histologico confirmou o diagnostico.

Este endometrioma ileo-coecal simulava muito bem um tumor kystico do annexo. Nada na anamnese ou no exame gynecologico podia fazer pensar numa affecção intestinal. O erro de diagnostico justificava-se facilmente porque a localização intestinal do endometrioma acarreta frequentemente manifestações de estenose. Se o diagnostico tivesse sido feito immediatamente, teria talvez sido melhor fazer uma castração cirurgica, do que fazer a doente correr os riscos de uma resecção ileo-coecal.

Considerações sobre o parto nas primiparas velhas na Maternidade de Strasburgo *(Considérations sur l'accouchement chez les vieilles primipares à la Maternité de Strasbourg)* — LIMPACH, J. — (*La Gynéc.*, Jan. 1937, Vol. 36, pag. 24).

O A. denomina primipara idosa a primipara primigesta a partir de 30 annos e primipara velha, de 35 annos em deante. Apresenta segundo varios autores as causas da primeira gestação em idade avançada, denominando-as hypotheticas e especulativas, por não terem base. Mostra varios quadros de estatisticas e conclue dizendo que entre 14.834 partos da Maternidade de Strasburgo nos annos de 1928 a 1934, houve 712 (4,79 %) primiparas idosas de 30 a 34 annos e 223 (1,50 %) primiparas velhas de 35 a 45 annos, seja ao todo 935 (6,3 %) de primiparas que ultrapassaram a idade de 30 annos.

As affecções renaes, em 54 casos (5,77 %) foram a complicação principal no curso da gestação.

As anomalias da bacia foram raras (2,13 %).

Entre as anomalias de apresentação é preciso insistir sobre a frequencia da apresentação de nadegas (4,93 %). A dureza das partes molles e sobretudo a rigidez anatomica e funccional do collo foram com a insufficiencia e a fraqueza das dôres a dystocia principal.

Em 250 casos (21,92 %) verificaram ruptura prematura das membranas. Os partos prematuros foram mais frequentes, 109 casos (11,65 %). As intervenções obstetricas: forceps, versões, incisões do collo, perfurações, foram de 13,88 % nas primiparas idosas e 19,73 % nas primiparas velhas.

A cesarea foi muitas vezes necessaria nas primiparas velhas, (9 casos ou 4,03 %), sem que suas indicações fossem augmentadas. A duração do periodo de delivramento não se augmentou, mas as hemorragias por atonia foram frequentes (4,92 %) necessitando por isso de maior numero de intervenções.

A mortalidade fetal global nitidamente superior á media geral que é de 3,76 %, elevou-se para as primiparas idosas a 5,17 % e para as velhas a 11,04 %.

Segundo essas verificações feitas na Maternidade de Strasburgo, pode o A. confirmar a opinião geral da gravidade particular da gestação e do parto nas primiparas idosas. Aconselha pois a essas mulheres a entrada num serviço obstetrico no termo presumivel da gravidez, ou pelo menos antes das primeiras dôres.

BULLETIN DE LA SOCIETE D'OBSTETRIQUE ET DE GYNECOLOGIE DE PARIS

Uma observação de castração bilateral com conservação do utero e auto-enxertos ovarianos nos grandes labios, activos ha 5 annos. *(Une observation de castration bilatérale avec conservation de l'utérus et autogreffes ovariennes dans les grandes lévres, actives depuis 5 ans)* — LAPEYRE, J. L. — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris,* Jan. 1937, Anno 26, N.º 1, pag. 34).

Esta observação, é de uma mulher que foi operada pela primeira vez de uma gravidez extra-uterina rôta, aos 21 annos e que é operada pela segunda vez, portadora de nova prenhez ectopica da trompa do lado oposto.

J. L. LAPEYRE em lugar de extirpar a trompa e conservar o ovario, sacrificou-o e com elle fez um enxerto nos grandes labios.

A primeira operação foi praticada em Setembro de 1930 com ablação do annexo esquerdo e a segunda no anno seguinte, em Novembro de 31.

O A. acompanhou a paciente, verificando a actividade do ovario depois de 5 annos de operada. Nessa occasião surgiram signaes de insufficiencia ovariana, tendo obtido a reactivação pelo emprego de injecções de hormo-ovarina e mantendo-a durante 3 mezes pelo uso de folliculina por via buccal.

DOUAY diz ter observado em grande numero de casos a acção estimulante da folliculina, tendo a certeza de ser a mesma capaz de activar o auto-enxerto. Discute a actividade do enxerto ovariano, mesmo sem a conservação do utero, mostrando que esta não póde ser posta em duvida.

Alguns AA., e entre elles MAX CHEVAL e MAYER de Bruxellas são de opinião que a conservação do utero ou da mucosa uterina enxertada na bainha dos rectos é um factor que muito favorece a longa vitalidade dos enxertos ovarianos. Discute a acção da folliculina, dizendo saber que o verdadeiro regulador do ovario é a hypophyse anterior. MORICARD em varias vezes já expoz suas idéas sobre os hormonios gonadotropos da hypophyse anterior, que, agem igualmente reactivando o enxerto. Faz varias considerações sobre o assumpto, citando opiniões de autores e termina dizendo que de qualquer maneira, na gravidez ectopica recidivante ou com lesões bilateraes a castração deve ser prohibida, a conservação é de rigor.

SIREDEY discutindo a communicação, acha contestavel a sua utilidade e o seu valor biologico.

Allude por comparação á engenhosa idéa de um cirurgião, ha 30 annos, de collocar no escroto, de um individuo que havia castrado, falsos testiculos de celluloide o que fez esquecer sua situação e diminuiu singularmente as perturbações psychicas e as reacções consecutivas á mutilação.

BOUCHACOURT refere-se ao enxerto ovariano praticado por DOUAY sobre o corno uterino por implantação directa e diz ter sido praticado pela primeira vez por TUFFIER em 1904. Acha ser essa operação somente permittida em casos especiaes, porque ella terá como consequencia violentas dôres na occasião das menstruações devido ao entumecimento do ovario encravado, necessitando uma segunda operação libertadora.

DOUAY responde a todos e principalmente a LANTUÉJOUL explicando como utilisa os auto-enxertos na hysterectomia por fibroma, e, a PALMER que um ovario escléro-kystico dá geralmente enxertos muito activos, mas por vezes, teem tendencia a se enkystar.

Cesarea e myomectomias multiplas por fibroma previa *(Cesarienne et myoméctomies multiples pour fibrome proevia)* — COTTE, BANSSILON e BUCHER — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, Jan. 1937, Anno 26, N.º 1, pag. 86).

Uma secundigesta de 34 annos, gravida, ao ser examinada em Setembro de 1935, revelava uma apresentação cephalica alta, com a cabeça em situação para-mediana esquerda, e ao toque um tumor volumoso occupando o fundo de sacco lateral direito.

Em novo exame, achando-se a paciente no oitavo mez, verificou-se que o feto se apresentava em apresentação de nadegas, muito alto e movel.

Em 6 de Julho de 36 inicia-se o trabalho de parto e deante do que foi observado resolveu-se praticar uma hysterectomia, o que aliás, era indicado. Aberto o ventre, mudam os AA. a orientação

e fazem uma cesarea, extrahindo um feto em apresentação de nadegas, pesando 3.860 grs. E' feita a ablação de um myoma intersticial do volume de uma tangerina ao nivel do segmento inferior, outro do mesmo tamanho ao nivel do fundo e mais quatro nucleos intersticiaes menores. Alta curada 40 dias após a intervenção; creança em boas condições de saude.

Os AA. chamam a attenção para a raridade da intervenção, isto é, uma cesarea e myomectomias multiplas, por ser considerada de realização difficil e que em geral os outores receiam complicações, como infecções e hemorragias, preferindo recorrer á hysterectomia.

COTTE diz que esta doente de 34 annos encontrará um grande beneficio no seu equilibrio funccional geral.

O myoma principal foi extrahido através a abertura da hysterotomia o que é de grande vantagem porque diminue o numero de incisões de extirpação, principalmente para os nucleos intramuraes, evitando-se deste modo perigos de rupturas durante partos subsequentes.

Um caso em que falhou a reacção de Zondek *(Un cas de mise en défaut de la réaction de Zondek)* — REUTHER e PINET — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, Jan. 1937, Anno 26, N.º 1, pag. 93).

Apresentam os AA. a interessante observação de uma mulher de 39 annos, gravida, na qual a reacção de ZONDEK, praticada no Instituto Bacteriologico de accordo com a technica de ADÉLE BROUHA, deu com surpreza, resultado negativo.

Foram executadas duas reacções, a primeira em Abril de 36 e a segunda em Junho e ambas foram negativas e no entanto os signaes de gravidez eram precisos, o diagnostico certo. O parto se deu em 23 de Setembro, normalmente, nascendo uma creança pesando 3.220 grs.

REVUE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

Sôrotherapia e infecção puerperal *(Sérothérapie et infection puerpérale. Résultats du sérum antistreptococcique du Prof. Vincent à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.)* — ECALLE, G. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Jan. 1937, Anno 32, N.º 1, pag. 1).

O A. experimenta desde 1931 o sôro de VINCENT no tratamento da infecção puerperal. Agora publica os resultados colhidos e dá

algumas observações exemplificativas tanto dos casos de exito como dos de insuccesso.

Os principios geraes que nortearam o tratamento são os seguintes:

1.º) O tratamento deve ser precoce. Desde que a temperatura exceda uma ou mais vezes 39º, o sôro é injectado; não esperam pelo resultado da hemocultura porque esta muitas vezes só tardiamente vem a se mostrar positiva.

2.º) A quantidade de sôro injectada, dependendo do estado da doente, varia entre 30 a 100 cc. repetidas até a queda da temperatura.

3.º) A não ser nos casos muito graves nos quaes se recorre á via venosa as injecções devem ser sub-cutaneas ou intramusculares.

Analysa 3 grupos de observações descriptas como typos, isto é, aquellas em que o resultado foi bom apesar da gravidade e do achado de streptoccocos no sangue; aquellas em que o resultado foi mau por se tratar de casos excepcionalmente graves e aquellas em que não se póde levar em consideração o resultado negativo ou por não se tratar de infecção puerperal mas de processo infeccioso extra genital no puerperio ou por não ser streptococcica a infecção puerperal.

Passa, em seguida em revista os bons resultados obtidos por numerosos outros autores com o sôro de VINCENT nas formas mais graves de infecção puerperal: thombrophlebites suppuradas, septicopyohemias, etc.

Nas endocardites o resultado é illusorio.

O argumento principal que o A. adduz como prova da influencia favoravel da sorotherapia é o argumento estatistico. Cita as estatisticas de JEANNIN, de SCHROEDER e de FOUGÈRE que dão em media uma mortalidade de 2 ‰ entre o numero global dos partos, attribuivel á infecção puerperal. Em 12.748 doentes admittidas no periodo em que se fez o tratamento pelo sôro de VINCENT a mortalidade foi apenas de 0,4 ‰.

As fracturas da bacia e suas relações com o parto *(Les fractures du bassin et leurs rapports avec l'accouchement)* — GOUIN, P. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Jan. 1937, Anno 32, N.º 1, pag. 58).

O A. publica cinco observações ineditas de dystocias ligadas a fracturas da bacia ás quaes junta duas das mais recentes encontradas na litteratura, (BINET e VERMELIN e BEGHIN).

E' rara a "restitutio ad integrum" nas fracturas da bacia. As sequellas que ficam podem ser causa de dystocia.

Anatomicamente são divididas em fracturas isoladas de um osso da pelve e fract. multiplas que destroem a solidez da cintura pelviana.

As fracturas do sacrum dão em geral dystocias do tempo de rotação porque em sua maioria são baixamente situadas; quando a ponta do sacro fica propelida ou si ha ankylose da articulação sacro-coccygeana a expulsão fica difficultada.

As fracturas isoladas do fundo da cavidade cotyloide quando ha penetração da cabeça femoral não seguida de reducção, obstruem a escavação.

As fracturas multiplas que deformam a architectura pelviana tem duas sédes de preferencia: o pubis ou seus ramos (para fora) e a visinhança da articulação sacro-iliaca (para dentro ou para fora della).

O callo fazendo saliencia para a escavação pode não só obstruil-a como mesmo por suas asperezas lesar as partes molles dilatadas ou a cabeça.

Por um callo excessivamente volumoso a area do estreito superior pode se achar diminuida. Quando ha deslocamento dos fragmentos grandes alterações architecturaes podem sobrevir. Na fractura de MALGAIGNE (fract. anterior e posterior) pode haver empurramento para dentro do fragmento do iliaco ou ascenção da parte fracturada.

"As bacias fracturadas são antes de tudo bacias asymetricas". Eschematizando pode-se em geral consideral-as como bacias do typo obliquo ovalar, o lado achatado sendo o lado fracturado.

A fractura pode agir sobre toda a altura da bacia, deformando toda a altura da bacia, o estreito superior, o sinus sacro iliaco e o estreito inferior. Quasi sempre ha estreitamento; excepcionalmente porém, quando o callo é pequeno ou osteo-fibroso as dimensões podem ficar pouco modificadas e a praticabilidade da bacia permanecer bôa.

O A. separa em dous grupos as bacias em que o accidente tornou completamente impossivel o parto e aquellas em que é permittido esperar a terminação do parto por vias naturaes.

Nestas ultimas a acommodação no estreito superior sempre se perturba quando a bacia assume o typo obliquo-oval.

A insinuação se faz sempre que a acommodação é possivel. Na descida é que costumam surgir difficuldades determinando, uma flexão má, ausencia de flexão, ausencia de rotação ou asynclitismo.

Tambem os phenomenos funccionaes do parto perturbam-se ao lado dos mechanicos, segundo o A. (dilatação defeituosa, edema do collo, etc.).

As observações apresentadas, muito interessantes, mostram o seguinte: fractura bi-lateral anterior, asymetria-cesareana; fractura dupla dos ramos ischro-pubianas, parto pelas vias naturaes, depressão parietal que faz succumbir o feto; penetração do ace-

Anatomicamente são divididas em fracturas isoladas de um osso da pelve e fract. multiplas que destroem a solidez da cintura pelviana.

As fracturas do sacrum dão em geral dystocias do tempo de rotação porque em sua maioria são baixamente situadas; quando a ponta do sacro fica propelida ou si ha ankylose da articulação sacro-coccygeana a expulsão fica difficultada.

As fracturas isoladas do fundo da cavidade cotyloide quando ha penetração da cabeça femoral não seguida de reducção, obstruem a escavação.

As fracturas multiplas que deformam a architectura pelviana tem duas sédes de preferencia: o pubis ou seus ramos (para fora) e a visinhança da articulação sacro-iliaca (para dentro ou para fora della).

O callo fazendo saliencia para a escavação pode não só obstruil-a como mesmo por suas asperezas lesar as partes molles dilatadas ou a cabeça.

Por um callo excessivamente volumoso a area do estreito superior pode se achar diminuida. Quando ha deslocamento dos fragmentos grandes alterações architecturaes podem sobrevir. Na fractura de MALGAIGNE (fract. anterior e posterior) pode haver empurramento para dentro do fragmento do iliaco ou ascenção da parte fracturada.

"As bacias fracturadas são antes de tudo bacias asymetricas". Eschematizando pode-se em geral consideral-as como bacias do typo obliquo ovalar, o lado achatado sendo o lado fracturado.

A fractura pode agir sobre toda a altura da bacia, deformando toda a altura da bacia, o estreito superior, o sinus sacro iliaco e o estreito inferior. Quasi sempre ha estreitamento; excepcionalmente porém, quando o callo é pequeno ou osteo-fibroso as dimensões podem ficar pouco modificadas e a praticabilidade da bacia permanecer bôa.

O A. separa em dous grupos as bacias em que o accidente tornou completamente impossivel o parto e aquellas em que é permittido esperar a terminação do parto por vias naturaes.

Nestas ultimas a acommodação no estreito superior sempre se perturba quando a bacia assume o typo obliquo-oval.

A insinuação se faz sempre que a acommodação é possivel. Na descida é que costumam surgir difficuldades determinando, uma flexão má, ausencia de flexão, ausencia de rotação ou asynclitismo.

Tambem os phenomenos funccionaes do parto perturbam-se ao lado dos mechanicos, segundo o A. (dilatação defeituosa, edema do collo, etc.).

As observações apresentadas, muito interessantes, mostram o seguinte: fractura bi-lateral anterior, asymetria-cesareana; fractura dupla dos ramos ischro-pubianas, parto pelas vias naturaes, depressão parietal que faz succumbir o feto; penetração do ace-

tabulo, deformação lembrando a osteomolacica (em trevo), cesareana; fractura do angulo do pubis sem callo volumoso, bacia parecendo ampliada, parto facil e rapido; fractura sacro-coccygeana, diminuição do estreito inferior, dystocia grave; observação de um caso de fractura da bacia em que se preveem difficuldades obstetricas por causa de uma modificação definitiva da bacia; esmagamento da bacia, fractura dos dois ramos do pubis esquerdo, deslocamento, cesareana.

Ao concluir o A. salienta o lado medico-legal desses accidentes que põem suas victimas em estado de precariedade para cumprir a sua funcção de maternidade.

LA GINECOLOGIA

Pesquisas experimentaes sobre as relações entre pancreas e ovario *(Ricerche sperimentali sui rapporti fra pancreas ed ovaio)* — ZOCCHI, Sergio — (*La Ginecologia*, Jan. 1937, Anno III, N.º 1, pag. 9).

O A. por meio de pesquisas experimentaes estudou as relações biologicas intercorrentes entre o pancreas e o ovario. Injectando em cobaia pancreas de cobaia gravida e não gravida, poude verificar que: 1) a injecção de pancreas determina no ovario evidentes alterações degenerativas á custa dos folliculos, demonstrando assim a existencia de relações biologicas intercorrentes entre aquelle orgão e o ovario; 2) as alterações pathologicas do ovario poderiam ser o indice de uma acção esterilizante do pancreas sobre o ovario; 3) essa acção esterilizante se faz sentir, quasi immediatamente após a injecção de pancreas, mas com o tempo o ovario pode readquirir sua completa normalidade quer constitutiva quer funccional; 4) a acção do pancreas deve ser considerada como qualitativa e não quantitativa; 5) dada a menor reacção degenerativa á injecção de pancreas de cobaia gravida poder-se-ia considerar que o pancreas durante a gravidez encontra-se em estado de hypofunccção.

O enxofre inorganico do sangue na gravidez a termo, na nephropathia gravidica e na eclampsia *(Il solfo inorganico del sangue, nella gravidanza a termine, nella nefropatia gravidica e nell'eclampsia)* — DE MICHELIS, Ugo e ROBECCHI, Emilio — (*La Ginecologia*, Jan. 1937, Anno III, N.º 1, pag. 25).

De um estudo acurado sobre o enxofre do sangue nos casos de gravidez normal a termo, na nephropathia gravidica e na eclampsia,

Anno II AGOSTO DE 1937 Vol. IV - N.º 2

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Agosto de 1937 | Vol. IV — N.º 2

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

El retardo del pulso en el puerperio. Hacia su mecanismo — DR. MANUEL LUIS PÉREZ e DR. JACOBO ROSENVASSER ... 111
A cirurgia do carcinoma da vulva — DR. JOSE' MEDINA 117
Sobre a questão do "Esthiomene" — Reflexões a proposito de um caso — DR. F. VICTOR RODRIGUES 129
Indicações e directrizes no tratamento radium-therapico dos canceres do collo do utero — DR. JOSE' DE CASTRO STHEL FILHO 135
Perfuração uterina por manobra criminosa — DR. CID FERREIRA JORGE 158

SECÇÃO EDITORIAL

Classificação biotypologica das bacias 162

NOTAS E COMMENTARIOS

Jornadas Medicas Sul-Americanas 165
A Livre-Docencia no Conselho Universitario 166
Syndicato Medico Brasileiro 166

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Politica Hospitalar Moderna — OSCAR CLARK 168
O Homem Errado — EDGAR BRAGA 169

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Acta da segunda sessão ordinaria 170
Acta da sessão extraordinaria 171

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA
PELO
GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Sobre um caso de epithelioma primitivo do clitoris — LAFFONT, A., MONTPELLIER, J. e JACQUEMIN, P. 173
O processo do Prof. Enrique A. Boero e a acção do formol sobre a gravidez — MASSON, CARLOS A. 174
Um accidente durante uma basiotripsia — LEMAITRE, L. 175
A vitamina D e os differentes leites nas suas relações com o tratamento preventivo e curativo do rachitismo — VIGNES, H. 175
Prurido nas mulheres gravidas — VIGNES, H. 176
Um caso de torção de kysto luteinico após expulsão de uma mola hydatiforme — WEILL, MARC-ADRIEN 177
Mola hydatiforme em que a extracção foi seguida de desenvolvimento de enormes kystos luteinicos, cura sem intervenção. Interesse das dosagens hormonaes repetidas para o prognostico e a conducta a seguir nas sequencias molares — GERNEZ, LOUIS 178
A proposito de um caso de diabete e gravidez — GERNEZ, LOUIS e DEMAREZ, RENE' 180
Estudo anatomico de hemostase post-placentaria — KREIS, J. 180
Sobre o valor do exame radiologico da mamma no estado puerperal — ZOCCHI, S. e ROBECCHI, E. 182
Sobre o uso de um novo analgesico em obstetricia — NIZZA, M. 182
Contribuição ao estudo das modificações anatomicas da trompa na gravidez uterina inicial 183
A castração temporaria com os raios X e com o radium — MOMIGLIANO, E. 183
Um estudo sobre placenta accreta — IRVING, F. e HERTIG, A. T. 184
O diagnostico differencial da prenhez ectopica pela peritoneoscopia — HOPE, R. 185
O hormonio gonadotropico no diagnostico do choriocpithelioma — ZONDEK, BERNHARD 187
Tratamento da enxaqueca menstrual com pequenas doses de extracto gonadotropico de urina da gravidez — MOFFAT, WILLIAM M. 189
Genoallergia e metroallergia — GOODALL, J. R. e POWER, R. M. H. .. 190
Transplantação bilateral dos ureteres na mulher — COUNSELLER, V. S. 192
Resultados do trabalho provocado, em 750 casos da clinica privada — MATHIEU, A. e HOLMAN, A. 193
O plexo hypogastrico superior e suas relações com a Gynecologia — FLOTHRON, P. G. 195
Methodos de investigação da hemorrhagia uterina funccional — FLUHMANN, F. 195
Sympathectomia pre-sacra — VOLLMER, A. M. 196
Prophylaxia das thromboses e embolias post-operatorias — SCHMID, H. H. 197
Manejo do parto por meio da quinina, calor e thymophysina na ruptura precoce espontanea da bolsa d'agua — KYRIAKIS, L. 198
Conglutinação do orificio externo do utero. Edema com nephropathia. Cesareana. — BUD, v. G. 198
Sobre as principaes questões da therapeutica pelas ondas curtas em gynecologia — RAAB, E. 199

Pags.

Sobre um processo myomatoso gigante do utero com gravidez de 4 mezes, não diagnosticado e annotações sobre o diagnostico e a therapeutica em casos semelhantes — ABRAHAN, E. G. 200
Sobre a mortalidade no tratamento operatorio das affecções gynecologicas — SCHUB, R. L. 200
A denominação das porções do utero — MARTIUS, H. 201
Myoma como complicação do parto e do puerperio — JANSON, PH. 202
Da operação de Cotte — HÜSSY, P. 202
Sobre uma especie de tumor do ovario ainda não descripta. Adeno-papilloma keratinoso benigno. — KLEINE, H. O. 203
Sobre o diagnostico precoce da gravidez intersticial — HASSELBLATT, R. 204
Prenhezes simultaneas intra e extrauterinas — NEUMANN, H. O. 204
Mais alguns resultados da irradiação do carcinoma do collo do utero — NEBESKY, O. 205
Contribuição ao esclarecimento da histogenese dos tumores de Brenner do ovario — KLEINE, H. O. 206
Sobre o psammocarcinoma do ovario — WERNER, E. 207
Teôr da cholinesterase no sangue materno e no sangue do cordão — NAVRATIL, E. 207
A symphysiotomia limitada — JÚDICE, HUBERTO ARRIOTA 208
A colpohysterectomia vaginal como tratamento do prolapso utero-vaginal na menopausa — BARDI, EMILIO, MOLFINO e BOERO, RAUL... 209
Gravido-intradermo-reacção no diagnostico rapido da gravidez normal e pathologica — DE LA VEGA, JUAN CARLOS 210

O emprego do calor no tratamento de varias enfermidades é, póde dizer-se, quasi instinctivo; e isso é tão certo, que esse recurso tem sido posto em pratica desde a antiguidade até a época presente, e hoje, mais do que nunca, dedica-se mais attenção aos varios usos do calor.

O effeito sedativo do calor sobre os nervos de sensação e motores, a sua capacidade de alterar o metabolismo local, pelo augmento que traz ao subsidio do sangue e lympha, pelo incremento da nutrição nas partes, e pela absorpção dos exsudatos, torna o calor um elemento de vasta applicação no tratamento de enfermidades.

A prova disso vê-se com frequencia de modo prodigioso, quando se emprega o calor sob a forma de Antiphlogistine, em casos taes como arthrite, rheumatismo chronico, sciatica, lumbago, fibrosite, traumatismos, affecções das vias respiratorias superiores e inferiores, e onde quer que seja indicado o emprego do calor.

Na angina pectoris, a Antiphlogistine, que mantem o calor proprio durante longo tempo, é muito empregada devido ao seu poder de mitigar a dor, e pelo seu valor como sedativo.

sangue, especialmente diminuição do tempo de coagulação quando se mistura sangue da veia porta com sangue proveniente da periphéria. Pela nausea e pelos vomitos pos-operatorios o sangue da veia porta é impellido na circulação via de vasos communicantes que existem entre a veia hemorroidal superior, ramo da mesenterica inferior e a veia hemorroidal media, ramo da hypogastrica. Pela inclinação da cama este processo é evitado. E' assim que se pode explicar a diminuição das embolias obtidas na clinica do A.

Manejo do parto por meio da quinina, calor e thymophysina na ruptura precoce espontanea da bolsa d'agua *(Die Geburtsleitung mittels Chinin, Waerme und Thymophysin bei vor-bezw. fruehzeitigem Blasensprung)* — KYRIAKIS, L. — (*Z. f. Gynäk.*, Fev. 6, 1937, Anno 61, Fasc. 6, pag. 324).

A ruptura precoce da bolsa dagua provoca uma serie de perigos para mãe e filho que dão muitas vezes uma indicação para a intervenção do parteiro. Os principaes perigos são: incidencia elevada da infcção, inercia uterina, procidencia do cordão umbilical e atonia do utero post-parto.

Um signal de valor para o diagnostico é que a reacção chimica da secreção vaginal de acida torna-se alcalina depois da perda do liquido amniotico. A prova com papel de LACMUS dá 97 % de resultados certos. O A. obteve bons resultados nos casos de ruptura precoce da bolsa com a seguinte medicação para accelerar o trabalho de parto: 0,2 gr. de Quinina de 20 em 20 minutos até alcançar um total de 1,5 gr. Ao mesmo tempo applica-se calor em forma dum banho de luz de meia em meia hora durante 20 min. Nos casos em que essa medicação não produziu effeito, deu o A. tambem injecções intramusculares de 0,5 cc. de Thymophysina até completar 2 cc. O A. relata que assim conseguiu em 96 % dos casos boas contracções uterinas. A duração do parto diminuiu, durando em media 10-20 horas. Só foram necessarias intervenções operatorias em 14 % dos casos ao passo que sem essa medicação as estatisticas dão uma percentagem de 51 %. A natimortalidade baixou de 7,9 % para 2,2 %.

Conglutinação do orificio externo do utero. Edema com nephropathia. Cesareana. *(Conglutinatio orificii externi uteri. Oedem mit Nephropathie. Kaiserschnitt.)* — BUD, v. G. — (*Z. f. Gynäk.*, Fev. 6, 1937, Anno 61, Fasc. 6, pag. 329).

O A. assistiu a uma parturiente com nephropathia e teve que terminar o parto 48 horas depois do inicio com cesareana indicada por conglutinação do orificio externo do utero.

A conglutinação é uma anomalia rarissima, 1 caso por dez mil partos. Trata-se duma occlusão pelo tampão mucoso que pode ser mantida mesmo no trabalho do parto. Para isso porém deve ser responsabilisado tambem um disturbio do mecanismo do parto, provavelmente da ennervação ou uma lesão da parede muscular da cervix com perda de elasticidade. Muitas vezes a conglutinação é acompanhada do retro-desvio do orificio externo do utero. Neste caso as dôres do parto não exercem pressão em direcção ao orificio, mas sim contra a parede cervical.

KRAATZ e A. MEYER admittem que se trate duma atonia dos tecidos maternos generalizada provocada talvez por toxinas. No caso por elle observado julga o A. provavel tal acção toxica pois a doente era portadora duma lesão renal.

Sobre as principaes questões da therapeutica pelas ondas curtas em gynecologia *(Ueber prinzipielle Fragen der Kurzwellentherapie bei gynäkologischen Entzuendungserkrankungen)* — RAAB, E. — (*Z. f. Gynäk.*, Fev. 13, 1937, Anno 61, Fasc. 7, pag. 384).

O A. quer esclarecer algumas questões que parecem ainda obscuras para muitos medicos. Uma das differenças entre a therapeutica pelas ondas curtas e a diathermia é não encontrarem as ondas curtas resistencia na bacia ossea. E' evitado tambem o aquecimento exaggerado da pelle e do tecido adiposo como acontece na diathermia. Apesar da resistencia encontrada pela corrente nas ondas curtas uma grande quantidade de energia alcança a profundidade. Biologicamente as ondas curtas provocam além de effeitos puramente electricos modificações da permeabilidade e do equilibrio dos iontes das cellulas e modificações da corrente lymphatica e capillar, tendo essa ultima interesse particular. Após applicação de ondas curtas os capillares se dilatam não podendo ser obtida a contracção pela injecção de adrenalina ou excitação do sympathico.

O resultado da therapeutica pelas ondas curtas em gynecologia depende da dosagem que pode ser regulada subjectivamente pelo gráo de calor accusado pela paciente. Em geral é bastante uma energia de 200 á 300 Watts. As differentes especies de electrodos tambem teem grande influencia.

O A. descreve uma "chaise longue" por elle construida usando um electrodo pendente evitando assim a compressão do mesmo, pelo peso do corpo. Para uso geral elle é partidario de apparelhos de valvulas com uma energia até 300 Watts julgando em geral desnecessaria a grande potencia dos apparelhos francezes. Indica a sua applicação em gynecologia nas inflammações agudas e chronicas das

Anno II SETEMBRO DE 1937 Vol. IV - N.º 3

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Tel. 43-6494 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Setembro de 1937 | Vol. IV — N.º 3

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Tratamiento de la incompatibilidad feto-materna por el procedimiento del Profesor Bocro — PROF. DR. A. R. ENRIQUEZ e DR. CARLOS MASSON 211

Inversión uterina puerperal — PROF. DR. JOSE INFANTOZZI ... 225

Leiomyoma do ovario — DR. JOAQUIM BRITO 232

Semiologia da fossa iliaca direita na mulher — DR. ALDERICO FELICIO DOS SANTOS 236

SECÇÃO EDITORIAL

Colposcopia e teste de Schiller 261

NOTAS E COMMENTARIOS

† Dr. Emilio Emiliano Gomes 264

"Premio Armando Fajardo" 265

Société Française de Gynecologie 265

Terceiro Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia 265

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Propedeutica Obstetrica — PROF. ARNALDO DE MORAES 266

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Acta da terceira sessão ordinaria 269

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

PELO

GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Sobre um caso particular de dysmenorréa numa joven de 15 annos: adenofibroma da região inguinal — REEB, M. 271
Estudos sobre o estado da mucosa vaginal na amenorréa — COTTE, G. e MILEFF, A. 272
Tratamento prophylactico da eclampsia e ruptura das membranas — STROGANOFF, B. e DAVIDOVITCH, O. 273
A reacção de Zambrini na gravidez normal e pathologica — LISI, G. ... 274
Da origem follicular de certos kystos hematicos endometrioides do ovario — ISIDOR, P. 274
Amenorréa emotiva e hemorragias vicariantes — BINET, A. 275
O medico deve respeitar o hymen? Como tratar as affecções gynecologicas nas virgens — THIERRY, E. 276
Gravidezes sobrevindas tres e sete annos após curietherapia do collo por neoplasma; estenose cicatricial do collo; infecção ovular; hysterectomia — LE LORIER, DOUAY e MAYER, M. 277
A heliotherapia em gynecologia; seu logar no tratamento das inflammações annexiaes não tuberculosas — PIERRA, L. M. 278
Tratamento cirurgico do cancer do collo do utero (fora da gestação) — MICHON, L. 279
O diagnostico do cancer do collo do utero — HAMANT, A. e CHALROT, P. 280
Diagnostico biologico do cancer do collo — ARON, M. 283
Sobre o emprego do vermelho Congo no diagnostico differencial entre annexite e aborto tubario — GEYER, M. 284
Vomito grave, chloropenia, hyperazotemia, circulo vicioso pathogenetico — FRONTINELLI, E. 284
As lesões da parte pelvica do apparelho urinario e suas consequencias juridicas — ERCHIA, F. 286
Mammographia; radiographico-diagnose dos tumores da mamma com o emprego de meios de contraste — HICKEN, N. F. 287
Cancer do seio. Prognostico dos casos tratados cirurgicamente — GRAHM, A. 289
A frequencia de concepções em familias tendo filhos congenitamente malformados. Estudo em 208 familias — DOUGLAS, P. M. 290
Variações pelvicas em 300 primiparas de raça branca. Estudo clinico e classificação proposta — THANS, H. 291
Visualização pre-operatoria dos tumores da mamma — HICKEN, N. F., BEST, R. R., MOON C. F. e HARRIS, T. T. 292
Uma avaliação do roentgen-diagnostico do carcinoma inicial da mamma — GERSHON-COHEN, J. e COLCHER, A. E. 293
Analgesia obstetrica em domicilio pelo pentabarbital sodico — EDWARDS, W. C. 294

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

O prolan e a estrina no serum e na urina das mulheres diabeticas e não diabeticas, durante a gravidez, com referencia especial á toxemia gravidica tardia — SMITH, W. O., SMITH, G. V. S. T. E. P. e WHITE, P. 294
O diabete complicando a gravidez — WHITE, P. 296
A theoria endometrial da prenhez ectopica — FRANKEL, J. M. e SCHENCK, S. B. 297
A prevenção da infecção puerperal na pratica hospitalar — D'ESOPO, D. A. 299
Um estudo do mechanismo hemostatico da irradiação do baço com os Raios X duros, nas hemorragias uterinas — IKEGAMI, M. 301
A therapeutica do carcinoma do collo do utero — SCHROEDER, R. ... 303
Sobre o crescimento excepcionalmente lento do carcinoma do collo — HOLTERMANN, C. 305
Sobre um caso de edema climacterico — FARKAS, G. V. 306
Pequena contribuição para a therapeutica do prurido vulvar — SCHULTZE-RHONHOF, F. 307
Pesquisas experimentaes sobre a permeabilidade da parede vaginal da mulher á agua — STOECKEL JUNIOR, W. T. 307
A formula hemoleucocytaria na pyelite gravidica — SCHUBERT, E. V. .. 308
Pontos de vista recentes no tratamento hospitalar da pyelite gravidica — KULITZY, G. 309
Contribuição para a clinica da tuberculose dos orgãos genitaes femininos — HEYNEMANN, T. 310
Observações sobre a actinomycose dos ovarios — KLEINE, H. O. 311
Puberdade precoce parcial em uma menina de 4 annos, portadora de sarcoma polymorphocellular — GRAGERT, O. e WIESENER, E. 311
O controle histologico do cyclo na therapeutica hormonal — REIFFERSCHEID, W. 312
Glycosuria gravidica e metabolismo hormonal — NUERNBERGER, L. ... 313
Exames com "a prova do frio" em mulheres gravidas, parturientes e puerperas — BAK, M. 313
A transfusão de plasma sanguineo conservado em hemorragias gynecologicas — ALOVSKI, A. 314
Sobre a estructura da urethra feminina — PETROWA, K. e BERKOWSKAJA 315
Toxicoses gravidicas e neoplasmas. Novos pontos de vista na etiologia dos tumores — v. BUD, G. 316
O deficit de vitamina C na gravidez — GAETGENS, G. e WERNER, E. 317
A natureza da transformação sexual de origem hormonal — HALBAN, J. 317
Tumor de cellulas da granulosa de evolução maligna — ARENAS, N. ... 318
Valor dos procedimentos cirurgicos para a prophylaxia das rupturas perineaes do parto — FERRARI, R. A. 319
Inundação peritoneal devida a ruptura do corpo amarello diagnosticada clinicamente — RAMIREZ, E. A. 320

Analgesia obstetrica em domicilio pelo pentabarbital sodico *(Pentobarbital-sodium in obstetric in the home)* — EDWARDS, WILMER C. (Richland Center) — (*J. A. M. A.*, Março 20, 1937, Vol. 108, N.º 12, pag. 957).

O A. que exerce a clinica em uma communidade rural, Richland Center, Wis., usou até 3 annos passados na analgesia obstetrica, a mistura pantopon-scopolamina. Durante o tempo em que fez uso desse methodo teve um numero consideravel de fétos nascidos em estado de morte apparente ou respirando muito lentamente, exigindo algumas vezes muito trabalho para reanimal-os. Nestes tres ultimos annos vem empregando o pentobarbital-sodico, já o tendo feito em 200 casos com resultados satisfactorios. O A. emprega durante a dilatação 0,4 grs. de pentabarbital-sodico, em capsulas de 0,10 grs. cada uma. Na phase de expulsão applica mais duas caps. num total por conseguinte de 0,60 grs. O A. não tem nenhum caso de morte materna e os quatro casos de morte fetal occorridos e relatados não podem ser attribuidos ao emprego da droga analgesica.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

O prolan e a estrina no serum e na urina das mulheres diabeticas e não diabeticas, durante a gravidez, com referencia especial á toxemia gravidica tardia *(Prolan and estrin in the serum and urine of diabetic and non diabetic women during pregnancy, with special reference to late pregnancy toxemia)* — SMITH, WATKINS O., SMITH, G. VAN S. TASLIN E. P. e WHITE, PRISCILLA — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Março 1937, Vol. 33, N.º 3, pag. 365).

