

ANAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1280
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Agosto de 1940

Vol. 10 — N.º 2

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

<i>Resultados obtidos com o auxílio manual de Bracht na apresentação de nádegas na clínica obstétrica domiciliar e hospitalar — DR. K. HERRNBERGER</i>	Págs. 89
<i>Hipertrofia mamária — DR. DOMINGOS DELASCIO e DR. ARTHUR WOLFF NETTO</i>	98

LIÇÕES E CONFERENCIAS

<i>Analgesia obstétrica — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES</i>	117
---	-----

EDITORIAL

<i>"I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia"</i>	127
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Mortalidade materna nos Estados Unidos</i>	139
<i>Boa administração hospitalar</i>	131
<i>Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis</i>	132

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo</i>	133
--	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

TRABALHOS ORIGINAIS

CLÍNICA GINECOLÓGICA UNIVERSITÁRIA DA CHARITE', BERLIM
DIRETOR: PROF. DR. G. A. WAGNER

RESULTADOS OBTIDOS COM O AUXÍLIO MANUAL DE BRACHT NA APRESENTAÇÃO DE NÁDEGAS NA CLÍNICA OBSTÉTRICA DOMICILIAR E HOSPITALAR *

DR. K. HERRNBERGER

Assistente da clínica

Na condução do parto em apresentação de nádegas, não foram conseguidos, neste século, progressos apreciáveis. Após o desenvolvimento das manobras usadas nos partos em apresentação de nádegas e a decisão da contenda em torno da orientação mais ativa ou mais conservadora, em favor da última, a obstetrícia, no que diz respeito aos partos em apresentação de nádegas, entrou em período de estacionamento. Este fato é ainda mais surpreendente, uma vez que os resultados obtidos não são, absolutamente, satisfatórios, pois grandes estatísticas coletivas demonstram a mortalidade infantil assustadora de quasi 15 % no parto em apresentação de nádegas.

No estado crítico do tratamento da apresentação de nádegas o ginecologista alemão Prof. E. BRACHT indica um novo método de auxílio manual que, segundo as nossas experiências, influenciará, de maneira decisiva, o futuro desenvolvimento do manéjo do parto, nos partos em apresentação de nádegas, representando ação meritória da obstetrícia moderna.

A base da terapêutica obstétrica atual na apresentação de nádegas reside no conhecimento proporcionado pela experiência secular, que, com a precocidade e a extensão da intervenção obstétrica, aumentam as dificuldades e perigos. Pesquisas mais recen-

*: Colaboração original enviada aos "Anais Brasileiros de Ginecologia" pela "Reichs-Aerzte-Kammer", traduzida para esta revista.

tes revelaram que a mortalidade elevada não é — como geralmente se supõe — originada por asfixia em consequência de compressão excessivamente longa do cordão umbilical, mas sim, em quasi 80 %, por traumatismos craneano-s. A melhora eficaz dos resultados observados até agora, seria, portanto, condicionada a uma orientação obstétrica ainda mais conservadora. Como o parto espontâneo de crianças em apresentação de nádegas é observado, no máximo, em 20 % dos casos, mesmo sob orientação rigorosamente conservadora, devemos empenhar-nos em dar ao mecanismo fisiológico do parto, o máximo auxílio, a-fim-de que o parto em apresentação de nádegas se afaste o menos possível da norma do parto espontâneo, reconhecido geralmente como ótimo.

Partindo dêste raciocínio, BRACHT desenvolveu o seu método, por él demonstrado pela primeira vez em Outubro de 1935, na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Berlim. Em Maio de 1938, BRACHT apresentou êste método em filme, no Congresso Internacional de Ginecologia, em Amsterdam. Deixando o parto em apresentação de nádegas à cargo do mecanismo natural, em escala maior do que usualmente acontece, BRACHT havia feito a seguinte observação, divergente da teoria reinante: *O corpo infantil gira como um rôlo em torno da sínfise, com o dorso em lordose inclinado exatamente para a frente e as extremidades nascem também espontaneamente segundo um modo determinado, sempre dispostas do lado ventral da criança.* BRACHT, limitou-se a manter a posição dêste rôlo infantil com determinada manobra e a facilitar a sua rotação em torno da sínfise (v. fig. 1), enquanto um assistente apoia a expulsão por meio de leve compressão, exercida sobre o abdômen da parturiente.

E' provável que, já anteriormente, tenham sido feitas tentativas semelhantes (BUMM, SELLHEIM). BRACHT tem porém o grande mérito de haver sido o primeiro que as desenvolveu para um método sistemático, comprovando, de maneira absoluta, a sua importância para a terapêutica da apresentação de nádegas. A princípio BRACHT empregou o seu método apenas ocasionalmente. Há 4 anos porém, emprega-o em quasi todos os casos. Em Amsterdam (1938), BRACHT apresentou um relatório sobre 206 crianças com essa apresentação, pesando mais de 2.000 grs., nascidas com êsse auxílio manual. A mortalidade infantil e materna foi igual a zero (não se verificou, igualmente, mortalidade precoce dos recém-nascidos). Não foram observados traumatismos nas crianças. FETZER comunicou, em Amsterdam, ter obtido bons resultados com o processo em questão. Também outros autores comentaram os resultados por êles obtidos com êste auxílio simples e natural na apresentação de nádegas.

GRAGERT comunicou que, na sua clínica, o método de BRACHT foi empregado com sucesso, em 26 casos, sendo a mortalidade nula.

A seguir, baseados em nossas experiências policlínicas, durante 4 anos e clínicas durante 2 e 1/2 anos, estudaremos mais de perto o método de BRACHT. Antecipamos que o auxílio manual de BRACHT não pôde ser empregado em todos os casos, pois por motivos didáticos, tiveram de ser exercitados também os métodos clássicos. Não se procedeu à uma escolha especial, consciente, dos casos. Sendo a nossa clínica um instituto de ensino, surgiu ainda, com relativa frequência, a necessidade de que alguém, pouco treinado, realizasse, sob controle, a manobra e isto, na maioria dos casos, sob as condições excessivamente primitivas da obstetrícia domiciliar. E' evidente que as dificuldades que se apresentam ao principiante, nem sempre podem ser consideradas como absolutas. Julgamos porém, que os resultados conseguidos em tais condições, são de maior valor para a significação prática do método do que os resultados obtidos por obstetras experimentados.

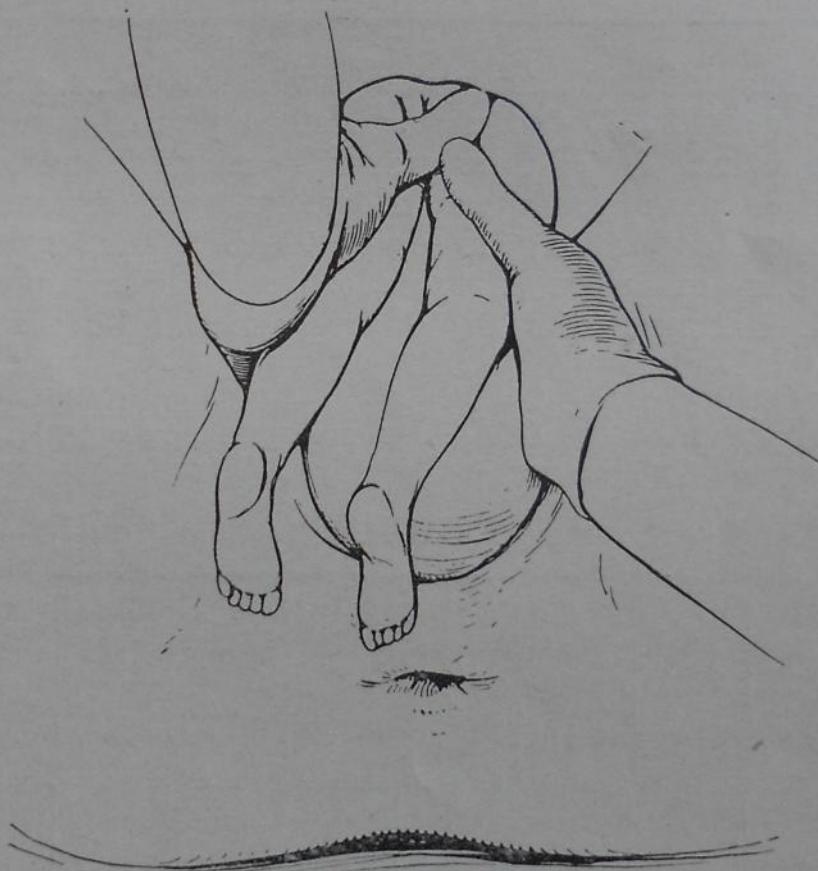


Fig. 1 — Até este momento o parteiro nada mais faz do que esperar. Seguram-se então com ambas as mãos as nádegas junto com as coxas e auxilia-se a tendência do rôlo, de girar em torno da sínfise, com o dorso inclinado para a frente.

Como verificamos na seguinte tabela, este relatório abrange ao todo 395 partos em apresentação de nádegas (incluindo somente crianças com o peso mínimo de 2.000 grs.). Quasi na metade desses partos foi tentado o auxílio manual de BRACHT.

TABELA 1

	Número total	Método de Bracht				Outros métodos
		emprega- do em	com sucesso	com sucesso parcial	sem resultado	
Mulheres hospi- talizadas	139	78	61	6	11	61
Em domicílio ..	256	118	90	8	20	138
Total	395	196	151	14	31	199

Com este método conseguimos terminar o parto sem dificuldades, em quasi 80 % dos casos. Falhou parcialmente em 7 %, isto é, na maioria destes casos o auxílio manual fez nascer apenas os braços, ao passo que a cabeça teve que ser desprendida pela manobra de Veit-Smellie; em alguns casos tiveram que ser desprendidos um ou ambos os braços, e depois a cabeça por meio do método de BRACHT. Em 15 % dos casos o método falhou por completo.

A tabela 2 orienta-nos sobre as causas dos insucessos observados com este método, questão de muita importância prática.

TABELA 2

Método de Bracht	Bacia estreitada	Braços para cima	Após extra- ções ante- riores	Crian- ças gran- des	Cóccix saliente	Dilata- ção insufi- ciente do colo	Várias causas	Sem expli- cação
Com sucesso parcial ..	5	1	1	1	2	—	—	4
Sem resulta- do	7	8	2	2	—	2	3	7
Total	12	9	3	3	2	2	3	11

Responsável, por grande parte dos insucessos, é a bacia estreitada, seguindo-se depois os casos nos quais um ou ambos os braços

estavam em posição para cima. Em menor número de casos os insucessos podiam ser atribuídos causalmente à extrações anteriores, crianças grandes (5.000, 4.650 e 4.400 grs.) colo não completamente dilatado ou cóccix saliente. Em um caso, apresentaram-se dificuldades, em virtude de um hidrocéfalo e em outro, por uma volta tripla do cordão umbilical, bem como partes moles muito estreitas. Não encontramos explicação para 4 insucessos parciais e 7 completos. Nestes casos tratava-se de partos domiciliares. E'



Fig. 2 — A rotação em torno da sínfise continua a ser o lema de ação. Em consequência da compressão sistemática do ventre da mãe (sem usar tração!) pelas nádegas da criança, os braços nascem espontaneamente.

provável que, seguindo as suas instruções, os jovens obstetras, à cujo cargo estiveram estes casos, serviram-se de manobras mais conhecidas, após verificarem que o método de BRACHT não trazia resultado imediato. Convém salientar que esta passagem para uma outra forma do auxílio manual, nunca causou dificuldades de espécie alguma. Tão pouco tivemos a impressão que a tentativa da manobra de BRACHT significa perda de tempo, inconveniente. O estudo das causas, responsáveis pelos insucessos, mostra, que na maioria dos casos já existia uma perturbação do mecanismo natural

do parto ou que a mesma se manifestaria com uma certa probabilidade. Como a manobra de BRACHT se baseia no desenrolar fisiológico do parto, ele tinha que falhar nestes casos.

A tabela 3 mostra-nos a mortalidade infantil verificada no método de BRACHT e nos outros métodos indicados na apresentação de nádegas.

TABELA 3

	Método de Bracht			Outros métodos			Total		
	N. ^o	Mort. infant.		N. ^o	Mort. infant.		N. ^o	Mort. infant.	
		absol.	líquida		absol.	líquida		absol.	líquida
Na clínica .	61	1	—	78	17	14	139	18	14
Em casa ..	90	2	2	166	26	18	256	28	20
Total	151	3	2	244	43	32	395	46	34

Os algarismos da mortalidade infantil incluem também a mortalidade dentro dos primeiros 10 dias. Nos partos, em casa, porém, as bases para a verificação da mortalidade dos recém-nascidos nem sempre foram encontradas para todo este período. Na mortalidade líquida foram descontadas as crianças falecidas antes da internação da mãe ou em consequência de malformações. Na rubrica "Método de Bracht" só encontramos os partos em apresentação de nádegas realizados com sucesso, por intermédio dessa manobra e em "Outros métodos" todos os demais processos de tratamento, inclusive as tentativas ineficazes do método de BRACHT. A mortalidade infantil é portanto no método de BRACHT de 1,9 % total, havendo uma criança com hidrocefalia o que reduz a mortalidade líquida para 1,3 %, sendo contado um caso que não atenua o valor do método. Neste caso a ruptura do cordão umbilical que apresentava somente 28 cms. de comprimento, foi a causa da morte da criança. Noutro caso, de uma criança que nascerá gravemente asfixiada, falecendo pouco depois, a causa não pôde ser verificada. Se bem que não fomos tão bem sucedidos como BRACHT, que com o seu método conseguiu salvar todos os fetos, o nosso coeficiente de mortalidade de 1,3 % fica muito abaixo das cifras relatadas por outros autores com os métodos geralmente em uso (WINTER: 205 casos, mortalidade 6,3 %; MARTIUS: 129 casos, mortalidade 6,2 %; ERBSLOEH: 321 casos, mortalidade 5,9 %). Não se observaram

lesões ou ferimentos nas crianças nascidas com auxílio do método de BRACHT.

Para a boa orientação, comunicamos ainda a mortalidade infantil total em todas as apresentações de nádegas tratadas. Ela comporta ao todo 11,6 % e líquida 8,6 %. A mortalidade materna foi nula em todos os casos domiciliares, ao passo que, na clínica, uma mulher faleceu de peritonite após laparotomia.

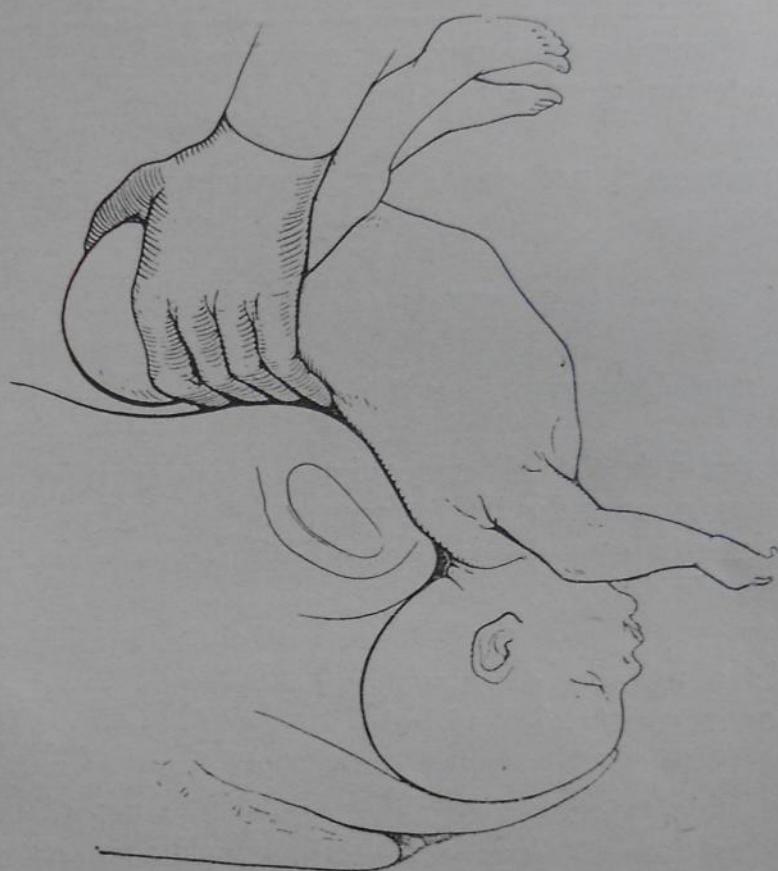


Fig. 3 — Mantendo esta técnica, auxiliada, se possível for, pela pressão de um assistente sobre a parede abdominal, a cabeça também nasce espontaneamente. (1)

Os seguintes dados importantes completarão o relatório sobre o auxílio manual segundo BRACHT. Quasi 50 % das mulheres que sofreram esta intervenção manual, foram primíparas. Em 18,5 % de todos êsses casos houve ruptura do períneo, sendo em um caso de 2.^º a 3.^º grau. Em 58,3 % das primíparas e em 8,9 % das multíparas foi feita a episiotomia. 72,8 % das crianças nascidas com auxílio dêste método pesaram 3.000 grs. e mais.

Mercece atenção o fato de que o método de BRACHT foi por nós empregado com sucesso, também nas crianças que acusavam peso inferior a 2.000 grs.

(1) Figuras de: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 1940, fasc. 5).

Baseados em nossas experiências, chegamos à convicção de que, observando as seguintes condições, o auxílio manual de BRACHT deve ser considerado atualmente como o método de escolha.

- 1.º) o método de BRACHT garante um nascimento das crianças, tecnicamente simples, natural e cuidadoso, baseado no mecanismo fisiológico do parto, além de redução considerável da mortalidade infantil;
- 2.º) pela ausência de qualquer intervenção vaginal é assegurado o mínimo perigo para a mãe;
- 3.º) é eficaz apenas nos partos em apresentação de nádegas não complicados;
- 4.º) falhará como método fisiológico nas seguintes condições:
 - a) havendo desproporção entre a cabeça e bacia;
 - b) nas perturbações do mecanismo fisiológico do parto, especialmente quando os braços estão dirigidos para cima e geralmente quando já foram feitas manobras para a extração do feto.
- 5.º) falhando o método, a passagem para outro, seja em que fase for, não apresenta dificuldade.

Baseados nos nossos resultados e nos aproveitáveis de outros autores, conhecidos até agora (mortalidade infantil líquida de 0,5 % em um total de 383 crianças com um peso mínimo de 2.000 grs.), somos do parecer que o método de BRACHT deve ser futuramente ensinado na universidade, escolas para parteiras e em cursos de aperfeiçoamento.

Bibliografia

- BRACHT, E. — Z. Geburtsh. 112, 271, 1936. Intern. Congres voor Verloskunde en Gynaecologie, Amsterdam 1938. Relatório do Congresso, Parte II, pág. 93 e Comentários. ERBSLÖH, J. — Arch. Gynäk., 168, 392, 1939. GRAGERT, O. — Geburtsh. u. Frauenhk., 1939, 479 e Zbl. Gynäk., 1939, 1474. HEIDLER, H. — Wien. med. Wschr., 1936, 176 e 209. MARTIN, E. — Zbl. Gynäk., 1939, 1476. MARTIUS, H. — Halban-Seitz, Tomo VII, 2. SELHEIM, H. — Arch. Gynäk., 151, 441, 1932. WINTER, G. — Halban-Seitz, Tomo VIII, 2.

**Rapport sur les résultats obtenus à l'hôpital et à la clinique
domiciliaire avec la manœuvre de Bracht dans
les présentations de siège**

Résumé

L'aide manuelle d'après Bracht a été employée avec succès dans 151 cas de présentation de siège (61 à la clinique hospitalière et 90 cas de patientes externes). La mortalité des enfants de poids au dessus de 2 k. a été de 1,3 % et la mortalité maternelle a été égale à 0. Il n'y a pas eu des traumatismes des nouveaux-nés. La technique présentée est bien éclaircie par des figures. Les fautes de la méthode sont étudiées également.

L'A. croit que l'aide manuelle d'après Bracht est la méthode de choix dans toutes les présentations de siège non compliquées. En raison de la simplicité de la technique et les résultats bien au dessus de la moyenne, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, il est d'avis qu'une telle méthode doit être enseigné au cours de la Faculté de Médecine, dans les écoles pour sages-femmes ainsi que dans les cours de perfectionnement.

**Report of the results observed in the hospital clinics and
in outpatients with the Bracht's maneuver in
breech presentations**

Summary

Bracht's maneuver was successfully used in 151 cases of breech presentation (61 in the hospital ward and 90 in outpatients). Net mortality for children weighting more than 2 kilogramms was 1.3 per cent and maternal mortality none.

No traumatic ill effects were observed in children. The technic is described and illustrated with several pictures.

On a base of personal experience the failures of this method are also studied and criticised. The A. is of the opinion that Bracht's hand help is the method of choice for non-complicated breech presentations. A suggestion is made for the teaching of this method in medical schools, midewive's schools and postgraduated courses, in view of the simplicity of the technic and of the results, which are, by far, superior to the average, regarding both mother and child.

**Bericht über die in Klinik und Poliklinik erzielten
Ergebnisse mit der Bracht'schen Manualhilfe
bei Beckenendlagen**

Zusammenfassung

Die Manualhilfe nach Bracht wurde bei insgesamt 151 B. E. L. (61 in der Klinik und 90 in der Poliklinik) erfolgreich angewandt. Die gereinigte kindliche Mortalität der mindestens 2000 geschweren Kinder betrug 1,3 %, die mütterliche 0. Verletzungen der Kinder wurden nicht beobachtet. Die Technik wird beschrieben und durch Abbildungen illustriert. An Hand der eigenen Erfahrungen werden auch die Versager dieser Methode einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Es wird die Ansicht vertreten, dass die Manualhilfe nach Bracht die Methode der Wahl für unkomplizierte B. E. L. — Geburten ist. Wegen der Einfachheit der Technik und der weit überdurchschnittlich guten Ergebnisse für Mutter und Kind wird die Aufforderung gegeben, diese Methode in Zukunft an der Universität, den Hebammenlehranstalten und in Fortbildungs — kurzen zu lehren.

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

ANALGESIA OBSTÉTRICA *

PROF. DR. ARNALDO DE MORAES

Professor Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Não pode deixar de constituir um problema para o obstetra moderno a questão da analgesia no parto. O conhecimento pelos leigos, de várias drogas capazes de trazer alívio, a propaganda feita na imprensa sobre as vantagens de seu emprêgo, obrigam o médico a se interessar pelo assunto, embora educado no preceito evangélico que impôs à mulher dar à luz no sofrimento. E' que acima do anátema injusto está o lema por excelência médico do "divinus opus sedare dolorem", privilégio esse que coloca a nossa profissão dentro da dignidade que merece.

Foi o notável obstetra inglês SIMPSON o primeiro a empregar o clorofórmio como anestésico, em 1847, após a descoberta da anestesia pelo éter nos Estados Unidos, em 1846. Coube também a um notável parteiro, professor da Universidade de Harvard, OLIVER HOLMES, eriar a palavra anestesia, para denominar a supressão artificial do sofrimento. Essa palavra foi universalmente adotada, pois marcou um dos maiores adiantamentos da arte de curar, tornando possível o grande surto da cirurgia, após a memorável descoberta dos micróbios por PASTEUR.

A descoberta de SIMPSON, como todas as inovações, ainda que para benefício e alívio da humanidade, suscitou logo oposições e é interessante transcrever, a propósito, o seguinte trecho do parteiro inglês, de seu trabalho publicado em 1847 e intitulado — "Contribuição a um novo anestésico como substituto do éter sulfúrico":

"E não tenho qualquer dúvida, de que daqui a alguns anos a prática será geral. Os obstetras podem se opor, mas acredito que nossas próprias pacientes farão seu uso na profissão." Termina

* Comunicação à "Sociedade Brasileira de Ginecologia", em 19 de Abril de 1940.

susas considerações dizendo ainda: "que a missão elevada do médico é nitidamente dupla, a saber, aliviar o sofrimento humano, bem como preservar a vida humana."

Devemos definir o que se deve entender por analgesia obstétrica. Ela compreende os processos que procuram suprimir ou atenuar as dôres do parto, sem que este se deixe de realizar, por isso, pelas fôrças naturais.

Constitue a anestesia que chamaremos especificamente obstétrica. No caso de intervenções obstétricas, já os meios empregados podem ser considerados dentro da designação geral de anestesias cirúrgicas, mais ou menos profundas e mais ou menos prolongadas. Destas últimas não nos ocuparemos, senão para declararmos a preferência que damos atualmente à anestesia pelos gases (protóxido de azoto e ciclopropano).

Pode-se dizer, como o fizeram BALARD e MAHON que a supressão da dôr do parto é a pedra filosofal da Obstetrícia. Nos povos antigos ministravam-se poções entorpecentes às mulheres em a parturição. TEÓCRITO relata que assim foi Antígona adormecida. Mas o certo é que o fato se tornou mais evidente depois que a Rainha Vitória, da Inglaterra, teve suas dôres de parto aliviadas pela ministração do clorofórmio "à la reine", isto é, sem que perdesse de todo conhecimento, para que se respeitassem os ditames dos Evangelhos.

Em 1902, von STEINBÜCHEL, na Alemanha, introduziu o método conhecido pelo nome de "sono crepuscular", consistente na ministração do bromhidrato de escopolamina (0,0003 gr.) e do sulfato de morfina (0,01 gr.), hipodermicamente, repetindo-se a escopolamina, uma ou mais vezes, se necessário, conforme o estado mental da paciente, sob a ação das drogas. A grande excitação ocorrida em muitas mulheres, com casos até de delírio, bem como o fato de nascerem muitas crianças apnêicas, custando muito a respirar, não tem permitido adoção universal do método, a-pesar-de inúmeros adeptos.

Depois disso vários outros processos foram empregados, valendo especial citação o chamado "método de GWATHMEY", criado em 1924 e que tive oportunidade de ver empregar em Nova York, nos Estados Unidos, em 1928, na Maternidade de Manhattan. Consiste, de um modo geral, após o uso de uma lavagem evacuante intestinal com sabão, no emprêgo de uma injeção intramuscular de 0,01 ou 0,015 gr. de morfina e 2 cc. de solução a 50 % de sulfato de magnésio. A parturiente deve ser mantida em sossêgo absoluto, ao abrigo da luz, do ruído, sendo-lhe até tapados olhos e ouvidos, estes com algodões molhados em óleo. Vinte minutos depois faz-se outra injeção de sulfato de magnésio, na mesma dosagem. Logo depois que se verifica o efeito sedativo das injeções, procede-se à instilação do éter por via retal (quinino 1,3 gr., álcool 2,6 gr., éter 75 cc. e azeite doce q. s. para 120 cc.). Essa instilação, cuidadosamente feita é precedida e seguida de 30 cc. de azeite também amorniado, alias

como todo o enema. Depois do clister faz-se nova injeção de 2 cc. de sulfato de magnésio. Será feita segunda e até terceira instilação de éter, de 3 em 3 horas, contendo, contudo, somente a metade do quinino e sempre seguidas de sulfato de magnésio.

Recentemente, na Maternidade de Nova York, foi modificada a técnica, pela supressão do sulfato de magnésio, pelo emprego da morfina (0,01) e escopolamina (0,0004), quando o colo está apagado e dilatado para 4 dedos, seguido da instilação de éter. Esta é feita empregando 1,3 de quinino, ou 0,6 ou nada, conforme a frequência, duração e intensidade das dores.

O processo é complexo, obrigando à segregação da paciente, sendo o resultado completo somente obtido, segundo IRVING, em 18 % os casos e o insucesso total em 23 %. Somente 53 % das crianças choravam logo depois do parto. Só poderá, no entanto, ser empregado numa maternidade bem equipada e raramente em nosso meio, em que o sentimentalismo, às vezes exagerado, não permitiria dar o sossêgo indispensável à doente que correria os riscos, se despertada, de grande excitação.

Em 1932 KÁRPÁTI, de Budapest, verificou que as parturientes submetidas a um regime sem sal antes do termo, tinham de muito encurtado o período de dilatação, sentindo muito poucas dores. Esta suposição foi confirmada por dois colaboradores da clínica de Estrasburgo, na França, HOFSTEIN e PÉTREQUIN, considerando REEB, o diretor da clínica, o regime sem sal como "uma nova arma terapêutica em obstetrícia, permitindo tornar o parto menos longo, menos doloroso." Em 1936, tive oportunidade de comunicar em Buenos Aires, nas "Jornadas Rioplatinenses de Obstetrícia e Ginecologia" a minha experiência no particular, pois já vinha adotando a dieta sem sal em minhas gestantes, nas 4 ou 6 últimas semanas da gestação, desde 1935, com resultados apreciáveis.

REEB, publicando um trabalho sobre o mesmo assunto, em Novembro de 1938, denominou esse método de profilático, dizendo que "ele tende a pôr a gestante e seus órgãos reprodutores nas melhores condições fisiológicas para o parto a chegar." Acha que as contrações se tornam mais eficazes, a dilatação mais rápida, devido à diminuição da água nos tecidos uterinos, bem como há uma ação direta sobre o sistema vegetativo, sobre os centros nervosos e sobre o psiquismo. Cita von NOORDEN que diz que o regime acloretado produz uma mudança na repartição do cálcio: o cálcio total no sangue fica inalterado, mas o cálcio coloidal, ligado aos protídios aumenta 12 %, diminuindo os sais de cálcio. Seria devido à ação calmante dos sais de cálcio sobre o sistema nervoso que atuaria o regime acloretado. COHEN acha que a retenção do cloreto de sódio nos centros nervosos das gestantes explicaria a excitabilidade e outros fenômenos de que elas se queixam. A diminuição da excitabilidade cerebral explicaria a ausência de fenômenos espasmódicos no parto.

Merece também referência o chamado "parto médico", apresentado por KREIS, em 1931, baseado nos conhecimentos sobre a fisiologia da fibra uterina, e que tanta celeuma levantou nos meios obstétricos. Os estados espásticos do colo foram interpretados por SCHICKÉLÉ, como quebra da sinergia funcional corpo-colo, sinergia que se exprime no estado fisiológico pelo fato de que "a ação dos nervos motores do corpo deve condicionar uma ação dos inibidores do colo". Isto se inverteira na distócia. Por isso SCHICKÉLÉ encontrou no emprego da Espasmalgina um remédio precioso no combate à distócia cervical funcional. Das observações sobre a ação deste medicamento e do conhecimento de que a ruptura precoce da bolsa acelerava o parto, nasceu o chamado "parto médico" de KREIS, por ele empregado em todos os partos normais, isto é, em que não houvesse distócia pélvica ou fetal. Pensamos com PERALTA RAMOS e DE LEE que êsse método constitue bom recurso obstétrico nos casos de indicação precisa, o que nos tem levado muitas vezes a seu emprego, sem sistematização.

Era essa a situação em que me encontrava, prescrevendo o regime acloretado, aplicando a Espasmalgina, rompendo a bolsa, particularmente nas multíparas quando a dilatação atingia 3 ou 4 dedos, dando protóxido de azoto, ciclopropano ou até balsofórmio, no momento da expulsão. Por uma coincidência notável acabava de ser procurado pelo representante de uma firma americana que me entregava amostras de pentobarbital, demonstrando seu uso na Maternidade de Bóstón, sob a direção do Prof. IRVING, quando recebi a visita no Rio, em Fevereiro de 1939, de um médico que lá trabalhava, Dr. GUSTAFSON, quando fiz o meu curso "post graduated", em Obstetrícia, na Universidade de Harvard, em 1928. Depois de percorrer o meu serviço, disse-me êle: "Eu podia trabalhar com v. aqui, porque a orientação é a mesma; mas v. deve empregar o pentobarbital para tornar os partos de suas clientes indolores." Abrí a carteira e provei-lhe que já havia estudado o assunto, mostrando-lhe notas sobre o remédio, estando somente à espera da primeira cliente que o quisesse usar, o que praticaria exatamente por conhecer os trabalhos do Prof. IRVING sobre o assunto.

Em 1934, o Prof. IRVING e seus colaboradores publicaram na revista "Surgery, Gyn. & Obstetrics" um artigo sobre os barbitúricos e outros hipnóticos no trabalho de parto. A sua preferência pelo pentobarbital somente foi referida em 1936, em seu livro "A Textbook of Obstetrics". Esse remédio pode ser dado logo no início do parto, sem temor de o demorar, sendo ministrado pela bôea, na dose de 0,4 gr. seguido, por via hipodérmica de 0,0004 de escopolamina. Coloca-se uma toalha sobre os olhos da paciente e diz-se à mesma para dormir. No fim de uma hora, se não dorme, dá-se mais 0,2 de pentobarbital. Pode-se dar mais 0,2 de pentobarbital e repetir a escopolamina na dose de 0,0003. IRVING relata que 86 % das pacientes não tem lembrança alguma do parto (anamnésia

completa), 14 % somente fazem ligeiras referências ao mesmo. Sobre as crianças o efeito é satisfatório, pois 75 % respiram ao nascer. Nos casos de excitação faz-se um elister de éter, partes iguais com azeite, 60 cc. de cada.

Nos casos de minha clínica, que constituem o motivo da presente comunicação, tratava-se de pacientes que faziam questão fechada da analgesia obstétrica, ou de doentes em que não havia nenhuma contraindicação de qualquer ordem ao seu emprêgo. Fiz somente uso do pentobarbital sódico, dando inicialmente, 0,4 e repetindo a ministração do remédio uma ou duas horas depois na dose de 0,2. Não empreguei a escopolamina, nem o elister de éter, em nenhum caso. Talvez, por isso, os meus resultados não sejam tão perfeitos como os de IRVING, mas valem também para demonstrar a inocuidade do remédio não somente quanto à parturiente, como quanto ao feto. Algumas doentes, no momento da expulsão são auxiliadas por inhalações de anestésicos *à la reine*. A anestesia, aliás, é obrigatória, se há necessidade de qualquer intervenção.

Resumo dos casos

I — Senhora V. P., ficha 2269, branca, brasileira, casada, 28 anos, III para.

Parto em 22-5-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes, às 19 horas. Dilatação para 3 dedos, apresentação céfálica (E. A.). Tomou 4 comprimidos de NEMBUTAL, ficando imediatamente sonolenta. Expulsão às 21 horas (amnésia, exceto no momento do desprendimento). Feto vivo, chorando, 3.720 grs. A paciente achou excelente o remédio, e diz que não terá mais medo, como tinha, de ter filhos, tanto que está de novo grávida.

II — Senhora M., ficha 4144, 18 anos, brasileira, casada, I para.

Parto em 12-6-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes, às 19 horas do dia 11, com dilatação para 3 dedos, cabeça em E. A. Tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, dormindo imediatamente, de maneira profunda. Somente sentiu as dores expulsivas, dando à luz às 3 da manhã, assistida pelo Dr. STHEL, a meu mando, que fez episiotomia e sutura sem outra anestesia. Feto vivo, feminino, 2.800 grs.

III — Senhora E., ficha 4148, branca, síria, 28 anos, I para.

Parto em 22-7-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 2 da manhã de 22 com dores. Às 3, como estivesse muito desassossegada, gritando, mandei fazer uma Spasmalgina. Às 8 e 30 não havia dilatação ainda. Às 12 e 30 dilatação para 2 dedos. Rompi a bolsa e tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 18 e 10 foi para a sala de partos, sonolenta e apliquei-lhe 1/2 cc. de Pituitrina. Às 18 e 30, como a cabeça permanecesse em E. A. (falta de rotação), fiz uma aplicação de fórceps de Simpson, com episiotomia à esquerda (anestesia pelo balsofórmio). O feto naseou vivo, fem., 2.700 grs. A doente teve grande agitação com o NEMBUTAL, mas o efeito sobre o trabalho de parto, nem sobre o feto não foi desfavorável.

IV — Senhora S. C., ficha 4224, branca, brasileira, casada, 22 anos, I para.

Parto em 4-8-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 23 horas de 3. Às 23 e 20 não havia dilatação, a pesar das contrações fortes,

À meia noite e 35 fiz uma injeção de Spasmalgina (dóres espasmódicas). Como o trabalho tivesse parado fiz às 10 e 30 da manhã 1/4 cc. de Pituitrina. Às 10 e 45 dilatação para 3 dedos. Nova injeção de Spasmalgina, dando o caráter de novo espasmódico das dores. Às 19 e 25 dilatação para 5 dedos. Às 19 e 35 NEMBUTAL 4 drágeas. A doente teve a impressão que o marido ia sumindo (sic) e dormiu. Foi para a sala às 21 e 45 com dores expulsivas. Deu à luz a um feto feminino, vivo, com 3.000 grs. Com essa paciente passou-se um fato curioso, porque ela se julgava transportada a um tempo anterior em que fizera uma operação e via exatamente nos presentes os que a operaram e trataram nessa ocasião, dando oportunidade a cenas muito interessantes. Informa que não sentiu dores depois que tomou o NEMBUTAL.

V — Senhora A. H., 18 anos, norte-americana, branca, casada, I para.

