

REVISTA

DE

GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA
Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — El parto sin dolor, pelo Dr. Augusto Turenne	287
II — Polymastia e Polytelia (sobre 5 casos), Dr. Licinio Hoep- ner Dutra	304
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	325
III — Tuberculose da mamma, pelo Dr. Lucas M. Machado . .	326
IV — Hospital da Santa Casa de Bello Horizonte (relatorio do movimento da Primeira Enfermaria de Obstetricia, durante o anno de 1939), pelo Prof. Otto Cirne	337
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas) .</i>	
	341
V — Sociedade de Gynecologia da Bahia (actas das sessões de 4 de Junho, 11 de Junho, 25 de Junho e 9 de Julho de 1939)	342
VI — Revista de Revistas Allemãs, pelo Dr. Jorge Sant'Anna	349
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	353
VIII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso	356
IX — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	358
X — Petite Revue — A. R. O. M.	361

EL PARTO SIN DOLOR (*)

POR EL DOCTOR

AUGUSTO TURENNE

Profesor de la Facultad de Medicina (Montevideo)

Qué formidable victoria obtendríamos los obstetras si, en forma segura, permanente e inocua, inutilizáramos la cruel sentencia bíblica: PARIRÁS CON DOLOR!

A medida que la mujer ha ido adquiriendo conciencia de sus derechos biológicos con la posesión de una cultura creciente que la hace menos accesible a las resignaciones ancestrales, su reclamo — que es la vez una protesta — de poder cumplir la función parturiente con la misma facilidad que cualquiera de las otras, se ha hecho mas perentorio y mas urgente.

Desde las mas descreídas hasta las mas creyentes, todas claman por el parto sin dolor, y no pocas rehuyen la maternidad y hasta la primera maternidad, por el temor y amenudo el horror que les ha dejado el parto anterior o el relato o el espectáculo de los partos de amigas y de familiares.

Si a esto se agrega que la civilización con sus halagos y sus posibilidades, la difusión del concepto de la supresión del dolor por medios médicos han disminuido la capacidad de resistencia al sufrimiento, facil será explicarse cuantas veces somos solicitados y a veces presionados, varios meses antes del parto, para arrancarnos la promesa de una analgo-anestesia «sub-partu».

El problema se ha planteado desde hace varios siglos y la lectura de los viejos autores, desde el siglo XVII, demuestra que no fueron inaccesibles a la piedad, y que, aún ayudándose con plegarias y amuletos, el vino de adormíderas, antecesor del clásico Jáudano de Sydenham, las unciones vaginales y las pomadas cervicales con opiadas y belladonadas eran empleadas «larga manu» en los partos largos o distócicos, sinónimos de dolores intensos y prolongados.

Durante un cierto periodo el problema se complicó con el aspecto religioso.

¿ Puede una mujer creyente substraerse a un dolor surjido de la voluntad divina?

Al revés de lo que he hecho con otros problemas sexuales, no me he procurado la opinión de teólogos ni de simples sacerdo-

(*) Conferencia del curso de ampliación de obstetricia clinica y obstetricia social —1939.

EL PARTO SIN DOLOR (*)

POR EL DOCTOR

AUGUSTO TURENNE

Profesor de la Facultad de Medicina (Montevideo)

Qué formidable victoria obtendríamos los obstetras si, en forma segura, permanente e inocua, inutilizáramos la cruel sentencia bíblica: PARIRÁS CON DOLOR!

A medida que la mujer ha ido adquiriendo conciencia de sus derechos biológicos con la posesión de una cultura creciente que la hace menos accesible a las resignaciones ancestrales, su reclamo — que es la vez una protesta — de poder cumplir la función parturiente con la misma facilidad que cualquiera de las otras, se ha hecho mas perentorio y mas urgente.

Desde las mas descreídas hasta las mas creyentes, todas claman por el parto sin dolor, y no pocas rehuyen la maternidad y hasta la primera maternidad, por el temor y amenudo el horror que les ha dejado el parto anterior o el relato o el espectáculo de los partos de amigas y de familiares.

Si a esto se agrega que la civilización con sus halagos y sus posibilidades, la difusión del concepto de la supresión del dolor por medios médicos han disminuido la capacidad de resistencia al sufrimiento, facil será explicarse cuantas veces somos solicitados y a veces presionados, varios meses antes del parto, para arrancarnos la promesa de una analgo-anestesia «sub-partu».

El problema se ha planteado desde hace varios siglos y la lectura de los viejos autores, desde el siglo XVII, demuestra que no fueron inaccesibles a la piedad, y que, aún ayudándose con plegarias y amuletos, el vino de adormideras, antecesor del clásico Jáudano de Sydenham, las unciones vaginales y las pomadas cervicales con opiadas y belladonadas eran empleadas «larga manu» en los partos largos o distócicos, sinónimos de dolores intensos y prolongados.

Durante un cierto periodo el problema se complicó con el aspecto religioso.

¿ Puede una mujer creyente substraerse a un dolor surjido de la voluntad divina?

Al revés de lo que he hecho con otros problemas sexuales, no me he procurado la opinión de teólogos ni de simples sacerdo-

(*) Conferencia del curso de ampliación de obstetricia clinica y obstetricia social —1939.

tes o pastores o rabinos; me ha sido suficiente ver la tenacidad y la insistencia con que mujeres de reconocida ortodoxia me han exigido la analgo-anestesia obstétrica, para quedar convencido que sus consejeros o sus directores espirituales han prestado su asentimiento a sus deseos. La conducta de los médicos católicos favorable a la A.A.O. robustece mi pensar.

Católicas, protestantes, israelitas, musulmanas, todas me han pedido y a la mayor parte les he concedido el beneficio de esa intervención médico-obstétrica.

Y antes de entrar al nervio del asunto, permítaseme referirles una anécdota que recojí de boca de un eminente obstetra belga que presencié la escena.

Hacia el último tercio del siglo XIX se trató en los ambientes ginecotológicos belgas el tema de la analgo-anestesia obstétrica. Uno por uno los pequeños maestros fueron exponiendo sus criterios favorables o adversos; se reservaba para el match final el Profesor Charles, de la Facultad de Lieja y el Profesor Hubert, de la Facultad católica de Lovaina. Eran las dos figuras máximas de la Ginecotología belga.

Argumentaron reciamente ambos, hasta que Charles, mas agil y habil polemista que Charles acorraló a su adversario dejándole sin asunto.

Pero aquí viene lo singular, aunque no imprevisto en un creyente como Hubert.

Cuando todo el mundo creía que la discusión había terminado, se alzó la voz de este, para decir: Sino bastara cuanto he sostenido, sepa usted que las Santas escrituras dicen a la mujer: *Parirás con dolor!*

Sin inmutarse, con esa sonrisa zumbona propia de los valones, que no temen todos los años rendir homenaje en Bruselas, a la miccionante efijie del «Mannekenpis», Charles le replicó: *Como se conoce, señor Profesor, que usted no ha parido jamás!*

En esta frase que os hace sonreír, hay sin embargo un hondo contenido humano; en ella se encierra la afirmación de lo que significa el parto, en tanto que función biológica desempañada en medio del sufrimiento; función siempre dolorosa, cruelmente dolorosa muchas veces, tragicamente dolorosa, como en el caso de esa mujer cuyo suicidio presencié hace muchos años en un hospital de Paris. Atormentada por un atroz parto «de caderas» que nada ni nadie había calmado, prefirió lanzarse al vacío para estrellarse contra las lozas del patio inferior.

Así pues, si una obligación de elevada ética no nos obligara a ello, debe impulsarnos a encontrar la fórmula del parto indoloro el recuerdo de nuestras madres, de nuestras hijas, de nuestras mujeres que incesantemente han cumplido y cumpliran

su misión de procreadoras, con ese heroísmo tranquilo que acompaña a muchos de los escondidos dramas de la vida familiar.

Esa debe ser nuestra postura espiritual frente al problema de la analgo-anestesia obstétrica; pensar en la tragedia psico-física—injusta para nuestro astropocentrismo finalista—que representa el parto para un gran número de mujeres.

Atenuar a menudo, suprimir si es posible la dolorabilidad de una función biológica indispensable para la perpetuación de la Especie, ese es nuestro deber presente y futuro, como lo fué antaño para nuestros ilustres predecesores.

Resuelta la legitimidad de nuestra intervención? Como realizaremos nuestros propósitos?

No voy a hacer una enumeración de los numerosos medios y métodos de analgo-anestesia obstétrica que se han propuesto en este último medio siglo.

Saldría del método que me impuesto en estas conferencias del Curso de ampliación de Obstetricia clínica y de Obstetricia social.

Mi vida ginecitológica es suficientemente prolongada para que les relate lo que la experiencia me ha enseñado y aunque siempre he dicho que la experiencia es personal e intransferible, puede ser que de lo que diga algo quede, siquiera el recuerdo de mis fracasos, siempre mas instructivos y mas propicios a la ditusión entre colegas que las victorias y los triunfos.

Cuando me inicié en la vida obstétrica reinaba sin rivales la anestesia «a la Reina», así llamada porque se ha habia administrado a la reina Victoria de Inglaterra en uno de sus pártos.

Era aplicada durante largas horas y no era raro el caso que varios frascos de una onza (32 gramos) de Cloroformo Duncan, el mas conocido y el mejor calidad entonces, fueran utilizados. Aun descontando la fuerte proporción evaporada por la manera de emplearlo—una gotas vertidas en un pañuelo a cada inhalación—no puede dudarse que una dosis considerable era inhalada por la paciente y absorbida por el feto, como lo demostraba el olor característico en el aliento de ambos durante varias horas despues del parto.

Lo empleé como todo el mundo, pero pronto observé ciertos hechos que me hicieron reflexionar. Tres muertes fetales inesperadas, durante el trabajo llamaron mi atención. Pocos años despues una ictericia de marcha muy inquietante sobrevenida en una señora que durante toda su vida y en el embarazo no habia presentado el menor signo clínico de insuficiencia hepática. En 1901 un síncope respiratorio a la tercera inhalación colmó mi inquietud y despertó mi desconfianza.

El peligro del síncope primitivo—del que habia visto un caso en el Servicio del Profesor Pouey y otro en el del Profesor

Pugnalin — era fácil de presentarse, en las reiteradas inhalaciones separadas por intervalos de respiración al aire libre.

Ya en aquella época eran conocidas las experiencias de laboratorio y las autopsias que demostraban la agresividad del cloroformo sobre la célula hepática y los hechos clínicos observados por mí me alejaron para siempre del cloroformo «a la Reina».

Así como desde 1900 no he empleado jamás el cloroformo en las intervenciones quirúrgicas y obstétricas, a contar de 1903 lo desterré de mi práctica tocológica. El recuerdo de un caso desgraciado observado en mi Servicio, en una de mis Nurses, en la que su estado pulmonar contraindicaba el eter y en el que la anestesia era aplicada con todo saber y con toda conciencia por uno de mis asistentes, robusteció mi convicción y en mi Servicio jamás volvió a darse cloroformo.

Hace caudal de lo expuesto.

Mas o menos hacia esa época surgió en Alemania y rápidamente se extendió por Estados Unidos de Norte América, el empleo del llamado «twilight sleep», sueño crepuscular. Asociación de morfina y de escopolamina tuvo una acogida entusiasta, pero no tardaron en apuntarse casos adversos. Agitaciones motrices, y psíquicas post-anestésicas considerables, largas y graves, caídas mortales de la actividad cardio-vascular, muertes fetales numerosas fueron apareciendo en Sociedades y en Revistas. Después de un entusiasmo inmoderado, un buen día supimos que los Directorios de los principales hospitales de los EE. UU. habían prohibido su empleo sistemático.

Que había pasado? Nunca lo supimos con certeza, pero lo presumimos.

En esa época no tenía yo Servicio clínico, de suerte que solo pude ensayar el sueño crepuscular en clientela.

Lo que enseguida llamó mi atención fué la necesidad de discriminar mucho el empleo de la fórmula estandarizada. Tal proporción de escopolamina-morfina que dejaba en plena vigilia a una parturiente, sumía a otra en largas horas de sueño. Tal anestesia materna breve, hacía que el feto naciera en estado de apnea y fueran necesarias maniobras prolongadas para que no se olvidara de respirar.

El hecho de no disponer sino de material de clientela, que nunca tiene las proporciones que ofrece un Servicio clínico, hizo que mi experiencia se redujera a una veintena de casos; los resultados irregulares, algunas excitaciones molestas sin llegar a graves, algunas apneas fetales alarmantes me disuadieron de proseguir los ensayos. Sin embargo el «sueño crepuscular» no ha muerto; de cuando en cuando se lee alguna serie favorable, pero sin que la publicación tenga repercusión alguna.

Sirviéndose de ella como método anoci-anestésico, pre-anestesia operatoria, ha vuelto a reaparecer la mezcla morfina-escopolamina a la que se ha agregado la efetonina, cuya acción sobre el aparato cardio-vascular puede corregir alguno de los inconvenientes de la mezcla primitiva. En nuestro medio algunos cirujanos han empleado con éxito la triple asociación; uno de nuestros reputados laboratorios la ha preparado bajo la designación de: Efulamina, en dos tipos que llaman: fuerte y debil, según la proporción relativa de cada uno de sus componentes.

Escopolamina: de medio a un milígramo,

Eucodal: de uno a dos centígramos y

Efetonina: de 25 a 50 miligramos, por cada centímetro cúbico de agua destilada. No he tenido ocasión de emplear sino la fórmula debil, en dos casos; la acción analgésica y sobre todo el resultado dismnémico fueron evidentes; las enfermas me dijeron no recordar nada de lo acontecido, aunque durante la analgesia gimieron mucho en las contracciones. Este aspecto especial de ciertas analgo-anestésias debe tenerse muy en cuenta, pues es muy difícil convencer a los familiares de la ausencia de dolor en presencia de los gemidos de las pacientes.

En uno de los casos una persistente taquicardia con sensación de angustia precordial y cefalalgia muy pronunciada siguieron a la analgo anestesia.

No tengo experiencia de la analgesia para-vertebral ni de la epidural; por lo que respecta a la raquidea, que tanto subió de grado cuando Delmas, quieras que no, apareció como el campeón del Parto «a hora fija», como de la versión interna sistemática Potter lo había sido en EE.UU., la he empleado por excepción, pues si su acción sobre el cuello uterino es favorable, predispone en cambio a las hipertónicas corporales; una severa lección recibida por mí en mi Servicio me alejó de ella. Una mujer que tenía uno de esos crueles partos «de caderas», en los que las irradiaciones dolorosas lumbo-sacras son angustiantes, vió cesar sus dolores, pero una distocia anular consecutiva fué el precio de su analgesia.

Hay en cambio una forma de analgo-anestesia regional directa o indirecta de la que he obtenido resultados satisfactorios.

Al primer tipo corresponde la anestesia de los nervios pudendos y la infiltración vulvo-perineal.

En los casos de resistencia perineal dolorosa o en aquellos casos en los que la paciente discrimina claramente que su dolor máximo, al final de la expulsión, es predominantemente bajo, la infiltración de una solución de novocaina al 1/2 por ciento, *sin adrenalina*, analgesia completamente la región y con ella he podido hacer forceps bajos, extracciones de nalgas, alumbramientos artificiales y muy particularmente amplias episiotomias con

sus correspondientes suturas, sin que las pacientes demostraran dolor.

La otra forma de anestesia regional es mas interesante, aunque solamente en la mitad de los casos, empleada aisladamente me haya proporcionado exitos favorables y completos.

Vosotros conoceis, sin duda alguna, la tesis de Head, Lemer, Goldscheider, y otros segun la cual los dolores viscerales se reflejan en zonas cutaneas, cuya relación con la viscera correspondiente no es siempre facil discernir con los datos corrientes de Anatomia. El hecho ha sido sin embargo observado con suficiente frecuencia para que merezca detener nuestra atención.

La proyección cutanea correspondiente al dolor corporal parece ser una zona situada a ambos lados de la región suprasinfisiaria pubiana, a un centimetro aproximadamente de la linea media. En cambio la proyección cutanea de los dolores cervico-uterinos se sitúa mucho mas arriba, a veces segun Head, en la región epigástrica.