Se bem que estudos acurados tenham revelado certas variações biochimicas, no sangue e na urina, durante a gravidez, nenhuma é tão frisante, sob um ponto de vista quantitativo, quanto as modificações hormonaes até aqui demonstradas; principalmente, nas quantidades do factor gonado-estimulante, semelhante, ao da hypophyse anterior (prolan de origem placentaria) e das substancias estrogenicas (estrina).

Sem duvida existem modificações hormonaes pronunciadas associadas a outros orgãos alem da placenta conforme as indicações morphologicas (pituitaria, ovarios, suprarenaes e thyreoide), mas a analyse do sangue e da urina por qualquer dos methodos que se approximam dos padrões quantitativos está ainda limitada ao prolan e a estrina e mesmo com estas a deficiencia dos processos existentes tornam os resultados apenas approximadamente exactos.

Anno II OUTUBRO DE 1937 Vol. IV - N.º 4

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Tel. 43-6494 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Outubro de 1937 | Vol. IV — N.º 4

SUMMARIO

TRABALHOS ORIGINAES — Pags.

Perineorrafia — PROF. HUMBERTO DIONISI 321
Tratamiento de las cervicitis crónicas — DR. FAUSTO VEIGA 329
Tratamento das neuralgias pelvicas rebeldes — DR. JOSE' RIBE PORTUGAL 335
A investigação do equilibrio acido-basico. Sua importancia em clinica e cirurgia. — DR. NELSON G. NOGUEIRA 343

SECÇÃO EDITORIAL

Constituição e Gynecologia 364

NOTAS E COMMENTARIOS

† *Dr. Maurity Santos* 368
† *Professor Otto von Franqué* 369
1.º Decennio de Formatura dos Doutorandos de 1927 370
II Congresso Americano e I Argentino de Urologia 371
Congresso Internacional de Obstetricia e de Gynecologia 371

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Na esphera do pensamento brasileiro — PINHEIRO GUIMARÃES. 372
O cardiaco — FAHRENKAMP 373
Brasil, Argentina, Uruguay — Num abraço fraterno 373

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Acta da quarta sessão ordinaria 374
Acta da segunda sessão extraordinaria 375

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

PELO

GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

Annaes Brasileiros de Gynecologia

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

A operação conservadora padrão nas annexites bilateraes — MOCQUOT, P. 377
Therapeutica do parto nos casos de bacia estreitada — LIVCHINA, R. L. 378
Ruptura silenciosa do segmento inferior do utero durante a gestação, ao nivel de uma cicatriz de operação cesareana — PEREZ, M. L. e TALLAFERRO, F. 379
Dados histo-physiologicos sobre o tratamento pela folliculina do prurido vulvar senil — COTTE, G e MILEFF, A. 380
A radiographia em obstetricia — TISSERAND, M. 381
Ausencia congenita da vagina, creação de uma neo-vagina pela perineotomia, insucesso do enxerto amniotico, excellente resultado anatomico e funccional — LAFARGUE, P. e RIVIERE, M. 381
A dôr alta e a hyperleucocytose na gravidez extra-uterina rôta — MASSE' e LAPORTE, F. 382
Creação de uma vagina artificial com o auxilio de um retalho cutaneo — CHRISTITCH, S. 384
O cancer do collo restante — LEFEBVRE, C. e GONZI, J. 385
As recidivas loco-regionaes no cancer do collo — DIEULAFE', A. 386
As metastases do cancer do collo — CURTILLET, E. 389
Tratamento da dôr no cancer do collo — CURTILLET, E. 391
Sobre a importancia das modificações deciduaes do endometrio como meio de diagnostico na gravidez extra-uterina — MOLINENGO, L. 392
Considerações estatisticas sobre a etiologia e frequencia da macrosomia fetal decorrentes do estudo de 495 casos — BOLAFFI, R. 393
Pesquisas experimentaes sobre a hemicastração ovarica — VURCHIO, G. 393
Considerações sobre a individualidade do recemnascido — VALDORTA, F. 394
A physiologia da mucosa cervical humana — WOLLMER, A. 394
O diagnostico da gravidez pela reacção de Visscher-Bowman e o pigmento urinario — SHECHAN, J. M. D 395
Invaginação intestinal e gravidez — CHAFFIN, L., MASSON, V. R., SLEMENS, J. e MORRIS, M. P. 396
Lesões pseudo-malignas e precancerosas da cervix — NOVAK, E. 397
Mortalidade por operação cesarea em Indianapolis e Estados centraes — SMITH, D. L. 399
Granuloma venereo do collo uterino simulando carcinoma — PUNND, E. e GREENBLATT, R. B. 400
Uma revista de dezesete casos de interessantes anomalias do tracto genital feminino — MASSON, T. C. e KAUMP, D. H 401
Um estudo estatistico do tratamento da placenta previa — MACKENZIE, L. L. 402
Classificação clinica de casos de carcinoma do corpo do utero — CROSSEN, H. S. 403
Uma communicação do Hospital de Brooklyn sobre o tratamento do cancer do corpo e da cervix do utero pela irradiação — SIDNEY, W. 406
Os "genitalia interna" da primipara após parto a forceps — NUGENT, F. B. 408
Reparo das fistulas vesico vaginaes — COLLINS, C. V. 409
Fistula vesico vaginal — ADAMS, P. W. 410
O mechanismo da posição fetal — RUDOLPH, L 410
Para a rehabilitação dos signaes de Hegar na gravidez — MAYER, A. .. 411

Pags.

Sobre a applicação de Radium no carcinoma do utero — GERICKE, W. 412
Contribuição ao conhecimento do chamado diabete gravidico — GERSTMANN, H. e KLAFTEN, E. 412
Para o tratamento do prurido vulvar e de certas formas de dermatites — KLAFTEN, E. 413
Contribuição á questão da esterilidade physiologica na mulher — RIEBOLD, G. 414
Contribuição a clinica e pathologia dos tumores de cellulas da granulosa — PALLOS, K. v. 415
Sobre hemorragias funccionaes do utero — GOLD, L. 416
A Roentgen-therapia em Gynecologia de Agosto de 1935 á Dezembro de 1936 — BOSCH, H. e LEUPOLD, W. 416
A acção da folliculina e dos hormonios gonadotropicos na mulher em seu aspecto anatomico e funccional — BÜTTNER, W. 418
A posição especial morphologica e funccional do chamado struma ovarii — NEUMANN, H. O. 419
A importancia da hypophyse para o inicio do climacterio — ENGELHART, E. e HAEUSTER, H. 420
Contribuição para o conhecimento da adenomyose do utero e das endometrioses extrauterinas — HOLLSTEIN, K. 421
Sobre os cystos endometrioides do ovario — FOSATTI, F. 422
A chamada "degeneração microcystica" dos ovarios — TIETZE, K. 423
Alongamento edematoso polypiforme unilateral do collo uterino typo Rouvier em uma tuberculosa gravida — GAVIOLI, R. 424
Leucoplasia da vulva — FIGUERÔA CASAS 425
As modificações sanguineas no parto e no puerperio — FERRACANI e STRATICO 426

Prof. Arnaldo de Moraes

PROPEDEUTICA OBSTETRICA

5.ª EDIÇÃO

Revista e actualizada pelo Autor

Com 490 paginas e 158 gravuras, das quaes uma trichromia

ACHA-SE A' VENDA NA

LIVRARIA FRANCISCO ALVES

Rua do Ouvidor N.º 166

RIO DE JANEIRO

estes casos não são tão frequentes assim. Destas 30 doentes ultimas, que o A. poude acompanhar mêlhor, 26 apresentavam annexites banaes, e 4 eram de natureza tuberculosa; foram reoperadas algumas doentes, nas quaes puderam verificar os resultados operatorios perfeitos.

Fala das indicações operatorias, não esquecendo que precisam estar os processos inflammatorios perfeitamente resfriados, assim como se deve attentar ás metrorragias.

Acha, finalmente, que se devem ter certas *precauções technicas* no acto cirurgico; e que se precisa respeitar com o maior cuidado a vascularização do ovario a conservar. Aconselha retirar a trompa desse lado, iniciando-se pela extremidade uterina fazendo uma verdadeira salpingectomia retrograda, para conservar a arcada arterial formada pela uterina e utero-ovariana.

Tambem se deve fazer uma excisão cuneiforme do corno uterino, com a ponta do galvano-cauterio, para evitar infecção a partir da mucosa que se acha affectada, assim como, depois, sepultar o côto, com grande cuidado.

O A. usa sempre a via abdominal, e raramente drena, a não ser nos casos em que as adherencias não permittem uma perfeita peritonização; nesses casos deixa um pequeno dreno durante 48 horas.

Therapeutica do parto nos casos de bacia estreitada *(Thérapeutique de l'accouchement dans les cas de bassin rétréci)* — LIVCHINA, R. L. — (*Gynéc. et Obst.*, Abril 1937, Tomo 35, N.º 4, pag. 274).

O A. faz um penoso trabalho estatistico da Clinica de Gynec. e Obst. do Inst. Medico de Charkov, dos annos de 1929 a 1933, mostrando a orientação clinica que seguem. São adeptos fervorosos do methodo expectante, não intervindo senão em recurso extremo, assim mesmo quasi sempre pela via vaginal (forceps). Faz uma descripção dos typos de bacia estreitada, só considerando como taes aquellas cuja conjugata externa é menor que 18 cms., a interna não sendo nunca medida. Sua estatistica repousa sobre 13.200 partos, em que encontrou 1.980 bacias estreitadas (15 %). Os partos seguem o methodo estrictamente conservador e expectante, as parturientes sempre ficando em observação constante. Os partos espontaneos foram em numero de 1.812 (91,5 %), sendo a mortalidade materna nulla, e a fetal de 2,8 %. Em 168 casos houve necessidade de se soccorrer dos methodos operatorios (8,5 %), com 1 morte materna (0,6 %) e 58 fetaes (34,5 %).

A cesareana sómente deve ser indicada nos casos de desproporção feto-pelvica, pois tem perigos maiores do que as intervenções vaginaes; seus resultados são, portanto, menos lisongeiros.

Entre as intervenções operatorias examinadas pelo A. os methodos vaginaes representam 97,03 % (163 casos) emquanto o methodo abdominal apenas 5 vezes foi feito (2,97 %).

Por fim o A. se declara partidario fervoroso dos methodos vaginaes, quando o parto pelas vias naturaes se torna impossivel espontaneamente.

Ruptura silenciosa do segmento inferior do utero durante a gestação, ao nivel de uma cicatriz de operação cesareana *(Rupture silencieuse du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, au niveau d'une cicatrice d'opération césarienne. Implantation secondaire du placenta previa récidivé á la surface postérieure de la vessie)* — PEREZ, MANOEL LUIZ e TALLAFERRO, FREDERICO (Buenos Aires) — (*Gynéc. et Obst.*, Abril 1937, Tomo 35, N.º 4, pag. 287).

Os AA. apresentam um caso deveras interessante, pela sua extrema raridade.

Tratava-se de uma multipara, com 2 applicações de forceps e uma cesareana por placenta previa, e que veio novamente a ser operada por placenta previa.

Esta observação constitue, de facto, um caso inedito na litteratura obstetrica, pois reune tres accidentes bem raros: a recidiva da inserção baixa da placenta, a ruptura de uma cicatriz de operação cesareana segmentaria; e a implantação secundaria das villosidades na parede externa da bexiga, este ultimo facto, então, extremamente incommum.

A recidiva da placenta previa, é raramente observada.

A ruptura da cicatriz de hysterotomia, observada com menos raridade nos casos de cesarea corporea, é verdadeiramente rara nos casos de hysterotomia segmentaria, e ainda mais, é excepcional, e talvez mais quando se processa "silenciosamente" como no presente caso.

Para os AA., porém, o que merece uma analyse mais aprofundada, é a inserção dos cotyledones fóra do utero, em plena cavidade peritoneal e sem provocar accidentes agudos — é facto unico na litteratura mundial, affirmam.

Anno II NOVEMBRO DE 1937 Vol. IV - N.º 5

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Tel. 43-6494 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Novembro de 1937 | Vol. IV — N.º 5

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Conceito dos tumores de Brenner — DR. F. VICTOR RODRIGUES.. 427

Modificações da ligamentopexia á Baldy-Dartigues — DR. ALOYSIO MORAES REGO 448

Tratamento das cervicites chronicas — DR. OSWALDO DA SILVA LOUREIRO 454

Considerações sobre o tratamento da endometrite puerperal — DR. CID FERREIRA JORGE 470

Causa de erro na reacção de Friedmann — DR. NELSON DE CASTRO BARBOSA 475

SECÇÃO EDITORIAL

Cuidados prenataes e mortalidade infantil 478

NOTAS E COMMENTARIOS

Prof. Augusto de Souza Brandão. Seu quinquagesimo anniversario professoral (1887-1937) 481

A proposito de uma prioridade em reinfusão de sangue 489

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Exposé des Titres et des Travaux scientifiques du Dr. H. Vignes..... 490

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

PELO

GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

O papel therapeutico da insuflação tubaria — CHATILLON, F. 491
Estudo clinico da tuberculose annexial — HELD, E. 492
A rachianesthesia em gynecologia e obstetricia — MEYLAN, R. 493
O numero de contracções no parto dirigido — GEISENDORF, W. 494
Considerações sobre o endometrioma do ovario — DANIEL, C. e GEROTA, D. 495
Adenomyose diffusa do tracto genital da mulher — ROULAND, H. e ISIDOR, P. 497
Tratamento das metrites chronicas pelo diathermo-coagulador rotativo — MOUSSALLI, C. 498
O hydrosalpinx bilateral ignorado — BÉCLÈRE, C. 499
As ondas curtas e a diathermia no tratamento da esterilidade feminina — DALSACE, J. e WECHSLER, R. 500
Dysmenorréa primitiva rebelde, tratada pela sympathectomia pelviana. Cura. — BINET, A. 501
Duas observações para servir á historia das cellulites — LORIER, V. 502
Complicações do tratamento do cancer do collo pelas irradiações — DUCUING e NEGRE, P. 503
Laparotomias conservadoras a todo o custo na cura da esterilidade — PORCARO, D. 505
O diagnostico radiologico da placenta prévia — ROBECCHI, E. e ZOCCHI, S. 506
Contribuição ulterior ao estudo da influencia de algumas irradiações sobre a reacção de Friedmann — BERTINI, M. e CAFFRARATO, M. T. 507
Notas clinicas sobre cardiopathia complicando o estado puerperal — CONSOLI, D. 509
O phenomeno da insinuação na gravidez e o segmento inferior do utero — RUDOLPH, L. 509
Amnesia, analgesia e anesthesia obstetricas; suas relações com a morte no trabalho de parto — MONTGOMERY, T. L. 511
Endocardite sub-aguda bacteriana complicada por gravidez. Publicação de um caso com estudos immunologicos — FELSEN, J., SCHUMER, H. e OSOFSKY, A. G. 513
Estudos experimentaes com sulfanilamida e com Prontosil em infecções por estreptococco hemolytico — MELON, R. R., GROSS, P. e COOPER F. 514
O uso da sulfanilamida nas infecções gonococcicas — DEES, J. e COLSTON, J. A. C. 515
Sobre certas acções pharmacologicas dos mais novos compostos de acido barbiturico — GRUBER, C. M. 516
Cesareana extraperitoneal (Latzko) — ALDRIDGE, B. S. 518

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

A base endocrina da toxemia gravidica — VORZIMER, J. J., FISHBERG, A. M., LANGROCK, E. G. e RAPPAPORT, E. M. 519

Um estudo dos cystos dermoides com uma suggestão sobre o uso dos R. X. no diagnostico — GLASS, M. e ROSENTHAL, A. H. 520

Resecção do nervo presacro para allivio da dôr e da dysfuncção vesicaes — CHEETHAN, J. G. 522

A significação das alterações pathologicas do collo uterino — BUBIS, J. L. 522

Parto espontaneo após carcinoma da cervix, curado pela simples excisão numa mulher joven — HINSELMANN, H. 523

Outras experiencias para a conservação e a substituição da menstruação — FUCHS, H. 523

Cauterização com chloreto de zinco em hemorragias benignas rebeldes — SAVNIK, L. 525

Sobre a comprovação de substancias cortico-suprarenaes de acção semelhante á da lutina e folliculina — ENGELHART, F. 526

A importancia das perturbações hormonaes para a etiologia da mastopathia cystica e das metaplasias do epithelio do collo — HEROLD e EFFKEMANN 526

Tratamento da pre-eclampsia e da eclampsia pelas ondas curtas — EMMRICH, I. 527

Sobre um novo symptoma para o diagnostico differencial entre tumores genitaes inflammatorios e não inflammatorios, especialmente os esquerdos e retro-uterinos — SCHLEYER, E. 528

Accidentes mortaes tardios após implantação dos ureteres no intestino, segundo Coffey — MIKULICZ-RADECKI e KRAUSPE 528

A combinação da plastica do ischio-bulbo-cavernoso com a plastica larga do levantador — STOECKEL, H. 529

Sobre a acção oxytocica da folliculina—DRUCKREY, H. e BACHMANN, H. 529

A acção percutanea dos hormonios sexuaes — MASAO ITO e dois outros 530

Sobre o manejo dos oxytocicos — HOLZBACH, E. 531

Um caso de echinococcose primaria do utero — MISSIRLOGLOU e ANAGNOSTIDIS 532

Sobre o tratamento operatorio das afecções annexiaes tuberculosas — FRIGYESI, J. 532

Influe a ruptura prematura e precoce da bolsa dagua na duração do parto ? — GUTHMANN e ENDRES, P. 533

Lesões eclampticas e pressão do liquido cephalo-rachidiano — WIRTH, L. 534

Hyperprolanuria e pathologia da gravidez — HEIM 535

Um caso de doença de Kruckenberg acompanhado de um syndrome abdominal aguda — POPOVICI, A. N., MARINESCO-SLATINA, MUSAT e NITESCU 535

Hematometria lateral e hematosalpinx da trompa annexa em um caso de utero duplo — ARENAS, N. e ECHEGARAY, E. M. 536

Tratamento dos pruridos gravidicos pelo sôro de Ringer — SALA, S. e CASTELLANOS, S. 537

Apoplexia utero-placentaria ? Exito do parto medico — BAZAN, J. 538

Terminando, diz o A. que a phase final da formação do segmento inferior póde ser retardada até o inicio do trabalho de parto ou mesmo até á sua primeira ou segunda etapa. O retardamento do apagamento do collo explica as hemorragias da placenta previa. A demora na formação da ultima phase do segmento inferior é a base para o diagnostico differencial entre a dystocia funccional e a mechanica, quando a apresentação está alta.

Abortos e partos prematuros podem ter por causa uma insinuação precoce.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Amnesia, analgesia e anesthesia obstetricas; suas relações com a morte no trabalho de parto *(Obstetric amnesia, analgesia and anesthesia; their relationship to sudden death in labor)* — MONTGOMERY, THADDEUS L. — (*J. A. M. A.*, Maio 1937, Vol. 108, N.º 20, pag. 1679).

A impressão causada ao A. pelo numero e a natureza da anesthesia nas mortes relatadas perante o "Maternal Welfare Committee of the Philadelphia County Medical Society" levou-o ao proposito de determinar o papel que a analgesia representa na mortalidade materna em Philadelphia e comparar os varios methodos de anesthesia sobre a base da innocuidade e da efficacia na pratica geral. O estudo é baseado em um periodo de cinco annos, 1931 a 1935 inclusive. A analyse dos resultados sobre esse periodo de tempo revela que a média da mortalidade geral diminuiu 24 %, que este declinio é devido a uma baixa de 49 % na média das mortes imprevistas e que a média das mortes previstas permaneceu uniforme. Nos casos de morte materna durante o trabalho ou dentro das 24 horas seguintes, não ha diminuição da média geral; mas a média das mortes imprevistas diminuiu 49,3 % e das mortes previstas augmentou 52(5 %; a média das mortes attribuidas a erros de indicação e de technica elevou-se de 108,5 % e a proporção de mortes maternas devidas a esses erros augmentou de 107,3 %. Desses dados surge a impressão de que os erros de indicação e de technica representados pelas mortes no periodo intraparto correm por conta de um melhoramento lento na pratica da obstetricia. Em todas as outras mortes maternas houve um declinio geral na média da mortalidade de 28,9 %, um decrescimo na média das mortes imprevistas de 48,6 %, um decrescimo na das mortes previstas de 11,1 % e um decrescimo na média das mortes por erro de indicação e de technica de 41,4 %. Ha um melhoramento portanto em todas as phases da pratica obstetrica se se

examina o grupo das mortes (879) occorridas fóra do trabalho de parto. Mas se se examina o pequeno grupo de 220 mortes occorridas intra-parto, verifica-se que nenhum progresso houve na média das mortes previstas. Apparentemente algo está errado nos methodos de conducta no trabalho, e é triste dizer, declara o A., que esta qualquer cousa se torna cada vez mais erronea á medida que os annos se succedem. Provavelmente numerosos factores estão em causa, mas o A. pensa que a amnesia, a analgesia e a anesthesia constituem uma parte importante desse problema complexo. Formulando uma opinião sobre a acceitabilidade de um methodo de analgesia e anesthesia, o medico deve ter em mente o seguinte: 1.º — innocuidade; 2.º — as propriedades amnesicas, analgesicas e anesthesicas; 3.º — effeitos sobre as contracções do utero; 4.º — vantagens e desvantagens em casos especiaes; 5.º — reacções violentas e idiosyncrasia; 6.º — effeitos geraes; 7.º — effeito sobre a respiração fetal ao nascer.

O A. passa em revista os varios analgesicos e anesthesicos usados nos 219 casos de morte intra-parto ou durante as 24 horas seguintes e ao fim organiza o seguinte quadro:

Anesthesico usado	*N.º de mortes em que o agente foi empregado*	*Causa primaria da morte*	*Possivel causa da morte*	*Má indicação*
Ether ou protoxydo de azoto-oxygenio-ether ..	108	1 (>1%)	1 (>1%)	1 (>1%)
Protoxydo de azoto-oxygenio	34	0	1 (3%)	9 (26%)
Gwathmey (ether-oleo)	7	0	3 (42%)	1 (14%)
Chloroformio.	3	0	1 (33%)	2 (66%)
Rache	4	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
Local	4	0	0	0
Pento-barbital sodico	11	2 (18%)	4 (36%)	2 (18%)
Amytal	8	0	2 (25%)	2 (25%)
Nenhum	49	0	0	0
	219			

Synthetizando A. conclue:

1 — A analyse da mortalidade materna em Philadelphia revela um melhoramento em todas as fórmas da pratica obstetrica excepto no que diz respeito ao periodo intra-parto.

2 — A parte do medico na responsabilidade das mortes subitas no parto e após o parto augmentou de 100 %.

3 — Os methodos de amnesia, analgesia e anesthesia obstetricas têm sido considerados como possiveis factores no augmento de casos fataes.

4 — Baseados nas estatisticas, a rache-anesthesia está condemnada como methodo pratico e verifica-se que os derivados do acido barbiturico não são isentos de perigo como varias publicações parecem indicar.

Endocardite sub-aguda bacteriana complicada por gravidez. Publicação de um caso com estudos immunologicos *(Pregnancy complicating subacute bacterial endocarditis, etc.)* — FELSEN, JOSEPH, SCHUMER, HENRY e OSOFSKY, A. G. — (*J. A. M. A.*, Maio 22, 1937, Vol. 108, N.º 21, pag. 1783).

Os AA. publicam uma observação sobre endocardite sub-aguda bacteriana complicada por gravidez com fartos exames de laboratorio. A paciente morre seis dias após ter dado á luz uma creança a termo sadia. Esse facto leva os AA. a pesquizas sobre immunologia apresentando então as conclusões seguintes: 1) Estudos immunologicos indicam: a) que as bacteriolysinas presentes no serum materno foram transmittidas ao féto sem diminuição da titulagem; b) os extractos placentarios da paciente infectada demonstram notaveis propriedades bactericidas comparadas com as das tres placentas normaes de controle. 2) O encontro de estreptococcos no epithelio chorial suggere a possibilidade de uma acção de filtração protectora pelas cellulas que revestem as villosidades. 3) Parece provavel que pelo menos tres factores foram responsaveis pela não transmissão de *streptococcus viridans* da mãe ao filho: principalmente anticorpos circulantes, propriedades antibacterianas da placenta e acção protectora do epithelio chorial.

Cesareana extraperitoneal (Latzko) *(Extraperitoneal (Latzko) cesarean section)* — ALDRIDGE, B. S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1937, Vol. 33, N.º 5, pag. 788).

O A. apresenta uma série de 27 pacientes, nas quaes foi praticado esse methodo, discutindo as suas indicações, e salientando suas vantagens como meio de parturição, quando tem indicação.

Descreve um detalhe da technica que durante a dissecção deve reduzir o perigo de ferir a bexiga, apresentando uma pequena modificação da technica que torna o processo de Latzko adaptavel ao parto suprapubico de uma paciente, independentemente de estar a cervix dilatada ou contrahida.

Demonstra em seguida um methodo para drenagem mais adequada do espaço de Retzius, após a intervenção de Latzko. Segundo a opinião do autor, as indicações para a operação extraperitoneal provêm de duas classes de casos infectados ou potencialmente infectados: 1.º) Aquelles em que, por um julgamento erroneo, é tardiamente verificado, no decorrer do trabalho que, em virtude de dystocia ossea, o parto per vaginam, de uma creança viva, é impossivel ou extremamente problematico. O parto por cesarea extraperitoneal tem sido realizado com successo em taes casos, após tentativa de parto operatorio pela vagina. 2.º) Aquelles em que, apesar de um primeiro periodo de trabalho prolongado, a cervix deixou de se dilatar. Este grupo de casos inclue aquelles que apresentam verdadeira dystocia cervical e aquelles em que a cervix deixar de se dilatar em virtude de inercia uterina primaria.

O successo com a cesarea extraperitoneal requer:

a) Conhecimentos e experiencia obstetricas para seleccionar os casos com indicação exacta para esse processo.

b) Um profundo conhecimento das relações anatomicas acerca da bexiga e segmento inferior.

c) Pratica e experiencia em cirurgia, bem como em obstetricia, de fórma a applicar com successo esse methodo, e a evitar complicações cirurgicas desnecessarias.

Da sua limitada experiencia com a operação de Latzko, o A. julga que quando existem indicações precisas é um methodo valiosissimo para o parto suprapubico de casos infectados ou potencialmente infectados.

O methodo de accesso, para cesarea extraperitoneal, offerecido pela technica de Latzko, é anatomicamente o mais logico até agora creado, sendo a sua technica segura e não demasiadamente difficil para aquelles bem familiares com a gynecologia e com a obstetricia.

Os ferimentos da bexiga podem ser evitados por um conhecimento do fascia endopelviano e pela dissecção nos planos certos de clivagem.

Afim de obter uma exposição adequada do segmento inferior e para evitar attingir accidentalmente o peritoneo e contaminar a

cavidade peritoneal, póde ser conveniente, em certos casos, incisar deliberadamente a prega vesico-uterina do peritoneo, antes da abertura da cavidade uterina, pelo methodo descripto pelo A.

Uma drenagem conveniente do espaço de Retzius promoverá a cicatrização das incisões uterina e abdominal e augmentará a segurança do processo. A mortalidade materna, por cesarea, poderia ser reduzida, se os obstetras se familiarizassem com a technica da operação extraperitoneal, e recusassem adoptar a via abdominal nos casos em que soubessem existir condições preoperatorias que facilitassem a infecção uterina.

A base endocrina da toxemia gravidica *(The endocrine basis of toxemia of pregnancy)* — VORZIMER, J. J., FISHBERG, A. M., LANGROCK, E. G. e RAPPAPORT, E. M. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1937, Vol. 33, N.º 5, pag. 801).

Neste artigo os AA. apresentam provas em apoio ao seu ponto de vista de que a chamada toxemia gravidica é uma manifestação de disturbio das glandulas endocrinas, processando-se em mulheres com uma anormalidade constitucional preexistente destas ultimas.

O primeiro criterio para o diagnostico de toxemia gravidica foi o apparecimento, nos ultimos mezes da gravidez, de uma pressão sanguinea anormalmente alta, em mulheres nas quaes sem historia ou qualquer outro signal de enfermidade renal ou hypertensiva anterior. Póde haver casos de toxemia gravidica nos quaes a hypertensão está ausente, e o disturbio só se manifesta por edema e albuminuria, mas os AA. só incluiram pacientes com pressão alta. O presente estudo é baseado em 120 pacientes preenchendo este criterio, tendo sido usadas 100 pacientes consecutivas com prenhezes normaes como controle. Estas provas são apresentadas sob as seguintes epigraphes: 1) Peso; 2) distribuição de cabellos; 3) estatura; 4) facies; 5) fórma da pelve; 6) metabolismo basal; e 7) proteinas do sangue.

O peso médio pré-gravidico das pacientes, nas quaes se manifestou a toxemia, foi 21,8 libras mais elevado do que aquelle de pacientes na série normal. A incidencia de obesidade neste typo é grande.

Uma alta percentagem de mulheres com toxemia apresenta distribuição anormal dos cabellos.

Sessenta e cinco e oito decimos por cento (65,8 %) das pacientes com toxemia têm anomalia de estatura, em contraste com 21 % das de controle. A média do factor peso-altura da série normal foi de 2,08, comparada á de 2,5 da série toxemica.

Cincoenta e cinco por cento (55 %) das mulheres com toxemia apresentavam alterações do facies do typo "acromegalico" em contraste com 5 % das de controle.

favorece a infecção que facilita a proliferação do epithelio, causando a erosão que é realmente a hypertrophia, devida a novas formações cellulares.

O A. cita como lesões iniciaes responsaveis pela malignidade: as rôturas da cervix, as granulações resultantes da cicatrização em uma cervix que não foi tratada, estreitamentos, fistulas, cystos de Naboth, polypos e conclue que: "o collo como possivel fóco de infecção deve ser collocado na mesma categoria que os dentes, amygdalas, appendice, vesicula biliar, anus e seios paranasaes."

ANNA YOUNG estabeleceu que o carcinoma cervical occorre em 12 % dos 679 casos, examinados por ella, durante 10 annos.

O mais commum dos tumores malignos é o carcinoma epidermoide que occorreu em 86 % dos 80 casos estudados pelo A. Os restantes eram adenoepidermoides e adenocarcinoma.

A frequencia das lesões cervicaes mostra ser o collo uterino um dos mais importantes orgãos do corpo e deveria ser o nosso esforço empregado em conserva-lo nas condições tão normaes quanto possivel.

ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE

Parto espontaneo após carcinoma da cervix, curado pela simples excisão numa mulher joven *(Spontangeburt nach Heilung eines jungen Portiokarzinoms durch eimfache Excision bei einer Jugendlichem)* — HINSELMANN, H. — (*Z. f. Gynäk.*, Maio 1937, N.º 18, pag. 1026).

Em Janeiro de 1932 foi diagnosticado um carcinoma do collo numa moça de 23 annos. O carcinoma teve uma profundidade de 1,1 mm. no centro e de 1,4 mm. na margem. O diagnostico foi estabelecido pelo colposcopio. Lembra o A. que o caso serve de exemplo no seu livro "Introducção á colposcopia". Naquella occasião praticou a excisão do tecido tumoral. A moça que está clinicamente curada ha 5 annos, teve um parto espontaneo em Janeiro de 1937; o que parece ser digno de ser mencionado, porque mostra a capacidade funccional do utero completamente conservada.

Outras experiencias para a conservação e a substituição da menstruação *(Weitere Versuche zur Erhaltung und zun Ersatz der Menstruation)* — FUCHS, H. — (*Z. f. Gynäk.*, Maio 1937, N.º 18, pag. 1027).

Na primeira parte do trabalho o A. falla sobre a continuação de suas experiencias com as endometrioses artificiaes da cervix e

não se distingue muito da dos tumores annexiaes de outra etiologia. O diagnostico se faz pelo exame histologico, pesquiza do germen na secreção cervical e vaginal pela innoculação. Na pratica porém o diagnostico é estabelecido na maioria das vezes só pela laparotomia. O A. conseguiu em 22 casos só 5 vezes um diagnostico preoperatorio. A therapeutica tem que levar em consideração o tratamento geral. As lesões genitaes externas são hoje tratadas pela excisão. As opiniões sobre o tratamento das annexites são contradictorias. Falam contra o methodo operatorio a alta mortalidade e as adherencias que existem quasi sempre com o tracto intestinal, deixando frequentemente fistulas fecaloides post-operatorias. Por outro lado ficarão sempre um bom numero de operações já pela falta do diagnostico certo, já pela duração chronica e rebelde dum tratamento conservador. Rivaliza com o methodo cirurgico a irradiação pelos raios X. Segundo MARTIUS a actinotherapia é indicada nos casos com existencia dum outro processo activo seja nos pulmões, seja nos intestinos, ossos ou rins. Dos 22 casos do A. que foram todos operados, curaram 8. Cinco accusaram uma melhora notavel, 4 ficaram sem alteração pelo tratamento; de cinco ignora o resultado.

Influe a ruptura prematura e precoce da bolsa dagua na duração do parto ? *(Beeinflusst der vorzeitige und frühzeitige Blasensprung die Geburtsdauer ?)* — GUTHMANN e ENDRES, PH. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Maio 1937, Vol. 105, Tomo 4, pag. 216).

O estimulo para este trabalho proveio da communicação de BURGER, que o parto é mais rapido em casos de ruptura prematura da bolsa dagua. Este resultado é contradicente ás concepções até agora validas e requeria por isso um exame cuidadoso. Os AA. examinaram sob este ponto de vista o seguinte material: 1.º) 412 casos de ruptura normal, o que quer dizer, após apagamento completo do orificio externo do utero; 2.º) 430 casos de ruptura precoce e é após inicio das dores, mas com dilatação incompleta do collo (Frühzeitiger Blasensprung dos allemães); 3.º) 410 casos de ruptura prematura, i. é., antes da installação das dôres, (Vorzeitiger Blasensprung dos allemães). Foram observados a duração do periodo de dilatação, o tempo de expulsão, o periodo de delivramento e a duração total do parto. Os AA. chegaram ás seguintes conclusões: 1) Ao contrario da concepção geralmente admittida a duração do parto é abreviada pela ruptura prematura do sacco amniotico, especialmente na prenhez, serotina ou antes do termo. 2) A diminuição da duração do parto é causada pela abreviação do periodo de dilatação. Conclue-se que a falta das primeiras per-

das de liquido amniotico favorece e não prejudica a dilatação. 3) O que actua no sentido da abreviação é, segundo os AA., a falta da acção hydrostatica do sacco amniotico, acção esta que provoca contracções reactivas do orificio durante as dôres. 4.º) Na ruptura precoce com dôres já existentes (Frühzeitiger Blasensprung) encontra-se um augmento da duração do parto, causado pelo augmento do tempo de dilatação. E' accusado como causa a atonia ou inercia uterina, encontrada frequentemente na ruptura precoce da bolsa quando acontece no parto já iniciado. 5.º) Os resultados têm valor pratico.. Parece justificavel uma attitude expectante na ruptura prematura da bolsa antes do inicio do trabalho, e tambem iniciada a ruptura artificial da bolsa em muitos casos. O A. é contrario ao emprego de oxytocicos na ruptura prematura antes do inicio do trabalho, porque o uso destes preparados paralysa a acção util da ruptura a respeito da dilatação do collo.

Lesões eclampticas e pressão do liquido cephalo-rachidiano *(Eklampsieschädigungen und Liquordruck)* — WIRTH, L. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Maio 1937, Vol. 105, Tomo 4, pag. 225).

ZANGEMEISTER e sua escola estabeleceram a theoria de ser a eclampsia uma consequencia da compressão cerebral e recommendaram a puncção do canal lombar e a retirada de liquido cephalo-rachidiano para o tratamento. Poucos porém eram os partidarios que o methodo ganhou. As theorias modernas vêem a causa da eclampsia no ovo e limitaram o valor da hypothese de ZANGEMEISTER a um grupo pequeno de casos. O A. observou 2 casos, nos quaes a puncção lombar deu bom resultado. A indicação foi dada pelas fortes cephaléas. No 1.º caso tratava-se de uma mulher primigesta de 30 annos, internada no 7.º mez da prenhez por eclampsia. Apesar da therapeutica segundo STROGANOFF a doente apresentou mais 6 accessos eclampticos. Foi feita uma cesareana. No post-operatorio accusou a paciente cephaléas rebeldes. No 10.º dia após á intervenção a pressão do liquido cephalo-rachidiano era de 440 mm. de agua. Foram retirados 20 cc. No 15.º dia foi repetida a puncção lombar. A doente teve alta curada. O caso pertencia ao grupo da eclampsia renal. A segunda observação é de um primipara de 16 annos que após parto espontaneo apresentou no 3.º dia do puerperio tres accessos graves de eclampsia com fortes cephaléas e amaurose. O tratamento com Pernocton e com a technica de STROGANOFF falhou. Na puncção lombar encontrou-se uma pressão de 320 mm. Tiraram-se 25 cc. de liquido cephalo-rachidiano. No dia seguinte a doente accusou melhora accentuada e 2 dias depois a amaurose tinha desapparecido. Alta curada. Estes dois casos justificam, segundo o A., recommendar a puncção lombar em doente escolhidas.