Parto em 12-8-1939. Internou-se às 9 horas na Maternidade Arnaldo de Moraes, do dia 11, com dores fracas. Às 13 e 35 não havia dilatação. Às 19 e 15 tomou 4 cápsulas de NEMBUTAL. Às 21 e 45 tomou mais 2, após dilatação para dois dedos, colo fino, cabeça em E. A. Foi para a sala às 2 da manhã de 12, em expulsão, tomando Balsofórmio à la reine; tomou 1/2 cc. de Pituitrina às 2 e 15 e deu à luz às 2 e 40 a um feto vivo, masculino, pesando 3.010 grs. Excelente amnésia e analgesia.

VI — Senhora L. M., ficha 3.088, brasileira, branca, casada, 30 anos, III para.

Parto em 5-9-1939. Começou a sentir dores às 24 horas de 4, internando-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 5 e 1/2 da manhã. Às 6 e 1/2 dilatação para 2 dedos, dores fracas, cabeça em E. A., feto vivo, tomando 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 9 e 1/2 foi para a sala em expulsão. Rompi a bolsa às 10 horas menos 17 minutos e apliquei à 10 menos 9 uma empôla de Thymophysina, pois a doente estava meio inconsciente e não ajudava a expulsão. Deu à luz às 10 a um feto vivo, feminino, com 3.800 grs. que nasceu cianótico, mas foi logo reanimado. A paciente que já dera à luz 2 vezes e tinha horror ao parto, achou excelente a medicação contra o dôr do parto.

VII — Senhora L. M., ficha 3926, branca, brasileira, 23 anos, II para.

Parto em 6-9-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 4 e 30. Às 11 e 45 dilatação para dois dedos. Tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, de efeito imediato. Passou a dormir profundamente. Às 15 dilatação completa. Foi para a sala às 15 e 10, onde apliquei 1/2 cc. de Pituitrina. Às 15 e 15 deu à luz a um feto vivo, fem., com 3.400 grs. A paciente informou não ter sentido dores, mas ficou um pouco deprimida, tomando, por minha ordem, às 18 horas uma empôla de Cardiazol.

VIII — Senhora G. C., ficha 4190, branca, brasileira, 43 anos, I para.

Parto em 12-9-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 6 da manhã com dores e dilatação para 2 dedos. Tomou 4 drágeas de NEMBUTAL às 14 horas e às 16 mais 2 (o efeito foi muito acentuado, pois dormiu). Às 21 horas foi para a sala, com dilatação completa, cabeça em E. A. Às 22 e 30 fiz uma aplicação baixa de fórceps de Simpson (primitiva para muito idosa e exausta) com episiotomia prévia. Feto vivo, feminino, 2.750 grs., em morte aparente, logo reanimado. Revisão do colo, sem rotura, pondo um tampão vaginal iodoformado, tirado 6 horas depois.

IX — Senhora B. A., ficha 4463, branca, casada, 22 anos, brasileira, I para.

Parto em 22-9-1939. Internou-se às 6 e 40 com dilatação para 2 dedos. Às 7 e 30 rotura espontânea da bolsa. Às 13 e 20 dilatação para 4 dedos.

Foi para a sala às 14 e 40 minutos, dando à luz a um feto vivo, masculino, com 2.440 grs., às 15 e 5, assistida pelo Dr. STHEL a meu pedido. Às 12 horas tomara 4 drágeas de NEMBUTAL, ficando muito excitada e tomado mais 2 às 13 horas, ficando então mais calma, informando que somente sentiu a expulsão depois que tomou o remédio. Foi feita episiotomia e sutura, sem outra anestesia (Dr. STHEL).

X — Senhora J. T., ficha 4570, 32 anos, branca, brasileira, I para, apresentação pélvica.

Parto em 21-10-1940. Internou-se às 7 e 30 de 20 em trabalho de parto, perdendo águas. Às 14 e 15 não havia dilatação. Às 14 e 20 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 16 e 10 mais 2 drágeas. Às 22 horas dilatação para 3 dedos, colo fino. Às 22 e 40 Thymofisina 2 empôlas. Às 24 e 10 dilatação completa, já na sala. Fiz 1/2 cc. de Pituitrina. À 1 hora de 21, como a apresentação não descesse, fiz a grande extração, que foi trabalhosa, sob anestesia pelo Balsofórmio, nascendo um feto vivo, em morte aparente, com 3.100 grs., masculino, reanimado com lobelina.

XI — Senhora R. F., ficha 4505, brasileira, branca, 34 anos, I para.

Parto em 1-11-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 12 e 30 perdendo águas. Às 14 não havia dilatação, mas dôres fracas e espaçadas. Às 15 e 40 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, às 17 e 20 mais 2 drágeas. Às 19 horas dilatação completa, indo para a sala às 20 e 20 com dôres expulsivas. Às 20 e 45 fiz uma injeção de Thymophysina. Às 21 e 35 resolví aplicar o fórceps, devido à rotação incompleta (circular), usando o de SIMPSON. Feto vivo, masculino, 3.310 grs. Episiotomia, bem como aplicação de fórceps, feitas sob anestesia pelo protóxido de azoto. O caso não foi dos melhores quanto à analgesia e amnésia.

XII — Senhora M. R., ficha 4519, branca, 28 anos, norte-americana, I para.

Parto em 2-11-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 9 horas do dia 1, perdendo catarro. Às 11 e 15 não havia dilatação. Dia 2 às 8 e 20 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 8 e 40 vomitou. Às 9 e 15 tomou mais 2 drágeas. Foi para a sala às 11 e 35. Às 12 e 40 fiz fórceps de SIMPSON (circular), feto vivo, feminino, 3.340 grs., chorando. Anestesia pelo protóxido de azoto.

XIII — Senhora C. C., ficha 4612, branca, brasileira, 35 anos, I para.

Parto em 17-11-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 19 horas, com dôres. Às 21 e 30 dilatação para 4 dedos. Às 22 horas tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Dormiu imediatamente, acordando no momento das contrações. Às 7 da manhã dilatação completa. Às 11 e 30 cabeça em E. A. (falta de rotação). Fiz fórceps de SIMPSON (circular no pescoço), episiotomia. Feto vivo, feminino, 2.800 grs. Anestesia pelo Balsofórmio. O feto nasceu gritando.

XIV — Senhora E. N., ficha 4515, branca, brasileira, 20 anos, I para.

Parto em 25-11-1939. Internou-se à 1 hora da manhã na Maternidade Arnaldo de Moraes, depois de perder águas. Às 14 horas não havia ainda dilatação, dôres fracas, às 24 e 30 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Grande agitação (meio familiar transportado para a Maternidade muito agitado: 3 cunhadas e o marido!). Às 2 e 30 dilatação para 4 dedos. Às 2 e 40 mais 2 cápsulas de NEMBUTAL. Às 2 e 50 foi para a sala inconsciente e agitada, em expulsão. Às 3 e 15 deu à luz, feto vivo, masculino, 2.760 grs. Episiotomia. Sutura sob protóxido de azoto, que não lhe foi ministrado na expulsão, porque o anestesista se atrasou.

XV — Senhora E. M. B., ficha 4136, branca, brasileira, 23 anos, I para.

Parto em 13-12-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes aos 20 minutos do dia 13, com dôres fracas. Às 7 e 20 dilatação para dois dedos, às 7 e 35 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, ficando sonolenta. Às 9 e 35 mais duas drágeas, às 10 e 15 foi para a sala, dando à luz às 10 e 45, feto vivo, chorando, masculino, 3.450 grs. Episiotomia sob ação do NEMBUTAL, sutura com anestesia local pela novocaina a 1 %, 10 cc. A doente ficou satisfeita com a analgesia e a agitação foi ligeira.

XVI — Senhora M. V., ficha 4517, 27 anos, brasileira, branca, casada, I para.

Parto em 14-12-1939. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 23 e 15 do dia 13, depois de rotura da bolsa. Às 3 e 40 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, com dilatação quasi completa. Às 4 e 30 tomou mais 2 drágeas, indo às 5 para a sala, em expulsão, completamente "groggy", cabeça em E. A. Às 5 e 30 1/2 cc. de Pituitrina. Às 6 horas nasceu um feto vivo, masculino, pesando 3.550 grs. Episiotomia à direita. A paciente disse que somente sentiu as dôres expulsivas (sentiu que fazia força) e ficou contente com o desaparecimento do sofrimento, desde que tomou a droga. Não ficou agitada e o feto nasceu gritando.

XVII — Senhora O. O., ficha 3849, inglesa, branca, casada, 29 anos, II para.

Parto em 25-1-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 16 horas com dôres fracas, às 16 e 20 dilatação para 3 dedos, às 16 e 25 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 17 e 40 dilatação completa, indo para a sala. Deu à luz a um feto vivo, masculino, 3.425 grs. Três pontos na pele do períneo. Tomou protóxido à la reine, no desprendimento. Achou excelente a analgesia.

XVIII — Senhora V. C., ficha 3234, branca, brasileira, casada, 26 anos II para.

Parto em 19-2-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 4 e 40, após ter perdido águas em Petrópolis. Às 14 começou o trabalho, colo apagado. Às 19 e 15 NEMBUTAL 4 drágeas. Às 20 e 15 dilatação completa, indo para a sala onde deu à luz a um feto vivo, masculino, com 3.380 grs. Balsofórmio à la reine no desprendimento. Episiotomia. Achou ótima a analgesia, bem como o parto, porque o primeiro fôrceps demorado e terminado a fôrceps.

XIX — Senhora M. S., ficha 3455, branca, brasileira, casada, 27 anos, II para.

Parto em 25-3-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 10 horas com dôres. Às 10 e 50 dilatação para 4 dedos, bolsa íntegra. Às 11 horas tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, às 12 e 5 foi para a sala, dando à luz às 12 e 10, feto vivo, masculino, 2.860 grs., nascido em morte aparente, reanimado com banho quente e manobras respiratórias.

XX — Senhora V. R., ficha 1835, branca, brasileira, casada, II para.

Parto em 19-3-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 7 e 20 com dôres. Às 7 e 35 tomou 4 comprimidos de NEMBUTAL, às 8 e 25 dilatação completa indo para a sala, às 8 e 30. Deu à luz às 9, a um feto vivo, masculino, 4.375 grs.. Tomou protóxido de azoto à la reine, no desprendimento. Achou ótima a analgesia.

XXI — Senhora B. N., ficha 4152, branca, brasileira, casada, 23 anos, II para.

Parto em 22-3-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 14 horas de 20. Às 8 e 30 do dia seguinte não havia dilatação, tendo se retirado e sendo readmitida dia 21. Às 12 e 45 colo apagado, sendo lhe administrado cardiazol quinino 2 drágeas de 2 em 2 horas, a partir de 8 e 10 até tomar 6. Às 16 e 40, com dôres fortes, tomou 4 drágeas de NEMBUTAL, dormindo logo. Às 20 e 15 foi para a sala, dando à luz às 21 horas, sob anestesia pelo protóxido de azoto *à la reine*, após 1/2 cc. de Pituitrina. Deu à luz a um feto vivo, masculino, com 2.800 grs. Fazia questão de parto sem dôr, o que obteve.

XXII — Senhora J. M., ficha 4158, branca, brasileira, casada, 27 anos, I para.

Parto em 23-3-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes aos 30 minutos de 23 com dôres (apresentação pélvica). Às 20 dilatação para 3 dedos. Às 20 e 10 tomou 4 drágeas de NEMBUTAL e às 21 e 45 mais 2 drágeas. Foi para a sala de operações às 23 e 59, fazendo eu uma cesária segmentária, com incisão de Kerr. Feto vivo, feminino, em morte aparente (reanimado com lobelina, oxigênio e gás carbônico, banhos e manobras respiratórias). Balsofórmio foi o anestésico no ato operatório. A indicação da cesária foi a apresentação pélvica em I para, com sofrimento fetal (taquicardia e aritmia).

XXIII — Senhora L. P. R., ficha 4214, branca, brasileira, casada, 21 anos, I para.

Parto em 29-3-1940. Internou-se na Maternidade Arnaldo de Moraes às 6 e 30 de 28, com dôres. Às 22 e 20 dilatação para 5 dedos, dez minutos depois tomou 4 drágeas de NEMBUTAL. Às 3 e 5 dilatação quasi completa. Às 3 e 20 Spasmalgina. Às 3 e 30 rotura da bolsa espontânea. Às 6 e 40 foi para a sala em expulsão. Às 7 e 5 parto a fórceps (doente exausta), pois havia circular do cordão. Episiotomia, mas o fórceps fez também rotura perineal, logo reparada. Feto vivo, masculino, 3.425 grs., em morte aparente, reanimado com manobra de Ogata, Sylvester, lobelina. A anestesia geral fóra pelo Balsofórmio.

Conclusão dos resultados

As doentes eram 15 primíparas e 8 multíparas e *tôdas faziam questão do parto sem dôr*, constituindo cêrcia da terça parte das doentes que assisti nesse período de tempo. Houve 14 partos espontâneos, 7 fórceps baixos (5 devido à existência de circulares e 2 em primíparas idosas [36 e 43 anos]), 1 grande extração e 1 cesária segmentária (ambas apresentações de nádegas em primíparas). Os fórceps foram todos em primíparas e baixos. Os fetos todos nasceram vivos, 18 chorando e 5 em morte aparente, reanimados e com alta vivos, sem se poder atribuir ao remédio a causa única do acidente. As doentes eram 19 brasileiras e 4 estrangeiras. Os resultados foram ótimos 20 vezes e menos favoráveis, ou sem efeito, 3 vezes.

Analgesie obstétricale**Résumé**

Cet sujet constitue, selon l'A. un vrai problème pour l'accoucheur moderne, en vue la connaissance que le public en a ainsi que la propagande de quelques remèdes capables de soulager les douleurs de l'accouchement.

Il se rapporte aux nombreux procédés qui ont conquis quelque renomée et, en particulier à l'emploi du pentobarbital sodique par le Prof. Irving, de Boston, dont il a pu connaître l'orientation lors de son cours "post-graduated" à l'Université de Harvard.

Il rapporte aussi qu'il employait depuis longtemp la diète sans sel, selon Karpati, au cours des dernières semaines de la grossesse. Il a employé le pentobarbital sodique dans 23 cas, ayant eu 20 fois de résultats optima et trois faillites partielles ou totales. Tous les enfants sont nés vivants, ce qui démontre l'innocuité tant pour les mères que pour leurs fils. Quelques unes d'entre ces patientes ont reçu une légère anesthésie "à la reine" (protoxyde d'azote ou balsoforme) au moment de l'expulsion.

Obstetrical analgesia**Summary**

The A. states that this sujet has become a problem for the modern obstetrician, on account of public knowledge and of the advertisement of drugs capable to relieve the pains of delivery.

The various methods more widely adopted are referred by the A., particularly the use of sodium pentobarbital by Prof. Irving, from Boston, whose works he had the opportunity to get acquainted with, when attending "post graduated" course of obstetrics, at Boston Maternity of Harvard University.

The A. reports his observations, with the use of the saltless diet following Kárpati, in the last weeks of pregnancy and with the use of nembutal (sodium pentobarbital) em 23 cases, being 20 successfull and 3 partially or completely unsuccessfull.

All the infants were borne alive what proves the innocuousness, of the drug regarding both mothers and babies. During the 2nd stage anesthesia à la reine (nitroso oxyd-oxygène or balsoforme) was used in some deliveries.

Schmerzlinderung in der Geburtshilfe**Zusammenfassung**

Der Verf. weist darauf hin, dass der Gegenstand ein Problem für den modernen Geburtshelfer darstellt, da das Publikum gewisse Kenntnisse davon hat und eine Propaganda für Drogen, die unter der Geburt schmerzlindernd wirken sollen, besteht.

Er bezieht sich auf verschiedene Verfahren, die grössere Verbreitung gefunden haben, insbesondere auf die Verwendung des Natrium-Pentobarbitals durch Prof. Irving aus Boston, dessen Richtlinien er kennengelernt, als er an einem geburtshilflichen "post graduated"-Kurs in der Bostoner Klinik der Harvard-Universität teilnahm.

Der Verf. schildert die Anwendung der salzlosen Kost nach Kárpati, in den letzten Schwangerschaftswochen und des Natrium-Pentobarbitals (Nembutal) bei 23 Fällen, mit 20 ausgezeichneten Ergebnissen und 3 teilweisen oder ganzen Misserfolgen. Alle Kinder wurden lebend geboren, womit die Unschädlichkeit für Mutter und Kind bewiesen ist. Im Augenblick des Durchschneidens wurde bei einigen der Gebärenden eine Narkose "à la reine" (Stickstoffoxydul oder Balsoform) gegeben.

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Trabalhos recentes sobre a eclâmpsia</i> — VARAY, A.	135
<i>Asma e perturbações das secreções hormonais do ovário</i> — CHIRAY, M., MOLLARD, H. e DORET, M.	136
<i>Ciclo oculto e ciclo funcional</i> — KREIS, J.	137
<i>O diagnóstico precoce da gravidez pela reação de Friedmann-Brouha, com o auxílio da ovarioscopia transperitoneal</i> — CRAINICIANU, AL.	138
<i>Febre tifóide de marcha silenciosa acarretando um estado hemogênico, revelado por uma hemorragia profusa do defloramento com lesões himenais mínimas</i> — PIETRI, M.	140
<i>Comportamento do sangue periférico e da medula no puerpério</i> — GIUFFRIDA, F. e BORGHESE, A.	141
<i>Anestesia local na obstetrícia operatória vaginal</i> — SANNICANDRO, G.	142
<i>Dados obstétricos sobre alguns casos de osteopsatirose</i> — PONZI, E.	142
<i>Primeiras observações sobre a propriedade clínico-terapêutica de um novo preparado estrógeno (Dietildioxiestilbeno)</i> — LORENZETTI, F.	143
<i>Sobre a recidiva tardia do carcinoma do colo uterino</i> — SILVA, C.	143
<i>Sobre o carácter ambosexual do hormônio genital. Pesquisas experimentais sobre o útero, ovário e hipófise da coelha</i> — GIUFFRIDA, S.	144
<i>Investigação clínica sobre a função ovárica em relação às intervenções parcialmente mutiladoras da esfera genital</i> — PUGLIATTI, V.	145
<i>Medida das contrações uterinas na última fase da gestação</i> — MURPHY, D. P.	145
<i>Endometriose da sigmóide, reto-sigmóide e reto</i> — MAYO, C. W. e MILLER, J. M.	146
<i>Complicações ureterais e renais do carcinoma da cervix. Classificação e conduta</i> — JAFFE, H. L., MEIGS, J. V., GRAVES, R. C. e KICKHAM, C. J. E.	147
<i>Euxérto autógeno de ovário na endometriose</i> — COUNSELLER, V. S. e WRORK, D. H.	148
<i>Sarcoma do estroma endometrial</i> — McDONALD, J. R., BRODERS, A. C. e COUNSELLER, V. S.	150
<i>Rabdomiossarcoma do corpo do útero</i> — GUNNING, R. E. L. e ROSS, C. A.	151
<i>Profilaxia e tratamento do carcinoma da cervix e do corpo do útero</i> — COOKE, W. R.	152
<i>Endocrinoterapia em obstetrícia e ginecologia</i> — BURCH, J. C.	153
<i>A conduta na distocia pélvica</i> — BECK, A.	155
<i>Toxemias da gravidez</i> — JOHNSON, H. W.	156
<i>Um estudo das posições occípito-posteriores de vérteice (análise, conduta e resultados em 106 casos consecutivos)</i> — PROCTER, I. M. e DICKINSON, K.	157
<i>O sérum humano como substituto do sangue no tratamento da hemorragia e do shock</i> — LEVINSON, S. O., NEUWELL, F. e NECHELES, H.	158
<i>Um estudo de "falso" teste de Friedman na gravidez</i> — RANDALL, L. M., MAGATH, T. B. e PANSEH, F. N.	160
<i>Cloridrato de epinefrina na inversão aguda do útero puerperal</i> — DARO, A. F., HESKETT, B. F. e SCHILLER, H. A.	161

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Lipídios do sangue na gravidez — SCHWARTZ, O. H., SOULE, S. D. e DUNIE, B.</i>	162
<i>Micoses vulvovaginais na gravidez — CARTER, B., JONES, C. P., ROSS, R. A. e THOMAS, W. L.</i>	163
<i>Justificação para o uso do propionato de testosterona no tratamento imediato do sangramento uterino excessivo — ABARBANEL, A. R.</i>	164
<i>Struma ovarii — WYNNE, H. M. N., CARTNEY, J. S. e MC. CLENDON, J. F.</i>	165
<i>A traqueoplastia (técnica de Sturmdorf) no tratamento da esterilidade — MOORE, O.</i>	167
<i>Quimioterapia em obstetrícia e ginecologia — DOUGLAS, R. G.</i>	168
<i>Mesonefroma do ovário — JONES, H. W. e SEEGAR, G. E.</i>	169
<i>O emprego do propionato de testosterona no tratamento da paciente em menopausa — SILBERMAN, D., RADMAN, H. M. e ABARBANEL, A. R.</i>	170
<i>O emprego do pregneninonol por via oral na menometrorragia funcional — HAMBLEN, E. C., POWELL, N. B., CUYLER, W. K. e PATTEE, C. J.</i>	171
<i>A inibição da lactação no parto com propionato de testosterona — BEILLY, J. S. e SOLOMON, S.</i>	172
<i>Outros estudos sobre as relações entre a tireóide e a hipófise de um lado e as respostas do ovário às injeções de extratos urinários da menopausa — LEONARD, S. L. e DE FRATES, J.</i>	173
<i>O modo de ação do propionato de testosterona no trato genital feminino — HUFFMAN, J. W. e BOS, L. H.</i>	173
<i>Ação androgênica da desoxicorticosterona — HOOKER, C. W. e COLLINS, V. J.</i>	174
<i>Experiências com as propriedades biológicas do estilboestrol e do dipropionato de estilboestrol — MELLISH, C. H., BAER, A. J. e MACIAS, A. C.</i>	174
<i>Reagudização puerperal de uma endocardite. Gangrena das extremidades. — PEREZ, M. L. e BOIGEN, I.</i>	175
<i>Actinomicose do ovário — HAMATTINA, F.</i>	177
<i>Operação cesariana devido a uma esclerose do colo uterino consecutiva à diatermocoagulação — AHUMADA, J. L.</i>	178
<i>Arranoblastoma do ovário — ALTHABE, A., DI PAOLA, G. e COLILLAS, D.</i>	179
<i>Miomas uterinos cervicais — BOTTARO, L. P.</i>	180
<i>O purgante e a lavagem como agentes provocadores da versão fetal nas apresentações pelvianas e transversas — ESCUDER, C. J.</i>	181
<i>Câncer peritoneal generalizado de origem ovárica — CONRADO, Z.</i>	182

A REHABILITAÇÃO DOS TECIDOS INFECTADOS

Investigações recentes, provaram que a glycerina não é sómente um antisseptico, mas, também um germicida, capaz de penetrar os tecidos, estimulando as cellululas brancas do sangue defensoras, capaz de levar mais sangue ao sitio da infecção, de remover os tecidos inutilizados, e finalmente, de estimular o reparo dos tecidos celulares fixos.

A Antiphlogistine (analyse: 45 % de glycerina c/pura), devidamente applicada, combina todas as virtudes da glycerina, manutenção do calor e da humidade, e a protecção mecanica suprida pelo silicato de alumínio, base do preparado. Poderosamente hygroscopica e bacteriostatica, este influe como antiphlogistico e nutritivo, mesmo nas estructuras profundas, sem effeitos irritantes ou toxicos.

A conduta na distócia pélvica (*The management of pelvic dystocia*) — BECK, ALFRED — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1940, Vol. 70, N.^o 2-A, pág. 509).

A possibilidade de distócia pélvica pode ser reconhecida por medidas da pelve no período prenatal.

As mensurações externas possuem um valor muito pequeno para determinar se a pelve é ou não estreitada.

Muito mais importantes são a conjugata diagnoalis e o diâmetro bi-isquiático. Infelizmente estas mensurações requerem muita experiência antes que sejam feitas com o apuro de técnica necessário. Por isso, muito erro tem sido praticado, passando despercebida muita distócia pélvica. A pelve também pode ser medida por rentgenogramas, pelos métodos de THOMS ou de CALDWELL ou ainda MOLOY.

Este método radiológico é promissor e o A. faz votos para que cada mulher tenha o volume de sua pelve, determinado por este meio, antes do casamento ou no início da gravidez, como costuma fazer o exame de Wasserman prenupcial ou prenatal.

No que diz respeito ao parto propriamente, refere o A. que a cesariana deverá ser preferida nos casos de conjugata vera igual a 8 cms. ou menos.

Nos casos limites de estreitamento pélvico uma tentativa de parto pode ser feita e a decisão pro ou contra a cesariana deve ser feita dentro de 15 horas depois do comêço do trabalho e dentro de 4 horas depois da ruptura das membranas.

Possue um valor apreciável o estudo estereo-radiográfico no decorrer da tentativa de parto. Uma tentativa completa de trabalho não é necessária na maioria dos estreitamentos pélvicos limites.

A cesariana baixa não é inócuia quando é praticada muito tarde, muito depois da ruptura das membranas e depois de toques vaginais. Constitue, entretanto, um processo relativamente benigno quando praticada dentro de 10 a 15 horas depois do comêço do trabalho e dentro de 4 horas depois da ruptura do bolso dágua e desde que não se tenham praticado toques vaginais. Ao lado disso, também que se tenha conduzido por uma boa técnica durante o período de tentativa de trabalho.

As operações destrutivas, às vezes, requerem uma maior capacidade do operador, do que a necessária para a execução de uma cesariana.

Nos casos descuidados de distócia pélvica, há sempre risco materno nas operações destrutivas. Ao contrário, nestes casos, a cesariana pode ser praticada com sucesso.

Desde, porém, que o parto possa ser feito em determinadas condições, é preferível agir-se desse modo do que praticando a própria cesariana.

O fórceps alto, a versão podálica e o parto provocado não são recomendados pelo A., nos casos de pelve estreitada.

Toxemias da gravidez (*Toxemias of pregnancy*) — JOHNSON, HERMAN W. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Fev. 1940, Vol. 70, N.º 2-A, pág. 513).

Existem somente dois estados tóxicos devido à gravidez: hiperemese gravídica e eclâmpsia. Ambas têm origem ovular e este é o único fator que possuem em comum. É durante o período embrionário da placenta que se desenvolve a hiperemese gravídica e é na senilidade da placenta que a eclâmpsia se desenvolve. Por vários anos pareceu que a hiperemese fosse provocada por uma proteína específica, secretada pelas células sinciciais e deste modo introduzida na corrente circulatória. Desde então, tem-se procurado desensibilizar as doentes, já com sôro sanguíneo do marido, já, como ultimamente, com leite esterilizado.

Lembra o A. que o estudo dos antecedentes destas pacientes mostra frequentemente uma história de alergia. Acrescenta que o fator psicogênico deve sempre ser levado em consideração. Quanto à eclâmpsia acredita que a preeclâmpsia, caracterizada pela hipertensão, é causada por aminas piretógenas, especialmente a tiramina e que a eclâmpsia, caracterizada pela hipertensão e espasmo capilar, é uma reação alérgica às mesmas aminas.

Passa a descrever as experiências feitas pelos diversos autores desde 1914, onde foi encontrada a tiramina no sangue de várias hipertensas.

A posição ereta, somente conservada pelo homem, freqüentemente causa compressões venosas provocando varizes. Este é um fator que, em determinadas condições, causa alterações na circulação útero-placentária, isto é, estase nos espaços intervilosos. Aquelas condições são: primeiras gestações, gestações tardias, fetos grandes e polihidrâmnios. Quando estas áreas de estase se desenvolvem e são mantidas por algum tempo, as células coriônicas são privadas de nutrição e morrem. Segue-se uma autólise celular e o tecido coriônico se reduz aos seus ácidos aminados. Se a estase intervilosa com suas consequências se instala numa extensa área, sobrevém hemorragia nesta área.

A eclâmpsia, portanto, não requer um infarto visível; basta a produção de tiramina. Esta é tóxica e hiperpiêzica. A princípio, por ação irritativa das paredes dos capilares terminais e depois pela irritação dos glomérulos.

A produção de tiramina, derivada da tirosina só é possível havendo um processo infeccioso com bactérias ou enzymas no sangue circulante.

O A. tirou, de suas experiências, as seguintes conclusões: Com os presentes métodos de precipitação de proteína do sangue, e análises, não se pode, por enquanto, descrever algum quimismo sanguíneo peculiar à eclâmpsia, envolvendo variações em azoto não protéico, uréia, ácido úrico, ácidos animados ou creatinina. A tiramina parece ser o único ácido aminado definitivamente associado aos sintomas clínicos da eclâmpsia. A taxa de tiramina não está em relação com a intensidade dos sintomas. A alergia é o fator que influe nesta última conclusão.

A tiramina circulante no sangue de gestantes somente produz hipertensão; nas sensíveis ou alérgicas, a tiramina produz hipertensão e espasmo capilar que é o característico patológico da eclâmpsia.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Um estudo das posições occípito-posteriores de vértice (análise, conduta e resultados em 106 casos consecutivos)
(A study of the occipito-posterior position of the vertex [Analysis, management and results in 106 consecutive cases]) —
 PROCTER, I. M. e DICKINSON, K. — (*J. A. M. A.*, Fev. 1940, Vol. 114, N.^o 5, pág. 381).

Os A.A. estudam o mecanismo da insinuação da cabeça nos casos normais e nos casos patológicos em aprêço e em seguida passam em revista a etiologia, a patologia e o tratamento das occípito-posteriores de vértice.

Os pontos de vista dos A.A. podem ser assim resumidos:

A etiologia das posições occípito-posteriores é dependente da presença de forças anormais diretas durante o trabalho de parto. Isto é mais frequentemente causado pela presença de alguma desproporção pélvica, usualmente a variedade de bacia achatada simples.

No tratamento há 3 princípios fundamentais: esperar a dilatação, esperar a insinuação e esperar a rotação. Os dois primeiros são fundamentais no parto pelas vias naturais, mas o último, se não ocorre espontaneamente, pode ser executado manualmente.

Do estudo estatístico de 106 casos consecutivos de posições occípito-posteriores os A.A. dizem que os fatos mais evidentes são os seguintes:

A paridade e a idade não são fatores etiológicos nesta complicação. A história de trabalho de parto anterior difícil é frequente, mas não é decisiva de vez que o tamanho do feto é variável.

A maioria das doentes nas quais a mensuração pélvica foi possível apresentava um encurtamento moderado do conjugata vera.

Um trabalho de parto longo e maior perda de sangue são frequentes, embora, no caso de feto pequeno o oposto possa ocorrer.

A rotação da cabeça fetal sobre o contorno pélvico frequentemente acarreta a ruptura prematura das membranas.

A morbidade é um pouco mais alta nesse grupo. A mortalidade fetal foi de 2,7 % e a materna igual a 0 (zero).

O sérum humano como substituto do sangue no tratamento da hemorragia e do shock (*Human serum as a blood substitute in the treatment of hemorrhage and shock*) — LEVINSOHN, SIDNEY O., NEUWELL, FRANK e NECHELES, HEINRICH — (*J. A. M. A.*, Fev. 1940, Vol. 114, N.º 6, pág. 455).

Toda transfusão de sangue, dizem os A.A., necessita de pesquisas prévias de laboratório, tais como: tipo sanguíneo do doente e do doador, provas cuidadosas de compatibilidade e reação de Kahn e similares. Essas pesquisas são essenciais para evitar as reações da transfusão e mesmo quando rapidamente executadas consomem uma ou mais horas. Esta demora pode ser fatal nos casos agudos em que o doente necessita para viver de uma restauração rápida de líquidos. Outros líquidos (sôro fisiológico, dextrose) podem ser dados nesse intervalo, mas tais medidas são frequentemente ineficazes. Assim uma séria desvantagem no uso da transfusão de sangue como medida de urgência é uma certa demora inevitável e cuja duração é variável.

Foi essa demora junta a outras considerações tais como, frequente dificuldade de assegurar sangue aos enfermos pobres, que levou ao desenvolvimento e uso do sangue armazenado. Em caso de emergência o uso de sangue armazenado é uma medida excelente, a-pesar-de provas evidentes de que o sangue armazenado é inferior ao sangue fresco, principalmente se o sangue em depósito tem mais de setenta-e-duas horas. Contudo, mesmo com o uso de sangue armazenado é necessário injetar lentamente, para diminuir as reações desfavoráveis.

Por essas razões, dizem os A.A., o sangue armazenado não traz uma solução aos casos de emergência em que uma restauração pronta do volume sanguíneo é uma necessidade vital.

As reações da transfusão de sangue são ainda relativamente frequentes. Os tipos mais sérios de reações são as devidas a hemaglutinação ou a hemólise. E' claro que embora a transfusão de sangue seja uma medida de alto valor e salve muitas vidas, há dois impecilhos, que restringem seu uso, isto é, uma demora inevitável antes da administração e as reações, ambos devidos primariamente aos elementos corpusculares do sangue.

A necessidade de um bom substituto do sangue é portanto evidente e tem sido objeto de muitas investigações. O substituto ideal

seria um líquido prontamente manejável, estável durante longo período de tempo, que permanecesse na circulação e fôsse desprovido de reações ou efeitos nocivos.

As soluções salinas têm representado um papel importante como substitutas do sangue. São prontamente manejáveis, inócuas, econômicas e facilmente preparadas. Contudo são frequentemente ineficazes, porque sob certas condições deixam a circulação.

O uso da infusão de sérum ou plasma para combater os efeitos da hemorragia data de 1918. O sérum pode ser preparado para uso imediato e grandes quantidades de sérum em depósito podem ser administradas sem reações adversas.

Os A.A. fizeram longas experiências em cães estudando os efeitos da hemorragia e a ação das soluções salinas e do sérum sanguíneo sobre êsses efeitos.

Dessa longa experimentação os A.A. tiram as seguintes conclusões:

- 1) A imediata restauração do volume líquido após extensa hemorragia previne o desenvolvimento do shock secundário.
- 2) A demora na restauração do volume líquido após extensa hemorragia permite o desenvolvimento do shock secundário.
- 3) As soluções salinas são ineficazes quando o shock secundário se desenvolveu após hemorragia grave.
- 4) O sérum é um agente eficaz no combate a todos os efeitos da hemorragia grave e sobre o shock, exceto sobre a perda de glóbulos vermelhos.
- 5) A perda de eritrócitos não é grave senão quando demasiado extensa.
- 6) O sangue total, o melhor agente restaurador, exige tempo, consumido em provas de laboratório, antes de sua administração, acarretando assim uma demora inevitável que neutraliza seus benéficos efeitos finais.
- 7) O sérum pode ser dado em quantidades maciças sem qualquer demora ou provas preliminares.
- 8) O sérum pode ser usado no intervalo enquanto espera a transfusão de sangue, como substituto quando o sangue não é possível ou quando a perda de eritrócitos não é demasiadamente extensa.
- 9) O sérum humano, como substituto do sangue, encontraria larga aplicação não só em emergências civis, mas principalmente na guerra, na frente de batalha.

No ponto de vista etiopatogênico a via digestiva é tida como a única aceita, sendo a hematogênica e a cutânea refutadas. Nas fezes é frequente encontrar-se actinomicetos, além das portas de entrada serem frequentes, bem como deve considerar-se a estase fecal e as relações anatômicas do ovário com o apêndice, ceco e alça sigmóide.

A actinomicose é primária ou secundária, neste caso há focos anteriores em outros órgãos. Os sintomas são: a dor, em geral de forma cólica de alternativas pouco características, dependendo suas variações da localização do processo e seu desenvolvimento; tumor que nunca falta é de localização variada, tendo SAINTER citado um caso de localização glútea.

O caráter importante desses tumores é, a-pesar-de serem inflamatórios, de crescimento silencioso, e que não se detém pelos tratamentos clínicos habituais. O fim desses tumores é a fusão purulenta e a fistulização. No pus se distinguem grãos actinomicósicos típicos. Na maioria dos casos, a enfermidade evoluciona apresentando os sintomas das anexites inflamatórias e só se faz o diagnóstico com a fistulização ou a intervenção cirúrgica. O diagnóstico é quasi impossível pelos sinais clínicos. Suspeita-se quando seu caráter de processo inflamatório não melhora com o tratamento habitual ou quando encontram-se grãos actinomicósicos pelo exame bacteriológico.

Os autores alemães aconselham a extirpação ampla, tratando-os como se fossem tumores malignos. Os resultados são nulos. A roentgenoterapia não tem dado resultado. A actinomicina reduziu a mortalidade para 65 %. Localmente fazer injeções intersticiais ou pelo trajeto fistuloso de sulfato de cobre a 1 %. Sol. iodoiodurada a 10 %. Sol. de formalina a 1 %. Internamente dar iodeto de potássio na dose de 2,0 por dia. Porém, o que melhores resultados tem dado é a actinomicina, filtrado de germen atóxico, que se administra pela via subcutânea.

Operação cesariana devido a uma esclerose do colo uterino consecutiva a diatermocoagulação (Operación cesárea debida a una esclerosis del cuello uterino consecutiva a la diatermocoagulación del mismo) — AHUMADA, J. L. — (La Sem. Méd., Fev. 1940, N.º 7, pág. 377).