La infiltración novocaínica de las partes laterales de la linea blanca hasta la proximidad de la cicatriz umbilical atenúa sensiblemente el dolor de la contracción corporal, particularmente despues que la dilatación se ha completado. Digo esto porque precisamente los casos en los que obtuve la sedación corresponden a parturientes en periodo de expulsión. En un caso, en el periodo de dilatación, en el que hice una infiltración epigástrica, el resultado fué nulo.

Desde 1928 hasta 1937 hice 22 anestias de este tipo con 11 resultados favorables (9 múltiparas, 2 primíparas). En los otros 11 casos (10 en periodo de dilatación, 1 en periodo de expulsión) no conseguí una analgesia apreciable.

Insisto en que no se agregue adrenalina a la novocaina — como se hace con frecuencia — pues me ha parecido y he visto en algunas publicaciones que ese agregado predispone a la formación de puntos necróticos en las regiones de escasa vascularización, como es la piel abdominal en las mujeres, particularmente si son obesas.

De la avertina no tengo experiencia, pues cuando pude conseguir la droga ya habían empezado a publicarse casos desfavorables.

En cambio es bien sabido que en estos últimos años se han venido disputando en el campo de la analgo anestesia, los barbitúricos y otras substancias de acción análoga, el método de anestesia rectal de Gwathmey y la anestesia por gases.

De los tres métodos puedo hablar con conocimiento de causa.

Los barbitúricos y análogos. A raiz de mi viaje de 1925 y despues de conversar largamente con obstetras suizos introduje

entre nosotros el Hemyptal, empleándolo por vía oral y por vía rectal; su acción fué pasajera, talvez porque no me atrevi a usar las dosis fuertes empleadas en Suiza. Por via oral a menudo fué mal tolerado y por via rectal era necesario colocar el supositorio antes que la cabeza comprimiera el recto. Lo que lo hacía inadaptable en la mayor parte de la primiparas. Posteriormente me he concretado al uso del amytal y del amytal sódico. Su acción hipnótica y sedante, sin ninguna acción sobre la dinámica uterina, es digna de tenerse en cuenta en los partos lentos, prolongados, en los que la espera, mas que el dolor, enerva a las pacientes. El amytal les proporciona largos periodos de reposo físico y psíquico, durante los cuales el útero se contrae con arreglo a su modalidad perezosa. Su acción no es evidente en los partos energicos, con gran reflejo doloroso de la contracción; su empleo aislado no proporciona la anestesia completa.

El evipán en inyección intravenosa es una excelente preparación para la breve anestesia que necesitan las intervenciones bajas. No he tenido nunca secualas desagradables, porque me he ceñido siempre a una técnica prudente, haciendo inyectar la solución con gran lentitud, un centímetro cúbico cada 2, 3, 4, minutos y limitando la dosis a la estrictamente necesaria para obtener la perdida de la conciencia y la relajación muscular y manyeniendo la aguja en la vena para la eventual inyección de una dosis suplementaria si fuere necesario. En esas condiciones la anestesia es profunda y suficiente para intervenciones de moderada duración. Hace algunas semanas, con esa técnica pude hacer una salpingectomía, por embarazo ectópico, con incisión de Pfannenestiel, sin el menor tropiezo.

El método de Gawthmey ha hecho ya sus pruebas; entre nosotros, distinguido ex-colaborador Dr. Sacco Ferraro, presentó en 1932, a la Sociedad de Ginecología del Uruguay y al concurso de Tesis de la Facultad de Medicina, un interesante trabajo fundado en 42 observaciones. En ese trabajo concienzudo y llevado a cabo con gran libertad de espíritu, llegó a la conclusión que el método Gwathmey proporcionaba la anestesia total en un 85 % de los casos. Ese trabajo, hecho por inspiración mía en los últimos tiempos de mi estadía en la cátedra oficial vino a corroborar los resultados que había yo observado en clíetela civil.

El método Gwathmey, como sabeis, consiste en la instilación rectal de una solución alcohólica de quinina (1 gr25), eter (75 cc) y aceite de olivas o vaselina líquida hasta completar 150 cc. El secreto del éxito y la eliminación de inconvenientes estriba en la técnica de aplicación.

A. Evacuación previa del intestino con un enema de solución isotónica de Cloruro de sodio, tibia y en cantidad estrictamente

suficiente para obtener la exoneración del contenido intestinal. Este enema debe ser administrado al comienso del parto.

B. Instilación de 15 a 20 cc de aceite puro, seguida de mezcla quinina-eter y terminada por el resto del aceite. Todo esto hecho con la máxima lentitud (no mas de 5 a 6 cc. por minuto) en esta forma la absorción del eter es lenta y gradual y su contacto con la mucosa intestinal atemperado por la cantidad de aceite que ya ha lubricado la pared; esa lenta absorción facilita la anestesia progresiva, que no da lugar al estado de escitación que varios experimentadores han señalado.

C. No comenzar la instilación sino despues que el borramiento cervical se ha completado y que la dilatación ha alcanzado 6 a 7 cms. en las primíparas y 3 a 4 en las múltiparas, y esto a condición de que la observación de las contracciones uterinas las haya demostrado normales en su frecuencia, en su intensidad, en su ritmo y en su duración.

Desconocer o despreciar estas precauciones es exponerse a fracasos y hasta a riesgos. Los accidentes sigmoido-rectales que se han señalado debo atribuirlos a una imperfecta o a una muy rápida instilación de la mezcla anestésica.

He dicho que mis resultados concuerdan con los de Sacco Ferraro; ni él ni yo hemos tenido muertes fetales ni accidentes maternos; he notado en una gran proporción de casos la amnesia del parto, no siendo raro que las pacientes que se habían dormido en plena crisis dolorosa pregunten al despertar cuando se va a terminar el parto?

No creo que disminuya la duración del parto, lo que en condiciones normales no tiene importancia, pues para la paciente lo que le interesa es el dolor y no la marcha del reloj.

Es indispensable, una vez terminado el parto el alumbramiento y las suturas si se hacho la episiotomía, extraer el escedente del contenido rectal, con la introducción de la misma sonda que sirvió para la instilación, inyectando una pequeña cantidad de solución clorurada tibia para iniciar el sifonado intestinal.

Como se vé el método Gwathmey exige para un exito favorable, que el parto esté francamente en marcha y que el borramiento y la dilatación del cuello hayan progresado.

Que hacer entretanto? Aquí entra en juego otra asociación medicamentosa que señala Sacco Ferraro, como indicada y aplicada por mí en mi antiguo Servicio, y empleada hasta ahora generosamente en mi clientela.

Me refiero a la asociación morfina-sulfato de magnesio, señalada hace muchos años y cuya sinergia permite ahorrar los inconvenientes que puede tener la administración a alta dosis de aquel alcaloide. Es esta sinergia de acción la que he utilizado

hace mas de veinte años en las discinesias y en particular en las hipercinesias e hipertonías musculares del útero parturiente.

La inyección simultanea inicial de dos centigramos de clorhidrato de morfina y de cinco a diez centímetros cúbicos de la solución de sulfato de magnesio al 25 % me ha permitido encarrilar muchas veces una distocia principiante. Pero este aspecto del tema lo desarrollaré con mucha mayor extensión en mis próximas conferencias sobre las discinesias por exceso y el parto conducido. La mitad de esa dosis complementada con dosis de sulfato de magnesio aisladas me ha permitido conducir mas de una vez esos partos lánguidos de las obesas vejanconas, que tan a menudo resbalan a la discinesia.

Tengo una veintena de anestésias a la Gwathmey, precedidas casi todas de administración de morfina-sulfato de magnesio o de amytal y no tengo sino motivos de satisfacción.

Evidentemente hay que elejir los casos; no lo haría nunca en mujeres con pasado intestinal patológico, ni en las hipertendidas arteriales, ni en las bacilares pulmonares, ni en las cardiópatas en marcha hacia la descopensación.

El método Gwathmey, como todos los métodos de analgoanestesia obstétrica no *debe ser aplicado rutinariamente*, y es en la elección del caso que el obstetra demostrará su pericia y su tino clínicos.

Quédanos ahora por estudiar un método, que por haber llegado inicialmente al público por la via de la prensa diaria, ha despertado fuertemente su atención y obligado a los obstetras a asumir posiciones.

Sin embargo, no tiene nada de nuevo, pues hacia 1844 se señala el advenimiento del protóxido de azoe, «gas hilarante» de los antiguos químicos, como agente analgésio y anestésico. Empleado primordialmente por los dentistas, entre los que, infructuosamente tentó introducirlo el desventurado e incomprometido Horacio Wells, se lo empleó luego en cirugía general; los ensayos no fueron todo lo favorables que se deseara, por las condiciones instrumentales de administración.

Hay que llegar a los primeros años de este siglo, que ya cuenta casi cuarenta, para verlo reaparecer respaldado por un instrumental cada dia mas perfeccionado; es este perfeccionamiento que explica el advenimiento de otros gases anestésicos, en particular el etileno y el ciclopropano.

Quienes estamos al corriente de la literatura ginecotológica, sabíamos tambien de la marcha del asunto y sabíamos tambien que la pneumo-anestesia no merecía, como el heroe de Corneille «ni cet excés d'honneur, ni cette indignité».

Personalmente estaba documentado sobre las ventajas e inconvenientes y muy documentado también sobre los peligros reales y aún existentes de las características explosivas del etileno.

El problema de la pneumo-anestesia dió motivo a animados debates en nuestra Sociedad ginecotológica, lo que no debe extrañar, pues varios años antes, a fines de 1931 no había logrado convencerme de su inocuidad el agente de la fábrica Mac Kessos, que ignoraba mi conocimiento de los accidentes ocurridos en Estados Unidos de Norte América y se asombró cuando le presenté la prueba documentada en la que fundaba mi resistencia a aceptar su aparato. Otros, en cambio se espresaron con optimismo panglossiano.

El tiempo ha pasado, todos hemos hecho experiencia y es el momento de hacer un balance sincero y oportuno.

Que debemos pensar de la pneumo-anestesia?

En primer lugar debemos discernir el agente anestésico.

El protóxido de azoe parece ser el mas inofensivo y anodino y por eso lo he empleado y *solamente como analgésico*; en esas condiciones no le he encontrado inconvenientes, siempre que su acción no sea muy prologada y que la mezcla de azoe con oxígeno sea *muy bien calculada para cada caso*.

No está sin embargo, *como ningun anestésico*, libre de peligros; refiriéndome solamente a la bibliografía reciente, encuentro en un trabajo de síntesis de Margraf, tres muertes en 1300 casos. Guidal, anestesista de considerable experiencia, en su Tratado de anestesia por inhalación, señala casos de muerte por caída brusca de la presión sanguínea, por inhibición del centro respiratorio, por fibrilación cardíaca. Nicholson Eastman estudiando la acción del protóxido de azoe sobre el feto señala una disminución en la oxigenación de la sangre fetal, pero que por excepción llega a la anoxemia; afirma que en la administración materna, en periodos no mayores de cinco minutos y en la proporción oxígeno protóxido de azoe 15/85, no ha visto perjuicios para el feto.

En la concentración 10/90, en un 30 % de los casos hay estados de anoxemia y algunos de asfixia profunda. Sobre la madre y el feto llegan a consideración análogas Lowemberg, Wagener, Zbinden, Hartwin, Brown y Vaughan; este último describe un caso mortal con convulsiones y apnea. En verdad se me opondrá a estas citas la masa considerable de los trabajos favorables publicados en las Revistas *dedicadas exclusivamente a la anestesia*.

Pero como ginecotólogos debe llamarnos la atención la penuria de trabajos referentes a la pneumo-anestesia obstétrica

en las revistas de nuestra especialidad en las que, para el mismo periodo decenal (1929-1939) son numerosos los trabajos sobre otros métodos de analgo-anestesia obstétrica.

Talves la razón se encuentre en un trabajo de Gould y Hirst, fundamentado en las respuestas obtenidas de las veintitrés mas importantes Maternidades de Estados Unidos. De ese artículo fluyen varias consideraciones interesantes.

A. En primer término, en ninguna de ellas se ha estandarizado un método único de anestias obstetricas.

B. Nunca emplean la pneumo-anestesia en el periodo de dilatación cervical.

C. El etileno es empleado particularmente en algunos Estados del medio Oeste.

D. El ciclopropano está en estudio y su administración es muy cara.

E. La analgo-anestesia obstétrica ha aumentado el número de las extracciones manuales e instrumentales.

El aumento de las intervenciones finales me lo explico porque la euforia que invade a las pacientes con la desaparición del dolor de la contracción uterina las hace mas rebeldes y mas rehacias al esfuerzo voluntario, particularmente al final, cuando la compresión vagino-vulvar de la cabeza fetal explica trastornos y lesiones que se exteriorizan con fallas en el ritmo de los latidos.

En la apreciación de la pneumo-anestesia debemos considerar varios aspectos.

A. Parece haber un consenso general — y a él me adhiero — *para no emplearla durante el periodo de dilatación*. Cuando se considera que, por lo general este periodo es proporcionalmente mas largo que el de expulsión, y que los partos demorados lo son casi siempre en este periodo, si a eso se agrega el hecho señalado por todos del peligro de la pneumo-anestesia prolongada, facil será ponerse de acuerdo sobre este punto del problema.

B. Se ha dicho que la pneumo-anestesia acorta la duración del parto.

En primer termino nada es mas aleatorio que la apreciación de este dato; frente a una parturiente cualquiera quien podría afirmar que el parto hubiera durado 3, 5, o 10 horas? La experiencia de los viejos parteros les enseñaba — y nos enseñaron — que nunca debe hacerse un pronóstico horario del parto. Razon tenia mi maestro Pinard en decir refiriéndose a la duración del tiempo de espera en el alumbramiento «que la Obstetricia no era función de relojero».

Cada vez se tiende mas a calcular la eficiencia del trabajo por el número de contracciones necesarias para alcanzar

la dilatación completa y luego la expulsión, y no por su duración cronométrica.

Por eso creo que las apreciaciones que se han hecho hasta el presente son cálculos alegres, fomentados por el binestar de las pacientes para quienes cuenta el dolor y no el tiempo.

C. Si he de juzgar por lo que he visto, es verdad que el número de intervenciones de última hora se ha hecho mas frecuente. Si es cierto que en manos hábiles, un forceps de «puerta de calle» no tiene mayores inconvenientes, estos aparecen cuando un médico no especializado se lanza a ellas.

D. El anestésista: Este es el punto neurálgico de la pneumo-anestesia. Si en toda anestesia su presencia es conveniente, en la que nos ocupa es indispensable. Solo un anestésista calificado puede apreciar los minúsculos y precursores signos de la intolerancia; solo él puede discernir las proporciones y la calidad de los gases empleados; solo el está capacitado para el manejo de su aparato, porque no hay que olvidar que apesar de la fabricación en serie, los aparatos de anestesia son como los automóviles, cuyas características y hasta cuyas mañas hay que aprender a detectar previsoramente. Esta presencia del anestésista es uno de los obstáculos a la difusión de la pneumo-anestesia; el precio de los gases y los honorarios del anestésista encarecen seriamente la anestesia obstétrica y si los honorarios pueden disminuir, por la progresiva y lógica concurrencia, la necesidad de importar algunos de los gases y su elevado costo dificultan su difusión.

E. Los aparatos. Se me ha repetido que *son muy seguros* los que hoy se emplean. También *era seguro y fabricado por el mismo Mac Kessen*, el aparato que explotó en 1927, caso observado por Reuben Petersen, en el que la explosión volcó al anestésista y mató a la paciente por desgarramiento bronco-pulmonar. Es cierto que en la investigación, muy seriamente realizada, dijo Mac Kessen: que con cambiar una llavecita todo estaba arreglado..... para el porvenir!

No tengo sino una fé relativa en la seguridad de todos los aparatos, de cualquier clase que sean: estos, como todo mecanismo son susceptibles de fallas y de desgaste, y es en esos factores que está agazapado el riesgo imprevisto.