Anno II DEZEMBRO DE 1937 Vol. IV - N.º 6

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:

Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000

Numero avulso, 3$000

As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:

Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Tel. 43-6494 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo

E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife

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

E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa

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

SEPTICEMINE

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

O tratamento dos vomitos graves da gestação — VORON, J. e PIGEAUD, H. 579
Gynecologia e traumatismos accidentaes — JEANNENEY, G. e DERVILLÉE, P. 580
Relações entre o funccionamento do ovario e a vitamina C — GIROUD, A., RATSIMAMANGA, R., LEBLOND, C. P. e RABINOWICZ, M. 581
Azotemia e polypeptidemia no post-parto — RIVIÈRE, M. e LEGROSDIDIER 582
Tumor das cellulas da granulosa do ovario — DANIEL, C. e BABÉS, A. 582
Considerações sobre os tumores multiplos malignos. Fibroma uterino com degenerescencia sarcomatosa e adeno-carcinoma do ovario. — DANIEL, C. e CARAMZULESCU, D. 583
Cinco casos de seminoma ovariano observados na Rumania — LAZARESCO, S. 584
Um processo de hysteropexia por "coulissage" de crinas nos ligamentos redondos — MOCQUOT, PALMER e RIAZI 585
A hypophyse póde e muitas vezes deve ser injectada por via intravenosa nas hemorragias graves da "delivrance", ligadas á inercia — JAHIER 585
Prurido vulvar, insucesso da resecção do presacro, cura pela resecção dos nervos pudendos internos — DECOUL, P. e PATOIR, G. 586
Estudo sobre a physiologia da trompa uterina da mulher — DANIEL, C., NITESCU, I., SOIMANN, A. e GEORGESCU, I. 587
Repercussão do cancer do collo uterino (não tratado) sobre o apparelho urinario — CHANOIN, E., LEROY, M. e GISCARD, B. 588
Extractos de urina de acção hypoglycemiante e gravidez — PIGNOLE, R. 590
Experiencias therapeuticas da infiltração chorio-syncycial e do chorio-epithelioma com productos de desintegração das villosidades choriaes — MASSAZZA, M. 591
Estudo critico-experimental sobre a prophylaxia das adherencias peritoneaes post-operatorias — MORRA, G. 592
Sobre a cesareana iterativa. Considerações sobre as adherencias post-operatorias em relação com a technica adoptada precedentemente — ZOCCHI, S. 593
A gravidez em relação á origem dos tumores malignos do utero — NICOLETTI, G. 594
Um detalhe de technica a respeito da biopsia por aspiração — AGLIALORO, M. 595
O diagnostico e tratamento precoces do cancer cervical — NOVAK, E. 595
Mola hydatiforme e chorioepithelioma. 5 annos de estudo. — MATHIEU, A. 598
Oito annos de observação de operações cesareanas no Hospital William H. Coleman — GUSTAFSON, G. W. 600
Movimentos respiratorios intra-uterinos do féto humano — SNYDER, F. e ROSENFELDE, M. 601
Tratamento de cardiopathia complicando a gravidez — STANDER, H. J. e KUDER, K. 603

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Lymphaticos da mucosa das fimbrias tubarias — SAMPSON, J. A. 605
O effeito do hormonio follicular, em doses grandes e prolongadas sobre o utero do rato — ZONDEK, B. 605
Sarcoma da vulva — TAUSSIG, F. J. 607
Technica de diagnosticar a época da ovulação pela apreciação palpatoria de modificações do ovario, trompas e utero — DICKINSON, R. L. 608
Resecção do nervo pre-sacro no tratamento da dysmenorréa rebelde — COTTE, G. 609
O valor da implantação ureteral na bexiga ou na sigmoide nos ferimentos ou doenças gynecologicas — BEER, E. 610
Technica operatoria das fistulas vesico-vaginaes — HALBAN, J. 611
Hormonios gonadotropicos hypophysarios e hypophyso-similes — KRICHESKY, B. 611
Sobre os resultados até agora obtidos com a applicação intravaginal de raios X no carcinoma do collo — ERICHSEN, F. 612
O cyclo menstrual na época da menarcha — BREIPOHL, W. 613
Sobre a clinica e therapeutica do carcinoma dos orgãos genitaes externos. 1.ª communicação: Carcinoma da vulva — GÖBEL, A. e HAMANN, A. 614
O tratamento da mastite e da fistula mammaria pela folliculina — ERNST. S. 615
Tumefacção da glandula mammaria por hormonios na pre-puberdade — PREISSECKER, E. 615
Sobre o cancer do côto após amputação supra-vaginal do utero — STARK, G. 616
Que serviço presta a anesthesia endovenosa controlada com Eunarcon na obstetricia operatoria e em gynecologia? — ZINRAM, K. 617
A placenta humana como lugar de producção do chamado hormonio prehypophysario — KIDO, I. 618
A cetonemia do parto — BOHELMANN, O. 618
Contribuição para a clinica e histologia dos tumores papillares do ovario BRAHEMANN, O. 619
Influencia da hysterectomia em mulher sexualmente madura, sobre a secreção do ovario e da prehypophyse. Novo methodo para determinar a quantidade de folliculina — KRANE, W. 620
Os fundamentos biologicos da cirurgia conservadora das trompas e seu emprego na pratica para o tratamento da esterilidade pela implantação das trompas — GRANZOW, J. 621
Adenomyose e endometriose — FRANKL, O. 622
Embolia atypica no puerperio — KOLBOW, H. 623
Gynecologia e accidentes — HÜSSY, P. 625
O emphysema subcutaneo como complicação dos partos — PEREZ, L. e LINGER, L. 626
Suppressão da secreção lactea por meio do hormonio follicular — BREA, A. e GANDARA, C. C. S. 627
Resultado do tratamento applicado (Radiumtherapia principalmente), sobre 246 doentes do collo do utero, num periodo de 8 annos — POUEY, H. 628

tados por uns são elogiados ao passo que outros condemnam a pratica de collocal-os na cavidade abdominal, onde agiriam como corpo extranho. Passa, a seguir, a fazer referencias ao emprego do liquido amniótico, o qual segundo uns teria um grande papel na prevenção e na cura das adherencias post-operatorias. Posto isto, propoz-se o A. a estudar experimentalmente se o liquido amniótico possue propriedades physicas e biologicas capazes de impedir ou pelo menos de reduzir a formação de adherencias peritoneaes, e ainda, estudar a sua efficacia em relação com o emprego do oleo de olivas e com o oleo de vaselina esterilizado. Utilizou o coelho como animal de laboratorio, chegando ás seguintes conclusões: a) O liquido amniótico introduzido na cavidade peritoneal, não demonstrou possuir qualidades que impeçam ou que limitem a formação de adherencias post-operatorias; b) das treis substancias acima mencionadas, a mais inócua é o liquido amniótico; c) o emprego tanto do liquido amniótico quanto dos oleos de oliva e de vaselina não deu ao A. nenhum resultado, motivo pelo qual considera inutil e irracional o seu emprego com tal fim, na pratica cirurgica gynecologica. Ainda mais, dum ponto de vista mais geral, o peritoneo, pela introducção desses meios, poria em scena o seu poder defensivo que, em presença de substancias na sua cavidade, se intensifica com a formação de adherencias devidas seja a acção puramente mechanica, seja a que é devida á acção chimica ou biologica do meio introduzido.

Sobre a cesareana iterativa. Considerações sobre as adherencias post-operatorias em relação com a technica adoptada precedentemente *(Sul taglio cesareo ripetuto. Considerazioni sulle adherenze post-operatorie in rapporto alla technica adottata in precedenza)* — ZOCCHI, S. — (*La Ginecologia*, Junho 1937, Anno III, N.º 6, pag. 454).

Friza o A. no começo do seu trabalho que, todos os demais AA. que se occuparam com as cesareanas iterativas e fizeram referencias ás adherencias, não deram a estas a importancia que de facto merecem. As adherencias utero-parietaes são causas de aborto, de partos prematuros, situações anomalas do féto, complicações no sobre-parto, em summa, dum complexo clinico bem definido e duma symptomatologia propria, que se installa por occasião duma gestação ulterior. Por tal motivo, alguns autores introduziram na cavidade abdominal algumas substancias com o fim de afastar as causas provaveis de produzir adherencias, introduzindo oleo de olivas, gomma arabica, tintura de iodo, extracto de sangue e de peptonas, oleo de vaselina, etc. Estudando a formação de adherencias post-operatorias em relação com a technica usada na cesarea

anterior, cita diversos autores, entre elles, COVA, que salienta a ausencia ou a insignificancia das adherencias que se obtem com a technica de FRITSCH, ou seja a incisão transversa sobre o fundo do utero. Entretanto, GAIFAMI faz notar que, se em muitas das cesareas pela technica de FRITSCH as adherencias são facilmente removiveis, podem porém ser de tal ordem que justifiquem a demolição do utero, podendo tambem occasionar em pleno puerperio, uma occlusão intestinal. Com o apparecimento da cesarea baixa, cita PESTALOZZA e DE PARENTO que fazem os merecidos elogios dessa technica especialmente no que concerne ás adherencias. Lembra ainda o A. que em seu serviço, não se adopta, na cesarea baixa, a modificação de BRINDEAU, na peritonidação, ou seja, "en rédingote", mas sim utiliza-se a technica de MASSOZZA, que consiste em suturar os 2 folhetos peritoneaes, com fio de seda, 2-3 cms. da prega vesico-uterina, com chuleio continuo, estirando-se por occasião de ser dado o nó, o fio continuo, de modo a reduzir a cicatriz 1-2 cms., não trazendo nenhuma perturbação vesical. Chama ainda a attenção para a technica de FULCONIS que peritoniza o segmento inferior fazendo um afundamento em bolsa da brecha peritoneal.

Comparando, em casos de reintervenção os resultados comprovados com as diversas technicas effectuadas de 1920 a 1936 na Clin. Ost. e Gin. R. Mat. di Torino, em que foram utilizados os processos de CARUSO, (incisão antero-posterior sobre o fundo); cesarea classica á SÄUGER, finalmente a cesarea transperitoneal segmentaria chegou ás seguintes conclusões: a) 1.º Cesarea feita a CARUSO em 25 % de casos re-operados, extensas adherencias e mais leves nos 75 % restantes, não deixando entretanto de percebel-as; b) 2.º Cesarea feita a SÄUGER ausencia de adherencias em 25 % dos casos e presentes nos 75 %, sendo que mui extensas em 50 %; c) 1.º Cesarea transperitorial segmentaria, 75 % de resultados absolutos e apenas 25 %, pequenas bridas adherenciaes. Finalmente, faz notar que para FERRARI o methodo empregado nada tem a ver com a formação de adherencias, sendo estas decorrentes dum post-operatorio infectado.

LA CLINICA OSTETRICA

A gravidez em relação á origem dos tumores malignos do utero *(La gravidanza in rapporto alla origine dei tumori maligni dell'utero)* — NICOLETTI, G. — (*La Clin. Ostetr.*, Junho 1937, Anno XXXIX, N.º 6, pag. 313).

O A. acha que a gravidez tem summa importancia na genese dos carcinomas do collo uterino, relegando para plano inferior o factor idade, posto que, o cancer da cervix surge num periodo

Oito annos de observação de operações cesareanas no Hospital William H. Coleman *(An eight year survey of cesarean sections at the William H. Coleman Hospital)* — GUSTAFSON, GERALD W. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Junho 1937, Vol. 64, N.º 6, pag. 1035).

O Hospital Coleman (WILLIAM H. COLEMAN) foi inaugurado pelo Dr. PALMER FINDLEY, em Outubro de 1927. Foi doado á Universidade de Indiana para o funccionamento das clinicas obstetrica e gynecologica e para estudos relacionados com as mesmas. O presente trabalho inclue todas as cesareanas feitas nesta instituição desde a sua inauguração até 1.º de Janeiro de 1936, isto é, durante 8 annos e 2 mezes. A secção obstetrica possue 27 leitos de enfermaria, 12 particulares e 4 de isolamento. O A. começa passando em revista as varias causas de mortalidade na operação cesareana (coefficiente pessoal, material, indicação da operação e differentes technicas empregadas). Se nestes ultimos annos a taxa de mortalidade tem baixado grandemente pelo emprego de technicas mais seguras, o mesmo se póde fazer, particularmente, no nosso meio, diz elle. Dum total de 366 operações durante este periodo, não incluindo uma *post-mortem*, 5 medicos executaram pessoalmente 285 das operações. Das restantes 20 foram feitas por tres outros membros do corpo medico do hospital, 9 por cirurgiões que não faziam parte da secção obstetrica e as outras pelos residentes da instituição. Desde a formação do American Board of Obstetrics and Gynecology, em 1931, todas as operações da enfermaria foram feitas ou controladas por medicos desta instituição. Na secção particular as operações eram feitas por varios profissionaes. Incidencia da operação cesareana: Em oito annos e 2 mezes registraram-se 7.368 casos de partos e abortos, dos quaes 366 cesareanas, isto é, 4,8 %. Mortalidade materna: O A. e o Dr. DE LEE eram partidarios da laparotrachelotomia ou cesareana cervical baixa. No entanto não foi possivel convencer os outros medicos do hospital da superioridade desta technica. Em 1931, o Dr. LOUIS PHANEUF, de visita ao nosso hospital, continúa o A., conseguiu finalmente convencel-os, baixando extraordinariamente o nosso indice de mortalidade. Até 1931 em 117 operações 13 pacientes morreram (11,1 %). De 1931 incluido até 1.º de Janeiro de 1936, em 250 cesareanas houve apenas 12 mortes, baixando o indice para 4,8 %. Destas 366 cesareanas 1 foi feita pela technica de BRODHEAD, 5 pela de PORRO, 135 laparotrachelotomias (47 incisões longitudinaes e 88 transversas), 266 cesareanas classicas, sendo que em 1925 a technica mais usada foi a laparotrachelotomia com incisão transversa. Quanto mais augmentava o emprego da technica da cesareana cervical baixa, tanto mais diminuia o indice de mortalidade. Em seguida o A. estuda as indicações e as circumstancias de cada caso. A indicação mais frequente foi a desproporção cephalo-pelvica — 126. Depois veem: ce-

sareana anterior — 99, placenta previa — 29, toxemia não convulsiva — 35, eclampsia — 17, para esterilização — 9, doenças cardiacas — 8, dystocia cervical — 5, abruptio placentæ — 5, fibroides — 5, dystocias anteriores — 5, ruptura do utero — 3, procidencia do cordão — 3, etc. Mortalidade materna: Dos 18 casos de morte 4 foram devidos á peritonite, 5 á eclampsia, 2 á septicemia, 2 á ileus, 2 á embolia, 1 á hemorragia no *post-partum*, 1 á insufficiencia cardiaca, 1 á pneumonia lobar. Mortalidade fetal: como houve 6 casos de gemeos, o total de fétos foi 372, dos quaes 18 morreram dando assim um indice de mortalidade de 4,8%.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Movimentos respiratorios intra-uterinos do féto humano *(Intra-uterine respiratory movements of the human fetus)* — SNYDER, FRANKLIN F. e ROSENFELDE, MORRIS — (*J. A. M. A.*, Junho 1937, Vol. 108, N.º 23, pag. 1946).

Os AA. fizeram uma série de observações com o fim de determinar se o féto humano apresenta movimentos respiratorios espontaneos dentro do utero ou se, como geralmente se crê, persiste uma apnéa fetal durante toda a gestação até a primeira inspiração ao nascimento. Em recentes experiencias com coelhas, gatas e cobayas os AA. verificaram que ao envez de um estado permanente de apnéa, o systema respiratorio fétal apresenta longos periodos de actividade automatica. Para verificar se o féto humano era, sob esse ponto de vista, semelhante ao das especies estudadas, os AA. submetteram uma série de mulheres proximas do termo a uma cuidadosa inspecção do abdomen e puderam surprehender, além dos movimentos communs do corpo fetal, indiscutiveis movimentos fetaes espontaneos de rythmo regular e de muitos minutos de duração. Os movimentos se superpunham ao modelo caracteristico da respiração. Eram identicos aos movimentos rythmicos fetaes verificados nas outras especies submettidas á prova experimental. Afim de obter documentos objectivos concernentes á frequencia e ao typo, os movimentos foram registados com o auxilio de "motion pictures". Um registo simultaneo da respiração materna, do pulso e dos batimentos da aorta abdominal, permittiu eliminar essas varias causas de erro. Foram observados dois typos principaes de respiração fetal. Um typo é caracterizado por uma frequencia rapida, cerca de 60 movimentos por minuto e uma excursão superficial; o outro typo, que é menos commum, apparece como uma excursão subita e profunda, de frequencia menor, isto é, 15 movimentos por minuto. A primeira semelha-se á respiração thoracica e a segunda

Que serviço presta a anesthesia endovenosa controlada com Eunarcon na obstetricia operatoria e em gynecologia ? *(Was leistet die steuerbare Injektionsnarkose mit Eunarcon in der operativen Geburtshilfe und Gynäkologie ?)* — ZINRAM, K. — (*Z. f. Gynäk.*, Junho 1937, N.º 26, pag. 1537).

O A. recommenda a anesthesia dirigida com o Eunarcon após ter uma experiencia com 300 anesthesias. Na 1.ª parte do trabalho, discute os caracteristicos da anesthesia por inhalação e da anesthesia endovenosa. Acha elle errado injectar uma certa quantidade de anesthesico de uma só vez; deve sim, ser injectada uma quantidade de base e depois segundo a apreciação do anesthesista deve-se continuar succesivamente com dóses de meio a um cc. A agulha, ou melhor um pequeno trocater fica na veia cubital. Assim obteve o A. anesthesias sufficientes com 5 a 6 cc., cujo effeito correspondeu ao duma quantidade de 150 cc. de Ether. Para o preparo usa 2 centigrammas de morphina e o milligramma de atropina, injectados 45 minutos antes da intervenção. Prepara-se o campo da operação. O A. dá no inicio 3 cc. dentro de um meio minuto; em operações sobre regiões muito sensiveis (perineo) até 5 cc. Dois a tres minutos depois póde começar a intervenção. E' caracteristica para o Eunarcon uma respiração superficial, respiração esta que não requer medicação. Ao contrario de outros autores, o A. não julga contraindicado o uso do preparado em estados septicos, nem em casos de insufficiencia hepatica ou renal. Accentúa o valor do preparo psychico pelo anesthesista para um bom decurso da narcose. A intervenção mais longa durou 1 hora e meia, tendo sido injectados 16 cc. de Eunarcon. Em 16 % dos casos foi applicado ether ao lado do preparado, seja por falta de veia accessivel, seja para não abrir uma nova empola ou seja por ter mudado o operador o plano da intervenção deante da lesão encontrada.

Entre as intervenções praticadas com anesthesia pelo Eunarcon destacam-se: curetagens, operações plasticas da vagina, esterilizações, extirpação vaginal do utero, uma operação de SCHAUTA, onze amputações do collo, biópsias, interrupção indicada da gravidez e muitas outras. Para facilitar a injecção, sem incommodar a posição de TRENDELENBURG e outras manobras necessarias, foram construidos varios modelos de apparelhos para segurar o braço dos doentes e typos especiaes de seringas, dos quaes o A. menciona o apparelho de VON BUD.

Anno II JANEIRO DE 1937 Vol. III - N.º 1

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Janeiro de 1937 | Vol. III — N.º 1

SUMMARIO

TRABALHOS ORIGINAES

Actinomycose primitiva das trompas — DR. GUERREIRO DE FARIA e DR. AMADEU FIALHO 1
A obesidade feminina e a escola constitucionalista — DR. THALINO BOTELHO 25

SECÇÃO EDITORIAL

"Mors in tabula" 38

NOTAS E COMMENTARIOS

Iniciando o nosso segundo anno 42
Sociedade Brasileira de Gynecologia 43
Cathedra de Clinica Gynecologica da Universidade de Minas Geraes 46
Docencia de Clinica Gynecologica da Fac. de Med. do Rio de Janeiro 46
Terceiro Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia 46

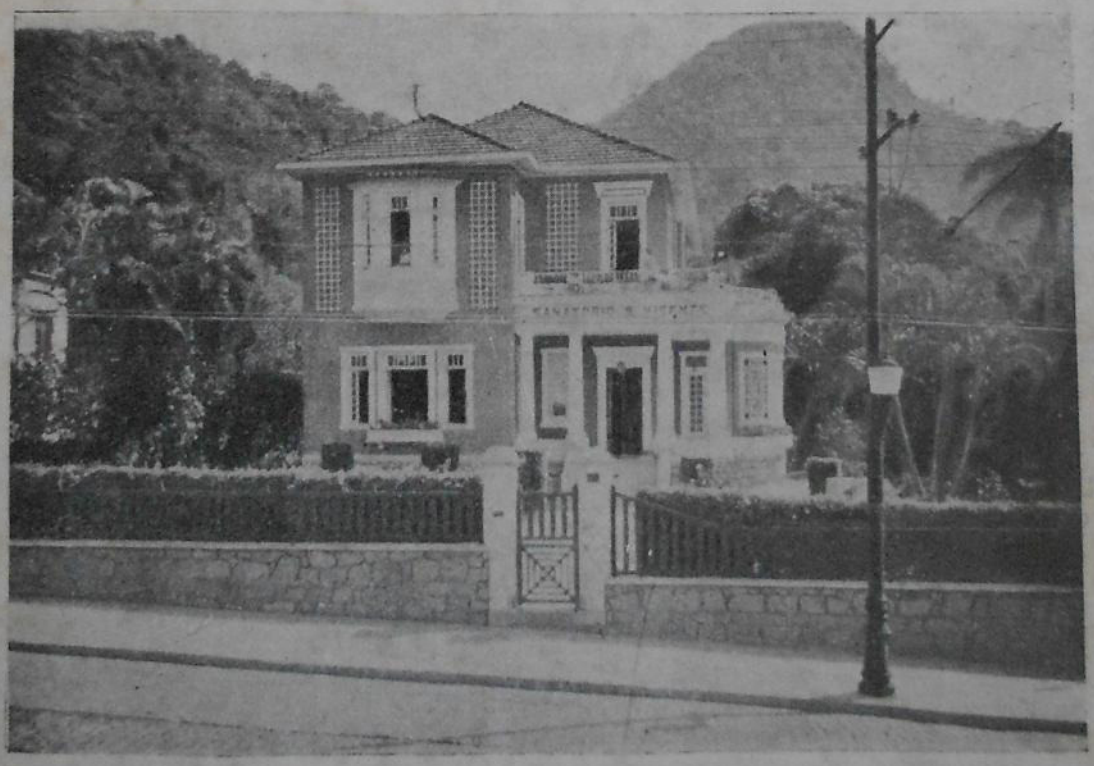
LIVROS E PUBLICAÇÕES

O sexo em face do individuo, da familia e da sociedade — DR. JOSE' DE ALBUQUERQUE 47
Puericultura — FORTES, HUGO 47
Contributions à l'étude du chorio-épithéliome — PROF. NABUCO DE GOUVÊA 48
O problema clinico da endometriose — PROF. MARTIM GOMES 48

RESUMOS

(Ver indice proprio).

AFFECÇÕES NERVOSAS E DOENÇAS INTERNAS — CURAS DE REPOUSO, DIETA E DESINTOXICAÇÃO



SANATORIO S. VICENTE

DIRECTORES: GENIVAL LONDRES E ALUIZIO MARQUES
Da Universidade do Rio de Janeiro
Rua Marquez de S. Vicente, 316, Gavea, Rio **Telephone 27-4036**

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Estados metaplasicos e hyperplasicos do collo uterino. A Leucoplasia. — LAFFONT, A., MONTPELLIER, J. e LAFARGUE, P. 51
O "parto medico" nos casos de dilatação difficil — KREIS, J. 52
Sobre um caso de adenofibromyoma expulso no secundamento — DANON, L. e WATTEVILLE, H. 53
A proposito de um caso de carcinoma do ovario em uma menina de doze annos — SA', HERCULANO DE 53
Primeiros resultados de um ensaio de prophylaxia da infecção puerperal, pelo chlorhydrato de sulfamido-chrysoidina — LACOMME 54
As indicações do tratamento folliculinico na pathologia endocrina gynecologica, cura das perturbações trophicas vulvares, vaginaes e cervicaes secundarias á menopausa cirurgica e espontanea — MORICARD, R. 55
Radiotherapia e cancerização dos fibromas — DUCUING, J. 56
Curietherapia do cancer do collo uterino — GUILERA, L. 57
Algumas notas sobre a symphysiotomia sub-cutanea — DESNOYERS, R. 58
Variações cyclicas na mucosa vaginal humana — TRAUT, H. F., BLOCH, P. W. e KUDER, A. 59
O aborto. Analyse de uma estatistica de 2.287 casos — PECKHAM, C. H. 60
Histopathologia e tratamento da vaginite — ADAIR, F. L. e HESSELTINE, H. C. 61
A concentração em ions de hydrogenio da secreção vaginal humana — OBERST, F. W. e PLASS, E. D. 63
Um estudo de trezentos e oito casos de placenta previa — IRVING, F. C. 65
Anesthesia regional na conducção do trabalho — WALKER, A. T. 67
O estado actual dos oxytocicos em obstetricia — DAVIS, E. M., ADAIR, F. L. e PEARL, S. 69
Mortalidade dos recem-nascidos em Chicago durante o anno de 1935. Com especial referencia aos prematuros. — BUNDENSEN, H. N., DAHMS, O. A., FISHBEIN, W. J. e HARMON, G. E. 71
Migração de annel anticoncepcional de Graefenberg — ANDREWS, C. J. 71
O effeito da anormalidade funccional da thyreoide materna sobre a glandula genital do feto feminino — TANIOKA, T. 72
Recidiva, sob a influencia do parto, de septicemia anterior, com transmissão ao feto — KRAATZ, H. 73
Sobre as rupturas espontaneas do utero na gravidez depois da operação cesárea anterior — IWANOW, B. N. 74
A operação cesareana no presente e no futuro. Réplica ao trabalho sob o mesmo titulo de Doerffler no Zbl. f. Gynaek., 1936, n.º 11. — PUPPEL, E. 75
Resultados do tratamento do carcinoma do collo, particularmente da curietherapia — PLATE, W. P. 76
Sobre o disgerminoma do ovario — FRANKL, O. 77
Tetania hypophysario-genital com incapacidade de parto e operação cesareana — WOLFF, F. 78

Pags.

A reacção heterotopica decidual na portio vaginalis. — OSTREIL, J. 79
Kraurose da abobada vaginal — LABHARDT, A. 80
Frequencia approximativa do epithelio atypico da portio — HINSELMANN, H. 81
Lesões intracraneanas do recemnascido no parto — BARJAKTAROVIC, S. 82
A eclampsia e o descollamento prematuro da placenta — SNOO, K. 83
Lesões tardias do systema vascular após eclampsia e preeclampsia — NURI, M. M. 85
O escleredema do recemnascido e seu tratamento por thyroxina — SCHULZE, E. 86
Hemorrhagias intracraneanas no recemnascido — HOLLOSI, K. 87
A anesthesia rachidiana em gynecologia — FRANKEN, H. 88
Schwannoma do intestino delgado, simulando um grande kysto do ovario — BORRAS, P. E. e BENITO, J. V. 93
Trombo-phlebite puerperal do tronco brachio-cephalico esquerdo — GRELLE, F. C. 94

TRATAMENTO MODERNO DA HYPERTENSÃO ARTERIAL

Os estudos de Vaquez, secundado por Gley e Kisthinios, demonstraram cabalmente a presença no pancreas de um principio independente da insulina que possue nitida acção hypotensora.

Com estudos posteriores eliminaram os citados autores a possibilidade de tratar-se de uma acção da histamina ou de outros productos de desintegração proteica.

Assim, fica de pé a convicção de que se trata realmente de um hormonio que, como tal, exerce uma acção definida e especifica no organismo.

Isso era o bastante para justificar uma therapeutica hormonal da hypertensão.

Os *Laboratorios do Dr. Roussel* crearam com esse proposito o ANGIOXYL, que não é senão um extracto de pancreas desinsulinisado.

Innumeros mestres da cardio-angeiologia franceza comprovaram o valor de tal producto therapeutico.

Publicaremos mais tarde observações que no nosso paiz vêm sendo feitas com esse producto, seguidas do melhor resultado.

como a falsa leucoplasia, com hyperacanthose evidente, pódem evoluir para uma leucoplasia, mas nem sempre isto é certo; d) quanto á hyperplasia epithelial simples, essencial, repetem a opinião dada acima á leucoplasia; e) em definitivo, sómente nos estados em que existe uma hyperacanthose se deve garantir um pre-cancer.

O "parto medico" nos casos de dilatação difficil *(Le rendement de l'"accouchement médical" dans les cas à dilatation difficile)* — KREIS, J. (Strasbourg) — (*Gynéc. et Obst.*, Julho 1936, Tomo 34, N.º 1, pag. 24).

O A. chama particularmente a attenção para as indicações e applicações do chamado "parto medico", cujos resultados são os mais brilhantes, conforme attestam as observações colhidas no serviço da Faculdade de Strasburgo, dos quaes elle apresenta 9 casos de difficil dilatação e parto demorado, casos estes apenas orientados na therapeutica pelo A. e seguidos pelos interesses do Serviço.

O parto medico consiste essencialmente na ruptura precoce da bolsa d'agua e na ministração seguida de spasmalgina em inj. intramuscular, variando entre 5 ½ e 21 cc. durante todo o trabalho do parto (nos casos apresentados).

Elle mostra detalhadamente cada observação, assim como tambem um interessante eschema, que permitte seguir o trabalho com todo detalhe, verificando-se, como se fosse um quadrante de relogio, a progressão da dilatação, as injecções, a ruptura das membranas, tempo de duração do parto, expulsão, etc.

Ainda aconselha o tocar vaginal mais frequente, para permittir uma verificação maior da marcha da dilatação, assim como se mostra partidario fervoroso do hysterogramma, que mostra a regularidade, ou não, das amplitudes da contracção, seu typo, rythmo, e oscillações.

Todos os partos são assim acompanhados com segurança e marcados todos os periodos de dilatação e accidentes que possam occorrer durante os mesmos; elle não crê somente na memoria do parteiro, e póde, por comparação verificar quaes as causas de dilatação difficil ou deficiencia da expulsão fetal; para corrigir o emprego da spasmalgina elle aconselha systematicamente, pois é essa orientação therapeutica a chave do parto medico e da diminuição do periodo de dilatação.

---

tebral encontrava-se extraordinariamente dobrada contra a porção dorsal, estando estirada a cabeça por cima do tronco.

Na autopsia da criança, morta pouco depois do parto operatorio, verificou-se uma fractura da columna vertebral entre a porção cervical, e dorsal, e contiguo á esta fractura um grande abcesso esvasiado, cujo conteúdo tinha atravessado a pleura. O processo inflammatorio tinha enfraquecido a columna vertebral tanto, que ella dobrou e, não resistindo á distensão subita na versão e extracção, fracturou-se.

Sómente depois do parto, o A. soube, que a puerpera, 7 semanas antes do parto, devido a um accidente, tinha soffrido uma infecção septica grave na coxa. Conforme a opinião do A., os germens desta infecção tinham invadido, por via diaplacentaria, o corpo do feto. Estas migrações de germens estão provadas por numerosas experiencias em homens e animaes.

Tinham-se formado, além disso, na placenta e parede uterina, focos latentes de germens avirulentos que, exacerbados e introduzidos na circulação pelas contracções do parto e a intervenção, provocaram os phenomenos da septicemia materna.

Poucas horas depois do parto, a puerpera foi acommettida de um calefrio, desenvolvendo-se uma septicemia grave com 6 calefrios de febre de 41°,5, curada sómente depois de 55 dias.

A salpingographia effectuada ½ anno depois da cura mostrou que o corno direito do utero, onde o feto tinha estado, estava tão molle e atonico, que sómente muito devagar, pôde expellir a iodipina.

O corno direito estava normal. Póde se tratar aqui de uma fraqueza constitucional do corno (bicornidade funccional segundo SCHULTZE, devido á fusão de partes não correspondentes dos canaes de MÜLLER). Nesse caso a atonia do corno levou á situação transversal e á flexão da columna vertebral do feto.

Provavelmente porém, a causa primaria da atonia do corno foi a infecção, pois infecções latentes gonococcicas, como tambem de outra origem, são frequentemente localizadas nos cornos.

O A. conclue que uma septicemia durante a prenhez exige cuidado especial, pois póde causar fócos latentes e nova inflammação pelo parto.

Sobre as rupturas espontaneas do utero na gravidez depois da operação cesárea anterior *(Zur Frage der spontanen Uterusrupturen während der Gravidität nach vorangegangenem Kaiserschnitt)* — IWANOW, B. N. — (*Z. f. Gynäk.*, Junho 7, 1936, Anno 60, N.° 27, pag. 1597).

O A., apresentando um caso de ruptura espontanea do utero no 6.° mez da gravidez, examina a etiologia e o quadro clinico deste accidente. As causas primarias são: Infecção com proliferação

augmentada do tecido conjunctivo na região da cicatriz, sutura deficiente, inserção de villosidades choriaes, anormalidades constitucionaes do utero, tumores e alterações degenerativas ou inflammatorias na parede uterina.

As causas immediatas são, segundo LASAREW, contracções uterinas, occorrendo durante toda a gravidez e dependendo da irritação dos centros cerebraes. A diminuição do effeito inhibidor do cerebro sobre o centro medullar póde, sem influencia externa, provocar contracções fortes, levando á ruptura da cicatriz por augmento da pressão intrauterina. Tambem o hematoma retroplacentar, causado por descollamento prematuro da placenta, póde levar á ruptura da parede uterina enfraquecida pela cicatriz.

Os phenomenos principaes são choque e symptomas de hemorragia interna com augmento lento destes symptomas. Póde faltar saliencia da abobada vaginal, sendo o sangue accumulado na região renal e sob o diaphragma em posição horizontal da paciente. Em alguns casos, o symptoma do nervo phrenico auxilia o diagnostico.

Com relação ao diagnostico differencial têm importancia todas as doenças agudas com symptomas de hemorrhagia interna (descollamento prematuro da placenta, apoplexia do ovario, ruptura do ovisacco na prenhez ectopica) e doenças, provocando uma reacção local ou generalizada do peritoneo (ulcera intestinal), appendicite, pyosalpinx, torsão de pediculo de um cysto).

A cura depende em grande parte do diagnostico rapido e da intervenção immediata. Quando a laparotomia foi feita immediatamente depois da ruptura, 58,3 % dos casos foram curados, e sómente 43,3 %, quando a intervenção foi feita algumas horas depois.

A operação cesareana no presente e no futuro. Réplica ao trabalho sob o mesmo titulo de Dörffler no Zbl. Gynäk., 1936, N.º 11. *(Der abdominale Kaiserschnitt in Gegenwart und Zukunft. Eine Entgegnung auf die gleichnamige Arbeit von Geh. Rat Dörffler in Zbl. Gynäk., 1936, N.º 11.)* — PUPPEL, ERNST — (*Z. f. Gynäk.*, Julho 7, 1936, Anno 60, N.º 28, pag. 1634).

Continua com este trabalho a discussão sobre os methodos da operação cesareana, resumida nesta revista no vol. I, pag. 347 e no vol. II, pag. 268. Sem nos alongarmos sobre os detalhes menos importantes da discussão, vamos tratar sómente dos dados de interesse geral.

O A. emprega a operação cesareana cervical transperitoneal, com corte longitudinal nas paredes abdominaes e no collo. Accentua, que, com este methodo, a mortalidade fetal total importou em 36 dos 400 casos da sua clinica (9 %). Em 12 dos 36 casos mortaes,

as bulhas cardiacas não eram mais ouvidas antes da operação, de maneira que restam 6 % de mortalidade fetal durante ou pouco depois da operação. Recommenda a rachianesthesia, para evitar a asphyxia, e põe em relevo os optimos resultados, obtidos por esta anesthesia (veja vol. I, pag. 348 e o resumo sobre rachianesthesia neste fasciculo).

Experimentou o methodo de DÖRFFLER (descripto vol. II, pag. 268), em 4 casos, observando rigorosamente os preceitos deste autor. Em 2 casos sobreveiu um choque durante a eventração do utero. O 3.º caso decorreu sem complicações com excepção de febre durante alguns dias. No 4.º caso se tratou de uma infecção grave depois de 7 dias de trabalho de parto, com amputação supravaginal do utero segundo PORRO e fixação entraperitoneal do collo. Neste caso, a eventração do utero não conseguiu salvar a mulher. A septicemia se propagou por via lymphatica.

O methodo de DÖRFFLER tem, na opinião do A., 3 desvantagens: 1.º — A incisão longitudinal, estendendo-se até meio entre o umbigo e o appendice xiphoide, 2.º — O corte transversal do utero. Num caso de forte tensão do segmento uterino inferior, o A. não conseguiu desprender a cabeça, tendo de applicar a incisão longitudinal sobre a transversal. 3.º — A sutura continua, em lugar de sutura interrompida. Em caso de absorpção precoce de um pedacinho do fio, a dehiscencia da ferida póde occorrer na involução puerperal.

Os 2 casos de morte entre os 18 casos infectados de DÖRFFLER (11 % !) e o caso descripto pelo A. acima confirmam, que tambem o methodo de DÖRFFLER não póde solucionar o problema mais importante da operação cesareana, o impedimento da propagação da infecção já existente.

Resultados do tratamento do carcinoma do collo, particularmente da curietherapia *(Ergebnisse der Behandlung des Carcinoma colli uteri, insbesondere der Radiumtherapie)* — PLATE, W. P. — (*Z. f. Gynäk.*, Julho 11, 1936, Anno 60, N.º 28, pag. 1638).

A curietherapia do carcinoma do collo, introduzida na clinica gynecologica da Universidade de Amsterdam em 1923, tem alli substituido actualmente todos os outros methodos. A dose-média importa em 69 mcd. Se os parametrios estiverem atacados ou se houver metastases, segue-se depois da curietherapia o tratamento pelos raios X. Em janeiro de cada anno são examinadas as pacientes, tratadas por causa de carcinoma do collo 5-6 annos antes. Sómente depois deste tempo se pode fallar de cura. Os resultados são os seguintes: para a época entre 1923-1930:

Lesões intracraneanas do recemnascido no parto *(Laesio intracranialis neonatorum sub partu)* — BARJAKTAROVIC, SVET. SP. — (*Z. f. Gynäk.*, Julho 25, 1936, Anno 60, N.º 30, pag. 1758).