O A. cita o caso de uma paciente com endocervicite em que por duas vezes foi feita a diatermocoagulação do colo, e que tendo essa paciente engravidado posteriormente, foi necessário fazer uma operação cesariana, pois o colo estava rígido, não se conseguindo introduzir nêle a pôlpa digital, a despeito de fazer duas empôlas de espalmagina, com intervalo de uma hora e na suposição de tratar-se de um espasmo.

Todos os processos modernos de tratamento da endocervicite tem por base a extirpação da mucosa endocervical cronicamente inflamada, como tem demonstrado a experiência, para substituir a mucosa doente por outra sã, polida e bem epitelizada. Esta eliminação da endocérrix doente é conseguida pelos meios cirúrgicos (traquelo-plastia, traquelorrafia, etc.), físicos (diatermocoagulação, galvanocauterização) ou químicos (cáusticos diversos, em especial o de Filhos). Por sua complexidade, os métodos cirúrgicos perderam hoje sua razão frente aos métodos físicos e químicos. Quando usado com boa técnica o cáustico de Filhos é um excelente agente terapêutico (aplicação suave e rápida) e em casos apropriados (multíparas com canal cervical amplo). Seu principal inconveniente reside na frequência com que se observam estenose cicatricial do canal cervical, a qual se deve, na maioria dos casos à não observância daquelas condições prévias.

Com a diatermocoagulação, são raras as observações publicadas a respeito de esclerose tão intensa que repete a tão desfavoravelmente sobre o mecanismo da dilatação durante o trabalho de parto. Sem embargo, é lógico que tal eventualidade, há de produzir-se com relativa frequência, ainda que nas melhores mãos, pela dificuldade de apreciar com exatidão a profundidade da coagulação e pela variável tendência à cicatrização conjuntiva das diversas enférmas.

Na observação do A., o fator determinante da estenose cervical, foi sem dúvida a repetição da diatermocoagulação, de forma algo enérgica, pelo fracasso da 1.^a aplicação. Portanto, é necessário precaver-se da repetição de sequelas, não tentando obter uma cura forçada do processo endocervical, capaz de ocasionar na enferma transtornos mais perigosos que a enfermidade originária.

REVISTA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE PATOLOGIA FEMININA

Arrenoblastoma do ovário (*Arhenoblastoma del ovario*) — ALTHABE, ALBERTO, DI PAOLA, GUILLERMO e COLILLAS, D. — (*Rev. Méd.-Quir. de Patol. Fem.*, Fev. 1940, Ano VIII, N.^o 88, Tomo XV, pág. 2).

Os A.A. começam por julgar do maior interesse o estudo destas neoplasias do ovário em virtude das suas características histológicas, fisiopatológicas e clínicas. Em seguida e de acordo com R. MEYER, passam a definir o arrenoblastoma como um tumor maligno do ovário derivado do epitélio germinativo que produz efeitos masculinizantes e desfemininizantes na mulher, sintomas que tendem a desaparecer em maior ou menor grau após a extirpação do tumor.

**ANAIIS BRASILEIROS
DE
GINECOLOGIA**

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qua'quer mês começarão sempre pelo 1.º número
do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SAO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Setembro de 1940

Vol. 10 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Cisto-adenoma gigante do ovário e gestação (2 casos) — DR. EDUARDO E. VALLE	183
Sobre dois casos de gravidez extrauterina com esqueletização — DR. F. GAROFALO	197
Ainda a gravidez extrauterina. Um feto tolerado durante 11 anos. — DR. LAURO WANDERLEY	205

LIÇÕES E CONFERENCIAS

Atonia do secundamento — DR. EUDAS BAPTISTA	209
---	-----

EDITORIAL

O exercício da especialidade	225
------------------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

Professor Aloysio de Castro	228
Mortalidade infantil nos Estados Unidos	229
O ensino conjunto da Ginecologia e da Obstetrícia	230
Curso sobre alergia na Faculdade Nacional de Medicina	236

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Cirurgia de la Constipacion — C. ZUCKERMANN	238
Das manifestações alérgicas. Contribuição ao seu estudo clínico. — F. DA COSTA CRUZ	239
Aspectos da Reprodução na Espécie Humana — ALFREDO RAMALHO	249

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Anestesia geral pelo evipan em ginecologia</i> — MADILHAC, P.	241
<i>A propósito do emprêgo da sulfapiridina na bleenorragia</i> — DUREL, P.	242
<i>A dosagem da foliculina, como base da orientação clínica e terapêutica em ginecologia.</i> — PERALTA RAMOS, A.	242
<i>Psicoses folliculinicas e distúrbios circulatórios</i> — BORUK, H., DAVID, R. e LEVRET	243
<i>Curva de temperatura e ações hormonais em ginecologia</i> — MOCQUOT, P. e PALMER, R.	244
<i>As imagens radiológicas de líquido livre intraperitoneal nas peritonites, hemoperitônios e perfurações.</i> — CÓSACESCO, A., DAVID, N. e STANESCO, C.	246
<i>Menstruações anovulares. Idéias atuais.</i> — NETTER, A.	246
<i>Um ovo monoamniótico</i> — DEVRAIGNE, L.	247
<i>Um caso de flebite dupla tratada pela infiltração do simpático lombar</i> — MARMASSE, J.	248
<i>Reações hipertensivas reflexas de origem uterina</i> — CHOSSON, J. e DONNET, V.	248
<i>Novocainização das metrites do colo uterino</i> — FIGARELLA, J.	249
<i>A histerossalpingografia na esterilidade</i> — SAVIGNONI, F.	250
<i>Singular lesão genital pelo coito</i> — GIUFFRIDA, F.	251
<i>Contra a raspagem do útero para o diagnóstico de gravidez extrauterina</i> — DEBIASI, E.	251
<i>Sobre o controle da atividade biológica do hormônio feminino</i> — TORBOLI, A. e FERRARI, G.	252
<i>Sobre um caso de nanismo mongolóide e gravidez</i> — BERTINO, S.	254
<i>Nota clínica sobre alguns casos de perfuração do útero</i> — SALVINI, A.	254
<i>Deglutição, atividade gastro-intestinal e defecação fetal no âmnio. Estudo experimental roentgenológico na cobaia.</i> — BECKER, R. F., WINDLE, E. E. B. e SCHULZ, M. D.	255
<i>Transformações malignas do fibroadenoma da glândula mamária</i> — HARRINGTON, S. W. e MILLER, J. M.	256
<i>Conduta a seguir no parto de pélve</i> — GOETHALS, T. R.	257
<i>Anestesia para operação cesariana</i> — HEARD, K. M.	257

<i>A relação da mastite crônica com a malignidade — PROCTER, I. M., CARPENTER, C. C. e MOREHEAD, R. P.</i>	253
<i>A protrombina no sangue de recém-nascidos maduros e imaturos — KATE, K. e POUCHER, H. G.</i>	253
<i>Infecção puerperal com endocardite vegetante — ROSENTHAL, A. e STONE, M. F.</i>	266
<i>Os aspectos clínicos da endometriose pélvica — PAYNE, F. L.</i>	261
<i>O metabolismo das substâncias estrogênicas e da progestina nas mulheres grávidas — SMITH, G. V. S. e SMITH, O. W.</i>	262
<i>Cesárea supravesical extraperitoneal — WATERS, E. G.</i>	264
<i>Tumores de células da teca do ovário — DOCKERTY, M. B.</i>	265
<i>O efeito histológico da progesterona sobre o endométrio hiperplásico — SEEGAR, G. E.</i>	267
<i>O teste de Friedman no diagnóstico da mola hidatiforme e do corioepiteíoma — SCHÖENECK, F. J.</i>	268
<i>Gravidez tubária repetida — CACCIA, J. P.</i>	269
<i>Gravidez trigemelar com dissolução de um dos fetos — ECHEVARRIA, R. e BAYOMA, E.</i>	270
<i>Desificação dos hormônios gonadotróficos em clínica — MORATO MARENARO, J.</i>	272
<i>Tuberculose do colo uterino — ACHARD, A.</i>	274
<i>Vaginismo tardio por tricomoniasis vaginal — ARCE, F. R.</i>	275
<i>O parto sem dor — TURENNE, A.</i>	275

SINTEST. — O “Sintest”, fabricado pela secção de hormonoterapia da Krinos Ltda. constitue um extrato testicular com um teor de 50 unidades-galo do hormônio testicular, conforme o método de Fussgänger. Preparado com todas as cautelas da técnica moderna, o “Sintest” tem demonstrado notável eficácia, mui especialmente no climactério masculino, na neurastenia sexual e geral, no infantilismo masculino e nas depressões psíquicas. O preparado está à venda em caixas de 5 e 100 empôlas. A Krinos Ltda., caixa 556, Rio, está à disposição dos Srs. clínicos com literatura e amostras do **Sintest**.

Conduta a seguir no parto de pelve (*Management of breech delivery*) — GOETHALS, THOMAS R. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Março 1940, Vol. 70, N.º 3, pág. 620).

O A. discute inicialmente a conduta que se deve observar na apresentação de pelve, baseando-se nas estatísticas obtidas com um estudo de 2.035 partos de pelve por via pélvica e 58 cesarianas abdominais feitas no Boston Sying-in Hospital, de 1888 a 1937 inclusive.

Cêrca de 7 % das primigestas com apresentação pélvica, a termo, sofreram cesariana.

A mensuração roentgenográfica da cabeça fetal "in utero" tem aqui um valor limitado como auxiliar no diagnóstico da desproporção feto-pélvica. O método ideal de se comparar a relação feto-pélvica na apresentação de pelve ainda não foi determinado.

As estatísticas e a experiência colhida dêste estudo mostram que, se o parto transpélvico é o método de escolha, a segunda fase do trabalho deve ser terminada com a extração do feto em apresentação pélvica sob anestesia profunda antes do nascimento do umbigo, como se recomenda classicamente.

Os A.A. apresentam vários gráficos e quadros estatísticos quanto à idade, peso, estado de saúde do feto, complicações mecânicas e maternas (eclâmpsia, placenta prévia, procidência do cordão, etc.) e mortalidade fetal de acordo com a conduta seguida.

Anestesia para operação cesariana (*Anesthesia in Cesarean section*) — HEARD, KENNETH M. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Março 1940, Vol. 70, N.º 3, pág. 657).

O trabalho do A. se baseia em 279 cesarianas feitas no St. Michael's Hospital nos últimos oito anos. Depois de fazer considerações sobre os inconvenientes dos vários agentes anestésicos e vias de administração sobre o feto e o organismo materno, relata minuciosamente os dados estatísticos referentes aos 279 casos por ele analisados, nos quais foram empregados o éter, o protóxido de azoto, o ciclopropano e a raquianestesia. Observou que a raquianestesia é o melhor método anestésico para o feto sadio, mesmo quando o estado de saúde materno está comprometido. Em más condições fetais e maternas a morbidade (necessidade de reanimação do feto, acidentes maternos) e a mortalidade fetais quasi que se equivalem.

Quanto à parturiente, as complicações pulmonares e cardíacas estão muito mais em relação com a região em que se opera e o tempo de permanência na mesa cirúrgica do que com o tipo de anestésico. Por conseguinte, embora o cirurgião ou o anestesista possa escolher o anestésico da sua preferência, não se deve impor

em casos de maior gravidade do que aqueles aqui relatados, em que a destruição da progestina e das substâncias estrogênicas pode ser ainda mais rápida, não seria possível uma terapêutica de substituição.

O principal valor dos dados apresentados reside nos esclarecimentos novos que são lançados sobre as interrelações hormonais nas mulheres grávidas e na presunção de que a etiologia primária da preeclâmpsia, eclâmpsia, e certos casos de parto prematuro possa estar associado com o desenvolvimento prematuro de uma situação hormonal inteiramente semelhante àquela que precede o parto normal.

Cesariana supravesical extraperitoneal (*Supravesical extra-peritoneal cesarean section*) — WATERS, E. G. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1940, Vol. 39, N.º 3, pág. 423).

O fim dêste trabalho é a apresentação de uma nova técnica para a realização de uma cesariana verdadeiramente extraperitoneal.

Tecnicamente, a operação extraperitoneal mais altamente desejável deveria: 1.º) evitar a abertura do peritônio durante ou após a extração da criança, 2.º) evitar a lesão dos ureteres, 3.º) evitar a lesão da bexiga, 4.º) evitar o tecido celular lateral à bexiga, facilmente infectável, 5.º) permitir uma visualização ampla de campo operatório e dos tecidos afastados, 6.º) dar espaço bastante para a extração de fetos de qualquer tamanho, 7.º) permitir o fechamento do útero em duas camadas, e a inspeção minuciosa do sangramento venoso, se houver, 8.º) deixar a paciente com uma boa parede uterina e abdominal.

O A. considerou a via supravesical direta, com certas modificações, a mais apropriada para preencher estes desideratos.

Ao apresentar sua técnica, presta seu preito aos observadores e operadores anteriores que tentaram a mesma via de acesso ao segmento inferior do útero, ou semelhante. Desde PHYSICK, em 1824, até FURNESS, em 1930, esta via pareceu repetidamente a mais racional e direta.

Parece que as dificuldades decorriam, principalmente de não serem usadas incisões através do fácia perivesical, de não ser libertada convenientemente a bexiga do útero, de não ser distendida e esvaziada a bexiga na fase inicial da operação, de não ser completamente utilizado o segmento inferior do útero para a incisão, e de não ser usada uma incisão que facilitasse a extração de uma cabeça de grandes dimensões.

As várias operações transperitoneais delineadas na busca de operações satisfatórias verdadeiramente extraperitoneais são eficá-

zes para os casos comuns. Não se pôdem, porém, esperar sempre bons resultados em casos presumida ou realmente infectados. E' neste grupo que a verdadeira operação extraperitoneal oferece a máxima proteção a pacientes e alívio ao cirurgião obstetra.

Das diversas operações extraperitoneais, o interesse reavivado por JELLINGHAUS pela técnica de LATZKO tornou-a frequentemente utilizada.

A técnica de LATZKO apresenta certas características e riscos que restringem decididamente seu uso e limitam seu recurso. O deslocamento lateral da bexiga leva a operação para uma zona facilmente infectável, de espaço restrito, e compromete a segurança de estruturas importantes. A via de acesso supravesical direta é, sob qualquer critério, a lógica, e quando combinada com processos destinados a eliminar as objeções feitas às outras técnicas, permite uma operação extraperitoneal de um tipo ideal. A operação descrita neste trabalho parece preencher êsses requisitos. E' realmente extraperitoneal, e vai de encontro a tôdas as exigências de segurança.

O fato de ser a técnica exequível para operadores de mediana habilidade e de ter sido realizada com sucesso por obstetras "residentes" sem treino cirúrgico especial, é de particular importância.

Em tôda a série observada não houve acidentes sérios, nem morte materna. O acidente de perfuração peritoneal foi removido pela familiarização com a técnica.

O A. espera que a experiência em outras mãos demonstrará os fatores de facilidade, segurança e celeridade técnicas, com resultados satisfatórios que, acredita, ela produzirá.

Tumores de células da teca do ovário (*Theca cell tumors of the ovary*) — DOCKERTY, M. B. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Março 1940, Vol. 39, N.º 3, pág. 434).

Em 1932 LÖFFLER e PRIESEL descreveram seis tumores "xânicos" do ovário, que consideraram provenientes das células da teca interna. Em 1934 êsses mesmos autores acrescentaram quatro casos semelhantes. Suas comunicações foram seguidas pelas de MELNICK e KANTER, KELLERT, GEIST e SPEILMAN e outros. Em 1938 GEIST e GAINES trouxeram uma série comparativamente grande, de 5 casos, e elevaram assim a 22 o número de tumores de células da teca comunicados.

A literatura ginecológica conta agora com cerca de 25 exemplos dêste raro neoplasma.

Muita controvérsia tem sido levantada não somente em relação a histogênese mas também sobre a natureza real dêstes tumores.

Vaginismo tardio por tricomoníase vaginal (*Vaginismo tardio por tricomoniasis vaginales*) — ARCE, FRANCISCO RUIZ — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Março 1940, Tomo XVI, N.^o 3, pág. 264).

Dos casos de enfermas apresentando parasitos vaginais que o A. pretende apresentar separou o presente por se tratar de um fato excepcional na literatura médica, o vaginismo acentuado resultante da infestação vaginal por tricomonas.

Relata em todos os seus detalhes a observação da doente que apresenta como elementos principais: após um passado genital absolutamente normal no que diz respeito não só às regras como às relações sexuais apresentou há oito meses, após um aborto provocado, fluxo vaginal abundante, acompanhado de sensação de ardor em seus órgãos genitais externos, prurido que sente com mais intensidade durante a noite e dificuldade absoluta da prática do ato sexual; tratada durante dois meses e meio como portadora de infecção gonocócica não conseguiu melhora alguma tendo então procurado o serviço onde o exame ginecológico evidenciou — muco-sosa da vulva e da vagina bastante inflamada e coberta por secreção muco purulenta, sendo as tentativas para o exame dos órgãos internos impossibilitadas pela forte contração dos músculos do períneo em sua totalidade sendo que os bordos dos elevadores constrigem fortemente o dedo introduzido; o exame da secreção revelou a existência de tricomonas e o tratamento foi instituído, visando êste protozoário, sendo usada uma associação de arsenical pentavalente, ácido-bórico e substâncias hidrocarbonadas que foi aplicada na vagina em comprimidos em número de 3, 2 e finalmente 1 ao dia. As melhorias desde logo apareceram e foram bastante acentuadas não sendo mais encontrado o tricomona no último exame feito, após um período menstrual.

Tecendo considerações em torno do assunto o A. classifica os vaginismos em primitivo e tardio, assim como em verdadeiros e pseudo (com WALTHARDT), trazendo também uma relação das causas mais comuns da afecção. Aborda também a questão da existência ou não do papel patogênico do tricomona isoladamente referindo entretanto a necessidade de nos rendermos diante do ótimo resultado obtido com o tratamento visando êste protozoário.

O parto sem dôr (*El parto sin dolor*) — TURENNE, AUGUSTO — (*Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp.*, Março 1940, Tomo XVI, N.^o 3, pág. 269).

Em um trabalho bastante interessante sobre o emprêgo da anestesia em obstetrícia, o A. procura fazer um relato histórico de

todos os métodos por êle empregados na clínica particular e na hospitalar de anestesias obstétricas, do qual se pode tirar certas conclusões de grande valia dada a honestidade do trabalho.

Trata com detalhes da anestesia chamada "sono crepuscular" pelas várias substâncias, chegando à conclusão que o pequeno número de casos que possue torna o seu juízo sem grande valor, o mesmo acontecendo para a paravertebral e epidural. Salienta os bons resultados que obteve com a anestesia dos pudendos nos casos em que teve oportunidade de empregar e refere os resultados favoráveis obtidos com a infiltração anestésica com novocaína nas proximidades da linha alba, quando o parto já se encontra em período expulsivo. Considera os barbitúricos e análogos de grande valor nos partos prolongados em que êles oferecem um período largo de repouso físico e psíquico sem alterarem a dinâmica uterina. É favorável ao uso de evipan desde que as condições da injeção e dosagem sejam absolutamente respeitadas referindo mesmo um caso, dos últimos dias, em que pôde fazer sem dificuldade com esta anestesia uma salpingectomia por prenhez ectópica. Quanto ao método de GUTHMEY mostra-se relativamente favorável uma vez que seja feito cuidadosamente, com esvaziamento intestinal prévio, injeção lenta e esvaziamento do excesso no fim, guardando naturalmente restrições nos casos de passado pulmonar, entérico, etc., considerando, entretanto, um método de eleição e não, absolutamente, rotineiro.

Tratando da anestesia por gases estuda o protóxido de azoto, analizando cuidadosamente suas vantagens e desvantagens assim como a dos outros gases e apresenta, a seguir, as opiniões emitidas por POU ORFILA em resposta a uma série de quesitos pelo A. formulados.

Conclue que a pneumo-anestesia é um método que se deve juntar aos já conhecidos, sem os substituir, manejando-a com grande cuidado, com emprêgo moderado e oportuno, limitando-se ao período expulsivo, e também que o protóxido de azoto parece ser o menos perigoso dos gases até hoje propostos.

Encerra o seu trabalho propondo que a escolha do anestésico seja feita não somente baseado em um conhecimento profundo da parturiente como também em um perfeito conhecimento de todos os analgésicos de que possa dispor.

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho **Dr. Rodolpho Marques da Cunha**

Dr. Wilson Monteiro de Barros

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Raymundo Santos

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

As assinaturas tomadas em qua'quer mês começarão sempre pelo 1.º número do respectivo volume.

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARAÍA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Outubro de 1940

Vol. 10 — N.º 4

S U M Á R I O

I CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

	Págs.
Sessão de instalação do Congresso	277
Discurso do Sr. Ministro da Educação	277
Discurso do Prof. Arnaldo de Moraes	279
Oração do Prof. Lascáno	285
Dia 9 de Setembro de 1940	289
1.ª sessão do Congresso — 1.º Tema oficial: "Últimas aquisições em hormonologia ginecológica"	289
Sessão na Sociedade Brasileira de Ginecologia	297
Dia 10 de Setembro de 1940	293
2.ª sessão do Congresso — 2.º Tema oficial: "Câncer do colo do útero. Diagnóstico e tratamento."	293
Sessão na Sociedade de Medicina e Cirurgia	311
Dia 11 de Setembro de 1940	313
3.ª sessão do Congresso — 3.º Tema oficial: "Endocrinopatias em obstetrícia"	314
Sessão no Colégio Brasileiro de Cirurgiões	321
Dia 12 de Setembro de 1940	322
Sessão na Academia Nacional de Medicina	322
Dia 13 de Setembro de 1940	323
Visita ao Sr. Presidente da República	323
Nova sessão cirúrgica	325
4.ª sessão do Congresso — 4.º Tema oficial: "Aspecto social da assistência obstétrica"	326
Banquete ao Sr. Ministro da Educação	343
Dia 14 de Setembro de 1940	344
Sessão na Faculdade Nacional de Medicina	344
5.ª sessão do Congresso — Temas Livres	346
Dia 15 de Setembro de 1940	348
Almoço no Jockey Club	348
EDITORIAL	351
Um balanço
RESUMOS	
(Ver índice próprio).	

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

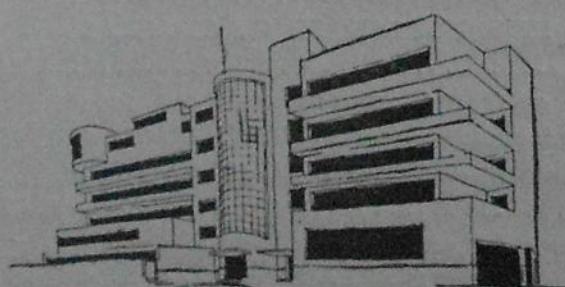
	Págs.
O ciclo da mulher — JULES, S.	353
O lugar do hormônio masculino em ginecologia — PIERRA, L. M. e GILBERT, E.	354
As repercussões hemáticas do ciclo menstrual — PIROLI, G.	356
Sobre a utilização do sangue placentário em transfusão — SASSI, R.	357
Conceitos de uma nova classificação de tumores ovarianos — SCHILLER, W.	358
Tratamento do ameaço ou do aborto habitual espontâneo — COLLINS, C., WEED, J. C. e COLLINS, J. H.	359
Fechamento não cirúrgico de fistula vesico-vaginal — O'CONOR, V. J.	359
Tumores benignos e malignos da vulva — FOLSOME, C. E.	360
Os hormônios sexuais. Sua significação fisiológica e uso na clínica. — FRANK, R. T.	361
Câncer da mama possivelmente provocado por substância estrogênica — AUCHINCLOSS, H. e HAAGENSEN, C. D.	365
Os efeitos biológicos do androgênio (propionato de testosterona) nas mulheres — GEIST, S. H., SALMON, U. J., GAINES, J. A. e WALTER, R. I.	366
A limitação da reprodução humana — HESSELTINE, H. C., ADAIR, F. L. e BOYNTON, M. W.	367
Um estudo da possível significação do esfregaço vaginal como um fator adicional no diagnóstico do aborto incompleto — FLETCHER, P. F.	369
A conduta e o tratamento no aborto habitual — CAMPBELL, R. E. e SEVRINGHAUS, E. L.	370
Granuloma inguinal (granuloma venéreo) da cérvix — ARNELL, R. S. e POTEKIN, J. S.	372
Novos estudos sobre a terapêutica androgênica das perturbações ginecológicas — GREENHILL, J. P. e FREED, S. C.	373
Hormônios de pituitárias humanas. Estudos quantitativos. — WITSCHI, E. e RILEY, G. M.	374
A ação do dietilestilboestrol em desordens ginecológicas — KURZROK, R., WILSON, L. e PERLOFF, W. H.	375
Efeito do hormônio sexual pituitro-símile sobre o quadro hemático no homem — MOFFOT, W. M.	376
Metabolismo dos estrogênios — HELLER, C. G.	376
Influência do útero sobre o corpo lúteo — HECHTER, O., FRAENKEL, M., LEV, M. e SOSKIN, S.	377

	PÁGINA
<i>Estudo sobre um caso de sarcoma desenvolvido de teratoma sólido do ovário direito complicado com ovário dermóide esquerdo — MENJU, K.</i>	373
<i>Sobre um caso de prenhez tubária intersticial complicada por apendicite — MENJU, K.</i>	375
<i>Elemento açúcar no líquido amniótico humano — MASUKO, C.</i>	379
<i>Ausência congênita da vagina. Criação de uma vagina artificial por um processo autoplástico. — ARENAS, N. e BOLLA, I.</i>	380
<i>Ureteroneocistostomia — GABASTOU, J. A.</i>	380
<i>Tratamento do prolapsus genital — DIONISI, H.</i>	381
<i>Operação cesária de Porro — MORASSI, A. e FRUTOS, M.</i>	383
<i>Prurido vulvar em uma diabética, curado com pomada de foliculina. — ROCCA, F.</i>	383
<i>Pseudomixoma peritoneal — DARU', E. e ROCANDIO, B.</i>	384
<i>A síndrome subcostal e de reação frénica do Prof. Carlos Stajano nas anestesias gonocócicas — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B.</i>	385
<i>Nossa experiência no tratamento da tricomonase vaginal — MANUEL LUIZ, P. e NORMANDO, A.</i>	387
<i>O sistema neurovegetativo e a dinâmica uterina no parto — MANUEL LUIZ, P. e JACOBO, R.</i>	388
<i>Tratamento hormonal da hiperplasia uterina pelo corpo amarelo do ovário — VAUTRIN, G.</i>	389

Maternidade Arnaldo de Moraes

PARTOS — GYNECOLOGIA —

CIRURGIA DE SENHORAS



MATERNIDADE ARNALDO DE MORAES

RUA FREDERICO PAMPLONA, 32

COPACABANA — TEL. 27-0110

Installações e apparelhagem moderníssimas. Ar condicionado nas salas de partos, operações e apartamentos. Tratamento medico dos processos inflammatorios de mulher, pelo apparelho de Elliot (febre local). Diathermia. Ondas ultracurtas. Raios infra-vermelhos. Luz Violeta. Electricidade faradica e galvanica. Metabolismo basal. Electrocardiogrammas. Gabinete de radiologia. Laboratorio de exames clinicos. Radium e radiotherapia profunda. Partos com internação por 8 dias e assistencia medica por 1:200\$000. Diarias desde 50\$000.

Parto sem dôr (cyclopropano e protoxydo de azoto).

Acceita doentes de medicos estranhos á Maternidade.

3) menopáusica antes dos 60 anos, com útero atrófico, que perdeu toda a fixidez (considera que êste grupo constitue a indicação mais nítida para a histerectomia vaginal com fixação dos ligamentos largos);

4) doentes com mais de 60 anos de idade — (levando entre tanto em conta o fato de praticarem ainda, ou não, o ato sexual) — a indicação de um modo geral é o tabicamento.

Terminando seu trabalho faz referência a alguns detalhes que considera de grande importância no que diz respeito ao postoperatório e pormenores de técnica, salientando não só que o tratamento do prolapo se impõe, e com presteza, como também que êle pode ser sempre realizado pela operação de HALBAN, pela histerectomia ou pelo tabicamento e que deve ser dada uma grande importância à miorrafia complementar dos elevadores.

Operação cesária de Porro (*Operacion cesárea a lo Porro*) — MORASSI, ANGEL e FRUTOS, MANUEL — (*La Sem. Méd.*, Abril 1940, Ano XLVII, pág. 969).

Apresentam os A.A. um caso que segundo referem parece tratar-se do primeiro de operação de PORRO praticada no Paraguai.

Após um ligeiro esquema histórico da intervenção trazem a público a observação da doente que em resumo é a seguinte: nulípara idosa (35 anos) com gravidez a termo, 39,8 de temperatura, 110 de pulso, com 6 dias de trabalho de parto e 53 horas de bolsas rôtas, feto morto, volumoso, em apresentação de ombro abandonada, com procidênciam do membro superior direito e do cordão umbilical (secionado), líquido amniótico fétido, útero retráido, segmento inferior distendido com iminência de ruptura uterina. Períneo e vagina resistentes. Resolveram pela cesária de PORRO e não pela de PORTES em virtude da facilidade maior da técnica da primeira e em virtude da idade da enferma. A embriotomia não foi praticada pelos A.A. com receio de que a mesma acarretasse a ruptura uterina. Praticada a operação pela técnica comum esteve a doente hospitalizada durante 48 dias sendo os primeiros 21 febris. Alta curada ao fim dêste tempo.

Prurido vulvar em uma diabética, curado com pomada de foliculina. (*Prurito vulvar en una diabética, curado con la pomada de foliculina.*) — ROCCA, FRANCISCO — (*La Sem. Méd.*, Abril 1940, Ano XLVII, pág. 974).

O A. apresenta a observação de uma enferma diabética havia longos anos, tendo tido vários abortos e parto prematuros com fetos

mortos, que, ao entrar em menopausa, apresentou prurido. Feito tratamento com doses fortes de foliculina, mantendo-se sempre sob tratamento insulínico concomitante, não se conseguiu resultado algum. Com 3 aplicações de pomada de foliculina o prurido cedeu e mais algumas fizeram-no desaparecer completamente, permanecendo a cura até o último exame.

Salienta o A. não só que a diabetes nem sempre é a causa do prurido aparecido em doentes com esta afecção como também o fato interessante da foliculina não surtir o menor resultado, embora empregada em altas doses, quando administrada por via parenteral, enquanto que seu efeito aplicada localmente foi brilhante.

Lembra, finalmente, o emprêgo desta medicação em outros casos de afecções locais da menopausa.

REVISTA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE PATOLOGIA FEMININA

Pseudomixoma peritoneal (*Seudomixoma peritoneal*) — DARU, E. e ROCANDIO, B. — (*Rev. Méd.-Quir. de Patol. Fem.*, Abril 1940, Ano VIII, N.º 90, pág. 289).

Há dois tipos de pseudomixomas peritoneais: o primeiro, chamado primitivo, de existência rara e duvidosa, consecutivo a epiploites crônicas, peritonites crônicas, corpos estranhos peritoniais, etc. Possivelmente formariam este grupo as verdadeiras degenerações mucóides peritoneais. O segundo tipo é o mais frequente, secundário, podendo originar-se de: a) blastoma ovárico pseudomucinoso; b) mixoappendiculose; c) mucóide da vesícula biliar; d) lesão cecal; de todos os melhores e mais amplamente observados são os de origem ovariana e ex-apêndice.

O pseudomixoma peritoneal ovariano tem seu ponto de partida em uma formação epitelial ovárica de natureza blastomatosa, ainda que de caráter anátomo-patológico benigno, deve ser sempre possuidora de um certo potencial clínico de malignidade, como revela a evolução eventual que pode tornar blastoma pseudomucinoso ovárico, de MEYER, e cistoadenoma mucóide, de PFANNENTIEL.

São tumores, em geral, de tamanho exagerado, tumores gigantescos ou mamouth.

Segundo WILSON 4 % dos blastomas mucóides se degeneram em pseudomixomas peritoneais.

O pseudomixoma peritoneal ex-apêndice tem o seu antecedente em lesão apendicular mucoquística, na qual a obstrução da luz do apêndice coexiste com um conteúdo semiasséptico ou com flora quasi exclusivamente saprofítica (GRIECO).

Empregaram os A.A. vários processos terapêuticos na cura da tricomonas, porém, com o que obtiveram vários casos de cura e descrevem a técnica empregada, foram o arsênico e o pícrato de prata.

Apresentam uma longa estatística, de 167 casos, tratados pelo arsênico e o pícrato de prata, obtendo com estes meios terapêuticos a cura das doentes em tempo variável de 1 a 3 meses.

Terminam com estas conclusões:

1) As vaginites por tricomonas vaginal são de observação bastante frequente, sendo encontrada na proporção de 32 % e nas grávidas de 50 a 70 %.

2) O fluxo das vaginites por tricomonas é quasi sempre característico e quasi nunca falta, causando muitas moléstias e pelo prurido que ocasiona.

3) O papel patogênico da tricomonas vaginal não pode ser negado depois dos numerosos trabalhos aparecidos até o presente, e depois a prova do tratamento é concludente.

4) Para nós os melhores tratamentos são os arsenicais do tipo "Paroxil" e o pícrato de prata ("Pícratol"), administrado em forma de pulverizações vaginais, cada 5 a 7 dias. Com o que conseguimos curar as doentes no prazo aproximado de 1 a 2 meses.

5) Com estes meios terapêuticos se evitam as recidivas, sempre desagradáveis: devemos aconselhar medidas de higiene íntima em todos os casos, para prevenir os contágios.

O sistema neurovegetativo e a dinâmica uterina no parto

(*El sistema neuro-vegetativo y la dinamica uterina en el parto*)

— MANUEL LUIZ, PEREZ e JACOBO, ROSENVASSER — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Abril 1940, Vol. V, N.º 3, pág. 94).

Fazem os A.A. estudo interessante do sistema neurovegetativo no parto, apresentando 60 casos que tiveram ocasião de observar com cuidadoso espírito científico.

Os A.A. modificaram o método de DANIELOPOLU, que empregava a atropina em doses fracionadas, que produz a excitação do vago em lugar de paralizá-lo, ao passo que, como fazem os A.A. com dose forte (dois e meio miligrama, por via endovenosa) o resultado é obtido desde o momento da injeção.

Os A.A. fizeram várias investigações e verificaram que, na gravidez a excitabilidade de todo o sistema neurovegetativo está aumentado tanto no território do simpático como no do parasimpático; que na gravidez o tono se mantém dentro dos limites normais, embora com ligeira tendência à hipertonia simpática e hipotonía vagal.

Estabeleceram também que, no puerpério, a hiperexcitabilidade do simpático se mantém, enquanto é quasi constante a hipoexcita-

bilidade vagal, e que, no puerpério, o tono de todo o sistema está diminuído.

Dizem que estabeleceram de modo claro, o mecanismo neurovegetativo que atua no puerpério para determinar a bradicardia notada no pulso.

Discordam de MEYLUNG, SUSIECCISKI, FEHLING, FAHRE, KOPPEL e GRUSSEISSEN, que querem que, embora de origem extracardíaca, se produza por excitação pneumogástrica, quando dizem os A.A. pela hipotonia do simpático que por ser mais acentuada que a vagal, permite a êste último fazer sentir o predomínio em seu tono.

Fazem ainda algumas considerações para terminarem com as conclusões seguintes: a) a energia do útero parturiente está em relação com a excitabilidade neurovegetativa; b) a contração uterina fisiológica está em relação direta com a boa excitabilidade simpática, correspondendo uma melhor contração a maior excitabilidade desta natureza; c) a hipodinâmia uterina se apresenta em as hipotônicas vagais ou simpáticas; d) os partos que se processam com contrações de carácter espasmódicos se observam principalmente nas vagotônicas, sejam estas constitucionais ou por desequilíbrio da gestação.

Prometem os A.A. continuarem os seus estudos até conseguirem se possível, os corretivos dêste estado neuroendócrino, com o intuito de modificá-lo durante a gravidez, para se conseguir um parto, cuja dinâmica se desenvolva dentro das condições ideais, terminam dizendo os A.A.

REVISTA MEDICA CUBANA

Tratamento hormonal da hipercinésia uterina pelo corpo amarelo do ovário (*Tratamiento hormonal de la hiperquinesia uterina por el cuerpo amarillo del ovario*) — VAUTRIN, GUILLERMO — (*Rev. Med. Cubana*, Abril 1940, Tomo LI, N.^o 4, pág. 115).

Em uma tese longa e bastante interessante, o A. trata, a princípio, da menstruação, focalizando de preferência as controvérsias de nomenclatura e conceito de menstruação. Para êle, o óvulo é o fator dominante, princípio e fim de toda transformação.

Expõe as transformações ovarianas que culminam na formação do corpo amarelo; relata as experiências de REYNOLDS, FRIEDMANN, KNAUS, HISAW, etc., e descreve, de modo sucinto, a maneira normal de contração uterina, salientando as propriedades das fibras musculares.

Refere-se a três camadas musculares uterinas e estuda também, de modo superficial, a histologia do colo.