En un caso mortal, acaecido en una de mis clientes, y en el que la anestesia fué practicada per un habil y concienzudo anestésista especializado en pneumo-anestesia, se me dijo que los cilindros que debían contener determinado gas, contenia otro de acción contraria.

Admití la explicación, pero ella corroboró mis reservas sobre *la seguridad* de los aparatos de pneumo-anestesia.

Hagamos caudal de todo esto para no exigir mas de lo que toda máquina o aparato pueda dar.

Al preparar esta conferencia, quise documentarme con la opinión de obstetras calificados de Montevideo y para ellos me dirijí especialmente a aquellos, que por trabajar exclusivamente en sanatorios estaban en mejores condiciones de calidad y cantidad de casuística. Dentro de un consenso general favorable, hubo entusiastas y hubo muy tibios. Reproduzco la opinión de mi distinguido colega Profesor de Clínica ginecológica, doctor Pou Orfila cuya prudencia clínica y cuya mesura de criterio son bien conocidas y lo hago precisamente porque es el que se colocó en la postura mas objetiva.

Mi cuestionario fué el siguiente:

1.º ¿ Que opinión personal tiene usted de la pneumo-anestesia obstétrica?

2.º ¿ Conoce usted accidentes o muertes en nuestro medio atribuibles a la anestesia por gases?

3.º ¿ Cree usted inofensivo o nada perturbador su empleo en la marcha del parto?

4.º ¿ No cree usted que el obstetra debe poseer un conocimiento profundo de los diferentes medios y métodos de analgo-anestesia para aplicarlos segun la indicación que se presente, la marcha del parto, las condiciones personales de la paciente, etc.?

5.º ¿ Cree usted que la pneumo-anestesia sea el método ideal?

Esta pregunta fué formulada por mí por que en determinado momento se llegó a hacer en nuestro medio esa afirmación.

He aquí la respuesta del Profesor Pou Orfila: «I. Considero «la analgesia obstétrica por inhalación de gases como un método que puede ser util en ciertos casos escepcionales de *hiperestesia materna, psiconeurosis, y en las operaciones tocológicas.*»

«Entiendo que es un error emplearla sistematicamente en todos los partos. Para expresarme drasticamente, diría, que «su aplicación «omnibus» es como si se quisiera ahorrar todo esfuerzo en los casos de defecación algo difícil y se acudiera tambien en estos a una anestesia.»

«2. Solo tengo referencias verbales de algunos casos de muerte por anestesia con gases. Personalmente no he tenido ningun caso mortal, talvez por haber sido muy económico y prudente en las indicaciones. En los Estados Unidos, en una de las clínicas mas famosas de aquel país, con un anestesista «competentísimo, presencié un accidente, no fatal, pero si muy grave, precisamente en un hijo mío, ocasionado por la extracción de una muela mediante el protóxido de azoe, motivo que me hizo mirar siempre con gran respeto esa clase de anestesia.»

«3. Mas bien que por ser directamente ofensivo, considero que el empleo general de la anestesia en el parto no es deseable, porque impide la colaboración estrecha que debe haber entre la parturiente, que ha de realizar el trabajo activo del parto y el médico que debe dirigirlo. Tengo, además, la impresión de que en algunos casos ha contribuido a perturbar la hematosis fetal, ya mas o menos alterada por el trabajo natural del parto.»

«4. En general y sin negar los casos favorables, creo que no hay método de analgesia obstétrica que carezca en absoluto de inconvenientes. Es decir que, por el momento no puede hablarse de «métodos ideales».

«5. Mi respuesta, rotundamente afirmativa a esta pregunta fluye de los datos antes expuestos.»

En resumen la pneumo-anestesia es un método que debe agregarse a los ya conocidos, sin substituirse, a ellos, como imprudentemente se ha afirmado; que debe manejarse con gran cuidado y por persona de versación conocida en esa clase de anestesia: que su empleo debe ser moderado y oportuno, limitándose al periodo de expulsión; que de los gases propuestos, el protóxido de azoe parece ser el menos peligroso y el mas manuable; que los condiciones de explosibilidad del etileno no se han atenuado, pero sí la ocasión de presentarse, con el perfeccionamiento de los aparatos.

Antes de formular una síntesis, creo oportuno hacer algunas consideraciones.

La demanda imperiosa del parto sin dolor, a la que piedosamente accedemos, no es sino un aspecto de la sensibilización de nuestro sistema nervioso de civilizados. Es evidente que todos rehuimos el dolor; falta saber si esto constituye un factor de robustecimiento moral o si por lo contrario no predispone a quiebras de mayor alcance.

No cabe duda que fuera los periodos, como la guerra, en los que el hombre hace de necesidad virtud, actualmente vemos pocos ejemplos de reciedumbre moral y física como en los tiempos pasados.

De ese punto de vista la grávida configura un aspecto especial que debe ser considerado con gran atención.

Toda concepción se acompaña de una fuerte reacción emocional; si légitima y deseada, la reacción es positiva, optimista y proporcionada a la satisfacción que la futura madre y sus familiares experimentan; negativa y pesimista si indeseada o ilegítima, por los inconvenientes que aporta a la estabilidad económica o sentimental de la familia o por la resistencia familiar o social que se enfrenta.

La grávida es siempre una instable emocional y bien sabemos de la fragilidad vago-simpática y sensitiva de muchas de nuestras pacientes.

Otto Rauk estudiando, del punto de vista psico-analítico la inhabilidad para soportar el traumatismo obstétrico, encuentra en ella una causa frecuente de las neurosis post-puerperales; son estos hechos, dignos de ser tomados en cuenta, pues todos sabemos de madres, para quienes el recuerdo de su parto anterior es causa de espanto.

De ahí la importancia de apoderarse de la psiquis de la grávida desde el comienzo del embarazo; Nielken dice, con razón, que hay que aprovechar esos nueve meses para educar a la grávida para su futura función fisiológica. Durante ese largo periodo una constante acción de sujeción debe llenarlas de optimismo y cuando la futura madre exige el parto análgico, si se presume que puede haber inconvenientes para ello, deben hacerse valer, y si la grávida demuestra tener desarrollado el espíritu de maternidad, debe hacerse presente el riesgo posible que existe para la vida de su hijo.

En cambio, con frecuencia creciente se observa una atenuación del sentimiento maternal, que heroicamente demostraban las mujeres de generaciones anteriores. Es eso lo que explica el número crecido de abortos voluntarios *del primer embarazo*, difundido en las clases altas, conducta vituperable si las hay. En esa clase de mujeres será muy difícil conseguir la aceptación del parto, por levemente doloroso que sea.

Es entonces que el médico debe utilizar toda su autoridad moral para no transformarse en juguete de mujeres de mentalidad desviada o pervertida.

Como síntesis de lo expuesto acepto la conclusión a que llegan Gould y Hirst y mi distinguido amigo Profesor Manuel Luis Perez: «En resumen puede decirse que, apesar de los afanes científicos que buscan alivio a los dolores del parto y del derecho con que reclaman esa sedación las futuras madres, *no se ha encontrado aún el anestésico ideal*, es decir el que respetando las funciones del útero parturiente y sin afectar para nada los organismos en juego, consiga con toda amplitud lo que se propone».

Debe este concepto volvernos escépticos o nihilistas?

En manera alguna.

La analgo-anestesia obstétrica no es un problema de métodos, ni de medicamentos. Es un problema clínico de las mas alta importancia que no puede resolverse ni con apriorismos ni con novelerías.

Mientras llega ese anestésico ideal, del que se puede decir los que los viejos italianos del Ave Fenix:

«che ci sia ciascun lo dice,
«dove sia nessun lo sá,

nuestro deber es encarar el asunto com criterio estrictamente clínico, adaptando nuestra conducta a lo que sabemos del comportamiento psico-físico de nuestra futura parturiente, a sus reacciones mentales y humorales, a sus características orgánicas y funcionales, a las condiciones obstétricas estáticas y dinámicas del caso, a la etapa del parto en que decidamos intervenir, a la marcha evidente o presunta del trabajo de parto, al ambiente familiar, sanatorial o nosocomial en el que este evolucione y *recien despues de resueltos estos postulados previos*, recien entonces podremos tomar decisiones.

¿ Acaso podremos aplicar la misma anestesia a una paciente en trance de expulsión rápida y a otra en la que la dilatación cervical adelanta milímetros por día? ¿ Emplearemos el mismo método para una mujer equilibrada y valiente que para otra pusilánime y deprimida? ¿ Jugaremos al cloroformo con una colémica familiar o haremos un Gwathmey con una colítica recalcitante? ¿ Obligaremos al sacrificio de una anestesia carísima a un conyuge de escasos recursos o trataremos de obtener el mismo resultado con métodos menos onerosos? ¿ Nos lanzaremos a una anestesia que no dominamos, en un ambiente en el que nuestro valor profesional no está suficientemente impuesto?

No olvidemos que algunas anestias y *la pneumo anestesia es una de ellas*, exigen la presencia constante de un anestesista competente, habil y prudente. Por todas estas razones, decia algunos años, en una comunicación a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay que, por razones que hoy no interesan, no quise publicar entonces: El obstetra, que lo es de verdad y por lo tanto debe encarar los problemas de su especialidad con agudo sentido de hétero y de autocritica, debe tambien, frente a la incógnita de una posible anestesia:

1.º *Conocer a su paciente y futura parturiente.* Para ello deberá recurrir al mas avizor estudio de su estado psico-físico, de su funcionamiento orgánico, anotando cuidadosamente cuanto se aparte de lo normal, pues que ello podrá condicionar la elección de su anoci y de su analgo-anestesia; de sus reacciones psíquicas frente a las molestias del futuro parto; *de su capacidad sentimental maternal*, que se traducirá en una tolerancia o en una intolerancia a sus dolores, en un periodo en el cual seria aventurar iniciar prematuramente una analgesia; de su propio poder de sujestión y de autoridad técnico-moral que — no hay que olvidarlo — es mas de una vez un poderoso «analgésico». Bien entendido que no me refiero a aquellos que fundan su sujestión en repetir a cada contracción: Puje, señora!, sino a aquellos que de su prolongado comercio con la mentalidad femenina han

extraído la substanciosa médula de un poder de convencimiento en el que las expresiones de piedad sepan a veces substituirse con frases de finjida severidad. Recien entonces podrá el Obstetra planear una solución *intrapartu* solución que debe estar preparado a cambiar si la fisonomía o la evolución del trabajo lo exigen.

2.º *Conocer a fondo la acción, no del analgésico, sino de todos los varios y buenos que tenemos a nuestra disposición*, teclado multisonoro que debemos manipular con tino, con previsión, con habilidad y mas que todo, con buen sentido. A este conocimiento, que debe ser profundo y personal, debe agregarse una discriminación exacta del medio a emplear segun la etapa del parto y de acuerdo con todas las premisas que en detalle hemos estudiado.

De esto se deduce que oscilaremos desde unas bocanadas de protóxido de azoe hasta una profunda anestesia con eter; desde algun comprimido de amytal sódico hasta la atinada aplicación del método Gwathmey aislado o completado, sin olvidar la inocente anestesia novocaínica vulvo-perineal, siempre efectiva al final del parto y propicia a las episiotomías libertadoras y a los forceps de «puerta de calle».

Todos y cada uno de estos analgésicos y anestésicos aislados o combinados, en proporciones y oportunidades variadas nos darán la clave actual del «parto sin dolor», clave imperfecta, pero utilizable con provecho para resolver una situación de la que no sale bien sino el obstetra completo, que no ignora que a veces su problema analgésico se va a ver impactado con una eventualidad «sub partu» que desmoronará sus previsiones y si no es instruido, habil y avezado puede comprometer su reputación y lo que es peor la salud y la vida materna y fetal.

Además no debemos encandilarnos con la noción simplista del «parto sin dolor». Es menester recordar que ese dolor torturante es no pocas veces el índice de un estado patológico que hay que corregir directamente y que una analgo-anestesia sistématica podría hacernos desconocer.

¿Imagináis por ventura la situación de un obstetra que, engañado por el silencio y la comodidad de una anestesia, dejara que antes sus confiados ojos se desarrollara el cuadro traidoramente trágico de una rotura uterina?

Quiero con este ejemplo brutal demostrarlos que la desaparición artificial del dolor puede ser una añagaza peligrosa, si el que conduce el parto no es un obstetra prevenido y sagaz.

Es en un amplio y severo eclecticismo que reside el éxito, y yo, que estoy lejos de ser un neófobo, pero que abomino ser novelero, he elegido este tema para una de las conferencias

de 1939, porque percibo en el medio profesional cierta fluctuación y en el de la clientela mucha desorientación.

Si para el ginecologo el problema no tiene recámaras, no es así para el médico práctico que con frecuencia es consultado por su cliente habitual en trance de maternidad futura. La pregunta es por le general simplista y la respuesta puede ser aventurada.

Esos médicos deben saber que la analgo anestesia obstétrica es un tema tan difícil de resolver a priori como la indicación de una operación cesarea o de una interrupción de embarazo. Deben saber tambien que solo el obstetra está capacitado para dar una respuesta previsora y prudente.

Los obstetras por su parte deben dominar el tema en todos sus detalles y proseguir su labor de clínica y de investigación bajo un lema que, aunque decepcionante en apariencia, es el mejor fermento para el triunfo futuro: *El parto sin dolor y sin peligro não existe aún!*

II

Polymastia e Polytelia (*)

(Sobre 5 casos)

DR. LICINIO HOEPPNER DUTRA

Medico da Primeira Clinica Cirurgica de Mulheres da Santa Casa de S. Paulo (Serviço Ayres Neto),
Chefe de Gynecologia do Hospital Santa Cruz,
Assistente de Gynecologia da Polyclinica e do
Departamento de Saude do Estado.

O ensejo que tivemos de observar alguns casos de mamma ou mamillos supranumerarios incitou-nos ao estudo destas anomalias, relativamente frequentes, mas pouco estudadas e publicadas entre nós. A litteratura nacional referente a taes anomalias é insignificante, pois, apenas conhecemos a monographia do Dr. Eurico Branco Ribeiro (28), memoria original apresentada á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. Este A., num estudo exhaustivo, percorreu e comentou de modo feliz a litteratura existente até 1931 e, podemos dizer, que respigou a totalidade da materia. Nestas condições, pouco nos resta fazer

(*) Comunicado á Serção de Obstetricia e Gynecologia, da Associação Paulista de Medicina, na reunião de 28 de Fevereiro de 1940.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19-2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Paraíba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Alfonso Dutra Nicácio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . . .	50\$000
" Registrado	50\$000		" Registrado	60\$000
" Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo lida com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados à Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Os raios X em Obstetricia, pelo Dr. Reynato Sodré Borges	365
II — O uso do Slopact como occytocico, pelo Dr. Iwan de Oliveira Figueiredo	386
III — Dispensario da Medalha Milagrosa (Irmandade S. Vicente de Paula) — Ambulatorio de Clinica Gynecologica a cargo do Dr. Waldemar do Prado Leite — Resumo dos trabalhos desde o inicio da clinica, em 11 de Dezembro de 1935, até Agosto de 1939	391
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	393
IV — Do emprego do propionato de testosterone em um caso de menorrhagias provocadas por myoma uterino, pelo Dr. Rubens Monteiro de Barros	394
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	401
V — Estado ulcero-hypertrophico elephantino da vulva, pelo Dr. Alicio Peltier de Queiroz	402
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	410
VII — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	413
VIII — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	417
IX — Petite Revue — A. R. O. M.	420

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Afonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Proposta de classificação symptomatica, para servir ao estudo analyticos dos casos de eclampsia, pelos Drs. Jorge de Rezende e Iwan de Oliveira Figueiredo	3
II — A vitamina E e a função sexual da mulher, pelo Dr. Murillo Queiroz de Barros	11
III — Sobre um caso de hemorragia intraperitoneal de origem ovariana, pelo Dr. Paulo Duarte Guimarães	20
IV — O exame gynecologico, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge . . .	27
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	39
V — Relatorio do Serviço de Gynecologia da Santa Casa de Bello Horizonte, referente ao anno de 1939, pelo Dr. Lucas M. Machado	40
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas) .</i>	
	49
VI — Desproporção cephalo-pelvica e gravidez prolongada, pelo Dr. J. Adeodato Filho	50
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	56
VIII — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	58
IX — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	60
X — NOTICIAS O uso do Slopapart como Oocytocico	64
XI — Petite Revue — A. R. O. M.	65