Depois de se alongar sobre as causas immediatas do traumatismo do parto (fraqueza da criança, resistencia do canal do parto, ruptura precoce da bolsa amniotica, intervenções obstetricas) e as consequencias (hemorrhagias nas diversas regiões do cerebro e cerebello), o A. traz a estatistica da sua clinica dos annos 1932-34 com relação a este traumatismo.

De 2732 recemnascidos morreram 139 (5 %), destes 62 (2,2 %) por morte extrauterina e 77 (2,8 %) por morte intrauterina. Foram autopsiados 95 (68 % dos mortos) dos quaes 62 nascidos com vida e 33 nascidos mortos. Nas 95 crianças autopsiadas achou-se hemorrhagia intracraneana em 37 (39 %), 27 vezes em crianças maduras (28 %) e 10 vezes em prematuras (10,5 %). O traumatismo do parto só constituiu a causa da hemorrhagia intracraneana em 29 casos (78 %) e, combinado com a intervenção obstetrica, em 8 casos (22 %). Como lesão mais frequente se observou a da tenda do cerebello (78,6 %), depois a da foice do cerebello (29,6 %), a do craneo (1 caso) e da columna vertebral (1 caso), ruptura da medulla espinhal (1 caso) e ruptura do figado (1 caso). Das intervenções manuaes são as mais perigosas a extracção, a expressão de KRISTELLER, a reanimação de SCHULTZE e o methodo de HOFMEIER. Em crianças vivas, a hemorrhagia intracraneana póde ser diagnosticada por cyanose, fraqueza do coração, somnolencia, rigidez, pallidez, agitação, reflexos anormaes e convulsões. Além disso por puncção lombar e suboccipital. Reacção positiva (liquor sangrento) da puncção prova a hemorrhagia, reacção negativa não a exclue. A hemorrhagia intracraneana foi determinada pelo A. por esta puncção em 20,8 % tratando-se de crianças maduras.

A percentagem das hemorrhagias intracraneanas deve ser mais alta do que o numero indicado acima, pois muitas hemorrhagias leves não são reconhecidas, nem têm consequencias.

O A. explica a origem da hem. intracr. por uma acção mechanica. Rôta a bolsa amniotica, o feto não está mais sujeito á pressão hydraulica, igual sobre todas as partes do seu corpo. Soffre os effeitos das contracções uterinas, desiguaes sobre as differentes partes do corpo e está exposto á pressão intrauterina simultaneamente com a pressão extrauterina, atmospherica, formando-se uma estase de sangue e lympha na parte que vem primeiro do corpo que póde causar dilatação dos vasos e hemorrhagia.

A origem da asphyxia são as contracções uterinas, comprimindo grandes quantidades de sangue da placenta para dentro do feto. Não voltando todo este sangue para a placenta, a quantidade de sangue no feto augmenta com cada contracção, retardando a funcção

cardiaca e provocando em todos os orgãos uma estase que leva á asphyxia.

Tambem em casos de parto espontaneo sem pressão sobre a cabeça, a hem. intracr. se explica pela estase e asphyxia devidas ás contracções uterinas.

Assim se explica tambem a frequencia da hem. intracr. em crianças prematuras, fracas ou mal desenvolvidas. Estas crianças estão demasiadamente fracas, para poder resistir ao effeito das contracções uterinas. Em fetos com peso abaixo de 1000 grs. a hem. intracr. é a regra.

A hem. intracr. na operação cesareana, em que faltam as contracções, póde se explicar tambem por estase. A rede de veias, envolvendo o utero, representa um enorme deposito de sangue que, enchendo ainda mais pela anesthesia geral e particularmente pela anesthesia rachidiana, causa plethora sanguinea no feto, perturbação cardiaca, estase, asphyxia e finalmente ruptura dos vasos intracraneanos.

MONATSCHRIFT FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

A eclampsia e o descollamento prematuro da placenta *(Die Eklampsie und die vorzeitige Plazentalösung)* — SNOO, K. DE — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Julho 1936, Vol. 102, Fasc. 5/6, pag. 258).

O A. estudando numerosos casos de descollamento prematuro da placenta e de eclampsia, tratados na sua clinica, verificou a semelhança dos principaes phenomenos clinicos que faz provavel a estreita connexão das duas doenças. Ainda mais notavel se torna a semelhança, quando se observa a influencia dos espasmos e da hemorrhagia retroplacentar sobre a funcção renal. Esta semelhança é da maior importancia para o conhecimento da eclampsia.

Na eclampsia, a funcção renal é perturbada em geral sómente pelo ataque, mesmo em casos de hypertensão chronica. Immediatamente depois do primeiro ataque a eliminação de urina é muito diminuida. Frequentemente, a funcção renal se restabelece depois de pouco tempo, em outros casos porém sobrevem anuria, degeneração forte do parenchyma renal ou até necrose total da cortice renal com morte depois de alguns dias.

A mesma perturbação renal póde se manifestar no descollamento prematuro da placenta, o que confirmam dois casos de eclampsia e de descollamento prematuro, confrontados pelo A.

O estado perigoso de mulheres com descollamento prematuro da placenta não provem só da perda de sangue, mas principalmente do choque cardiaco, causado pela extensão subita do utero devido á

hemorrhagia retroplacentar. Ao mesmo tempo, a funcção renal póde peorar e parar subitamente.

Assim surge a probabilidade, que o utero dilatado exerça uma influencia directa reflexa e desfavoravel não só sobre o coração, mas tambem sobre a funcção renal. A mesma influencia se póde estender ao figado. Como intermediario desta influencia age o systema vascular, particularmente sensivel na gravidez e toxicose gravidica. Trata-se de espasmos reflexos dos vasos, perturbando a circulação e affectando o parenchyma do rim e do figado e, por espasmo da arteria coronaria, o coração.

Pode-se suppôr, que a albuminuria, anuria e oliguria subitas, bem distinctas num caso de eclampsia, descripto pelo A. e sobrevindo depois do ataque eclamptico, são da mesma maneira provocadas por espasmos reflexos dos vasos renaes, e que não são de origem toxica. Quanto mais tempo o espasmo reflexo dura e quanto mais sensivel está o parenchyma á perturbação circulatoria, tanto mais grave é a perturbação da funcção renal.

Ataques epilepticos tambem causam espasmos vasculares e elevação da pressão sanguinea durante a prenhez. Neste caso, porém, as gravidas pouco soffrem da perturbação da funcção renal. Parece, que a eclampsia e a sensibilidade do parenchyma renal se accompanham frequentemente, dando lugar ás complicações graves ou ao exitho lethal, se sobrevierem os espasmos circulatorios.

Da regularidade dos ataques eclampticos, sua cessação e reapparição espontanea e da sua natureza epileptiforme, o A. conclue, que a sua origem não provem somente do cerebro doente e sensivel, mas de um verdadeiro mechanismo espasmodico, funccionando sob o impulso de um centro espasmodico. Este centro, na opinião do A. é o resto rudimentar dos estados primitivos do homem, pois em certos animaes primitivos existem estes centros, provocando espasmos physiologicos. Sob certas condições, por ex. na gravidez, este centro rudimentar se torna capaz de funccionar.

Como condição, que possibilita o funccionamento do centro espasmodico, o A. considera uma concentração de ions, em que o conteudo de sodio está augmentado, por consumo de alimentação, chloretada, ou com relação á quantidade do potassio e calcio. Esta opinião é confirmada pelo facto de que gravidas, soffrendo mesmo de edemas, pressão sanguinea elevada, albuminuria, não são ameaçadas pela eclampsia, se se alimentam durante 2 dias somente com agua pura e comida achloretada, tratamento que diminue a quantidade do sodio no sangue e deixa inalterada a do potassio e calcio. Uma outra condição favorecendo a funcção do centro espasmodico é a elevação da pressão arterial. Eclampsia sem esta elevação quasi nunca se observa.

Agitação, medo, alegria, etc., pódem estimular o centro espasmodico. A prophylaxia do ataque eclamptico por sangria faz provavel, que a pressão sanguinea exerça a mesma influencia.

A hypersensibilidade do rim e figado á perturbações da circulação evidentemente accompanha a excitabilidade elevada do centro espasmodico. As causas são, sem duvida, productos de metabolismo da placenta. Não pódem ser os productos do metabolismo fetal, pois a mesma sensibilidade se manifesta na gravidez molar. Não pódem ser hormonios placentares, pois neste caso a producção excessiva de hormonios pela mola causaria intoxicação grave em cada caso de gravidez molar. O facto de que a eclampsia se manifesta nos ultimos 3 mezes da prenhez evidencia, que os productos da placenta, formados durante sua alteração regressiva, constituem o toxico eclamptico.

A hypersensibilidade do systema vascular, responsavel pela elevação da pressão sanguinea em numerosas gravidas e pelo espasmo vascular, tem uma causa geral. O A. opina, que esta causa é constituida pelas exigencias aos vasos devido ás emoções e ao nervosismo da nossa civilização. Outra consequencia da nossa civilização é o elevado consumo de chloreto com os seus effeitos graves com relação á eclampsia.

Por isso, o A. designa a eclampsia como: uma reacção pathologica do corpo alterado pelos productos da gravidez sob influencia de condições de vida anormaes devidas á civilização moderna.

Lesões tardias do systema vascular após eclampsia e preeclampsia *(Zur Frage der Spätschädigungen des Gefässystems nach Eklampsie und Präeklampsie)* — NURI, MED. MÜKEREM — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Julho 1936, Vol. 102, Fasc. 5/6, pag. 282).

As consequencias da eclampsia com relação ao systema vascular, particularmente á elevação da pressão sanguinea, foram frequentemente estudadas nos ultimos tempos. As alterações da pressão sanguinea puderam ser determinadas nos vasos capillares da matriz ungueal e nos vasos do fundo do olho. Conforme HEYNEMANN, uma doença do rim, em consequencia da eclampsia ou nephrose gravidica, se manifesta em primeiro lugar por uma esclerose renal benigna, raramente maligna.

Para esclarecer estas connexões, o A. examinou o fundo do olho de mulheres, tendo e não tendo soffrido de eclampsia. O resultado foi o seguinte:

ESTADO DAS ARTERIAS

	normal	*limite inferior da normalidade*	*arteria retrahida*	*oscillações capillares*
Sem eclampsia	37	11	7	1
Com eclampsia	36	13	11	5

Anno II FEVEREIRO DE 1937 Vol. III - N.º 2

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Fevereiro de 1937 | Vol. III — N.º 2

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Cancer mammario bi-lateral — DR. ALBERTO COUTINHO e DR. N. BURLAMAQUI BENCHIMOL 95

Syndroma hemorrhagica do recem-nato — DR. FRANCISCO CARLOS GRELLE 108

Sobre a precocidade das reacções biologicas para o diagnostico da gravidez — DR. FRANCISCO BRUNO LOBO 122

SECÇÃO EDITORIAL

Influencia das irradiações sobre a actividade hormonal 128

NOTAS E COMMENTARIOS

Offendendo á ethica profissional 131

"Brasil Medico" 132

"American College of Surgeons" 132

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Como evitar a tuberculose — IBIAPINA, A. 133

Tratado de technica operatoria geral e especial — Prof. Dr. M. KIRSCHNER 134

Contribuição ao estudo da Plastica Mamaria — PRUDENTE, A. .. 134

RESUMOS

(Ver indice proprio).

AFFECÇÕES NERVOSAS E DOENÇAS INTERNAS — CURAS DE REPOUSO, DIETA E DESINTOXICAÇÃO

SANATORIO S. VICENTE

DIRECTORES: GENIVAL LONDRES E ALUIZIO MARQUES

Da Universidade do Rio de Janeiro

Rua Marquez de S. Vicente, 316, Gavea, Rio — Telephone 27-4036

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Pathogenia dos vomitos graves da gestação — VORON, J. e PIGEAUD, H. 135
A uremia convulsiva das mulheres gravidas e a eclampsia gravidica — CHAPPAZ, G. 136
A diathermia como methodo preparatorio para o aborto artificial — TSOUTSOUCKOVSKAYA, Mme. K. N. 137
Tratamento da eclampsia pelo sulfato de magnesio — BROWKIN, D. P. 137
A proposito do enxerto ovariano. As condições anatomicas da conservação do ovario "in situ": irrigação do ovario. — MASSABUAU, G., GUIBAL, A. e JOYEUX, R. 139
Das causas desconhecidas das hemorragias juvenis e preclimatericas — JOACHIMOVITS, R. 140
Tratamento das doenças chronicas da esphera sexual feminina por meio de injecções intra-uterinas de ichtyol — JORDANIA, J. 141
5.º Congresso francez de Gynecologia 142
Eliminação de hormonios sexuaes e prehypophysarios pela saliva — GUERCIO, F. 146
O estudo quantitativo das substancias gonadotropicas urinarias na avaliação das manifestações physio-pathologicas da actividade sexual feminina — SPOTO, P. 147
A reacção da glandula mammaria ao estimulo prolongado com os hormonios ovaricos — MAC DONALD, I. G. 149
Funcção ovarica e occorrencia de symptomas da menopausa após hysterectomia — MARX, R., CATCHPOLE, H. R. e MC RENNOU, B. J. 150
Um estudo dos fibromyomas do utero, com referencia ao endometrio, myometrio, symptomas e outras affecções associadas. — KANTER, A. E., ALAWANS, A. H. e BAUER, C. P. 151
Um estudo da flora vaginal em varias edades, com especial referencia ao bacillo de Döderlein. — WEINSTEIN, L., BOGIN, M., HOWARD, T. H. e FINKELSTONE, B. B. 153
A cesareana baixa ou cervical — PHANEUF, L. E. 154
Injecção intraracheana de uma solução de alcool na dôr obstinada da pelve e extremidades inferiores — MEYNIER, M. J. 156
A hereditariedade como causa de malformações congenitas — MACKLIN. 157
Alterações do sangue na gravidez normal. Suas relações com o ferro e a proteina alimentares. — BETHELL, F. H. 159
Cardiopathia e gravidez — JENSEN, J. 160
A incisão exploradora do fundo do utero para esclarecer o diagnostico entre myoma e gravidez — ABRAHAM, E. G. 162
Tratamento da atonia gastrica post-operatoria por drenagem prolongada — ISELI, O. 163
Esterilisação por amputação alta do collo — NOVAK, I. 164
Therapeutica de ondas curtas em gynecologia — SCHUMACHER, H. P. .. 164
Ictericia hemolytica e gravidez — FREYSCHMIDT, H. I. 165

Pags.

Sobre o tratamento do aborto e da inercia uterina por quinino e calcio — HENKEL, W. 166
Sobre o esthioméne da vulva como consequencia da "quarta doença venerea" — KLEINE, H. O. 167
Experiencias no combate contra o carcinoma — BEAUFAYS, I. 168
Critica da therapeutica na hyperemesis gravidarum — BOKELMANN, O. 170
Ha uma época sem symptomas durante a evolução do carcinoma do collo? — LIEPELT, A. 171
Os partos depois da operação cesareana abdominal — HANGEN, P. 173
Os nossos casos de morte na operação cesareana — HÜSSY 174
A operação de Alexander-Adams, estudada por meio de exames de 200 mulheres, operadas por este methodo. — THOMÄ, E. 175
Gynecologia e obstetricia sociaes — HOFSTÄTTER, R. 177
O exame da funcção hepatica na gravidez — DIETEL, H. 180
Symphysiotomia iterativa — BAZÁN, J. e CASO, R. 181
Considerações a proposito de um caso de eclampsia. Glomerulonephrite gravidica? — LEON, J. 182
Hysterectomia por myoma suppurado no puerperio — BASAN, J. e BIONDINI, P. P. 183
Um caso de mamma sangrante — MASCIOTTRA e VARELA CHILESE. 184
Doença de Wherloff e hormonio follicular — DI PAOLA, G. 184
Arrhenoblastoma do ovario. Resultado tardio. — AHUMADA, J. C. 185
Prenhez abdominal — SANGUILY, J. 186

TRATAMENTO DA LEPRA

No anno passado publicaram os "Annaes Brasileiros de Gynecologia" interessante estudo em que se focalizaram relações entre a lepra e a gravidez.

A lepra pode-se curar indubitavelmente em muitos casos. Prova disso são as observações apresentadas n'aquelle trabalho.

Varias gravidezes se manifestaram em doentes que a lepra tinha tornado estereis.

A base do tratamento do mal de Hansen é sem contestação o emprego do oleo de Chalmoogra ou de seus derivados.

Entre os productos de mais nomeada e de mais efficiencia está, não ha duvida, a "*Antilebrina*".

E' um producto já sobejamente conhecido e experimentado por toda a classe medica do paiz e merece toda a confiança dos que o tem empregado.

O seu preparo cuidadoso é feito pelo Instituto Scientifico São Jorge que emprega o mais legitimo oleo de Chalmoogra.

acidophilo, excepto nos casos de infecção pelo gonococco ou pelas trichomonas, em que o organismo de DÖDERLEIN nunca foi encontrado.

Tres typos de flora vaginal foram observados nos estudos directos pelo microscopio, de accordo com o já verificado por outros investigadores.

Os AA. julgam que nenhuma prova existe actualmente que apoie inteiramente a theoria de que somente o organismo de DÖDERLEIN provoque a acidez augmentada. A analyse dos dados por elles colhidos indica que ha um augmento gradual na preponderancia do bacillo DÖDERLEIN nas creanças até a puberdade, sendo o organismo encontrado muito mais frequentemente em adultas não gravidas, e alcançando seu nivel de frequencia mais elevado nas adultas gravidas nos dois ou tres ultimos mezes da gestação. E' um facto conhecido que a concentração vaginal em ions H é mais baixa em creanças, mais alta em mulheres não gravidas, e ainda mais alta nas gravidas, especialmente nos ultimos dois ou tres mezes.

Está tambem verificado que a estrina está presente em pequenas quantidades em creanças prepuberes, augmenta em quantidade ao se estabelecer a funcção menstrual e alcança sua concentração maxima durante a gravidez, especialmente nos ultimos dois ou tres mezes. Foi demonstrado por HALL e LEWIS, em macacas, em 1936, e por LEWIS e WEINSTEIN, em creanças, que a administração de estrina augmenta a acidez vaginal, e que em alguns casos em que o b. DÖDERLEIN não estava presente antes da administração de estrina, apparece após este tratamento. Desde que se sabe que o meio acido é favoravel ao b. DÖDERLEIN, e que os outros membros da flora vaginal, taes como os bastonetes Gram-negativos, coccos gram-positivos e diphteroides são inhibidos por um baixo pH, parece provavel que a presença do bacillo vaginal seja o resultado em muitos casos, da reacção acida provocada na vagina por factores taes como a introducção natural ou artificial de estrina na vagina. A acidez vaginal não parece ser devida meramente á presença do b. DÖDERLEIN, mas parece provavel que a presença do b. acidophilo seja facilitada pelo augmento da acidez, que por sua vez é provocada pela secreção de estrina.

A cesareana baixa ou cervical *(The low or cervical cesarean section)* — PHANEUF, L. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Agosto 1936, Vol. 32, N.º 2, pag. 240).

O A. que já publicou um trabalho sobre os resultados que obtivera em 418 cesareanas cervicaes, relata neste estudo os resultados alcançados em mais 166 cesareanas, 160 por incisão cervical transversa e 6 por via transperitoneal, de VEIT-FROMME-HIRST.

Em suas publicações anteriores accentuou que o segmento inferior do utero póde ser alcançado por uma das tres vias, na cesareana: 1) pela via extraperitoneal como na operação de LATZKO; 2) pela via transperitoneal, algumas vezes referida como de exclusão peritoneal, illustrada pela technica de VEIT-FROMME-HIRST; e 3) pelo accesso intraperitoneal, como no methodo hoje commum de execução da cesarea baixa ou cervical. Esta ultima operação, como é actualmente executada, alcançou seu presente estado de perfeição, atravez de numerosas addicções e modificações de technica por muitos obstetras.

Estas 166 operações a que se refere o A., foram por elle realisadas em 21 hospitaes, variando em apparelhagem desde o bem organisado hospital-maternidade metropolitano, onde uma sala de operação separada é frequentemente mantida para cesareanas, até o pequeno hospital rural, onde toda a cirurgia, septica e aseptica, incluindo a cesareana, é executada na mesma sala de operações.

Parece haver provas crescentes de que a cesarea cervical preenche as tres principaes condições della requeridas pelos seus protagonistas, principalmente: protecção contra peritonites septicas, melhor cicatrização da incisão e uma convalescença mais facil.

Morte materna, houve uma em 166 operações ou seja uma porcentagem de 0,6 %. Esta morte occorreu em uma quartigravida, na sua segunda cesarea cervical. A causa da morte foi nephrite chronica, bronchite, emphysema e myocardite.

Nasceram cento e sessenta e nove creanças, 78 do sexo masculino e 91 do feminino; 8 não sobreviveram, o que dá uma mortalidade fetal não corrigida de 4,7 %. Isto inclue monstros, fetos macerados e natimortos.

A cesarea cervical pode ser repetida com facilidade. O maior numero praticado numa mesma mulher nesta serie foi de seis.

Em sessenta e uma cesareas cervicaes repetidas, nenhuma cicatriz rôta foi encontrada, nem descoberta qualquer adherencia intestinal.

Houve 8 desprendimentos pelvicos em 5 mulheres. Seis dos fetos sobreviveram, 1 estava macerado e o outro era um aborto de 5 mezes.

A incisão transversa, em mãos do A., provou ser mais satisfactoria do que a longitudinal, na execução da cesarea baixa ou cervical.

A prova do trabalho quando adequada pode ser applicada sem perigo em casos limites, permittindo assim desembaraçarem-se por si mesmo atravez da pelve, a grande numero de mulheres que, de outra forma, teriam que fazer o parto por via abdominal.

Os partos depois da operação cesareana abdominal *(Geburten nach abdomineller Schnittentbindung)* — HANGEN, PAULHEINZ — (*A. f. Gynäk.*, Agosto 28, 1936, Vol. 162, Fasc. 2, pag. 331).

Na clinica gynecologica da Universidade de Colonia, entre os annos de 1927 e 1936, houve 289 partos por 221 mulheres submettidas anteriormente á operação cesareana. Os resultados foram os seguintes: 136 (47,1 %) partos por operação cesareana iterativa, com 103 segundas, 28 terceiras, 4 quartas e uma quinta operação cesareana; 153 (52,9 %) partos por via vaginal, com 118 partos espontaneos (40,8 %), 11 partos por forceps em apresentação cephalica, 17 extracções em apresentação da nadega, 4 versões.

As indicações da primeira op. ces. e as consequencias na gravidez seguinte foram:

Indicação da 1.ª operação cesareana	*Total*	*Partos seguintes*			
		por via vag.		*por op. ces.*	
Desproporção entre cabeça e bacia	140	42		98	
Eclampsia	30	28	71	2	10
Placenta prévia	27	24		3	
Outras indicações	24	19		5	
	221	113		108	

E' notavel a frequencia da operação iterativa por desproporção entre cabeça e bacia. No entanto, nestes casos de desproporção, não é sempre indicada a op. ces. para o parto seguinte, mesmo se o peso da criança fôr maior. Quarenta e duas das 140 mulheres com bacia estreita deram á luz espontaneamente no parto seguinte.

Houve uma morte entre as 136 operações cesareanas iterativas devido á uma lesão operatoria com ileo peritoneal consecutivo, e uma morte nos 153 partos por via vaginal devido á ruptura do utero. Mais duas rupturas do utero foram curadas.

Entre 9 mortes infantis (3 nas rupturas do utero, 3 por perfuração, 3 no periodo da dilatação) nenhuma occorreu na operação cesareana iterativa).

Em 180 casos foi tentado terminar o parto por via natural, o que se conseguiu em 153 casos (85 %). Sómente em 4 casos a ameaça da ruptura do utero obrigou á intervenção. 15 perturbações (febre, endometrite) e 7 suppurações da parede abdominal no puerperio depois da op. ces. não tinham influencia desfavoravel sobre o parto seguinte.

Estes resultados provam que a operação cesareana não torna absolutamente necessaria a op. ces. iterativa em caso de nova gra-

videz. Não só a operação iterativa, mas tambem o parto por via vaginal depois de cesareana anterior dão bons resultados. Cada parto após operação cesareana anterior precisa de uma nova indicação, independente daquella que levou á op. ces. anterior, mesmo se se tratar de bacia estreita. Depois da introducção da cesareana cervical, o perigo da ruptura do utero não tem mais importancia. Não tem fundamento o medo do parto depois de operação cesareana. Nem por isso, toda gravidez depois de op. ces. anterior tem de ser terminada no hospital. (Veja vol. II, pags. 365 e 430).

MONATSSCHRIFT FÜR GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

Os nossos casos de morte na operação cesareana *(Unsere Kaiserchnitt Todesfälle)* — HÜSSY — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Agosto 1936, Vol. 103, Fasc. 1/2, pag. 16).

O A. recommenda uma ampliação da indicação da operação cesareana em favor da vida da criança. O principio "primeiro a mãe, depois a criança" não deve valer mais ou sómente nos casos em que o resultado fôr certamente desfavoravel para a mãe, ou se a vida da criança não puder ser salva pela intervenção. A operação cesareana é absolutamente contraindicada em casos suspeitos de infecção. O A. não está de accordo com a opinião de WINTER, que "records" na execução da op. ces. não teem importancia; pelo contrario, sómente poderá fazer a operação cesareana aquelle medico que fôr capaz de obter "records".

Sómente os casos com desfecho desfavoravel podem esclarecer os problemas concernentes á operação cesareana. Cada um destes casos deve ser estudado minuciosamente para descobrir a causa do fracasso, e para verificar, se tudo foi feito para salvar a mãe e a criança. Neste sentido o A. descreve e critica detalhadamente todos os casos de morte por op. ces. occorridos na sua clinica entre os annos de 1931 até 1935 (28 entre 810 oper. ces., isto é, 3,45 %).

O relatorio mostra que o prognostico é optimo nos "casos limpos" com sómente 3 mortes maternas (0,37 %) e 0 % de mortes infantis. Tratou-se nos 3 casos de morte materna, de uma embolia pulmonar e dois ileos paralyticos, complicações que nem sempre podem ser evitadas em operações quaesquer. A embolia, em todo o caso, é mais rara na operação ces. do que em outras operações gynecologicas e não mais frequente do que no parto espontaneo.

Dez casos infectados, ou com suspeita de infecção e exito mortal, provam, que exame vaginal, tamponamento, mesmo cohabitação ou banho pouco antes da operação e mais do que tudo, ruptura da bolsa amniotica ha mais de 6-8 horas, constituem uma contraindicação á

operação cesareana. Todas as cesareanas, começadas depois de demorado trabalho de parto, levam á complicações ou á morte. Receiando-se uma infecção, a amputação supravaginal do utero é indicada, embora não garanta a vida. O A., para conservar a capacidade procreadora á uma joven I para, desistiu, apesar da suspeita de infecção, da amputação supravaginal, que talvez tivesse salvo a mulher.

Nos 15 casos de morte não operatoria, algumas vezes se recorreu á op. ces. para salvar a vida da criança, sem esperança de salvar a mãe (4 nephrites chronicas com uremia, 1 leucemia, um ataque mortal de dyspnea). Nos outros 9 casos, ou a morte seria inevitavel quer com, quer sem operação (2 ileos, 3 eclampsias) ou a complicação constituiu uma indicação da op. ces. (1 myocardite, 1 pneumonia, 1 ileo, 1 lesão cardiaca valvular). No ultimo caso, a gravida, tendo recusado a interrupção da gravidez aconselhada, a op. ces. foi feita como modo de parto mais indicado em caso de lesão valvular, que causa frequentemente a morte durante o trabalho do parto espontaneo.

Experiencias, como as descriptas acima, ensinam, o que póde effectuar a op. ces. e onde e quando se póde ousar empregal-a. Mostram, que nos casos limpos, a op. ces. dá melhores resultados do que a intervenção vaginal, e que não constitue perigo, se executada por um gynecologo experimentado.

A operação de Alexander-Adams, estudada por meio de exames de 200 mulheres, operadas por este methodo. *(Die Alexander-Adamsche Operation, dargestellt auf Grund der Untersuchung von 200 nach dieser Methode operierten Frauen.)* — THOMÄ, ELSE — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Agosto 1936, Vol. 103, Fasc. 1/2, pag. 49).

Se não existirem symptomas, o tratamento da retroflexão é necessario sómente em casos de aborto habitual ou de esterilidade. Se houver incommodos provocados pela retroflexão, todos os methodos de tratamento conservador devem ser empregados, antes de se proceder á operação. O methodo de operação usado na clinica da A., é, em caso de retroflexão movel, a operação de ALEXANDER-ADAMS, em caso de retroflexão fixa, a laparotomia-ALEXANDER.

Comparados os resultados anatomicos, a operação de ALEXANDER-ADAMS é superior aos methodos de ventrofixação, por situação e mobilidade physiologica do utero, ausencia de suturas na cavidade abdominal, ausencia de perigo do ileo, eliminação da flexão das trompas, observada na maioria das retroflexões, approximação dos orificios da trompa aos ovarios, facilitando a recepção do ovo, crescimento augmentado do utero, importante em casos de infantilismo,

Anno II MARÇO DE 1937 Vol. III - N.º 3

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Março de 1937 | Vol. III — N.º 3

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

La histerectomia supravaginal por via vaginal. Método del Doctor Boero. — DR. O. JÜRGENS 187

A proposito de um caso de chorea gravidica, tratada com injecções intra-rachianas de Electrargol. — PROF. ARNALDO DE MORAES e DR. I. COSTA RODRIGUES 219

SECÇÃO EDITORIAL

Diabetes e gravidez 227

NOTAS E COMMENTARIOS

Prof. Gregorio Marañon 232

† Dr. Alberio Farani 232

Numero especial de "A Folha Medica" 233

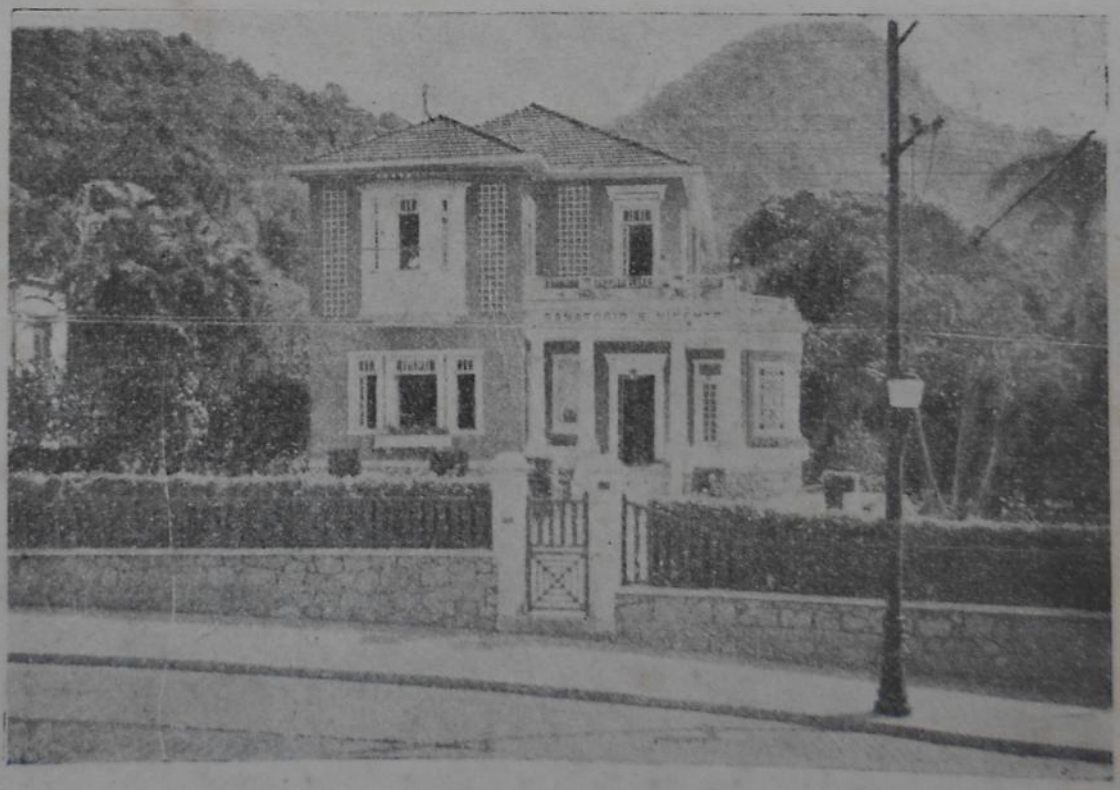
LIVROS E PUBLICAÇÕES

Deutsch für Brasilianer — Dr. ANTON KLAUS 234

RESUMOS

(Ver indice proprio).

AFFECÇÕES NERVOSAS E DOENÇAS INTERNAS — CURAS DE REPOUSO, DIETA E DESINTOXICAÇÃO



SANATORIO S. VICENTE

DIRECTORES: GENIVAL LONDRES E ALUIZIO MARQUES

Da Universidade do Rio de Janeiro

Rua Marquez de S. Vicente, 316, Gavea, Rio **Telephone 27-4036**

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Tuberculose do corpo do utero, de fórma hemorragica. — LAPEYRE, N. C. e GUIBERT, H. L. 235
A ascenção da trichomona vaginal — HEES, E. 236
A trichomona vaginal nas leucorrhéas — TEMPE', G. 236
Considerações anatomicas e pathogenicas sobre as hemorragias do ovario — PICAUD, A. 238
Do tratamento das septicemias puerperaes pelas injecções endovenosas de alcool — AISENBERG-OULIANITZKAIA, E. M. 242
Pesquisa de como se comporta a "ptyalo-reacção" de Zambrini na gravidez, parto e puerperio. — BOLAFFI, R. 243
A prova da "urea clearance" no estado gravidico e puerperal. Contribuição ao estudo da funcção renal na gravidez. — BERUTTI, E. 244
Sobre a relação entre a concentração dos hormonios gravidicos na urina e no sangue — TRETTENERO, M. 244
De um methodo para revelar a ruptura das membranas — SANNICANDRO 246
Conducta cirurgica no prolapso do utero e da vagina — PHANEUF, L. E. 246
Emprego do catgut no perineo — ORVAN, W. H. 247
Um estudo preliminar das modificações histologicas cyclicas da mucosa cervical humana no periodo intermenstrual — WOLLNER, A. 248
O estreito medio da bacia, reduzido transversalmente, com particular referencia ao parto a forceps — HANSON, S. 250
Uma contribuição á etiologia e tratamento da inversão puerperal do utero — GORDON, O. A. 251
Uma apreciação sobre alguns dos aspectos da esterilidade — MOENCH.. 253
Indicações para a contracepção sob o ponto de vista do obstetra e gynecologista — MONTGOMERY, T. L. 255
Carcinoma do côto do collo — SCHEFFEY, L. C. 257
Parto e cuidados ao recem-nascido de mãe diabetica — RANDALL, L. M. e RYNEARSON, E. H. 258
Collapso vascular na toxemia gravidica — ADAIR, HUNT e ARNELL.. 258
Significa a technica da operação cesareana segundo Doerfler melhoramento dos methodos usados até agora ? — ROSSENBECK, H. 259
Tres formas atypicas da mucosa uterina senil, provocando hemorragias — IOACHIMOVITS, R. 261
Tuberculose pulmonar e operações gynecologicas — DIETEL, H. 263
O lymphogranuloma inguinal — PETERS, R. 264
Sobre o valor da technica da operação cesareana intra-abdomino-cervical em comparação com o methodo de Doerfler — ELMENDORFF..... 265
Exames do metabolismo do potassio em gravidas sãs e intoxicadas — SZÜSZ, F. 266
Sobre a histopathologia das hemorragias gynecologicas do utero — VOGEL e POKROWSKY 267
Gynecologia e Obstetricia sociaes — HOFSTÄTTER, R. 268
A aspiração de liquido amniotico como causa de morte — BUFE, W. ... 271
As causas da ictericia dos recemnascidos — GREIL, A. 272
Effeitos e perigos da hysterosalpingographia — VOLK, W. 274

Pags.

Hydrocephalia fetal de repetição — LEON, J. e FERRARI, R. 275
Feridas incisas traumaticas vulvo-perineaes — PRESTINI, O. e SARDI, J. 276
O tratamento da eclampsia pelo sulfato de magnesio. Tres novas observações. — BERMANN, S. 277
Eclampsia e descollamento da placenta normalmente inserida — TALLAFERRO, F. e ECHEVARRIA, R. 278
Fistula urethro-vesico-vaginal. Operação de Goebell-Frangenheim-Stoeckel. Resultado tardio. — AHUMADA, J. C. e ORTIZ, C. 279
Delivramento artificial. Processo pessoal. — TURENNE, A. 280
Sobre um caso de melanoma da vulva — MACHADO, L. M. 280

ESPASMOS POST-OPERATORIOS COM RETENÇÃO DOS GAZES

Ha cerca de dois annos, venho empregando, com frequencia, o OCTINUM, no periodo post-operatorio de meus doentes, tanto na clinica hospitalar como na particular, e posso declarar que tenho obtido os melhores resultados com o seu uso sobretudo nos estados dolorosos de origem espasmodica, com retenção de gazes.

Em uma estatistica de 125 casos, assim distribuidos: 67 appendicectomias, 23 operações do apparelho genital feminino (abdominaes), 22 hernias (inguinaes e umbilicaes), 5 eventrações medianas, 3 vesiculas biliares e 5 estomagos (gastrectomias e gastroenterostomias), consegui aplacar as dôres post-operatorias, na grande maioria dos enfermos, com o emprego do OCTINUM logo após a intervenção, não tendo havido necessidade de recorrer ás injecções de morphina. Nos doentes acima citados, verifiquei que as dôres post-operatorias mais intensas eram as causadas pelos espasmos visceraes, e não as devidas á propria incisão operatoria, razão pela qual tão bons resultados me tem trazido o emprego do OCTINUM; assim não tenho feito uso da morphina (ou seus succedaneos) neste periodo. Tenho verificado que o uso de um anti-espasmodico poderoso, resolve satisfactoriamente a maioria dos casos e seu emprego pode ser feito varias vezes ao dia; tenho administrado o OCTINUM logo após as operações, uma ampoula, que repito 2 a 3 horas depois, quando o effeito da 1.ª injecção terminou, e, em alguns casos mais rebeldes, uma 3.ª injecção é mesmo feita.