Ano V

NOVEMBRO DE 1940 Vol. 10 - N.º 5

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia, Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAIBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARAÍBA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Novembro de 1940

Vol. 10 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Da questão do dano germinativo provocado pelos raios X — PROF. DR. CLOVIS SALGADO e DR. JOSÉ FEROLLA</i>	391
<i>Anestesia gasosa em Ginecologia e Obstetricia — DR. ALVARO DE AQUINO SALLAS</i>	402
<i>Alguns aspectos da hormonoterapia ginecológica — DR. F. VICTOR RODRIGUES</i>	413

LIÇÕES E CONFERENCIAS

<i>Nanismo e órgãos genitais — DR. JORGE ROMERO</i>	424
---	-----

EDITORIAL

<i>Sobre a prevenção da infecção puerperal</i>	433
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>† Prof. Nabuco de Gouvêa</i>	437
<i>Ainda o "I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia"</i>	438

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Puericultura — DR. HUGO FORTES</i>	439
<i>Estudos cirúrgicos — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	440

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Das correlações hipófise-gonadas — MIOTTI, T.</i>	441
<i>Enfisema mediastinal e subcutâneo durante o parto — NICORA, G.</i>	442
<i>O efeito da roentgenterapia subcastrativa sobre a fisiologia ovariana — ROCK, J., BARTLETT, M. K., GAULD, A. G. e RUTHERFORD, R. N.</i>	443
<i>Estudo comparativo das taxas do fibrinogênio e da protrombina do sangue materno e do cordão na ocasião do parto — RUSH, A.</i>	444
<i>Embolia pulmonar. Revisão estatística dos casos de 1929 a 1938. — GRAVES, W. N.</i>	444
<i>Um estudo da sífilis prenatal em um hospital para crianças — CLIFTON, W. M. e HEINZ, M. O.</i>	445
<i>O efeito da administração prolongada de estrogênio no útero e na hipófise anterior dos seres humanos — ZONDEK, B.</i>	446
<i>Anorexia nervosa ou hipopituitarismo? — MAGENDANTZ, H. e PROGER, S.</i>	447
<i>Prostigmina no tratamento dos distúrbios circulatórios periféricos — PERLOW, S.</i>	448
<i>O tratamento do atraso menstrual pela prostigmina — SOSKIN, S., WACHTEL, H. e HECHTER, O.</i>	449
<i>Dieta pobre em sal e seu efeito sobre o trabalho — WADLOW, E. E.</i>	450
<i>Cesariana transcervical com exclusão peritoneal e mobilização da bexiga — SMITH, E. F.</i>	452
<i>Modificações do tipo decidual no endométrio, fora da gravidez — TELINDE, R. W. e HENRIKSEN, E.</i>	453
<i>Os efeitos do dietilestilbeno (stilbestrol) sobre os sintomas menopáusicos — HUBERMAN, J. e COLMER, M. J.</i>	455
<i>O tratamento do período imediato do sobreparto — DER BRUCKE, M. G.</i>	456
<i>Administração percutânea de propionato de testosterona na dismenorréia — ABARBANEL, A. R.</i>	457
<i>Manutenção da função do corpo lúteo na mulher por meio de substâncias estrogênicas — WESTMAN, A.</i>	458
<i>Ação da trasentina sobre o ovário e o útero da coelha — KURZROK, R., MILLER, JR., E. G., GEGERSON, H. e GEGERSON, A.</i>	459
<i>Efeito do glicuronato de estriol sobre a atividade espontânea dos ratos machos senis — HOSKINS, R. G. e BEVIN, S.</i>	460

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Inibição das alterações pélvicas manifestas durante a prenhez, em ratas, por meio do propionato de testosterona. — GARDNER, W. U. e VAN HEUVERSWIN, J.</i>	459
<i>Reparação da ruptura completa do períneo — GURRUCHAGA, V. J. e MANZONI, A. R.</i>	461
<i>Novo tratamento dos vômitos da gravidez — GOSENDE, J.</i>	462
<i>Sifilis genital na mulher — RICCI, G. e SCHAFFER, B.</i>	464
<i>A fecundidade e a infecundidade periódicas na mulher — BORRAS, P. E.</i>	465
<i>Ileo paralítico — FERREIRA, J. A.</i>	466
<i>Hemoperitônio agudo, complicaçāo de mioma uterino. — MASCIOTTRA, R. L. e MASCIOTTRA, E.</i>	468
<i>Peritonites puerperais — URZUA, O.</i>	469

Emprēgo do Uliron nas infecções por bacilo coli — O. PORTWICH (Kiel) — (Zschr. Urol., 1940, f. 8, pág. 402).

O autor tem empregado com frequência o Uliron nos casos de gonorréia, tendo ultimamente também recorrido ao Neo-Uliron; observou sintomas secundários sómente no infcio, uma vez sob a forma de eritema e em outra, fraqueza nas pernas, quando a dose empregada era muito exagerada. Na opinião do autor o Uliron também atua contra as infecções colibacilares, fato para o qual os autores americanos já tinham chamado a atenção. Nas cistitis agudas, hemorrágicas e muito dolorosas, em que é proibido o tratamento local, o Uliron proporciona melhoria ou mesmo cura dentro de poucos dias; seu efeito é muito melhor do que o da hexametileno-tetramina e mesmo do Prontosil. Infecções urinárias "incuráveis" de vários anos, desapareceram após a administração do Uliron, como nos mostram os seguintes casos:

1) Homem de 52 anos, com cálculo renal desde 1914. Ablação de um rim em 1926; a-pesar disto a urina continuava turva (bac. coli). Nitrato de prata; curas em Wildungen, Amphotropina e Salvarsan não proporcionaram a cura. A dose de 3 gr. diárias, durante 3 dias, fez desaparecer todos os incômodos; a urina apresentou-se clara, o que não se verificava havia 21 anos. Nos exames feitos posteriormente a urina apresentou-se clara.

2) Homem de 72 anos; piúria crônica (bac. coli). Tratamento feito até o presente, sem resultado; Salvarsan, Hexametilenotetramina, ácido mandélico e Prontosil. Tratamento feito com Uliron, durante 2 dias, foi suficiente para clarear a urina.

Estes brilhantes resultados obtidos com o uso do Uliron fizeram com que o preparado fosse também experimentado nas afecções vesicais mais atormentadoras e rebeldes, como por exemplo, na úlcera vesical. Observou-se resultado particularmente favorável nesta afecção inespecífica — com frequência não se comprovam bactérias e nem mesmo bacilos tuberculosos. Quasi sempre são acometidas as mulheres. Em 5 de 6 mulheres a úlcera vesical se epitelizara após o tratamento com Uliron (1 vez com auxílio de métodos cirúrgicos; remoção do tecido doente). Por ex., numa mulher com 60 anos se comprovou estado quasi normal após o recurso de poucos dias. Em outra mulher com 30 anos, que sofria havia 3 anos de úlcera vesical, a 1.^a série com Uliron removeu em poucos dias as dores e a vontade imperiosa de urinar; recaída após 6 semanas foi combatida por uma 2.^a série com Uliron e auxiliada também por regime alcalinizante. Finalmente, numa camponesa com 68 anos, portadora de cistite ulcerosa, conseguiu-se o desaparecimento da urina purulenta e das demais perturbações pela administração de 72 comprimidos de Uliron, em doses fracionadas. Estes resultados favoráveis induziram o autor a aconselhar o emprego do Uliron na úlcera vesical.

A associação propionato de testosterona-foliculina, em pequenas doses (1 mgr. de P.T. e 5 U.R. de foliculina) determina igualmente no macho e fêmea comportamento análogo dos elementos da prehipófise: ausência do quadro próprio da castração.

A associação progesterona-propionato de testosterona fornece resultados diferentes no macho e na fêmea. Nesta o quadro pré-hipofisário só difere do normal pela presença de um elevado número de células apresentando fenômenos degenerativos. No macho vê-se a predominância dos elementos eosinófilos com ausência de células próprias da castração.

A ação do propionato de testosterona sobre a prehipófise das cobaias prenhas se resume numa grande acentuação da rede capilar sanguínea.

As experiências do A. parecem afastar a presumida ação abortiva do propionato de testosterona. Tais resultados são confirmados pelas experiências feitas em gatas por COURRIER e GROS.

Enfisema mediastinal e subcutâneo durante o parto (*Enfisema mediastinico e sottocutaneo in parto*) — NICORA, GIUSEPPE — (*La Ginecologia*, Maio 1940, Ano VI, pág. 297).

O A. descreve um caso de enfisema subcutâneo ocorrido no parto, durante o período expulsivo, em uma primípara de 19 anos.

O interesse da observação, além da sua raridade (somente três casos em toda literatura italiana) reside na completa documentação radiográfica relativa ao trajeto percorrido pelo ar do parênquima pulmonar ao tecido subcutâneo ao pescoço, rosto e tórax. Portanto, enfisema subpleurítico, mediastínico e subcutâneo.

O enfisema foi observado durante o período expulsivo, poucos minutos antes do nascimento do feto. O parto foi inteiramente normal bem como o delivramento.

O A., estudando a etiopatogenia no caso de sua observação, encontrou pelo exame radiográfico aderências pleuro-pericárdicas, sede da primitiva ruptura da via respiratória. A pressão muito aumentada nas vias respiratórias durante as fortes contrações do período expulsivo é explicada pelas inspirações profundas não seguidas de completa expiração.

O A. conclui, baseado em noções de fisiologia respiratória, que a solução de continuidade na parede das vias aéreas em seguida ao esforço do trabalho de parto só é possível quando anteriormente existem alterações estruturais, às vezes mínimas e nem sempre demonstráveis, que reduzem a elasticidade dos tecidos. Esse fator conjugado ao aumento da pressão respiratória explica o acidente mórbido observado.

Somos de opinião, continuam os A.A., que a roentgenoterapia sobre a hipófise não tem nenhuma eficácia benéfica coadjuvante.

Para explicar os bons resultados, os A.A. aventam a hipótese da destruição pelos raios X de folículos maduros persistentes, permitindo assim o desenvolvimento e maturação de um folículo para um novo ciclo.

Estudo comparativo das taxas do fibrinogênio e da protrombina do sangue materno e do cordão na ocasião do parto
(A comparison of the fibrinogen and prothrombin levels of maternal and cord blood at delivery) — RUSH, ALEXANDER
— (Surg., Gyn. and Obst., Maio 1940, Vol. 70, N.º 6, pág. 922).

O A. estimou as taxas do fibrinogênio e da protrombina do plasma de 18 espécimes de sangue materno e fetal, colhido na ocasião do parto e compara-os aos valores obtidos em 6 indivíduos normais. Observou que o conteúdo de fibrinogênio do plasma do sangue do cordão umbilical é normal, ao passo que a taxa da protrombina é reduzida. No sangue materno, tanto o fibrinogênio como a protrombina, na ocasião do parto, estão aumentados.

O tempo de coagulação prolongado da protrombina do sangue do cordão umbilical não é devido à deficiência de fibrinogênio do plasma.

Embolia pulmonar. Revisão estatística dos casos de 1929 a 1938. (*Pulmonary embolism. A statistical review of cases from 1929 through 1938*) — GRAVES, W. N. — *(Surg., Gyn. and Obst., Maio 1940, Vol. 70, N.º 5, pág. 958).*

O A. inicia o seu trabalho fazendo considerações sobre a gravidez, a frequência e a etiologia da embolia pulmonar. Em seguida apresenta vários gráficos sobre os casos ocorridos nos St. Mary's e St. Luke's Hospitals, referentes à incidência, diagnóstico clínico, estado de nutrição das pacientes, lesões patológicas e operações cirúrgicas.

Quanto ao diagnóstico, o A. chama a atenção para uma elevação de temperatura de quasi dois graus, observada em 61 % dos casos em questão. O exame radiológico, além de não auxiliar grandemente no diagnóstico da embolia pulmonar, é prejudicial ao doente. O eletrocardiograma, entretanto, é um bom meio para o diagnóstico da embolia pulmonar.

A observação e o estudo cuidadoso podem nos levar à determinação do tipo de paciente predisposto à embolia pulmonar e neste sentido devemos orientar todos os nossos esforços, no futuro.

Essa relação do sistema nervoso com a hiperemia uterina pode prontamente explicar a conhecida influência do esforço mental, emocional e físico na história menstrual das mulheres. E assim, parece possível que casos de atraso menstrual, atualmente atribuídos a disfunções endócrinas temporárias, possam com efeito ocorrer a despeito da secreção hormonal normal e serem devidos a decréscimo anormal da responsividade vascular.

O mecanismo da ação hiperêmica do estrogênio sugeriu o uso da acetilcolina. Mas, não sendo esta destituída de perigo, determinou-se pôr em jôgo a acetilcolina, naturalmente existente no endométrio, inibindo a colinesterase com metilsulfato de prostigmina, substância sintética semelhante à fisostigmina.

Em seguida aos esclarecimentos acima os A.A. referem-se aos métodos e resultados das experiências realizadas, expondo-os em minuciosos quadros. Do trabalho realizado os A.A. tiraram as conclusões seguintes:

- 1) O importante papel da hiperemia no fenômeno do estro sugeriu que o atraso menstrual pode ser devido antes à uma falta de resposta vascular do que a uma disfunção endócrina.
- 2) Tendo por base o mecanismo fisiológico da hiperemia no estro, as mulheres sofrendo de atraso menstrual foram tratadas com prostigmina. O fluxo ocorreu invariavelmente.
- 3) Trabalhos preliminares nos animais e no ser humano demonstraram conclusivamente que a prostigmina não inicia o fluxo menstrual quando o atraso é devido a uma gravidez incipiente.
- 4) A prostigmina não tem efeito sobre a amenorréia incipiente ou antiga quando devida a disfunção endócrina ou a alterações orgânicas locais.
- 5) A constância dos resultados no atraso menstrual e o nenhum efeito sobre a gravidez permite o uso da prostigmina como agente terapêutico e como teste de gravidez.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Dieta pobre em sal e seu efeito sobre o trabalho (*Salt-poor diet and its effect on labor*) — WADLOW, E. E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1940, Vol. 39, N.º 5, pág. 749).

O alívio da dor e a diminuição da duração do trabalho são duas das maiores solicitações hoje feitas ao obstetra, e são muito mais importantes, na mentalidade de muitos leigos, do que toda vigilância cuidadosa da gravidez e do trabalho por um médico conscientioso.

A solicitação de um trabalho curto e sem dôr levou ao emprêgo de vários processos que não são inteiramente desprovidos de perigo; como a versão e extração sob anestesia imediatamente após a dilatação completa do colo, na rotina; o uso de pituitrina para acelerar a última fase do trabalho; o uso excessivo de sedativos; o uso precoce rotineiro do fóreeps para terminar o parto, etc. Na mão de especialistas qualquer destes processos pode ser usado na maioria dos casos com bons resultados, mas o uso generalizado de todos êles apresenta perigos reais.

A busca do método ideal para aliviar o sofrimento do parto tem progredido há muitos anos, um grande número de preparados tendo sido lançados para gozarem de um curto período de popularidade, para serem mais tarde substituídos por outros novos.

O preparado ideal não foi ainda encontrado. Neste trabalho o A. apresenta os resultados alcançados em uma série de 70 casos em seguida ao emprêgo de um processo que julga encurtar a duração do trabalho, e em certo número de casos diminui sensivelmente a intensidade das dôres do trabalho. Baseia-se em princípios fisiológicos e consiste simplesmente em impor à mãe expectante uma dieta pobre em sal durante as últimas semanas da gravidez. Estes 70 casos incluem 45 primíparas e 25 multíparas e são comparados com 100 primíparas consecutivas normais e 100 multíparas, em que a duração do trabalho foi registrada.

A duração do trabalho é diminuída principalmente na primeira fase, de dilatação, mas há também uma redução pronunciada na fase expulsiva.

Conquanto a vantagem principal alcançada pelo uso da dieta pobre em sal seja a redução acentuada da duração do trabalho, a impressão do A. é que estas pacientes experimentam dôres menos intensas do que as outras sem dieta. Não houve mortalidade materna ou fetal a registrar nesta série, nem morbidez que de qualquer forma pudesse ser relacionada com a dieta específica. Os recém-nascidos nesta série apresentavam o peso médio. A capacidade de lactação das mães não pareceu ser afectada de qualquer modo. Uma revista da literatura sobre o assunto é feita pelo A. que observa sua extrema pobreza no particular.

O estudo do processo fisiológico correspondente não foi ainda procedido em detalhe, restando ainda muito trabalho a ser realizado na físico-química da dieta pobre em sal. O efeito fisiológico mais importante parece ser uma deshidratação dos tecidos maternos. Está fora de dúvida que esta dieta provoca uma diminuição do edema na maioria dos casos. A retenção de água nos tecidos está intimamente associada a retenção de cloretos. Convém estar prevenido que com o uso da dieta pobre em sal e a deshidratação resultante, se a paciente apresentar dificuldades no parto, hemorragia profusa, etc., o organismo não possue a reserva líquida fisiológica

necessária para essas emergências, devendo-se estar preparado para suprir prontamente líquido adicional, se indicado.

A dôr do trabalho pode ser considerada como um fenômeno cerebral provocado por estímulos periféricos — as contrações uterinas. Assim, temos uma ação dupla com esta dieta: a redução da excitabilidade dos centros nervosos, e um efeito sedativo nervoso seguro, agindo em conjunto para diminuir a intensidade da dôr experimentada pela paciente.

A explicação da ação da dieta pobre em sal pode não ser inteiramente correta em todos os sentidos, e certamente não é julgada ainda completa. Entretanto, permanece o fato de que a dieta pobre em sal durante as últimas semanas da gravidez diminui certamente a duração do trabalho e em um considerável número de casos diminui a intensidade das dôres experimentadas pelas parturientes.

Cesariana transcervical com exclusão peritoneal e mobilização da bexiga (*Transcervical cesarian section with peritoneal exclusion and bladder mobilization*) — SMITH, E. F. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1940, Vol. 39, N.º 5, pág. 763).

A operação cesariana, executada por determinadas indicações, será apresentada neste trabalho apenas sob o ponto de vista de uma técnica que contribue para sua segurança. O número relativamente grande de operações clássicas altas e medianas, em todo o país, é responsável por algarismos de mortalidade que podem ser um tanto reduzidos por todo aperfeiçoamento em detalhes técnicos. No passado, deficiências em anestesia e em prática cirúrgica, foram grandemente responsáveis pela popularidade da operação alta. E' bem evidente, pelas opiniões expressas na literatura, bem como pelas estatísticas de mortalidade e morbidez, que as operações sobre o segmento inferior uterino, oferecem margem de segurança mais ampla do que os métodos clássicos, sendo portanto natural que os obstetras estejam constantemente se esforçando para desenvolver uma técnica mais satisfatória e segura que possa ser geralmente utilizada.

Passa o A. em revista as técnicas de FRANK e LATZKO, citando as mais recentes estatísticas sobre estes métodos, fazendo em seguida a crítica de seus inconvenientes e vantagens.

Descreve em seguida e ilustra a técnica que preconiza, que se assemelha ao segundo método de SELLHEIM, e que constitue um esforço para realizar uma operação muito baixa, com exclusão peritoneal, eliminar aderências abdominais, prevenir lacerações iniciais e derrames, diminuir o traumatismo da bexiga, evitar a criação de uma larga área de peritônio desvitalizado, e por último, manter o campo operatório afastado dos ureteres e do leito da bexiga, localizando-o na bem orientada cavidade peritoneal inferior.

Conquanto o objeto desta comunicação seja descrever os detalhes técnicos de uma operação, que, o A. espera, servirá como uma contribuição para a segurança da cesariana, é justo registrar que em uma pequena série de 17 casos as mães e filhos estão todos vivos. Não houve complicações postoperatórias graves, e o tempo de internamento variou de 10 a 16 dias. Sete pacientes estavam francamente infectadas, tendo uma sofrido numerosos toques vaginais e duas tentativas de fórceps, apesar do que se restabeleceu sem novidades.

Nenhuma paciente apresentou temperatura acima de 102°F. por mais de 2 dias, e em algumas a temperatura se elevou apenas a 100°F. e voltou ao normal dentro de 48 horas. Uma paciente apresentava placenta prévia, auxiliando as suturas no local da placenta a controlar a hemorragia.

Todos os recém-nascidos eram normais, variando o peso de 2,750 a 4,500 grs., e exigindo os mesmos um mínimo de medidas de ressuscitamento.

Modificações do tipo decidual no endométrio, fora da gravidez (*Decidualike changes in the endometrium without pregnancy*) — TE LINDE, R. W. e HENRIKSEN, E. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Maio 1940, Vol. 39, N.^o 5, pág. 773).

O objetivo principal dêste trabalho é chamar a atenção para a possibilidade de uma responsividade do tipo decidual do endométrio à progesterona, na ausência de gravidez, e discutir a sua importância clínica em relação ao sangramento uterino funcional e o diagnóstico da gravidez extrauterina.

Existe qualquer justificação teórica para a crença de que pode existir decidua sem gravidez? De acordo com a teoria da menstruação de ROBERT MEYER, é essencial um ovo vivo para a vida do corpo amarelo, e este, por sua vez é responsável pelas modificações progravídicas no endométrio. A teoria de MEYER, portanto, admite que a vida do corpo amarelo da gravidez depende de um ovo vivo. E' isso provavelmente o que se dá numa gravidez que se processa normalmente, porquanto foi demonstrado por HERTIG que o ovo muito precocemente produz o "prolan", que, experimentalmente, prolonga a fase luteína. Não existem, porém, provas que demonstrem que o óvulo produz "prolan", e existem trabalhos experimentais que indicam que a fase luteína do ciclo — que corresponde ao estado de pseudo-prenhez nos animais de laboratório, que comumente não tem uma fase luteína — não depende da presença de um ovo vivo.

Os A.A. descrevem vários casos de reação decidual no endométrio, nos quais a gravidez parece pouco provável, e dois casos

Ano V

DEZEMBRO DE 1940 Vol. 10 - N.º 6

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ANNAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

SOB OS AUSPÍCIOS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dr. Alkindar Soares

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho

Dr. Fernando Mendes

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. João Paulo Rieper

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Mario N. Pardal

Dr. Nelson de Castro Barbosa

Dr. Nelson Garcia Nogueira

Dr. Nilo C. de Abreu

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Polymnis Dutra

Dr. Raymundo Santos

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcellos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife
E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Dezembro de 1940

Vol. 10 — N.º 6

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

<i>Perincorrafia simplificada</i> — DR. ALVARO DE A. SALLES e DR. F. VICTOR RODRIGUES	471
<i>Valor da cistoscopia no câncer do colo do útero</i> — DR. XAVIER GRAZIANI	492
<i>Perfuração do útero</i> — DR. DOMINGOS DELASCIO e DR. OSVALDO CERTAIN	503

EDITORIAL

<i>Síndrome de Meigs</i>	516
--------------------------------	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>II Congresso Panamericano de Endocrinologia</i>	519
<i>8.º Congresso Francês de Ginecologia</i>	521

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>A incontinência uretral na mulher</i> — DR. GERALDO V. DE AZEVEDO	525
<i>Bio-Perspectivas</i> — RENATO KEHL	525
<i>The Rockefeller Foundation</i>	526

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Acérca do resultado das intervenções sobre o sistema nervoso simpático em afecções ginecológicas benignas — PETERSEN, E.</i>	527
<i>Pesquisas sobre modificações do ovário em consequência de anemia por hemorragia — SUNDELIN, G.</i>	528
<i>A taxa normal de glicemia do recém-nascido — REENKOLA, M.</i>	528
<i>Acérca do diagnóstico-radiológico da placenta prévia — BJERRE, H.</i>	529
<i>A aplicação terapêutica da vitamina E na medicina clínica humana — VOGT-MOLLER, P.</i>	529
<i>Sobre o diagnóstico histológico precoce do câncer de epitélio chato do colo — GERLACH, W.</i>	530
<i>Opistótono prolongado do recém-nascido após parto em apresentação de face — OTTOW, B.</i>	532
<i>Torção isolada do ovário durante a gravidez — HOFF, F.</i>	533
<i>Os defeitos simétricos estriados congênitos da pele — REISS, W.</i>	534
<i>Acérca da economia da vitamina C durante a gravidez — BRIEGER, H.</i>	534
<i>Contribuições para a questão do teor em vitamina C da placenta humana em casos de morte intrauterina do feto — SCIPIADES, E. J.</i>	535
<i>Alterações endócrinas nas afecções carcinomatosas dos órgãos genitais femininos — v. LATZKA, A.</i>	536
<i>Aderência da placenta com a cabeça do feto, aderências de cordões amnióticos com o sistema nervoso central; deformações. — ILBERG, G.</i>	537
<i>Experiência com a impregnação artificial no tratamento da esterilidade — CARY, W. H.</i>	537
<i>Inversão aguda do útero puerperal — HARER, W. B. e SHARTKEY, J. A.</i>	538
<i>O tratamento das vulvo-vaginites prepúberais com um novo estrogênio sintético — RUSS, J. D. e COLLIN, C. G.</i>	540
<i>Modificações de peso durante a gravidez e puerpério — STANDER, H. J. e PASTORE, J. B.</i>	541
<i>Um estudo clínico do estilbestrol — DAVIS, M. E.</i>	542
<i>Hipertireoidismo e gravidez — JAVERT, C. T.</i>	543
<i>Estudo sobre a incidência da sífilis nas mulheres grávidas e alguns resultados terapêuticos — MOSELEY, V., CALLAWAY, J. L. e DURHAM, N. C.</i>	545
<i>Observações sobre a patologia da vaginite por tricomonas e sobre a sementeira de tricomonas vaginais e tricomonas intestinais na vagina — KESSEL, J. F. e GAFFORD, J. A.</i>	546
<i>O emprego clínico do hormônio gonadotrópico do sôro de égua grávida — HUBER, C. P. e DAVIS, M. E.</i>	547
<i>Estudo comparativo do teor de protrombina do sangue materno e do cordão umbilical do feto no momento do parto — NORRIS, R. F. e RUSCH, A.</i>	548
<i>Lesões ovarianas simulando apendicite — GUY, C. C. e ROTONDI, A. J.</i>	548
<i>Virilismo córtico-suprarrenal — LUKENS, F. D. W. e PALMER, H. D.</i>	549
<i>Efeitos dos estrogênios, sobre a contratilidade tubária e a secreção vaginal na menopausa — BERNSTEIN, P. e FERESTEN, M.</i>	550

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Menstruação e endométrio — WILSON, L. e KURZROK, R.</i>	550
<i>O pH da secreção vaginal como índice da atividade ovariana nos estados de hipoovária — BEILLEY, J. S.</i>	551
<i>Efeitos do propionato de testosterona sobre a prenhez e sobre a passagem de óvulos através as trompas em ratas — BURDICK, H. O., EMERSON, B. B. e WHITHEY, R.</i>	551
<i>Pode-se curar a enxaqueca feminina pela provocação da menopausa? Apresentação de quarenta-e-dois casos. — ALVAREZ, W. C.</i>	552
<i>Apresentação pélvica. Estudo de 302 casos. — PATTON, G. D. e MUSSEY, R. D.</i>	552
<i>Acidose em cirurgia — PRIETO, I. M.</i>	553
<i>Tratamento cirúrgico da peritonite pélviana — ORTIZ, J. y M.</i>	554
<i>Celulite pélviana — AVENDAÑO, O. R.</i>	555
<i>Prenhez extrauterina com feto a termo, vivo. — SALAMANCA, A. G.</i>	555
<i>Inversão uterina puerperal recidivante — LIRIA, R. H.</i>	556
<i>Corioepitelioma com prováveis metástases pulmonares. Cura mantida por dois anos. — AHUMADA, J. C. e HERRERA GANDOLFO, R.</i>	557
<i>Pelve coxálgica. Interpretação de certas imagens radiológicas das pelves assimétricas. — LEON, J.</i>	558
<i>Prenhez tubária com passagem do feto ao abdômen — AHUMADA, J. C., HERRERA GANDOLFO, R. e RAFFAELE, A. P.</i>	559
<i>Endometriose e câncer — CASTAÑO, C. A.</i>	560
<i>Cálculo gigante do ureter pélviano. Ureterolitotomia vaginal. — ARENAS, N. e BETTINOTTI, E. A.</i>	561
<i>Contribuição ao estudo das metropatias hemorrágicas — CASTAÑO, C. A.</i>	563
<i>O fibromioma abdominal experimental provocado por substâncias estrogénicas — LIPSCHUTZ, A.</i>	563

cidade da mitose normal. O equilíbrio entre célula e núcleo é perturbado no epitélio canceroso, apresentando-se os núcleos mais acintados e mais ricos em cromatina.

No epitélio estratificado normal a célula exerce uma função dentro da coletividade celular, no epitélio canceroso a célula vive para si.

O diagnóstico histológico do câncer da pôrtio requer uma biópsia em local bem escolhido, sem lesar o epitélio. O material de raspagem só da cérvix não parece suficiente. Entretanto devia toda biópsia ser procedida pela curetagem do canal cervical, visto que o câncer do epitélio estratificado do colo às vezes se propaga dentro do canal cervical.

Opistótono prolongado do recém-nascido após parto em apresentação de face (*Langdauernder Opisthotonus beim Neugeborenen nach Geburt in Gesichtslage*) — OTTOW, B. — (Z. f. G. und Gynäk., Junho 1940, Vol. 121, Fase. 1, pág. 39).

O A. apresenta o caso dum parto em apresentação de face com opistótono do recém-nascido durante 4 meses. Tratava-se de uma terciária com 28 anos de idade. Os dois partos anteriores foram normais com fetos à termo. Pelvimetria normal. Em 13 de Maio de 1939 parto espontâneo de um menino em apresentação de face, com peso de 4035 gr. e 56 cm. de comprimento. Logo depois do parto nota-se a deflexão extrema da cabeça do feto com dolicocefalia discreta. Só com bastante força consegue-se dobrar a cabeça, voltando esta à posição antiga, logo depois da manobra. Nos primeiros dias observa-se ligeiro nistagmo e tendência para espasmos. Nenhum sinal de lesão cerebral. A criança procura a posição lateral. A radiografia feita alguns dias depois não mostra nenhuma anormalidade da base do crânio ou da coluna vertebral cervical. Os exames executados pelo pediatra e pelo neurologista deram achados normais; ausência de hidrocefalia, e reações sorológicas negativas em mãe e filho.

Nove semanas depois do parto a posição parece menos rígida e instala-se agora um tratamento ortopédico, colocando o menino dentro dum aparêlho. No percurso de 4 semanas a cabeça adquire a posição normal.

Casos de opistótono após parto em apresentação de face encontram-se extremamente raros deseritos na literatura.

Cita o A. o caso publicado por FIEUX.

Diz o A. que o opistótono pode somente ocorrer em casos de apresentação de face primária.

Admite-se a causa da apresentação de face como decorrente de perturbações anatômicas da coluna vertebral cervical do feto que foram radiologicamente comprovados por vários autores.

No caso do A. tais modificações não podiam ser confirmadas, sem que isto porém impeça a presença de alterações nas cartilagens, nos tendões e nas articulações em vista da pouca opacidade das imagens da radiografia do recém-nascido. Para a etiologia existem somente hipóteses.

Apresenta o A. o caso pela sua raridade.

Torção isolada do ovário durante a gravidez (*Isolierte Stiel-drehung des Ovars in der Schwangerschaft*) — HOFF, FRANZ — (Z. f. G. und Gynäk., Junho 1940, Vol. 121, Fase. 1, pág. 48).

A torção isolada do ovário normal representa grande raridade, tendo o A. encontrado somente 14 casos na literatura. Em Agosto de 1938 teve ocasião de observar o caso seguinte: Uma senhora com 36 anos de idade adoeceu com fortes cólicas na fossa ilíaca direita. Amenorréia gravídica desde Janeiro do mesmo ano. O exame ginecológico revelou gravidez normal no comêço do 9.^º mês, ficando a cliente em observação na enfermaria. Como as cólicas se repetiam com vômitos e sinais de irritação peritoneal, resolveu-se a laparotomia admitindo uma apendicite. Aberto o abdômen, encontrou o A. um tumor na fossa ilíaca direita que era representado pelo ovário torcido e que foi extirpado. Oito dias depois parto espontâneo.

O A. tece vários comentários à respeito do caso. A torção do ovário normal durante a gravidez representa uma complicação séria para mãe e filho. Sua origem não é bem esclarecida, sendo a torção provavelmente o resultado de um conjunto de fatores internos e externos. Há fatores de disposição e fatores de realização. Como momento mais importante na etiologia considera o A. o comprimento exacerbado dos ligamentos ováricos.

O A., considerando as causas responsabilizadas para provocar a torção acha que nem a força hemodinâmica de PAYR, nem as influências mecânicas segundo SELLHEIM bastam para que resulte daí a torção. O conjunto das duas causas porém, juntando-se à disposição existente, pode conduzir à estase sanguínea com subsequente infarto.

Ano V

JANEIRO DE 1940 — Vol. 9 - N.º 1

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000.

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda.
Rua da Imperatriz, 254 - Recife

e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
E. PARA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Janeiro de 1940

Vol. 9 — N.º 1

SUMÁRIO

	Págs.
<i>Sessão inaugural da Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetricia, em 7 de Dezembro de 1939 — Presidida pelo Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde Pública</i>	1
LIÇÕES E CONFERÊNCIAS	
<i>Aspectos do tratamento moderno da infecção puerperal — PROF. DR. RAUL BRIQUET</i>	5
<i>A importância do fator psicógeno em Ginecologia — PROF. DR. ARNALDO DE MORAES</i>	22
<i>Mortinatalidade no Rio de Janeiro — DR. CLOVIS CORRÉA DA COSTA</i>	31
TRABALHOS ORIGINAIS	
<i>Rotura central completa do períneo. Parto perineal. — DR. BENEDICTO TOLOSA e DR. MARTINUS PAWEL</i>	44
SECÇÃO EDITORIAL	
<i>A propósito da Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetricia</i>	51
NOTAS E COMENTÁRIOS	
<i>Relatório da Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetricia</i>	53
<i>Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina</i>	56
<i>Sociedade de Medicina e Cirurgia de Itabuna</i>	61
<i>Associação Piauiense de Medicina</i>	61
<i>"Septicemias e seu tratamento"</i>	62
LIVROS E PUBLICAÇÕES	
<i>Endocrinologia — AUGUSTO A. WERNER</i>	65
RESUMOS	
<i>(Ver índice próprio)</i>	

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

TRABALHOS ORIGINAIS

**ROTURA CENTRAL COMPLETA DO PERÍNEO.
PARTO PERINEAL. ***

DR. BENEDICTO TOLOSA

Assistentes da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da
Universidade de S. Paulo

DR. MARTINUS PAWEL

"Este trabalho não foi escrito para quem possa
tomá-lo com a idéia preconcebida de que constitue
muito rumor por uma simples laceração perineal."

v. RITGEN.

Imitando ROBERT OLSHAUSEN, que pôs êsse pensamento de v. RITGEN na frontaria de uma das suas conferências sobre as lacerações perineais, também nós dedicamos estas páginas tão somente àqueles que dão a essa espécie de traumatismo puerperal a importância que lhes cabe pela influência exercida sobre a estética dos órgãos genitais e pelo complexo de inferioridade sexual que de comum criam em suas portadoras.

As roturas perineais têm variada extensão e aspecto. Por vezes limitadas a simples laceração da fúrcula, em outras se propagam na direção do anus que poderá ser alcançado e comprometido pelo despedaçamento da sua musculatura. Nos casos mais graves o trauma atinge maior ou menor extensão do reto.

Dessa multiforme aparência resulta a necessidade da sua classificação.

A raridade da rotura central, pelo menos daquelas formas de mais fácil reconhecimento, permitiu que a prática corrente conjugasse a qualidade de *marginal* a toda laceração do períneo não convenientemente adjetivada. E' o que decorre do exposto nos tratados de mais comum manuseio, onde geralmente se classificam as roturas perineais em vários graus condicionados a sua extensão, assinaladas, em apartado, as roturas centrais e as intersticiais.

* Trabalho apresentado à Semana Carioca-Paulista de Ginecologia e Obstetricia realizada de 7 a 14 de Dezembro de 1939.

Melhor uniformidade se consegue pela distribuição de tais ocorrências em 2 grupos chaves: *a) roturas marginais; b) roturas centrais.*

Diz-se *marginal* quando um dos seus extremos alcança a fúrcula, determinando, assim, a ampliação da vulva; *central* quando esta não se atinge, permanecendo, pois, intacto, o seu contorno.

A rotura *marginal* pode ser *simples* ou *complicada*. A *simples* será do 1.^º grau se localizada na fúrcula, do 2.^º desde que abranja a metade do períneo, e do 3.^º ou *completa*, caso alcance o anus sem contudo lesar-lhe o esfíncter. Denomina-se *complicada*, quando inclue a musculatura anal e, possivelmente, o reto.