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA:
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes . .	30\$000		„	

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Menstruacion gravidica, pelo Dr. Carlos Calero	69
II — Mola de Breus, pelo Dr. Clovis Corrêa	81
III — Dystrophia adiposo-genital, pelo Dr. José E. Teixeira de Camargo	85
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	99
IV — Sobre um caso de prenhez a termo desenvolvida em corno accessorio rudimentar de utero bi-cornis, pelo Dr. Carlos Vieira	100
V — Vitamina C e gravidez, pelo Dr. Daniel Ribeiro	107
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	111
VI — Fibro-myoma uterino infectado (a proposito de um caso), pelo Dr. Galdino da Silveira Magalhães Ribeiro	112
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	115
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	116
IX — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	123
X — BIBLIOGRAPHIA Archivo de Obstetricia e Gynecologia (Lisboa) Dezembro de 1939.	128
XI — NOTICIAS Eleição da nova directoria da Associação Medica do Instituto Penido Burnier, Campinas, Estado de São Paulo 1. ^a Conferencia Nacional de Defeza contra Syphilis Premio Madame Durocher	129 129 130
XII — NOTAS THERAPEUTICAS A rehabilitação dos tecidos infectados	130
XIII — Petite Revue — A. R. O. M.	131

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio
da Republica Argentina, dirigir-se a
nosso representante exclusivo:
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes . .	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Myomas do collo do utero e da vagina, pelo Dr. Clovis Corrêa da Costa	137
II — Neurites e paralyisias gravido-puerperaes, pelo Dr. J. Onofre Araujo	147
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	163
III — Dyspareunia, pelo Dr. Henrique Machado Horta	164
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	169
IV — Sociedade de Gynecologia da Bahia	170
V — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	178
VI — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	180
VII — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	182
VIII — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	185
IX — BIBLIOGRAPHIA	193
Publicações Medicas, Maio de 1940; Archivo de Obstetricia e Gynecologia (Lisboa), Dezembro de 1939; Archivos de Cirurgia Clinica e Experimental (S. Paulo), Agosto de 1939; Publicações Medicas, Março de 1939; Medicina-Cirurgia-Pharmacia, Dezembro de 1939 e Janeiro de 1940.	
X — ANALYSES	197
Hugo Fortes. — Puericultura.	
XI — NOTICIAS	190
Prof. Fernando Magalhães. — Dr. Lucas Machado. — Dr. J. Adeodato Filho. — Segundas jornadas medicas de Juiz de Fóra	
XII — Petite Revue — A. R. O. M.	203

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio
da Republica Argentina, dirigir-se a
nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes . .	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Da influencia da syphilis na interrupção da prenhez, pelo Dr. Octacilio Rolindo	207
II — O levantar precoce em obstetricia, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge	216
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	223
III — Prof. Dr. Lucas Monteiro Machado, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	225
IV — Contribuição ao estudo clinico da gravidez ectopica, pelo Dr. Jayme E. F. Werneck	231
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	237
V — Prof. Dr. J. Adeodato, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	239
VI — Casos interessantes de Edeneclouse, pelo Dr. Diogenes Vinhaes	240
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	251
VIII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso	253
IX — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	256
X — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	259
XI — Revista de Revistas Russas, pela Sra. Fanny Frug	264
XII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brazil	266
XIII — BIBLIOGRAPHIA	269
Archivos de Biologia, Fevereiro e Dezembro de 1939 e Junho de 1940; Resenha Clinico-Scientifica de Maio e Setembro de 1940; Brasil Medico de 31 de Agosto de 1940.	
XIV — ANALYSES	272
Anales del Instituto de Maternidade e Assistencia Social "Prof. U. Fernandez". — Drs. Lucindo Hoepfner Dutra e Domingos Delascio: «Embryoma solido do ovario».	
XV — NOTAS THERAPEUTICAS	274
Um caso de dishydrose rebelde, pelo Dr. Adolpho Saubermann. — Sintest.	
XVI — NOTICIAS	275
Rectificações. — Nota.	
XVII — Petite Revue — A. R. O. M.	276

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NICACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio
da Republica Argentina, dirigir-se a
nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes . .	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Gestação complicada de cancer gastrico perfurado em peritonio livre e torsão do tumor de Krukenberg uuilateral, pelos Drs. L. A. Horta Barbosa, Nilton Salles e José Pinheiro	281
II — NOTAS CLINICAS — Um caso theratologico, pelo Dr. J. Chagas de Faria	391
III — Dystocia por circulares de um cordão excessivamente longo, pelo Dr. Luiz Antonio de Novaes	30
IV — Santa Cgsa de Misericordia do Rio de Janeiro Relatorio dos serviços prestados no Ambulatorio de Gynecologia (Ambulatorio n. 15), pelo Dr. Miguel Feitosa	306
SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES	309
V — NECROLOGIO Prof. Octaviano Ribeiro de Almeida.	310
VI — Anesthesia do parto normal, pelo Dr. J. Dirceu de Andrade	313
SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS)	325
VII — Assistencia Maternãl — sua importancia — organização, pelo Dr. A. Abreu e Lima	326
VIII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	333
IX — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso	338
X — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	341
XI — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	343
XII — Revista de Revistas Russas, pela Sra. Fanny Frug	346
XIII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brasil	350
XIV — ANALYSES Drs. Carlos Butter, Gerardo Caprio e Carlos Maria Dominguez: "Cancer da mamma". — Editorial Medica. Montevideo, Uruguay, 1940.	352
XV — NOTAS THERAPEUTICAS Obesidade de causa endocrina.	354
XVI — Petite Revue — A. R. O. M.	356

VI

Anesthesia do parto normal^(*)

In dolore paries filios.
(Genesis - c. III - v. 16)

PELO

DR. J. DIRCEU DE ANDRADE

Diretor da Maternidade Therezinha de Jesus de Juiz de F6ra

Em 1934, tendo em m6os uma magnifica monographia intitulada «Realidades medico-sociales sobre el aborto voluntario», da autoria do Prof. Augusto Turenne, de Montevideo, deparou-se n'um dos mais interessantes capitulos o seguinte trecho:

«El parto indolor es un derecho —

La mujer tiene derecho al parto indolor y los medicos tenemos el deber de proporcionarselo.

Es esto posible?

El parto indolor me ha preocupado desde los comienzos de mi actuacion profesional, no pude jam6s adaptar me al espetaculo cruel de una mujer en trance de parto y menos aceptar la inhumana raz6n de Hubert, de la Universidad Catolica de Lovaina, que acorralado en una dicussion sobre analgesia obstetrica exclamo: — Dios ha ordenado que la mujer para com dolor! Durante muchos a6os ensay6 cuantos medios se propusieron; desgraciadamente no todos eran inocuos para la madre o el ni6o.

En estes ultimos a6os se ha experimentado en gran escala en Estados Unidos de Norte America, um metodo ideado por el profesor Gwathmey que llena los requisitos necesarios y cuja eficacia puede observarse en m6s del 95 % de los casos obteniendose en 85 % la desaparicion total del dolor.

Los ensayos que hice practicar en mi servicio de la casa de la Maternidad y los que he obtenido en mi clientela particular concuerdan con las estadisticas americanas que ya sobrepasan los 40.000 casos.

El parto indolor es posible e inofensivo.

Es pues necesario difundir la nocion que el parto indolor es posible en la imensa mayoria de los casos y no dudo que

(*) Trabajo apresentado 6s Jornadas Medicas de Juiz da F6ra. 1940.

si estos hechos se multiplicam pocos seran las mujeres que apesar de solidas creencias religiosas se sometam al cruel mandato biblico».

«El parto indolor es posible e inofensivo».

Tal sentença affirmada pelo brilhante Prof. Augusto Turenne que eu já conhecia atravez de outros magnificos trabalhos, despertou-me entusiasmo e certeza de que eu obteria os mesmos resultados, que se poderiam qualificar de successos integraes.

Na impossibilidade de conseguir com facilidade a descrição do methodo Gwathmey em todos seus detalhes e mais ainda, a curiosidade de sentir de perto o entusiasmo do Prof. Turenne, dirigi-me a elle em carta, manifestando o meu desejo de conhecer o processo.

A resposta não se fez esperar, acompanhada de innumerous outros trabalhos que foram para mim um prazer, tal o interesse que despertavam.

Acuso recibo de su atenta carta y agradezco las expresiones de su simpatia espiritual hacia mis trabajos.

En quanto a su pedido de informes sobre el metodo analgesico-obstetrico Gwathmey envio-le una tesis de uno de mis asistentes, al que facilité el material de mi servicio clinico; en esa tesis encontrará usted todos los detalles que necessita, con las observaciones que la practica ha sujerido. A la vez le envio mis ultimas conferencias sobre la Asistencia pre-natal del Niño, que han impresionado fuertemente la opinion medica y aím profana, obligandome a permittir una edición, revisada por mí, para ser difundida en el publico. He recebido de su pais, asi como de la Argentina y Chile muchas voces de aliento que me han llenado de satisfaccion.

Ruégole me comunique su opinion asi como las de outros colegas, educacionistas, socialogos juristas e quienes haya usted tenido la cortesia de comunicarlas.

Quiera usted recibir los cordiales saludos

de su colega

Aug. Turenne.

Montevideo, enero de 1935.

Auxiliado por meu amigo e collega Olegario Paiva e sejamos justos, o trabalho foi muito mais d'elle que meu, pois procurei tirar partido de sua dedicação, paciencia, tirocinio clinico e lealdade,— e seguindo a risca todos os detalhes de indicações do

methodo que mais adiante descreverei, durante longos mezes colhi innumeradas observações, todas obtidas na Maternidade Thezinhã de Jesus.

Si alguns casos me davam esperanças de aproximação dos resultados obtidos por Turenne, conseguindo um somno crepuscular e nunca uma anesthesia perfeita e satisfactoria, numerosos outros me desiludiam do processo, chegando mesmo, em casos raros é verdade, ao arrependimento de tel-o praticado, taes as consequencias desagradaveis, embora passageiras.

O «twilight-sleep» é realmente animador, descansa a parturiente e acalma a excitabilidade do ambiente, mas não satisfaz á mulher, a qual prometemos um parto sem dór.

Afora os inconvenientes de uma technica desagradavel, como verão mais adeante, aponto os seguintes accidentes nos raros casos já citados: maior excitabilidade por sensação de queimaduras no recto que se prolongou até o final do parto;

2 fetos em asphyxia azul, reanimados a custo; e rectite rebelde em 1 caso (felizmente 1 só) que posteriormente confessou um passado proctologico não especificado.

Mas foram accidentes de pouca monta que não deveriam ser tomados em consideração caso o methodo beneficiasse grande numero de parturientes.

Em fins de 1935, já desilludido, escrevi uma longa carta ao Prof. Augusto Turenne narrando detalhadamente o meu insuccesso e pedindo conselhos. Não recebi resposta. Provavelmente minha carta não chegou ás mãos d'aquelle professor porquanto tenho a certeza que me responderia esclarecendo minhas duvidas. Qual não foi minha surpresa quando, folheando o numero de Maio do corrente anno da Revista de Gynecologia e Obstetricia do Rio de Janeiro, deparo com um artigo do Prof. Turenne, intitulado «El parto sin dolor», o qual terminava com a seguinte phrase: «Los obstetras por su parte deben dominar el tema em todos sus detalles y proseguir su labor de clinica y de investigation bajo em lema que, aunque decepcionante en apariencia, es el mejor fermento para el triunfo futuro; *El parto sin dolor y sin peligro no existe aún!*»

E' um trabalho de folego, no qual aquelle professor esgota o assumpto, relatando e comentando todos os methodos de analgo-anesthesia obstetrica com absoluto conhecimento de todos os detalhes e provando ter tido experiencia pessoal em sua longa e brilhante carreira obstetrica.

Refere-se á anesthesia Gwathmey ainda com certo entusiasmo, mas acreditamos, embora elle não confesse, que deva ter tido alguma decepção com o methodo, porquanto até 1940 só o praticou umas 20 vezès!

«Tengo una veintena de anestésias a la Gwathmey precidadas casi todas de aministracion de morfina-sulfato de magnesio o de amytal y no tengo sinó motivos de satisfation».

Fica assim provado que tinha eu razão em 1935 em descrever num successo absoluto do methodo Gwathmey.

Estudaremos agora, resumidamente, os diversos methodos de analgo-anesthesia em parto normal, analysando os resultados de accordo com a nossa experiencia de longos annos na Maternidade Therezinha de Jesus.

O methodo de Gwathmey consiste no seguinte: no inicio do trabalho faz-se uma grande lavagem intestinal. Depois do collo dilatado para 3 ou 4 dedos injecta-se a associação morphina-sulfato magnesio (1 centigrammo de morphina e 5cc³ de sol. de sulfato de magnesio a 25 %). Meia hora depois pode-se repetir igual dose de magnesia si necessario.

Emquanto isto, prepara-se a seguinte solução:

Quinino alcaloide	— 1,25
Alcool	— 10 cc.
Ether	— 75 cc.
Oleo de oliva q. s. p.	— 150 cc.

De 1/2 a 1 hora depois das injecções instilla-se no recto 20 cc. de oleo de oliva puro e logo em seguida o clyster com a solução acima descripta (vagarosamente). Novas doses de sulfato de magnesio para reforçar e prolongar a acção da morfina e do ether podem ser administrados.

Curtis, em seu livro *Obstetrics and Gynecology*, vol. III pag. 1090, diz:

«The purpose of the Gwathmey procedure is essentially the relief (analgesia) not the abolition of pain». No Departamento obstetrico da Universidade da California elle modificou o methodo, substituindo a morfina por um barbiturico, o dial.

Em 2.000 casos teve um resultado favoravel de 80 %. Jorge de Rezende em trabalho publicado na revista *Gyn. e Obstetricia*

(Janeiro de 1935) escreve: «Recasens ensaiou o processo, obtendo resultados incertos em muitas parturientes, em algumas das quaes não se alteravam as dores e, em outras deu-se o marcado enfraquecimento das contracções além de um caso de diarrhéa intensa e outro de morte fetal».

ANESTHESIA PELOS GAZES

Sendo intenção minha limitar este estudo apenas á analgo-anesthesia no parto normal, somente ligeiras considerações merece a pneumo-anesthesia, porquanto apesar de numerosas experimentações, ainda não conseguiu ser introduzida vantajosamente na obstetricia normal.

E a razão é simples e clara.

O parto com hora marcada não existe e o limite de tolerancia do anesthesico, qualquer que elle seja, não vae além de um periodo relativamente curto. Nunca utilizei tal anesthezia. Entretanto, numerosos tem sido os experimentadores e alguns o empregam entusiasticamente.

Assim é que José Infanzozzi e Eduardo Palma em 1936 apresentaram ás Jornadas Rioplatenses de Obstetricia e Gynecologia um trabalho «Analgesia Obstetrica por gazes» no qual relatam um bom numero de casos com o protoxydo de azoto e ethylenio e cuja analgesia foi por elles considerada satisfactoria. Entretanto, temos a impressão de que os casos foram escolhidos a dedo, porquanto a maior parte em multiparas e em trabalho de parto adiantado. Os americanos usam e abusam da pneumo-anesthesia. Mas os resultados têm sido tão duvidosos e descontrolantes que Gould e Hirst em inquerito nas 23 mais importantes maternidade dos Estados Unidos verificaram que em nenhuma dellas se «estandardizou» um unico methodo de anesthezia obstetrica (Apud Turenne).

O Dr. Pou Orfila, Prof. de Gynecologia de Montevideo, em resposta a determinadas perguntas do Prof. Turenne, assim se expressa em relação a pneumo-anesthesia em obstetricia. (Rev. Gyn. e Obst., Maio 1940, pag. 299).

«I — Considero la analgesia obstetrica por inhalacion de gases como um método que puede ser util en ciertos casos excepcionales de hiperestesia materna, psico neurosis, y en las operaciones tocologicas».