Principalmente as dôres provocadas pelos gazes, são de um modo brilhante combatidas pelo OCTINUM, que emprego em injecções e **per os** (15 a 20 gottas, duas a tres vezes ao dia).

Geralmente, passados 15 a 30 minutos, consigo a diminuição e mesmo abolição destas dôres, de origem espasmodica intestinal, com consequente sahida de gazes e allivio immediato para os enfermos. Observei mesmo em alguns casos, não se tornar necessaria a administração de evacuantes intestinaes, pois pelo uso constante do OCTINUM, durante 2 a 3 dias, os pacientes evacuavam espontaneamente no 4.º ou 5.º dia após a intervenção.

Aconselho tambem o uso do OCTINUM no preparo dos doentes para a **tubagem duodenal** (prova de MELTZER-LYON), em que deve ser empregado 3 a 4 dias antes, na dose de 20 gottas tres vezes ao dia; por esta technica o tempo da prova diminue muito.

Tenho usado ultimamente o OCTINUM, tambem para facilitar a dilatação do collo do utero, nas primiparas durante 10 a 15 dias antes do parto. — **ALOYSIO MORAES REGO** (Assistente de Clinica gynecologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Cirurgião da Policlinica de Botafogo).

Rio de Janeiro, 2 de Dezembro de 1936.

torna-se completamente epithelizada após a retirada do especimen, em cerca de seis semanas. Um exame periodico do tecido, póde, portanto, ser repetido na mesma paciente com dois ou tres mezes de intervallo.

O estreito medio da bacia, reduzido transversalmente, com particular referencia ao parto a forceps *(The transversely contracted midpelvis with particular reference to forceps delivery)* — HANSON, S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Set. 1936, Vol. 32, N.º 3, pag. 385).

E' de ha muito sabido que as applicações do *forceps medio* em pelves geralmente estreitadas e nas afuniladas, são acompanhadas de uma alta mortalidade fetal.

A litteratura recente mostra que partos difficeis com o *forceps medio*, são ainda frequentemente encontrados, e que é alta a mortalidade fetal resultante.

A tendencia moderna para ampliar as indicações da cesareana, até agora pouco conseguiu na reducção do numero de partos a forceps mediano mal succedidos; e parece que um novo augmento da incidencia do parto abdominal, provavelmente não produzirá melhores resultados, a não ser que um conhecimento mais recente seja trazido para contribuir no problema da selecção dos casos a operar.

A convicção de que tal conhecimento pode ser obtido da pesquisa baseada em uma pelvimetria mais perfeita, combinada a um estudo cuidadoso do mecanismo normal e pathologico do trabalho, levou o A. a emprehender uma investigação sobre o assumpto, mantendo o interesse do mesmo nesse problema durante os ultimos sete annos.

Assim, estudou em uma série de 3.941 casos consecutivos, 1.290 das quaes primiparas, a significação clinica do diametro transverso no plano pelviano estreitado, representado pelo diametro bi-espinha.

As observações feitas podem ser assim resumidas:

1) O estreito plano pelviano reduzido transversalmente está associado á posição occipito-posterior persistente em uma alta percentagem de casos. A constancia desta associação, e a dystocia resultante, constitue um complexo clinico que póde ser encarado como uma syndrome.

2) A intervenção operatoria é necessaria em uma percentagem relativamente grande de primiparas, nas quaes ha uma reducção transversal do estreito pelviano inferior. Em 27 desses casos, nesta série, houve 35 partos a forceps mediano, uma incidencia de 16,6 %. Em 1.082 casos em que o diametro transverso não estava diminuido houve 26 partos a forceps mediano, uma incidencia apenas de 2,4 %.

3) Grande resistencia á rotação instrumental é frequentemente encontrada em pelves com uma reducção transversad mesmo minima, do estreito plano pelviano (um diametro bi-espinha de 9,5 á 9,0 cms.). Em pelves com este gráo de estreitamento, a resistencia á tracção é, entretanto, raramente encontrada, uma vez que não exista vicio de posição.

4) Resistencia insuperavel á tracção pelo forceps é frequentemente encontrada em pelves com uma reducção transversa grande do estreito plano pelviano (um diametro bi-espinha de 9,0 cms. ou menos), mesmo após a correcção de posições defeituosas.

5) A resistencia á rotação e tracção em pelves com um estreito plano pelviano transversalmente reduzido, é em grande parte devida á persistencia de deflexão consequente á tracção do forceps, antes que á desproporção absoluta ou preexistente. Outra causa provavel de desproporção nestes casos é uma penetração das colheres do forceps no espaço da pelve mediana.

6) Das observações archivadas, pode-se concluir por tentativa que a applicação alta do forceps mediano é geralmente contraindicada em pelves em que exista numa reducção grande do estreito plano pelviano, e que a rotação instrumental é geralmente contraindicada, mesmo quando a reducção transversa é apenas em um gráo minimo.

7) Uma nova dimensão da pelve, o diametro inter-ischiatico é descripta, e uma nova classificação pratica das pelves transversalmente estreitadas é apresentada.

Uma contribuição á etiologia e tratamento da inversão puerperal do utero *(A contribution to the etiology and treatment of puerperal inversion of the uterus)* — GORDON, O. A, — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Set. 1936, Vol. 32, N.º 3, pag. 399).

Existe actualmente uma consideravel diversidade de opiniões acerca dos factores responsaveis pela inversão puerperal do utero. O tratamento desta complicação pouco commum do trabalho não está bem estandardizado, provavelmente e principalmente, pela sua raridade.

A classificação commumente acceita, de inversão puerperal, em aguda ou chronica, é considerada usualmente como dependente apenas do tempo decorrido após a inversão; inversão puerperal descoberta a qualquer tempo, antes de um mez após sua occorrencia, tem sido designada de aguda, e a notada depois de um mez de sua origem, de chronica.

Esta classificação, pouco satisfactoria sob todos os pontos de vista, é inteiramente arbitraria, mantendo pouca, se alguma, relação com o estado pathologico encontrado ou com o tratamento indicado.

Quando a cauterização mostrar-se sufficiente não é necessaria a ablação do collo. A trachelorapha e trachelotomia dão resultados bons. Em summa, o tratamento prévio do collo deve ser obrigatório.

Parto e cuidados ao recem-nascido de mãe diabetica *(Delivery and care of the new-born infant of the diabetic mother)* — RANDALL, L. M. e RYNEARSON, E. H. — (*J.A.M.A.*, Set 19, 1936, Vol. 107, N.º 12, pag. 920).

"As concepções usuaes da prenhez não se applicam quando a futura mãe é diabetica".

Depois da éra insulinica o perigo maior não é o que corre a mãe, porém o féto. Este é super-desenvolvido (em 60 % dos casos para mais de 3.600 grs.), donde um parto mais sério. A natimortalidade é grande. Ora morre *in utero*, ora succumbe no trabalho.

O A. concorda com PRISCILLA WHITE quando esta affirma: "O parto prematuro do féto completamente desenvolvido, porém chronologicamente prematuro da mãe diabetica, pela cesareana, é a resposta victoriosa ao desafio".

Depois de nascer a creança está sujeita á hypoglycemia porque seu pancreas que funccionava em excesso para contrabalançar o diabetes materno continua em hyperfuncção.

Os trabalhos de CARLSON e GUINSBURY sobre a compensação pelo pancreas fetal foram comprovados por numerosos autores. As ilhotas de LANGERHANS do pancreas fetal são sempre maiores do que no adulto e isso ainda se accentua quando a mãe é diabetica.

O meio de prevenir o accidente hypoglycemico do féto, após o nascimento é a administração de dextrose *per rectum* ou parenteralmente, e a alimentação precoce.

O A. apresenta sete observações detalhadas em que após cesareana antes do termo, pôz-se em pratica este tratamento do recem-nascido com optimo resultado.

Collapso vascular na toxemia gravidica *(Vascular collapse in toxemia of pregnancy)* — ADAIR, F. L., HUNT, A. B. e ARNELL, R. E. — (*J.A.M.A.*, Set. 26, 1936, Vol. 107, N.º 13, pag. 1036).

Varios autores (SIMONS e RASMUSSEN, BAILEY, SCHWARZ) verificaram as alterações da pressão systolica e diastolica no correr da gravidez tanto em sãs como em nephriticas e evidenciaram uma alta da pressão no trabalho com queda gradual no puerperio (em sãs) ou alternativas de altas e quedas (em nephriticas).

A nephrite das toxemias de prenhezes repetidas predispõe ao choque post-partum muitas vezes levando á morte.

Os AA. observaram 118 casos de toxemia gravidica (Maio de 1931 a Março de 36) no Chicago Lying-in-Hospital. Vinte e seis delles mostraram uma queda de mais de 70 mm. de mercurio na pressão systolica com manifestações graves de choque.

As quedas menores do que essa foram consideradas como normaes após o parto.

Como causa etiologica, eliminadas as hemorragias, os AA. admittem a toxemia e o proprio trabalho de parto. Para SCHWARZ a depleção rapida do utero, alterando a pressão intra-abdominal póde ser a causa do collapso ou choque.

As conclusões são as seguintes: O collapso vascular na parturição é uma situação grave que sobrevem mais typicamente numa pequena percentagem de multiparas idosas já atacadas com nephrite grave progressiva em prenhezes successivas. (Cerca de 0,2 % dos partos e 2,55 % das toxemias observadas). A toxemia é o factor causal mais evidente e o trabalho causa adjuvante. Até doze horas após o parto deve-se vigiar a pressão sanguinea tendo promptos pessoal e material para atacar de prompto o collapso que surgir. A mortalidade (15,49 %) é alta. O accidente deve ser reconhecido e merece ser estudado para se reduzir tão alta cifra por um tratamento conveniente.

A lesão anatomo-pathologica commum é uma glomerulo-nephrite.

O tratamento deve constar de injecções endovenosas de dextrose hypertonica que dá optimo resultado. A's vezes a anuria que se segue exige um tratamento adequado.

ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE

Significa a technica da operação cesareana segundo Doerfler melhoramento dos methodos usados até agora? *(Bedeutet die Technik der Schnittentbindung nach Doerfler eine Verbesserung der bislang gebräuchlichen Schnittentbindungs verfahren?)* — ROSSENBECK, H. — (*Z. f. Gynäk.*, Set. 5, 1936, Anno 60, N.º 60, pag. 2119).

Mais uma contribuição á polemica sobre o methodo de DOERFLER na operação cesareana. Desta vez, um partidario de DOERFLER falla.

Depois de descrever os methodos usados até agora com as suas vantagens e desvantagens, o A. passa a enumerar as differenças entre a technica de D. e os outros methodos. São as seguintes: 1) Incisão longitudinal da parede abdominal anterior. 2) Isolamento do campo operatorio do resto da cavidade abdominal por um campo (p. ex. uma toalha grande, encorpada e pouco absorvente)

bem esticada detraz do utero eventrado. Passam os lados do campo até além dos bordos da ferida, protegendo os intestinos e formando uma "calha" que permitte o escoamento do liquido amniotico. 3) Incisão transversal do utero, entre o bordo superior da prega vesico-uterina e o tecido conjunctivo, que liga a bexiga á parede anterior do collo. 4) Sutura musculo-muscular, protegida por uma sutura sero-muscular e outra sero-serosa.

Com relação ás desvantagens mais citadas pelos adversarios do methodo, o A. declara, que: 1.º) a incisão longitudinal da parede abdominal não difficulta a coaptação dos bordos da ferida, se a incisão é anatomica; 2.º) que não é preciso estender o corte até o appendice xyphoide. Nos 158 casos do A., operados segundo a technica de D., nunca foi necessario prolongar o corte mais do que 6 cm. acima do umbigo; 3.º) que o isolamento do campo operatorio da cavidade abdominal exclue a infecção da cavidade abdominal por liquido amniotico e a infecção primaria das bordas da ferida, 4.º) que a infecção da cavidade abdominal do lado da ferida uterina é impossivel pela situação da ferida no angulo da ante-versio-flexão puerperal e numa região pobre de tecido elastico. Esta situação garante uma quasi completa immobilidade da ferida. Que os germens, ascendendo na cavidade uterina só alcançam a ferida já fechada, 5.º) que a sutura acima descripta facilita a rapida cicatrização.

No anno de 1931, a clinica do A. (clinica gynecologica da Universidade de Giessen) adoptou o methodo de Doerfler, considerando, que a incisão transversal de D. se orienta na direcção da fibras musculares no segmento uterino inferior. Desde então, o methodo de D. foi empregado em todos os casos com poucas excepções (amputação supravaginal, extirpação total do utero). A unica differença com o methodo de D. foi a applicação da rachianesthesia em lugar da narcose por ether.

O A. compara numa estatistica detalhada os resultados do methodo de D. (158 casos desde abril de 1931) com os resultados dos outros methodos (483 casos, particularmente segundo o methodo de Opitz, da operação intraperitoneo-cervical, entre 1921 e abril de 1931). Esta estatistica é particularmente importante, pois um dos argumentos principaes dos adversarios de D. sempre foi a falta de uma estatistica exacta.

Desde a adopção do methodo de D., a mortalidade absoluta diminuiu de 6,2 para 1,9 %, a mortalidade operatoria de 1,6 para 0, %, a morbidade post-operatoria de 48,5 para 34 %. De um dia para outro, a frequencia de uma sequencia de cura não complicada subiu de 38 para 50 %.

A cystite post-operatoria diminuiu de 14 % para 2,5 %, as complicações genitaes de 8,5 para 2,5 %. No tocante ao augmento das embolias não mortaes de 0,4 % para 1,9 % e das estases de lochios

de 4,1 para 10,8 %, trata-se sómente de casos muito leves, rapidamente curados pelos meios clinicos mais simples.

A mortalidade operatoria das crianças diminuiu de 6,3 para 2,5 %.

As boas experiencias, feitas com o methodo de D., permittiram a ampliação da indicação da operação cesareana em casos de toxicose gravidica, de difficuldades pelas partes molles e de apresentações anormaes.

O A. relata um caso de morte operatoria da mãe depois da operação cesareana segundo DOERFLER. A paciente internada 12 horas depois da ruptura da bolsa, desejou insistentemente a operação para salvar a criança. A autopsia revelou uma ferida uterina bem cicatrizada, completamente livre de infecção. Esta, desenvolvendo-se na cavidade uterina, tinha levado a uma infecção septica geral, provando que a operação, mas não o methodo foi responsavel pela morte da paciente.

Com relação a este caso o A. aventa a questão, se num dilemma como este (desejo de criança, suspeita de infecção) não seja indicada a desinfecção precoce da cavidade uterina (sol. Rivanol ou Diiozol).

Tres formas atypicas da mucosa uterina senil, provocando hemorragias *(Drei atypische Formen der alternden Gebärmutterschleimhaut, die zu Blutungen führen)* — IOACHIMOVITS, ROBERT — (*Z. f. Gynäk.*, Set. 12, 1936, Anno 60, N.º 37, pag. 2179).

Alterações de senilidade na mucosa uterina não raramente se manifestam numa forma, em que na mucosa, passando por um processo catabiotico, apparecem insulas, apresentando phenomenos de regeneração ou mesmo de hypertrophia. Se estas insulas proliferantes não excederem um certo desenvolvimento, o phenomeno póde ser considerado como variedade normal do processo degenerativo da mucosa, encontrada tambem na mucosa intestinal e gastrica. E' uma lei biologica universal, que perto de regiões de processos catabioticos se manifestam tendencias anabioticas.

Se, porém, estes fócos apresentam symptomas de crescimento e proliferação excessivos (hyperplasia) o processo póde ser considerado pathologico. O A. o designa como "dysplasia senil do endometrio".

A origem destas formas anormaes são alterações na rêde vascular da camada basal. Os numerosos ramos finos da rêde vascular, bem distribuidos na camada basal e funccional, se transformam no preclimaterio em vasos pouco ramificados de parede grossa, de grão de desenvolvimento e de distancias differentes em algumas, e insufficiente em outras regiões. A esta desigualdade do provimento san-

molle. Interrogada com relação a uma cicatriz na região inguinal, declarou, que depois da cura das doenças venereas, se tinha manifestado uma inchação e suppuração das glandulas das regiões inguinaes. Suspeitando, que se tratasse do estadio latente do lymphogranuloma inguinal, o A. fez a reacção de FREI que deu resultado positivo.

Este ultimo caso prova, que, pensando-se no lymphogranuloma inguinal, é possivel diagnostical-o. Se o cirurgião, que tinha feito a operação da fistula recto-vaginal no 1.º caso, tivesse pesquisado cuidadosamente a etiologia da doença, teria desistido da operação, evitando a peora da doença.

O ultimo caso prova ademais, que a reacção de FREI, em opposição ás opiniões de FREI e HELLERSTRÖM, não é influenciada por syphilis e cancro molle.

A repetição da reacção de FREI nos dois casos deu resultados positivos ainda mais accentuados.

O prognostico do lymphogranuloma inguinal é máo. Experiencias therapeuticas foram feitas com iodeto de sodio, iodo, azul de methyleno (intravenoso), solganal, irradiação com raios X e ultravioletes. Bons resultados deu o antigeno de FREI e o sôro de convalescentes, a glycerina é recommendada para tratamento local.

Segundo TAVARES DE SOUZA e CLOVIS CORRÊA (Rio de Janeiro), o lymphogranuloma inguinal constitue 0,34, isto é, 0,39 % das doenças gynecologicas.

A reacção de FREI se tornou um meio de diagnostico indispensavel entre os methodos dos exames clinicos.

Sobre o valor da technica da operação cesareana intra-abdomino-cervical em comparação com o methodo de Doerfler *(Ist die intraabdominale cervicale Kaiserschnitechnich der Doerfler'schen Technik unterlegen)* — ELMENDORFF, H. R. SCHMIDT v. — (*Z. f. Gynäk.*, Set 5, 1936, Anno 60, N.º 36, pag. 2114).

E' uma continuação da polemica sobre o valor do methodo de DOERFLER na operação cesareana (Veja vol I pag. 347, vol. II, pag. 268, vol. III pag. fasc. de Janeiro, artigo de PUPPEL, vol. III pag. 37, fasc. de Janeiro, artigo de HÜSSY). O A. quer demonstrar, que a technica de DOERFLER de modo nenhum é superior á technica intra-abdominal e cervical.

Nos ultimos annos, 466 operações cesareanas foram feitas na clinica do A. empregando-se este ultimo methodo. Entre os 196 casos não infectados não houve mortalidade; houve 12,7 % de morbidade materna. Entre os casos infectados (99 com exame vaginal anterior, 170 com ruptura da bolsa, 1 com tentativa de parto por

forceps), a mortalidade materna importou em 2,22 %, a morbidade materna em 35,5 %. Em 8 casos, a bolsa tinha-se rompido 80 horas antes, em 3 casos 100 horas antes da operação.

O A. conclue, que nos casos não infectados sua technica tem os mesmos resultados, nos casos infectados melhores resultados do que a de DOERFIER. E tudo isso sem as inconveniencias da comprida cicatriz do methodo de DOERFLER. A technica deste não significa o começo de uma nova época na obstetricia. Tal época começará, quando todos os clinicos e parteiras considerem seu supremo dever, entregar todos os casos obstetricos complicados ao operador, sem ter nelles feito o tocar.

Exames do metabolismo do potassio em gravidas sãs e intoxicadas *(Kaliumstoffwechseluntersuchungen bei gesunden und toxischen Schwangeren)* — SZÜSZ, FRANZ — (*Z. f. Gynäk.*, Set. 26, 1936, Anno 60, N.º 37, pag. 2310).

Uma das poucas determinações de potassio na massa sanguinea foi feita por ARMENTANO por meio de sobrecarga de potassio. Injectando 0,25 gr. de chloreto de potassio na veia e observando a quantidade de iontes potassio em intervallos de 5, 10, 30 e 60 minutos, determinou uma curva que, em pessoas sãs subiu levemente no começo, para descer depois e subir outra vez. Em arterioescleroticos, a curva subiu de 5-8 %, descendo depois. Na hypertonia a curva desceu desde o começo.

O A. repetiu estes exames em 16 gravidas sãs, 18 nephropathicas e toxicas e 2 puerperas. Nas nephropathicas e toxicas, a curva de iontes potassio na massa sanguinea desceu de 12 a 15 %, em alguns casos até de 25 %, para subir, depois de 30 minutos mais ou menos, sem porém alcançar o valor do começo da curva durante o tempo de observação (60 minutos). Na metade das gravidas sãs, a curva era igual á das gravidas intoxicadas. Na outra metade, descendo um pouco no começo, subiu logo depois de 10 a 20 %, para descer depois de 30 minutos, sem chegar ao valor inicial durante os seguintes 30 minutos. Algumas vezes, a curva não desceu no começo, mas subiu immediatamente.

As duas puerperas, submettidas á primeira sobrecarga de potassio durante uma toxemia gravidica, foram outra vez examinadas pelo mesmo methodo no puerperio. A primeira curva correspondeu á das gravidas intoxicadas, a segunda á das gravidas sãs.

Parece que o chloreto de potassio injectado actua como estimulo no sentido de um augmento ou de uma diminuição da quantidade de potassio no sangue, pois o augmento deste potassio é muito superior á quantidade do potassio injectado nos casos de subida da curva. Nos casos de baixa da taxa do potassio este provavelmente é elimi-

Anno II ABRIL DE 1937 Vol. III - N.° 4

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.° numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.° andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.° andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Abril de 1937 | Vol. III — N.º 4

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Synthese das lesões gynecologicas consequentes ao parto. Com uma modificação pessoal da technica de Müller. — DR. PAULO BARROS 281

Sobre a determinação das substancias estrogenicas na urina da mulher. — DR. BARBOSA QUENTAL 307

SECÇÃO EDITORIAL

Cardiopathias e gravidez 312

NOTAS E COMMENTARIOS

Ordem dos Medicos 316

Sobre o ensino da Obstetricia e da Gynecologia 317

Concurso de livre-docencia da Clinica Obstetrica na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil 318

LIVROS E PUBLICAÇÕES

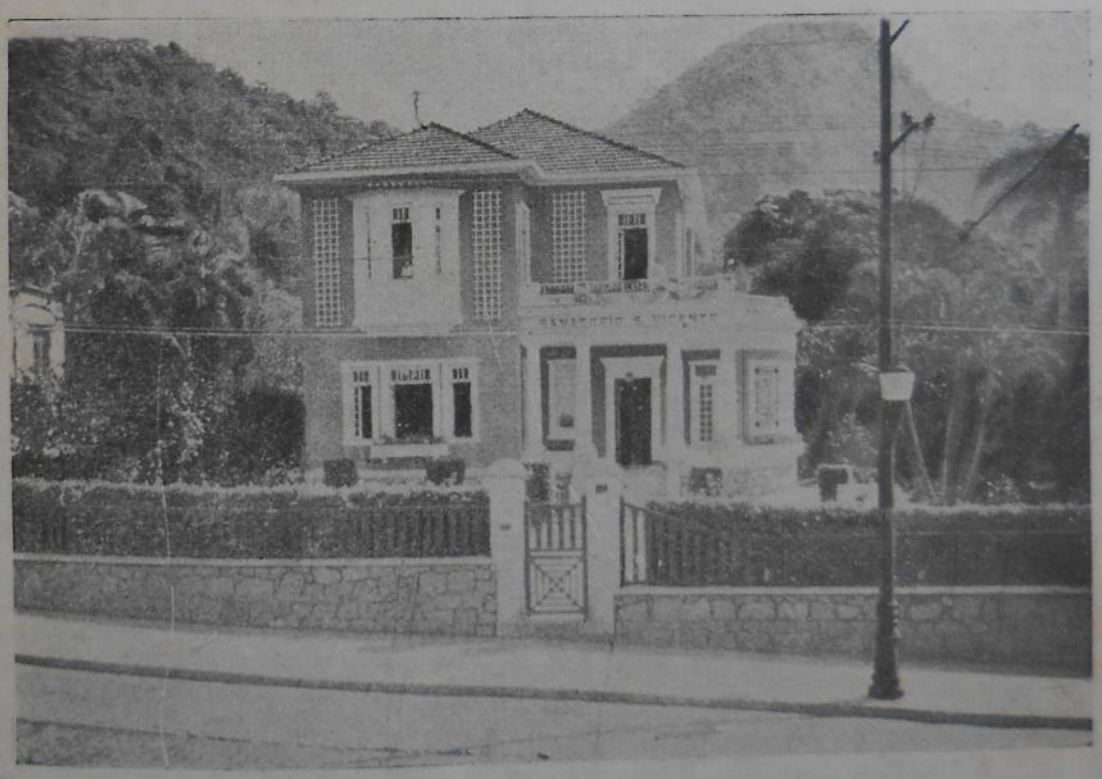
Modern English Grammar — OSWALDO SERPA 319

O Seculo da Creança — OSCAR CLARK 320

RESUMOS

(Ver indice proprio).

AFFECÇÕES NERVOSAS E DOENÇAS INTERNAS — CURAS DE REPOUSO, DIETA E DESINTOXICAÇÃO



SANATORIO S. VICENTE

DIRECTORES: GENIVAL LONDRES E ALUIZIO MARQUES

Da Universidade do Rio de Janeiro

Rua Marquez de S. Vicente, 316, Gavea, Rio — Telephone 27-4036

Annaes Brasileiros de Gynecologia

TRABALHOS ORIGINAES

SYNTHESE DAS LESÕES GYNECOLOGICAS CONSEQUENTES AO PARTO

Com uma modificação pessoal da technica de Müller

DR. PAULO BARROS
Docente de Gynecologia da Universidade
Assistente do serviço do Dr. A. Aguinaga

A finalidade a que se destina o presente trabalho, sem contudo trazer cousa nova, não deixa de ter o seu interesse de ordem pratica e principalmente didactica. A' principio, julgamol-a simples, porém sua complexidade se evidencia a medida que formos verificando os varios typos de lesão, que de inicio nos parecem sem interesse immediato, mas cujas consequencias tardias, na maioria das vezes, veem demonstrar que o interesse primario não deve ser desprezado.

Da simples cauterização, ás grandes intervenções, verificamos o alcance therapeutico, que de inicio seria simplista, mas cujas proporções posteriores, poderão pôr em jogo a vida da paciente, ou leval-a á impotencia funccional irremediavel.

Os conhecimentos anatomicos das regiões do perineo, collo, vulva, vagina e annexos, tornam-se necessarios quando um ou mais destes elementos são partes lesadas. Do esgarçamento vaginal á ruptura do utero, seguem-se os varios methodos therapeuticos, com predominancia os cirurgicos.

Assim, o apparelho genital no periodo final da gestação, apresenta modificações de natureza physiologica muito pronunciadas, tornando-o mais fragil, não só no que diz respeito ás partes molles do canal pelviano e mesmo do apparelho genital externo e interno.

Sabemos que, após os estudos endocrinicos de Hisaw, no que diz respeito á physiologia do corpo amarello, pôde este experimentador arguto, descobrir um hormonio, a *relaxina*, cujas propriedades se orientam para o relaxamento das articulações da bacia, principalmente á symphyse pubiana. Esta observação muito justa, foi por elle verificada, sob o ponto de vista experimental em cobaias, e na clinica obstetrica, todos nós conhecemos este hormonio referido, como um dos elementos principaes da maior movimentação das superficies articulares.

Outro phenomeno constante na gravidez, é a embebição gravidica, cuja funcção favorecendo a distensão dos seus elementos histologicos, torna as partes molles mais aptas ás distensões, ás tracções, que fóra da gravidez, excepcionalmente se encontram.

Vamos, pois, verificar os traumatismos possiveis, oriundos do parto normal ou do parto operatorio, e todas as causas que possam favorecel-os, isto é, endogenas, ligadas ao féto como elemento vulnerante; maternas, quanto ás malformações genitaes ou vicios pelvianos, e exógenas, as que se originam de manobras intempestivas principalmente. Claro que não cogitaremos dos traumatismos accidentaes por quédas, objectos de *toilette* intima, bem como os produzidos pelo coito.

As diversas affecções coexistentes por occasião do parto, desde que sejam attingidas, na sua trajectoria, serão tratadas conforme as suas necessidades no momento. Para melhor orientação, torna-se indispensavel, uma revisão da anatomia dos genitaes externos e internos, principalmente no final da gestação.

Causas predisponentes aos traumatismos do parto

Dada a imbebição gravidica, já anteriormente fallada, os orgãos genitaes, quer internos quer externos, principalmente os grandes labios, vestibulo vaginal e perineo, se apresentam mais flaccidos á palpação, mais distensiveis e portanto, mais aptos ao favorecimento do parto, porém menos resistentes aos factores traumatizantes. Os grandes labios em geral se afastam com extrema facilidade, o que se observa, quando a doente procura afastar as coxas, mostrando a mucosa vaginal um tanto arroxeada e por vezes coberta por um inducto esbranquiçado. Tambem o perineo, quando na manobra digital de verificação de resistencia, se deixa distender, em virtude de estarem os musculos elevadores do anus, transverso e mesmo a aponevrose superficial do perineo com o seu tonus diminuido pela propria embebição gravidica.

Assim, o féto volumoso, as malposições do mesmo e as apresentações, os vicios de conformação, as malformações do apparelho genital, as manobras obstetricas, o uso de medicamentos intempestivos ou muito energicos (oxytocicos), constituem os principaes elementos etio-pathogenicos das lesões gynecologicas consequentes ao parto normal ou ao parto medico-cirurgico.

A seguinte chave por nós feita, vae nos guiar o estudo das principaes lesões:

- Classificação geral das lesões gynecologicas consequentes ao parto — Estudo anatomo-clinico.
  - Lesões recentes.
    - Conseq. ao parto propr. ditas ..
      - Genitaes.....
        - Edemas
        - Rupt. do perineo
        - Rupt. vaginaes
        - Hematomas
        - Esgarçamentos
        - Rupt. do utero
          - Segmentar
          - Corporal
        - Inversão uterina (aguda)
        - Apoplexia, uterina
      - Urologicas....
        - Rupt. da urethra
        - Rupt. da bexiga
      - Tubo digestivo
        - Rupt. do recto
        - Rupt. do esphincter
        - Hemorroidas
    - Conseq. á affecções preexistentes .....
      - Malformações do apparelho genital
      - Edemas da vulva, do collo, da vagina
      - Varices vulvares
      - T. cicatricial
      - Tumores
      - Lesões inflammatorias
    - Conseq. á manobras intempestivas ....
      - Manual.....
      - Instrumental
        - Todas as lesões anteriormente descriptas
      - Levantar precoce = Retro-versão
  - Lesões tardias ..
    - Escaras, ulcerações
    - Gangrenas
    - Abcessos puerperaes
    - Fistulas uro-genitaes
    - Fistulas utero-intestinaes
    - Fistulas recto-vaginaes
    - Infecções decorrentes do traumatismo
    - Arthrite da symphyse pubiana
    - Coccygodinia
    - Hemorroidas
    - Phlebites pelvianas
    - Phlebites
    - Descensus uteri et vaginae
    - Distenção da bexiga — Relaxamento do esphincter vesical
    - Distensão da bexiga — Relaxamento do esphincter vesical

Edemas: ZLATMANN, tem apreciado a questão dos edemas que precedem o parto, e as suas conclusões são as mesmas da maioria dos autores, attribuindo-os á compressão do systema venoso e arterial pelo utero gravido no final da gestação, o que torna possivel a estáse humoral nos tecidos e deste modo favorece o seu apparecimento.

Entretanto, nós sabemos que um trabalho de parto demorado, pelo mesmo mecanismo, produz grandes edemas de todo o apparelho genital, ou de cada orgão isoladamente. Em circumstancias taes, de grande edema do tracto genital, como observaram outros autores, ZLATMANN teve que recorrer á cesareana em uma grande multipara, pois se o parto viesse a se resolver expontaneamente, não se poderia por certo avaliar até que ponto poderia ir este traumatismo produzido pela passagem do féto, rompendo, dilacerando todos os elementos anatomicos do canal pelviano, em que therapeutica cirurgica immediata, poderia ser impossivel dada a diminuição na vascularização dos órgãos lesados que o traumatismo podia acarretar.

A cesareana, deu-lhe os melhores resultados, e deste modo pôde contar com a integridade da vulva e vagina, poupando a esta doente um prognostico, talvez sombrio.

Os edemas da gravidez de causa geral ou por perturbações do metabolismo, não serão aqui vistos, pois que, apenas os de causa local, situados no trajecto pelviano nos interessam. Entretanto são dignos de nossa attenção como causas predisponentes aos traumas, os edemas que LEVY-SOLAL estudou em bello trabalho apresentado ao IX.º Congresso da Associação dos Gynecologos de Lingua Francesa. Este autor põe em evidencia os factores classicos do edema, ora isolados ora grupados, salientando a questão bio-chimica na sua formação.

Apesar da complexidade da questão, varios estudiosos têm empregado seus esforços neste sentido, e assim E. GUEISSAZ, faz tambem por esta occasião um estudo clinico sobre os edemas da gestação, detendo-se no problema de sua therapeutica.

Ha dois annos CATHALA e SEYDEL, estudando a localização do edema sobre o collo uterino, indagaram minuciosamente a questão histo-pathologica, no decurso do trabalho de parto. Os cortes revelaram entumecimento do tecido collageno e a dissociação dos feixes conjunctivos (edema) dando em outros cortes o aspecto pseudo-inflammatorio, devida á diapedese leucocytaria.

Estudam ainda estes autores a etio-pathogenia com as escolas mecanica e infecciosa. O que interessa propriamente ao presente trabalho, neste particular, é a mecanica.

Rouvier é deste modo de pensar, attribuindo o edema á compressão da parte fetal sobre o collo, e este de encontro aos planos osseos da pelvis materna. Uma compressão muito demorada, poderia acarretar um edema progressivamente duro e dar uma *desinserção do collo*, vindo esta porção vaginal do utero a se desprender pela vulva. Esta causa predisponente precedeu o parto, dando como consequencia uma lesão do typo mutilante. Os disturbios circulatorios occasionados pela compressão do collo, são a causa do edema.

Para o lado do utero, é o segmento inferior, o attingido pelo edema. Pelo exame externo do abdomen, não é facil o seu diagnostico, antes impossivel. Durante a operação cesareana, pode-se em muitos casos verificar a infiltração de liquido nesta parte do utero, que ás vezes circumda inteiramente o segmento inferior, formando um verdadeiro "anel edematoso", como o chamamos commumente.

O edema residual, se assim podemos denominal-o, como consequencia do mecanismo já explicado, regride geralmente, tornando o collo no final de alguns dias o seu aspecto normal em estado puerperal, havendo contudo, maior probabilidade de se infectar, dada a menor resistencia de que está possuido. Nestes casos, podem-se indicar as lavagens (duchas) vaginaes quentes com acido lactico, o que muito contribue para a sua involução normal.

As pequenas *hemorragias* intersticiaes por distensão muscular, occasionadas pela ruptura de capillares ou vasos de pequeno calibre, poderão produzir *hematomas;* estes por sua vez, apesar do sangue já ter se organizado, se se produzir a menor solução de continuidade, poderão se infectar, e complicar um puerperio.

Os *hematosas da vulva* (fig. 1) se originam nas rupturas dos vasos varicosos, ou por traumatismo obstetrico, dão á vulva um aspecto tumefacto, arroxeado e doloroso. Estes hematomas não devem ser abertos; é preferivel orientar o tratamento para o lado clinico, que consiste no emprego de compressas quentes da solução de Bürrow, ou de agua vegeto-mineral; deste modo regridem com relativa facilidade. Estes hematomas, são mais raros no perineo; na vagina elles são mais frequentes, embora menores.

Os hematomas localizados no corpo uterino, em geral, não são perceptiveis ao exame clinico; quasi sempre estão ligados á ruptura uterina, ou á apoplexia utero-placentaria.

Continuando passaremos agora, ás *rupturas* e *esgarçamentos* do collo uterino.

A vascularização do collo provem de um ramo da uterina, a cervico-vaginal, destinada á sua parte inferior, sendo

a causa de hemorrhagias a lesão do vaso citado e de seus ramos menores. A ruptura expontaneo do collo uterino, para WELESHEWA e CHAMINA, está ligada ao typo constitucional, em geral o asthenico. Estas rupturas podem ser simples e complicadas, uni- ou bilateraes.

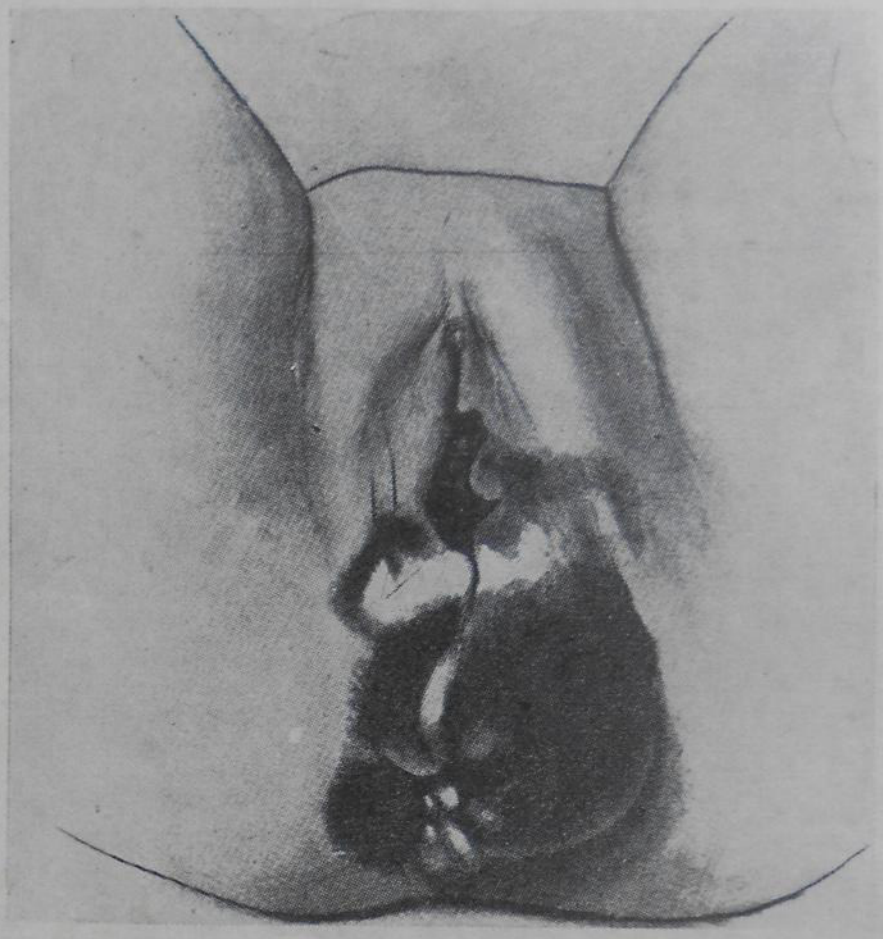


Fig. 1 — Hematoma de vulva e vagina (DE LEE)

E' simples quando apenas em um dos quadrantes do collo, se observa a lesão em apreço; complicada quando ha perda de substancia e extensiva aos fundos de sacco vaginaes. Sua therapeutica, consiste na toillete dos bordos da ferida e competente sutura no mais breve espaço de tempo possivel, obtendo-se deste modo a suspensão da hemorragia e impedimento de invasão microbiana.