As centrais são *completas* ou *incompletas* conforme tomem ou não toda a espessura do períneo. As incompletas se subdividem em *superficiais* e *intersticiais*. Na incompleta superficial a solução de continuidade encontra-se no tegumento externo, mais ou menos respeitado o plano muscular; na *intersticial*, consigna-se despedaçamento de músculos e aponevroses perineais, continuando ilesos os planos cutâneo e mucoso reduzindo-se, assim, o períneo, a um tabique flácido e delgado em que tais planos parecem juxtagostos. Por sua vez as roturas centrais completas serão *simples* ou *complicadas*, conforme respeitem ou não a integridade do anus e do reto.

roturas do períneo	marginal	simples	1. ^º grau	
			2. ^º , ,	
		complicada		
	central	incompleta	<i>superficial</i>	
			<i>intersticial</i>	
		completa	<i>simples</i>	
			<i>complicada</i>	

Das roturas centrais, as completas são as mais interessantes porque quasi sempre se acompanham de parto através do períneo desprezada, espontaneamente, a via de normal êxodo, fato que, mesmo para os habituados às causas obstétricas, representa uma anomalia quasi inacreditável.

E' clássica a citação de uma frase de CAPURON, publicada na *Revue Médicale* de Agosto de 1830 e também repetida nos trabalhos de DANIEL DE ALMEIDA, e de AZEVEDO JUNIOR, proferida quando mantinha uma discussão com o seu colega MOREAU na Sociedade de Medicina Francesa, sobre a possibilidade do parto perineal, e na qual aquele exprime a sua incredulidade dizendo: "Quand bien même je verrai le fait, je ne le croirai pas".

Numerosos são os casos hoje arquivados na literatura médica. Ao lado dos apontados por Mme. LACHAPELLE, nos quais muitas vezes o acidente só foi visto depois de constituído, dado o costume, nesse tempo, de fazer-se o parto a coberto da fiscalização visual, há outros, nos quais, os seus comunicantes tiveram a oportunidade de assistir a passagem do feto pelo períneo, a exemplo de ANDREW TINDAL que surpreendeu o recém-nascido expulso pela metade, preso ao nível da cintura, na brecha recém-aberta.

Dos vários escritos sobre o assunto sobressai a monografia de EERO LÖFGVIST suficientemente completa e extensa para dispensar outro empreendimento de igual natureza. Além do seu caso, no qual o parto se processou pelo períneo apesar dos cuidados da assistência, LÖFGVIST esmiuçou a literatura para conseguir como conseguiu um trabalho de valor. Assinala como sendo o primeiro observado na espécie humana o de J. H. SLEVOGT, relatado em 1700. Pacientemente conseguiu reunir 202 observações, número razoável para pesquisas e conclusões relativas a frequência, causas e mecanismo do acidente. Não incluiu nesse total cerca de 50 outros casos entre os quais o de DANIEL DE ALMEIDA, seja porque as comunicações não expusessem pormenores aproveitáveis, seja porque só dêle foram conhecidos por meio de resumos insuficientes.

Dois mecanismos se reconhecem na formação da rotura central: a) o da dilatação contínua e progressiva do períneo. b) o da perfuração vagino-perineal.

No primeiro, a apresentação impele gradualmente o períneo promovendo aos poucos a sua dilatação e delaminação, enquanto o orifício vulval, estenosado e resistente, foge à rotura; maior pressão, maior elevação da vulva, adelgaçamento extremo do períneo até estalar-se o tegumento externo, quasi sempre junto ao anus, para em seguida completar-se o trauma. Não raras vezes, ao ultimar-se o parto, a rotura, de central passa a marginal, pelo despedaçamento da brida remanescente.

No segundo, ao pensar de LÖFGVIST, pelo que conclue das muitas e minuciosas observações coligidas, a rotura se inicia na camada muscular do períneo. Esta, em casos de excepcional excitabilidade, contrai-se até o exagero ante o estímulo representado pelo contacto súbito da apresentação impulsionada por contrações subintrantes e vigorosas até ceder bruscamente ao esforço e entregar os planos tegumentares da região completamente indefesos, a violência propulsiva.

Cerca de 2 terços dos casos estudados por LÖFGVIST, obedeceram ao primeiro mecanismo; partos no geral de evolução lenta, muitos nos quais as roturas se transformaram secundariamente em marginais, seja de modo espontâneo, seja pela tesoura do assistente.

As perfurações vagino-perineais coincidiram com a presença de contrações violentas e súbitas. O caso descrito por MAX KAR-

LIN, ao demais, muito parecido com o nosso, é um exemplo claro desta espécie.

Difícil é a incriminação de determinado agente etiológico. A localização central da rotura provavelmente resulta da presença de várias causas conjugadas por circunstâncias especiais.

Embora o acidente tenha sido verificado mais comumente em primíparas (88,4 % na relação de LÖFGVIST), assim também a nossa observada, foi ainda encontrado em secundíparas (ANDREW TINDEL) em tercíparas (DANIEL DE ALMEIDA) e até em mulheres na quarta e quinta parturição como se vê na estatística acima referida.

A idade é fator de menor valia pois em 70 % das primigestas oscilou entre 16 a 25 anos.

As alterações tissulares do períneo, cicatrizes, edemas, diminuição de elasticidade, etc., por si só não explicam a localização central da rotura.

Estudando as causas prováveis do acidente, GUGLIELMI, da Maternidade de Ancona, salienta a importância da integridade himenial, e o trabalho de LÖFGVIST arquiva 8 desses casos. Compreensível é o fato, pois a integridade himenial, nessa altura, deverá corresponder a anomalia de resistência capaz de desviar a marcha da solução de continuidade.

No geral, as condições consideradas possivelmente predisponentes à laceração perineal — alterações tissulares, amplitude do períneo, retroversão da bacia, altura da sínfise, estenose vulvar, integridade himenial, estenose vaginal, vícios de rotação fetal, apresentações irregulares, procidência de membros, contrações uterinas súbitas e violentas, posição da parturiente, etc. — consideradas de modo isolado não podem explicar satisfatoriamente a sua localização central.

De tôdas essas possibilidades parece-nos mais importante a coincidência de vício de inclinação pélvica, períneo alto e elástico, estenose vulvar, feto pequeno e contrações súbitas e de intensidade exacerbada.

No caso hoje trazido ao arquivo da literatura médica, aliaram-se os fatores acima, dando-se a rotura, ao que parece, pelo mecanismo da perfuração vagino-perineal.

O tratamento é simples. Um golpe de tesoura modifica as condições da rotura transformando-a numa laceração comum, processando-se o seu reparo segundo técnicas adequadas à extensão e configuração da zona roturada.

O nosso caso, colhido na Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, onde deu entrada em 10 de Outubro de 1935 e registrada sob o n.º 6.996, é o seguinte:

M. M. D., branca, brasileira, 22 anos, casada, residente no bairro Sítio das Pedras, Vila de Cotia, próximo de S. Paulo. Bons antecedentes hereditários e pessoais, assinalando-se apenas moléstias próprias à primeira infância. Primigesta. Gravidez evoluída sem acidentes dignos de nota, com ausência de náuseas, vômitos e de edemas em quaisquer das suas fases. Parto espontâneo, no domicílio, assistido por uma prática, iniciado na manhã de 12 de Junho de 1935 e completado às 3 horas da madrugada de 13. Dôres espaçadas e pouco intensas, de comêço, subitamente intensificadas de modo excepcional, violentas e repetidas, com intervalos quasi nulos, nos momentos que anteciparam a liberação fetal. Rotura da bolsa pouco antes do período expulsivo. Dequitação espontânea aos 20 minutos. Recém-nascido masculino, de térmo, de dimensões pequenas (não foi pesado e nem medido), natimorto com aspecto físico normal e tegumento externo sem sinais de maceração.

A paciente foi atendida ainda no domicílio, alguns dias depois do parto, acometida de endometrite puerperal. A anamnese cuidadosa revelou que a expulsão do feto se fizera pela brecha do períneo.

Mulher franzina, pénica, 41 quilos de peso, 148 cent. de altura, 36,4 de temp. e 80 pulsações. P. A. 60-110. Estado geral bom. Rede ganglionar normal e normais os aparelhos digestivo, circulatório, pulmonar, urinário e nervoso. Bacia geral e regularmente estreitada, com ligeira retroversão. C. D. igual a 10 e arco anterior de raio menor que 6. Bi-Es. 22; Bi-Cr. 26; Bi-Tr. 27; CEx. 18; Michaelis simétrico. Tarnier de base 8 e altura 3.

Urina normal. Wasserman e Kahn negativas. Reserva alcalina 49 %. Hemoglobina 80 %. Hemossedimentação 6 mm. em 60 minutos. Tempo de sangria 1'30". Tempo de coagulação 7'.

Anexos uterinos e paramétrios normais. Útero em posição, dimensões, consistência e sensibilidades normais, apresentando no orifício externo do colo, prolongando-o a direita, uma fenda de 2 cent. Períneo alto exibindo uma rotura central de bordas cicatrizadas, estendida da margem do anus até cerca de 15 mm. da fúrcula, e daí para a direita até alcançar a porção inferior do grande lábio. Junto ao anus e à sua direita observa-se cerca de um centímetro de porção perineal consolidada espontaneamente. O conduto vaginal, bem proporcionado, apresenta também uma zona cicatricial no seu terço inferior lado direito. Normal o anus e a sua musculatura. A brida que circunda a porção superior da rotura tem cerca de um e meio centímetros de largo, com aspecto e consistência normais. Reconstituição do períneo, depois ressecada a brida residual e desdobramento dos vários planos, em 16-10-35 pelo Dr. BENEDICTO TOLOSA, auxiliado pelos Drs. MARTINUS PAWEL e CARMELO REINA. Anestesia raquiana, com 0,10 centgr. de escuroeaína cristalizada. Alta boa.

Conclusões

1.^o — A localização central da rotura do períneo não se explica pela existência isolada de uma só causa e sim pela conjugação de vários fatores predisponentes.

2.^o — Dois mecanismos parecem intervir na sua realização.

a) dilatação perineal — na qual a elasticidade do centro do períneo gradualmente é vencida pelo esforço que propele a apresentação, de comum, iniciando-se a rotura pelo tegumento externo.

b) perfuração vagino-perineal — onde predominam a subitaneidade e o excesso contraturais agindo em oposição; agressiva por

intermédio da apresentação que conduz o esfôrço do miométrio, *obstaculizante* ao nível do períneo onde a musculatura contracta se opõe à distensão.



Fig. 1

3.^o — Embora caiba às primíparas grande percentagem no computo estatístico do acidente as multíparas não estão a salvo da possibilidade de sofrê-lo.

Bibliografia especializada

1) DANIEL DE ALMEIDA — Ruptura central do períneo. Parto perineal. Rev. Soc. Med. Cir. Rio de Janeiro. Dezembro de 1903. 2) MANOEL FRANCISCO DE AZEVEDO JUNIOR — Ruptura Central do períneo. Tese para Livre Docência à Fac. Med. Rio de Janeiro, 1911. 3) MAX KARLIN — Ein Fall von zentralem Dammriss mit Geburt eines ausgetragenen Kindes durch denselben Zbl. Gyn. n.º 49, pg. 3120, 1927. 4) EERO LÖFGVIST — Beitrag zur Frage der centralem Dammrisse. Acta Obst. et Gyn. Scandinavica. Vol. VIII, pg. 138, 1929. 5) ANDREW TINDAL e MAC LENNAN — Parturition per perineum the Brit. Med. Journal, pg. 863, 22-11-1930. 6) GUSTAVO GUIGLIELMI — Le lacerazioni centrali del perineo. Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche, n.º 23, pg. 717, 5-6-1932. 7) R. OLSHAUSEN — Delle lacerazioni del perineo e del modo di proteggerlo, n.º 36 da Série de Conferências clínicas de professores Alemães editada por R. Volkmann, trad., ital. Edit. por L. Vallardi, 1885.

Déchirure centrale complète du perinée. Accouchement perinéal.

Résumé

Les A.A. publient l'observation d'un cas qu'il ont eu l'occasion d'examiner quelques jours après l'accouchement. Il ont pu constater qu'il s'était produite une déchirure périnéale étendue entre l'anus et la fureule en les menageant tous deux. L'anamnèse permit de reconstruire l'épisode de l'accouchement et de savoir qu'il s'était produit par la déchirure.

Les A.A. font une complete revue de la litterature en rapport avec leur cas. En concluant ils croient que la déchirure centrale du perinée ne peut s'expliquer que par l'association de plusieurs facteurs. Il y aurait deux mecanismes possibles: primo, dilatation excessive du perinée avec commencement de la déchirure par la peau; secundo, la muqueuse serait entamée la première et une perforation vagino-perineale se produirait.

Complete central perineal tear. Perineal accouchement.

Summary

A case of complete central perineal tear which was examined by the authors a few days after delivery, is reported.

A large perineal tear was found extending between the anus and the fureula, which were preserved. Diagnosis of perineal delivery was made after checking carefully the patient's history. A review of the litterature is made by the authors who express their opinion that the location of the central perineal tear can only be explained by conjugation of several factors. Two mechanisms might be responsible: a) perineal dilatation with rupture starting from the skin, and b) vagino-perineal perforation.

Vollständiger zentraler Dammriss. Damm-geburt.

Zusammenfassung

Die Verfasser beschreiben die Geschichte eines Falles, den sie einige Tage nach der Geburt untersuchten und bei dem sie einen grossen Dammriss vorfanden, der von der Ferkula bis zum Anus reichte, diese aber verschont halte. Die Diagnose der Damm-Geburt wurde auf Grund sorgfältiger Anamnese gestellt.

Die Verf. zitieren die einschlägigen Arbeiten der Weltliteratur und kommen zu der Meinung, dass der zentrale Dammriss nur durch eine Vereinigung mehrerer Faktoren zustande kommen kann. Zwei Vorgänge finden statt: Die Dehnung des Damms mit Riss zunächst der Haut und die Perforation von der Scheide her.

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Patogenia das meno-metrorragias funcionais da adolescência — BLOCH, P. W.</i>	67
<i>Diagnóstico e terapêutica das meno-metrorragias funcionais da adolescên- cia — KREIS, J.</i>	68
<i>A descoberta da infecção gonocócica crônica na mulher — MOCQUOT, P. e PALMER, R.</i>	69
<i>Foliculoma maligno do ovário (Tumor foliculóide maligno da granulosa do ovário) — DANIEL, C. e BABÈS, A.</i>	70
<i>Considerações sobre os cistos tubo-ovarianos — MAVRODIN, D.</i>	71
<i>Sobre a castração precoce no curso da gravidez — GOLDENBERG-BAY- LER, S.</i>	72
<i>Dosagem no sangue dos hormônios gonadotrópicos para o diagnóstico pre- coce da gravidez extra-uterina — BÉCLÈRE, C. e MABILEAU, J.</i>	72
<i>A curva térmica nas amenorréias secundárias — MOCQUOT, P., PAL- MER, R. e DEVILLERS, J.</i>	74
<i>Reumatismo ovariano — VIGNES, H.</i>	75
<i>As toxicoses precoces da gravidez e a alergia — SENDERIKHIN, M.</i>	76
<i>Sobre o valor da reação de Gilfillen e Gregg — VASCIAVEO, L.</i>	77
<i>A transfusão de sangue em pequenas doses associada à cura actínica no tratamento do câncer uterino — D'ERCHIA, F.</i>	78
<i>As fosfatases do plasma no estado puerperal — QUINTO, P.</i>	79
<i>Considerações sobre a decidua do útero grávido fibromiomas — PA- ROLI, G.</i>	80
<i>A polipeptidemia fetal e materna (Contribuição ao estudo da troca do azoto na gravidez) — CETRONI, M. B.</i>	80
<i>Prenhez ectópica. Uma revista de trezentos-e-dez casos operatórios. — LANGMAN, L. e GOLDBLATT, M.</i>	81
<i>Sulfanilamida nas infecções puerperais produzidas pelo Clostridium Welchii — SADUSK Jr., J. F. e MANAHAN, C. P.</i>	82
<i>Exame do esperma de acordo com o estado atual da investigação — POL- LAK, O. J. e JOËL, C. A.</i>	83
<i>Um balanço obstétrico — RUNNELS, S. C.</i>	84
<i>Resultados da terapêutica cirúrgica e da irradiação no carcinoma do corpo uterino — HEALY, W. P. e BROWN, R. L.</i>	84
<i>A eritroblastose fetal como causa de mortalidade fetal — MACKLIN, M. T.</i>	86
<i>A fibra muscular lisa na pelve feminina — POWER, R. M. H.</i>	88
<i>Um relatório preliminar sobre o uso da sulfanilamida nas infecções puer- peral e postabôrto — MORRIS, T. J.</i>	89
<i>O uso de um derivado da sulfanilamida no tratamento da gonorréia de mulheres grávidas e não grávidas — BOMZE, E. J., FUERSTNER, P. G. e FALLS, F. H.</i>	90
<i>A inibição da lactação durante o puerpério pelos extratos ovarianos e pre- hipofisário — CACCIARELLI, R. A.</i>	91
<i>Acerca do tratamento da blenorragia da mulher — GELLER, F., Ch.</i>	92

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Página
<i>A reação de Schiller e a colposcopia. Oferecem elas uma segurança de 100 % para o diagnóstico precoce do câncer de epitélio chato da pôrtio?</i> — MARTI, T.	92
<i>Acérca da questão da chamada endometrite decidual tuberosa</i> — RICHTER, W.	93
<i>Raquianestesia na cesariana</i> — LÜTTGE, W.	94
<i>Transfusão de sangue gravídico em casos de corioepitelioma</i> — RICHTER, W. E.	94
<i>Uma ulceração rara na vagina</i> — MÜLLER, F.	95
<i>Sobre mais um caso de endometriose da vulva</i> — SCHULZ, H.	96
<i>Acérca do diagnóstico, da etiologia e da terapêutica da perfuração dum piossalpinge para dentro da parte pélvica do ureter</i> . — HOLTERMANN, C. e BECKER, H.	96
<i>Sobre o resultado da gestação indesejada</i> — NEUWEILER, W.	97
<i>O metabolismo da aneurina na gravidez e no puerpério</i> — NEUWEILER, W.	98
<i>Experiências de prenhez ectópica baseadas nas observações de 1912-1938. Relatório crítico sobre a reinfusão do sangue encontrado na cavidade peritoneal</i> . — DÖRR, H. e HOFFMANN, W.	99
<i>Acérca da ação da morfina sobre o intestino em casos de íleo e após laparotomias</i> — LANG, H. J.	99
<i>A eliminação do prolan após aplicação oral e parenteral</i> — BÜTTNER, W. e MILLARD, A.	100
<i>Sobre tumores de Brenner do ovário com 9 casos novos</i> — TIMMERMANN, S.	101
<i>A morte intrauterina do feto</i> — SCHULTZE, K. W.	101
<i>Sobre uma observação de piossalpinge rôto em peritônio livre</i> — BAZAN, J.	102
<i>Gravidez e bartoliniite</i> — SOSA e SANCHEZ, A. I.	103
<i>Um caso de ausência total de útero e vagina</i> — COSTA, N. P. e PASTORINI, R.	104
<i>Difteria vulvo-vaginal primitiva</i> — AHUMADA, J. C. e CHEVALIER, R. M.	105
<i>Piocolpos unilateral em vagina dupla assimétrica. Duas observações</i> . — FOX, E. A. e IBARBIA, J. A.	106
<i>Fibromas do grande lábio</i> — BAZAN, J. e CORBELLÀ, E. G.	107
<i>Adenoma do grande lábio</i> — CATALANO, F. E.	108
<i>Nossa experiência sobre o parto médico de Kreis</i> — MATUS, L.	109

REGIME DE EMAGRECIMENTO. — A pedido de vários clínicos a Krinos Ltda. acaba de editar um esquema de dosagem média do **Tireoglan** na obesidade endócrina, acompanhado de um regime de emagrecimento. O folheto em questão, reservado exclusivamente aos Srs. médicos é enviado, a pedido pela Krinos Ltda., caixa 556, Rio.

copia e a prova de SCHILLER falham, talvez em casos em que o carcinoma se desenvolve a partir do epitélio de transição.

Acérca da questão da chamada endometrite decidual tuberosa (*Zur Frage der sogenannten Endometritis tuberosa decidualis*) — RICHTER, WALTHER — (Z. f. Gynäk., Julho 1939, N.º 27, pág. 1494).

O A. comunica um caso da chamada endometrite decidual tuberosa, diagnosticado pela autópsia duma paciente com 39 anos de idade, morta de eclâmpsia após parto à termo.

Em seguida o A. passa em revista os casos comunicados na literatura e as diversas opiniões acérea da etiologia da hiperplasia da decídua. Admite que as hiperplasias tuberosas da decídua são devidas à influência hormonal da gravidez junto com uma predisposição local do tecido, como acontece nos chamados decíduomas experimentalmente provocados e nas ilhotas ectópicas da decídua. A predisposição local consiste numa proliferação de tecido conjuntivo que se desenvolve em regiões comprometidas pela influência do útero em crescimento.

O A. admite até uma certa importância da hiperplasia da decídua para as hemorragias gravídicas e para o aborto, como também para infecções puérperas. Anatomicamente trata-se de uma hiperplasia da decídua. A diferença entre a forma poliposa e a forma difusa não é essencial, mas sim somente gradual, e explica-se por incondições locais.

Raquianestesia na cesariana (*Lumbalanästhesie beim Kaiserschnitt*) — LÜTTGE, WERNER — (Z. f. Gynäk., Julho 1939, N.º 27, pág. 1510).

Há muitos fatores que falam contra a anestesia de inhalação para a cesariana, seja pelo lado da mãe como pelo do filho.

O A. apresenta uma estatística de 102 cesarianas feitas em anestesia de inhalação e de 105 cesarianas executadas em raquianestesia comparando os resultados no quadro seguinte:

	Éter	Raqianestesia
Mortalidade materna	5,8 %	6,6 %
infantil	2,9 %	2,85 %
Asfixia infantil 1.º grau ..	29,4 %	6,66 %
,, 2.º grau ..	3,9 %	2,9 %

A diferença essencial encontra-se na percentagem da asfixia infantil que baixou sensivelmente pelo emprêgo da raquianestesia.

O A. não viu desvantagens, a contração do músculo uterino foi sempre boa, não houve hemorragias postoperatórias. A técnica empregada foi a seguinte: Uma hora antes da intervenção injeção subcutânea de 1 cc. de escopolamina-efedrina "Merck"; 20 minutos antes da incisão, raquianestesia entre as vértebras lombares 4 e 5 pela injeção lenta de 1 1/2 cc. de Tropococaína à 10 %. A paciente fica em posição sentada permanecendo assim ainda 8 minutos após a injeção, deitando-se em seguida devagar. Pouco antes da incisão faz-se posição de Trendelenburg.

Em dois casos observaram-se acidentes, facilmente reparáveis pela injeção de Coramina e que não impediram a execução da intervenção. Também na eclâmpsia e na placenta prévia a raquianestesia deu resultados satisfatórios.

Transfusão de sangue gravídico em casos de corioepitelioma

(*Transfusion von Schwangerenblut bei Chorioneptihelom*) — RICHTER WALTHER E. — (Z. f. Gynäk., Julho 1939, N.º 28, pág. 1567).

Vários pesquisadores admitiam alterações do organismo materno como causa do corioepitelioma. Alguns pensaram em fatores predisponentes inerentes à própria gravidez, outros em ausência de substâncias protetoras. Fala em favor da existência de fatores protetores o fato de serem completamente dissolvidas as células fetais na invasão corial e em casos de embolia de células do córion. Até na mola hidática, cujas células possuem grande poder proliferativo, devido provavelmente à estes fatores protetores próprios à grávida normal.

O. FRANKL pôde mostrar em 3 casos que o soro de pacientes com corioepitelioma carece da capacidade de dissolver células fetais, capacidade esta normalmente encontrada no soro de grávidas sadias.

Como relata também O. FRANKL, já outros autores pensaram na ação terapêutica do soro de animais grávidos e de transfusões de sangue.

O A. publica a observação duma cliente com o diagnóstico clínico de corioepitelioma, confirmado pela reação quantitativa de ASCHHEIM-ZONDEK. Como a cliente se negava a ser operada, foram feitas três transfusões de sangue de grávidas no fim da prenhez em intervalos de 15 dias e de 500 cc. cada vez. Os exames ginecológicos repetidos mostraram a completa regressão do tumor e dos sintomas clínicos. A reação de ASCHHEIM-ZONDEK tornou-se negativa.

Deslisa perfeitamente sobre os planos subjacentes e a pele ou mucosa que o cobrem, podem apresentar-se rubicunda ou ulcerada.

O quadro clínico começa quando o tumor tem certo volume e é descoberto ocasionalmente. São indolores e de crescimento lento, às vezes rápido.

O tratamento é essencialmente cirúrgico. O prognóstico é geralmente benigno, não obstante GROSS e OUTERBRIDGE falarem em degeneração maligna e recidiva, respectivamente.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Nossa experiência sobre o parto médico de Kreis (*Nuestra experiencia sobre el parto médico de Kreis*) — MATUS, LEONCIO — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Julho 1939, Vol. IV, N.^o 6, pág. 312).

O A. relata em longo e documentado trabalho a série de estudos críticos, que desde 1937, faz a respeito do parto médico de KREIS.

Inicialmente tece considerações gerais a propósito do método, para depois encarar de per si, cada um dos atos do método de KREIS.

Em tôda a fase de sua experimentação o A. empregou o toque retal, do qual é entusiasta defensor.

No parto dirigido, não empregou a técnica clássica de KREIS: ruptura artificial das membranas, com pequena dilatação e injeção concomitante de um antiespasmódico.

O A. injetava o antiespasmódico posteriormente à ruptura artificial das membranas, para observar os efeitos dêste artifício.

Iniciando a parte experimental propriamente dita o A. se extende longamente a respeito do papel importante da bolsa dágua. Quatro são os papéis atribuídos à bolsa dágua: a) papel protetor contra a infecção; b) proteção mecânica do feto; c) papel excitomotor; d) papel dilatador do colo.

Estuda a ruptura artificial das membranas nos partos eutóicos, a técnica de KREIS nos partos imperfeitos com membranas intactas e o efeito da ruptura artificial das membranas em partos imperfeitos.

Em suas experiências observou cuidadosamente primeiro o efeito da ruptura e quando a intensificação era bem ostensiva, fazia a injeção sedante. Esta modificação da técnica permitiu observar que em alguns casos seguia-se à ruptura, uma eutócia dinâmica com parto normal, sendo desnecessário o emprêgo do anti-espasmódico. Porém na maioria das vezes foi imprescindível.

Durante muito tempo o A. usou a morfina na dose de 0,01 gr., variando a via de introdução com a indicação especial de maior ou menor rapidez de ação. Em maioria dos casos, foi usada a via subeutânea. Quando a dinâmica era intensa e a ruptura da bolsa, em vez de diminuí-la, aumentava, era feita injeção intramuscular no deltóide. Se a ação devia ser mais lenta, a picada era feita na região glútea. Pela observação das absorções linfática e sanguínea, o A. concluiu que elas se fazem mais rapidamente na região deltoidiana. Em algumas ocasiões o excesso de contração e hiper-tonia uterinas, levou o A. a dividir a dose habitual e injetar um quarto ou a metade, por via endovenosa e o restante no músculo. O efeito inibidor era instantâneo.

Para observar a ação do antiespasmódico o A. esperava de vinte a trinta minutos; se após êste prazo máximo o efeito não era satisfatório, fazia nova injeção de morfina. Esta prática foi entretanto abandonada pelos malefícios causados ao feto.

Atualmente, findo o prazo máximo de espera, o A. injeta 0,02 grs. de papaverina e 0,001 de atropina.

Estuda longamente a ação farmacodinâmica dos antiespasmódicos sobre o colo e a fisiologia do sistema nervoso uterino. Trata a seguir da influência sobre o feto "in utero" e ao nascer.

O A. consegue que o parto médico diminua o número de intervenções obstétricas. Houve apenas duas aplicações de forceps nos 185 partos médicos estudados.

No que diz respeito à morbidade séptica, foram observadas sete endometrites leves, que cederam prontamente e 1 pioemia grave, consequente a uma infecção ovular preexistente. Houve 11 hemorragias postparto, das quais uma levou a doente à mesa de operações, determinando sua morte ao fim de uma hysterectomia abdominal.

O outro caso fatal foi o da pioemia.

Ano V

FEVEREIRO DE 1940

Vol. 9 - N.º 2

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
Sôbre um linfoma da mama — ARGAUD, R. e CHERMONT	175
As vantagens da incisão transversal, transcervical e retrovesical na cesariana. — SERDUKOFF, M. G.	176
Observações sôbre o comportamento do retículo fibrilar no câncer do colo uterino em face da ação do radium — HORINI, O. G.	177
Considerações sôbre um caso de eclâmpsia fetal — VITTORIO, DE L.	178
A secreção láctea nas puérperas anteriormente afectadas de toxicose gravídica — LUISI, M.	179
Contribuição ao estudo das colecções caseosas peritubárias — CHIMENTI, A.	180
Contribuição à histogênese dos tumores sólidos primitivos do ovário e paraovário — ZAGNI, L.	180
Contribuição ao estudo do metabolismo dos lipóides e hidrocarbonados. Influência da foliculina sôbre os lipóides do fígado e do tecido adiposo retro-peritoneal de ratos mantidos em dieta privada de gordura. — GUERCIO, F. e RIBONI, S.	181
Propionato de testosterona e ovário — CIULLA, U e CIAUFERONI, G.	182
Resultados da tentativa de indução de trabalho com estrína — LUBIN, S. e WALTMAN, R.	183
Carcinoma da mama — SIMMONS, C. C., TAYLOR, G. W. e WELCH, C. E.	183
Miomectomia conservadora — ZONDEK, B.	185
Toxemia gravídica — STRAUSS, M. B.	186
A conduta obstétrica nas pacientes com toxemia — DIECKMANN, W. J. e BROWN, I.	187
O tratamento do aborto precoce — GALLOWAY, C. E. e PAUL, T. D.	189
Estudos sôbre a reconstituição da trompa de Falópio — GEFFERT, J. R.	190
O tratamento da dismenorréia com propionato de testosterona — SALMON, U. J., GEIST, S. H. e WALTER, R. I.	192
Idade materna e paridade na placenta prévia — PENROSE, L. S.	193
Estudos do fluido vaginal — LISSIMORE, N. e CURRIE, D. W.	194
A patologia da hiperemese e dos vômitos tardios da gravidez — SHEEHAN, H. L.	195
Alguns problemas concernentes à etiologia e tratamento da hiperemesis gravidarum — BANDSTRUP, E.	196
Implantações vaginais no carcinoma uterino — STRACHAN, G. I.	197
Efeitos da carga emotiva sôbre as contrações do útero humano. Nota prévia. — ROBERTSON, E. M.	198
O estímulo da atividade das glândulas endócrinas por ondas curtas — WINTZ, H.	198
Contribuições para a questão da esterilidade fisiológica — DYROFF, R.	199
Acêrca da determinação do conceito e da nomenclatura da adenomiose e endometriose — HOMMA, H.	199
Contribuição para a questão do tratamento das metrorragias pelo cloreto de zinco — LAUSCHKE, W.	200

<i>Experiências em animais com vitamina B₁, simultaneamente, uma contribuição para a questão da B₁. Hipovitaminose na gravidez. — SCHULLZE-RHONHOF, F. e PAUL, H.</i>	201
<i>O coccix como impedimento do parto — BEETZ, F.</i>	202
<i>Gravidez ovariana intrafolicular com desenvolvimento parcial intraligamentar do saco amniótico — RUSCH, H.</i>	202
<i>Tipo constitucional e menstruação — WALLAU, F.</i>	203
<i>A hipovitaminose em vitamina C pode ela ser a causa do aborto habitual? — HOSEMANN, H. e ATHANASSIU, G.</i>	203
<i>Contribuição para a questão da extirpação total ou da amputação supravaginal do útero; com especial atenção dispensada ao câncer do côto cervical — DONNER, J.</i>	204
<i>Representam as substâncias estrogênicas do caráter do Stilben um progresso para a hormonoterapia? — PREISSECKER, E.</i>	205
<i>Sobre a ação das preparações estrógenas de Stilben na mulher — BÜTTNER, W.</i>	206
<i>A simples punção como processo terapêutico paliativo nas colecções purulentas do espaço pélvano feminino — MIHALKOVICS, E. von ..</i>	207
<i>Sobre relações dos hormônios sexuais com o metabolismo do cálcio e com a paratireóide — HOLTZ, F. e ROSSMANN, E.</i>	208
<i>Gravidez e tetania — HOLTZ, F. e ROSSMANN, E.</i>	209
<i>O quadro clínico e a anatomia patológica da expulsão atrazada do endométrio pelo menstruo — ROCKSTROH, H.</i>	210
<i>Resultados obtidos no tratamento da esterilidade com a persuflação de Rubin — JÜRGENS, O.</i>	211
<i>Modificações histológicas das membranas ovulares relacionadas com os diferentes tipos de ruptura — COATZ, A. S.</i>	212
<i>Estenose cicatricial post-eletrocoagulação. Cesárea. — PASMAN, F. R. e LOVAZZANO, G.</i>	213
<i>Contribuição para o estudo da chamada cápsula dos miomas uterinos — AMORIM, M. F.</i>	213

As vantagens da incisão transversal, transcervical e retrovesical na cesariana. (*Les avantages de l'incision transversale, transcervicale et rétrovésicale dans la césarienne.*) — SERDUKOFF, M. G. — (*La Gynéc.*, Agosto 1939, Ano 38, N.^o 8, pág. 463).

Segundo o A. a cesariana ocupa um lugar importante na obstetrícia cirúrgica moderna, substituindo um grande número de manobras obstétricas, como o fórceps alto, a sinfisiotomia, a basiotripsia e outras operações embriotómicas. Faz um estudo geral sobre a referida operação, comentando suas múltiplas técnicas. Prefere a incisão do segmento inferior. Diz tê-la praticado em 43 doentes, entre 19 e 40 anos, dentro das indicações precisas. Dá preferência à seguinte técnica, que ilustra com 6 figuras: Ligeiro TRENDLENBURG, incisão mediana infraumbilical. 1.^o tempo: Incisão do peritônio na vizinhança da prega supravesical, a bexiga e o peritônio são em seguida descolados por meio de um instrumento rombo. 2.^o tempo: Incisão transversal do colo, feita tão baixa quanto possível. Esta incisão é idêntica a do peritônio; deve ser feita com prudência, porque o colo às vezes é muito delgado. Seria ainda mais prudente fazer uma pequena incisão mediana e alargá-la em seguida com uma tesoura de extremidade romba. 3.^o tempo: Exteriorização da apresentação e extirpação do feto. Si se trata de uma apresentação de ápice, mantem-se a cabeça introduzindo 2 ou 3 dedos, após o que, ela é extraída facilmente da cavidade uterina. As dificuldades que, por ventura se apresentem são facilmente dominadas. 4.^o tempo: A extração da placenta efetua-se com facilidade pela introdução da mão na cavidade uterina. 5.^o tempo: Sutura da ferida cervical. Passam-se três pontos de catgut. Eles atravessam o miométrio, respeitando tanto quanto possível o endométrio. Graças a êstes pontos, que efetuam uma coaptação prévia, a brecha torna-se menor. Logo após uma sutura contínua e cerrada de catgut é praticada em toda a extensão da ferida cervical. 6.^o tempo: Aplicar uma sutura contínua e cerrada no peritônio. Fazer o mesmo na aponevrose. Agrafes na pele. O A., em seguida tece alguns comentários a respeito dessa técnica e conclui dizendo: Graças à suas particularidades anatômicas e fisiológicas é o segmento inferior do colo, e não o corpo uterino, que deve ser preconizado para a secção cesariana. A secção cesariana pela incisão transversal, aplicada sobre o segmento inferior comporta as seguintes vantagens: a) O risco de uma hemorragia intersticial e de uma perda de sangue é menor. b) A coaptação dos tecidos é mais perfeita. c) Em virtude do repouso relativo do segmento uterino inferior, a cicatrização no curso do post-parto é melhor. d) Obtem-se, graças a este método, uma peritonização melhor, o que constitue um fator importante para prevenir as aderências. e) O parteiro tem mais espaço para agir no momento da extração

do feto. Os fatores técnicos da incisão cervical transversal, que favorecem a evolução do post-operatório, são os seguintes: *a)* O útero é operado sem ser exteriorizado. *b)* As alças intestinais e a cavidade abdominal subjacente têm menores chances de entrar em contato com o líquido amniótico e de serem infectadas. *c)* Esta operação pode ser efetuada por todo o parteiro ou ginecologista mais ou menos experimentado em cirurgia.

LA GINECOLOGIA

Observações sobre o comportamento do retículo fibrilar no câncer do colo uterino em face da ação do radium
(*Rilievo sul comportamento del reticolo fibrillare nel cancro del collo uterino di fronte all'azione del radium*) — HORINI, OMODEO G. — (*La Ginecologia*, Agosto 1939, N.^o 8, pág. 508).