«Entiendo que es um error emplearla sistematicamente en todos los partos. Para expressarme drasticamente diria que su aplicacion «Omnibus» es como si se quisiera ahorrar todo esfuerzo en los casos de defecacion algo dificil y se acudiera tambien en esta una anestesia.

2. Solo tengo referencias verbales de algunos casos de muerte por anestesia con gases. Personalmente no hetenido ningun caso mortal, talvez por haber sido muy económico y prudente en las indicaciones. En los Estados Unidos, en una de las clinicas mas famosas de aquel pais, con un anestesista competentissimo, presencié un accidente, no fatal, pero sí muy grave, precisamente en un hijo mio, ocasionado por la extracciion de una muela mediante el protoxido de azoe motivo que me hizo mirar siempre com gran respeto esa clase de anestesia.

3. Mas bien que por ser directamente ofensivo, considero que el empleo general de la anestesia en el parto no es deseable, porque impede la colaboraci3n estrecha que deve haber, entre la parturiente, que ha de realizar el trabajo activo del parto y el medico que debe dirigirlo. Tengo adem3s la impresion de que en algunos casos ha contribuido a perturbar la hematosis fetal, ya mas o menos alterada por el trabajo natural del parto.

4. En general y sin negar los casos favorables, creo que no hay metodo de analgesia obstetrica que carezca en absoluto de inconvenientes. Es decir que, por el momento no puede hablarse de metodos ideales».

Clement Smith em interessantissimo trabalho e cujo resumo vem publicados nos Anaes Brasileiros de Ginecologia, n.º de Maio de 1940, baseando-se nos estudos de Eastman sobre a anoxhemia physiologica dos recém-nascidos e segundo a technica especial deste para a obtenç3o de sangue venoso e arterial do feto colhido do cord3o umbellical, chega aos seguintes resultados em partos sob anesthesia com o ether, o protoxido de azoto e o cyclo-propano:

1) A oxygenaç3o do sangue materno durante o trabalho mas antes do parto e da anesthesia é comparavel á observada por outros autores no sangue materno, no parto sem anesthesia. O sangue arterial durante o trabalho mostrou uma ligeira anoxhemia.

2) Especimens de sangue fetal no momento do parto mostram grandes variaç3es no conteudo de oxygenio, presumivelmente

devidas a circunstancias anatomicas ou outras não estabelecidas. Em regra geral, o sangue fetal, no momento do parto, mesmo o arterial, era consideravelmente carente de oxygenio.

3) Em geral a anesthesia pelo ether produz uma elevação marcada da capacidade de oxygenio materna e da oxygenação do sangue venoso materno. Sob esta anesthesia a oxygenação fetal revelou-se satisfactoria.

4) O protoxydo de azoto administrado com um minimo de 20 % de oxygenio, produz uma anoxhemia materna e fetal accentuada.

5) O cyclopropano produziu uma elevação pronunciada da oxygenação do sangue materno tanto do venoso como do arterial. A causa deste phenomeno é discutida. Provavelmente não é devido á alta concentração do oxygenio administrado com o cyclopropano. O sangue dos fetos nascidos sob a acção deste anesthesico era um pouco mais oxygenado do que o dos nascidos sob a acção do ether ou de partos sem anesthesia materna.

6) A anoxhemia pronunciada do sangue fetal no momento do parto, nem sempre foi acompanhada de apneia dos recém-nascidos, excepto dos que nasceram sob a acção do protoxydo-oxygenio. A anoxhemia fetal é provavelmente um dos varios factores que podem produzir a apneia. Um estabelecimento normal da respiração pode coincidir com um grau surpreendente de anoxhemia.

7) O cyclopropano estava presente no sangue fetal numa concentração quasi identica á do sangue materno. No entanto apenas cerca de metade da quantidade de protoxydo de azoto contido no sangue materno foi encontrada no sangue fetal.

8) Sob o ponto de vista biochimico, cyclopropano, como um anesthesico obstetrico, pareceria ser talvez mais perigoso para o feto do que o aspecto clinico da parturiente poderia fazer crer.» Numerosos são os gazes com os quaes se tem tentado analgo-anesthesia em partos normaes sem um resultado plenamente satisfactorio.

Desde a anesthesia á la reine pelo chloroformio ás mais custosas e complicadas pelo protoxydo de azoto, cyclopropano, e etylenio, vae uma serie não pequena de gazes cujas experimentações tem resultado em esperanças mas tambem em fracassos lamentaveis.

OS BARBITURICOS

Somnifeno, pernokton, hemyptal, amyntal, dial, seconal, eunarcon, evipan, etc. etc. todos elles tem sido empregados na analgo-anesthesia do parto. Variadas tem sido as vias de introdução do barbiturico. Si em raras vezes são conseguidos resultados satisfactorios, em numerosos outros o effeito é mediocre ou prejudicial, produzindo excitações, vomitos, apneia fetal ou mesmo asphyxia etc.

O evipan sodico e o eunarcon tem sido empregados com franco successo nas operações de curto prazo, como anesthasias basicas.

Entretanto, o somno calmo e profundo produzido pela injeção endovenosa lenta desses barbituricos é de curta duração, não servindo portanto para a anesthesia do parto.

Em 1936, Sylvio Sertã publicou na revista «O Hospital» n.º de Abril, um trabalho intitulado «evipana-sodico intramuscular em obstetricia» e no qual relata 10 boas observações de analgo-anesthesia em parto normal, pela introdução do barbiturico por via intramuscular.

Desejando obter um effeito mais prolongado não titubeou aquelle assistente do Prof. Aguinaga em introduzir o evipan sodico por aquella via muito embora desaconselhada na bula que acompanha o medicamento. Foi feliz em sua tentativa e tira as seguintes conclusões que transcrevo, pois eu as faço minhas, após uma serie não pequena de observações que colhi, auxiliado pelo companheiro Olegario Paiva:

a) a practicabilidade do Oevipana em solução a 10% pela via intramuscular é evidente e não offerece riscos para os tecidos;

b) a sua absorpção e consequente eliminação mais lentas parecem consultar melhor aos interesses da anesthesia obstetrica, principalmente pela possibilidade de se poder utilizal-o no periodo de dilatação, mesmo um tanto demorado, o que pela via venosa era mais difficil;

c) a anesthesia mais superficial que se obtem traz sem duvida vantagens, pois a parturiente pode attender ás ordens do parteiro durante o periodo de expulsão, auxiliando-o nos cuidados de protecção ao perineo e hygiene habitual. A anesthesia profunda difficulta sobremodo estas manobras;

d) a acção da musculatura abdominal é inteiramente conservada, assim como os reflexos de expulsão;

e) a musculatura uterina, nos casos observados, mostrou-se favoravelmente influenciada pela acção do Oevipana-Sódico muscular, o que não é de regra no seu emprego pela via venosa;

f) num caso de insuficiência de força o Oevipana não exerceu influencia sobre as contracções, isto é, não activou-as ou fez-as voltar ás suas condições de trabalho normal. O emprego de medicação adequada pôde ser feito aqui como em condições ordinarias; a musculatura obedeceu promptamente á acção do oxytocico;

g) a circulação e a respiração não foram modificadas sensivelmente;

h) os reflexos superficiaes foram mais ou menos conservados;

i) a acção malefica sobre o feto não foi provada; em dois casos onde tivemos necessidade de lançar mão de manobras para combater a asphyxia, causas locais explicavam-na perfeitamente, as duplas circulares cervicaes;

j) a questão de dose não parece poder ser resolvida num simples schema; o criterio clinico e a observação darão aos praticos o melhor modo a seguir diante dos casos concretos. Para as pacientes de grande talhe, resistentes, ainda não esgotadas, no inicio do trabalho do parto, as doses deverão ser augmentadas. Com o mesmo criterio o medicamento será restringido em parturientes esgotadas e proximas do periodo de expulsão, e ainda mais, será evitado quando as manifestações toxicas attestarem o mau funcionamento hepatico;

k) para certas intervenções obstetricas, taes como perineorrhaphias e symphysiotomias de Zarate, a anesthesia com o Oevipana-Sódico por via muscular parece ser a preferida. Na perineorrhaphia o seu emprego dispensa e evita as injeções de soluções anesthetics proximo ou ao nivel dos tecidos mortificados ou de vitalidade compromettida, que seriam assim mais ameaçados. Na symphysiotomia de Zarate, além de poupar a contracção uterina que parece até activada, conserva o esforço da musculatura abdominal. Num parallelo com a anesthesia local para a symphysiotomia, o Oevipana leva a vantagem de ser mais simples, mais completo e de thraumatizar menos os tecidos onde se opera, diminuindo assim as possibilidades de infecção da ferida operatoria;

l) em nenhum caso notamos agitação ou movimentos desordenados da paciente na mesa de parto que dificultasse as nossas manobras e necessitasse uma equipe especial para conter as parturientes anestesiadas. Os seus movimentos foram facilmente contidos, seja por ordens que eram obedecidas sem custo, seja com poucos esforços do parteiro ou de uma enfermeira auxiliar. Apenas no 10º caso os movimentos musculares foram um pouco mais exaggerados, sem, contudo, passar de um certo limite e causar transtorno apreciável. Não houve crise de excitação;

m) a involução puerperal não foi perturbada na serie de casos observados;

n) em alguns casos tivemos a impressão de que o Ovipana muscular agia como verdadeiro anti-espasmodico para o collo uterino, facilitando a sua dilatação». De todos os methods analgo-anesthetics em parto normal por nós experimentados na Maternidade Therezinha de Jesus, esse foi o que nos deu maior satisfação, embora não completa. E' simples, e satisfaz em bom numero de casos, mas não é isento de perigo.

Tem suas contra-indicações e deve ser acompanhado de perto pelo medico.

SOMNO CREPUSCULAR

A somnolencia que se procura obter com a associação da morphina ou um de seus similares como narcophina, amnesthesina, eucodal etc., com a escopolamina, não satisfaz e não é isenta de accidentes maternos e principalmente fetaes; no tratado de «Biologia e Pathologia da Mulher de Halban-Seitz, tradução Brasileira, vol. IV, pag. 308 e 309, extrahimos os seguintes trechos:

«Pode-se, portanto, affirmar que si bem é certo não estar demonstrado em alguns casos a relação entre a morte do feto e o somno obstetrico, é muito possivel que o referido somno desempenhe um papel de importancia na mortalidade infantil total, na qual intervem, sem duvida, os alcaloides empregados».

Resumindo, pode-se affirmar que a somnolencia obstetrica com morphina (ou outros productos analogos) e escopolamina não pode ser considerada ainda como um processo inocuo».

ANESTHESIAS POR INFILTRAÇÃO

As anesthesias regionaes e locaes em obstetricia normal não tem tido muita acceitação. A rachianesthesia esteve muito em voga com o parto a hora certa de Delmas mas presentemente

está sendo largamente usada em cirurgia geral e obstetricia operatoria, na qual favorece a dilatação cervical, embora em alguns casos produza a hypertonia corporal, segundo Turenne. Do mesmo modo podemos fallar para a paravertebral, a epidural e a peridural. As anesthesias locais por infiltração vulvo-perineaes são vantajosas nos ultimos periodos do parto, isto é, no desprendimento, mas não satisfazem a parturiente, cujas violentas contracções absorvem todo o quadro doloroso.

As anesthesias por infiltração em zonas cutaneas correspondentes ás dôres visceraes (Head, Lemer, Goldscheider, etc.) não mereceriam citação si Augusto Turenne não tivesse experimentado com 50 % de resultados favoraveis.

«A infiltração novocainica das partes lateraes da linha branca até a proximidade da cicatriz umbelical attenua sensivelmente a dôr da contracção corporal, particularmente depois que a dilatação se completou» diz elle.

«No se ha encontrado aun el anesthesico ideal» é o actual conceito generalizado em todas as clinicas obstetricas acerca da anesthesia no parto normal. Toxidez do medicamento, tolerancia do organismo materno, resistencia ao anesthesico, impossibilidade do emprego no 1º periodo de trabalho, estado pathologico de determinados orgãos, aparelhagens custosas, dyscinesias, disturbios na contractilidade uterina, tantos são os factores que difficultam o emprego ou a acção do anesthesico, que se chega a acreditar na infabilidade do preceito biblico.

«La analgo — anestesia obstetrica no es un problema de metodos ni de medicamentos. Es un problema clinico de la mas alta importancia que no puede resolverse ni con apriorismo ni con novelerias» diz Turenne.

A symbiose materno-fetal complica sobremodo o problema, principalmente tendo-se em vista que a belleza da finalidade é o grito emocionador do novo ser exteriorizado para o mundo.

O Dr. Edgard Braga em thema official relatado na Semana de Cirurgia de São Paulo, assim se expressa: «A dôr do parto é dôr differente. Reclama por isso mesmo, cuidados especiaes. É uma dôr que obedece a rythmo certo, dôr que tem vida propria, em que pese a expressão, peculiar a determinado periodo da vida da mulher, em tudo diversa da Cirurgica, pathologica, para a qual qualquer anesthesia poderá servir, e qualquer mão experimentada poderá remover. A dôr do parto, esta não: resalta á vista, duplicada, porque, face á sua exteriorização, o parteiro sabe que ella representa a somma de duas grandes dôres con-

gregadas, e que, abolindo uma é de mister garantir outra, a que não tardará a se expandir no choro da criança, indice paradoxal de vitalidade.

E' por isso que o problema da anesthesia obstetrica se nos depara até agora de certo modo insolúvel».

O maximo que se tem conseguido não muito se distancia do que já se realizou no tempo da rainha Victoria.

«El parto sin dolor y sin peligro no existe aún!»

BIBLIOGRAPHIA

- Prof. Augusto Turenne — «Realidades medico-sociales sobre el aborto voluntario» — 1934.
- Dr. Sacco Ferraro — «Analgo-anesthesia en el parto normal — El methodo Gwathmey».
- Prof. Augusto Turenne — «El parto sin dolor» — Rev. Gyn. e Obst. do Rio, Maio 1940.
- Curtis — Obstetrics and gynecology — vol. III.
- Jorge de Rezende — «Da anesthesia obstetrica — Rev. Gyn. e Obst.», Rio de Janeiro de 1935.
- José Infantozzi e Eduardo Palma — «Analgesia obstetrica por gazes». Jornadas Rioplatenses de Obstetricia e Gynecologia.
- Sylvio Sertã — «Evipana — sodico intramuscular em obstetricia» — «O hospital, mez de Abril de 1936.
- Halban e Seitz — «Biologia e Pathologia da Mulher», vol. IV, pag. 308 e 309 — Traducção Brasileira.
- Edgard Braga — Anesthesia em Obstetricia, thema official relatado na Semana da Cirurgia — organizado pela Semana Paulista de Medicina.
- REV. Gyn. de Obt. do Rio — Setembro de 1939.



REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA;
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. AFFONSO DUTRA NIÇACIO
Rua Tymbiras 834
BELLO HORIZONTE

Para assignaturas em todo o territorio
da Republica Argentina, dirigir-se a
nosso representante exclusivo
AGENCIA MUNDIAL
Caseros, 88 — CORDOBA

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples	50\$000
" Registrado	50\$000		" Registrado	60\$000
" Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Alergias obstetricas, pelo Prof. Fernando Magalhães. . .	361
II — Analgesia obstetrica pelo protoxydo de azoto, pelo Dr. Domingos Delascio.	371
III — Prenhez mollar e kysto ovariano, pelo Dr. W. Pinheiro .	385
SECÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAES	389
IV — Asphyxia fetal no parto pelvico, pelo Dr. Affonso Henriques Furtado	390
V — Ruptura uterina abandonada, no oitavo mez da gestação, com escapamento do feto para a cavidade peritoneal, onde permaneceu nove mezes, pela Dra. Celina Abreu de Aquino	394
SECÇÃO DOS ESTADOS DO NORTE DO BRASIL (BAHIA AO AMAZONAS)	401
VI — Sociedade de Gynecologia da Bahia, pelo Dr. Jayme Seabra	402
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Freire de Vasconcellos	408
VIII — Resenha de Trabalhos de Laboratorio Clinico: Hematologia, Bacteriologia, Sorologia, etc., pelo Dr. Paes Brasil. .	411
IX — BIBLIOGRAPHIA	413
Bulletin of the N. Y. Acad. of Medicine, Janeiro e Setembro de 1939; American Journal of Obstetrics and Gynecology, Fevereiro de 1940; Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Orthopedia, Dezembro de 1939; Brasil-Medico, Agosto e Outubro de 1940; Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, Setembro de 1940; Revista da Tuberculose, Abril-Maio de 1940; Boletim do Sanatorio S. Lucas, Setembro de 1940.	
X — ANALYSES	419
A. Aguinaga — «Radiognóstico gynecologico»	
XI — NOTICIAS	421
IV Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia.	
XII — NOTAS THERAPEUTICAS.	420
Insufficiencia cortico-supra-renal motivada por malaria, pelo Dr. Manoel Kargcik.	
XIII — Petite Revue — A. R. O. M.	423

IV

Asphyxia fetal no parto pelvico

PELO

DR. AFFONSO HENRIQUES FURTADO

Clínico em Paraisópolis, Minas

No interior, onde a assistencia idonea ao parto não existe, a mortalidade fetal, durante e logo após a parturição, attinge a cifras desoladoras. Quantas crianças, nascidas em morte aparente, não succumbem nas mãos das «entendidas»!