A sutura poderá ser feita em pontos separados, ou em *surget* (sutura continua) preferentemente esta ultima por ser mais hemostatica e mais rapida.

A etiologia desta lesão, está na desproporção da apresentação fetal e a menor resistencia do collo ou na rigidez e edema da portio, além de outro factor importante que é a intempestividade de certas manobras obstetricas, cuja execução, traz consequentemente a ruptura.

Estão neste caso as versões e grandes extracções, as applicações de forceps, e as embryotomias (basiotribo de TARNIER, gancho de BROWN, etc.).

Estes instrumentos, poderão cortar, arrancar, perfurar os órgãos genitaes, em tal extensão que ponham mesmo em jogo a vida da paciente, além da predisposição ás infecções as mais varias.

A separação expontanea do collo durante o trabalho de parto, tem sido objecto de publicações muito raras. J. PERL pôde observar um caso em uma mulher de 33 annos, rachitica, de bacia geralmente estreitada, que havia recusado uma operação cesareana, e na qual apesar de se ter usado o forceps, este instrumento não foi o causador da lesão; já TRILLAT e MICHEL, em uma outra mulher de 40 annos, multipara (7 filhos, com partos normaes) que teve o seu oitavo parto terminado por uma applicação de forceps. A principio o instrumento derrapa e nova applicação é feita em O.I.E.A. E' extrahido um féto vivo, de 3.800 grs. seguido de grande hemorragia. Após exame do collo, verificaram que este fôra arrancado em quasi toda a sua extensão, obrigando-os a praticar uma hysterectomia, obtendo deste modo a cura da paciente, pois a simples sutura não lhes parecera possivel.

Assim acontece ás manobras rapidas de um lado e casuaes de outro. O senso de prudencia, quando se vae operar nestes casos, deve sempre trazer ao espirito do parteiro, taes possibilidades de fracasso.

A symptomatologia da ruptura do collo uterino, na maioria das vezes, é observada, quando após o delivramento, a hemorragia continúa, apesar do "globo de segurança", permanecer bem contrahido. As hemorragias deste typo enriquecem o primeiro plano das hemorragias do post-parto.

TRILLAT, de Lyon, em 10.000 partos seguidos de hemorragia, nos fornece a seguinte estatistica:

Segundo a abundancia:

De 500 a 1.000 grs.	567 casos
De 1.000 a 1.500 grs.	108 casos
De 1.500 a 2.000 grs.	5 casos

Segundo o momento do apparecimento:

Hem. immediata do 1.º tempo	95 casos
Hem. do 2.º tempo.....	568 casos
Hem. do 3.º tempo.....	40 casos

Mortalidade: 10 mortes para 703 hemorragias — 14,7 %.

Relações da mortalidade com a abundancia da hemorragia:

Hem. de 500 a 1.000 grs.	7 mortes em 567 casos
Hem. de 1.000 a 1.500 grs.	1 morte em 108 casos
Hem. de 1.500 a 2.000 grs.	2 mortes em 23 casos
Hem. de 2.000 grs.	0 morte em 5 casos

Os *esgarçamentos* do collo não produzem estas hemorragias mas deixam portas aos germens, cuja ascenção é bem conhecida, devendo por este motivo ser suturadas. As *rupturas da vagina* são tambem possiveis, quer sejam oriundas de parto normal quer de parto cirurgico.

As *rupturas do perineo,* constituem o typo mais commum de lesão do parto. Ellas se dividem em rupturas do 1.º gráo, do 2.º gráo, do 3.º gráo, as occultas e as complicadas. A *ruptura occulta* não é tão prejudicial, porque não deixa solução de continuidade, porém predispõe aos prolapsos.

São produzidas as rupturas de um modo geral, pela passagem das partes fetaes, occupando o primeiro plano a cabeça, logo depois as espaduas. A ruptura do 1.º gráo, apenas interessa a mucosa vaginal de um lado e um esgarçamento da pelle do perineo de outro, sem romper á aponevrose perineal transversal. A do 2.º gráo, interessa estes elementos citados, e opera a separação dos elevadores do anus, interessando a furcula vaginal. A do 3.º gráo, attinge mais longe, isto é, rompe o esphincter parcialmente ou não. A *ruptura complicada,* é a que interessa o recto em grande extensão. Sua therapeutica deve, na medida do possivel, ser immediata, dadas as condições de porta de entrada a germens e ás predisposições ao descensos e prolapsos genitaes. Para as do 1.º gráo, apenas a cauterização chimica local, é o sufficiente, já não acontecendo o mesmo para os demais typos. A perineorraphia immediata traz bons resultados, e seria fastidioso enumerar as diversas technicas de recomposição cirurgica. Ha apenas a notar que o emprego de um afastador de perineo do Dr. Aguinaga, muito auxilia a technica de recomposição anatomica dos planos profundos.

O que diverge entre certos parteiros é a sutura da pelle com catgut, allegando a infiltração dos lochios, favorecendo a decomposição mais rapida do catgut empregado. Já para as curas das rupturas antigas e cicatrizadas, varios adeptos do methodo realizam-na com segurança de exito.

Como toda a recomposição de perineo, deve ir precedida da perfeita toillete dos bordos da ruptura, para melhor esperar um resultado completo.

Para as rupturas complicadas, isto é, as que interessaram o recto, o cuidado principal é fazer a eversão da mucosa rectal, afim de se evitar o apparecimento de fistulas tardias. O restante não apresenta nada de especial.

As rupturas occultas, como já vimos, não apresentam soluções de continuidade, mas o que realmente se processa, é o afastamento dos elevadores do anus, com ruptura das trabeculas de tecido conjunctivo que os une, e por vezes com ruptura da aponevrose perineal, ou o seu estiramento exaggerado e permanente. Os dedos que exploram o perineo, não encontram como nos perineos normaes, aquella sensação tactil de resistencia.

Este typo de lesão tem passado desapercebido, por não apresentar solução de continuidade. Os prolapsos, os descensos vaginaes e uterinos, as colpoceles, têm nas rupturas do perineo a sua etiologia mais habitual.

A episiotomia é uma intervenção, cuja finalidade é evitar as rupturas irregulares do perineo, mas que tambem poderá ser causa de diversas affecções do apparelho genital externo (prurido, colpoceles).

Fig. 2

A *inversão uterina* é uma affecção, caracterizada pela invaginação total ou parcial do corpo uterino, que deste modo se encontra localizado na cavidade vaginal. A inversão puerperal, á principio aguda póde se tornar chronica e muito prejudicial á mulher. STREEBEL, dá uma mortalidade de 15 a 20 %.

A inversão uterina aguda do puerperio ou do post-parto, se reconhece pela ausencia do "globo de segurança" que normalmente se encontra bem endurecido e situado á altura do hypogastrio; pela hemorragia que ás vezes se segue, bem como pela presença do órgão, na cavidade vaginal (fig. 2).

A inversão uterina póde ser parcial ou total. E' parcial ou incompleta, quando apenas o fundo do utero se encontra á altura do orificio do collo, sem ultrapassar este limite; e é total, quando o órgão passa pelo orificio do collo uterino, vindo se localizar na cavidade vaginal.

A inversão uterina é expontanea no parto em avalanche, ou no periodo do delivramento, se a placenta adhere muito fortemente á zona de implantação.

Póde ser tambem a inversão uterina, provocada por manobras intempestivas, como a tracção pelo cordão umbilical, ou pela manobra de CREDÉ (expressão do fundo do utero). O utero póde estar menos contrahido do que habitualmente, ou ser a séde de tumores, geralmente o fibroma ou myoma do fundo, e deste modo favorecer a lesão.

Esta representação diagrammatica, mostra bem os diversos estados evolutivos (fig. 3).

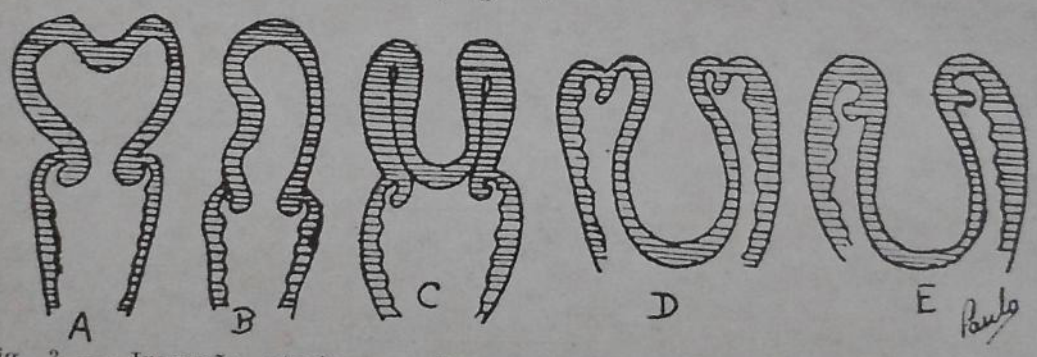


Fig. 3 — Inversão uterina — Representação diagramatica das formas e gráos da inversão uterina (Cópia de B. BELL)
A — Inversão parcial do fundo. B — Inversão parcial lateral. C — Inversão completa interna do fundo. D — Inversão externa completa do corpo. E — Inversão externa completa do corpo e collo.

A raridade desta lesão é do dominio de todos. No serviço do Dr. A. AGUINAGA, tivemos três casos quasi que seguidos, sendo um delles após a operação de KÜSTNER, foi seguido de gravidez e parto a termo, com puerperio normal.

Certos autores vêm nos orificios tubarios do utero, um signal pathognomonico da inversão uterina.

Na phase aguda, deve-se tentar a manobra do "taxis" central ou lateral, que ás vezes dá a reducção total do órgão, restituindo-o assim á sua posição primitiva.

O utero invertido, está sujeito a zonas de necrose por circulação deficiente em virtude da pressão exercida nos vasos sanguineos.

rupturas para-cicatriciaes. No serviço do Dr. Aguinaga, uma gestante tendo entrado poucas horas antes, em trabalho de parto, e portadora de um vicio pelvico, foi submettida a nova cesareana por este motivo; não apresentou o menor signal de ruptura e com surpreza verificou-se um grande hematoma sub-peritoneal, localizado do lado esquerdo da cicatriz anterior e no angulo inferior da mesma.

Trillat, em 21 cesareanas, pôde, em 18 gestantes, fazer 2 cesareanas e em outras 3 gestantes, 3 operações. Salvo em um caso, sempre achou a cicatriz uterina anterior, solida, ás vezes invisivel. Uma unica vez achou a cicatriz muscular, muito delgada e em imminente perigo de ruptura.

P. Brault observou recentemente 3 casos de ruptura uterina, após cesareana corporal, em partos normaes, concluindo pela necessidade de se examinar o utero, não hesitar em introduzir a mão na cavidade uterina, para se certificar da sua integridade. As rupturas do segmento, poderão ter a sua origem ainda, nas do collo do utero que se propagam para aquella porção uterina.

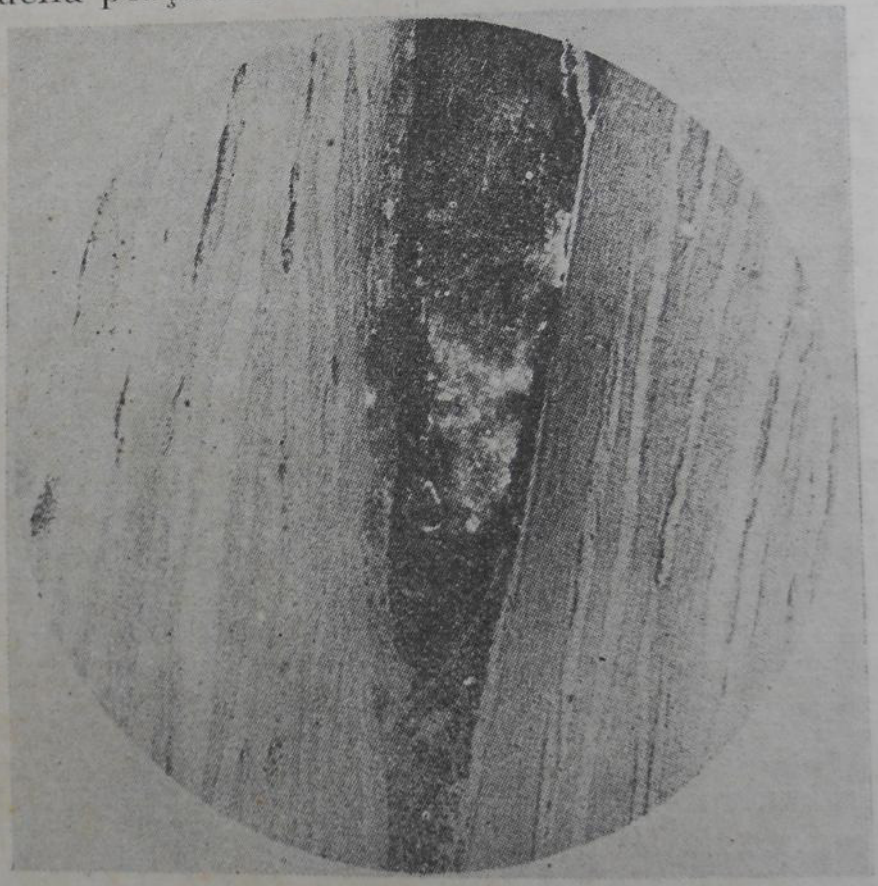


Fig. 4 — Córte de musculo uterino. A dissociação muscular é produzida pelo edema. As hematias estão nos espaços inter-fasciculares.

Outra lesão gynecologica, consequente á gestação, é a *apoplexia utero-placentaria*, bem estudada na pathologia obstetrica, caracterizada segundo Portes e Couvelaire, por um syndrome cujos signaes cardinaes, são a contractura le-

rupturas para-cicatriciaes. No serviço do Dr. Aguinaga, uma gestante tendo entrado poucas horas antes, em trabalho de parto, e portadora de um vicio pelvico, foi submettida a nova cesareana por este motivo; não apresentou o menor signal de ruptura e com surpreza verificou-se um grande hematoma sub-peritoneal, localizado do lado esquerdo da cicatriz anterior e no angulo inferior da mesma.

Trillat, em 21 cesareanas, pôde, em 18 gestantes, fazer 2 cesareanas e em outras 3 gestantes, 3 operações. Salvo em um caso, sempre achou a cicatriz uterina anterior, solida, ás vezes invisivel. Uma unica vez achou a cicatriz muscular, muito delgada e em imminente perigo de ruptura.

P. Brault observou recentemente 3 casos de ruptura uterina, após cesareana corporal, em partos normaes, concluindo pela necessidade de se examinar o utero, não hesitar em introduzir a mão na cavidade uterina, para se certificar da sua integridade. As rupturas do segmento, poderão ter a sua origem ainda, nas do collo do utero que se propagam para aquella porção uterina.

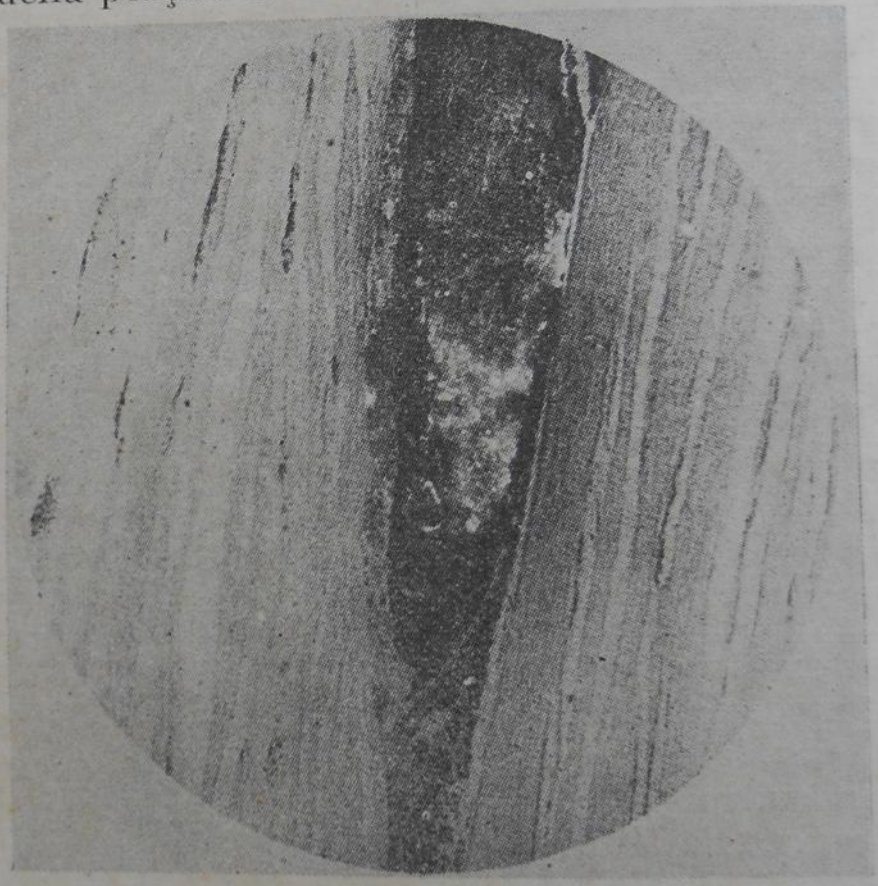


Fig. 4 — Córte de musculo uterino. A dissociação muscular é produzida pelo edema. As hematias estão nos espaços inter-fasciculares.

Outra lesão gynecologica, consequente á gestação, é a *apoplexia utero-placentaria*, bem estudada na pathologia obstetrica, caracterizada segundo Portes e Couvelaire, por um syndrome cujos signaes cardinaes, são a contractura le-

nhosa do utero, inercia persistente, hemorragia retro-placentaria, com infiltração sanguinea do musculo uterino e ás vezes ausencia de ruido dos batimentos cardiacos do feto, tudo acompanhado de estado geral grave.

A therapeutica ideal é a hysterectomia, mas GIGON admitte a conservação do órgão, quando as lesões se reduzem localmente, a algumas suffusões sanguineas e um pouco de edema. L. PORTES, fallando a respeito da apoplexia utero-placentaria, faz interessantes pesquisas para o lado dos annexos do apparelho genital, isto é, para os ovarios, trompas, ligamentos largos principalmente, quanto á extensão das lesões da apoplexia utero-placentaria.

Os córtes histologicos destes elementos anatomicos, mostram claramente, a extensão das hemorragias intersticiaes, as suffusões sanguineas, edema, ruptura de capillares com peri- e mesarterite (figs. 4 e 5).

Fig. 5 — Apoplexia utero-placentaria. Aspecto de peri- e mesarterite.

Lesões do apparelho urinario:

Neste particular, são conhecidos os traumatismos da urethra, bexiga, e uretéres, consequentes ao parto normal ou cirurgico. Este ultimo, é o maior responsavel factor etiopathogenico, tomando logar saliente, as extracções pelo forceps, basiotripsias ou cranioclasias, etc. O volume do féto em grande parte é o causador das lesões, tendo ainda por causa predisponente, as malformações vulvo-vaginaes, as apresentações e posições fetaes.

Para melhor orientação das lesões do apparelho urinario, fizemos um quadro das principaes, que se seguem ao parto:

A) Lesões ou affecções da urethra ..... { Ectropion; Carunculas urethraes — Polypos; Relaxamento do esphincter vesical; Ruptura da urethra; Fistulas

B) Lesões ou affecções da bexiga ..... { Distensão da bexiga; Cystocéle; Hemorragia; Ruptura; Fistulas { F. vesico-vaginaes; F. vesico-uterinas

Lesões da urethra:

O *ectropion* é uma lesão caracterizada pela eversão da mucosa urethral, podendo ser, transitoria ou definitiva. A mucosa, na sua porção terminal (meato), fica prolabada, e segundo o aspecto que toma, o ectropion poderá ser plano ou pediculado. Este ultimo se confunde sem a attenção devida, com as formações polyposas. Provem justamente do periodo de expulsão fetal, factor dominante, dado o esforço voluntario e involuntario a que a gestante está sujeita nesta occasião. Sua tendencia é a regressão total, podendo entretanto tornar-se definitivo, sendo este ectropion, uma das causas de *prurido*.

A simples excisão das partes grandemente prolabadas, ou a cauterização da mucosa, resolve este inconveniente.

Os *polypos* urethraes podem existir fóra da gravidez, mas tornam-se mais communs, nas mulheres multiparas ou recentemente paridas. Para estes casos, fóra da predisposição anatomica ou constitucional, a simples hyperplasia da mucosa, bem vascularizada, pode dar como consequencia o polypo. Sua exerése pelo bisturi electrico, em geral cura estas doentes, desde que os cuidados post-operatorios não sejam abandonados.

As *carunculas urethraes* têm sido encaradas sob varios aspectos etio-pathogenicos. Têm por vezes a sua procedencia, num parto laborioso, com o periodo de expulsão muito demorado, etc. São excrescencias polypoides, que se implantam á altura do meato urinario, cujos caracteres, muito se assemelham aos do polypo já estudado. Differe deste, sob o ponto de vista histo-pathologico, porque o epithelio do typo urethral, sempre acompanha a caruncula.

Ha infiltração diffusa de polynucleares, lymphocytos, podendo ainda segundo MASCIOTTRA e ETCHEVERRY, existir verdadeiros folliculos lymphoides.

O *relaxamento da musculatura* do esphincter vesical produz symptomas de incontinencia, pollakiuria, por não poder este esphincter se contrahir bem, regulando o mechanismo da micção.

Se este estado de máo funccionamento persiste, a suspeita de paralysia, de ruptura parcial ou total deste esphincter se impõe.

A therapeutica do primeiro caso é exclusivamente clinica, podendo ser a cirurgia em circumstancias especiaes. Varios são os methodos cirurgicos idealizados para a cura da incontinencia urinaria.

O mais recente é o de MÜLLER, que ha dois annos mais ou menos, propoz e systematizou a sua technica, pelo pregueamento do collo da bexiga, e em parte por uma cystorraphia (figs. 6, 7 e 8).

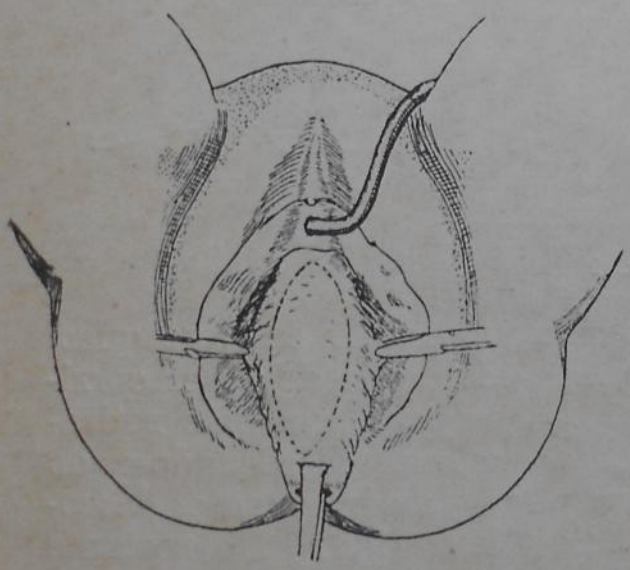


Fig. 6 — Technica de MÜLLER

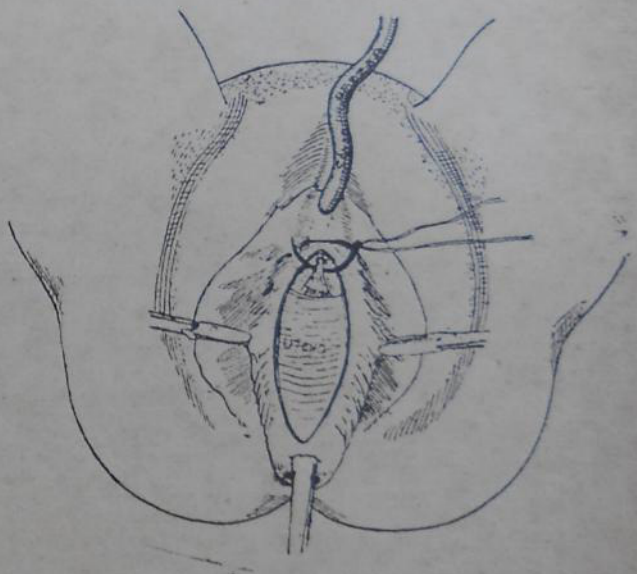


Fig. 7 — Technica de MÜLLER

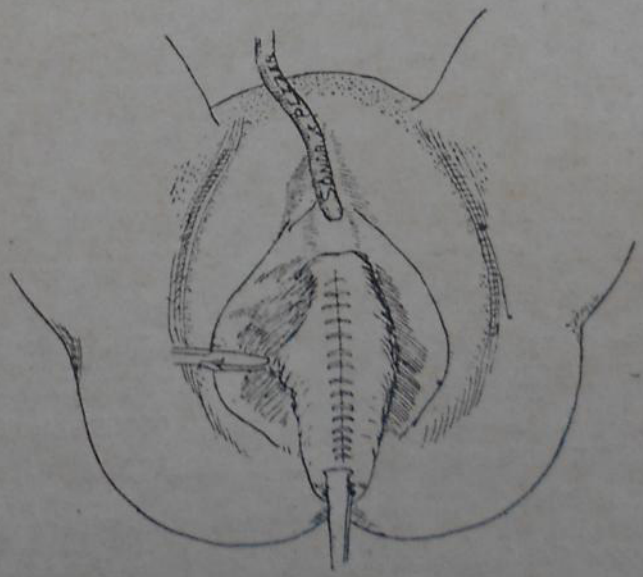


Fig. 8 — Technica de MÜLLER

Müller faz uma colpectomia anterior, descola em parte a bexiga do tecido cellular de interposição, respeitando os pilares musculares de sustentação da mesma, tendo collocado previamente dentro deste reservatorio, uma sonda de Pezzer, cujo bordo circular, é sentido pelo dedo do operador. Esta sonda toca justamente no orificio urethral, servindo de ponto de reparo para a sutura do collo vesical (fig. 9) com dois pontos mais ou menos, segundo o gráo de dilatação da zona a ser reparada.

Fig. 9

Nós a modificamos (*) apenas, baseando em que quasi sempre ha um discreto gráo de cystocele que deve ser corrigido. No tempo correspondente á colpectomia, nós retiramos apenas o retalho de mucosa vaginal, dissecando-a do fascia vesico-uterino, que é aberto longitudinalmente, descolando-o mais para perto do collo da bexiga. No restante obedecemos ao processo de Müller, e no tempo correspondente á sutura deste fascia, esta é feita em jaquetão, seguindo-se a colporraphia habitual. Seu objectivo, é garantir, ou melhor, é reforçar a sutura do collo e prevenir uma cystocele futura. Os desenhos mostram os diversos tempos da operação (figs. 10 a 12).

Este methodo de contribuição pessoal apenas tive opportunidade de o fazer duas vezes, e até o presente momento ambas as doentes passam bem.

As *rupturas de urethra*, são produzidas em partos violentos, quer nos normais apparentemente, ou nos cirurgicos, apesar da urethra ser movel relativamente aos planos de apoio, por compressão da mesma entre a parte fetal ou o instrumento cirurgico de um lado e a symphyse de outro.

(*) Communicação á Sociedade Brasileira de Gynecologia em 12/3/937.

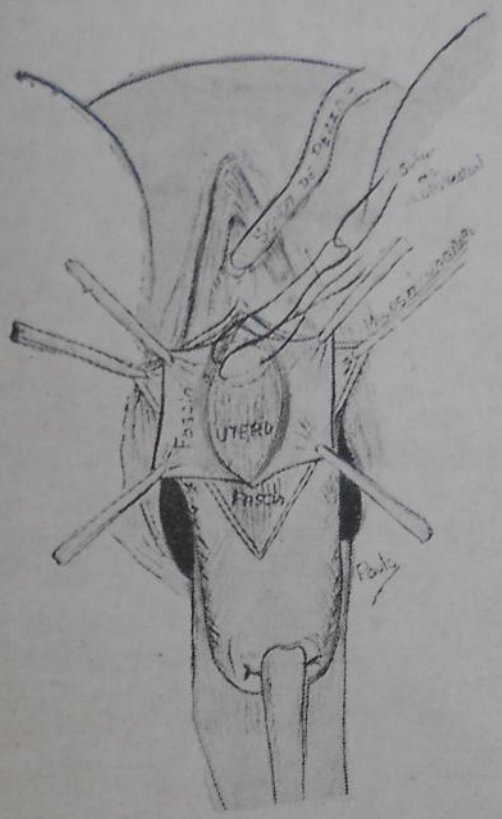


Fig. 10

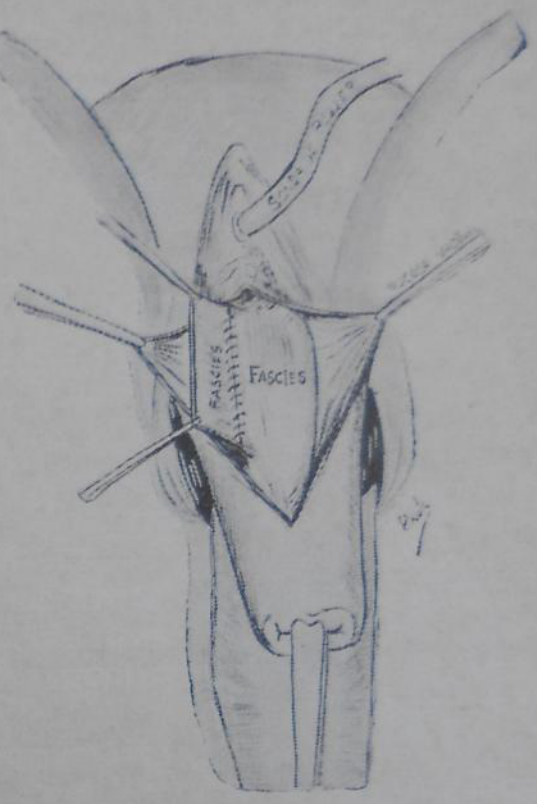


Fig. 11

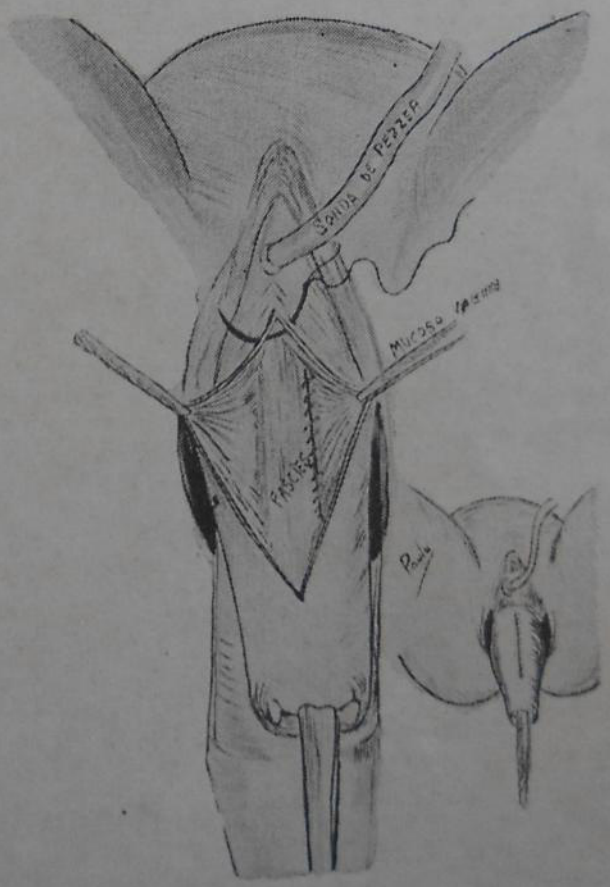


Fig. 12

Os arrancamentos desta porção do apparelho urinario, são muito raros de se observar. Seu diagnostico não offerece difficuldades. Sua therapeutica, é essencialmente cirurgica, pela recomposição da zona lesada. Quasi sempre, são as fistulas a consequencia deste traumatismo, que serão estudados mais adeante.

Lesões da bexiga:

Seguindo a mesma orientação, vamos estudar as lesões da bexiga segundo o quadro abaixo:

Sabe-se que, a bexiga tem normalmente, uma capacidade avaliada em 250 a 300 grs. mais ou menos, e que, este órgão, sob a influencia de certos factores, poderá ficar muito augmentado. A compressão da urethra ou mesmo deste reservatorio, de encontro ao pubis, dá como consequencia a *distensão*, podendo, em determinadas condições, conter para mais de dois litros de urina. A atonia da musculatura da bexiga, poderá ser influenciada pela compressão dos ramos do sympathico pelviano.

As *hemorragias*, oriundas da bexiga, estão ás vezes ligadas á rupturas dos capillares da mucosa vesical. As lesões da urethra, podem ter neste particular a mesma origem.

As *rupturas da bexiga* são lesões traumaticas, oriundas de manobras intempestivas, quer manuaes quer instrumentaes, sendo as expontaneas mui raras.

As lesões deste ultimo typo, podem ser a consequencia da ruptura do segmento inferior do utero, já citados. Se estas lesões são diagnosticadas logo após o parto, a sua recomposição immediata se impõe por varios motivos. São as fistulas, as sequellas mais communs. Serão estudadas mais adeante.

A *cystocele* é o prolapso da bexiga; acompanha-se na maioria das vezes, pela colpocéle anterior. Este órgão repousa, pela sua face posterior, na face anterior do utero (porção isthmica), e é mantida lateralmente, pelos pilares vesicaes de natureza muscular, e desta disposição vem a garantia de sua não projeção para adeante. Os methodos therapeuticos cirurgicos empregados, consistem quer na simples colpectomia anterior quer na associadas á myorraphia anterior dos elevadores do anus.

Lesões da porção terminal do tubo digestivo:

As *rupturas do recto*, podem ser altas ou baixas, completas (interessando o esphincter) ou incompletas.

Occasionam hemorragias e passagem de fezes para a cavidade vaginal. Seu perigo é de haver uma infecção puerperal, dadas as condições septicas a que fica exposto o utero.

As rupturas isoladas do recto, sem compromettimento da mucosa vaginal, são excepcionaes, existindo nestes casos, um accumulo de gazes e mesmo de fezes, produzindo em curto espaço de tempo, a suppuração da vagina, no local correspondente á brecha. As rupturas devem ser suturadas após a *toilette* dos bordos irregulares, tendo-se a preoccupação, de não deixar a mucosa rectal, ficar entre a sutura da muscular, pois d'ahi adviriam soluções de continuidade. Convem constipar as doentes por 8 dias mais ou menos para que se processe a cicatrização.

As *rupturas do esphincter* serão tratadas pela sutura immediata, afim de evitar o apparecimento da incontinencia do mesmo, muito embora uma espécie de valva, possa conter as materias fecaes.

As *hemorroidas* que se seguem ao parto, regridem bem de um modo geral, porém podem se tornar definitivas. O mechanismo de sua producção, ainda é o mesmo que os anteriores, isto é, provem da compressão das veias do recto ou do plexo hemorroidario. As thromboses que por vezes surgem, são seguidas de dôres muito fortes. A retirada destes thrombos poderá ser feita sob anesthesia local.

Na phase que se segue ao parto, estas hemorroidas devem ser tratadas clinicamente pelos suppositorios adrenostypicos e similares, pois que assim ellas regridem e as dôres desapparecem, descongestionando toda a zona.

Para as hemorroidas chronicas varios methodos são empregados; não os tratarei com pormenores, pois nos afastariamos do nosso objectivo, apesar de implicarem até certo ponto, o seu enunciado pelo menos.

Lesões gynecologicas consecutivas á affecções pre-existentes:

Os factores predisponentes, taes como lesões e affecções pre-existentes, têm o seu papel etio-pathogenico bem pronunciado, motivo pelo qual, serão aqui lembrados:

a) mal-formações do apparelho genital
b) edemas
c) varices vulvares
d) estenoses e atresias
e) tumores
f) inflammações.

As malformações do apparelho genital, quer internas quer externas ou mixtas, conduzem a qualquer dos typos de lesão já anteriormente mencionadas.