O A. julga verossímil pensar que dada a grande importância do sistema reticular na atividade funcional dos órgãos, não deva ser menos importantes sua atuação durante a evolução das formas neoplásticas particularmente das malignas. Evidenciou o A. os trabalhos de KARUZU KURU, RIGNETTI, BARBACCI e BUONANNO. Estes pesquisadores acham que a presença ou ausência do retículo fibrilar não está em relação com a natureza do tumor e sim com a maior ou menor diferenciação deste. Nos fibromas e mixomas, tumores conjuntivos de natureza benigna encontraram o retículo fibrilar escassamente representado enquanto que nos sarcomas ele apresenta-se abundantíssimo. Nos tumores de origem epitelial o comportamento é diverso segundo se trata de célula madura, pouco madura ou muito imatura. O A. fez suas observações em face do carcinoma do útero particularmente do carcinoma do colo. Tanto nos casos de câncer do colo quanto do corpo o A. observou que o retículo irradiando-se em todo tecido conjuntivo parava em torno da ganga neoplásica de modo que nenhuma fibrila penetrava através das células carcinomatosas. É sabido que antes das aplicações de radium o retículo fibrilar apresenta-se espesso e escasso e que depois de sua aplicação toma o tipo de retículo de um estroma em atividade, fibrilas finas e abundantes. Conclui o A. que o retículo fibrilar não significa um movimento específico de defesa contra a invasão neoplásica e sim que depois da radioterapia o tecido circunvizinho do tumor é estimulado e apresenta uma maior atividade à qual concorre para o processo da cura.

SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Resultados da tentativa de indução de trabalho com estrina
(*Results of attempted induction of labor with estrin*) — LUBIN, SAMUEL e WALTMAN, RICHARD — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Agosto 1939, Vol. 69, N.^o 2, pág. 155).

Os AA. começam salientando a significação que os hormônios tomaram nos últimos anos, tanto fora da gravidez como neste estado, o que serviu de ponto de partida para inúmeras pesquisas sobre a influência dos hormônios no desencadeamento do trabalho de parto. Assim, vários investigadores procuraram esvásiar o útero grávido em todas as etapas da sua evolução, tanto em animais como em mulheres. Embora os resultados destas experiências em animais tenham sido satisfatórios e tenham alguns conseguido esvásiar o útero grávido de cobaias, coelhos, etc. tanto com o auxílio da estrina mais pituitrina como em animais hipofisectomizados, na mulher os resultados não foram concludentes em virtude de não se ter empregado exclusivamente estrina. A tentativa de desencadeamento de trabalho era sempre feita associando-se à estrina à quinina ou pituitrina, substâncias estas capazes, por si só, de induzirem o trabalho.

As 36 observações dos AA. foram feitas com o emprêgo exclusivo de estrina; destas pacientes, 9 eram primiparas. Todas as pacientes tinham sua gestação quasi à termo, à termo ou além do termo. As injeções, de 10.000 unidades internacionais de estrina, foram feitas com intervalo de 24 horas, sendo o máximo de unidades empregadas 100.000 internacionais. Das 36 pacientes, 8 podem ter o desencadeamento do seu trabalho de parto atribuído à estrina. Pode-se também, dizem os AA., atribuir à estrina a diminuição da duração do trabalho. É interessante notar que a dose de estrina não mostrou nenhuma relação com os resultados, motivo pelo que os AA. não tentaram novas experiências com doses mais elevadas.

Terminando, dizem os AA., que as suas experiências apenas sugerem a possibilidade da estrina desencadeiar o trabalho de parto em gestantes quasi à termo, à termo ou além do mesmo, bem como diminuir a duração do trabalho.

Carcinoma da mama (*Carcinoma of the breast*) — SIMMONS, C. C., TAYLOR, G. W. e WELCH, C. E. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Agosto 1939, Vol. 69, N.^o 2, pág. 171).

Este é o sétimo trabalho apresentado pelos AA. dumha série de publicações sobre os resultados finais dos casos de carcinoma da mama tratados no Massachusetts General Hospital.

O coccix como impedimento do parto (*Das Steissbein als Geburtshindernis*) — BEETZ, FRIGGA — (Z. f. Gynäk., Agosto 1939, N.º 32, pág. 1792).

A A. apresenta duas observações em que o osso coccígeo, patologicamente alterado por traumatismos, impediu o desenrolar normal do parto. Cita os casos publicados à respeito na literatura mundial e descreve o mecanismo do parto, do qual resulta frequentemente a orientação transversa da sutura sagital penetrada na bacia.

As conclusões terapêuticas à que chega a autora, são as seguintes: Quando uma parturiente apresentar um deslocamento do osso coccígeo dificultando o parto, deve-se primeiro procurar remover ou fraturar o osso com o dedo introduzido para dentro do reto. Se isto fôr conseguido e o parto em seguida ocorrer normalmente, a paciente deve continuar em observação e se o osso se firmar novamente na posição patológica ou se a doente sofrer de coccigodínia, deve ser feita a ressecção do coccix.

Se o dedo introduzido no reto não conseguir a remoção do osso, deve se fazer a ressecção imediata com operação de fórceps.

Gravidez ovariana intrafolicular com desenvolvimento parcial intraligamentar do saco amniótico (*Graviditas ovarica intrafollicularis mit partieller intraligamentärer Entwicklung des Fruchtsaches*) — RUSCH, H. — (Z. f. Gynäk., Agosto 1939, N.º 32, pág. 1801).

O A., assistente do professor VON JASCHKE da Universidade de Giessen, apresenta a observação dum caso de desenvolvimento intraligamentar do saco amniótico, o que representa uma grande raridade. A doente estava em observação na policlínica durante 5 meses com o diagnóstico de gravidez e mioma do útero. Depois de constatada pela radiografia e pelo exame clínico a morte do feto, a cliente foi sujeita à intervenção. O útero achava-se de volume normal, aderente a um tumor do tamanho da cabeça dum feto, que foi extirpado junto com o útero. O exame macroscópico e o exame anátomo-patológico mostrou tratar-se duma gravidez ovariana intrafolicular e intraligamentar pelas seguintes razões:

- 1) Ausência do ovário esquerdo.
- 2) Foram encontrados restos de tecido ovariano nas paredes e no polo superior do tumor.
- 3) Houve ligação entre o tumor e o útero pelo ligamento próprio do ovário.
- 4) O tumor era parecido com um tumor ovariano intraligamentar.

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Março de 1940

Vol. 9 — N.º 3

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Carcinoma do colo uterino. Dados estatísticos. — DR. FRANCISCO BERGAMIN	215
Câncer do colo do útero inoperável e ligadura das artérias hipogástricas — DR. JOSE' HENRIQUES	229
Tratamento das anexites pela infiltração novocainica — DR. A. ABREU E LIMA	234

LIÇÕES E CONFERÊNCIAS

Conceito atual do estiomênio vulvar — DR. AURELIO MONTEIRO	239
--	-----

SECÇÃO EDITORIAL

Novas conquistas no tratamento do "shock"	252
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

† Dr. Octavio de Oliveira Pinto	255
"Septicemias e seu tratamento"	256
IV Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia	259
Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba	260
Sociedade de Ginecologia da Baía	260

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Anestesia extradural — HELBIO REGO LINS	261
Arquivos do "Instituto Benjamin Baptista"	262

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan.

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTD.A.

Caixa Postal, 556 - Rio

Ano V

MARÇO DE 1940

Vol. 9 - N.º 3

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

SAO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
Contribuição ao tratamento das cistalgias rebeldes em ginecologia pela ressecção do plexo hipogástrico superior — CRISPOLTI, E.	263
Cérvico-hematométrio consecutivo a atresia cervical por aglutinação inflamatória do orifício externo, simulando tumor intracavitário do colo. — ZANCLA, L.	264
O fibroma ovárico considerado especialmente sob o ponto de vista da função endocrínica folicular e hipofisária — LUISI, M.	265
Ação da foliculina e do corpo lúteo na taxa glicêmica — CHIMENTI, A.	266
O comportamento da vitamina C na placenta e no sangue fetal, nas várias fases da gravidez — MACCIOTTA, M.	267
Pesquisas sobre a permeabilidade renal à glicose na gravidez — BIANCHI, C. e BERTINO, S.	268
Carcinoma da cérvix tratado com raios roentgen e rádio — MEYGS, J. V. e JAFFE, H. L.	269
Diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo complicando a gravidez — PORTIS, B. e ROTH, H. A.	270
Tratamento do Hímen imperfurado com Hematocolpo — TOMPKINS, P.	270
Granuloma inguinal experimental e clínico — GREENBLATT, R. B., DIENST, R. B., PUND, E. R. e TORPIN, R.	271
Choque obstétrico — MATTHEWS, H. B.	272
Estudos sobre as concentrações dos hormônios estrogênico e gonadotrópico no sôro de mulheres grávidas — RAKOFF, A. E.	273
A avaliação do esfregaço vaginal humano em relação a histologia da mucosa vaginal — GEIST, S. H. e SALMON, U. J.	274
O fator anestesia na patogenia da asfixia do recém-nascido — ROSENFELD, M. e SNYDER, F. F.	276
O tratamento da menopausa com o dipropionato de estradiol — DORR, E. M. e GREENE, R. R.	277
Tratamento cirúrgico de ovários policísticos bilaterais. Amenorréia e esterilidade. — STEIN, I. F. e COHEN, M. R.	279
Estudos sobre alguns problemas relativos à patogenia e tratamento da hiperemese na gravidez — BRANDSTRUP, E.	280
A observância da temperatura cutânea registrada durante a narcose que valor terá para o prognóstico das laparotomias ginecológicas? — PETERSEN, E.	281
O problema do diagnóstico diferencial nas moléstias virilizantes da mulher — WESTMAN, A.	282
Sobre a clínica da endometriose externa — TURUNEN, A.	283
Tireóide, útero e ovário e suas relações endo-secretoras — SIEGERT, F.	284
O emprêgo de preparados de tireóide em perturbações do ciclo menstrual — GRUMBRECHT, P.	285
A etiologia da ruptura extemporânea da bolsa dágua — WOLF, W.	286
A cutirreação com substância gonocócica hidrossolúvel na hemorragia da mulher — MAGARA, M. e HOSOYA, S.	287
Sobre a frequência do achado simultâneo de tumores de Brenner e quistomas pseudomucinosos — KLEINE, H. O.	288
Avórcia da questão da frequência dos tumores de Krukenberg — KLEINE, H. O.	288

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>A influência do escorbuto experimental sobre a estrutura histológica da hipófise, do ovário e da suprarrenal da cobaia. — WINKLER, H. e BINDER, A.</i>	289
<i>Sobre a significação da reação I da prehipófise no ovário da camundonga infantil — STEHLE, F.</i>	290
<i>A operabilidade do câncer do colo na clínica de senhoras da Universidade de Königsberg e os resultados do combate ao câncer na Prússia oriental — SPICKMANN, F.</i>	290
<i>A propagação do câncer do corpo uterino — PHILIPP, E. e HUBER, H. Biologia e clínica dos espermatozoides — BELONOSCHKIN, B.</i>	291
<i>Nossas experiências com a reinvenção de sangue segundo Knaus em casos de prenhez tubária rôta — BELOHRADSKY, H.</i>	292
<i>A ação parasimpaticotrópica do hormônio luteíngico e da testosterona no organismo feminino — EFFKEMANN, G.</i>	293
<i>A origem das células gigantes na decidua serotina — DE SNOO, K. e STROINK, J.</i>	294
<i>Contribuição para o esclarecimento da cefaléia após a anestesia lombar — VRBA, K.</i>	295
<i>Limites à indicação da questão da cesária — FRIGYESI, J.</i>	296
<i>Acidose ovárica. Intensa hiperpnéia, por queda do CO₂ total do plasma sanguíneo, de causa ovárica, jugulada pelo bicarbonato de sódio e curada pela foliculina. — MARVAL, L.</i>	296
<i>Sobre um caso de fibroma intersticial do colo do útero — SAVOIA, E. A. Síndrome genital por insuficiência funcional prehipofisária — MARIA HARAU, A.</i>	297
<i>Ruptura uterina em trabalho de parto acelerado por ocitócico — CRASS, V. Rádio-diagnóstico em ginecologia — ARAYA LAMPE, A.</i>	298
	299
	300
	302

OS SINTOMAS AFLITIVOS

que acompanham a **PHLEGMASIA ALBA DOLENS**, melhoram rapidamente pelo tratamento com a

Antiphlogistine

O melhor modo de tratamento é envolver a perna afectada num emplastro de Antiphlogistine, de um centimetro de espessura, que pôde permanecer até que as extremidades começem a despegar-se, o que geralmente sucede umas 24 horas depois da aplicação.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NOVA YORK

Schilling, Hillier & Co., Ltd.,

Rua Theophilo Ottoni N.^o 44 — Rio de Janeiro

Antiphlogistine é fabricada no Brasil.

As células gigantes da serotina, concluem os A.A., derivam de células tissulares do útero não diferenciadas, correspondendo aos "genitoblastos", cuja função é presidir a hipertrofia e a regeneração do útero, durante e depois da gestação.

Contribuição para o esclarecimento da cefaléia após a anestesia lombar (*Ein Beitrag zur Klärung der Kopfschmerzen nach der Lumbalanästhesie*) — VRBA, K. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Agosto-Set. 1939, Vol. 102, Ns. 5-6, pág. 285).

O A. mostra-se um grande apologeta da anestesia lombar, tanto para o doente, como para o operador. Há, assim, uma série de vantagens inerentes ao processo que justificam o emprêgo do mesmo. A aparição das cefalalgias é observada em 3,2 a 7,8 % dos casos e constitue uma das raras desvantagens. Pesquisas feitas, no particular, mostram que as dôres de cabeça são muito mais frequentes, quando a intervenção é praticada na primeira metade do ciclo menstrual (10-15.^o dia) do que quando se opera na segunda metade do ciclo (16-30.^o dia) ou na menopausa.

O A. atribue o fato a algumas glândulas de secreção interna, em particular à hipófise. Haveria uma relação inversa entre a frequência da cefalalgia e a concentração do hormônio hipofisário no sangue. Também tem influência a boa técnica operatória. O clima e a estação do ano também influem, sendo as cefaléias mais frequentes na primavera e no outono, quando as perturbações meteorológicas são mais pronunciadas.

Limites à indicação da questão da cesária (*Grenzen der Indicationsstellung in der Kaiserschnittfrage*) — FRIGYESI, J. — (*Mon. f. G. und Gynäk.*, Agosto-Set. 1939, Vol. 109, Ns. 5-6, pág. 303).

O A., que é o diretor da Clínica de Senhoras da Universidade de Budapeste, por ser o professor de Ginecologia, examina, em seu trabalho, se os melhores resultados obtidos com a cesária cervical permitem alargar sua indicação. Diz que se deve ter em conta, que, nas clínicas bem conduzidas, a mortalidade materna comporta 1-2 %, mesmo em média 4-5 %. O prognóstico para a criança é contudo muito mais favorável do que nos partos por via vaginal.

Baseado em seu material clínico expõe seu ponto de vista acerca das indicações da cesária (bacia estreitada, eclâmpsia, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, moléstias internas, apresentação de espádua, de nádegas, insinuações anormais,

primíparas idosas, ameaça de ruptura uterina, tumores dos órgãos genitais internos, estenoses da vagina, febre, insuficiência do trabalho, procedências do cordão, asfixia intrauterina, prenhez além do termo, desejo absoluto de um filho vivo, e as combinações dessas diferentes indicações).

Nos casos de eclâmpsia o A. aconselha os métodos conservadores e a via vaginal. A cesária é empregada somente por exceção. Na placenta prévia, somente quando esta é total ou lateral, preferentemente com feto vivo. O emprêgo da compressão da aorta e das transfusões pode diminuir a mortalidade materna, de forma que não há necessidade de alargar muito sua indicação. A febre constitue contraindicação à operação.

Na primeira clínica obstétrica de Budapeste, dirigida pelo A., a frequência média da cesária é de 2,3 %, enquanto que nos anos precedentes era somente de 0,5 %. O mesmo aumento relativo da cesária até 2 % é observado em tôda a Hungria. Acha que essa incidência é bem fundamentada, mas que não se justifica uma indicação mais alargada da cesária.

LA SEMANA MEDICA (Buenos Aires)

Acidose ovárica. Intensa hiperpnéia, por queda do CO₂ total do plasma sanguíneo, de causa ovárica, jugulada pelo bicarbonato de sódio e curada pela foliculina. (*Acidosis ovarica. Intensa hiperpnea, por caida del CO₂ total del plasma sanguíneo, de causa ovarica, yugulada por el bicarbonato de soda y curada por la foliculinoterapia*) — MARVAL, LUIZ DE — (La Sem. Méd., Set. 1939, Ano XLVI, N.º 2382, pág. 566).

Salienta o A., inicialmente, o quanto é inimigo de publicações casuísticas, justificando o presente caso por não ter encontrado sequer uma simples referência, na melhor e mais completa bibliografia sobre acidose, à etiologia ovárica da acidose. Lamenta que a observação não possa ser bastante completa dada a impossibilidade de comprovações humorais suficientes.

Passa em seguida a relatar a observação da doente que se resume no seguinte: Senhora de 38 anos, casada, com 75 quilos de peso e 1,56 de altura. Mênstruos normais dos 11 aos 27, dos 27 aos 29 menorragias profusas por fibroma, do qual foi operada, passando a padecer de oligo-hipomenorréia em virtude da histerectomia subtotal a que foi submetida. Seus padecimentos tiveram início há cinco anos e tem-se agravado progressiva e grandemente caracterizando-se exclusivamente por uma grande astenia, esgotamento ao menor esforço, inclusive o simples fato de arrumar a

Entra o A. fazendo várias e interessantes considerações e cita autores como RIVOIRE, BICKEL, UCKO e, em 1938, MARAÑON, que em seus estudos experimentais, mostram qual o papel da hipófise, nas perturbações ováricas.

Faz a crítica do emprêgo da foliculina e dos extratos ováricos, que agiam com ineficácia ou produziam mesmo o aumento dos desagradáveis sintomas que as doentes apresentavam.

O A. mostra-se grande entusiasta dos preparados hipofisários, diante dos casos que teve ocasião de observar, num total de 6. Em todas as doentes estudadas pelo A. os sintomas que apresentavam não cediam as medicações empregadas, quando iniciado o tratamento pelo Prolan, que tudo se normaliza, passando as doentes a serem menstruadas sem qualquer perturbação apresentada antes.

Termina o A. fazendo ligeira análise das observações das doentes que teve ocasião de tratar e acompanhar e cuja única indicação para a cura, consistia no Prolan.

Diz que as mulheres que apresentam uma síndrome de deficit menstrual e que a foliculina falhou, não se deve insistir, pois, isto demonstra uma franca contraindicação, e se se ignora, pode-seoccasionar acidentes graves e alarmantes, havendo portanto uma indicação para esta afecção, é o Prolan.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Ruptura uterina em trabalho de parto acelerado por ocitocico (*Rotura uterina en trabajo de parto acelerado por ocitocico*) — CRASS, VICTOR — (*Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, Set. 1939, Vol. IV, N.^o 8, pág. 487).

O A., após relatar com minúcias de detalhes a observação do caso ocorrido na Maternidade Barros Luco, e que em linhas gerais refere-se a rapidez da dilatação do útero e consequente expulsão de uma criança do sexo feminino, pesando 3k.300 e seguida rapidamente da expulsão da placenta de 500 grs. completa.

Chama a atenção, o A., para a rapidez da expulsão que ocorreu em 15 minutos. Relata mais que na ocasião do parto, apresentando a parturiente poucas dôres, foram administradas cápsulas de salicilato de sódio associado ao quinino, e depois 1 amp. de Timofisina injetada em 2 metades, com intervalo de 30 minutos entre uma e outra. Após a injeção da 2.^a metade sobrevieram dôres e contrações violentas que levaram a dilatação de 2 a 8 cms. no espaço de 6 horas e verificando-se o parto 15 minutos após, da maneira acima descrita. Após o parto a enferma apresentou-se imensamente pálida, angustiada, inquieta, com o nariz e as extremidades

dades frias, e queixando-se de sede e dôr violenta no baixo ventre. Não havia tido hemorragia externa. O pulso era de 160 p/m filiforme e a pressão 8-4. Após o exame do abdômen o A. constatou facilmente, o útero contraído e rechassado para a direita por uma massa muito sensível que ocupava a fossa ilíaca esquerda e que parecia aumentar à simples vista. Ao toque vaginal notava-se uma tumefação para o eixo da vagina, ao mesmo tempo que um colo indemne, perfeito. Em vista da anemia aguda apresentada pela enferma, sem hemorragia externa, e da massa tumoral dolorosa e aumentando de tamanho, o A. pensou em uma hemorragia interna localizada ao nível da mesma massa, ou por um hematoma pélvico que tomava o ligamento largo. Indicada a laparotomia de urgência, foi verificado que o ligamento largo, a parte lateral do fundo de saco vesico-uterino e o peritônio da fossa ilíaca esquerda tinham sido levantados, e estavam flutuantes, apresentando um grande hematoma que ocupava toda a região, chegando até perto do polo senal inferior. Depois de retirados os coágulos foi verificado um esfacelamento losângico lateral esquerdo do segmento inferior com uns 8 cms. de extensão mais ou menos. Em vista de mais esta complicação, foi praticada uma histerectomia subtotal. Tratava-se portanto de uma ruptura incompleta subperitoneal do segmento inferior, que não provocou, como é de praxe a interrupção do trabalho. Supõe o A. que este fato deve-se ao ter-se dado a ruptura ao mesmo tempo da expulsão, no qual a cabeça já havia entrado na excavação pélvica.

Passando a estudar a etiologia do caso, o A. diz não poder duvidar que o fator principal deste trabalho tão violento foi o tratamento de indução a que foi submetida a enferma em vista da ruptura prematura das membranas.

Em vista disso aconselha o A. expectativa nestes casos e acompanha a opinião de GUTHMANN e WICKMANN, que aconselham nos casos necessários, apenas uma dose mínima dos preparados hipofisários, no máximo 1 unidade.

Atribue também o A. como causa das rupturas as afecções crônicas, especialmente as luéticas, que podem facilitar a degeneração hialina e gordurosa das fibras uterinas.

As cicatrizes, diz ainda o A., podem facilitar também as rupturas uterinas, e neste caso surge em 1.º plano as produzidas por cesárias, miomectomias e finalmente feridas produzidas por manobras intra-uterinas. No caso presente, a enferma havia se submetido à algumas, entre as quais, avultam 2 embriotomias e 2 ras-pagens.

Termina o A. citando várias opiniões que reconhecem as ras-pagens como principais causas de rupturas uterinas.

Ano V

ABRIL DE 1940 • Vol. 9 - N.º 4

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos	Dr. Fernando Mendes
Dr. A. Vespasiano Ramos	Dra. Gessy D. Vieira
Dr. Alkindar Soares	Dr. João Cardoso de Castro
Dr. Aloysio Moraes Rego	Dr. José de Castro Sthel Filho
Dr. Alvaro de Aquino Salles	Dr. Luiz Guimarães Dahlheim
Dr. Celso F. Ramos	Dr. Oswaldo da Silva Loureiro
Dr. Cid Braune Filho	Dr. Rodolpho Marques da Cunha
Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho	Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

- E. S. PAULO: Livraria Francisco Alves - Rua Líbero Badaró, 292 - S. Paulo
- E. MINAS: Livraria Francisco Alves - Rua Rio de Janeiro, 655 - Belo-Horizonte
- E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcelos, Bertaso & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas
- E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife
- E. ALAGOAS: Casa Ramalho - Rua do Comércio, 168/174 - Maceió
- E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa
- E. PARA': Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Abril de 1940

Vol. 9 — N.º 4

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Distocia fetal por tumor sacro-cóccico</i> — DR. J. CNOFRE ARAUJO	303
<i>Carcinoma primitivo da vagina e gravidez</i> — DR. JORGE DE RE-	
ZENDE	311
<i>Considerações em torno de um caso de aplicação do método de Boero</i>	
— DRS. IWAN DE OLIVEIRA FIGUEIREDO e ARMINDO DE	
OLIVEIRA SARMENTO	320
<i>Contribuição da citologia vaginal à Clínica Ginecológica</i> — DR. AN-	
TÓNIO A. QUINET	329

SECÇÃO EDITORIAL

<i>A cooperação do internista em cirurgia</i>	339
---	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia</i>	342
<i>Instituto Brasil-Estados Unidos</i>	343
<i>"Equipes" de parteiros de carreira</i>	344

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>"Choc", Los Procesos Generales de la Patología</i> — C. STAJANO	345
<i>Síndromes e Sinais Clínicos</i> — DR. A. TAVARES DE LACERDA	347
<i>A Saúde Pública no Rio de Janeiro (1937-1938)</i> — J. P. FONTE-	
NELLE	348

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da vigésima-terceira sessão ordinária</i>	349
--	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTD.A.

Caixa Postal, 556 - Rio

benemérita Fundação Rockefeller, bem como de assistir a uma operação cesária baixa, com anestesia local, praticada pelo ilustre mestre, como uma deferênciia particular ao então visitante de sua antiga clínica.

Penso que, se forem acrescidos alguns dísticos em português ou castelhano, os filmes ainda terão maior sucesso na América Latina, contribuindo ainda mais para esse intercâmbio proveitoso entre as duas Américas.

Com todo aprêço, — (a) *Arnaldo de Moraes.*"

“ÉQUIPES” DE PARTEIROS DE CARREIRA

Traduzimos da secção de “Variedades” da “Gynécologie et Obstétrique” a seguinte nota, com o título acima:

— O Dr. Balard, chefe da Maternidade de Bordeaux, julga que em razão da evolução da Obstetrícia, de sua técnica cirúrgica e da formação de mais numerosos especialistas, como também em razão do telefone, dos automóveis que encurtam as distâncias, o lugar do médico prático diminue no domínio obstétrico e deve diminuir, e que paralelamente devem se formar, cada vez mais, *équipes* de parteiros de carreira disseminados sobre todo o território.

Somente, merecem o título de parteiros, os que fizeram estudos especializados, que tenham realizado estágios qualificados e prolongados em Maternidades e que, finalmente, exerçam correntemente a Obstetrícia.

Se um fórceps na vulva pode ser praticado por qualquer, sem nenhum risco, exceto uma rotura perineal, que não é de resto sempre evitável, não se deduz que a Obstetrícia pertença sem discernimento ao clínico.

Certos médicos, obstetras de ocasião, decidem e realizam, sob a capa de urgência, intervenções, das quais sua inconsciência somente não lhes permite avaliar a gravidade.

Ora, fez-se o balanço dos métodos obstétricos e das intervenções improvisadas; mediu-se de outro lado o benefício das intervenções em meio especializado, nas quais a qualidade do operador e a utilização da cirurgia permitem, quasi de modo certo, salvar a criança diminuindo os riscos maternos. A conclusão impôs-se, manifestamente. (*Concours Médical*, 21 de Maio de 1939).

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
O 4-4' di-hidroxi- α - β -di-etil-stilbeno (<i>Diestilstilboestrol</i>), substância estrogênica sintética. — HUET, J. A., COMTE, R. J. e HERSCHEBERG, A. D.	351
A propósito de um caso de icterícia grave familiar do recém-nascido — VERTRUYEN, H., LÉVY, F. e VANDIEST, L.	352
Estado atual do tratamento da hemogenia, o valor do tratamento radio-terápico. — LÉVY, M. e GALLY, L.	352
A influência dos hormônios sobre a lactação — RAVINA, A.	354
A ligamentopexia uterina pela técnica chamada dos "braços cruzados" — FIGARELLA, J.	355
As correlações hépato-ovarianas — FIGARELLA, J. e SÉRAFINO, X.	356
Ação do hormônio galactogênico hipofisário sobre o ciclo estral da camundonga — FIGARELLA, J. e DOUNET, V.	357
As fistulas reto-vaginais adquiridas, não obstétricas. — FIGARELLA, J. e BOUILLOON	358
A peritonite difusa progressiva nas salpingites supuradas — FIGARELLA, J. e MADILHAC, P.	360
Sulfonilamida e profilaxia da infecção puerperal — BETTO, G.	361
Agressividade química em relação com a gravidez. Necessidade e modo de estabelecer uma perfeita profilaxia contra gases pelas gestantes em caso de guerra. — TALAMO, P.	361
Ciclo menstrual e variações da taxa da colesterina sanguínea — GIUFFRIDA, F.	362
Modificações da mucosa tubária humana em relação com as várias fases do ciclo menstrual — FUMAROLA, A.	362
A prova da pressão sob o frio na gravidez — CHESLEY, L. C. e CHESLEY, E. R.	363
Roturas completas do períneo — ARNELL, R. E. e FERTITTA, J. J.	364
A responsabilidade da profissão médica no movimento a favor da restrição da natalidade — KOSMAK, G. W.	365
O tratamento dos retrodesvios do útero — DANNREUTHER, W. T.	366
Tumores de células tecais do ovário — COLLINS, C. G., VARINO, G. e WEED, J. C.	368
O metabolismo e utilização da progesterona ministrada intramuscularmente às mulheres — HAMBLEN, E. C., POWELL, N. B. e CUYLER, W. K.	369
O efeito do hormônio cristalizado do corpo amarelo, a progesterona, sobre os ovários e órgãos endócrinos inerentes. — MAZER, C. e ISRAEL, S. L.	371
Rotura de tumores inflamatórios pélvicos para dentro da bexiga urinária — FALK, H. C. e HOCHMAN, S.	372
Prolapso uterino, hidronefrose, hipertensão. — WOSIKA, P. H. e MAHER, C. C.	373
Tumor de células da granulosa com discussão de uma possível histogênese — DOCKERTY, M. B. e MAC CARTY, W. C.	374

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Acérca da hemorragia atônica habitual no período postparto — MIT- TELSTRASS, H.</i>	375
<i>Sobre blastomas hipernefróides primários do ovário — KLEINE, H. O.</i>	376
<i>Um caso de hipernefroma maligno, atípico do ovário.—KRENTZMANN, H.</i>	376
<i>No sexto ano de nosso consultório colposcópico para o câncer — MEST- WERDT, G.</i>	377
<i>Pesquisas sobre a presença do hormônio da lactação da hipófise — KEL- LER, E.</i>	377
<i>Contribuição para a gênese da hidropisia universal do feto e da placenta — V. PALLOS, K.</i>	378
<i>Sobre os resultados duradouros do tratamento das hemorragias juvenis pela transfusão de sangue gravídico e por preparados feitos do sangue gravídico — ENGELHART, E. e PETZOLD, E.</i>	379
<i>A vitamina da fertilidade, vitamina F. — MÜLLER, C.</i>	379
<i>Resultados do tratamento da esterilidade primária e secundária — MEIER, A.</i>	380
<i>Presença e propriedades do hormônio da lactação da hipófise — LESS- MANN, FR.</i>	382
<i>Interrupção da gravidez pelo hormônio masculino — BINDER, A.</i>	383
<i>Os resultados da terapêutica da placenta prévia na clínica de senhoras da Universidade de Giessen, baseados nos casos tratados de 1915 até 1937. — BERGK, H.</i>	383
<i>Apoplexia útero-placentar — DE LARA, S.</i>	384
<i>Missed Abortion — RODRIGUEZ, A.</i>	385

Ano V

MAIO DE 1940

Vol. 9 - N.º 5

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Ltda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

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

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Maio de 1940

Vol. 9 — N.º 5

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
Amputação total da mama pela eletro-cirurgia — DR. JOÃO B. VIANNA	387
Opoterapia e hormonoterapia na menopausa cirúrgica — DR. LICINIO HOEPPNER DUTRA	395
Considerações sobre os espasmos cervicais e o "parto médico" — DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO	411

SEÇÃO EDITORIAL

A medicina, o médico e o recenseamento geral de 1940	422
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

† Prof. Dr. Arturo R. Enriquez	425
I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Regimento interno.	426

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Embriologia humana e comparada, onto e teratogênese — CARMO LORDY	428
O sexto sentido da medicina — EDGARD BRAGA	429
Biografia do embrião — MARGARET SHEA GILBERT	430
Etiopatogenia da prenhez ectópica — FRADIQUE CORRÉA GOMES	431

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da vigésima-quarta sessão ordinária	432
Ata da vigésima-quinta sessão ordinária	433

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

CLÍNICA OBSTÉTRICA DA ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA
DO INSTITUTO HAHNEMANNIANO
SERVIÇO DO PROF. OCTAVIO RODRIGUES LIMA

CONSIDERAÇÕES SÔBRE OS ESPASMOS CERVICais E O "PARTO MÉDICO"

DR. ARMINDO DE OLIVEIRA SARMENTO

Assistente. Professor dos Cursos de Enfermagem Obstétrica e
Pre-Médico da Escola de Medicina e Cirurgia.

O caráter essencialmente prático que reveste este trabalho, não permite que os assuntos nele abordados sejam estudados à maneira, porque o seriam em circunstâncias outras, onde forçosamente desceriam à consideração de detalhes.

Baseados nesse argumento e considerando que os espasmos cervicais constituem por si só um dos vastos temas tocológicos, resolvemos encará-los apenas, e isso mesmo superficialmente, em alguns de seus múltiplos aspectos e donde nos fosse possível a obtenção do maior número de ensinamentos adaptáveis à prática obtétrica diária.

Sem a mínima intenção de nos afastarmos do assunto, queremos frisar que as tentativas de favorecer o parto com o auxílio de um recurso capaz de torná-lo mais rápido e menos doloroso, deve-se o ponto de partida de uma série de conhecimentos novos e que diretamente nascidos daquelas finalidades, surgiram em nossos dias destruindo preceitos antigos, ensinamentos clássicos que repousam em bases aparentemente sólidas e indiscutíveis.

O duplo intuito de abolir a dor e reduzir a duração total do trabalho de parto, sempre constituiu desde a mais remota antiguidade, constante preocupação entre os parteiros de todas as épocas e que mais se acentuou agora, quando o problema passou a fazer repescussão no campo social.

Embora sem direta ligação com o fato, a notável baixa constatada nos informes estatísticos referentes à natalidade em frisante contraste com a elevada percentagem de abôrtos e prática de recursos anti-concepcionais, dão à mulher moderna uma espécie de aversão à Maternidade. À guisa de um melhor pretexto, o pavor

à dôr da parturição é por elas apresentado como causa bastante para justificativa do recurso criminoso.

De solução difícil, a anestesia obstétrica reclamou a necessidade de uma mais perfeita interpretação do mecanismo que rege as fases clínicas do parto.

E então, vários fatores associaram-se, e como que divididos em grupos, coube a cada um deles uma parcela de responsabilidade no esclarecimento desses dois problemas magnos da Obstetrícia.

A abolição da dôr, continuando a desafiar os mais aperfeiçoados recursos técnicos, salientava a sentença divina do "et cum dolorem paries", a maldição que recaiu sobre a primeira mulher segundo informam os textos sagrados.

A variedade de recursos apontados, variando desde a "narcolese à la reine", ao extremismo muito americano da "versão à maneira de POTTER", não apresentava nos índices globais do seu emprêgo um único dentre eles, cuja percentagem de resultados favoráveis fosse de tal forma significativa que justificasse a sua preferência.

E assim permanecia a questão, quando apoiados em publicações de BINDSCHAEDLER, HORRENBERGER, TONEFF, WEBER e muitos outros sobre os estados espásticos do colo e os estudos da fibra uterina efetuados por KEIFFER e da observação de partos realizados sob a ação da anestesia raquidiana que as pesquisas tomaram rumo inteiramente diferente.

Como salientava BINDSCHAEDLER em longo e paciente artigo sobre o assunto, o termo de "dôres espasmódicas" é pouco preciso e sua significação varia segundo o conceito em que é tido pelos diferentes autores. E' mesmo difícil traçar um limite entre a dôr normal e a dôr espasmódica, já que há entre elas insensíveis transições".

Sabe-se apenas que são nitidamente exageradas na sua intensidade, irregulares no seu ritmo, variáveis na sua duração, habitualmente frequentes e acompanhadas de um relaxamento insuficiente do útero no espaço intercontratral.

O mesmo autor continuando diz que BAUDELOCQUE julgava que a rigidez do colo assim como a sua retracção espasmódica representava a mesma entidade. Outros parteiros descreviam uma variedade anatômica e outra espasmódica deixando de lado a cicatrizial, CASEAUX e TARNIER reputavam excepcional a variedade anatômica enquanto DOLERIS nem siquer a admitia.

Tais citações cabem perfeitamente nesta explanação, já que foi da melhor compreensão do mecanismo produtor desses espasmos cervicais, que surgiram as modernas aquisições sobre a fisiopatologia do útero grávido e parturiente.

Analizando o trabalho daqueles autores e tomando por bases anatômicas as conclusões de KEIFFER e da Escola de Kiel, SCHICKELÉ fez conhecer através original publicação sobre "As contrações espasmódicas do útero parturiente e as perturbações da inervação

autônoma do corpo e do colo" a sinergia funcional que regula a mecânica da parturição.

E assim, resultantes das investigações fisioclinicas da correlação funcional entre corpo e colo, novas condutas se fizeram mais lógicas e uma terapêutica mais racional se impoz.

As contrações do corpo determinam o apagamento e a dilatação do colo. Nenhum fenômeno de contração ativa se manifesta ao nível do orifício externo; e enquanto o corpo do útero é solicitado à contração, o colo e o orifício externo se destinam à dilatação. Estados espasmódicos do colo podem existir independentemente dos do corpo que nem por isso apresenta perturbações nas suas fases de repouso.

O sinergismo funcional estaria na dependência de determinados filetes nervosos de ação motora sobre as fibras corporais e inibidora sobre as fibras do orifício do colo. Em certos casos, porém, êsses filetes poderiam agir inversamente transmitindo uma corrente inversa que estimularia o colo e inibiria os grupos musculares do corpo do útero dando lugar ao chamado "trismo uterino" e à falsa inercia, ou então, estimulando o colo e êsse por sua vez o corpo, donde resultaria o trismo uterino e o espasmo corporal.