Os partos de nadeegas dão porcentagem elevada de obitos fetaes por asphyxia, maximé, quando assistidos por pessoas leigas. Alguns casos de nossa clinica confirmam o que acabamos de dizer. Eil-os:

CASO 1.º — Certa manhã, bateu á nossa porta um caboclo, chamando-nos com urgencia á sua casa. Sua mulher estava em trabalho de parto e a criança já tinha nascido até o pescoço, mas a «entendida» não sabia retirar a cabeça. Quando chegamos á casa da parturiente, que residia na zona rural, a seis kilometros da cidade, fazia já duas horas que o marido havia sahido em busca do medico. Encontramos a criança morta e com facilidade terminamos o parto pela manobra de Mauriceau. Feto a termo. A morte era recente. A «entendida» nos informou que a criança ainda apresentava signaes de vida, fazendo movimentos com as pernas, quando mandou chamar o medico. Causa do obito fetal: asphyxia por compressão do cordão umbellical ou descollamento da placenta, por isso que a mesma já se achava descollada, tendo sido expulsa espontaneamente logo após a extracção do feto. A parturiente, grande multipara, teve puerperio normal.

CASO 2.º — Era noite de Natal. Justamente na hora, em que o povo enchia a Igreja para assistir á missa do gallo, fomos chamados para attender a uma parturiente num dos suburbios da cidade. Logo que chegamos á sua casa, penetrando no quarto, verificamos que a parturiente já havia expellido o feto até o pescoço, restando a expulsão da cabeça. Fazia mais

de meia hora que a paciente se encontrava nessa afflictiva situação. O feto já não apresentava mais signal de vida. Morrerá durante o parto, porque a «entendida» nos affirmou que, quando nos mandou chamar, a criança ainda «esperneava». Terminamos facilmente o parto pela manobra de Mauriceau. Feto a termo. Causa do obito fetal: asphyxia por compressão do cordão umbellical. Delivramento natural e puerperio apyretico. A paciente era multipara.

CASO 3.º — A parturiente é a mesma da observação anterior. Dois annos depois, nova gravidez, nova apresentação de nadegas. Dessa vez ainda, no fim de 24 horas de trabalho de parto, o feto ficou preso ao organismo materno pela cabeça. Chegamos tarde, encontrando o feto já morto. Como da primeira vez, a extracção da cabeça pela manobra de Mauriceau foi facil. Feto a termo. *Causa mortis*: asphyxia por compressão do cordão umbellical. A placenta foi expellida naturalmente, 30 minutos após a extracção do feto. Puerperio normal.

CASO 4.º — Parturiente nossa vizinha, residindo a dois passos de nossa casa. Pela manhã de um Domingo, quando nos achavamos na Igreja assistindo á missa, fomos chamado urgentemente para socorrer a paciente. Seu marido, pratico de pharmacia, em caminho, dissera-nos que a parteira estava exigindo a presença do medico para terminar o parto, porque a criança ficara presa ao corpo materno pela cabeça. Dessa vez ainda, infelizmente, chegamos depois que o feto havia fallecido. Como das outras vezes, não foi difficil a extracção da cabeça pela manobra de Mauriceau. Feto a termo. Causa da morte: asphyxia por compressão do cordão umbellical. Delivramento natural seguido de puerperio normal. A paciente era primipara.

CASO 5.º — Senhora de um amigo residente na cidade. Uma tarde, chega á nossa casa, de automovel, o nosso amigo e, sem dizer palavra, nos arrasta para dentro do auto e toca a toda velocidade para a sua residencia. Era tal a sua afflictção que não nos poude contar o motivo que o obrigava a buscar-nos com tamanha urgencia. Chegando á sua residencia, penetramos no quarto onde se achava a parturiente e sem perda de tempo, terminamos o parto pela manobra de Mauriceau. A «entendida» nos disse que só faltava o nascimento da cabeça, quando pediu ao nosso amigo que nos buscasse a toda a pressa. O

feto nasceu em morte aparente (asphyxia azul) e foi reanimado. Está hoje com 5 annos e é uma criança forte. Delivramento natural seguido de puerperio apyretico. Grande multipara.

CASO 6.º — Senhora de posição social elevada. Primipara. Rico enxoval á espera do bebê. Projectos e castellos. Berço de cortinado. Passa os nove mezes, contando dia por dia, hora por hora, na ancia de ser mãe! Apparecem, emfim, as dôres do parto. Supporta-as estoicamente durante toda uma noite. Pela manhã, fomos chamados e encontramos a parturiente já no periodo expulsivo. Verificamos desde logo que se tratava de parto de nadeugas. Adoptamos a conducta espectante e, uma hora depois, já se haviam desprendido as nadeugas e os membros inferiores. Logo que o cordão umbellical appareceu á vulva, exercendo suave tracção sobre o mesmo, fizemos a alça aconselhada. As arterias umbellicaes, tacteadas, batiam fortemente. O trabalho de parto progride e o thorax do feto é expulso até a região mammaria. Nesse momento, desaparecem as contracções. Em obediencia ao preceito que manda não fazer tracção sobre o feto para evitar o levantamento dos braços, esperamos nova contracção uterina. Antes que o utero se contrahisse novamente, o feto fez ruidosa inspiração, provocada certamente pelo frio que, agindo como excitante sobre o corpo, produziu por via reflexa o movimento inspiratorio. Seguiu-se, incontinenti, uma contracção uterina e os membros superiores se libertaram facilmente. Tão facil foi tambem o desprendimento da cabeça, que não necessitou da manobra de Mauriceau. O feto nasceu vivo. Batiam fortemente as arterias umbellicaes e seu coração pulsava com energia. Não apresentava a hypotonia dos asphyxiados. Seus membros se moviam denunciando a vida. Mas, aquella inspiração ruidosa intrauterina, a ausencia de choro e o liquido amniotico, que sahia pelas narinas e pela bocca do feto, nos fizeram seccionar, sem perda de tempo, o cordão umbellical na ancia de desobstruir-lhe as vias respiratorias. Separado do organismo materno pela secção do cordão, minutos depois manifestou-se a asphyxia azul, que zombou de todos os recursos de que dispunhamos no momento. Desobstrucção das vias aereas superiores, introduzindo na bocca do feto um dedo envolvido em gaze, manobra de Prochownick, emprego do aspirador de Ribemont-Dessaignes, manobra de Syl-

vester, uso de banhos quentes, injeções de coramina e adrenalina, tudo foi tentado inutilmente durante mais de uma hora. Não conseguimos reanimar o feto. Causa da morte: asphyxia por aspiração de liquido amniotico. Feto a termo, do sexo feminino. Delivramento natural seguido de puerperio normal.

Os casos citados mostram bem a necessidade de assistencia medica aos partos de nadeugas, que fogem da alçada das «entendidas» e mesmo das parteiras. Muito judiciosamente diz Piskacek no seu «Manual de Obstetricia para Parteiras»: «A parteira nunca pode saber de antemão se o parto, em apresentação podalica, terminará bem ou mal para o feto. Por esse motivo, logo que tenha reconhecido a existencia de uma apresentação de nadeugas, deverá aconselhar que se chame o medico». Quatro vezes chegamos tarde á casa das parturientes, quando os fetos já haviam morrido asphyxiados, porque as «entendidas não souberam fazer a extracção da cabeça. Foram essas observações que nos levaram a descrever a manobra de Mauriceau no nosso modesto trabalho — «O Livro da Parteira». Aconselhamos ás parteiras que só praticassem essa manobra, quando o medico não pudesse chegar a tempo de salvar a criança. Salvamos um feto, graças ao expediente do marido da parturiente. Causou-nos estranheza nesse caso a resistencia do feto, pois, segundo Piskacek, se, dentro de cinco minutos, a cabeça não fôr desprendida, o mesmo perecerá pela interrupção da circulação feto-placentaria, provocada pela compressão do cordão. O tempo decorrido, entre a sahida do marido, que nos veio chamar e a nossa chegada á sua casa, excedeu a 15 minutos! Possivelmente, o cordão não fôra comprimido ou a sua compressão não interrompera completamente a circulação feto-placentaria. A ultima observação mostra um caso typico de asphyxia por aspiração de liquido amniotico. Não lançamos mão do oxygenio, porque não o encontramos no momento. A lobelina daria no caso o mesmo resultado que a coramina e a adrenalina. A verdade é que não conseguimos desobstruir as vias aereas do feto, talvez pela penetração do liquido amniotico até as ultimas ramificações da arvore bronchica. E por isso falhou toda a nossa therapeutica empregada no combate a asphyxia do recém-nascido, tão anciosamente esperado pelos paes!

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
ANNO XXXIV	3
I — Therapeutica do Cancer da mamma, pelo Dr. Luiz Aguirre Horta Barbosa	4
II — Sobre dois casos de fibroma e gravidez, pelo Dr. Cid Ferreira Jorge	18
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	29
III — Gravidezes tardias, pelo Dr. Affonso Henriques Furtado	30
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	35
IV — Monstro craniopago parasitario (parto dystocico), pelo Dr. Alberico Camara	36
V — Revista de Revistas Allemãs, pelo Dr. Jorge Sant'Anna	47
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	50
VII — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	53
VIII — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	55
IX — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	58
X — NOTAS THERAPEUTICAS	
Acne da face, pelo Dr. Bruno Zander	60
Sangria incruenta	67
XI — Petite Revue — A. R. O. M.	69

IV

Maternidade do Hospital Pedro II — Chefe: Prof. Oscar Coutinho.

Monstro craniopago parasitario (Parto dystocico)

PELO

DR. ALBERICO CAMARA

Medico interno e assistente da Maternidade.

A longa sequencia da parturição de fetos normaes é, vez ou outra, quebrada pelo apparecimento de anomalias ou monstruosidades, despertando curiosidade e interesse pela raridade ou deformidade que apresentam.

Deu-nos o acaso o ensejo de poder observar um caso de monstruosidade dupla, asymetrica, ao mesmo tempo que intervinhamos para a terminação de um parto que, fugindo das leis naturaes da eutocia, deſcambara para os precalços e perigos da dystocia.

Vamos dar a conhecer, succintamente a historia clinica da nossa doente, após o que faremos ligeiras considerações em dois pontos que julgamos dignos de resalto.

A's 16 horas de 14-9-39 dava entrada, ao mesmo tempo que assumiamos o plantão, na Maternidade do Hospital Pedro II, removida por uma ambulancia do Serviço do Prompto Soccorro, a mulher Joanna B. L., branca, de 38 annos, casada, pernambucana, residente na rua do Bom gosto, 56, Afogados, suburbio desta Capital.

Pouco tempo após tomavamos conhecimento da doente: Mulher de estatura mediana, constituição longilinea, bom estado de nutrição, temp. 36°5; pulso: 88 batimentos por minuto.

Contava que se iniciara o trabalho de parto á noite anterior com precoce ruptura da bolsa daguas, dando evasão a grande quantidade de liquido (sic.)

Exhacerbação das dôres pela manhã. A «curiosa», chamada constatou precidencia do cordão e parto de *nadegas*, em seguida pediu auxilio do Prompto Soccorro que a removeu para o nosso Serviço.

Em seus antecedentes relata 9 partos com filhos a termo, normaes; puerperios physiologicos. Sempre foi sadia, marido igualmente sem doenças ou taras. Foi menstruada pela primeira vez aos 12 annos, durante 3 dias com regular fluxo sanguineo, com dôres e sem coagulos.

Catamenios posteriores normaes (30/4). Ultima menstruação em Dezembro de 1938. Teve vomitos, perturbações visuaes, cephaléa, embora de ligeira intensidade, nos 2 primeiros mezes.

ALGUNS PRODUCTOS

ELEBECÊ

IOLIPOBI	Anti-luetico
NEOCANFOSAN	Insufficiencia cardiaca
LIPOTONICO F	Tonico nervino
NEFROCARDIL	Cardio-tonico
NÉOHEMOSTENO	Anti-anemico
PANLAXIL	Regularizador intestinal
LIPOSEDATIVO F	Sedativo-tonico
NÉO-VITAMINA	} Anti-carenciaes
FARINHA VITAMINA	
OVARIOMASTINA	} Insufficiencia ovariana
OVARIOLUTEINA	

LABORATORIO DE BIOLOGIA CLINICA LTDA.

RUA URUGUAYANA, 85-7.º

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

Dr. MARIO PINHEIRO

Ex-Director do Instituto de Neurobiologia da
Assistencia a Psychopathas do Dist. Federal

Prof. HELION PÓVOA

Cathedratico da Faculdade
Nacional de Medicina.
Titular da Academia.

Dr. JOSE' PINHEIRO

Do Laboratorio do Hospital Psy-
chiatrico. Assistente da Faculdade
[de Sciencias Medicas.

RIO DE JANEIRO



A civilização não diminuiu no homem moderno os seus 10 metros de tubo digestivo muito mais próprios para os dias pre-historicos de irregularidades nas refeições e com muito material duro e indigesto no menú.

E assim a prisão de ventre se converteu num mal corrente da civilização.

Mas essa mesma civilização nos dá o remedio: AGAROL, de acção suave e eficaz, como só pôde ter uma boa emulsão

de oleo mineral.
AGAROL
lubrifica e suaviza
—além de estimular—
o tubo digestivo.

Acceptavel ao paladar adapta-se muito bem a crianças e adultos.
AGAROL
é na verdade,
a solução moderna
do problema
da prisão de ventre.



Sr. Medico:
Por que não faz a experiencia para convencer-se?
Mande-nos duas linhas e lhe enviaremos em seguida um pacote com um vidro de AGAROL para que o experimente.



◆ AGAROL é a emulsão original de oleo mineral e agar-agar, com phenolphthaleina. Agradavel ao paladar. AGAROL se mistura facilmente a outros liquidos, si assim se desejar, e por isso é conveniente para crianças e adultos.

AGAROL para a prisão de ventre
WARNER INTERNATIONAL CORPORATION — Rua Pará, 31 — Rio

Passando ao exame da nossa doente: Mammæ gravidicæ. Ventre abaulado, estrias gravidicæ. Utero augmentado de volume, globoso, alcançando o concavo epigastrico, contrahido. Contrações fortes e dolorosas.

Fóco de auscultação negativo. Feto em posição longitudinal, dorso á esquerda. Órgãos genitales externos: perineo com cicatriz de ruptura antiga; vulva de aspecto normal, procidencia do cordão, secreção fetida indicando maceração do feto.

Ao toque, encontravamos, logo, á entrada da vagina, com um corpo piriforme consistente, destruindo a primeira impressão de bossa.

Em seguida tinhamos a sensação de mento e demais cavidades da face bem como os ossos do craneo afastados, fontanellas largas, mas que, prolongada mais em profundidade á palpação, sentiamos novas formações craneanas e, já em plena cavidade uterina, a continuação deste polo com nova percepção da face.

Aventamos, de logo, a possibilidade de monstruosidade.