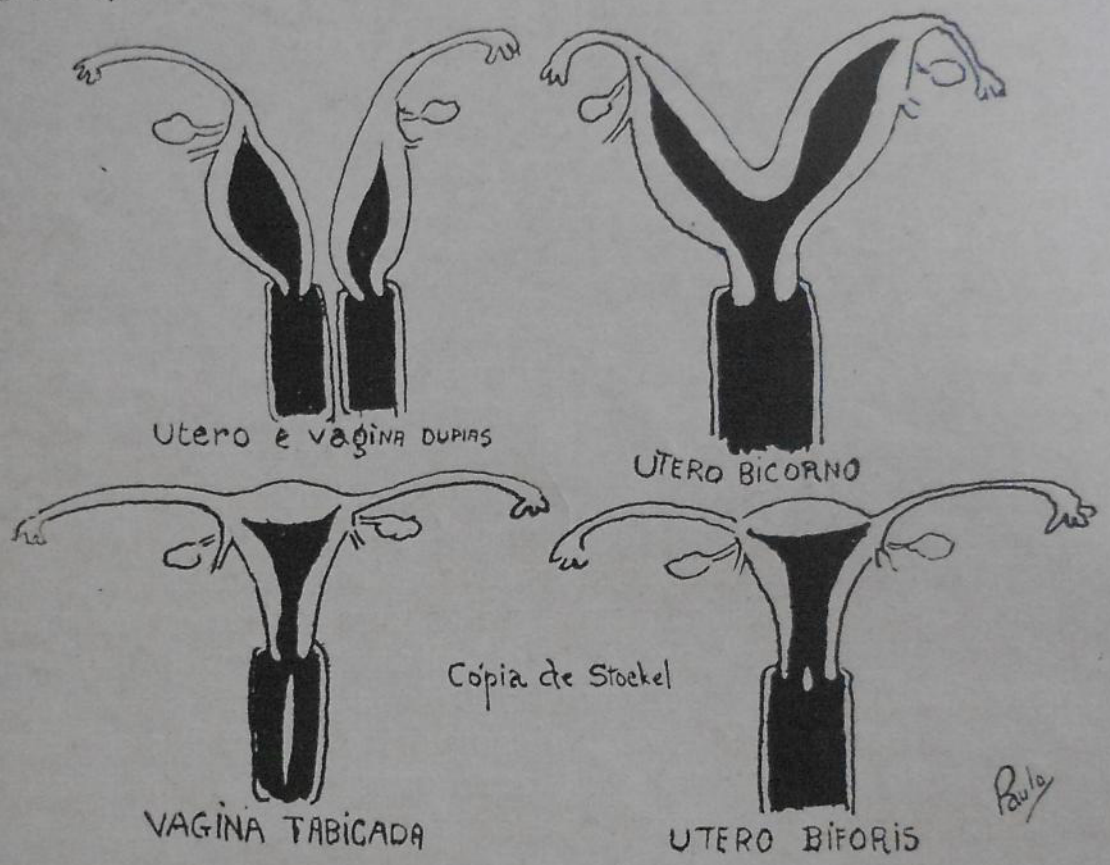
Assim para o lado uterino, os seguintes vicios de formação, são capazes de determinar lesões:

Utero duplo com vagina dupla: póde occasionar a ruptura de um dos uteros, ou romper o septo da vagina, por distensão continua.

Utero bicorne: póde occasionar ruptura do orgão.

Utero bifore: póde dar ruptura do collo.

Vagina tabicada: ruptura do septo que a divide (figs. 13 a 16).



Figs. 13 a 16

Para o lado da vagina, são conhecidos os casos de ruptura de septo, bem como certas lesões oriundas de cicatrizes anteriores que podem produzir as estenoses e atresias, que por sua vez são factores etio-pathogenicos.

Louyot e Fruhinsholz observaram esta ruptura, em uma doente que levara a termo, a sua gestação (caso de septo).

Cremnitzer teve um caso de ruptura da vagina por tecido cicatricial anterior. A *coalescencia* da vagina, após o parto, é uma lesão relativamente rara.

Cleisz e Dalsace tiveram um caso, onde apenas um estylete tinha passagem. Preconizam o tratamento pelos effluvios de alta frequencia.

Os *tumores* e kystos da vagina, quando volumosos, impedem o parto e se são compativeis com este, poderá resultar em traumatismo das zonas onde se acham implantados.

As *varices vulvares* têm como consequencia, hemorragias pela ruptura ou a formação de hematomas, cujo estudo breve, já foi feito.

H. NAUJOKS faz um optimo estudo da varicose, sob o ponto de vista obstetrico.

Lesões tardias:

São, de um modo geral, as seguintes como consequencia do parto:

a) escaras, ulcerações
b) abcessos de origem traumatica
c) abcessos puerperaes
d) gangrenas
e) fistulas uro-genitaes
f) fistulas recto-vaginaes
g) fistulas utero-intestinaes
h) arthrite da symphyse pubiana
i) coccygodinia
j) phlebites pelvianas
k) descensus vaginae
l) descensus uteri
m) prolapso uterino
n) retro-versão uterina e desvios
o) inversão uterina chronica
p) cystocele, incontinencia urinaria.

As *escaras* do perineo, por exemplo, provêm ás vezes, de pressão exercida nesta região, durante as manobras de protecção. A solução de mercurio-chromo (2 a 5 %) dá bons resultados.

Os *abcessos*, situados no apparelho genital externo e nas glandulas annexas, são provenientes, ou da reactivação de germens até então em latencia, ou dos que vieram de fóra por falta de asepcia.

Mais sérios são os abcessos puerperaes, que além das parametrites que occasionam, podem se situar muito altamente, indo até a fossa hepatica, conforme demonstram BRINDEAU e DESOUBRY em recente trabalho.

Da cellulite pelviana, ás grandes collecções pyogenas, são na maioria das vezes, a consequencia de um parto demorado, vindo repercutir no puerperio.

A *gangrena* pode ser vista em qualquer dos órgãos genitaes. A mais rara das lesões até aqui revistas, a gangrena, por exemplo, do utero puerperal, é secundaria á infecções microbianas por anaerobios, podendo dar até o sequestro. Seu tratamento é de espectativa pelos anti-infecciosos inicialmente, mas em caso de suspeita de ruptura, ou melhor de

perfuração uterina, é a laparotomia seguida de hysterectomia plenamente indicada.

As *fistulas*, são a consequencia logica das brechas nos órgãos lesados. Este eschema, nos mostra suas variedades (fig. 17).

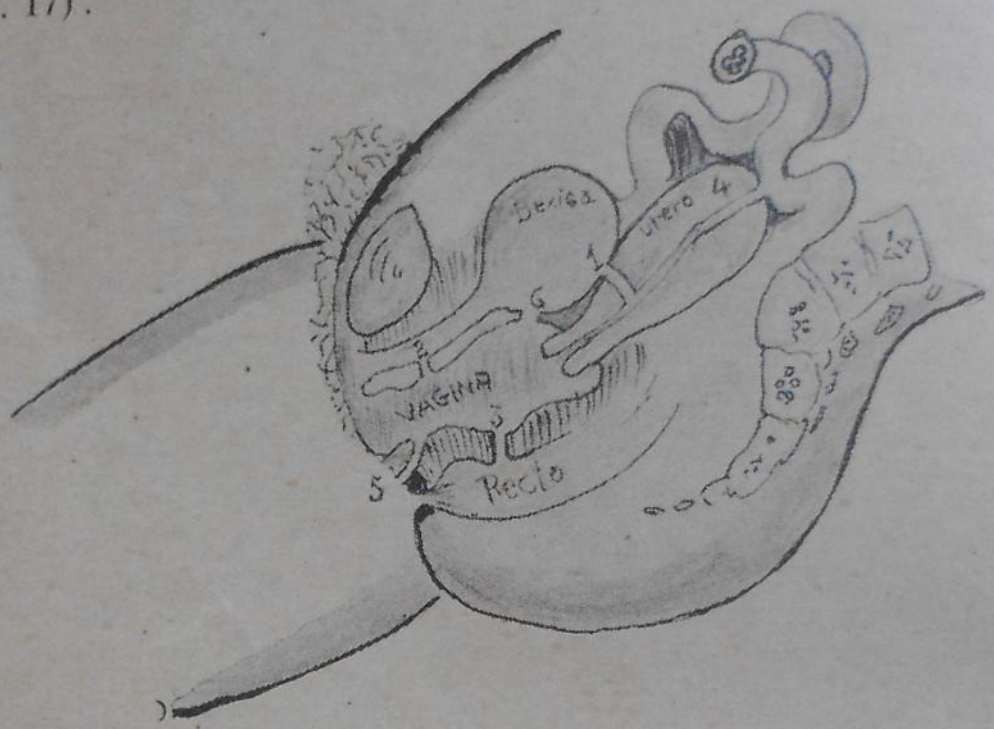


Fig. 17 — Fistulas (Eschema). 1 — F. vesico-uterina. 2 — F. urethro-vaginal. 3 — F. recto-vaginal. 4 — F. utero-intestinal. 5 — F. vagino-perineal. 6 — F. vesico-vaginal.

Seu tratamento é essencialmente cirurgico. Os orificios de communicação com os órgãos vizinhos variam muito de diametro. Ha as que mal deixam passar um estilete e as que permittem a introducção da mão. Muito recentemente, no serviço do Dr. AGUINAGA, operou-se uma enferma nesta ultima condição, e o resultado não foi satisfactorio; apenas se conseguio a sua diminuição, devendo dentro de dois a três mezes ser novamente operada.

As fistulas vesico-vaginaes, podem ser operadas por via vaginal ou abdominal, e as technicas variam segundo se apresentarem estas lesões.

MÜLLER, para o successo do tratamento das fistulas vesico-vaginaes, propõe o seguinte methodo:

Pré-operatorio:

1) hygiene local: duchas, banhos, applicação local de antisepticos se forem necessarios

2) antisepsia urinaria: urotropina e chloreto de ammonio

3) irrigação da bexiga, se houver indicação

4) cystoscopia com localização dos orificios ureteraes.

Operatorio:

1) posição genu-peitoral (Trendelenburg invertida)
2) mobilização da bexiga e mucosa vaginal
3) inversão da mucosa vesical e eversão da mucosa vaginal quando possivel; catgut 1 ou 0 chromado.

Post-operatorio:

1) posição de bruços sobre armação bem forrada, por 10 dias
2) sonda de demora na bexiga, com irrigações boricadas diarias
3) somente liquidos como alimento
4) urotropina e chloreto de ammonio 4 vezes ao dia.

Por este processo, diz MÜLLER que obteve 12 successos em 13 doentes operadas.

Nas fistulas urethro-vaginaes, com grande destruição de substancia, MARION faz a urethroplastia total e CLOVIS SALGADO teve um successo em um caso, seguindo esta orientação.

As fistulas vesico-uterinas baixas, podem ser tratadas por via vaginal, e as altas por via abdominal preferentemente.

As fistulas *recto-vaginaes* podem ser baixas ou altas; não merecem menção especial quanto ao tratamento.

As fistulas *intestino-uterinas*, são as mais raras entre todas as já estudadas, e sempre são tratadas por via abdominal, pois que o cirurgião se vê muitas vezes obrigado a praticar resecções de delgado, quando este é uma das partes interessadas. GERECHOFF, preconisa este tratamento quando as tentativas de tratamento medico tenham falhado.

Apesar de fugir um pouco ao enunciado do presente trabalho, devo ainda lembrar os traumatismos osteo-articulares da symphyse pubiana e sacro-coccygiana. Assim as *arthrites pubianas* do post-parto, trazem ás doentes um soffrimento grande, que podemos muitas vezes fazer desapparecer.

O estudo clinico desta lesão se subordina ao apparecimento dos symptomas locaes, de dôres, impossibilidade de movimentação e por vezes febre.

As radiographias mostram uma osteo-arthrite com ou sem deformação importante das superficies articulares, outras vezes mostrando lacunas no tecido conjunctivo articular, alternando com proliferações osseas.

A therapeutica, consiste no repouso, diathermia ou ondas curtas e vaccinas.

A *disjuncção* symphysaria, póde ser expontanea durante o parto normal ou provocada pela tracção do forceps.

SCHEBAT, ÉZES, TALLAFERRO, publicaram observações neste sentido. As radiographias deixam ver uma diastase dos ramos pubianos bem importante. Ha autores que não admittem este typo de lesão. TALLAFERRO e FERNANDEZ, acreditam que ficando a articulação do pubis amollecida por descalcificação, por embebição ou por actividade de um hormonio de origem ovariana (relaxina de HISAW ?), lesa-se em maior ou menor gráo, a integridade anatomica da symphyse.

As lesões da articulação *sacro-coccygiana* devem seguir esta etiologia, sendo neste caso uma das origens da coccygodinia. A fractura do coccyx é rara de se observar, porém não impossivel a sua existencia.

Tenho assim em synthese procurado agrupar as lesões gynecologicas consequentes ao parto, no intuito didactico que me tracei.

Bibliographia

1 — **Zlatmann** — Rev. Française de Gyn. et Obst., 1925.

2 — **Levy-Solal** — Les œdèmes de la gestation — Gyn. et Obst., 1935.

3 — **Cathala e Seydel** — Phatogenie de l'œdème du col de l'utérus au cours du travail — Gyn. et Obst., 1934.

4 — **W. Benthin** — Diagnostic et diagnostic differentiel des maladies de la femme.

5 — **Weleschewa, Kotelnikoff e Chanina** — Die Methodik und Bedeutung der Therapie der spontanen Rupturen des Uteruskollum während der Geburt als Prophylaxe des Geburtschlichen Trauma und seiner Folgen — Monatsschrift für Geburtschulfe und Gyn., 1933.

6 — **Jerzy Pelr** — Ginekologia Polska, 1934.

7 — **Trillat et Michel** — Desinsertion du col consecutive à une application de forceps chez une grande multipare — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

8 — **P. Trillat** — Statistique des hemorrhagies de la délivrance. d'après 10.000 accouchements — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

9 — **Blair-Bell** — Principles of Gynecology.

10 — **Stoeckel** — T. de Obstetricia.

11 — **De Lee** — Obstetrics.

12 — **Brindeau** — Obstetrique.

13 — **Faure et Siredey** — Gynecologie.

14 — **A. Ballesté** — Rev. de Gyn. et Obst., 1936.

15 — **Baux** — Deux cas d'inversion utérine — Bull. Soc. Gyn. Obst., 1936.

16 — **M. Maia e A. Ribeiro** — Inversão uterina — O Hospital, t. 1. 1935.

17 — **Voron, Brochin, Boulez** — Deux cas de rupture utérine, traités par l'hysteréctomie à pedicule externo; operation de Porro — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

18 — **Cambon et Plasse** — Deux cas de rupture utérine — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

19 — **Fulconis et Burou** — Rupture utérine — Bull. Soc. Syn. et Obst., 1934.

20 — **Gonnet et Chapuy** — Rupture utérine spontanée pendant le travail — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1934.

21 — **G. Cartoux** — Note sur les ruptures utérines — Gyn. et Obst., 1936.

22 — **Trillat** — Rupture de la cicatrice utérine des césariennes basses — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1934.

23 — **P. Brault** — Trois observ. de R. U. après césarienne corporéale — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

24 — **Audelort et Ribat** — Rupture utérine — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1934.

25 — **L. Portes** — A propos de l'apoplexie utéro-placentaire — Gyn. et Obst., 1935.

26 — **Fleurent** — Apoplexie utéro-placentaire — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

27 — **Gigon** — A propos de 4 observ. d'apoplexie utéro-placentaire — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

28 — **Bué e L. Gernez** — Considerations sur un cas d'apoplexie utéro-placentaire traitée par l'hysteréctomie.

29 — **Masciotra e Etcheverry** — Rev. Med. Cir. Pat. Fem., t. I, 1936.

30 — **Müller** — Surg., Gyn. and Obst.

31 — **Louyot et Fruhinssholz** — Deux cas de cloison transversale dystocique du vagin — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1935.

32 — **Cremnitzer** — Cloisonnement transversal dystocique du vagin — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1935.

33 — **Cleisz et Dalsace** — Coaléscence du vagin après l'accouchement — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1935.

34 — **R. Lima** — Um caso de estenose vaginal — Rev. Gyn. e Obst., 1933.

35 — **H. Naujoks** — A significação obstetrica da varicose — Deutsche Mediznische Wochenschrift, N.º 12, 1933.

36 — **Constandulaki** — Rupture des varices pendant le travail — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

37 — **O. Povoa** — Gangrena uteri puerperalis — Rev. de Gyn. e Obst., 1936.

38 — **Müller** — American J. of Obst. and Gyn., Vol. 30, 1935.

39 — **C. Salgado** — Urethroplastia total a Marion — Rev. de Gyn. e Obst., 1936.

40 — **Gerechoff** — La Gynécologie, 1936.

41 — **Lepinay, Grevin e Speder** — Bull. Soc. Gyn. et Obst., t. 30, 1934.

42 — **Schegat et Ezes** — Disjonction symphysaire spontannée au cours d'un accouchement normal — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

43 — **Tallaferro e Fernandez** — Diastase expontanea da symphyse depois de partos normaes — Bol. de la Soc. de Gyn. y Obst. de B. Ayres, 1936.

44 — **Brindeau e Deoubry** — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 1936.

Synthése des lésions gynécologiques qui s'ensuivent a l'accouchement. Avec une modification personelle de la technique de Müller.

Résumé

L'A. a cherché à donner une vue d'ensemble aux lesions d'ordre gynécologique qui découlent de l'accouchement.

De la simple érosion a la temible apoplexie utéro-placentaire il les passe en revue et les encadre dans un schéma qui en rend la description facile.

Il propose aussi un détail technique qu'il a devisagé pour perfectioner l'opération de Müller et que consiste à utiliser le fascia vesico-vaginal en le suturant les bords croisés.

Plusieurs clichés en facilitent la comprehension.

Gynecological lesions in consequence of labor. With a personal modification of Müller's technic.

Summary

On this report, the A. tried to give a complete description of all gynecological pathology due to labor. From the simplest lesion, the rift, up to the most damaging in its consequences, the utero-placental apoplexy, or rupture of the uterus, these conditions are fully studied.

The A. summarized the description of these lesions on a table, to make the study and description of such pathology easier.

Special attention is called upon a modification introduced by the A. on Müller's surgical process, in connection with the vesical sphincter looseness. This modification is very interesting, for Barros preserves the vesico-uterine fascia on the final reconstitution. Several plates representing the different stages of this modification are presented, which makes it easy to understand and to follow.

Übersicht über die gynäkologischen Verletzungen als Folgen der Geburt. Mit einer vom Verf. angegebenen Veränderung der Technik von Müller.

Zusammenfassung

Verf. gibt im vorliegenden Artikel einen Gesamtüberblick über alle gynäkologischen, als Folge der Geburt auftretenden Verletzungen. Es werden darin sämtliche Komplikationen behandelt, von der harmlosesten, dem Riss, bis zur folgenschwersten, der utero-plazentaren Apoplexie, oder der Uterusruptur. Das Studium der Arbeit wird durch eine sehr anschaulich, vom Verf. hergestellte Übersicht erleichtert.

Interessant ist eine Modifikation der Müllerschen Operationsmethode, die Verf. bei Erschlaffung des Blasensphinkters anwendet. Er erhält die Fascia vesico-uterina bei der Wiederherstellung am Ende der Operation. Verschiedene Bilder erklären deutlich die einzelnen Phasen seiner Modifikation.

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Septamento cirurgico do fundo de sacco de Douglas. Operação de Marion. — COTTE, G. 321
Creação de uma vagina artificial pelo processo de Baldwin-Mori — GRIDNEW, A. 322
A mortalidade na hysterectomia supra-vaginal por fibroma do utero — GOSSET, A. e BRENTANO, F. 323
Doença obstetrica — COURTOIS, J. e LECOC, R. 323
Estudo physiopathologico das hemorragias obstetricas — LÉVY-SOLAL e SUREAU, M. 324
A proposito do parto dirigido — VORON, J. e PIGEAUD, H. 326
A anesthesia local do perineo nas intervenções obstetricas — BANSILLON. E. e BUCHER, P. 327
O forceps na cabeça derradeira — BROCHIER, A. e MAGNIN, P. 327
Da necessidade de uma alimentação rica em calcio ou de uma therapeutica calcica durante a puerperalidade — MALMEJAC, R. 329
A proposito da eclampsia tardia — BONAFOS, M. 330
Um caso de amenorréa antiga, curada operatoriamente pela ablação do corpo amarello — BONAFOS e LAFFONT, E. 331
Sobre o limiar da permeabilidade renal á glycose na gravidez physiologica — ADDESSI, G. 332
Opotherapia cortico-suprarenal e luteinica no vomito grave das gestantes — FERIGNO, P. 334
Tratamento da trichomonose vaginal e da trichomonose no sexo masculino — CORNELL, E. L. 335
Hernia interna após ligamentopexia — MICHAEL, M. A. 336
Virilismo supra-renal — SAPHIR, W. e PARKER MORRIS, L. 336
Estudos sobre a ovulação. Observações operatorias em periodo de dôr intermenstrual periodica. — WARTON, L. e HENRIKSEN, E. 338
Anemia na prenhez — ADAIR, F. L., DIECKMANN, W. J. e GRANT, K. 340
Um estudo complementar das affecções pelvianas extraperitoneaes na mulher — BRADY, L. 342
Radiumtherapia nas hemorragias benignas — NORRIS e BEHNEY..... 344
As substancias estrogenicas no sangue da mulher — FLUHMANN, C. F. 345
A hysterectomia total frente á sub-total. Estudo clinico e technico. — GOODALL, J. R. 347
A via abdominal comparada com a vaginal na hysterectomia por doenças uterinas benignas — RICHARDSON, E. H. 349
A relação entre a hyperplasia do endometrio e o adenocarcinoma do utero — NOVAK, E. e ENMEI YUI..... 351
As perspectivas do tratamento da esterilidade e sua importancia para a politica social — SCHULTZE, G. K. F. 354
Resultados do tratamento da esterilidade — GERLOFF, K. 356
A obstetricia em domicilio e a operação cesareana — SIEGERT, F. 357
O tratamento do periodo de secundamento na operação cesareana — SNOO 358
Sobre a therapeutica do fluor cervical — RODEOCURT, M. 359
Sobre endometriose da bexiga — MIKULICZ-RADECKI..... 360
Calculos canaliculados bilateraes do bacinete na gravidez — SCHWALM. 361

Pags.

Contribuição ao diagnostico hormonal da gravidez — WESPI, H. 362
Consequencias tardias da plastica da vagina — WARGASSOWA, W. G. .. 364
O valor do methodo de Baldwin-Mori na plastica da vagina — GRIDNEV 365
Cyclos menstruaes e exercicios physicos. Uma contribuição ao problema. — SKERLJ, B. 366
Contribuições á pathologia e therapeutica da hyperemesis gravidarum — BIRO', S. 368
O hormonio follicular como especifico do crescimento sexual e suas relações com o hormonio do crescimento corporal — SEITZ, L. 369
Sobre a questão do methodo operatorio e das indicações da cesareana — JASCHKE, V. 370
Comprovação e simplificação da reacção da gravidez segundo Vischer e Bowman — FRIEDRICH, B. 371
Syndrome de Korsakoff gravidico — ALJOVIN, M. C., TRELLES, J. O. e SANCHEZ PARODI, M. 372

O FLUOCAL E FOLLICULINA

"FELLNER (3) descubrió pequeñas cantidades de hormona en los lipoides preparados de ovarios de peces, asi como de la yema de huevo de gallina, al punto que 30 huevos y 125 gr. de ovarios de peces contienen un poco más hormona que una placenta."

(B. Zondek — "Las hormonas del ovario y del lóbulo anterior de la hipófisis").

500 gr. de placenta contém 5.000 u. r. de fuliculina, 30 ovos contém maior quantidade.

Cada Ampoula de FLUOCAL LECITHINADO contém 40 u. r. de folliculina.

TAMPOSPUMAN

Nas hemorragias genitaes (menorragias em jovens, endometrites, hemorragias da menopausa, post-abortivas, consequentes á myomas pequenos e medios, á annexites, ou hemorrhagias por corpos extranhos, etc.) o Tampospuman, corpo espumante hemostatico, vem dando excellentes resultados. Via de regra applica-se uma vela, na vagina, de manhã, durante o dia e á noite. O Tampospuman do Luitpoldt-Werk, Munich, é representado pela Krinos Ltda. (succ. de Hirsch & Kaden), caixa 556, Rio, que está á disposição dos snrs. clinicos com literatura e amostras.

REVUE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

A proposito do parto dirigido *(A propos de l'accouchement dirigé)* — VORON, J. e PIGEAUD, H. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Out. 1936, Anno 31, N.º 9, pag. 849).

Com uma experiencia de já varios milhares de casos os AA. voltam a escrever sobre o assumpto. Algumas modificações foram introduzidas no seu *modus faciendi*.

Referem-se a distincção que faz BURGER entre o "parto dirigido" delles AA. e o "parto medico" de KREIS.

Por "parto dirigido" entendem toda uma serie de meios therapeuticos, uns puramente obstetricos, taes como a ruptura artificial precoce das membranas, e outros medicos, como o emprego de medicamentos anti-espasmodicos e extractos de lobo posterior de hypophyse em pequenas doses (empôlas dosadas de 2 u. internacionaes) ou ainda a administração por via buccal de quinina ou de chloral, meios destinados a accelerar a marcha do trabalho e a diminuir em medida notavel as dôres da parturiente".

Antes de passar em revista esses processos therapeuticos frisam, que concordando, no conjuncto, com as idéas de KREIS sobre a physiologia do utero em parturição, não querem entretanto repisar factos experimentaes mas antes expôr as modalidades de um methodo que tem dado resultados encorajantes.

Affirmam que a ruptura precoce das membranas é de efficacia innegavel para acelerar o parto e deve ser posta em pratica em toda apresentação regular cephalica, em bacia normal, féto de volume medio, uma vez que a dilatação attinja 4 cms. e as contracções sejam normaes.

Com a "espasmalgina" injectada no momento da ruptura o parto parece tornar-se mais simples e rapido. Como KREIS, dizem que essa pratica "mudou o clima das suas salas de parto". Substituem actualmente as injecções por suppositorios no emprego prophylactico, reservando-as apenas para o emprego "curativo".

Os extractos post-hypophysarios, (2 u. i. por emp.) não sendo, embora, capazes de provocar contracções exageradas estimulam a fibra e evitam a inercia. A associação "spasmalgina-hypophyse" dá contracções regulares e efficazes.

A acção adjuvante da quinina e do chloral é de ha muito admittida.

Os hysterogrammas (JURUS) mostram a efficacia e a innocuidade do processo.

Como KREIS são partidarios da ruptura artificial das membranas em *todos os casos normaes*, desde a dilatação de 4 cms.

Não veem differença essencial entre o seu "parto dirigido" e o "parto medico" de KREIS. As criticas de BURGER consubstan-

ciadas na asserção de que "não é costume geral applicar medidas therapeuticas necessarias para um caso morbido qualquer, á um individuo normal e são", contrapõem o seguinte: Por ser um acto therapeutico, infructifero uma vez ou outra, não é razão para privar todas as mulheres do beneficio que traz quasi sempre, admittido que seja sem perigo.

O valor do methodo é seu caracter prophylactico.

Tiram os AA. suas conclusões da observação pratica dos resultados de innumeros casos admittindo embora, que em dados casos a ruptura precoce das membranas nada venha adeantar. Admittem que possa ser inutil, mas não perigosa.

A unica differença com o proceder de KREIS é que esse preconisa a ruptura a qualquer gráo de dilatação.

A anesthesia local do perineo nas intervenções obstetricas *(L'anesthésie locale du périnée au cours des interventions obstétricales)* — BANSILLON, E. e BUCHER, P. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Out. 1936, Anno 31, N.º 10, pag. 858).

Os AA. preconizam associar á anesthesia geral a anesthesia dos pudendos com o fim de obter nas intervenções obstetricas baixas uma insensibilidade total do perineo e um relaxamento completo de seus musculos, alongando assim o perineo e facilitando a expulsão, com a vantagem ainda de ser uma anesthesia passageira que evitando as episiotamias, não impede que posteriormente fique o assoalho perineal sem seu tonus perfeito. Isto é importante porque no parto cabe a essa cinta muscular um papel na flexão da cabeça.

Apresentam treze observações em 8 das quaes as partes molles não soffreram o menor trauma (primiparas). Tres casos foram de franco insuccesso. Em 2 o resultado foi relativamente satisfactorio.

O forceps na cabeça derradeira *(Les applications de forceps sur la tête dernière)* — BROCHIER, A. e MAGNIN, P. — (*Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, Out. 1936, Anno 31, Vol. 10, pag. 865).

Os AA. historiam desde SMELLIE o emprego do forceps em cabeça derradeira. Só admittem hoje o seu emprego no estreito inferior, (dystocia das partes molles, ou inercia) qualquer que seja a posição do occiput.

A primiparidade é a principal indicação (70 % dos casos).

O modo da apresentação tem tambem sua influencia (nadegas decompletas em 75 % dos casos).

O criterio para decidir do emprego do forceps em cabeça derradeira prende-se antes de tudo a dois factores. 1.º) a noção de soffrimento fétal. Importa resolver rapidamente a expulsão porque o reflexo respiratorio se installa e faz correr perigo ao féto. 2.º) A noção do tempo decorrido é capital. CREDÉ achava que se, passados 5 minutos as manobras usuaes tivessem falhado, devia-se recorrer ao forceps. Os AA. no entanto verificaram, relendo observações antigas, que é frequente após 5 a 6 minutos extrahir creanças que já não se consegue reanimar. 3.º) Em vista disso acham que o parteiro deve pesar as probabiblidades e intervir com o forceps á menor duvida. Deve em toda apresentação de nadegas ter o forceps já prompto para qualquer eventualidade. Só empregal-o porem no estreito inferior.

Os AA. no estudo da technica da applicação criticam o forceps especial de NUBIOLA (colheres deseguaes, uma pequena para o occiput outra grande para a face e fronte, pegada antero-posterior) e preferem o de LEVRET. As pegadas devem ser lateraes e symetricas, a prehensão perfeita. A pegada na pratica nem sempre coincide com a circumferencia parieto-malar; desvia-se um pouco para a orelha.

1.º) Em occipito-pubiana: Com o corpo do féto levantado pelos pés por um auxiliar, a mão direita vae se collocar de encontro a articulação sacro-illiaca esquerda e guia o ramo esquerdo controlando a situação da colher. A introducção da outra colher é a chave do problema e ás vezes difficil. E' difficil introduzir a mão. A tracção não differe da que se faz nas apresentações de apice.

2.º) Occipito-sacra. Raramente se apresenta. Os AA. só a conhecem do manequim. Deve-se tentar operar normalmente a rotação o que é raro conseguir; o desprendimento deve-se fazer abaixando o corpo fetal e procurando desprender do coccyx o sub-occiput quando a cabeça está flectida. Quando deflectida o desprendimento deve se fazer ventre contra ventre.

3.º) Occipito-transversa. Eventualidade apenas theorica porque só se apresenta quando a cabeça está alta.

Considerando os resultados, os AA, assignalam que os riscos maternos são praticamente nullos e os fetaes dependem da rapidez com que se age evitando a axphyxia. Apresentam 11 observações nas quaes perderam apenas um féto em parto longo no qual houve difficuldade em desprender os braços; outro féto teve hemorragia meningéa. Noutro caso o forceps teve que ser abandonado por difficuldade de introduzir a segunda colher. A m. de MAURICEAU deu resultado numa segunda tentativa.

Entre a estatistica de CREDÉ datando de 50 annos (16 casos com 4 mortes) e a sua, não encontraram os AA. nenhuma outra.

outras occlusões. Entre 26 casos tratados por occlusão bi-lateral, em que a situação da occlusão foi determinada pela hysterosalpingographia, houve cinco casos de adherencias do pavilhão. Destas, 3 foram curadas por hysterosalpingographia ou combinação de hysterosalpingographia e diathermia.

Nos outros 21 casos de occlusão bi-lateral (5 na parte intersticial, 3 no isthmo e na porção ampular, 10 casos de sactosalpinx e 3 outros casos de occlusão do pavilhão) somente se conseguiu uma cura.

Na opinião do A. os resultados desfavoraveis (sómente 15,4 % de curas neste grupo) são devidos á impossibilidade de determinar se as trompas alteradas pelos processos inflammatorios ainda são capazes de funccionar e á difficuldade de tornar definitiva a permeabilidade. Ainda é cedo para avaliar a operação de ESTES (veja Vol. II — pag. 522).

E' notavel a capacidade therapeutica da hysterosalpingographia.

O seu effeito provavelmente basea-se na irritação, exercida sobre as adherencias, que se abrem expontaneamente.

Entre as 12 occlusões unilateraes houve 3 curas por hysterosalpingographia, ou insuflação.

As outras causas de esterilidade se distribuem assim: 14 hypoplasias com uma cura (7,1 %) por tratamento hormonal; 20 casos de anomalia de posição e de deformação dos orgãos genitaes, com cinco curas (25 %). Occupa o primeiro lugar nesta complicação a retroflexão do utero. O prognostico é favoravel. As curas foram conseguidas por operação de ALEXANDER-ADAMS, operação de BALDY e hysterosalpingographia com diathermia. Houve 15 casos de causa ignorada com 3 curas por curetagem ou insuflação (20 %).

A obstetricia em domicilio e a operação cesareana *(Häusliche Geburtshilfe und abdomineller Kaiserschnitt)* — SIEGERT, F. — (*Z. f. Gynäk.*, Out. 10, 1936, Anno 60, N.º 41, pag. 2402).

Devido á propaganda systematica em favor do parto em domicilio tornam-se mais frequentes os casos em que partos, começados em domicilio, tem de ser terminados na clinica. Nestes casos, o medico da clinica muitas vezes se vê deante da necessidade de desistir de medidas consideradas necessarias por causa do tratamento obstetrico anterior em domicilio. Em primeiro logar trata-se da operação cesareana. E' por isso indispensavel determinar cuidadosamente os casos em que, sendo provavel a necessidade da operação cesareana, teem de ser entregues á clinica antes do começo do parto.

Bacia estreitada. Em casos de bacia estreitada, muitas vezes é impossivel determinar no inicio do trabalho de parto, se se póde esperar um parto espontaneo ou se uma intervenção se tornará necessaria. Por outro lado mesmo se se desistiu do exame vaginal em domicilio, a ruptura da bolsa d'agua póde levar a uma infecção em caso da operação cesareana. Por isso, toda gestante com bacia estreitada deve ser internada na clinica antes do inicio do trabalho de parto.

Placenta previa. Nesta complicação, as condições são parecidas ás da bacia estreitada. O perigo de infecção é particularmente grande por tentativas de versão ou metreuryse em casos de operação cesareana.

Symptomas preeclampticos. No domicilio falta a possibilidade de examinar e avaliar o complexo dos symptomas preeclampticos. A gravida, apresentando estes symptomas, tem de ser entregue á clinica, para facultar a observação clinica da marcha da gravidez.

Eclampsia. Aqui a questão é mais simples. Todo parteiro entregará immediatamente a eclamptica ao tratamento hospitalar.

Primipara edosa. Partes molles rigidas, inercia uterina, gravidez serotina, marcha demorada do parto, põem a criança em perigo. E' necessario dar á Ipara edosa uma criança viva; isso obriga á operação cesareana especialmente em casos de asphyxia e se o parto for retardado de 15 dias. A importancia da criança da Ipara edosa em relação pessoal e social, exige a sua transferencia para o hospital antes do parto em todos os casos.

O A. resume as suas experiencias na Tabella seguinte:

	Começo do parto em domicilio	*Parto inteiro na clinica*
Mortalidade materna	2,5 %	3,5 %
Morbidez materna	53,5 %	29 %
Mortalidade infantil	12 %	5,5 %
Alta de mãe e criança em bom estado	85 %	95 %

A mortalidade materna depende da gravidade de cada caso, a morbidez materna, mortalidade infantil e o estado na alta, dependem da marcha do parto antes da operação.

O tratamento do periodo de secundamento na operação cesareana *(Die Behandlung der Nachgeburstperiode beim Kaiserschnitt)* — SNOO, K. DE — (*Z. f. Gynäk.*, Out. 10, 1936, Anno 60, N.º 41, pag. 2407).

Em casos de operação cesareana por indicação de bacia estreitada, o A., depois da extracção do féto, não retira a placenta, mas

sutura a ferida do segmento uterino inferior, esperando a expulsão da placenta "per vias naturales". A condição deste tratamento é uma dilatação cervical com o diametro de pelo menos 4-5 cm. A vantagem do methodo é a ausencia de hemorragia.

O A. applicou este methodo em 44 de suas 217 operações cesareanas. A tabella seguinte mostra a differença da hemorragia:

Perda de sangue	*Placenta expulsa "per vias naturales"*	*Placenta retirada durante a operação*
Pouca	37 = 84 %	81 = 46,9 %
Media	3 = 7 %	57 = 32,6 %
Grande	4 = 9 %	35 = 20,1 %

Em dois destes 44 casos, a placenta deixada no utero não nasceu expontaneamente, sendo necessaria a sua extracção manual. Apezar disso, o puerperio das duas mulheres decorreu sem incidentes. Antes da operação, é necessario um exame rectal e vaginal, para determinar o diametro do orificio cervical. O A. é de opinião que não tem fundamento os receios por causa deste exame. Em sua clinica todas as mulheres são tocadas antes da operação cesareana. Que deste processo não resultam complicações, mostram-no os resultados da operação cesareana na sua clinica. Entre as 217 operações houve 4 mortes, cujas causas foram duas vezes embolia, uma vez a narcose, uma vez infecção.

Todas as 44 mulheres, em que a placenta sahiu "per vias naturales", curaram-se sem incidentes.

Sobre a therapeutica do fluor cervical *(Zur Therapie des cervicalen Fluors)* — RODEOCURT, M. — (*Z. f. Gynäk.*, Out. 17, 1936, Anno 60, N.º 42, pag. 2487).

A therapeutica do fluor cervical amarello claro, viscoso, compacto, não contendo gonococcos ou trichomonas, e sem que existam fissuras cervicaes ou um ectropio, é um problema ainda não resolvido. Todos os meios therapeuticos, usados até agora (curetagem, cauterização, hyperemia passiva, dieta, etc.) trazem, isolados ou combinados, talvez uma melhora, mas rarissimas vezes uma cura definitiva.

A origem da doença é ignorada. Occorre entre todos os typos constitucionaes, em magras e gordas, em mulheres com menstruação normal e perturbada, com defecação regular ou com obstipações ou diarrhéas frequentes.