De tais estudos e conclusões acrescentou-se no quadro das distocias da força, mais uma entidade, aliás frequentemente encontrada na prática diária, e que recebeu dos autores argentinos que controlaram as deduções da Escola de Estrasburgo, o nome de *Distocia de Schickélé* como passou a ser classificada.

A relativa frequência dessa variedade de distocia funcional cervical, reclamou a necessidade de uma medicação capaz de resolvê-la e esta foi encontrada numa feliz associação de Pantopon-Atrinal e Papaverina comercialmente conhecida sob o nome de Spasmalgine que reunindo uma série de vantagens a fazem salientar entre as demais opiáceos habitualmente empregados.

Acompanhando os surpreendentes efeitos dêsse preparado e da velha e empírica observação de que a rotura precoce das membranas tinha uma ação aceleradora sobre a marcha do parto, KREIS o infatigável discípulo de SCHIKÉLÉ, creou um novo recurso, que se propondo a resolver com êxito na quasi totalidade dos casos, os problemas da dor e da redução do tempo de trabalho de parto, recebeu o nome de *parto médico*.

De execução técnica fácil, consistindo na *rotura artificial e precoce* das membranas desde que o trabalho tenha apenas se iniciado, e da aplicação de Spasmalgine que poderá ser repetida conforme as necessidades particulares ao caso, o processo salientava uma série de vantagens tentadoras.

Mas as novidades e principalmente as científicas, mesmo quando acompanhadas de vasta documentação comprobatória de excelentes resultados, nem sempre encontram portas abertas à sua fácil generalização. E no método em questão, a *rotura precoce e deliberada da bolsa dágua*, constituiu o ponto nevrálgico em torno do qual

desenvolveram-se as mais diferentes opiniões. A consulta aos ensinamentos dos mais acatados tratadistas nas suas mais antigas e recentes edições informa a respeito da bolsa d'água um conceito único e por isso mesmo clássico. Afastadas as suas funções durante a gestação, considerando apenas o relevante papel que lhe é atribuído em referência à sua ação no transcurso do parto, não encontramos disparidades de conceitos. De uma maneira geral, podemos dizer com MANUEL LUIZ PEREZ que "a bolsa d'água desempenha múltiplo papel. Intervém na dilatação do colo já que se coloca entre seus bordos à forma de uma cunha ao contrair-se o útero. (agente dilatador); apoiando-se no orifício cervical excita as contrações (agente excitador); e ao impedir que o líquido se derrame, ampara diretamente o feto contra a violência das mesmas contrações (agente protetor)".

Como o autor argentino, todos os demais reconhecem aquelas funções, e salientam a dilatadora, que encontra na teoria da pressão hidrostática de LAHS razoável explicação e justifica plenamente o "noli me tangere" que lhe dava uma espécie de tabú. E então, a destruição total, a desmoralização completa dos valores da tradicional "cunha hidráulica" excitadora, dilatadora e protetora determinou uma desorientação momentânea, um atendendo ao dogma clássico, que a aureolava do mais profundo respeito.

E as opiniões inteira ou parcialmente contrárias à inovação não se fizeram esperar. Surgiram amparadas pelos nomes de COUVELAIRE, DE LEE, GOSSELIN, HENROTAY e muitos outros. O primeiro desses, mais revoltado com o parto médico, sem perda de tempo, quando ainda KREIS apenas acaba de apresentá-lo na Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Paris, levantou-se para rejeitá-lo dizendo que "dirigir artificialmente todos os partos, privando o feto da proteção do seu saco amniótico injetando na parturiente venenos medicamentosos, choca com a velha tradição dos parteiros modestos entre os quais me conto, que temem contrariar inutilmente o mecanismo normal do parto".

Mais serenamente, também DE LEE o venerando mestre de Chicago dá sua opinião sobre o processo. Embora reconhecendo nele a ação aceleradora sobre a duração do trabalho e a diminuição da dor, ressalta o secundarismo com que devem ser encaradas essas vantagens, já que nada mais representam senão a redução de dois fatores fisiológicos no parto normal. Continuando nas suas divagações diz ainda que precisamente dessa multiplicidade de recursos com que se tem procurado apressar o parto e abolir-lhe a dor resulta ainda, mesmo em nossos dias, uma alta mortalidade materna e fetal. A dilatação feita pela ação direta do ovóide céfálico, determina lesões cervicais, macro e microscopicamente comprovadas o que representa uma desvantagem que não é compensada pelos favores obtidos pelo método. Essa é a sua maneira de ver no que diz respeito à função dilatadora da bolsa d'água. Sob o ponto de vista

da proteção fetal, relembra as modificações circulatórias sobre o coração e cérebro do feto nos chamados "partos secos", quando pela rotura precoce da bolsa d'água, faltou a ação repartidora da força contratatural através a camada líquida. Alongando-se nos inconvenientes do método de KREIS procura salientar os índices estatísticos, sempre desfavoráveis da cirurgia obstétrica nos "casos impuros", o que não deixa de justificar, até certo ponto, o papel protetor da bolsa d'água diante da infecção...

Muitas outras opiniões contrárias ao recurso se fizeram ouvir, procurando manter como até então, o tributado respeito com que eram amparadas as funções da bolsa d'água.

Mas não só o "Parto Médico" encontrou oposições como as que acabamos de apontar. Também os estudos de SCHICKÉLÉ não lograram integral aceitação e chegaram mesmo a despertar dúvidas de alguns que interpretando diferentemente os estados espásticos do colo, dando-lhes uma patogenia diversa da ensinada pelo mestre de Estrasburgo, negaram a "Síndrome de Schickélé".

Porém não obstante todos os argumentos apresentados para desvalorização do novo processo, KREIS persistiu na sua aplicação, concio da sua lógica, e através imensa bibliografia, dava a conhecer repetidas vezes, os resultados que cada vez mais, o convenciam do acerto das bases científicas em que repousava. E numa discreta resposta aos detratores do seu método, publica um trabalho em que descendo a detalhes, procura justificar as razões que o levaram à prática sistemática da rotura da bolsa d'água. Inicialmente recorda antigas opiniões entre as quais a de SELLHEIM que, aceitando a hipótese de LAHS, não encontrava para o mecanismo da expulsão melhor justificativa que a ação intermediária da "cunha hidráulica". Analisa ensinamentos clássicos nos quais se apoia em defesa do seu ponto de vista. E tudo isso fez de maneira tão brilhante que deixa periclitantes todas as funções atribuídas à bolsa d'água. Uma por uma, foram todas as funções estudadas cuidadosamente. E assim, quanto ao que diz respeito à tradicional função dilatadora que lhe é atribuída, os estudos modernos abalaram tal hipótese, comprovando fartamente a sua mais absoluta inutilidade. A longa duração do trabalho de parto nos casos de rotura espontânea da bolsa d'água, não mais encontra justificativa na ausência da "cunha hidráulica". A insuficiência contratatural do útero ou da formação do segmento inferior, parecem explicá-la muito melhor, por uma causa devida à condições patológicas da musculatura uterina ou à perturbações da inervação, que seriam facilmente afastadas pela medicação anti-espasmódica. E então o mecanismo que comanda o apagamento e a dilatação do colo encontra mesmo no mais absoluto fisiologismo, uma explicação independente da força mecânica da "cunha hidráulica".

Evidenciada a asserção dos princípios defendidos por KREIS, admitida a influência secundária da bolsa d'água como agente di-

latador, também o seu papel como excitadora seria abalado, res-
tando-lhe apenas respeito às funções protetoras.

Mas nem essas mesmo o criador do Parto Médico reconhece.
E para documentar o acerto da sua opinião, estuda o puerpério de
todos os partos realizados no seu Serviço desde o dia 1º de Janeiro
de 1921 até 1º de Abril de 1923, e nos quais se havia verificado
prematuramente a rotura da bolsa dágua.

As suas conclusões a respeito são apresentadas ao Congresso
da Febre Puerperal que sob a presidência do Prof. BAR realizou-se
em 1923 em Estrasburgo.

Em resumo constatou que a morbidade ligeira e média do puer-
pério após parto normal e sem rotura prematura das membranas,
é mais elevada que nos casos em que a rotura se verificou pre-
maturamente.

Ressaltando essas deduções diz que a opinião de que a rotura
precoce da bolsa dágua favorece a infecção, é baseada em idéias
exclusivamente bacteriológicas de ordem mecânica, e no papel pro-
tector que lhe era atribuído.

Mas a invasão, ascenção, a presença de bactérias, não significa
infecção. Terminando a apresentação do seu trabalho diz que "nas
condições asépticas, a rotura prematura da bolsa dágua num parto
à termo tem uma função insignificante, quanto à possibilidade de
ser responsabilizada pela infecção puerperal. E a questão da in-
fecção repousa sobre a palavra possibilidade de infecção, a qual não
é resolvida pela pesquisa da integridade das membranas".

A leitura dos trabalhos de KREIS, que se faziam sempre acom-
panhar de inúmeras observações, despertou natural interesse que
determinou a sua prática em vários Serviços hospitalares, principal-
mente nos dos Estados Unidos da América do Norte e da Argentina
onde PERALTA RAMOS, BERUTI, R. BORGHI, J. LEON, D. IRAETA,
THWAITES LASTRA e muitos outros, passaram a submetê-lo à rigo-
rosa observação. Nas Segundas Jornadas Rioplatenses de Obstet-
rícia e Ginecologia, o Dr. MOYSÉS RODRIGUEZ XIMENO, apresenta
sob o nome de "Parto medico y complemento al mismo" uma nota
prévia dos trabalhos realizados na Maternidade do Hospital Pe-
reira y Rossel de Montevideu, onde vem praticando o método em
questão. Para o tratamento dos casos de espasmos do colo, emprega
um sucedâneo da Spasmalgine, segundo fórmula idealizada pelo
Prof. INFANTOZZI.

A resultante de seus trabalhos, como aliás a dos demais autores
do país vizinho, são francamente favoráveis à generalização do pro-
cesso. Nelas são reconhecidas entre outras vantagens as de abreviar
a duração do trabalho de parto; a terminação espontânea dos mes-
mos em 80 % dos casos; e a ausência de complicações puerperais.

Ao estudar no seu excelente Tratado de Obstetrícia, a assis-
tencia ao parto no período expulsivo, MANUEL LUIZ PEREZ, detem-
se em citações sobre o resultado dos estudos de diversos autores

argentinos que experimentaram o método de KREIS. A grande maioria é favorável à sua prática e generalização. PERALTA RAMOS e A. J. GUIROY apresentaram 350 observações efetuadas entre as pacientes indistintamente escolhidas, e que deram em resultado a mais absoluta aprovação ao processo. Assim, conseguiram a redução do trabalho para um espaço de tempo variável entre 5 e 10 horas após a rotura das membranas e absoluta ausência de complicações post-parto. Nos casos de perturbações funcionais do colo em que foram levados à aplicação de altas doses de antiespasmódicos (até 12 ampolas de Spasmalgine) não verificaram complicações para o lado fetal onde a tolerância foi perfeita. Ainda GUIROY mas agora em colaboração com A. GONZALEZ COLLAZO, apresenta mais 260 observações entre primíparas e multíparas em que a dilatação variava entre dois e mais centímetros. Desses tiram as seguintes resultantes que assim se poderiam resumir: — No elevado número de casos de rotura artificiais precoces com apresentações em diferentes alturas e tensão intra-uterina variável — muitas vezes com hidrâmnios, nunca foram constatadas procedências, nem deflexões de membros. A conduta não determinou alterações na percentagem total dos índices referentes à morbidade e mortalidade estatísticas do Instituto. A experiência forneceu resultados globais que justificam plenamente a conduta aconselhada por KREIS. Da América do Norte com os trabalhos de A. G. KING e E. M. BLAIR são também dados a conhecer os resultados por eles obtidos na experimentação do método em questão, segundo os quais, o apôio dado por aqueles autores americanos aos ensinamentos da Escola de Estrasburgo é integral. Negando o papel protetor atribuído à bolsa dágua e a inocuidade resultante da sua rotura precoce e artificial, ressalta a redução do tempo de trabalho e do número de partos operatórios.

De nossa parte, não possuímos larga experiência do Parto Médico. Trabalhando sob a orientação do Prof. RODRIGUES LIMA, obedientes aos princípios conservadores, a rotura precoce da bolsa dágua, logo no início do trabalho de parto, independente do grau de dilatação, não teve no nosso Serviço prática sistemática.

Não possuindo do método um número suficiente de experiências, apoiamos a nossa conduta em certas reservas que o seu próprio autor salienta quando descreve o processo. Associadas essas aos resultados das fartas experimentações levadas a efeito principalmente nas Clínicas do País vizinho, e não podendo deixar de aceitar a argumentação razoável daqueles que se dizendo conservadores refutam os ensinamentos da Escola de Estrasburgo, traçamos uma orientação que aliás se adapta perfeitamente à seguida de uma forma geral, após o abalo causado pelas conclusões alsacianas.

Assim não praticamos a rotura precoce da bolsa dágua, mas apenas, embora artificialmente, quando a dilatação já tenha pelo menos atingido 4 cms. Quanto ao que diz respeito à ação acelera-

dora do método sobre a duração total do trabalho, não temos a menor dúvida, e as experiências que se vão aumentando reforçam essa vantagem. Sabendo-se que a rotura *espontânea* e precoce ou tardia das membranas, está diretamente ligada à resistência das mesmas e pode em ambos os casos originar distocias, êsses casos recomendam assistência sob a orientação do "Parto Médico". Considerando as contraindicações ao método, parece-nos aconselhável praticá-lo apenas em meio hospitalar onde os recursos não se façam esperar quando aparecida a necessidade de uma providência mais rápida.

No tocante à função protetora da bolsa dágua frente à infecção, KREIS que não a reconhece, nem por isso deixa de recomendar que o toque vaginal seja evitado, o que até certo ponto, justifica a obscuridade prognóstica que acompanha os casos em que a cirurgia obstétrica se faz precisa quando a rotura se fez há muito tempo.

Como queremos ser os primeiros a referir, a conduta por nós seguida não implica num desmerecimento ao Parto médico. Apenas tendo dele limitado número de casos e obedecendo princípios conservadores que estão assentados em lógicas conclusões, preferimos não contrariar total e inutilmente a parturição fisiológica ou mesmo a distóica que tenha outra origem.

Quanto à perturbação contrátil, classificada pelos autores argentinos sob a denominação de *Distócia de Schickélé*, a conduta por nós traçada e obedecida, acompanha de perto a orientação tomada pela explicação dada à sua mais recente interpretação.

O emprêgo de antiespasmódicos é sistemático e os resultados evidenciam a eficácia dos mesmos. Conhecidas as resultantes clínicas devidas ao estado espástico do colo e da relativa facilidade com que o pode afastar a medicação antiespasmódica, o tratamento por nós instituído em tais casos está em absoluto acôrdo com o modernamente aplicado por todos aqueles que aceitaram e comprovaram os ensinamentos da Escola de Estrasburgo.

Como se depreende da leitura dos vários trabalhos à respeito não há uma absoluta concordância relativamente à quantidade de substância antiespasmódica empregada. Sabemos apenas que em certos casos, ela foi usada em altas doses, sem que no entretanto fossem registrados acidentes. KREIS aconselha que se o empregue por duas vezes com intervalo de vinte minutos, logo após a rotura das membranas. Uma hora depois, novas injeções podem ser praticadas caso se esbozem contraturas cervicais ou dôres espásticas sejam referidas.

PERALTA RAMOS e A. GUIROY empregaram como já tivemos oportunidade de citar, altas doses, que atingiram ao significativo número de 12 empôlas. O próprio KREIS cita uma observação em que foi levado ao uso de 13 empôlas, sem efeitos maternos ou fetais secundariamente constatados. RICARDO D. BERNASCONI em trabalho

sobre o assunto, procura ressaltar a impossibilidade de uma seriação prefixada, a qual estará na dependência direta do controlo da dinâmica uterina. Ainda sobre o processo e a maneira pelo qual efetuá-lo W. GEISENDORF diz que a substância antiespasmódica pode ser empregada tantas vezes quanto necessária sem risco de perigos. Citando observações próprias em que teve necessidade da aplicação de oito e mesmo dez empôlas, reafirma a inocuidade da medicação usada. Como todos êsses autores, empregamos a Spasmalgine dos Laboratórios Roche. Em nenhum dos nossos casos tivemos oportunidade de empregar doses elevadas, o que no entretanto, como acabamos de ver, não constituiria motivo de receios. Das nossas observações, separamos algumas que passaremos a resumir:

1 — L. C., matrícula 8768. Entrada em 17-5-939. Primípara, 20 anos, branca, casada, brasileira.

Início do trabalho às 5 horas da manhã dêsse mesmo dia. Colo apagado, dilatado para 2 cms. Apresentação cefálica insinuada em O.I.E.A. no andar superior da excavação. Bolsa dágua rôta espontânea e precocemente às 21 horas do dia 16-5-939. Os bordos do colo são rígidos. Contrações dolorosas de ritmo, intensidade e frequência normais. Tono discretamente aumentado. Feto vivo, com foco mx. no Q.I.E. Ao novo exame praticado 6 horas após a entrada da parturiente, a situação não apresentava modificações. Faz-se a aplicação de uma empôla de Spasmalgine que é repetida 30' depois. As contrações tornam-se mais espaçadas e menos dolorosas. Tono normal. Ao exame bidigital: colo apagado dilatado para 8 cms. Apresentação cefálica em O.I.E.A. no 3.^o paralelo de Hodge. Feto vivo, com 144 batimentos. Decorridas 5 horas da administração do antiespasmódico o parto se dá espontaneamente, vindo à luz um feto vivo do sexo masculino com 3.350 grs. Dequitadura e puerpério normais.

2 — D. C. Matrícula 8753. Entrada às 22 horas e 30' de 7-6-939. Primípara, 19 anos, preta, solteira, brasileira.

Início do trabalho às 10 horas dêsse mesmo dia. Bolsa dágua rôta precocemente, na residência logo após as primeiras dôres. Ao toque constata-se colo apagado, dilatado para 3 cms., de bordos regulares, grossos, rígidos, inextensíveis. Apresentação cefálica em O.I.D.P. na área do estreito superior. Contrações dolorosas, ritmadas, de pouca intensidade e frequência. Tono normal. Ao exame efetuado às 14 horas do dia seguinte, constata-se: colo de bordos ríjos, dilatado para 5 cms. Apresentação cefálica no 2.^o paralelo de Hodge em O.I.D.P. Contrações dolorosas, frequentes, ineficazes. Tono elevado. A paciente está exausta, excitação motora. Trabalho de parto demorado. Rigidez espasmódica do colo. Procede-se à aplicação de uma empôla de Spasmalgine e controle dos batimentos cárdo-fetais. Melhoria do estado geral e o novo exame verifica o colo amplamente dilatado. A apresentação em O.I.D.T. atinge o soalho pelviano. Nova aplicação de Spasmalgine e o parto verifica-se espontaneamente às 21 horas do dia 8-6-939. Feto vivo, em boas condições de vitalidade, do sexo feminino, pesando 3.100 gramas. Secundamento e puerpério normais. Perineorrafia.

3 — J. R. Matrícula 9845. Entrada às 21,30 horas do dia 15-6-939. Primípara, 26 anos, branca, solteira, brasileira.

Primeiras dôres às 20 horas do dia da entrada, quando se deu a rotura precoce e espontânea da bolsa dágua. Ao toque: colo dilatado para 1 em. em apagamento, de bordos ríjos, inextensíveis. Dôres lombares acentuadas que mais se exacerbam na fase contratual. Apresentação cefálica adaptada. Diagnóstico de posição dificultado pela inacessibilidade das fontanelas. Contrações dolorosas, frequentes, de intensidade e duração aumentadas.

À vista do estado estacionário da dilatação que não progrediu como se constatou em exame ulterior, pratica-se a aplicação de Spasmalgine ao mesmo tempo que se recomenda rigoroso controle dos batimentos cardíaco-fetais. Expectação armada. Uma hora depois nova aplicação do anti-espasmódico; o tono bem como a frequência, intensidade e duração das contrações são normais. Ao exame praticado então (5 horas após a admissão na Clínica) constata-se: colo dilatado para 7 cms.; apresentação cefálica em O.I.D.T. no 2.^o paralelo de Hodge. Ligeira bossa sero-sanguínea. Discreto assinclitismo anterior. Às duas horas e 15' da manhã do dia 16-6-939 verifica-se o parto espontâneo. Feto em morte aparente, com dupla circular do cordão, reanimado. Sexo masculino com 3.350 grs. Secundamento normal. Rotura do 2.^o grau do períneo que é reconstituído em dois planos. Puerpério normal.

4 — A. S. Matrícula 9052. Entrada à 1 hora e 30' de 21 de Junho de 1939. Primípara, 18 anos, mestiça, casada, brasileira.

Início do trabalho às 19 horas do dia 20-6-939. Rotura artificial da bolsa dágua às 8 horas e 10' do dia 21-6-939 quando o colo estava apagado e dilatado para 5 cms. Bordos cervicais rígidos. Apresentação cefálica, alta, ossificada, mal fleetida com discreto assinclitismo do parietal anterior, em O. I. E. A. O palpar mensurador de MÜLLER-PINARD não refere desproporção. Logo após a rotura das membranas a cabeça desce. Inicia-se o método de KREIS. Aplicação intervalada de duas empôlas de Spasmalgine. Às 15 horas e 25' do dia 21-6-939, auxiliado pela manobra de KRISTELER, dá-se o desprendimento de um feto vivo, do sexo feminino, pesando 3.200 grs. Secundamento e puerpério normais.

5 — I. S. S. Matrícula 8874. Entrada no dia 12-7-939 às 8 horas e 10'. Primípara, 22 anos, mestiça, casada, brasileira.

Primeiros dôres no dia 11-7-939. Rotura artificial das membranas às 14 horas e 25' do dia 12-7-939 quando o colo estava dilatado para 5 cms. e se apresentava rígido, estacionário e inextensível. Apresentação cefálica em O.I.E.A. no 2.^o paralelo de Hodge. Contrações bastante dolorosas, frequentes e de tono aumentado. Dôres lombo-sacras. Paciente excitada e exausta. A prática do parto médico, mostrou o mais surpreendente efeito. Assim é que logo após a rotura da bolsa dágua e aplicação de Spasmalgine que no caso foi repetida duas vezes com intervalo de 40', o efeito sedativo não se fez esperar e a situação que se mantinha estacionária, prontamente modificou-se, permitindo o parto espontâneo que se verificou às 16 horas e 20' do dia 12-7-939. Feto vivo do sexo feminino, com 3.100 grs. Secundamento e puerpério normais.

Da rápida exposição feita em torno das mais recentes aquisições sobre a fisiopatologia da contração uterina e das conclusões da Escola de Estrasburgo, forçoso se faz o reconhecimento de um dos assuntos mais amplamente divulgados nesta última década de pesquisas científicas. Da errônea interpretação dada à dinâmica uterina, resultava uma conduta pouco eficiente, quando não inútil. O estudo da inervação explicando o antagonismo funcional entre corpo e colo, trouxe uma profunda modificação aos clássicos conhecimentos. Como era de esperar, a nova conduta e tratamento frente a êsses estados de desequilíbrio funcional, determinaram a esperada oposição que não, poderia deixar de surgir. Argumentos foram destruídos ante a evidência com que a nova orientação resolvia os casos de distocia cervical, antes diversamente conduzidos. E assim, os ensinamentos de SCHICKÉLÉ tiveram pela sua lógica e documentação anátomo-clínica a mais fácil aceitação. O Parto Médico criado por

KREIS que deu ensejo às diferentes opiniões, ganha dia a dia maior terreno no vasto campo da sua aplicação.

Os insucessos que lhe são atribuidos, parecem depender mais de uma má escolha do caso, como aliás frisa o próprio autor.

Se no computo geral das opiniões que cercam, ainda são apontadas reservas, cremos que não tardarão a desaparecer. A sua aplicação sistemática já se pratica em reconhecidos centros hospitalares. Quanto à medicação antiespasmódica, a Spasmalgine dos Laboratórios Roche, continua, como aliás recomendam os autores e experimentadores do método, a ser a mais empregada pela eficiência e absoluta inocuidade sobre os organismos materno e fetal.

Das nossas observações, separamos às acima transcritas que representam apenas a intenção de reforçar os resultados já fartamente documentados na casuística mundial.

Les spasmes du col et l'accouchement médical

Résumé

Les conceptions les plus modernes à propos de la physiologie de la dilatation du col et ses conséquences sur la dystocie cervicale sont traitées d'abord dans cet article. L'accouchement médical erée par Kreis, dit l'A., gagne chaque jour plus d'extension. Les insucessos parfois rencontrés dans la literature se doivent le plus souvent à un choix maladroit des cas, plutôt qu'à la méthode même. Il remarque en particulier dans son travail la grande importance de l'action de la Spasmalgine; dans le combat à la dystocie de Schickélé ce medicament représente une arme précieuse; c'est du moins ce qu'il a pu verifier dans plusieurs cas dont il nous donne quelques exemples dans les cinq observations qu'il publie.

Considerations about the spasms of the cervix and "Medical labor"

Summary

The most recent conceptions regarding the physiology of dilatation of the cervix at labor are minutely reviewed by the A., who points out the conception originated by Schikélé's theory about cervical dystocia. Medical labor, originated by Kreis, which induced such tremendous discussion at the beginning, is gaining more and more every day. The failures referred sometimes are particularly ascribed to poor choice of cases. In this work the A. stresses the valuable contribution represented by "spasmalgine" in overcoming the so called Schikélé's dystocia, as supported by so many observations, five of which were picked out and minutely described in this article.

Betrachtungen über die Cervixspasmen und die medikamentöse Geburtsbeeinflussung

Zusammenfassung

Verf. erklärt ausführlich die neuesten Auffassungen über die physiologische Dilatation der Zervix uteri während der Geburt und die Theorie von Schickélé über die Zervixmissbildungen. Die medikamentöse Geburtsleitung, von Kreis geschaffen, gab anfangs viel Anlass zu Diskussionen und gewinnt jetzt täglich mehr an Ansehen. Die hin und wieder berichteten Misserfolge sind hauptsächlich eine Folge der schlechten Auswahl der Fälle. Verf. betont in seiner Arbeit hauptsächlich die Wirkung des Spasmalgin bei der Bekämpfung der sogenannten Schickélé'schen Cervixmissbildung. Diese Wirkung konnte er in vielen Fällen beobachten, von denen er fünf als Beispiele in dieser Arbeit schildert.

Anais Brasileiros de Ginecologia

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Novos dados sobre a "gestação prolongada verdadeira" e sua significação</i> — FRUHINSHOLZ, A. e RICHON, J.	435
<i>Algumas observações de partos em mulheres desportistas (sportswomen)</i> — AUDEBERT, J. L.	436
<i>Endometriose e gestação</i> — PORTES, L. e VARANGOT, J.	437
<i>Ensaio de classificação anátomo-clínica das cervicites</i> — DUREL, P., RATNER, V. e DERON, A.	438
<i>Sobre um caso de peritonite anteparto de causa indeterminada (Carência do inventário anatômico). Revista geral das peritonites da gravidez de determinismo mal elucidado.</i> — LAFFONT, A. e PIETRI, M.	439
<i>Leucemia e gravidez</i> — VIGNES, H.	440
<i>O emprêgo da salva em ginecologia</i> — LECLERC, H.	442
<i>Ação do propionato de testosterona sobre o trato genital, sobre a hipófise, tireóide, timo, sobre o aparélio insular do pâncreas e sobre as suprarrenais da coelha ovariectomizada.</i> — LUCCHETTI, G.	443
<i>Contribuição casuística ao tétano dos recém-nascidos</i> — TARICCO, G.	444
<i>Ação das radioemanações sobre os órgãos genitais</i> — FONTANA, G.	445
<i>Pesquisas sobre a influência da contração muscular uterina no determinismo da hiperbilirubinemia do trabalho de parto</i> — MICALE, G.	445
<i>O comportamento dos fenóis urinários na gravidez e no puerpério</i> — BELVEDERI, C.	446
<i>Contractilidade espontânea e sensibilidade do útero humano "in vivo" à pituitrina nos diversos períodos do ciclo sexual</i> — SPANIO, P.	446
<i>Contribuição experimental ao conhecimento da causa provocadora do casso poder coagulante do sangue placentário</i> — PIO, G. e GUARELLA, F.	447
<i>Endometriose dos pulmões. Enxertos endometriais experimentais nos pulmões de coelhos.</i> — HOBBS, J. E. e BERTNICK, A. R.	447
<i>O efeito da anestesia obstétrica sobre a oxigenação do sangue materno e fetal, com referência especial ao ciclopropano.</i> — SMITH, C. A.	448
<i>Trinta-e-três gestações em mulheres diabéticas</i> — MENGERT, W. F. e LANGHLIN, K. A.	450
<i>A terapêutica sulfanilamídica na infecção puerperal grave</i> — GORDON, C. A. e ROSENTHAL, A. H.	451
<i>A prova de McClure-Aldrich no metabolismo da água após operação</i> — HOPPS, H. C. e CHRISTOPHER, F.	452
<i>A significação da reação à radiação no carcinoma do colo do útero</i> — WARREN, S., MEIGGS, J. V., SEVERANCE, A. O. e JAFTE, H. L.	453
<i>Os hormônios estrogênicos e gonadotrópicos no sangue de mulheres climatéricas e castradas</i> — FLUHMANN, C. F. e MURPHY, K. M.	454
<i>Tumores ovarianos biologicamente ativos produzidos experimentalmente em camundongas</i> — GEIST, S. H., GAINES, J. A. e POLLACK, A. D.	456
<i>Um estudo do retículo e da luteinização nos tumores de células da granulosa e da teca do ovário</i> — TRAUT, H. F., KUDER, A. e CADDEN, J. F.	457

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

<i>Os fenômenos arteriais associados ao sangramento uterino na gravidez tubária</i> — JONES, H. O. e BREWER, J. I.	459
<i>O corioepitelioma da trompa</i> — KAUFFLER, R.	460
<i>Sobre a ausência unilateral dos anexos</i> — LAJOS, L.	461
<i>Puberdade precoce por corioepitelioma do ovário</i> — TSCHERNE, E. e SCHÄFFER, W. P.	462
<i>Sobre a patologia e patogênese da prenhez ovariana</i> — TREITE, P. e DIEKE, M.	462
<i>Acérca da questão da etiologia do hematoma espontâneo "sub partu"</i> — LEIZINGER, E.	463
<i>O valor da persuflação e da salpingografia para a terapêutica da esterilidade</i> — OTTO, J.	464
<i>O conceito da fertilidade periódica da mulher</i> — FROMMOLT, G.	465
<i>A influência do Prolan sobre o crescimento de tumores espontâneos da camondonga</i> — BAATZ, H.	466
<i>Sobre o lipocromo do colostro humano, com especial referência à carotina</i> — TRUKA-TUZZON, J.	467
<i>Contribuição à plástica da uretra segundo Martius</i> — LABHARDT, A.	467
<i>Impressão placentária por mioma submucoso</i> — WATTENWYL, H. v.	468
<i>Sobre um caso de gravidez tubária e ovariana simultânea</i> — BITTMANN, O.	469
<i>A respeito de um caso de síndrome de Cushing</i> — GAREISO, A., SCHERE, S. e PELLERANO, J. C.	470
<i>Modificações histológicas das membranas ovulares. Sua relação com os distintos tipos de rotura</i> — COATZ, A. S.	470
<i>Contribuição ao estudo da esterilidade (Comunicação prévia)</i> — COSTA, N. P. e PASTORINI, R.	471
<i>Climatério. Tratamento de suas desordens</i> — CASAS, P. F.	472
<i>Tumores benignos da mama</i> — RATTO, O. J. e GALARCE, J. A.	472
<i>Dois casos de metrorragia por avitaminose provável</i> — ANWANDTER, K.	473
<i>A propósito de duas observações de hidatidose pelvi-peritoneal</i> — GALAN, G.	474
<i>Um novo caso de desprendimento prematuro parcial da placenta e parto médico dirigido</i> — GARCIA, R.	475
<i>Esquema de trabalho dos serviços de higiene materno-infantil da Venezuela</i> — OROPEZA, P.	475
<i>O tratamento da sífilis, na mulher grávida, e da heredo-sífilis</i> — VEJAS, M. e OROPEZA, P.	476
<i>O tratamento das amenorréias pela radioterapia hipofisária</i> — MENERIDEZ, D. O. e FARINAS, P. L.	477
<i>Diagnóstico da gravidez abdominal na sua segunda metade</i> — ROCAMORA, H. e TOLOSA, C. N.	479
<i>Tétano postabôrto</i> — MENENDEZ, O.	479
<i>Torção aguda do útero grávido</i> — OLIVELLA, J. R. e RODRIGUEZ, FÉO, J. A.	480
<i>Tumor do cordão umbilical</i> — OLIVELLA, J. R. e TABARES, C. M.	481
<i>Um caso de prenhez extrauterina, variedade abdominal</i> — RAMIREZ A., H.	481

prenhez prolongada confronta sempre ao lado de seus grandes ovos, um certo número de ovos hipotróficos, com placenta pequena que tendem a acentuar sua natureza patológica. A mortinatalidade é sensivelmente superior na prenhez prolongada, causada pela maturidade excessiva que torna mais frágil o feto, como na prenhez extrauterina. Pode também ser atribuída à tara, ao excesso de volume e à distócia daí decorrente. Malformações fetais e certas malformações maternas se notam com uma certa frequência nos casos de gestação prolongada.

Depois de assinalarem a maior frequência das intervenções, dizem que o fato é mais devido a um insuficiente estímulo hormonal da contração do que ao volume fetal. A prenhez prolongada não justifica a interrupção médica e constante de sua evolução, a qual deve ser reservada para casos selecionados.

Algumas observações de partos em mulheres desportistas (sportswomen) (Quelques observations d'accouchements chez les sportswomen) — AUDEBERT, J. L. — (Gynéc. et Obst., 1939-1940, Tomo 40, N.º 4, pág. 294).

Tem-se estudado muito nos últimos tempos, acentua o A., a influência dos esportes sobre a saúde feminina. No particular dos partos nada foi dito.

O A. diz que muitas dessas "desportistas" se contentam com executar pela manhã, ao rádio, alguns gestos escandidos, outras arriscam algumas bolas nos campos de tênis, amáveis pretextos para outros fins, ou praticam até certos esportes de inverno, ou ainda, pensam fazer desporte percorrendo grandes distâncias de auto. O A. diz que não há necessidade de declarar que estas amáveis fantasistas não figuram no quadro de suas cogitações.

Escolheu 10 casos, sendo, entre as profissionais, 1 trapezista, 1 equilibrista cômica, 2 bailarinas, 1 mercadora que distribuia as mercadorias de bicicleta (60 a 80 km. por dia) e uma mensageira de casa de modas (40 a 50) e, entre as não profissionais, 1 campeã de tênis e 3 jovens desportistas.

O A. verificou sempre a insinuação precoce e profunda da apresentação, o que motivou falsas alertas, rotura prematura das membranas, lentidão da dilatação.

Devemos, diz o A., acentuar a marcha lenta da dilatação que imprime ao trabalho um aspecto particular. Na expulsão as contrações são sempre violentas, no entanto observa-se uma parada na progressão da cabeça. Rigidez do períneo, duração do trabalho de 18 a 20 horas nos partos terminados espontaneamente, foram também observados, bem como o peso médio das crianças acima de 3.500 grs. Houve 3 fôreeps, 4 episiotomias, além das roturas.

RIVISTA ITALIANA DI GINECOLOGIA

Ação das radioemanações sobre os órgãos genitais (*Azione della radioemanazione sugli organi genitali*) — FONTANA, G. — (*Riv. Italiana di Ginec.*, Nov. 1939, Vol. XXIII, Fasc. I, pág. 1).

O A., que é assistente do Prof. GAIFAMI, na Universidade de Roma, experimentou o efeito das emanações de Rádio sobre o aparelho genital dos ratos, demonstrando sua ação estimulante, assim como sua inocuidade. As experiências podem conduzir a um fim prático, isto é, à substituição, em certos distúrbios endocrínicos gerais e genitais, de uma terapêutica que se sirva das emanações de Rádio, por terapêuticas hormônicas e polihormônicas cuja ação é ainda obscura e, às vezes, duvidosa.

O estudo é documentado por preparações histológicas, referentes aos experimentos realizados.

Pesquisas sobre a influência da contração muscular uterina no determinismo da hiperbilirubinemia do trabalho de parto (*Ricerche sull'influenza della contrazione muscolare nel determinismo dell'iperbilirubinemia del travaglio di parto*) — MICALE, GUIDO — (*Riv. Italiana di Ginec.*, Nov. 1939, Vol. XXIII, Fasc. I, pág. 13).