Conducta obstetrica — Estavamos em face de uma parada de trabalho de parto, rasoavelmente de desproporção feto-pelvica, procidencia do cordão, feto morto, contrações fortes e boas, mas sem resultados praticos de progressão.

Resolvemo-nos pela applicação de forceps, que, dentro das regras de sua utilização, nos dava a impressão de uma boa pegada mas que, realmente, como ficou provada posteriormente, estavamos agindo no segmento parasitario, não alcançando as colheres do forceps o segmento cephalico do autosoito collocada para cima do 1.º plano da classificação de Hodge e, desta maneira, inacessivel mesmo ás chamadas pegadas altas.

E, sem colhermos resultados, por 2 vezes as colheres derrapam.

Convencendo-nos da inutilidade desta intervenção, modificamos a nossa conducta, para uma versão com grande extracção podalica, sendo facilmente extrahido o feto, não havendo, mesmo, grande difficuldade no Mauriceau. Anesthesia geral a Balsoformio.

Delivramento expontaneo. Mulher em boas condições. Feto macerado e séde de monstruosidade. Parto terminado ás 17,15 horas!

Após radiographado e photographado (1) foi o feto enviado para a Faculdade de Medicina.

Laudo radiographico (figs. ns. 1, 3, 3).

Radiofilme de um feto. (Monstro Duplo).

Requisição do Dr. Alberico Camara.

Radiognóstico:—Craneo apresentando ao nível dos parietales, occipitales e frontales, soldaduras com outro craneo, pelos mesmos ossos.

Um dos craneos se apresenta conjugado ao corpo o qual não apresenta alterações no esqueleto, dignas de nota.

O outro craneo apresenta apenas um segmento vertebral, (vertebras cervicales).

Equivalencia:—Monstro duplo, craneopago, parasitario, symetrico.

Setembro de 1939. (a) Dr. Ypiranga.

(*) Por motivo de demora do photographo e em virtude do adeantado estado de maceração do feto, que nos impunha a breve remoção, deixamos de apresentar photographias embora as tivéssemos obtido, as quaes, porém, não se prestando, em absoluto, para cliché, resolvemos a confecção dos desenhos (figs. 2 e 5), baseados naquellas e na observação directa do feto.

Laudo anatomico-pathologico: — Faculdade de Medicina do Recife. Departamento de Anatomia Pathologica. Prof. Aggeu Magalhães. Relatorio de necropsia. Cadaver da ficha n. 2466-39. Em 15 de Setembro de 1939. — Cadaver de um monstro, chegado ao Serviço, já em estado adiantado de putrefacção. Sexo masculino, côr



branca, media 42 cms. de comprimento, pesava 4 kilos. Apresentava ao nível da face superior do craneo outra formação craneana, tendo esta apenas a porção cervical da columna vertebral. O corpo não apresentava nenhuma anormalidade.

Apezar do estado de putrefacção, foi aberto o thorax e a ca-

vidade abdominal, encontrando-se todos os órgãos em situação normal commum aos fétos de gestação completa.

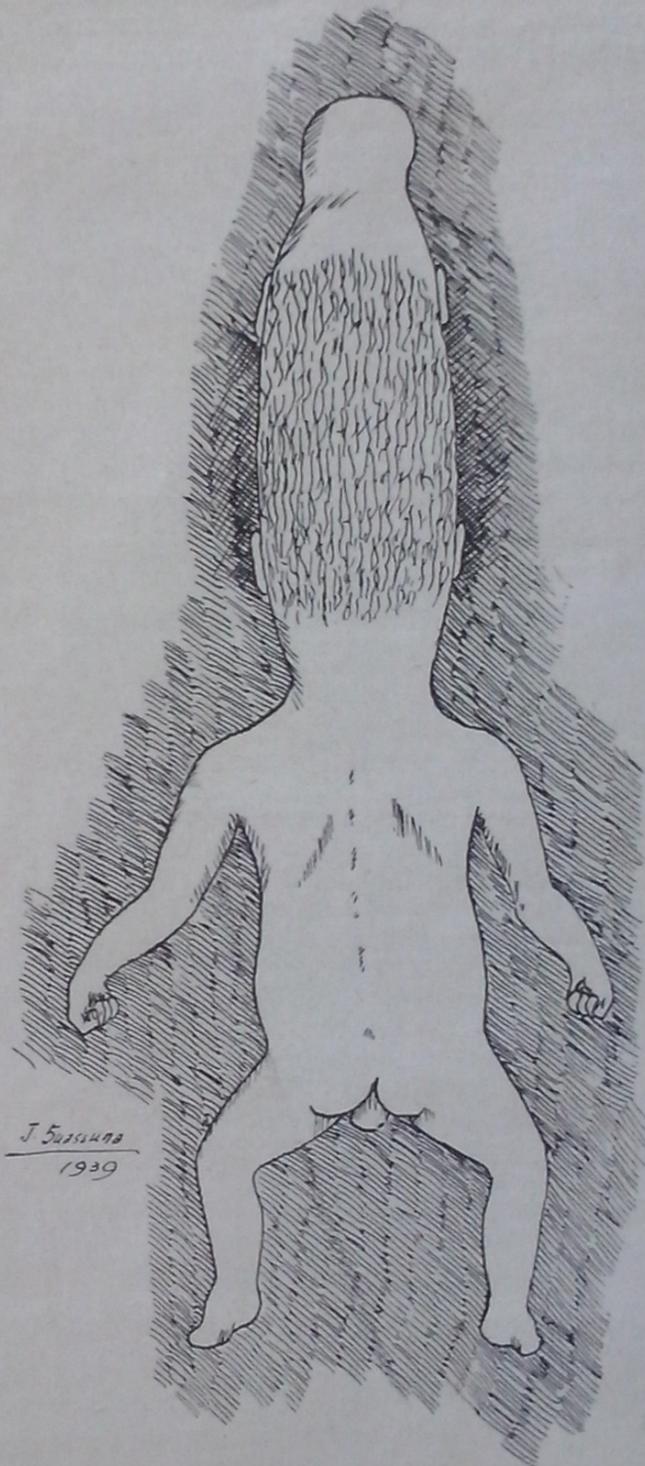
Craneo:— Aberto, notava-se que os parietaes de um craneo, soldavam-se aos do outro, como tambem os occipitales e frontales, porém os encephalos, se achavam completamente separados pelas meninges que não apresentavam outra anomalia.



Não foi feito o exame e descripção detalhados de todos os órgãos, em virtude do estado de putrefacção muito adiantado em que se achavam.

Conclusão:— Monstro duplo, craneopago fronto-frontal, parasitario.

Nota:— Os craneopagos são raríssimos; a historia da terathologia refere um numero tão pequeno destes monstros, que não é difficil dizer de prompto os casos apparecidos.



Ipsen, apresentou um caso, diferenciando-se do presente quanto á posição da face, pois no caso observado pelo referido terathologista a face do monstro se achava ao nivel do parietal do outro. (fronto-frontal).

Munster em 1501, apresentou um caso que chegou a viver 10 annos.

(a.) *Dr. Ypiranga.*



Após um periodo de puerperio physiologico a paciente teve alta, após 8 dias de permanencia no nosso Serviço.

Não são, de todo, raros os casos de dystocia por monstruosidade. Destas, as duplas mais vezes, estão á frente do accidente.

No emtanto, temos, na parca bibliographia, caso de monstruosidade simples que provocam a dystocia. Assim podemos citar, entre outros, o caso de Vicente Wanderley (1) com dystocia por um rim polykystico; o de Dilermando da Silveira Pagano (2), com spina-bifida; os tres casos de hydrocephalia estudados por Oswaldo de Menezes Pova (30), e ainda o de Zanda (4), em seu trabalho «Enorme figato kystico em fêto monstruoso como causa de distocia del parto.»

Entretanto, os casos de monstruosidades simples como factor dystocico são relativamente raros e de facil resolução sendo mais communs nas duplas se bem que não sejam desconhecidos os partos normaes destas ultimas monstruosidades. Na litteratura nacional que podemos consultar temos casos de monstruosidades duplas com partos dystocicos taes como a de Jorge de Rezende (5); o de Edgard A. Moss (6); o de Mendonça (7). Recentemente, como excepção para confirmação, de alguma regra, Jorge de Rezende e Armindo Sarmiento (8), tiveram um caso de monstruosidade dupla em que o parto se processou normalmente, mas que os autores explicam o facto pela maceração que, reduzindo os diametros permittiu a parturição.

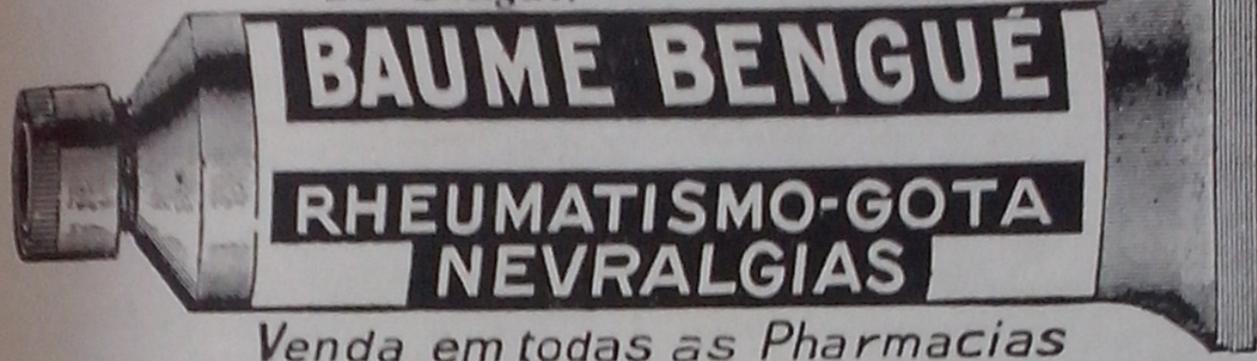
As dystocias por monstruosidades fetaes podem variar da mais banal para as mais difficeis e perigosas a desafiar a argucia de parteiros experimentados. No nosso caso, apesar de ser uma monstruosidade que, por todos os titulos, devia ter o seu parto normal, tal não aconteceu.

Só o augmento do craneo em sentido longitudinal podemos culpar do accidente visto a parturiente ser uma grande multipara de partos normaes, de bacia dentro da normalidade, e sem dystocia de partes molles.

Verdade, porém, que foi um caso de resolução relativamente facil. De um modo geral, não podemos systematisar os graus de dystocia, pois é grande a sua variedade «como variados são os typos destas monstruosidades». Recassens Girol (12).

Stoekel (9) é da opinião que apenas as monstruosidades duplas «que augmentam principalmente os diametros transversos do corpo fetal são muito mais desafidores e perigosos», podem produzir dystocia emquanto que aquelles cujo augmento é na mesma linha (cabeça ou nadegas) «augmentam tão só a longitude das partes que hão de atravessar o canal do parto» sem apresentarem grandes difficuldades. Bumm (10) e Arnaldo de Moraes (11), para citar apenas estes, têm a mesma maneira de pensar.

Dr. Bengué, 16, Rue Ballu, 16, Paris.



AFFECÇÕES DA PHARYNGE

GRAGEIAS BENGUÉ DE MENTHOL

Rheumatismo, Gota, Neuralgias

BALSAMO BENGUÉ (ANALGESICO)

Anesthesia Local

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

DR BENGUE & FILS

Pharmaciens

16, Rue Ballu, PARIS -- 9.º

Agentes geraes e responsaveis no Brasil:

JULIEN ET ROUSSEAU

174, Rua General Camara — Caixa Postal 484

RIO DE JANEIRO

Instituto Brasileiro de Microbiologia

ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA DOS

Drs. Prof. ROCHA LIMA, HENRIQUE ARAGÃO, ARTHUR MOSES e SYLVIO PRADO

RUA OITO DE DEZEMBRO, 123 — TEL. 28-4348
RIO DE JANEIRO

SÓROS: Anti-Diphtherico — Anti-Tetanico — Anti-Disenterico
— Anti-Estreptococcico — Anti-Meningococcico — Renal
Caprino — Hemostatico — Coli-Bacillar, etc.

VACCINA: Estaphylococcica — Estreptococcico — contra a
Coqueluche — Typhica — Gonococcica mixta — Pneu-
mococcica — Coli bacillar — Meningococcica.

ENDOGLANDINA: Hepathica — Ovariana — Mammaria —
Hypophysaria etc.

VACCINA ANTI-INFECTUOSA I.B.M.: Atiopiogenica de grande
efficacia.

IMMUNICALDO: Filtrados bacterianos para uso local.

GALACTOL: Comprimidos e empolas de fermento Lactio-bul-
garo.

CITROBI: Injecções indolores de bismutho. Antisyphilitico
energico.

TITANOL: Novo composto de mercurio. Injecções intra-mus-
culares indolores.

VALEMIN: Tónico fortificante com insulina.

M A T E R S A N A

Vaccina prophylactica e curativa das infecções
puerperaes.

G Y N E G O N

Lipovaccina curativa dos processos inflamma-
torios annexaes.

No entanto, mesmo dentro dos casos apontados por Stoekel podemos ter resoluções faceis, naquelles casos em que as synechias sejam bem extensíveis permittindo o parto dos fetos com ajuda de intervenções ligeiras.

De Lee (13), cita o caso dos irmãos Siameses em que o parto de um fez-se de nagegas e o outro de cabeça, tendo o ponto de conexão entre elles muito elastico, permittindo a versão do segundo gêmeo após o parto do primeiro.

Vê-se, pois, que neste capitulo de monstruosidades, mais que nos outros capitulos da medicina, não ha um só ponto em que a união de vistas seja perfeita.

Ainda assim, tentariamos nos deter na therapeutica das dystocias, reunindo o que está esparso nos livros, para que fosse possível o armazenamento de algumas noções que nos ajudassem na hora das grandes difficuldades.

E, mais uma vez, de inicio, vemos a impossibilidade do agrupamento de casos, se nos lembramos daquela affirmativa acima emprestada de Recassens Girol. Para que pudessemos realizar tal, teriamos necessidade de um diagnostico intra-uterino. Pode-se alcançar isto?

Trabalhos e livros consultados fallam, mesmo, da necessidade deste diagnostico e citam meios. Juntam uma symptomatologia, força é confessar, precarissima. Paul Titus (14), em seu magnifico livro, nos offerece esperanças. Assim, diz elle, a associação entre hydramnios e monstruosidades é tão constante que esta ultima pode ser suspeita de occorrer toda vez que haja hydramnios. Uma cuidadosa palpação externa e interna pode nos auxiliar e, se não affirmarmos monstruosidade, «at most, twins have been suspected» (De Lee) (15). Aliás, os gêmeos, na concepção de Celestino da Costa (16), estão ligados «ás monstruosidades duplas ou duplicidades».

Mas são os Raios X, o elemento indispensavel e prestimoso num diagnostico de tal ordem.

Effectivamente, os Raios X nos dão o desejado diagnostico e estamos na obrigação de pedir-lhes auxilio quando, numa gestante, haja motivos de suspeitas. Assim, seguindo o que dissemos atraz, um caso de hydramnios é justo pensar em monstruosidade e pedir aos Raios X confirmação ou não de suspeita.

Gustafson (17), acha que esse diagnostico intra-uterino é altamente desejado. Cita 5 casos em que 4 foram diagnosticados pelos Raios X e 1 por palpação directa.

Em conclusões diz que devem ser submittidos ao exame radiologico os casos suspeitos de morte intra-uterina e naquelles onde ha «fracassos das tentativas para localização de uma cabeça fetal normal na pelve ou no abdomen». Podemos ainda, de accordo com as ideias de Greenhill (18), suspeitar de mons-

truosidade fetal na presença de placenta-previa e o exame radiológico se impõe duplamente pois, diagnosticando o accidente, evita que se submetta a mãe a uma operação que é feita, em parte, mais em favor do feto.

Em seu estudo Greenhill dá uma estatística de 2,75% de deformidades fetaes em 3.423 casos de placenta-previa.

Voltemos, porém, ao nosso ponto de inicio, a therapeutica das dystocias. Se tivermos um diagnostico intra-uterino no periodo gestacional, o caso será convenientemente estudado e resolvido da melhor forma.