A cauterização e outros tratamentos do canal cervical muitas vezes não dão resultado, pelo facto de que o foco do fluor se acha

volvimento dos caracteres sexuaes femininos primarios e secundarios depende da folliculina. Sabe-se hoje ainda que as alterações do utero gravido dependem da folliculina. No animal pode-se provocar com injecções de folliculina um espessamento da parede uterina comparavel ao do primeiro terço da gravidez; mais ainda hypertrophia dos seios (coelhas), formação de cellulas syncytiaes, relaxamento e alargamento da symphyse (cobayas).

Este hormonio é muito differente do hormonio de crescimento geral porque é especifico do sexo. No crescimento geral desempenham outros hormonios e as vitaminas um importante papel. Existe, porém, ainda um hormonio supraordenado, o das cellulas eosinophilas da pre-hypophyse. Este hormonio tem influencia sobre as cellulas corporaes todas, ao passo que a folliculina apenas influencia as cellulas do apparelho genital. O crescimento destes dois grupos de cellulas está em certo antagonismo e se processa em épocas de vida differentes.

Conhece-se atravez de trabalhos de autores americanos e dos de Aschheim-Zondek, que a formação do hormonio follicular é dirigida por um segundo hormonio do lobo anterior da hypophyse, o Prolan, hormonio gonadotropo. Sabemos que na gravidez a quantidade de folliculina está augmentada apesar de não haver formação de folliculos. Sabemos hoje que é formada pelo epithelio chorial, provindo assim do embryão. E' interessante notar que, ao contrario dos outros hormonios, que são peculiares dos animaes superiores, a folliculina pode ser comprovada nas plantas e nos animaes inferiores.

Sobre a questão do methodo operatorio e das indicações da cesareana. *(Zur Frage der Methodik und der Indikationen der Schnittentbindung.)* — JASCHKE, V. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Out. 1936, Vol. 103, Fasc. 4/5, pag. 198).

Ha alguns annos foi feita a propaganda no sentido de ampliar de tal maneira as indicações da cesariana a substituir quasi todas as operações vaginaes. Devido aos altos indices de mortalidade verificados (na America até 18 por cento), esta opinião foi novamente abandonada e ficaram as antigas indicações, taes como grandes estreitamentos da bacia, placenta previa, etc.

Em 1929, Doerfler propoz um methodo operatorio para a cesareana, cuja principal differença consiste em fazer uma incisão transversal no limite entre o corpo e o isthmo, na parede anterior do utero, tendo o cuidado previo de isolar totalmente com campos a cavidade peritoneal livre, uma vez eventrado o utero. A mortalidade de seus casos caiu abaixo de 1 %. Em consequencia disso Doerfler ampliou as indicações e quer substituir pelo seu methodo todas as operações vaginaes excepto o forceps no estreito inferior, a versão

com collo completamente apagado seguida de extracção immediata e os casos de extracção de nadegas que offereçam facilidade.

O A. fez experiencias com o methodo de DOERFLER e em 150 casos operados diminuiu a mortalidade de 2,4 % para 0,6 %. Propõe que as clinicas emprehendam experiencias para pôr á prova o methodo e estabelecer uma eventual ampliação das indicações.

Comprovação e simplificação da reacção da gravidez segundo Vischer e Bowman. *(Nachpruefung und Vereinfachung der Schwangerschaftsreaktion nach Vischer und Bowman)* — FRIEDRICH, B. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Out. 1936, Vol. 103, Fasc. 4/5, pag. 211).

O methodo original pretende comprovar chimicamente o hormonio da pre-hypophyse que durante a gravidez circula em maior quantidade no sangue e é eliminado pela urina.

No methodo original junta-se a 1 cc. de urina 1 gotta de uma solução de Phenylhydrazina a ½ % (meio por cento) de agua oxygenada. Depois mais 5 gottas de uma solução de Phenylhydrazina a 1 % e 5 gottas de uma solução a 5 % de Cyaneto de Methyla em agua. Finalmente 5 gottas de uma solução concentrada de acido chlorhydrico. Depois aquece-se a mistura durante 25 minutos em banho-maria em ebulição.

A reacção é positiva quando se produz uma coloração vermelho-parda com precipitado floconoso; negativa quando se apresenta uma côr amarello-palha e um precipitado pulverulento ou nenhum.

O A. examinou 312 specimens de urina nas seguintes condições:

1. Urina nocturna ou matutina.
2. Urina sem albumina.
3. Urina com densidade não abaixo de 1015 a 24°.
4. As urinas de densidade elevada devem ser diluidas.
5. Os reactivos devem ser recentes (2 dias no maximo).

A reacção deu 93 % de resultados certos. O A. julga que o resultado da reacção deve-se principalmente ao acido chlorhydrico. Elle apresenta dois methodos:

1) Junta-se a 1 cc. de urina de densidade 1015, 3 gottas de uma solução de acido chlorhydrico a 25 % e aquece-se a mistura durante 25 minutos em banho-maria em ebulição. Positiva, quando a côr é vermelho-parda até pardo-escura com precipitado.

2) Junta-se a 1 cc. de urina de densidade 1015, 5 gottas de acido chlorhydrico a 25 % e aquece-se até ferver precisamente dois minutos ao bico de Bunsen. Negativa quando a urina fica pardo-clara e positiva quando ella toma uma côr de vermelha até pardo-escura. Aqui o precipitado o mais das vezes não se produz. Para ler o resultado deve se deixar esfriar a urina.

Anno II MAIO DE 1937 Vol. III - N.º 5

ANNAES BRASILEIROS DE Gynecologia

ORGÃO OFFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Director-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES
Secretario de Redacção — Dr. F. VICTOR RODRIGUES
Gerente — Pharm. ARNALDO A. DE MORAES

REDACTORES

Dr. Mario Pardal
Dr. Manoel Borges Valladão
Dr. Aloysio Moraes Rego
Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alkindar Soares
Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. A. Felicio dos Santos
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles
Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. José Antonio Carvalho
Dr. Nelson C. Barbosa

ASSIGNATURAS:
Brasil, anno, 30$000; registrado, 40$000 — Estrangeiro, anno, 50$000
Numero avulso, 3$000
As assignaturas tomadas em qualquer mez começarão sempre pelo 1.º numero do respectivo volume.

Os artigos assignados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redacção e Administração:
Travessa do Ouvidor, 9 - 1.º andar - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:
E. S. PAULO: Casa Editora "Publicitas" - Marcial Ribeiro de Souza
Rua Barão de Itapetininga, 120 - 1.º andar - sala 107 - S. Paulo
E. MINAS: "Organizações Dutra" - Ataliba Dutra Nicacio - Rua Tymbiras, 825
Caixa Postal 600 - Bello Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Porto-Alegre - Filiaes: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporanea - Rua Joaquim Tavora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Commercio, 168/174 - Maceió
E. PARAHYBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessôa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antonio, 82 - Belém

SEPTICEMINE

Annaes Brasileiros de Gynecologia

REVISTA MENSAL

Anno II | Maio de 1937 | Vol. III — N.º 5

SUMMARIO

Pags.

TRABALHOS ORIGINAES

Gravidez e parkinsonismo post-encephalitico — DR. E. THWAITES LASTRA, DR. ROBERTO C. BIZZOZERO e DR. PABLO A. ALEGRE 373
Resultados tardios da resecção do presacro á Cotte — DR. MARTINIANO FERNANDES 379
Assistencia á maternidade — Projecto para um serviço de protecção materna em Nictheroy — PROF. DR. OCTAVIO DE SOUZA.. 391

SECÇÃO EDITORIAL

Da noção de ambosexualidade á hormonotherapia cruzada 401

NOTAS E COMMENTARIOS

Professor Gregorio Marañon 406
O centenario do anniversario do Prof. Ferdinand Adolf Kehrer 409
III Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia 410
Homenagem ao Dr. J. P. Fontenelle 410

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Problemas do Ensino Medico e de Educação — A. DA SILVA MELLO 411
Tuberculose pulmonar — ALOYSIO DE PAULA 415

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GYNECOLOGIA

Acta da assembléa de fundação 416
Estatutos 418

RESUMOS

(Ver indice proprio).

VANADOBI

BISMUTHO + IODO + VANADIO

VANADOCAL

EMPOLAS DE 2, 5 E 10 CC.

CALCIOTERAPIA INTENSIVA
PELO
GLUCONATO DE CALCIO A 10 %

Productos prescriptos na clinica do Prof. Arnaldo de Moraes

AMOSTRAS E LITERATURAS

Lab. VAN LTDA. — Rua Conde de Bomfim, 213-B

INDICE DOS RESUMOS

Pags.

Aero-ionotherapia em obstetricia e gynecologia — KROUPSKY, A. I. ... 421
Tuberculose dos orgãos genitaes externos da mulher — JAWOROWSKAJA, A. D., PATLA, S. A. e BARANOWSKY, G. P. 422
Conservação da trompa e dos ovarios no tratamento cirurgico dos fibromas uterinos — LIEPMANN, W. 422
Perturbações occulares da gravidez — RENARD, G. 423
Que lugar cabe aos enxertos auto-ovarianos na therapeutica gynecologica? — COTTE, C. 424
Contribuições para o estudo dos tumores complexos do apparelho genital feminino. Tumor do typo Blastema genital. — ISIDOR, P. 425
Estudo clinico e therapeutico das hemorragias obstetricas — LEVY-SOLAL, E. e SUREAU, M. 426
A proposito da radiotherapia dos fibromas — LABORDE e SAILLANT.. 427
Sobre a importancia da inserção da placenta no mecanismo da ruptura do utero ao nivel da cicatriz cesarea — ORRU', M. 431
Considerações clinicas e pathogenicas sobre um caso de hematocele pelviana de origem ovariana — MARTELLA, N. A. 432
Os intervallos entre as prenhezes das mães que parem filhos malformados. Estudo de 531 familias. — MURPHY, D. P. 432
Considerações sobre o estado de nutrição do paciente cirurgico — WOLFER 433
Producção de acidez vaginal pela estrina; sua importancia no tratamento da vaginite gonococcica. — LEWIS, R. M. e WEINSTEIN, L. 434
Aspecto medico-legal da fecundação artificial — SEYMOUR, F. I. e KOERNER, A. 435
O allivio das dôres do parto pelo uso de paraldehydo e alcool benzylico — HOWARD, K. F. e ROTH, G. B. 437
O papel das partes molles uterinas inferiores no trabalho — CALDWELL, W. E., MOLOY, H. C. e D'ESOPO, A. 439
Uma revista clinica de 110 casos de carcinoma do ovario — LYNCH, F. W. 442
Lymphadenectomia iliaca com irradiação no cancer "borderline" da cervix — TAUSSIG, F. J. 445
Um estudo bacteriologico de 500 abortos consecutivos, com tratamento e resultados — BROWN, T. K. e HUNT, B. S. 446
Tratamento da amenorréa secundaria de origem funccional — TAMIS, A. B. 449
O test de Hühner no diagnostico da esterilidade devida á necrospermia — HÜHNER, M. 451
O diagnostico chimico da gravidez pela urina — FRANKL, O. e ENGEL, P. 454
Um methodo novo e seguro de evitar o esquecimento de campos na cavidade abdominal na laparotomia — SCHWANEN, H. 455
A influencia hormonal da decidua. Uma contribuição á questão da origem do hormonio da gravidez — PHILIPP, E. e HUBER, H. 456
Contribuição ao tratamento operatorio da esterilidade tubaria da mulher — TRITSCHKOFF, B. 457

Pags.

A technica da operação cesareana em casos de placenta previa — HÖGLER 458
Sobre a etiologia da prenhez abdominal primitva. Implantação endometrial como terreno materno. — PAAVO, V. 460
O forceps de Kielland em casos de bacia estreitada — HÖGLER, H. 461
Sobre a connexão entre myoma do utero e alterações cardiacas — RADWÁNY, A. v. 462
A influencia da folliculina sobre a pressão sanguinea — WALLIS, O. ... 463
A lampada "Lapaphoros" de Havlicek e sua applicação na gynecologia e obstetricia — HEGAR, K. 464
Sobre o problema da origem e da therapeutica de hyperemesis gravidarum — DRAZANCIC, F. 465
Tuberculose como terreno limite na obstetricia e gynecologia — PROBST, V. 467
O indice prognostico (indice do effeito) no tratamento do carcinoma do utero — NUDOLSKAJA, O. E. 469
A therapeutica das chamadas hemorragias funccionaes — RUNGE, H. .. 470
Complicações no tratamento das cervicites chronicas pela diathermo-coagulação — HERRERA, G. R. e NOGUES, A. 474
Caso de hemogenia — MORAES, A. DE 475
Cancer do corpo uterino — BENGOLEA, A. T. 476
Hematoma pediculado da vagina na gravidez — GAVIALI, R. 477
Tumores fibrosos da vulva — ISAAC, M. 478

Quando a diathermia, o calor radiante, as correntes galvanicas, ou quaesquer outras medidas therapeuticas, são usadas nas enfermidades dos orgams pelvicos, do tracto genito-urinario, rheumatismo, etc., taes medidas devem ser seguidas de um post-tratamento apropriado.

Antiphlogistine póde ser empregada com vantagem na maioria desses estados, não só pelo seu poder synergico, que faz manter o calor humido dentro dos tecidos, mas tambem, devido ás suas qualidades anti-pruridicas, descongestivas, protectivas e calmantes, quando applicada a superficies erythematosas, erosivas, endurecidas e dolorosas.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK

SCHILLING, HILLIER & CO., LTD.,
Rua Theophilo Ottoni N. 44, Rio de Janeiro

Antiphlogistine é fabricada no Brasil.

o mesmo é esteril, no momento actual, ao mesmo tempo que porá em evidencia a verdade se o homem apresentado não for o marido legal (é pouco provavel o conhecimento por uma mulher de dois homens estereis). Póde occorrer que o marido real se opponha a que sua esposa seja fecundada artificialmente e esta lance mão de um estratagema apresentando ao medico alguem que de bôa vontade queira auxilia-la, a satisfazer o seu desejo. Por essa e outras razões tornam-se imprescindiveis as impressões digitaes junto ás assignaturas no documento já referido.

O doador deve ignorar inteiramente a quem é destinado o material por elle fornecido bem como permanecerá completamente desconhecido do casal. Ha um outro aspecto legal da questão que se refere ás relações do doador com sua propria esposa. E' preferivel que o doador seja casado o que elimina a tendencia a promiscuidade. Mas é essencial uma autorização da esposa para que seu marido participe dessa aventura scientifica. Nós não sabemos se uma tal aventura por parte do marido possa ser uma violação das leis contra o adulterio, mas no estado de New York, quando uma mulher tem conhecimento de tal situação e o declara por escripto, ella fica incapacitada de obter um divorcio sobre semelhante base, porque o adulterio perdoado anulla as bases para um divorcio.

São esses os varios aspectos da questão sobre os quaes os AA. tecem longos e interessantes commentarios.

O allivio das dôres do parto pelo uso de paraldehydo e alcool benzylico *(The relief of labor pains by the use of paraldehyde and benzyl alcohol)* — HOWARD, KANE F. e ROTH, GEORGE B. (Washington) — (*J.A.M.A.*, Nov. 21, 1936, Vol. 107, N.º 21, pag. 1710).

O agente ou a combinação ideal para obter analgesia e amnesia durante o trabalho de parto deve ser antes de tudo innocuo tanto para a mãe como para o filho. Não deve prolongar o trabalho indevidamente, deve alliviar as dôres precocemente e produzir analgesia e amnesia numa alta percentagem dos casos. Além disso deve ser facilmente administrado e devidamente retido pela paciente. Finalmente não deve produzir: a) excitação nas phases de inicio e de terminação da acção analgesica e amnesica, b) nauseas ou vomitos, c) effeitos deleterios sobre o coração, figado, rins, pulmões e centros respiratorios e d) lesões locaes sobre as mucosas.

Os AA. experimentaram durante annos a mistura paraldehydo-alcool benzylico e acreditam que essa mistura preenche melhor que qualquer outro methodo as condições exigidas.

O methodo foi applicado em 611 pacientes e para se julgar do seu valor os AA. dividiram essas pacientes em cinco grupos: Grupo

A, pacientes que tiveram somno quieto durante todo o trabalho; Grupo B, pacientes que se moviam, algumas vezes pareciam em estado de consciencia, queixavam-se de dôres; a amnesia, contudo, neste grupo é completa; Grupo C, pacientes que se recordam de alguns acontecimentos, mas não sentiram dôres; Grupo D, pacientes que se recordam de ter tido algumas dôres, mas cujo soffrimento foi grandemente alliviado; Grupo E, todas as pacientes que não experimentaram nenhum allivio. As 611 pacientes ficam então assim distribuidas:

	Grupo A Amnesia e analgesia	Grupo B Amnesia e analgesia parciaes	Grupo C Memoria dos acontecimentos, nenhuma dôr	Grupo D Memoria de algumas dôres	Grupo E Pouco ou nenhum allivio
Primiparas	240	99	5	3	9
Multiparas	108	72	24	13	38
	348	171	29	16	47
Percentagem	57	28	4,7	2,6	7,7

Technica de administração:

1) Limpeza perfeita da porção inferior do intestino e do recto com saponaceo seguida de irrigações do sôro physiologico até que o liquido volte absolutamente claro.

2) A dóse de paraldehydo é de 1,2 cc. para cada 4,5 kilgr. de peso da paciente no inicio do trabalho.

3) A dóse de alcool benzylico é sempre de 1,5 cc. Como a acção dessa droga é principalmente de anesthesico local, a dóse não deve variar com o peso da paciente.

4) A' quantidade necessaria da paraldehybo junta-se 1,5 cc. de alcool benzylico e a mistura é instillada, por gravidade, no recto por meio de um funil e um amplo catheter, que é introduzido a uma distancia de 10 cms. Quando a solução desapparece injectam-se 30 cc. de sôro physiologico para lavar o catheter e diluir o medicamento. O apparelho da injecção deve ser tão pequeno que a instillação possa ser feita entre duas contracções. Quando ha tendencia a ser eliminada a medicação é aconselhavel comprimir os nadegas e pedir a paciente que não se exprema durante a contracção.

5) O paraldehydo-alcool benzylico é dado logo que a paciente começa a queixar-se de dôres. A dóse (sempre a dóse total) pode ser repetida uma hora e meia após a primeira. A medida que o trabalho progride verificar-se-á que o effeito de cada uma das dóses successivas é cada vez mais extenso, tornando-se então os intervallos entre as applicações de 3,4 e 5 horas.

6) Se a paciente desperta uma meia hora após a instillação inicial, applicar-se-á sub-cutaneamente , 0,015 de morphina. Raramente é necessario repetir a morphina, conquanto em trabalhos muito prolongados tenha-se repetido sem nenhum inconveniente.

7) Quando varias dóses da mistura são applicadas, o recto deve ser irrigado com sôro physiologico antes de cada instillação a ser praticada.

8) Para attenuar a deshydratação, um copo de caldo de laranja ou de agua será dado antes de cada injecção de paraldehydo-alcool benzylico.

A paciente é habitualmente capaz de cooperar na ingestão de liquidos; não sendo possivel, applicar-se-á sôro dextrosado endovenosamente.

9) Desde que a paciente não tem consciencia da distensão da bexiga é necessario praticar-se o catheterismo de oito em oito horas.

10) Não é demais insistir sobre a necessidade de repetir a injecção quando a doente começa a despertar e não depois que entra em desassocego.

Os AA. apresentam finalmente as seguintes conclusões: 1) A combinação paradehydo-alcool benzylico administrada por via rectal produz praticamente completa amnesia, sem prolongar indevidamente o parto em todos os casos em que o trabalho é de mais de 4 horas de duração, não causando effeitos nocivos nem á mãe, nem á creança. 2) A solução é retida sem difficuldade excepto quando a apresentação encontra-se comprimindo o recto. 3) Não houve caso de proctite ou de outra lesão local evidente dos tecidos. 4) A excitabilidade da paciente é presente somente quando a technica de administração não foi devidamente executada. 5) Essas mulheres não estão sujeitas á fadiga resultante do esforço da parturição; é-lhes poupado o *shock* psychico da dôr; não têm memoria do soffrimento e dormem socegadamente durante 6 a 12 horas após o trabalho. Como resultado, ellas despertam inteiramente refeitas. 6) A experiencia tem demonstrado que o successo depende estrictamente da attenção dada aos detalhes da technica de administração.

THE AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

O papel das partes molles uterinas inferiores no trabalho *(The rôle of the lower uterine soft parts in labor)* — CALDWELL, W. E., MOLOY, H. C. e D'ESOPO, A. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1936, Vol. 32, N.º 5, pag. 727).

Durante os tres ultimos annos, os AA. fizeram uso extenso dos raios de ROENTGEN no estudo das relações pelvi-fetaes durante o

trabalho, accumulando series relativamente grandes de observações que, em muitas opportunidades, consistem em dois ou mais "sets" de stereoroentgenogrammas para cada paciente, obtidos com intervallos, durante o primeiro e segundo tempo do trabalho.

O methodo empregado no parto das pacientes estudadas variou da cesareana após a prova de trabalho, a um parto espontaneo normal, e assim tiveram opportunidade de estudar as variaveis relações pelvi-fetaes tanto na parturição anormal quanto na normal.

A opportunidade para comparar a relação pelvi-fetal precocemente no trabalho, com a posição que existe mais tarde, nas proximidades do inicio do segundo tempo, mostrou a variedade de formas pelas quaes a cabeça fetal pode descer, em relação á cavidade pelviana.

As observações dos AA. levaram-nos a attribuir consideravel significação ao segmento uterino inferior, e ás inserções de seus fascias nas paredes pelvianas, como a explicação destas variações na posição do eixo pelviano da descida fetal.

Neste estudo os AA. descrevem exemplos extremos destas variações para explicar a maneira pela qual acreditam que o segmento uterino inferior e suas estructuras de sustentação provocam estas diversas relações pelvi-fetaes, e, finalmente, fazem uma rapida referencia ao effeito resultante sobre o mechanismo do trabalho em relação ao typo pelviano e ao curso clinico do trabalho.

Fazem uma completa descripção do methodo roentgenologico empregado durante o trabalho que inclue roentgenogrammas antero-posteriores obtidos em posição deitada e um grande film lateral.

Aperfeiçoaram os AA. um modelo pratico de estereoscopio de precisão para controlar com segurança o tamanho da imagem estereoscopica da cabeça e da pelve, e que permitte ver uma reproducção exacta da pelve e da adaptação pelvi-fetal, podendo ser tomada qualquer medida desejada.

Em suas observações referem-se (a) ao mecanismo normal do segmento inferior, e b) ás variações na posição do segmento inferior.

Descrevem em detalhe a descida da cabeça atravéz da pelve-anterior (1) descida e adaptação á pelve-anterior, (2) a descida na pelve-anterior atravéz de uma pelve normal, (4) a cabeça alta, na pelve anterior, que não desce.

Analysam a descida atravéz da pelve-posterior, descriminando (1) a descida do estreito superior para o estreito inferior atravéz da pelve-posterior, (2) a descida atravéz da pelve-posterior, partindo de uma posição primaria alta na pelve-anterior, (3) o curso efficiente do trabalho numa pelve normal, com descida atravéz da pelve-posterior, e (4) a cabeça alta mantida acima da pelve-posterior como um signal de prognostico favoravel.

Illustram estas observações com grande numero de diagrammas e figuras elucidativas.

Numa publicação recente (Vide resumo: Vol. I, n.º 6, pagina 535) os AA. discutiram o padrão geral de trabalho normal e fizeram referencia ao papel do segmento uterino inferior na adaptação e orientação da cabeça para baixo e para traz na cavidale pelviana durante a insinuação e descida.

Sendo necessaria consideravel experiencia por parte do observador afim de poder apreciar correctamente na imagem stereoscopica da cabeça, e da pelve, o eixo da descida fetal em relação tanto a symphyse, anteriormente, ou ao sacro, posteriormente, os AA. estabeleceram inicialmente que a descida atravéz da pelve-anterior era de occorrencia rara, e que, na grande maioria dos casos a descida se fazia eventualmente atravéz dum eixo na pelve-posterior mais ampla. Entretanto, revendo os films obtidos durante a investigação dos aspectos descriptos do mecanismo do trabalho, e tornando-se mais experimentados no estudo das relações pelvi-fetaes, os AA. começaram a verificar que gráos variados de descida atravéz da pelve mediana ou anterior occorriam com maior frequencia do que a principio suspeitavam.

Se bem que a correlação entre os dados clinicos e roentgenologicos deva ser verificada com grande cuidado numa serie de casos maior, acreditam os AA. que o conhecimento do eixo de descida, antes que o tratamento adequado possa ser instituido, é indispensavel, essencial.

O reconhecimento precoce destas variações no trabalho, por qualquer dos methodos de diagnostico clinico ou roentgenologico, ou ambos, permittirá instituir um tratamento adequado no principio do trabalho numa tentativa para evitar a exhaustão da paciente e os difficeis partos operatorios que são tão frequentemente necessarios nestes casos.

Resumindo estes estudos, assim concluem os AA.:

1) O segmento inferior e seus fascias de sustentação, representam uma força activa na determinação do eixo ao longo do qual a cabeça fetal deve descer atravéz da pelve.

2) A influencia directriz maxima do segmento inferior só se torna evidente depois que se processa a dilatação real da cervix.

3) A posição deste eixo é variavel em cada caso individual, sendo descriptos exemplos de descida atravéz da pelve anterior, mediana e posterior.

4) O curso clinico do trabalho e a posição da cabeça em relação ao typo pelviano são distinctamente modificados dependendo do eixo especial que segue a cabeça.

5) Na maioria das vezes, os diagnosticos roentgenologicos não podem ser feitos dogmaticamente durante o trabalho, porque somente as forças activas do trabalho podem, por ultimo, determinar o eixo pelo qual a cabeça pode descer. Quanto mais tarde fôr feito o exame, maior a possibilidade de determinar com precisão o eixo que a cabeça está procurando seguir.

6) Estas variações do eixo de descida fetal no trabalho, julgam os AA., permittirão posteriormente entender a questão de inercia e dystocia cervical, e o methodo de tratamento correcto para estes casos.

7) Um conhecimento da possivel occorrencia destas variações em qualquer caso inlividual no trabalho é essencial, para que um diagnostico clinico ou roentgenologico que mereça confiança possa ser feito.

8) Nas pacientes cujo trabalho não está progredindo normalmente, justifica-se um exame cuidadoso que determine, entre outras cousas se a cabeça está descendo na justa relação com a symphyse na frente ou com o sacro atraz.

9) A variabilidade do eixo de descida fetal com seu effeito resultante sobre o mecanismo do trabalho indica que a difficuldade no trabalho não pode ser antecipada por mensurações lineares ou volumetricas apenas.

10) O mecanismo do trabalho em relação á forma da pelve não pode ser discutido adequadamente sem serem levadas em conta as variações na posição do eixo do segmento uterino inferior, ao longo do qual a cabeça desce.

Uma revista clinica de 110 casos de carcinoma do ovario *(A clinical review of 110 cases of ovarian carcinoma)* — LYNCH, F. W. — (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, Nov. 1936, Vol, 32, N.º 5, pag. 753).

O diagnostico de tumores nem sempre é facil Uma cousa é delimitar a massa, e outra determinar a sua natureza, especialmente quando ha difficuldade em examinar a paciente ou quando existem complicações.

Uma revista de tumores tratados recentemente, na clinica do A., mostrou que 5,6 % de 300 fibromyomas não haviam sido reconhecidos como taes, antes do acto operatorio, assim como tambem não haviam sido, 15 % de 302 neoplasmas do ovario, reconhecidos como sendo do ovario. Não foram incluidos neste grupo cystos do corpo amarello e do folliculo, por não serem verdadeiros neoplasmas.

Em additamento a esses erros, houve, pelo menos, outros tantos diagnosticos "correctos e incorrectos", termo que usa o A., .quando um fibromyoma ou cysto do ovario associado a alguma outra affecção pelvica existia e era diagnosticado, mas não o era a affecção associada, ou quando as possibilidades provaveis da massa somente eram discutidas, com argumentos pró e contra cada hypothese, mas sem conclusão alguma definitiva.

O resultado final desse estudo mostrou um diagnostico absolutamente correcto em menos de 90 % de 300 fibromyomas, e em apenas 64 % de 302 verdadeiros neoplasmas ovarianos.

um pedaço da musculatura em forma de cunha, cuja base é a incisão. A ponta da cunha superior aponta para cima, a da inferior para baixo. Entre mucosa e cunha se deixa uma camada de 3 mm. de musculatura. Sutura-se esta camada á camada opposta entre cunha e peritoneo. Assim, uma abertura é formada na parede uterina em forma de funil, cuja ponta é situada na mucosa e a abertura grande no peritoneo. O ovario, introduzido e suturado neste funil tem uma circulação sanguinea não impedida por pressão ou estiramento. Adherencias, formando-se logo após a operação entre ovario e peritoneo, impedem a invasão de sangue menstrual e de outras secreções no sacco peritoneal e facilitam a entrada do ovo na cavidade uterina. O ovario é recoberto por epiploon, para isolal-o completamente da cavidade peritoneal.

A operação foi feita até agora em 14 mulheres, das quaes 3 ficaram gravidas. Uma deu á luz uma criança sã, outra teve um aborto no 4.º mez. A terceira está no 6.º mez da gravidez.

2.º Anastomose utero-ovariana com canal venoso. Faz-se a mesma incisão como na 1.ª operação, um pouco mais á esquerda ou direita da linha mediana, no lugar mais apropriado para a fixação do ovario. Por meio de um bisturi fino forma-se na musculatura um pequeno canal em que uma veia é implantada, tirada geralmente da perna da paciente. O processo corresponde á implantação de um ureter na bexiga. A ponta distal da veia é fendida e suturada na superficie do utero. Sobre este canal o ovario é suturado e encoberto por epiploon.

A esta operação foram submettidas 6 mulheres. Uma dellas ficou gravida 3 mezes depois da operação.

São condições de successo: Ausencia de processos inflammatorios, determinação exacta do estado das trompas por insufflação ou hysterosalpingographia, dilatação do collo por incisão alta (segundo CHROBAK) antes da operação. Esta intervenção facilita a sahida do sangue menstrual, impedindo a sua entrada no canal venoso. Facilita o parto, evitando uma lesão da parede uterina perfurada. Facilita a penetração do esperma.

Em casos de anomalia de posição, uma ligamentopexia é necessaria por occasião da operação. Para a operação, deve-se escolher o 4.º ou 5.º dias depois da menstruação.

A technica da operação cesareana em casos de placenta previa *(Zur Technik der Schnittentbindung bei Placenta praevia)* — HÖGLER, HANS (Vienna) — (*Z. f. Gynäk.*, Nov. 14, 1936, Anno 60, Fasc. 46, pag. 2726).

O A. descreve um methodo empregado por elle na operação cesareana em casos de placenta previa. Se a placenta está situada

perto da incisão no utero, de maneira que o operador depara com tecido placentar depois da incisão do segmento uterino inferior, ella póde ser descollada e retirada pela mão antes do desprendimento da criança. Esta operação é facil, se a maior parte da placenta fôr inserta no segmento uterino inferior. Se porém, sómente uma pequena parte se achar nesta região, esta parte é descollada e puxada para o lado. Depois do desprendimento da criança, o resto da placenta é descollado.

Nesta operação, sempre chama attenção de novo a rapida hemostasia dos vasos da parede uterina e do lugar da inserção da placenta depois do descollamento da placenta. Esta hemostasia frequentemente foi observada pelo A. no parto vaginal em casos de placenta prévia, tendo já passado parte da placenta pelo orificio uterino permeavel para 2/3 dedos. A completa ou quasi completa falta de hemorragia não póde ser explicada por hemostasia devido á acção muscular, que ainda não sobrevem neste periodo. A unica causa possivel é uma contracção vascular automatica.

Já Kermauner, nos seus trabalhos sobre hemorragia atonica, accentuou, que deve existir um mecanismo hemostatico, independente da acção dos musculos, provocado por uma contracção vascular. A acção muscular consistindo num engrenar dos feixes musculares, serve só como reserva, intervindo, se a hemostasia automatica vascular for insufficiente.

Por esta theoria se explicam os 5 casos do A., de prolapso espontaneo da placenta sem hemorragia notavel. Explica-se tambem a hemorragia insignificante no intervallo entre o parto de um primeiro e um segundo gemeo.

E' provavelmente o descollamento de uma parte ou de toda a placenta que, na placenta previa, faz funccionar o mecanismo da contracção vascular automatica. Assim fica justificada a proposta dos parteiros antigos de remover a placenta previa antes do parto da criança.

Devido ao perigo para a criança, este methodo não póde ser empregado em todos os casos da placenta previa. Na operação cesareana, porém, este perigo não existe, sendo a criança desprendida segundos depois de descollamento da placenta. Casos de prolapso espontaneo da placenta provam, que crianças não lesadas pódem supportar a interrupção do metabolismo gazoso placentar durante 5 á 6 minutos.

A contracção vascular automatica póde falhar, em casos de lesão dos respectivos tecidos. A mesma causa que provocou a situação anormal ou o descollamento prematuro da placenta, pode levar á insufficiencia da contracção vascular automatica.

---

na parede posterior do utero, póde-se observar a invasão das villosidades choriaes em tecido de endometriose.

Provavelmente, o ovo se póde nidificar no peritoneo sómente em lugares, onde acha as mesmas condições de desenvolvimento que no utero, quer dizer, tecido da endometriose. Isso explica a raridade da prenhez abdominal primitiva, para cuja realização a coincidencia de dois processos difficeis é necessaria: O contacto do ovo, cahido na cavidade abdominal e prompto para a nidificação, com uma implantação de endometriose, apropriada para a nidificação e reagindo como decidua.

Concluindo, o A. pede aos medicos que possuam preparados de uma prenhez abdominal primitiva, que os examinem, para poder esclarecer melhor a connexão etiologica entre esta prenhez e a endometriose.

O forceps de Kielland em casos de bacia estreitada *(Die Kielland Zange bei engem Becken)* — HÖGLER, HANS (Vienna) — (*Z. f. Gynäk.*, Nov. 21, 1936, Anno 60, Fasc. 47, pag. 2790).

Em casos de bacia levemente estreitada em que um parto por forceps ainda era possivel, o A. fez as seguintes observações: A cabeça geralmente em orientação transversa da sutura sagittal no estreito superior, pegada, conforme a regra, de maneira que as duas colheres ficassem no diametro antero-posterior da bacia, não se moveu. Retirado o forceps e applicado outra vez em diametro obliquo, correspondente á orientação transversa da sutura sagital, a cabeça obedeceu facilmente á tracção do forceps.

O resultado desta applicação do forceps, contraria ás regras tradicionaes, se explica pelo mecanismo do parto em casos de bacia estreitada. Para tornar possivel, em condições desfavoraveis do espaço pelvico, a passagem da cabeça pelo estreito superior, numerosos movimentos de accomodação e adaptação são necessarios, como o asynclitismo do parietal anterior e posterior, a flexão, a deflexão, etc. Se neste caso a cabeça, em orientação transversa da sutura sagittal, está comprimida anterior e posteriormente contra a cintura pelvica, o forceps applicado no diametro antero-posterior da bacia, encravará a cabeça ainda mais, impedindo os movimentos necessarios para a insinuação. Se porém, o forceps é applicado não em sentido biparietal, mas em sentido obliquo, não póde ser articulado completamente. Conserva-se um pequeno espaço, possibilitando os movimentos do cranio.

O A. considera como indicação para esta applicação do forceps, o caso da cabeça estar tão fortemente comprimida contra a symphyse, de forma que os dois dedos servindo como protecção das par-

tes molles na applicação typica do ramo anterior do forceps de KIELLAND, só possam ser introduzidos com difficuldade e afastando-se a cabeça um pouco para traz.

Sobre a connexão entre myoma do utero e alterações cardiacas *(Über den Zusammenhang zwischen Uterusmyom und Herzveränderungen)* — RADWÁNY, ALEXANDER v. (Budapest) — (*Z. f. Gynäk.*, Nov. 21, 1936, Anno 60, Fasc. 47, pag. 2798).

Desde as publicações de HOFMEIER ha mais de 40 annos, o problema da connexão entre myoma e alterações cardiacas é discutido. Além dos partidarios e adversarios de uma connexão immediata (coração myomatoso) existe uma terceira corrente que acredita numa connexão não directa por via de alterações do systema endocrino.

Para contribuir á solução do problema, os AA. examinaram o coração em 122 casos de myoma (exame clinico, raios X, electrocardiogramma). Classificaram os resultados em: Normaes, se nenhum methodo de exame revelou uma alteração cardiaca (73 = 16,4 %). O total das alterações, 40,1 %, correspondeu aos numeros, publicados por outros autores.

Da comparação da edade e das alterações cardiacas decorre que a frequencia das alterações corresponde á edade. Nas pacientes abaixo de 40 annos achou-se um coração normal em 80 %, coração alterado em 12 % e doente em 8 %. Nas pacientes acima de 50 annos achou-se um coração normal em 37,6 %, alterado em 31,2 % e doente em 31,2 %.

Os exames dos AA. desmentiram a opinião de uma relação entre volume do tumor e gravidade da doença cardiaca. Entre as pacientes com myoma pequeno houve 13,1 %; entre as com myoma do tamanho de cabeça de criança houve 22,2 %; entre as com myoma até o umbigo houve 0 %; entre as com myoma estendendo-se até acima do umbigo houve 28,6 %, de doenças cardiacas. As percentagens respectivas nas alterações cardiacas foram: 24 %, 22,2 %, 33,3 %, 14,3 %.

Dos 20 casos de doenças cardiacas, 9 não foram influenciadas pelo myoma (aortite luetica, arteriosclerose do myocardio). Nos outros 11 casos de cardiomyopathia, a connexão immediata com o myoma foi possivel, mas não pode ser provada.

Se assim, uma connexão immediata não póde ser verificada, outros algarismos parecem provar uma influencia secundaria do myoma sobre o coração, especialmente nos casos das alterações cardiacas leves.