O A., que é assistente do Prof. SCAGLIONE, da Universidade de Palermo, dosou durante a gravidez e o trabalho de parto a bilirubinemia, o número de eritrócitos, a taxa de hemoglobina, o valor e a resistência globular. Supondo em seguida, durante o trabalho de parto, uma relação entre a bilirubinemia e o trabalho muscular, também determinou a reserva alcalina, que representa a expressão do estado de acidose que se segue ao trabalho muscular e que, segundo pesquisas recentes, deveria estar, por consequência, em relação com a bilirubinemia.

Tendo obtido um paralelismo entre os valores bilirubinêmicos e a acidose, o A. faz observar que no determinismo da grande hiperbilirubinemia do trabalho, é preciso atribuir, entre todos os outros fatores, um maior valor ao trabalho muscular do útero.

Pelo contrário, na gravidez a pequena quantidade de hiperbilirubinemia encontrada deveria ser atribuída especialmente à hemólise exagerada devida à hemocaterese aumentada do S. R. E.

O trabalho, baseado em 25 observações cuidadosas, como diz o A., não foi feito devido à escassez de contribuições sobre o assunto, mas para a verificação dos resultados apresentados pelas mesmas e das causas de erro que o A. aponta, particularmente levando em consideração o fator contração muscular uterina.

Ano V

JUNHO DE 1940

Vol. 9 - N.º 6

ANAIIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysis Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000

Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289

RIO DE JANEIRO — BRASIL

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

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

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Ltda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARAÍA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Junho de 1940

Vol. 9 — N.º 6

S U M Á R I O

TRABALHOS ORIGINAIS

	Págs.
<i>Moniliasis vulvovaginal</i> — DR. FRANCISCO RUIZ ARCE	483
<i>Anestesia endovenosa na pequena cirurgia ginecológica</i> — DR. JOSE GALLUCCI	501

LIÇÕES E CONFERENCIAS

<i>Sobre os hormônios proteicos</i> — PROF. KARL H. SLOTTA	506
--	-----

SECÇÃO EDITORIAL

<i>Carcinoma do colo do útero e gestação</i>	523
--	-----

NOTAS E COMENTÁRIOS

<i>Prof. Dr. Octavio do Rego Lopes</i>	527
<i>Prof. Dr. Luiz Pinheiro Guimarães</i>	527
<i>I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia</i>	528

LIVROS E PUBLICAÇÕES

<i>Artério-esclerose</i> — PROF. HÉLION PÓVOA	529
<i>Diagnóstico pre-natal del sexo del feto. Procreación voluntaria de los sexos.</i> — PROF. AUGUSTO TURENNE	530
<i>Discurso</i> — PROF. DR. SERGIO GARCIA MARRUZ	531

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

<i>Ata da vigésima-sexta sessão ordinária</i>	532
---	-----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs.
<i>Utilização clínica e resultados terapêuticos do hormônio gonadotrópico —</i> CONTAMIN, R. e LERAILLEZ, F.	535
<i>Atrofia hepática superaguda no segundo mês de gravidez —</i> BUFANO, M. e MAURIZIO, E.	536
<i>Considerações anátomo-patológicas e clínicas sobre o epoóforo —</i> OPO- CHER, E.	536
<i>Os prematuros. Problema clínico e profilático. —</i> VITALI, M.	537
<i>Contribuição à determinação colorimétrica da estrona —</i> SPOTO, P.	537
<i>Considerações sobre o piocele intertubário e terminal —</i> CHIMENTI, A.	538
<i>Aspiração do líquido amniótico pelo feto. Um estudo experimental roentge- nológico na cobaia. —</i> WINDLE, W. F., BECKER, R. F., BARTH, E. E. e SCHULZ, M. D.	538
<i>Uma incisão melhor para a operação radical por carcinoma da mama —</i> MAC LEAN, N. J.	539
<i>Tumores malignos mistos — adenocarcinoma do corpo do útero —</i> SO- PHIAN, L.	539
<i>Os efeitos da analgesia obstétrica sobre o recém-nascido —</i> KOTZ, J. e KAUFMAN, M. S.	540
<i>Fatores etiológicos na asfixia neonatal —</i> COLE, W. C. C., KIMBALL, D. C. e DANIELS, L. E.	541
<i>Um estudo clínico do estrogênio sintético Stilbestrol —</i> SHORR, E., RO- BINSON, F. H. e PAPANICOLAOU, G. N.	542
<i>O significado dos ensaios endócrinos no aborto iminente e no aborto habi- tual —</i> BROWNE, J. S. L., HENRY, J. S. e VENNING, E. H.	544
<i>Uma revisão crítica de 1.066 operações cesarianas —</i> MATHEWS, H. B. e ACKEN, H. S.	546
<i>Bacteriologia do útero na operação cesariana —</i> BROWN, T. K.	547
<i>As glicosúrias da gestação —</i> ALLEN, E.	548
<i>Occiput posterior —</i> CALKINS, L. A.	548
<i>A atividade elétrica e mecânica do útero humano não grávido —</i> JACOB- SON, E., LACKNER, J. E. e SINYKIN, M. B.	549
<i>Estudos sobre a ovulação artificial com o hormônio do sôro de égua grá- vida —</i> SIEGLER, S. L. e FEIN, M. J.	550
<i>Irradiação do câncer cervical —</i> ROSEN, R.	552

ÍNDICE DOS RESUMOS

Págs.

<i>Líquido amniótico nos pulmões do natimorto e do recém-nascido</i> — YAMAMURA, H.	553
<i>A influência da anomalia do simpático, na coelha, sobre o crescimento do tumor maligno e a rádio-sensibilidade do tecido normal e maligno</i> — MATUBARA, Y.	554
<i>Um estudo experimental do mecanismo da secreção do leite</i> — MENJU, K.	554
<i>Hemorragia anteparto</i> — MAHFOUZ, N. P. e MAGDI, I.	555
<i>Dismenorreia ovariana; etiologia, diagnóstico e tratamento</i> — BROWNE, O'D.	557
<i>Estrogêneos e carcinoma do útero</i> — GEMMELL, A. A. e JEFFCOATE, T. N. A.	558
<i>Quatro casos de adenocarcinoma do útero subsequentes a polipose intrauterina simples</i> — HIRSON, R. E.	559
<i>Sobre o valor da cefalometria na avaliação do peso fetal</i> — HASTINGS INCE, J. G.	560
<i>Cálculos renais bilaterais de cistina e gravidez</i> — YOUNG, J. e CARVER, J.	560
<i>O estado atual de um tratamento hormonal da hipogalactia</i> — PREISSECKER, E.	562
<i>Acércia da questão da transição de uma glicosúria gravídica extraisular para um diabete verdadeiro</i> — EBERLIN, E.	562
<i>Dóres durante a gravidez em senhoras apendicectomizadas</i> — TURUNEN, A.	563
<i>Ausência unilateral dos anexos</i> — SZENDI, B.	563
<i>Addisonismo gravídico</i> — STOHR, R.	564
<i>O eletrocardiograma no mioma uterino</i> — IMAZ, F. A. U. e LINZOAIN, E. A.	565
<i>A propósito de mama sangrante. Considerações clínico-cirúrgicas e estatísticas</i> — URQUIZO, J. A.	566
<i>Adenomiose da trompa</i> — RODRIGUES, A.	567
<i>Tratamento do aborto infectado</i> — YERO BON, E. e MARRERO DE LA VEGA, A.	568
<i>Os centros de saúde maternal e infantil</i> — AGUILERA, J. C.	568
<i>Frequência das degenerações quísticas dos ovários depois da salpingectomia</i> — SMITH y LEAL, R.	570

A questão da dosagem é também de determinação difícil; pelas dosagens realizadas, que demonstram que a quantidade de progesterona produzida pelo corpo amarelo até o 70.^o ou 80.^o dia é de 5 a 10 mgr. por dia, e que a placenta produz uma quantidade gradualmente crescente a medida que a gravidez progride, parece que doses menores do que 5 mgr. provavelmente não produzirão muito efeito.

Quando as dosagens de pregnadiol forem praticáveis, uma ascenção real na sua excreção pode ser tomada como um índice de que a continuação desta terapêutica é provavelmente desnecessária.

A possibilidade de desperdício de tratamento com um feto já morto, e a inutilidade de tratar uma paciente após estar a sua própria placenta formando quantidades normais de progesterona, devem ser sempre lembradas.

Uma revisão crítica de 1.066 operações cesarianas (*A critical Survey of 1.066 cesarean sections*) — MATTHEWS, HARVEY B. e ACKEN, HENRY S. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1939, Vol. 38, N.^o 6, pág. 956).

Os A.A. salientam as tendências opostas dos que procuram alargar as indicações da cesária e dos que procuram restringi-las. A solução última do problema depende da avaliação dos resultados em confronto com os métodos conservadores. O êrro na solução final diminue com o vulto das estatísticas consideradas, sendo esse o pensamento dos A.A. ao apresentarem seu trabalho.

Representa o trabalho de 18 anos de atividade no Departamento obstétrico do Hospital Metodista de Brooklyn, realizada por homens devotados à sua especialidade, compreendendo tanto doentes privadas como recolhidas às enfermarias. A-pesar-de terem sido acrescidos alguns jovens assistentes, a direção do departamento obstétrico tem sido a mesma, estando, nos últimos 14 anos, o mesmo localizado em um pavilhão separado do hospital. Nenhuma cesária praticada foi excluída do relatório a nenhum pretêxto.

De 1 de Janeiro de 1920 a 1 de Janeiro de 1938, houve 27.234 partos, dos quais 1.066 cesários, seja uma incidência de 3,9 %, com a morbidade de 50,09 %; a mortalidade materna de 3,18 % e a mortalidade fetal de 5,2 %. A mortalidade foi de 3,1 % nas cesárias chamadas primárias e de 3,3 % nas iterativas. Dividindo o tempo considerado em três períodos de seis anos cada, no primeiro de 1920 a 25 foram feitas 291 cesárias clássicas com 5,1 % de mortalidade, 1 clássica baixa com 0 de mortalidade e 1 baixa modificada com 0 de mortalidade; no segundo de 1926 a 31, 297 clássicas com 2,02 %, 5 clássicas baixas com 0, 90 baixas modificadas com 2,1 %; no terceiro de 1932 a 37, 155 clássicas com 2,1 %

47 clássicas baixas com 0 e 264 baixas modificadas com 1,9 % de mortalidade.

As indicações das cesárias primárias foram: bacia estreitada 401, toxemia preeclâmptica e nefrite 74, inércia uterina e distócia cervical 67, placenta prévia 35, operação ginecológica anterior 27, tumores pélvicos 23, cardíacas 21, complicações médicas ou cirúrgicas 15, malposições fetais 13, eclâmpsia 12, separação prematura da placenta 9, primíparas idosas 6, malformações congênitas da vagina ou do útero 5, ventre pêndulo 2, diversos 20.

A mortalidade materna foi nos 401 casos de distócia pélvica igual a 1,99 %, nos 74 casos de toxemia preeclâmptica e nefrite igual a 6,7 %, nos 12 casos de eclâmpsia igual a 16,6 %, nos 35 casos de placenta prévia igual a 0.

Sumariando, verificaram os A.A. que a cesária clássica, alta ou baixa, aparenta uma alta mortalidade de 3,9 %, enquanto que a baixa modificada (*low flap*) é somente responsável pelo coeficiente de 1,8 %. O fator experiência é de muita importância. Os assistentes mais jovens tiveram mais casos letais do que os outros, apesar da fiscalização exercida no serviço.

Concluindo seu apanhado, acentuam os A.A. a alta mortalidade nos casos de toxemia, bem como a grande incidência da infecção e dos maus resultados após a cesária clássica. Terminam dizendo: "Deve haver correta indicação operatória. O tipo adequado de operação deve ser realizado a tempo. A operação deve ser praticada por um obstetra com experiência cirúrgica."

Bacteriologia do útero na operação cesariana (*Bacteriology of the uterus at cesarean section*) — BROWN, T. K. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, Dez. 1939, Vol. 38, N.º 6, pág. 969).

O A. apresenta uma análise de 144 culturas feitas no ato operatório, para demonstrar o valor das instilações antissépticas vaginais no preparo da doente para a operação. As culturas foram feitas em 52 % das doentes operadas durante o período de 8 anos na Maternidade de S. Luiz (St. Louis Maternity Hospital).

Desde 1926 que foi adotado o uso das instilações vaginais no serviço. A princípio com solução em glicerina de mercúrio-cromo a 3 % e 0,03 % de iodo, depois com solução em glicerina de acri-flavina neutra a 1 %, na dose de 8 cc. Repetia-se cada 6 horas durante o parto e depois, durante vários anos, cada 4 horas.

Um relatório do Hospital de John Hopkins demonstra que 44 % das culturas uterinas eram aí positivas, enquanto que nas séries do A. só o foram em 4,1 % dos casos. As culturas positivas podem ser obtidas com membranas intactas. As instilações devem ser feitas 2 vezes por dia nos casos em espera e cada 4 horas nas parturientes em trabalho.

ANNAIS BRASILEIROS DE GINECOLOGIA

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Diretor-fundador — Prof. ARNALDO DE MORAES

Secretário de Redação — Dr. F. VICTOR RODRIGUES

Gerente — Farm. ARNALDO A. DE MORAES

REDATORES

Dr. A. Felicio dos Santos

Dr. Fernando Mendes

Dr. A. Vespasiano Ramos

Dra. Gessy D. Vieira

Dr. Alkindar Soares

Dr. João Cardoso de Castro

Dr. Aloysio Moraes Rego

Dr. José de Castro Sthel Filho

Dr. Alvaro de Aquino Salles

Dr. Luiz Guimarães Dahlheim

Dr. Celso F. Ramos

Dr. Oswaldo da Silva Loureiro

Dr. Cid Braune Filho

Dr. Raymundo Santos

Dr. Eduardo P. de Vasconcellos Filho Dr. Rodolpho Marques da Cunha

Dr. Wilson Monteiro de Barros

ASSINATURAS:

Brasil, ano, 40\$000; registrado, 50\$000 — Estrangeiro, ano, 60\$000
Número avulso, 4\$000

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

Os artigos assinados são da responsabilidade exclusiva do autor.

Redação e Administração:

**Av. Graça Aranha, 26 - 6.º andar - Tel. 42-5743 - Caixa Postal 1289
RIO DE JANEIRO — BRASIL**

SÃO NOSSOS REPRESENTANTES:

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

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

E. RIO GRANDE DO SUL: Livraria do Globo - Barcelos, Bernardo & Cia.
End. Tel. "Globo" - Caixa Postal, 349 - Pôrto-Alegre - Filiais: Sta. Maria e Pelotas

E. PERNAMBUCO: Dorgival Oliveira - Rua da Imperatriz, 58 - 1.º and. - Recife
Livraria Colombo - M. Campos & Cia. Lda. - Rua da Imperatriz, 254 - Recife
e Livraria Contemporânea - Rua Joaquim Távora, 14/24 - Recife

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

E. PARAÍBA: Livraria S. Paulo - Rua Maciel Pinheiro, 198 - João Pessoa

E. PARAÍBA: Livraria Carioca - Caixa Postal 558 - Rua de Santo Antônio, 82 - Belém

Anais Brasileiros de Ginecologia

REVISTA MENSAL

Ano V

Julho de 1940

Vol. 10 — N.º 1

SUMÁRIO

TRABALHOS ORIGINAIS

Págs.

Sobre um caso de esplenectomia em púrpura trombopênica com grave metrorragia — DR. W. DE SOUZA RUDGE	1
Algumas impressões colhidas no trato de fichas no ambulatório ginecológico — DR. EDUARDO PINTO DE VASCONCELLOS FILHO	14
Útero bicornz e gravidez — DR. ALOYSIO MORAES REGO	24

EDITORIAL

Respiração fetal intrauterina	37
-------------------------------------	----

NOTAS E COMENTÁRIOS

"Prêmio Prof. Augusto Brandão"	40
"Prêmio Armando Fajardo"	41
Radioterapia do câncer do colo	42

LIVROS E PUBLICAÇÕES

Placenta previa, Roentgendiagnosis, Treatment, and a Technique for Induction of Premature Labor	43
---	----

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GINECOLOGIA

Ata da vigésima-sétima sessão ordinária	44
---	----

RESUMOS

(Ver índice próprio).

Estroglan

HORMONIO FOLLICULAR PURISSIMO



PROD. PHARM. KRINOS LTDA.

Caixa Postal, 556 - Rio

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Página
<i>Valor funcional do labirinto vestibular no recém-nascido</i> — BALDEN-WEICK, L. e ARNAUD, G.	47
<i>Vacinação antituberculosa pelo BUG introduzida no organismo por picadas cutâneas múltiplas (método de S. R. Rosenthal) ou por escarificações da pele</i> — NEGRI, L. e BRETEY, J.	48
<i>Algumas observações sobre o pH vaginal e cervical; seu papel, suas variações</i> . — PIERRA, L. M.	48
<i>A radiologia na esterilidade feminina</i> — ROBECCHI, E.	49
<i>Dez anos de funcionamento da Clínica Ginecológica do Instituto Vittorio Emanuele III</i> — NATALE, P.	56
<i>Intervenções plásticas por inversão completa da bexiga, resultante de parto distóxico</i> . — COLOMBINO, C.	51
<i>O tratamento da septicemia estafilocócica pelo bacteriófago</i> — LONGACRE, A. B., ZAYTZEFF-JERN, H. e MELENEY, F. L.	52
<i>Hematomas do cordão umbilical</i> — DIPPEL, A. L.	53
<i>Câncer da mama</i> — TRIMBLE, I. R.	54
<i>Resultados da amnésia e analgesia em 175 casos consecutivos de trabalho de parto</i> — LUNDGREN, A. T. e BOICE, W. A.	55
<i>Necrose do lobo anterior da hipófise após o parto</i> — GOTSHALK, H. C. e FILDEN, I. L.	56
<i>Lesões do ureter</i> — RUSCHE, C. L. e BACON, S. K.	58
<i>Granulomas venéreos e não venéreos da vulva</i> — HAAM, E.	59
<i>Atrofia da vulva</i> — ADAIR, F. L., DAVIS, M. E. e SCHNITTEMA, D. M.	61
<i>Respostas do útero humano postparto aos extratos pituitários posteriores</i> — GARDINER, S. e BRADBURY, J. T.	62
<i>"Toxemia" específica, hipertensão essencial e glomerulonefrite associadas à gravidez</i> — WELLEN, I.	63
<i>Insuficiência cardíaca congestiva na gravidez</i> — OPPENHEIMER, T. W.	64
<i>O tratamento da placenta prévia</i> — ARNELL, R. E. e GUERREIRO, F.	65
<i>Um estudo dos polípos cervicais</i> — ISRAEL, S. L.	66
<i>Infiltração leucêmica da genitália interna feminina como uma causa de sangramento vaginal</i> — HAUPTMAN, H. e TAUSSIG, F. J.	67
<i>Aspectos clínicos e patológicos da adenomiose e da endometriose</i> — DRÉY-FUSS, M. L.	68
<i>Tratamento da menometrorragia com propionato de testosterona</i> — STURGIS, W. C., ABARBANEL, A. R. e NADER, D. S.	69
<i>Experiências clínicas com estilbestrol (Dietilestilbestrol)</i> — COLLINS, C. G., WEED, J. C. e outros	70
<i>Algumas fundamentos de endocrinologia em Obstetrícia e Ginecologia</i> — ALLEN, E.	71

ÍNDICE DOS RESUMOS

	Págs
<i>Tratamento das perturbações endócrinas nas adolescentes — NOVAK, E.</i>	73
<i>Efeitos dos métodos de parto, particularmente a cesariana, sobre a mortalidade fetal e neonatal. — MILLER, H. C.</i>	75
<i>Algumas considerações práticas sobre o trabalho complicado pela pelve estreitada — HARRIS, J. W.</i>	76
<i>Os meios de propagação nas infecções pélvicas — GOODALL, J. R.</i>	77
<i>Complicações abdominais cirúrgicas da gravidez — PHANEUF, L. E.</i>	78
<i>Mecanismo da terapêutica pela estrína no alívio da dismenorréia — STURGIS, S. H. e ALBRIGHT, F.</i>	79
<i>A relação da hiperemia com a ação da estrína — HECHTER, O., LEV, M. e SOSKIN, S.</i>	79
<i>A potência de certos preparados comerciais — D'AMOUR, F.</i>	80
<i>As relações entre o timo e os órgãos sexuais — CHIODI, H.</i>	81
<i>Pseudoencefalia (nosencéfalo) — DANERI, J. F. e SAVOY, H. L.</i>	82
<i>A possibilidade do uso do sangue ou soro conservado, previamente irradiado, no tratamento das afecções do sangue e ainda dos blastomas. (Nota prévia). — TERRIZZANO, M. F.</i>	82
<i>A evolução do critério terapêutico nas leucoplasias da vulva — STAJANO, C.</i>	83
<i>O síndrome subcostal e de reação frênica do Prof. Dr. Carlos Stajano nas anexites gonocócicas — RODRIGUEZ LÓPEZ, M. B.</i>	84
<i>Cardiopatias e gravidez — ARRILLAGA, F. C.</i>	85
<i>Interrupção terapêutica da gestação — PEREZ, J. O.</i>	86
<i>Hora e mês dos nascimentos — OLIVELLA, J. R.</i>	88

BILIOGLAN — Este novo colagogo e colerético elaborado pelos laboratórios da Krinos Ltda. encerra, além da composição vegetal clássica, o hormônio da córtice suprarrenal. Foi EPPINGER que no Congresso Médico de Wiesbaden, chamou atenção para resultados excelentes obtidos, na **icterícia catarral**, com o hormônio córtico suprarrenal. Pouco mais tarde, von UEXKÜLL publicou na "Deutsche Med. Woeh.", curas obtidas na colangite pelo mesmo hormônio. — A Krinos Ltda., caixa 556, Rio, está à disposição dos Srs. clínicos com literatura e amostras do BILIOGLAN.

A norma de tratamento seguida pelo A. é a seguinte: Quando se suspeita da malignidade de um tumor da mama, faz-se uma extirpação parcimoniosa, usando-se o bisturí elétrico. Se durante a operação o exame microscópico do tumor revela malignidade, faz-se imediatamente uma extirpação radical meticolosa. Faz-se a irradiação post-operatória quer os gânglios axilares estejam ou não comprometidos.

Quando um tumor da mama se revela evidentemente maligno antes da operação, faz-se irradiação pre-operatória diária durante dez dias. Depois de um intervalo de 6 a 8 semanas faz-se a ressecção radical. Institue-se então o tratamento radioterápico post-operatório. Recomenda-se a castração radiológica definitiva ou temporária nas mulheres que ainda menstruam.

Quando há metástases à distância e a operação é improfícua, faz-se exclusivamente a radioterapia.

Resultados da amnésia e analgesia em 175 casos consecutivos de trabalho de parto (*Results of amnesia and analgesia in 175 consecutive cases of labor*) — LUNDGREN, A. T. e BOICE, WILLIAM A. — (*Surg., Gyn. and Obst.*, Janeiro 1940, Vol. 70, N.º 1, pág. 120).

No início do século dezenove Sir JAMES Y. SIMPSON e WALTER CHANNING tentaram pela primeira vez suprimir a dôr do parto — diz o A. começando o seu trabalho. Continuando, discute a questão das vantagens e desvantagens da amnésia e analgesia no parto, bem como os seus riscos.

Apresenta uma série de 175 parturientes (85 primíparas e 90 multíparas) submetidas à ação de várias combinações de drogas com o fim de obter a amnésia e a analgesia, tendo conseguido amnésia completa ou parcial em 90,3 % dos casos; em 9,7 % a amnésia não foi satisfatória. A incidência operatória foi de 49,1 % sendo que em 86 % a operação consistiu na aplicação profilática do forceps. Não houve mortes maternas sendo a morbidade materna de 4,6 %. Embora 26 fetos tivessem que ser reanimados com sonda intra-traqueal, a mortalidade geral foi de 3,4 %.

Nas primíparas o analgésico deve ser ministrado quando o colo estiver dilatado de 2 para 3 dedos e houver bôas contrações com intervalo de 3 a 5 minutos; nas multíparas, quando houver dilatação para dois dedos, não importando as contrações. A mistura que deu melhores resultados, diz o A., foi a do pentobarbital sódico e escopolamina. Na expulsão as pacientes receberam inalações de protóxido de azoto-oxigênio ou éter gota a gota.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Necrose do lobo anterior da hipófise após o parto (*Necrosis of the anterior pituitary following parturition*) — GOTS-HALK, H. C. e FILDEN, I. L. — (*J. A. M. A.*, 6 Janeiro 1940, Vol. 114, N.^o 1, pág. 33).

SHEEHAN em 1937 relatou doze casos de necrose da hipófise anterior ocorridos em uma série fatal consecutiva de setenta-e-seis mulheres, dezessete das quais morreram no fim da gravidez ou em trabalho e cincuenta-e-nove durante o puerpério. Ele conseguiu coligir na literatura mais trinta e seis casos de necrose do lobo anterior da pituitária. Do estudo desses casos SHEEHAN estabeleceu que a necrose da hipófise anterior é encontrada com relativa frequência nas mulheres que morrem durante o puerpério. De acordo com esse A. a necrose se inicia próximo ao parto e é devida a trombose dos vasos pituitários.

Se a paciente sobrevive, ela apresenta, no puerpério, sintomas de insuficiência hipofisária indo desde a doença de SIMMOND até as formas mais atenuadas de disfunção hipofisária.

SHEEHAN e MURDOCH em 128 pacientes que tinham tido hemorragia de vários graus durante o parto, alguns anos antes, encontraram sugestivos sintomas de insuficiência hipofisário datando do parto em quarenta e uma. Eles concluiram que eram casos curados de necrose da hipófise anterior no post-parto.

Feitas essas considerações os A.A. relatam a seguinte observação:

História: C. A., 26 anos de idade, havaiana, primípara, secundigesta, admitida no Queen Hospital a 1 h. de 8 de Fevereiro de 1939. Uma gravidez anterior terminou num aborto espontâneo de seis meses. História pregressa sem importância.

O exame no momento da admissão revelava uma mulher bem desenvolvida, um pouco obesa, em franco trabalho de parto. O coração normal. A pressão arterial, quando já estava em repouso, era de 160 sistólica e 118 diastólica. O exame de urina e as reações de WASSERMAN e KAHN foram negativos. A mensuração pélvica normal; apresentação de vertex, direita anterior. Dilatação do colo de 2 cm. As contrações uterinas eram boas, mas o colo dilatava-se lentamente. As membranas foram rotas às 11 h. e 30 m. do dia da admissão e o colo estava completamente dilatado uma hora depois. A duração total do 1.^o período do trabalho, foi de 26 h. e 30 m.

A 1 h. e 20 m. de 9 de Fevereiro, um menino normal de 7 libras e 13 onças (3.544 grs.) nascia espontaneamente, tendo a paciente uma ruptura perineal do 2.^o grau, reparada em seguida. A placenta e as membranas foram expulsas completas seis minutos mais tarde. 1 c.c. de solução de lobo posterior de hipófise e 1 c.c. de um

estimulante uterino foram dados após expulsão da placenta, mas o útero não se contraiu e uma hemorragia considerável ocorreu. Finalmente o fundo do útero contraiu-se após massagem e segunda aplicação das mesmas substâncias. A paciente foi posta no leito à 1 h. e 45 m., com pulso a 88 e pressão arterial 110/84. A perda de sangue durante o parto foi avaliada em 600 a 800 c.c. e a duração total do trabalho de 27 h. e 30 m.

Quatro e meia horas mais tarde a paciente tinha encharcado vários pensos e seu pulso se elevara a 124. A pressão cairá a 92/55. O útero estava atônico e uma ampola de lobo posterior da hipófise foi dada imediatamente. Um exame revelou uma ruptura do colo de 3/4 de polegada, mas a hemorragia parecia vir do útero. A pressão arterial caiu ainda mais a 70/30. A paciente tornou-se dispnéica, inquieta e o pulso imperceptível. Efedrina e carbogênio foram administrados e iniciou-se a injeção intravenosa de dextrose (solução de Hartman a 10%). Uma transfusão de 500 c.c. de sangue citratado foi praticada às 9 h. e 25 m. Uma segunda transfusão de 575 c.c. de sangue citratado foi feita uma hora mais tarde, em seguida a qual o pulso tornou-se perceptível e mais lento batendo a 114. Ela aparentava estar em boas condições.

Anteriormente a 1.^a transfusão a taxa de hemoglobina era de 65% e contagem de glóbulos vermelhos de 3.900.000. Entretanto, devido aos sintomas, pensou-se que ela estivesse com perda aguda de sangue. Três horas mais tarde ela teve uma perda calculada em 500 c.c. de sangue e uma terceira transfusão de 250 c.c. foi praticada. Durante a tarde fica novamente em estado de choque, com pulso rápido e intensa dispneia. Uma segunda contagem de sangue acusou 4.230.000 glóbulos vermelhos e uma taxa de hemoglobina de 75%. Embora não houvesse tido mais nenhuma perda de sangue uma quarta transfusão foi praticada à noite. A pressão arterial permaneceu a 80/55. Ela adormecia com intervalos durante a noite, mas o sono era inquieto e o pulso permanecia fraco, rápido e irregular. Seu abdômen tornou-se um pouco distendido. A contagem de sangue na manhã seguinte foi de 4.230.000 glóbulos vermelhos e a taxa de hemoglobina de 75%.

Às 3 horas da tarde de 10 de Fevereiro ela tornou-se inconsciente e seu pulso imperceptível. Ficou cianótica e o abdômen mais distendido. À noite espasmos clônicos se instalaram com contrações bruscas dos músculos do braço esquerdo e da face. Sua temperatura elevou-se a 103 F. e às 7 h. e 25 m. faleceu, sessenta-e-sete horas após o parto.

Uma autópsia meticulosa revelou como única causa de morte: necrose do lobo anterior da hipófise.

Os A.A. no estudo deste caso estabelecem um número importante de fatos: 1.^o — Durante o parto a quantidade de sangue perdida foi moderada (500 a 800 c.c.). Quatro horas mais tarde a paciente teve uma hemorragia grave com atonia do útero e colapso,

em virtude do que foi feita transfusão de sangue citratado (1.625 cc. de sangue citratado dados em 4 transfusões). 2.º — O exame do sangue revela 4.300.000, com uma taxa de hemoglobina de 75 %. 3.º — A pressão arterial da paciente em repouso era 160/118. Imediatamente após o parto caiu a 110/84 e durante muito tempo permaneceu a 80/30. 4.º — O único achado significativo na autópsia foi uma acentuada hiperplasia do lobo anterior da hipófise com extensa necrose da maior parte de sua estrutura e sem evidência de trombose. A glândula pesava 1,5 gr.

Estabelecidos êsses fatos os A.A. fazem referência à rica vascularização da glândula pituitária. Está perfeitamente assentado, dizem os A.A., que há um notável aumento da hipófise durante a gravidez e que alcança seu máximo no parto. Há também um aumento correspondente da vascularização da glândula. Um aumento excessivo da hipófise confinada dentro de um espaço rígido, tal como a sela túrcica, exerceria uma pressão acentuada sobre a própria glândula, que sofreria certo grau de compressão vascular. Se a pressão sanguínea caísse subitamente dar-se-ia um colapso dos espaços endoteliais com consequente isquemia e necrose da glândula. No presente caso, dizem os A.A., nós sugerimos que a necrose da hipófise instalou-se imediatamente após o parto com a queda da pressão arterial.

A atonia do útero e a grave hemorragia que ocorreram 4 horas após o parto podem ter sido devidas a lesão da pituitária. Resulta disso que em todos os casos semelhantes todo o esforço deve ser feito no sentido de levar a pressão sanguínea ao nível normal.

Lesões do ureter (*Injury of the ureter*) — RUSCHE, CARL L. e BACON, SAMUEL K. — (*J. A. M. A.*, 20 Janeiro 1940, Vol. 114, N.º 3, pág. 201).

Os A.A. classificam as lesões do ureter em quatro grupos: cirúrgicas, cistoscópicas, devidas a traumatismo externo e por corpos estranhos. As mais frequentes são as cirúrgicas e ocorrem notadamente na cirurgia do aparêlho genital feminino, devido à estreita relação anatômica da parte pélviana do duto renal com o útero. Tanto nas operações ginecológicas (histerectomias por miomas, cistos intraligamentar, câncer, prolapo de útero, etc., etc.), como nas operações obstétricas o acidente pode ocorrer. E' de notar também que o acidente tem perseguido os mais completos e experimentados cirurgiões.

Os A.A. estudam detalhadamente cada um dos grupos em que dividem as lesões do ureter, apresentando observações e radiografias.

As conclusões que tiram desse longo estudo são as seguintes:

1.º — O traumatismo ureteral ocorre mais comumente no decorso de práticas cirúrgicas da genitalia interna feminina; em se-

da falta de ovulação com persistência de folículos ativos, tanto que o endométrio está sujeito à uma influência anormal persistente estrogênica, na completa ausência da progesterona.

Das substâncias empregadas na hemorragia funcional, as preparações de urina gravídica não conseguem a luteinização dos ovários humanos. A progesterona empregada nestes casos deu resultados incertos, mas em alguns casos, os resultados parecem ter sido reais.

O hormônio sexual masculino a testosterona sob a forma de propionato, parece em alguns de seus efeitos, semelhante à progesterona, enquanto que em outros sugere que pode ter um efeito definitivamente retardante ou inibidor sobre a atividade proliferativa que normalmente caracteriza a fase folicular do ciclo.

Extende-se ainda o A. em considerações sobre os possíveis efeitos dêste hormônio sobre os pêlos e as cautelas que devem ser tomadas.

No que diz respeito à dismenorréia, refere o A. que esta perturbação é um distúrbio da mulher que ovula e não ocorre no tipo de ciclo anovulatório.

Parece muito mais importante que um desequilíbrio entre os dois hormônios ovarianos, é o que produz a moléstia; mais do que a dominação de um só dos dois.

Continua o A. dissertando sobre vários aspectos da dismenorréia, inclusive o tratamento pela testosterona.

Efeitos dos métodos de partejamento, particularmente a cesariana, sobre a mortalidade fetal e neonatal. (*The effect of methods of delivery, particularly cesarean section, on fetal and neonatal mortality.*) — MILLER, HERBERT C. — (W. J. of Surg., Obst. and Gyn., Janeiro 1940, Vol. 48, N.º 1, pág. 13).

Refere o A. que a mortalidade total infantil das crianças nascidas depois de uma operação cesariana é mais alta do que a das crianças nascidas espontaneamente ou por extração a forceps baixo em virtude do fato que a incidência de partos prematuros é significativamente mais alta no primeiro caso do que nestes últimos dois grupos.

A mais alta incidência de nascimento, de fetos prematuros, por cesareana, é devido à incidência significativamente mais alta de mães, partejadas por este método, e que possuíam certas complicações durante a gravidez.

A mortalidade entre os fetos prematuros nascidos vivos é determinada quasi inteiramente pelo seu peso ao naseer.

Não é aparente que o tipo de parto ou de presença de complicações da gravidez nas mães determinem a viabilidade do feto nascido prematuramente.

O feto nascido a termo por cesareana tem tão boa probabilidade de sobrevida quanto um feto a termo nascido espontaneamente ou por forceps baixo é uma probabilidade muito maior do que um feto a termo nascido de nádegas ou por versão e extração.

Enquanto a mortalidade entre fetos nascidos por cesariana é significativamente mais alta entre aqueles cujas gestações maternas foram complicadas por placenta prévia e descolamento prematuro da placenta, do que entre aqueles cujas gestações maternas foram livres de complicações, a mortalidade significativamente mais alta não é devida à operação em si, mas sim ao fato de que as maiores percentagens de todas as mães com estas complicações foram parturidas por este método. A toxemia gravídica materna aparentemente não teve efeitos prejudiciais sobre o feto a termo ou o recém-nascido.

Algumas considerações práticas sobre o trabalho complicado pela pelve estreitada (*Some practical considerations of labor complicated by contracted pelvis*) — HARRIS, JOHN W. — (*W. J. of Surg., Obst. and Gyn.*, Janeiro 1940, Vol. 48, N.º 1, pág. 23).

Devem ser levados em conta três fatores, no prognóstico do desenvolvimento do trabalho de parto: variações no tamanho e contorno da pelve óssea; o volume e a maleabilidade da cabeça fetal e a potência das contrações uterinas.

A incidência da pelve estreitada tem sido mencionada como sendo de 4 a 28 %.

Entretanto, o diagnóstico seguro da pelve estreitada ainda não está livre de suas dificuldades técnicas.

As mensurações externas são de pequeno valor e servem mais para classificar uma pelve estreitada do que mesmo para reconhecê-la.

A conjugata diagonalis é o único diâmetro que dá melhor informação, porém requer cuidado, considerável habilidade e prática constante.

Os estudos roentgenográficos de CALDWELL e MOLOY, melhoraram os nossos conhecimentos, porém muitas são as dificuldades que surgem, quer técnicas, quer interpretativas.

Quanto à cabeça fetal, também, os raios X trouxeram-nos progressos, mas que também sofrem as mesmas objeções.

O A. disserta ainda sobre os métodos de impressão.

Nos casos de pelve estreitada diagnosticada, ou o parto se dá com segurança para mãe e filho, ou não se dá.

Enquanto o primeiro grupo pode ser deixado às forças da natureza, no segundo o parto deve ser abdominal.