No entanto o problema não se nos apresenta desta maneira; é quasi sempre no trabalho que desconfiamos de anomalia, já quando não é possível mais delongas e impõe-se immediata resolução.

Assim, variando com os casos, a quasi totalidade das intervenções obstetricas é posta em uso juntando-se á habilidade do parteiro para collocar as coisas no seu justo termo.

Simples manobras de extracções, forceps, versões, embryotomias, e emfim as intervenções por via alta. Recassens (19), indica a cesareana extra-peritoneal nos casos em que seja necessaria uma embryotomia alta «que representa grandes perigos para a integridade dos órgãos maternos; cremos que no estado actual da cirurgia é menos grave uma cesarea extra-peritoneal».

De Lee (20), em seu magnifico tratado, avança mais apresentando uma classificação clinica, e uma resolução schematica para cada um dos casos apresentados. Finalmente aconselha ao operador não ter pressa, porém proceder com calma e deliberação.

Paul Titus (21), chama a attenção para os casos de má apresentação ou inesperada parada de um feto parcialmente delivrado, reclamando um cuidadoso exame intra-uterino, afim de evitar maiores danos.

No nosso caso, tivemos uma conducta que, se não podemos tel-a dentro das regras obstetricas estabelecidas, ficamos porém com a satisfação de uma resolução facil sem prejuizos de qualquer especie para a parturiente o que seria, em ultima analyse, a nossa preocupação maxima.

Em primeiro lugar, empregamos o forceps visto o diagnostico de monstruosidade fetal estar presente no nosso espirito.

Depois de uma tentativa de forceps fracassada, sabiamos, era mais licito realizar uma craneoclasia ou embryotomia e não a versão como o fizemos.

Mas, perguntamos, teria os mesmos resultados que obtivemos, uma baseotripsia cuja perfuração começaria, necessariamente, naquelle appendice cervical da parte parasitaria, e podia o esmagamento ser completo, isto é, alcançando o polo cephalico do autosito? As colheres do forceps de Simpson, que usamos, não

o alcançaram; poderiam os do instrumento de Tarnier alcançá-lo?

Não seriam perigosas para a mãe estas manobras embriótomicas altas, muito além do estreito superior como vimos estar collocada a cabeça autositaria? Recassens, tantas vezes citado, acha-os perigosíssimos e mesmo os substitue pela cesareana. E assim, escudado na opinião do mestre hespanhol ficamos tranquilllos no nosso modo de agir, pois uma hysterectomia seria impossivel nas condições do caso apresentado.

Vimos após uma permanencia de 8 dias, com um puerperio physiologico, partiu, satisfeita, a mulher que a desventura lhe deu um filho nas condições descriptas, e nada mais poderíamos desejar para a tranquillidade do nosso espirito.

As monstruosidades são, na verdade, pouco frequentes. E é justamente a sua rareza que desperta grande interesse tanto por parte do parteiro como do anatomo-pathologista.

Em um trabalho de Anatomia Pathologica da nossa Faculdade, Barros Coelho e L. Ypiranga (22) referem-se ao pouco numero de casos a assignalar. Em 1.893 fetos autopsiados no Serviço, 8 eram monstros simples (0.42%). Alludem ainda, que, quanto ao diagnostico theratologico, as mal formações cephalicas são mais encontradiças.

Na Maternidade do H. Pedro II, em 1938 e até Setembro do corrente anno, em 1.603 nascimentos é o unico caso de monstruosidade a registrar.

O diagnostico theratologico do caso que, ora apresentamos foi de craneopago parasitario. Esta classificação é aceita por Aschoff (23).

Aliás é neste ultimo autor que encontramos um caso semelhante ao nosso, do qual elle dá uma representação photographica, pertencente a Home.

No caso citado o monstro teve uma sobrevivencia de 2 annos, e o parasito se nutria em absoluto dos elementos do autosito que, ao chorar, verificavam-se contracções da musculatura do rosto do parasito.

Ribemont-Dessaignes e Lepage (24) adoptam, porém uma outra classificação para estes monstros duplos parasitarios: pertencem a classe dos *Hiteralianos* — «o parasito reduz-se a uma unica região e se insere sobre o outro individuo em um ponto distante da região umbellical» — dos quaes os *epicomos* emquadram-se ao caso que nos foi dado apreciar: «o parasito é constituido por uma cabeça accessoria que se insere, por seu apice, ao apice da cabeça principal». Esta é, tambem a classificação aceita por Perez (25) e da qual dá uma photographia de um caso de G. de Saint Hilaire.

Celestino da Costa, igualmente, filia-se a esta classificação. A etiologia destas monstruosidades duplas ainda é desconhecida.

Si é verdade que não accetamos mais os conceitos de Fortunius Licetus (26) pouca cousa caminhamos. As theorias debatem-se, ennumerar-as seria longo e fastidioso, e a treva persiste.

Nem mesmo os ensaios de theratologia experimental contribuíram de maneira marcante para surgirem as luzes.

O que está mais ou menos assentado é que elles provêm de um só ovo e tambem de uma só vesicula germinativa. De accordo com Aschoff estas monstruosidades seriam devidos ou a fusão de 2 formações gemellares, a principio livres, ou se desenvolvem pela separação incompleta de um germen unico. A estas duas correntes denomina Perez theoria unicista e theoria dualista sem, no emtanto, haver o necessario accordo.

Para as formações parasitarias, De Lee dá a seguinte explicação: «As duas áreas embryonarias são desiguaes em tamanho, um dos individuos se atrophia e liga-se ao outro como um parasito ou pode nelle ser incluído». Ainda fallam de causas internas e externas; naquelles factores ethiologicos podem já se encontrar encerrados nas cellulas progenitoras, e nestas os influxos do ambiente alcançam o embrião e perturbam o seu desenvolvimento. Neste grupo é a syphilis bem incriminada (Aschoff).

Mas, apesar de todos os esforços o capitulo das monstruosidades continua desafiando o tempo e a argucia dos investigadores para o esclarecimento definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAPHICAS

- 1— Vicente Wanderley — Archivos Brasileiros de cirurgia e orthopedia.
- 2— Dilermando S. Pagano — Dystocia do movel. (um fêto hemiptero) Publicações Medicas — Março 1939.
- 3— Oswaldo de Menezes Povóa — Spina-bifida e hydrocephalia. Rev. G. e d'Obst. Agosto 1939.
- 4— Zanda — Enorme fegato cystico in fêto monstruoso causa dí dystocia del parto — Annali de Ost. e Gin. n. 6 — 1937 — in Rev. G. e d'Obst. — 2.º Tomo, pg. 420 — 1937.
- 5— Jorge de Rezende — Sobre um «Dicephalus Diprosopus» — Rev. G. e d'Obst., pg. 427 — 1935.
- 6— Edgardo A. Moss — Monstros compostos, symetricos, ensonfalinos pigopagos — Rev. G. e d'Obst. — pg. 339 — 1934.
- 7— J. Mendonça — Dous casos de Teratologia — Rev. G. e d'Obst., n.º 9 — 1933.
- 8— Jorge de Rezende e Armindo Sarmiento — Noticia sobre um «Dicephalus». Diancheus Tribrachius» — Rev. G. e d'Obst., pg. 215 — 2.º Tomo — 1938.
- 9— Stœckel — Tratado de Obstetricia — Trd. hespanhola, 1932 — Barcelona — Capitulo a cargo de L. Seitz.
- 10— Bumm — Tratado completo de Obstetricia. Edição hespanhola.
- 11— Arnaldo de Moraes — Propedencia Obstetrica — 5.ª Edição — 1937.

- 12—Recassens Girol — Tratado de Obstetricia — 6.^a Edição — Barcelona — 1932.
- 13—De Lee — The Principles and pratic of Obstetrics. — Philadelphia — 1936.
- 14—Paul Titus — The Management of Obstetric difficulties — St. Louis — 1937.
- 15—De Lee — Obra citada.
- 16—A. Celestino da Costa — Élements d'Embryologie — Masson et cie. — Paris — 1938.
- 17—Gustafeon G. W. — The intra-uterine diagnosis of monstrosites — Surgery Gynecology and Obstetrics — n.º 2 — Agosto — 1934.
- 18—Greenhill, J. P. — in the 1938 — Year-book of obstetrics and Gynecology.
- 19—Recassens Girol — Obra citada.
- 20—De Lee — Obra citada.
- 21—Paul Titus — Obra citada.
- 22—Barros Coelho e L. Ypiranga — Considerações em torno de alguns casos theratologicos — Annaes da Faculdade de Medicina do Recife — Anno 11, n.º 2.
- 23—Aschoff — Tratado de Anatomia Pathologica — 1934 — Ed. Labor.
- 24—A. Ribemont -Dessaigne e Lepage — Traité d'Obstétrique — 8.^a edição — Paris — 1914.
- 25—M. L. Perez — Tratado de Obstetricia.
- 26—In Jorge de Rezende e Armindo Sarmiento — trabalho citado.

V

Revista de Revistas Allemãs

PELO

Dr. Jorge Sant'Anna

KLEINE, H. O. (Medico-Chefe da Clinica Gyn.-Municipal da Ludwigshafen a. Rh.) — «Ueber primäre hypernephroide Eierstockblastome» (A'cerca do blastoma hypernephroide primario do ovario). — la Zbl, Gynaek.. Nr. 41, 1939.

Gravitz em 1883 descreveu o hypernephroma do rim. Tumores de estrutura analoga foram depois descriptos em outros órgãos e reunidos por Lubasch sob a denominação de «Tumores hypernephroides». Estes tumores são sobretudo encontrados na immediata vizinhança dos órgãos genitais internos, localização facil de se comprehender em vista do desenvolvimento embryologico de taes órgãos.

As cellulas da cortex suprarenal (*Interrenalorgan*) differenciam-se na 4.^a semana embryonaria do epithelio cœlomico do mesoderma. Durante o seu desenvolvimento a cortex da supra-

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:
RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:
Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Relação entre a gynecologia e a neuro-psychiatria, pelo Dr. Sylla O. Mattos	73
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	95
II — Sobre um caso de apoplexia utero-placentaria, pelo Dr. Henrique Machado Horta	96
III — Anemia e gravidez, pelo Dr. Daniel Riheiro	100
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	
	107
IV — Tratamento luteinico do aborto habitual, pelo Dr. J. Adeodato Filho.	108
V — Revista de Revistas Allemãs, pelo Dr. Jorge Sant'Anna	111
VI — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	114
VII — Revista de Revistas em Lingua Ingleza, pelo Dr. Fausto Cardoso	118
VIII — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	122
IX — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	125
X — Errata	128
XI — NOTAS THERAPEUTICAS	
Fermento Lactico Krinos	129
Regimen de emmagrecimento	129
XII — Petite Revue — A. R. O. M.	131

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C. P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
„ Registrado	50\$000		„ Registrado	60\$000
„ Para Estudantes . .	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emitidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despesas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Professor Hugo F. Werneck, pelo Dr. A. R. de Oliveira Motta	136
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	
	137
II — Hugo Furquim Werneck, pelo Dr. Lucas M. Machado . .	138
III — Aula inaugural dos cursos medicos da Universidade de Minas Geraes, proferida em Março de 1934 pelo Prof. Hugo F. Werneck	139
IV — Cancer do collo do utero — Estudo sobre 212 casos occorridos no periodo de 1935—1939, no serviço de Gynecologia da Santa Casa de Belle Horizonte, pelo Dr. Lucas M. Machado	155
V — Fistulas uro-genitales — A proposito da operação de Coffey-Mayo, pelo Dr. José Octaviano Neves	166
VI — Coração e myoma do utero, pelo Dr. Jayme E. F. Werneck	171
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas) .</i>	
	179
VII — Obstetricia social — Objectivos e directrizes, pelo Dr. J Adeodato Filho	180
VIII — BIBLIOGRAPHIA	
Annaes dos Departamentos Obstetrico e Gynecologico dos Hospitales da Universidade (I, II e III Clinica de Mulheres) Helsingfors, Finlandia, 1935.	187
IX — NOTICIAS	
V.º Congresso Pan-Americano de la Tuberculosis. — Uma bella oportunidade scientifico-turistica	203
NOTAS THERAPEUTICAS	
X — Therapeutica do calor pela Antiphlogistine	204
XI — Petite Revue — A. R. O. M.	205

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA

Secretario de Redacção: JORGE SANT'ANNA

Gerente: Breno de Mattos

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO:

RUA DE SÃO JOSÉ, 66 — RIO DE JANEIRO

REPRESENTANTES:

Estados da Bahia e Sergipe.
AFFONSO COSTA QUEIROZ
Rua Chile, 19 - 2.º — Sala 4
SÃO SALVADOR — Est. da Bahia

Estados de Pernambuco, Rio Grande
do Norte e Parahyba do Norte:
SPENCER, HARTMANN & CIA.
R. Duque de Caxias, 340/50-1.º — C.P. 568
RECIFE — Est. de Pernambuco

Estado de Minas Geraes:

Dr. Affonso Dutra Nicacio — Rua Tymbiras, 834 — Telephone 14-27
BELLO HORIZONTE

ASSIGNATURA ANNUAL:

BRASIL — Porte simples	40\$000		EXTERIOR — Porte simples . .	50\$000
" Registrado	50\$000		" Registrado	60\$000
" Para Estudantes . .	30\$000			

Numero avulso: 5\$000

NOTAS:

Não se restituem originaes.

Esta Revista não assume a responsabilidade das opiniões emittidas pelos seus collaboradores.

Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicatas.

Os originaes dos trabalhos enviados á Revista devem ser dactylographados e acompanhados de um resumo, que será traduzido para o francez e publicado na *Petite Revue*.

Os pedidos acerca do texto completo dos artigos resumidos serão attendidos desde que os interessados paguem as despezas de traducção e dactylographia.

SUMMARIO

	Pag
I — Pre-hypophyse e secreção lactea, pelos Drs. Murillo Queiroz de Barros e José do Amaral Silva	209
II — Queimadura da vagina por agentes químicos, pela Dra. M. Hasse Huebel	216
III — Diathermo-coagulação nas ulcerações benignas do collo uterino, pelo Dr. W. Pinheiro	220
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção do Estado de Minas Geraes</i>	<i>225</i>
IV — Sobre um novo caso de tumor masculinizante do ovario (arrhenoblastoma de Meyer), pelos Drs. J. Felicissimo de Paula Xavier e Moacyr de Abreu Junqueira	226
V — Relatorio dos serviços da Segunda Clinica Obstetrica da Santa Casa de Misericordia de Bello Horizonte, pelo Chefe do Serviço Dr. Argeu Murta.	239
<i>Revista de Gynecologia e d'Obstetricia — Secção dos Estados do Norte do Brasil (Bahia ao Amazonas)</i>	<i>253</i>
VI — A hyperplasia glandular cystica do endometrio de origem ovariana e seu tratamento, pelo Dr. Domingos F. Machado	254
VII — Resenha de Trabalhos sobre Pediatria, pelos Drs. Calazans Luz e Paes Brazil	265
VIII — Revista de Revistas em Lingua Inglesa, pelo Dr. Fausto Cardoso	267
IX — Revista de Revistas em Lingua Hespanhola, pelo Dr. Mario Schiller de Souza	269
X — Revista de Revistas Italianas, pelo Dr. Jorge de Rezende	271
XI — Revista de Revistas em Lingua Franceza, pelos Drs. Horta Barbosa, J. Amaral Silva e Murillo de Barros	273
XII — ANALYSES	274
Augusto Turenne, «El parto conducido y las discinesias uterinas por excessos», Anales de la Facultad de Medicina, tomo XXV, ns. 1 e 2, 1940. — Jorge Ferreira Machado, «Syphilis e gravidez», separata da Rev. Medicina, Cirurgia, Pharmacia; n. 42, 1939. — Dr. Juan Leon, «La radiologia en obstetricia. Estado actual de sus aplicaciones praticas».	
XIII — NOTAS THERAPEUTICAS	277
Prof. Martagão Gesteira, «O leite-calcio-citratado na alimentação do lactente».	
XIV — Petite Revue — A. R. O. M.	282